

**UCHWAŁA NR
RADY MIASTA BIAŁYSTOK**

z dnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia Miejskiego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2026-2030

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust 2. pkt 15 z dnia 8 marca 1990 r. ustawy o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2025 poz. 1153 z późn. zm.¹⁾), art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2024 r. poz. 107 z późn. zm.²⁾), art. 2 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917) w związku z § 1 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023 - 2030 (Dz. U. z 2023 r. poz. 2480) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się Miejski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2026 - 2030, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Białegostoku.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady

Katarzyna Jamróz

¹⁾ Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz. U. z 2025 r. poz. 1436.

²⁾ Zmiana tekstu jednolitego wymienionej ustawy została ogłoszona w Dz. U. z 2024 r. poz. 1907.

Miejski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2026-2030.

I. Wstęp.

Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to „stan pełnego, dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub zniedołężnienia”. Analizując powyższe przyjąć można iż zdrowie psychiczne nie jest tylko i wyłącznie brakiem zaburzeń, ale również stanem, w którym osoba zdaje sobie sprawę ze swoich możliwości i potencjału, może sobie radzić ze stresem, pracować efektywnie oraz funkcjonować w społeczeństwie.

W myśl przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego realizują organy administracji rządowej i samorządowej oraz instytucje do tego powołane. Zalecana jest współpraca ze stowarzyszeniami i innymi organizacjami społecznymi, fundacjami, samorządami zawodowymi, grupami samopomocowymi pacjentów i ich rodzin.

Powołując się na Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023 - 2030, ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na:

- zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej, wielostronnej i powszechnie dostępnej opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym;
- kształtowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi właściwych postaw społecznych, w szczególności zrozumienia, tolerancji, życzliwości, a także przeciwdziałania dyskryminacji.

Instytucje realizujące Miejski Program zwany dalej Programem:

1. Urząd Miejski w Białymstoku,
2. Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku,
3. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
4. publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,
5. organizacje pozarządowe realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,
6. placówki oświatowe (szkoły publiczne i niepubliczne działające na terenie miasta Białystok).

II. Podstawy prawne ochrony zdrowia psychicznego.

Zadania Miasta Białystok w zakresie ochrony i promocji zdrowia, w tym zdrowia psychicznego wyznaczają następujące akty prawne:

- ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego;
- rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 listopada 2023 r. w sprawie narodowego programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023– 2030;
- ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym;
- ustawa z dnia 5 marca 1990 r. o samorządzie powiatowym;
- ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmu;

- ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- ustawa z 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

III. Diagnoza zjawiska zdrowia psychicznego oraz zasoby miasta Białystok.

1. Demografia

Ludność miasta Białystok faktycznie zamieszkała w 2024 r. wynosiła 290.386 osób a jej rozkład wg wieku przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1.

Ludność miasta Białystok w 2024 r. wg grup wiekowych.

Podział na wiek	Ilość mieszkańców
ogółem	290 386
0-4	12 994
5-9	15 083
10-14	14 177
15-19	14 188
20-24	11 336
25-29	16 723
30-34	21 660
35-39	24 221
40-44	24 832
45-49	22 348
50-54	19 133
55-59	16 626
60-64	17 123
65-69	19 213
70 i więcej	40 729
70-74	15 475
75-79	10 840
80-84	6 892
85 i więcej	7 522

Źródło: Bank Danych Lokalnych 2025

2. Dane w zakresie leczenia, orzekania, edukacji i rynku pracy dotyczące osób z zaburzeniami psychicznymi.

- 1) Z danych Podlaskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w mieście Białystok wynika iż w roku 2024 leczono:

Tabela 2. Przyczyny zachorowań zgodnie z ICD.

		Przyczyny zachorowań zgodnie z klasyfikacją ICD 10 w 2024 r.		
Grupa wiekowa	Liczba udzielonych świadczeń	ICD 10 kod	ICD 10 nazwa	Liczba pacjentów
dorośli	177 108	F43.2	Zaburzenia adaptacyjne	3 979
		F41.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	3 663
		F20.0	Schizofrenia paranoidalna	2 191
		F06.3	Organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/	1 703
		F31.3.1	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny umiarkowany	1 700
		Z0	Badanie i obserwacja z innych przyczyn	

		4		1 497
		F3 2.1	Epizod depresji umiarkowany	1 228
		F4 3	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	1 027
		F4 1.1	Zaburzenie lękowe uogólnione	910
		F3 3.0	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny łagodny	819
		F3 2.0	Epizod depresji łagodny	815
		F3 3.4	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - stan remisji	743
		F4 1.0	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)	712
		F3 3	Zaburzenie depresyjne nawracające	651
		F0 6.7	Łagodne zaburzenia procesów poznawczych	464
		F2 0.5	Schizofrenia rezydualna	428
		F6 1	Zaburzenia osobowości mieszane i inne	409
		Z0 3	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	392
		F6 0.9	Zaburzenia osobowości bno	384
		F3 2	Epizod depresyjny	376
dzieci i młodzież	63 687	Z0 3	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	1 939
		F8 4.0	Autyzm dziecięcy	812
		F4 3.2	Zaburzenia adaptacyjne	641
		F8 4.5	Zespół Aspergera	525
		F4 1.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	313
		F9 0.0	Zaburzenie aktywności i uwagi	224
		F3 2.1	Epizod depresji umiarkowany	203
		Z0 4	Badanie i obserwacja z innych przyczyn	170
		F9 0.1	Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania	154
		F6 0.9	Zaburzenia osobowości BNO	148
		F9 2.0	Depresyjne zaburzenie zachowania	124
		F9 0	Zaburzenie hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)	99
		F4 3	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	94
		F3 2	Epizod depresyjny	93
		F8 4	Całościowe zaburzenia rozwojowe	91
		F3 2.0	Epizod depresji łagodny	90
		F8	Autyzm atypowy	85

		4.1		
		F4 1.0	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)	69
		F9 0.9	Zaburzenie hiperkinetyczne, nie określone	67
		F8 4.9	Całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone	66
SUMA :	240 795			

Źródło: PWONFZ

Tabela 3. Świadczenia udzielone z zakresu psychiatrii na terenie miasta Białystok z uwzględnieniem najczęściej występujących zachorowań.

Grupa wiekowa	Liczba udzielonych świadczeń	Przyczyny zachorowań zgodnie z klasyfikacją ICD 10 w I półroczu 2025 roku		
		ICD 10 kod	ICD 10 nazwa	Liczba pacjentów
dorośli	98 573	F4 1.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	2 927
		F4 3.2	Zaburzenia adaptacyjne	2 805
		F2 0.0	Schizofrenia paranoidalna	1 926
		F0 6.3	Organiczne zaburzenia nastroju /afektywne/	1 330
		F3 3.1	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny umiarkowany	1 035
		F3 2.1	Epizod depresji umiarkowany	937
		Z0 4	Badanie i obserwacja z innych przyczyn	909
		F4 1.1	Zaburzenie lękowe uogólnione	755
		F4 3	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	664
		F3 3.0	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny łagodny	628
		F3 2.0	Epizod depresji łagodny	551
		F4 1.0	Zaburzenie lękowe z napadami lęku (lęk paniczny)	533
		F3 3.4	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - stan remisji	512
		F3 3.2	Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresji ciężkiej bez objawów psychotycznych	484
		F2 0.5	Schizofrenia rezydualna	360
		F3 3	Zaburzenie depresyjne nawracające	355
		F0 6.7	Łagodne zaburzenia procesów poznawczych	342
		F4 1	Inne zaburzenia lękowe	303
		F3 2	Epizod depresyjny	287
		F6 1	Zaburzenia osobowości mieszane i inne	282
dzieci	38 950	Z0 3	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	1 262

młodzież	F8 4.0	Autyzm dziecięcy	559
	F4 3.2	Zaburzenia adaptacyjne	405
	F8 4.5	Zespół Aspergera	379
	F9 0.0	Zaburzenie aktywności i uwagi	242
	F4 1.2	Zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane	231
	F3 2.1	Epizod depresji umiarkowany	165
	F9 0.1	Hiperkinetyczne zaburzenie zachowania	125
	F6 0.9	Zaburzenia osobowości BNO	92
	Z0 4	Badanie i obserwacja z innych przyczyn	86
	F3 2.0	Epizod depresji łagodny	85
	F9 0	Zaburzenie hiperkinetyczne (zespoły nadpobudliwości ruchowej)	81
	F8 4	Całościowe zaburzenia rozwojowe	75
	F9 0.9	Zaburzenie hiperkinetyczne, nie określone	69
	F8 4.1	Autyzm atypowy	64
	F4 3	Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne	59
	F8 4.9	Całościowe zaburzenia rozwojowe, nie określone	52
	F4 0.1	Fobie społeczne	50
	F3 2	Epizod depresyjny	46
	F4 1	Inne zaburzenia lękowe	46
SUMA :	137 523		

Źródło: PWONFZ

2) W związku z brakiem aktualnych danych statystycznych ilustrujących problem niepełnosprawności wśród mieszkańców Białegostoku należy stwierdzić, iż obecnie zjawisko niepełnosprawności w Mieście można zobrazować jedynie na podstawie danych Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Białymstoku, który zasięgiem swego działania obejmuje Miasto Białystok oraz powiat białostocki i moniecki. Dane posiadane przez Zespół pozwalają jedynie na szacunkowe określenie tendencji zjawiska niepełnosprawności istniejącego w Mieście.

Informacje statystyczne uzyskane z Miejskiego Zespołu pozwalają stwierdzić, iż w okresie od 2022 r. do 2024 r. co roku następował wzrost ilości wydawanych orzeczeń o niepełnosprawności (szczegółowe zestawienie ilustruje tabela nr 4 i tabela nr 5).

Tabela 4. Osoby z niepełnosprawnościami poniżej 16 r.ż.

Rok	Ilość wydanych orzeczeń	Płeć osób orzeczonych	
		kobieta	mężczyzna
2022	1034	354	680
2023	1043	325	718
2024	1092	367	725

Źródło: Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Białymstoku

Tabela 5. Osoby z niepełnosprawnościami powyżej 16 r.ż. wg. stopnia niepełnosprawności.

Rok	Stopień niepełnosprawności			Płeć osób orzeczonych		Liczba wydanych orzeczeń
	znaczny	umiarkowany	lekki	kobieta	mężczyzna	
2022	1272	2268	1604	2867	2277	5144
2023	1608	2753	1450	3275	2536	5811
2024	1822	2940	1444	3587	2619	6206

Źródło: Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Białymstoku

Dominującą przyczynę niepełnosprawności orzeczonych przez Miejski Zespół w wieku powyżej 16 r.ż. stanowiły choroby narządu ruchu, schorzenia psychiczne, choroby neurologiczne oraz układu oddechowego i krążenia.

W stosunku do dzieci do 16 r.ż. dominującą przyczyną niepełnosprawności były całościowe zaburzenia rozwojowe, schorzenia neurologiczne, oraz inne schorzenia, w tym: endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, choroby układu krwiotwórczego i inne.

Tabela 6. Osoby z niepełnosprawnościami wg. przyczyny niepełnosprawności.

Rok	Przyczyna niepełnosprawności	Wiek/liczba orzeczeń	
		poniżej 16 r.ż.	powyżej 16 r.ż.
2022	01-U	40	33
	02-P	19	871
	03-L	100	264
	04-O	26	141
	05-R	45	1749
	06-E	36	61
	07-S	70	590
	08-T	3	192
	09-M	22	405
	10-N	91	534
	11-I	132	222
	12-C	450	82
Łącznie		1034	5144
2023	01-U	50	44
	02-P	16	1102
	03-L	93	316
	04-O	29	140
	05-R	45	1937
	06-E	37	53
	07-S	73	618
	08-T	13	211
	09-M	21	439
	10-N	75	630
	11-I	102	224
	12-C	489	97
Łącznie		1043	5811
2024	01-U	42	50
	02-P	23	1131

03-L	105	314
04-O	23	139
05-R	48	2395
06-E	28	62
07-S	83	584
08-T	7	222
09-M	14	473
10-N	62	515
11-I	97	191
12-C	560	130
Łącznie	1092	6206

Źródło: Miejski Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności w Białymstoku

Legenda:

01 – U – upośledzenie umysłowe,

02 – P – choroby psychiczne,

12 – C – całościowe zaburzenia rozwojowe

3) W Powiatowym Urzędzie Pracy w Białymstoku w zakresie ilości osób zarejestrowanych jako bezrobotnych (dane na dzień 31.12.2023 r.).

Tabela 7. Liczba zarejestrowanych osób w PUP.

Wyszczególnienie		Liczba zarejestrowanych osób		
		Ogółem	w tym niepełnosprawni bezrobotni	W tym niepełnosprawni poszukujący pracy i niepozostający w zatrudnieniu
Przyczyny niepełnosprawności	Choroby psychiczne	36	22	14
	Upośledzenie umysłowe	190	159	31

4) Dane z Departamentu Edukacji Urzędu Miejskiego w Białymstoku w zakresie liczby dzieci i młodzieży z upośledzeniem umysłowym, autyzmem i zespołem Aspergera.

Tabela 8. Zestawienie ilości wydanych orzeczeń.

Data spisu	Liczba dzieci i uczniów z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego			
	z niepełnosprawnościami sprzężonymi	z jedną niepełnosprawnością		
30.09.2022 r.	563	2479	w tym:	
			z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	197
			z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym	177
			z autyzmem w tym z zespołem Aspergera	1446
30.09.2023 r.	618	2787	w tym:	
			z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	205
			z niepełnosprawnością intelektualną	175

			w stopniu umiarkowanym lub znacznym	
			z autyzmem w tym z zespołem Aspergera	1709
30.09.2024 r.	686	3196	w tym:	
			z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim	203
			z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym	164
			z autyzmem w tym z zespołem Aspergera	2058

Tabela 9. Zestawienie ilości dzieci objętych wczesnym wspomaganie rozwoju oraz zajęciami rewalidacyjno - wychowawczymi.

	Data spisu	Liczba osób
Dzieci objęte wczesnym wspomaganie rozwoju na podstawie opinii poradni psychologiczno - pedagogicznej	30.09.2022 r.	1331
	30.09.2023 r.	1347
	30.09.2024 r.	1445
Dzieci w wieku 3-25 lat z upośledzeniem umysłowym w stopniu głębokim, uczestniczący w zajęciach rewalidacyjno-wychowawczych	30.09.2022 r.	60
	30.09.2023 r.	57
	30.09.2024 r.	50

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z Departamentu Edukacji, 2025

5) Obszary problemowe zgłaszane przez pedagogów szkół podstawowych i ponadpodstawowych:

- zaburzenia depresyjno – lękowe, lęki i fobie szkolne,
- ryzykowne zachowania, myśli i próby samobójcze,
- zaburzenia odżywiania,
- zaburzenia zachowania,
- brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, zaburzone poczucie własnej wartości, niska lub nieadekwatna samoocena,
- zaburzona potrzeba przynależności do grupy, uznania i szacunku z jej strony,
- trudna sytuacja rodzinna w tym: choroby psychiczne w rodzinie, brak umiejętności pełnienia funkcji wychowawczych przez rodziców,
- zaburzona więź dziecka z rodzicami (zwiększająca się bezsilność rodziców, nadmierne wymagania w stosunku do dziecka, rozpad rodziny),
- nasilenie zaburzeń psychicznych u uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego z uwagi na autyzm lub upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim,
- obciążenia psychiczne związane z przejmowaniem odpowiedzialności za sprawy dorosłych, bycie świadkiem i ofiarą konfliktów między rodzicami,
- nieznajomość lub nie respektowanie norm społecznych, brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych,
- występowanie nerwic,

·problemy adaptacyjne, rodzinne, rówieśnicze, dydaktyczne, problemy związane z okresem dojrzewania, np. drażliwość, nadwrażliwość,

·obciążenia psychiczne związane z przejmowaniem odpowiedzialności za sprawy dorosłych, bycie świadkiem i ofiarą konfliktów między rodzicami.

6) Wybrane wyniki dotyczące zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku opracowane na podstawie badań socjologicznych: „Styl życia młodzieży Białegostoku”, „Wstępna diagnoza zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku” oraz „Diagnoza zdrowia mieszkańców Białegostoku”.

a) „Styl życia młodzieży Białegostoku” to badanie realizowane przez Miasto Białystok co 4 lata od 2005 r. Tak szerokie badanie pozwala na wychwycenie zmian zachodzących w postawach i opiniach młodych ludzi w ważnych społecznie obszarach: czas wolny uczniów szkół białostockich, środowisko szkolne w opinii uczniów szkół białostockich, aksjologiczne orientacje białostockich uczniów szkół ponadpodstawowych, kondycja psychiczna i zadowolenie z życia młodzieży białostockiej, opinie młodzieży na temat zjawiska przemocy w rodzinie, struktura i sytuacja materialna białostockich rodzin, wykształcenie i zatrudnienie rodziców badanej młodzieży, procesy wychowania i socjalizacji w białostockich rodzinach, stosunek młodzieży do wybranych norm społecznych, używanie tytoniu, alkoholu i narkotyków przez młodzież Białegostoku, problematyka niepełnosprawności dzieci i młodzieży.

W ostatnim przeprowadzonym badaniu udział wzięło 3612 osób (1893 kobiety, 1463 mężczyźni, 256 inna płeć). Badanie przeprowadzone było w placówkach oświatowych z Miasta Białystok typu:

- szkoły podstawowe – 739 uczniów (klasy VII-VIII),
- szkoły branżowe – 67 uczniów,
- technika – 1023 uczniów,
- licea – 1783 uczniów.

Wyniki badań ujęte w dziale: „Kondycja psychiczna i zadowolenie z życia młodzieży białostockiej”

W ostatnich latach zdrowie psychiczne młodzieży budziło wzmożoną troskę ekspertów, nie tylko ze względu na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego w tej populacji. Odkąd Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię COVID-19 jednym z głównych problemów stał się jej wpływ na wyniki zdrowotne, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Chociaż w skali całej populacji młodzież jest mniej podatna na zakażenia wirusem, to może być grupą szczególnie wrażliwą na psychologiczne konsekwencje pandemii. W przypadku nastolatków podatność na tego typu zagrożenia wynika ze zmian na poziomie psychicznym, emocjonalnym i społecznym jakie zachodzą w okresie dorastania. Poprzez wprowadzenie powszechnej izolacji społecznej zakłócającej codzienne rutynowe czynności młodzież stała się bardziej narażona na stresory psychospołeczne. Pandemia wywołała okoliczności wykraczające poza dotychczasowe doświadczenia, które prowadziły do niepewności, stresu, niepokoju i bezradności, a nawet zachowań autodestrukcyjnych. Problemy ze zdrowiem psychicznym w okresie dorastania mogą mieć głęboki wpływ na funkcjonowanie w szkole, osiągnięcia edukacyjne i tym samym przyszłe uczestnictwo w życiu społecznym.

Badania przeprowadzone w 2022 roku wśród młodzieży białostockiej wskazały, że blisko połowa uczniów (42.2%) uważała siebie za raczej optymistów. W porównaniu z edycją badania w 2019 roku znacząco zmniejszył się odsetek młodzieży z nastawieniem optymistycznym, tj. o 7.8 punktów procentowych (p.p.) z 36.6% do 28.8%. W konsekwencji zwiększyło się nastawienie pesymistyczne o 8.2 p.p. z 20.9% do 29.1% (tabela 10).

Tabela 10. Optymizm życiowy młodzieży w roku 2019 i 2022.

Kategorie odpowiedzi	2019 rok	2022 rok
Optymiści	36.6%	28.8%
Raczej optymiści	42.5%	42.2%
Pesymiści	20.9%	29.1%

$p < 0.001$

Głównymi czynnikami decydującymi o dobrym samopoczuciu młodzieży były relacje z bliskim otoczeniem (dobra atmosfera w domu 75.0% i posiadanie przyjaciół 69.9%), których znaczenie wzrosło w porównaniu do poprzedniej edycji badania w 2019. Z drugiej strony należy jednak zauważyć, że istotnie zmniejszył się odsetek wskazań

w odniesieniu do posiadania rodziców i posiadania sympatii. Ponadto na znaczeniu straciło posiadanie osiągnięć w szkole oraz docenienie i pochwała ze strony innych. Natomiast większą rolę zaczęło odgrywać poczucie własnej wartości, wyrozumiałość i łagodność ze strony nauczycieli, przynależność do grupy rówieśniczej, a także długi i spokojny sen. Niepokojące jest, że znacznie wzrosło znaczenie posiadania pieniędzy, życia według własnych upodobań, braku ograniczeń, nakazów, zakazów oraz zmniejszenie znaczenia w odniesieniu do postępowania etycznego i moralnego (tabela 11).

Tabela 11. Hierarchia determinant dobrego samopoczucia psychicznego młodzieży w latach 2019 i 2022.

Kategorie odpowiedzi	2019 rok	2022 rok
Dobra atmosfera w domu*	73.7%	75.0%
Posiadanie przyjaciół*	68.0%	69.9%
Poczucie własnej wartości*	39.9%	42.9%
Posiadanie rodziców***	51.2%	41.2%
Posiadanie dziewczyny/chłopaka***	33.0%	27.6%
Wyrozumiałość i łagodność ze strony nauczycieli***	19.2%	25.9%
Posiadanie pieniędzy***	21.0%	24.8%
Przynależność do grupy rówieśniczej***	20.3%	24.3%
Osiągnięcia szkolne*	26.7%	23.9%
Posiadanie hobby	20.8%	20.8%
Docenienie i pochwała ze strony innych osób*	19.1%	16.7%
Uroda i wygląd zewnętrzny	14.2%	15.4%
Długi i spokojny sen ***	8.8%	12.8%
Życie według własnych upodobań ***	9.2%	12.2%
Brak ograniczeń, nakazów, zakazów*	3.3%	4.2%
Postępowanie etyczne i moralne***	5.6%	3.2%

***p < 0.001; *p < 0.05

Wśród młodzieży zachodziły niekorzystne zmiany w występowaniu symptomów złego samopoczucia (tabela 12). W porównaniu do edycji badania z 2019 roku objawy złego samopoczucia określane jako „bardzo częste” i „częste” znacząco nasilały się we wszystkich kategoriach analizowanych symptomów. Jednocześnie zmniejszał się odsetek wskazań w kategoriach „rzadko” oraz „nigdy”, przy czym wyjątek stanowiły dwa symptomy, dla których odnotowano wzrost wskazań (tj. myśli samobójcze w kategorii odpowiedzi „rzadko” oraz nadmierne łaknienie w kategorii „nigdy”). W obecnej edycji badania największa skala objawów „bardzo częstych” dotyczyła zdenerwowania (30.3%), braku wiary we własne siły (26.6%) oraz złego humoru (25.7%) i wymienione objawy stwierdzono także jako najczęściej wymieniane w kategorii odpowiedzi „często” (odpowiednio: 35.5%, 26.6%, 25.7%). W kategorii „nigdy” najwięcej respondentów tj. 57.2% wskazało myśli samobójcze, co oznacza że u 42.8% respondentów kiedykolwiek pojawiły się takie myśli. Na podstawie tego wyniku można oszacować, że około 8500 uczniów myślało kiedykolwiek o popełnieniu samobójstwa.

Tabela 12. Symptomy złego samopoczucia i ich występowanie wśród młodzieży w roku 2019 i 2022.

Symptomy złego samopoczucia		2019	2022
Brak wiary we własne siły i możliwości***	Bardzo często	20.3%	26.6%
	Często	24.6%	25.6%
	Rzadko	32.2%	29.2%
	Nigdy	23.0%	18.7%
Poczucie bezradności***	Bardzo często	16.4%	22.1%
	Często	25.5%	28.8%
	Rzadko	33.9%	29.6%
	Nigdy	24.2%	19.5%
Myśli samobójcze***	Bardzo często	8.3%	10.1%
	Często	8.0%	8.8%
	Rzadko	21.2%	23.9%
	Nigdy	62.5%	57.2%
Trudności w zasypianiu***	Bardzo często	13.9%	21.6%
	Często	19.8%	21.2%
	Rzadko	35.8%	33.2%
	Nigdy	30.5%	24.0%
Nadmierne łaknienie*	Bardzo często	9.2%	10.2%
	Często	12.9%	13.0%
	Rzadko	30.2%	27.2%

	Nigdy	47.7%	49.7%
	Bardzo często	14.6%	21.2%
Nadmierna senność***	Często	21.1%	24.3%
	Rzadko	29.0%	25.2%
	Nigdy	35.3%	29.3%
	Bardzo często	8.1%	11.5%
Jadłowstręt***	Często	10.2%	13.1%
	Rzadko	29.5%	28.7%
	Nigdy	52.1%	46.7%
	Bardzo często	21.4%	30.3%
Zdenerwowanie***	Często	34.2%	35.5%
	Rzadko	26.1%	21.2%
	Nigdy	18.4%	13.0%
	Bardzo często	19.0%	25.7%
Zły humor***	Często	31.4%	33.2%
	Rzadko	32.7%	29.6%
	Nigdy	16.9%	11.5%
	Bardzo często	19.0%	25.7%

***p < 0.001; *p < 0.05

Niekorzystny trend pojawił się również w przypadku rozpowszechnienia nastrojów depresyjnych wśród młodzieży (tabela 13). W porównaniu do poprzedniej edycji badania występowanie nastrojów depresyjnych w kategorii odpowiedzi „codziennie” i „co najmniej raz w tygodniu” zdecydowanie zwiększyło się we wszystkich analizowanych kategoriach nastrojów. W pozostałych kategoriach odpowiedzi („co najmniej raz miesiącu”, „co najmniej raz w roku” oraz „nigdy”) rozpowszechnienie nastrojów depresyjnych zmniejszało się. Najczęściej występującymi nastrojami depresyjnymi w kategorii odpowiedzi „codziennie” były: obniżony nastrój (31.6% wskazań), przygnębienie (27.1%) oraz smutek (27.0%), a w kategorii „co najmniej raz w tygodniu” - odpowiednio: 42.4%, 32.0% i 39.0%.

Tabela 13. Rozpowszechnienie nastrojów depresyjnych wśród młodzieży w roku 2019 i 2022.

Nastroje depresyjne		2019 rok	2022 rok
Obniżony nastrój***	Codziennie	20.6%	31.6%
	Co najmniej raz w tygodniu	38.8%	42.4%
	Co najmniej raz w miesiącu	22.1%	14.8%
	Co najmniej raz w roku	7.6%	4.2%
	Nigdy	10.9%	7.1%
Smutek***	Codziennie	18.4%	27.0%
	Co najmniej raz w tygodniu	33.8%	39.0%
	Co najmniej raz w miesiącu	27.0%	21.2%
	Co najmniej raz w roku	10.4%	6.2%
	Nigdy	10.5%	6.5%
Samotność***	Codziennie	16.1%	21.7%
	Co najmniej raz w tygodniu	21.2%	25.9%
	Co najmniej raz w miesiącu	22.1%	20.3%
	Co najmniej raz w roku	14.8%	12.6%
	Nigdy	25.7%	19.4%
Przygnębienie***	Codziennie	16.9%	27.1%
	Co najmniej raz w tygodniu	27.3%	32.0%
	Co najmniej raz w miesiącu	24.6%	19.2%
	Co najmniej raz w roku	13.4%	9.9%
	Nigdy	17.8%	11.8%
Chęć płaczu***	Codziennie	13.4%	21.4%
	Co najmniej raz w tygodniu	20.3%	26.2%
	Co najmniej raz w miesiącu	24.9%	21.8%
	Co najmniej raz w roku	19.9%	14.9%
	Nigdy	21.6%	15.7%

***p < 0.001

Znaczący wzrost występował także w przypadku rozpowszechnienia sytuacji stresujących. W kategorii odpowiedzi „bardzo często” stres zwiększył się o 13.9 p.p. do 33.6%, stres zmniejszył się w kategoriach „często” (o 1.8 p.p.), „rzadko” (o 11.5 p.p) oraz „nigdy” (o 0.6 p.p) (tabela 14).

Tabela 14. Rozpowszechnienie sytuacji stresujących u młodzieży.

Kategorie odpowiedzi	2019 rok	2022 rok
Bardzo często	19.7%	33.6%
Często	42.6%	40.8%
Rzadko	33.4%	21.9%
Nigdy	4.3%	3.7%

$p < 0.001$

Wśród przyczyn stresu, największe znaczenie odgrywały osobiste kompleksy (48.7% wskazań) i powód ten występował na czołowym miejscu w poprzedniej edycji badania. Drugą przyczynę stresu stanowił brak osiągnięć w szkole (46.2%), który przesunął się o jedno miejsce w górę w hierarchii przyczyn stresu. niesprawiedliwe traktowanie przez nauczyciela było kolejną – trzecią – przyczyną (43.9%) i wartość ta istotnie wzrosła w porównaniu do 2019 roku. Problemy zdrowotne pozostawały na tym samym – szóstym – miejscu w hierarchii, ale odsetek wskazań zwiększył istotnie w porównaniu do poprzedniego badania. Nie stwierdzono istotnych zmian w źródłach stresu takich jak osobiste kompleksy, dom, brak akceptacji rówieśników, ubóstwo (**tabela 15**).

Tabela 15. Przyczyny stresu wśród młodzieży w roku 2019 i 2022.

Przyczyny stresu	2019 rok	2022 rok
Osobiste kompleksy	48.2%	48.7%
Brak osiągnięć w szkole***	31.5%	46.2%
Niesprawiedliwe traktowanie przez nauczyciela, wymagania nauczycieli*	41.4%	43.9%
Dom	22.9%	22.0%
Brak akceptacji rówieśników	19.5%	18.6%
Problemy zdrowotne*	11.1%	13.2%
Brak pieniędzy, bieda	11.3%	12.7%

*** $p < 0.001$; * $p < 0.05$

Najczęstszymi reakcjami na napięcie i podenerwowanie występującymi u blisko połowy respondentów było słuchanie muzyki lub oglądanie filmu oraz używanie wulgaryzmów, przy czym ich rozpowszechnienie nieco się zmniejszyło pomiędzy 2019 a 2022 rokiem. Na kolejnych miejscach uplasowały się reakcje takie jak: płacz, zamykanie się w sobie, sen, gra na komputerze lub spędzanie czasu na portalach społecznościowych, dla których odsetek wskazań istotnie zwiększył się. Dwie spośród wymienionych reakcji sytuacji napięcia i podenerwowania przesunęły się w górę hierarchii (tj. gram na komputerze lub spędzanie czasu na portalach społecznościowych oraz sen). Natomiast w dół hierarchii przesunęły się reakcje: szukam wsparcia u najbliższych osób, krzyk oraz wychodzenie na powietrze, spacerowanie – i w tych kategoriach odpowiedzi odsetek wskazań zmniejszył się. Nie zmieniła się hierarchia reakcji na napięcie i podenerwowanie, które przejawiały się zachowaniami ryzykownymi, tj. reakcje te pozostawały w pozycjach od 10 do 15: jedzenie ponad miarę, palenie papierosów, picie alkoholu, wagarowanie, konsumpcja narkotyków, ucieczki z domu. Jednak we wszystkich wymienionych reakcjach związanych z zachowaniami ryzykownymi zmniejszył się odsetek wskazań pomiędzy 2019 a 2022 rokiem i zmiany te były istotne statystycznie (**tabela 16**).

Tabela 16. Reakcje młodzieży w sytuacji napięcia, podenerwowania w roku 2019 i 2022.

Reakcje	2019 rok	2022 rok
Słucham muzyki / oglądam film***	47.6%	47.4%
Używam wulgaryzmów***	46.8%	45.4%
Płaczę***	35.8%	41.4%
"Zamykam się w sobie"***	33.0%	38.8%
Śpię, leżę***	25.5%	32.8%
Gram na komputerze, spędzam czas na portalach społecznościowych***	21.5%	24.6%
Szukam wsparcia u najbliższych mi osób***	27.8%	23.6%
Krzyczę***	27.0%	22.8%
Wychodzę na powietrze, spaceruję***	26.7%	20.5%
Jem ponad miarę***	13.1%	11.3%
Palę papierosy, e-papierosy***	11.8%	10.3%
Szukam pocieszenia w alkoholu***	5.1%	4.3%
Wagaruję***	4.3%	3.1%
Szukam pocieszenia w narkotykach***	3.5%	2.7%
Uciekam z domu***	2.6%	1.9%

*** $p < 0.001$; * $p < 0.05$

Wyniki wskazują, że w 2022 roku nastąpiło pogorszenie w odczuwaniu satysfakcji z życia, odsetek zadowolonych z życia zmniejszył się o 12 p.p. do 27%, natomiast częściowe zadowolenie wzrosło o 4 p.p. do 45%. Wzrost występował również wśród niezadowolonych z życia o 6 p.p. do 16%, a także w kategorii „trudno powiedzieć” o 2 p.p. do 8% (tabela 17).

Tabela 17. Zadowolenie z życia w roku 2019 i 2022.

Kategorie odpowiedzi	2019 rok	2022 rok
Zadowolony	39%	27%
Częściowo zadowolony	45%	49%
Niezadowolony	10%	16%
Trudno powiedzieć	6%	8%

*** $p < 0.001$

Determinanty dobrego samopoczucia w większości analizowanych kategorii odpowiedzi wyraźnie różniły się według płci (tabela 18). Dziewczynki istotnie częściej w porównaniu do chłopców i osób deklaruujących płć jako „inną” uzależniały dobre samopoczucie głównie od relacji i więzi z najbliższym otoczeniem, w tym: dobrej atmosfery w domu (80.0% wskazań), posiadania przyjaciół (74.3%), poczucia własnej wartości (51.1%), wyrozumiałości i łagodności ze strony nauczycieli (28.5%), przynależności do grupy rówieśniczej (25.9%) oraz docenienia i pochwały ze strony innych osób (18.8%). Chłopcy istotnie częściej w porównaniu do dziewczynek i osób deklaruujących płć jako „inną” cenili posiadanie rodziców (55.6%) oraz posiadanie sympatii (33.1%). Ponadto chłopcy istotnie rzadziej w porównaniu do dziewczynek i osób deklaruujących płć jako „inną” uzależniali dobre samopoczucie od urody i wyglądu zewnętrznego oraz długiego i spokojnego snu. Młodzież deklaruująca płć jako „inną” istotnie częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców wskazywała posiadanie pieniędzy (35.5%) oraz brak jakichkolwiek ograniczeń, nakazów i zakazów (9.8%). Dodatkowo młodzież deklaruująca płć jako „inną” oraz chłopcy istotnie częściej w porównaniu do dziewczynek wymieniali postępowanie moralne i etyczne jako determinantę dobrego samopoczucia. W przypadku trzech kategorii odpowiedzi, tj. osiągnięć szkolnych, posiadania hobby oraz życia według własnych upodobań nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy dziewczynkami, chłopcami i osobami deklaruującymi płć jako „inną”.

Tabela 18. Determinanty dobrego samopoczucia młodzieży według płci.

Kategorie odpowiedzi	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dobra atmosfera w domu***	1508	80.0	1026	70.9	149	60.6	2683	75.0
Posiadanie przyjaciół***	1401	74.3	972	67.1	130	52.8	2503	69.9
Poczucie własnej wartości***	963	51.1	493	34.0	80	32.5	1536	42.9
Posiadanie rodziców***	581	30.8	805	55.6	89	36.2	1475	41.2
Posiadanie dziewczyny / chłopaka***	442	23.4	480	33.1	67	27.2	989	27.6
Wyrozumiałość i łagodność ze strony nauczycieli***	538	28.5	321	22.2	68	27.6	927	25.9
Posiadanie pieniędzy***	403	21.4	399	27.6	87	35.4	889	24.8
Przynależność do grupy rówieśników*	489	25.9	328	22.7	51	20.7	868	24.3
Osiągnięcia szkolne	427	22.7	369	25.5	61	24.8	857	23.9
Posiadanie hobby	372	19.7	322	22.2	50	20.3	744	20.8
Docenienie i pochwała ze strony innych osób**	355	18.8	202	14.0	40	16.3	597	16.7
Uroda i wygląd zewnętrzny***	337	17.9	174	12.0	41	16.7	552	15.4
Długi i spokojny sen*	263	14.0	157	10.8	39	15.9	459	12.8
Życie według własnych upodobań	244	12.9	161	11.1	32	13.0	437	12.2
Brak jakichkolwiek ograniczeń, nakazów, zakazów***	69	3.7	58	4.0	24	9.8	151	4.2
Postępowanie etyczne i moralne**	41	2.2	61	4.2	11	4.5	113	3.2

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; * $p < 0.05$

Symptomy złego samopoczucia we wszystkich analizowanych kategoriach odpowiedzi znacząco różniły się według płci (tabela 19). Wśród osób deklarujących płć jako „inną” zdecydowanie częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców występowały symptomy złego samopoczucia w kategorii odpowiedzi „bardzo często”. Największe rozpowszechnienie „bardzo częstych” objawów wśród osób deklaruujących „inną” płć dotyczyło zdenerwowania (44.9%), złego humoru (41.0%) i trudności w zasypianiu (40.2%), a w przypadku pozostałych analizowanych objawów wynik wahał się od 22.7% do 39.8%. Wśród dziewczynek w większym stopniu w porównaniu do chłopców i osób deklaruujących płć jako „inną” występowały symptomy złego samopoczucia w kategorii odpowiedzi „często”, a do najczęstszych wskazań należały: zdenerwowanie (40.0%), zły humor (37.6%) oraz poczucie bezradności (34.8%), pozostałe odpowiedzi wahały się od 10.4% do 30.7%. Niskie natężenie symptomów złego samopoczucia (w kategorii odpowiedzi „rzadko”) dominowało u chłopców w przypadku symptomów: zły humor, brak wiary we własne siły i możliwości, poczucie bezradności, zdenerwowanie i nadmierna senność. Odpowiedzi w kategorii „nigdy” dominowały u chłopców w większości badanych symptomów. W kategorii odpowiedzi „nigdy” najczęstszym symptomem złego samopoczucia były myśli samobójcze: wymieniane przez 57.2% młodzieży. Oznacza to, że takie myśli kiedykolwiek pojawiły się wśród 42.8% młodzieży, a w podziale na płć było to odpowiednio: 32.9% chłopców, 47.9% dziewczynek i 61.3% osób deklaruujących płć jako „inną”.

Tabela 19. Rozpowszechnienie symptomów złego samopoczucia u młodzieży według płci.

Symptomy złego samopoczucia		Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Brak wiary we własne siły i możliwości***	Bardzo często	631	33.3	228	15.6	102	39.8	961	26.6
	Często	566	29.9	298	20.4	60	23.4	924	25.6
	Rzadko	516	27.3	501	34.2	36	14.1	1053	29.2
	Nigdy	180	9.5	436	29.8	58	22.7	674	18.7
Poczucie bezradności***	Bardzo często	508	26.8	191	13.1	98	38.3	797	22.1
	Często	659	34.8	327	22.4	56	21.9	1042	28.8
	Rzadko	529	27.9	499	34.1	40	15.6	1068	29.6
	Nigdy	197	10.4	446	30.5	62	24.2	705	19.5
Myśli samobójcze***	Bardzo często	189	10.0	99	6.8	76	29.7	364	10.1
	Często	196	10.4	99	6.8	22	8.6	317	8.8
	Rzadko	521	27.5	284	19.4	59	23.0	864	23.9
	Nigdy	987	52.1	981	67.1	99	38.7	2067	57.2
Trudności w zasypianiu***	Bardzo często	456	24.1	222	15.2	103	40.2	781	21.6
	Często	451	23.8	273	18.7	42	16.4	766	21.2
	Rzadko	655	34.6	494	33.8	49	19.1	1198	33.2
	Nigdy	331	17.5	474	32.4	62	24.2	867	24.0
Nadmierne łaknienie***	Bardzo często	213	11.3	96	6.6	58	22.7	367	10.2
	Często	309	16.3	129	8.8	30	11.7	468	13.0
	Rzadko	590	31.2	344	23.5	49	19.1	983	27.2
	Nigdy	781	41.3	894	61.1	119	46.5	1794	49.7
Nadmierna senność***	Bardzo często	491	25.9	181	12.4	95	37.1	767	21.2
	Często	582	30.7	255	17.4	41	16.0	878	24.3
	Rzadko	456	24.1	409	28.0	44	17.2	909	25.2
	Nigdy	364	19.2	618	42.2	76	29.7	1058	29.3
Jadłowstręt***	Bardzo często	271	14.3	74	5.1	70	27.3	415	11.5
	Często	345	18.2	96	6.6	33	12.9	474	13.1
	Rzadko	644	34.0	349	23.9	45	17.6	1038	28.7
	Nigdy	633	33.4	944	64.5	108	42.2	1685	46.7
Zdenerwowanie** *	Bardzo często	700	37.0	280	19.1	115	44.9	1095	30.3
	Często	757	40.0	461	31.5	66	25.8	1284	35.5
	Rzadko	317	16.7	420	28.7	28	10.9	765	21.2
	Nigdy	119	6.3	302	20.6	47	18.4	468	13.0
Zły humor***	Bardzo często	579	30.6	244	16.7	105	41.0	928	25.7
	Często	711	37.6	422	28.8	67	26.2	1200	33.2
	Rzadko	498	26.3	535	36.6	36	14.1	1069	29.6
	Nigdy	105	5.5	262	17.9	48	18.8	415	11.5

***p < 0.001

Nastroje depresyjne były istotnie zróżnicowane według płci (**tabela 20**). Wśród osób deklarujących płeć jako „inną” zdecydowanie częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców nastroje te występowały w kategoriach odpowiedzi „codziennie”, ich dominującą postacią był obniżony nastrój (48.0% wskazań), inne odpowiedzi wahały się od 35.5% do 43.8%. Dziewczynki częściej w porównaniu do chłopców i osób deklaruujących płeć jako „inną” doświadczały obniżonego nastroju „co najmniej raz w tygodniu” – (47.6% wskazań), w przypadku pozostałych odpowiedzi wynik wahał się od 36.3% do 45.6%. Nasilenie wszystkich nastrojów depresyjnych w kategorii odpowiedzi „co najmniej raz w roku” było wyższe u chłopców w porównaniu do dziewczynek i osób deklaruujących płeć jako „inną”. Najczęstszym nastrojem występującym u chłopców „co najmniej raz w roku” była chęć płaczu (26.6%), inne odpowiedzi w tej kategorii wahały się od 7.5% do 15.5%.

Tabela 20. Rozpowszechnienie nastrojów depresyjnych u młodzieży według płci.

Nastroje depresyjne		Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Obniżony nastrój***	Codziennie	681	36.0	338	23.1	123	48.0	1142	31.6
	Co najmniej raz w tygodniu	902	47.6	560	38.3	69	27.0	1531	42.4
	Co najmniej raz w miesiącu	213	11.3	303	20.7	17	6.6	533	14.8
	Co najmniej raz w roku	33	1.7	109	7.5	9	3.5	151	4.2
	Nigdy	64	3.4	153	10.5	38	14.8	255	7.1
Smutek***	Codziennie	576	30.4	288	19.7	112	43.8	976	27.0
	Co najmniej raz w tygodniu	863	45.6	484	33.1	63	24.6	1410	39.0
	Co najmniej raz w miesiącu	342	18.1	396	27.1	28	10.9	766	21.2
	Co najmniej raz w roku	59	3.1	150	10.3	15	5.9	224	6.2
	Nigdy	53	2.8	145	9.9	38	14.8	236	6.5
Samotność***	Codziennie	443	23.4	237	16.2	103	40.2	783	21.7
	Co najmniej raz w tygodniu	569	30.1	320	21.9	47	18.4	936	25.9
	Co najmniej raz w miesiącu	437	23.1	269	18.4	29	11.3	735	20.3
	Co najmniej raz w roku	220	11.6	216	14.8	20	7.8	456	12.6
	Nigdy	224	11.8	421	28.8	57	22.3	702	19.4
Przygnębienie***	Codziennie	594	31.4	277	18.9	108	42.2	979	27.1
	Co najmniej raz w tygodniu	701	37.0	399	27.3	57	22.3	1157	32.0
	Co najmniej raz w miesiącu	380	20.1	292	20.0	21	8.2	693	19.2
	Co najmniej raz w roku	104	5.5	227	15.5	26	10.2	357	9.9
	Nigdy	114	6.0	268	18.3	44	17.2	426	11.8
Chęć płaczu***	Codziennie	541	28.6	140	9.6	91	35.5	772	21.4
	Co najmniej raz w tygodniu	687	36.3	217	14.8	44	17.2	948	26.2
	Co najmniej raz w miesiącu	453	23.9	300	20.5	33	12.9	786	21.8
	Co najmniej raz w roku	124	6.6	389	26.6	26	10.2	539	14.9
	Nigdy	88	4.6	417	28.5	62	24.2	567	15.7

***p < 0.001

Rozpowszechnienie sytuacji stresujących wyraźnie różniło się w zależności od płci (**tabela 21**). W kategorii odpowiedzi „bardzo często” wśród osób deklaruujących płeć jako „inną” oraz u dziewczynek występowało wyższe natężenie stresu (46.1% i 42.5%) w porównaniu do chłopców (20.0%). W kategorii odpowiedzi „często” dziewczynki i chłopcy deklarowali wyższe obciążenie stresem (po 41.4% wskazań) w porównaniu do osób deklaruujących płeć jako „inną” (33.6%). Chłopcy częściej udzielali odpowiedzi „rzadko” (33.3%) w porównaniu do dziewczynek oraz osób deklaruujących płeć jako „inną” (14.3% i 13.7%).

Tabela 21. Rozpowszechnienie sytuacji stresujących u młodzieży według płci.

Sytuacje stresujące	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo często	804	42.5	293	20.0	118	46.1	1215	33.6
Często	783	41.4	605	41.4	86	33.6	1474	40.8
Rzadko	270	14.3	485	33.2	35	13.7	790	21.9
Nigdy	36	1.9	80	5.5	17	6.6	133	3.7

p < 0.001

Wśród przyczyn stresu tylko osobiste kompleksy i problemy w domu znacząco różniły się w zależności od płci (tabela 22). Osobiste kompleksy zdecydowanie częściej były przyczyną stresu u dziewczynek (58.4%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” (44.0%) i chłopców (36.4%). Problemy w domu były w większym stopniu źródłem stresu wśród osób deklaruujących płeć jako „inną” (28.6%) i dziewczynek (25.1%) w porównaniu do chłopców (16.7%).

Tabela 22. Przyczyny stresu występującego u młodzieży według płci.

Przyczyny stresu	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Osobiste kompleksy***	1088	58.4	503	36.4	106	44.0	1697	48.7
Szkoła	870	46.7	626	45.4	114	47.3	1610	46.2
Niesprawiedliwe potraktowanie przez nauczyciela, wymagania nauczycieli	811	43.5	627	45.4	91	37.8	1529	43.9
Dom***	468	25.1	230	16.7	69	28.6	767	22.0
Brak akceptacji rówieśników	344	18.5	257	18.6	48	19.9	649	18.6
Problemy zdrowotne	250	13.4	180	13.0	30	12.4	460	13.2
Brak pieniędzy/bieda	220	11.8	186	13.5	38	15.8	444	12.7

***p < 0.001

Płeć w znaczący sposób determinowała reakcje w sytuacji napięcia, podenerwowania występujące u młodzieży (tabela 23). Wśród dziewczynek istotnie częściej w porównaniu do chłopców i osób deklaruujących płeć jako „inną” występowały reakcje poprzez płacz (62.9%), słuchanie muzyki lub oglądanie filmu (49.1%), zamykanie się w sobie (44.0%), sen (36.9%) oraz krzyk (24.1%). Dodatkowo dziewczynki i chłopcy istotnie częściej wymieniali szukanie wsparcia u najbliższych osób (25.8% i 22.5%) wychodzenie na powietrze (odpowiednio: 20.7% i 21.4%) w porównaniu do osób deklaruujących płeć jako „inną” (13.3%). Reakcja w postaci jedzenia ponad miarę dominowała u dziewczynek i osób deklaruujących płeć jako „inną” (13.9% i 12.1%) w porównaniu do chłopców (7.8%). Wśród chłopców w większym stopniu występowało używanie wulgaryzmów (49.1%) oraz spędzanie czasu przy komputerze (39.4%) w porównaniu do dziewczynek i osób deklaruujących płeć jako „inną”. Młodzież deklaruująca płeć jako „inną” istotnie częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców wymieniała zachowania ryzykowne jako reakcje na napięcie i podenerwowanie, które przejawiały się poprzez palenie papierosów (16.3%), picie alkoholu (14.2%), konsumpcja narkotyków (13.8%), wagary (6.3%) oraz ucieczki z domu (5.4%).

Tabela 23. Reakcje młodzieży w sytuacji napięcia, podenerwowania u młodzieży według płci.

Reakcje	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Słucham muzyki lub oglądam film***	932	49.7	642	45.4	100	41.7	1674	47.4
Używam wulgaryzmów*	795	42.4	695	49.1	111	46.3	1601	45.4
Płaczę***	1179	62.9	205	14.5	77	32.1	1461	41.4
"Zamykam się w sobie"***	824	44.0	463	32.7	83	34.6	1370	38.8
Śpię, leżę***	692	36.9	390	27.6	76	31.7	1158	32.8
Gram na komputerze, spędzam czas na "portalach społecznościowych"***	237	12.6	558	39.4	73	30.4	868	24.6
Szukam wsparcia u najbliższych mi osób***	484	25.8	318	22.5	32	13.3	834	23.6
Krzyczę	456	24.1	309	21.4	53	21.3	818	22.8
Wychodzę na powietrze, spaceruję**	387	20.7	303	21.4	32	13.3	722	20.5
Jem ponad miarę***	260	13.9	111	7.8	29	12.1	400	11.3
Palę papierosy, e-papierosy*	179	9.6	147	10.4	39	16.3	365	10.3
Szukam pocieszenia w alkoholu***	56	3.0	60	4.2	34	14.2	150	4.3
Wagaruję*	48	2.6	46	3.3	15	6.3	109	3.1
Szukam pocieszenia w narkotykach***	26	1.4	38	2.7	33	13.8	97	2.7
Uciekam z domu***	26	1.4	27	1.9	13	5.4	66	1.9

***p < 0.001; **p < 0.01; *p < 0.05

Umiejętność kontrolowania emocji przez młodzież znacząco różniła się między chłopcami a dziewczętami os. deklarującymi płeć jako inną (**tabela 24**). Wśród chłopców zdecydowanie częściej w porównaniu do dziewczynek i osób deklarujących płeć jako „inną” występowały większe umiejętności kontrolowania emocji w kategorii odpowiedzi „zawsze” (23.7%) i „często”(54.8%). Dziewczynki częściej udzielały odpowiedzi „rzadko” (37.6%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” i chłopców. Kategoria odpowiedzi „nigdy” dominowała wśród osób deklarujących płeć jako „inną” (15.6%).

Tabela 24. Umiejętność kontrolowania emocji przez młodzież według płci.

Umiejętność kontrolowania emocji	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zawsze	173	9.1	346	23.7	56	21.9	575	15.9
Często	859	45.4	801	54.8	87	34.0	1747	48.4
Rzadko	711	37.6	258	17.6	73	28.5	1042	28.8
Nigdy	150	7.9	58	4.0	40	15.6	248	6.9

$p < 0.001$

Formy radzenia sobie ze stresem przez młodzież znacząco różniły się w podziale na płeć (**tabela 25**). Należy podkreślić, że osoby deklarujące płeć jako „inną” oraz dziewczynki częściej nie potrafiły radzić sobie ze stresem (40.0% i 34.1%) w porównaniu do chłopców (17.0%). Innymi częstymi formami radzenia sobie ze stresem przez osoby deklarujące płeć jako „inną” oraz dziewczynki było izolowanie się od innych (16.3% i 19.3%) oraz restrykcyjne ograniczanie jedzenia (2.9% i 3.0%). Ponadto wśród osób deklarujących płeć jako „inną” istotnie częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców stwierdzono sięganie po używki (12.5%) oraz zażywanie leków uspokajających lub nasennych (8.2%). Wśród dziewczynek i chłopców w radzeniu sobie ze stresem odgrywały relacje z bliskimi osobami, w tym: dobre relacje z rodzicami (odsetek wskazań odpowiednio: 27.4% i 27.9%), spotkania z przyjaciółmi (23.9% i 21.5%) oraz utrzymywanie kontaktów z rówieśnikami, którzy ich akceptują (13.6% i 11.8%). Z kolei tylko u dziewczynek dominowały rozmowy z przyjaciółmi (30.8%), spędzanie czasu na portalach społecznościowych (14.7%), skupienie się na codziennych obowiązkach (8.2%), jedzenie ponad miarę (7.1%) oraz chodzenie na zakupy (4.2%). Sposobami radzenia sobie ze stresem, które występowały najczęściej tylko u chłopców było zastanawianie się na źródłem stresu wraz z próbą rozwiązania tego problemu (28.9%), spędzanie czasu na grach komputerowych (19.9%), podejmowanie aktywności w sporcie (19.0%), starania aby jak najszybciej poprawić złą ocenę (13.4%), ale wśród chłopców dominowało również nie przejmowanie się wynikami w nauce (18.1%).

Tabela 25. Sposoby radzenia sobie ze stresem przez młodzież według płci.

Kategorie odpowiedzi	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie radzę sobie ze stresem***	643	34.1	244	17.0	98	40.0	985	27.6
Mam dobre relacje z rodzicami**	442	27.4	367	27.9	37	17.8	846	27.0
Rozmawiam z przyjaciółmi, znajomymi, sympatią***	496	30.8	261	19.8	32	15.4	789	25.2
Zastanawiam się nad źródłem stresu i staram się rozwiązać sytuację***	350	21.7	380	28.9	41	19.7	771	24.6
Spotykam się z przyjaciółmi, znajomymi, sympatią***	385	23.9	283	21.5	25	12.0	693	22.1
Izoluję się od innych, spędzam czas w samotności***	311	19.3	123	9.3	34	16.3	468	14.9
Nie przejmuję się wynikami w nauce***	199	12.3	238	18.1	29	13.9	466	14.9
Jestem aktywny/a sportowo***	180	11.2	250	19.0	22	10.6	452	14.4
Spędzam czas na grach komputerowych***	88	5.5	262	19.9	42	20.2	392	12.5
Utrzymuję kontakty z koleżankami (kolegami), którzy mnie akceptują*	219	13.6	155	11.8	15	7.2	389	12.4
Spędzam czas na portalach społecznościowych (np. Facebook, Instagram)***	237	14.7	88	6.7	19	9.1	344	11.0

Angażuję się w swoje hobby, pasje	162	10.0	147	11.2	32	15.4	341	10.9
Staram się jak najszybciej poprawić złą ocenę***	150	9.3	176	13.4	12	5.8	338	10.8
Staram się skupić na codziennych czynnościach**	132	8.2	77	5.9	6	2.9	215	6.9
Jem więcej niż zazwyczaj***	115	7.1	36	2.7	6	2.9	157	5.0
Sięgam po alkohol, papierosy, narkotyki***	62	3.8	51	3.9	26	12.5	139	4.4
Zawsze przygotowuję się dobrze do lekcji	70	4.3	48	3.6	8	3.8	126	4.0
Korzystam z pomocy pedagoga, psychologa, terapeuty	49	3.0	41	3.1	12	5.8	102	3.3
Idę na zakupy*	68	4.2	32	2.4	3	1.4	103	3.3
Zażywam leki na uspokojenie lub sen***	47	2.9	11	0.8	17	8.2	75	2.4
Restrykcyjnie ograniczam jedzenie***	49	3.0	6	0.5	6	2.9	61	1.9

***p < 0.001; **p < 0.01; *p < 0.05

W sytuacjach trudnych dziewczynki i chłopcy istotnie częściej w porównaniu do osób deklarujących płęć jako „inną” komunikowały z rodziną (matka: 49.2% i 52.9% oraz rodzeństwo 17.9% i 17.1%). Dziewczynki najczęściej komunikowały się z przyjaciółmi (55.6%) w porównaniu do chłopców i osób deklaruujących płęć jako „inną”. Wśród dziewczynek i osób deklaruujących płęć jako „inną” częściej w porównaniu do chłopców występowało korzystanie z poradni psychologiczno – pedagogicznej (2.6% i 3.5%). Chłopcy najczęściej w porównaniu do dziewczynek i osób deklaruujących płęć jako „inną” w sytuacjach trudnych zwracali się do ojca (34.4%). Z kolei wśród chłopców i osób deklaruujących płęć jako „inną” częściej w porównaniu do dziewczynek występowała komunikacja z gronem koleżeńskim (odpowiednio: 14.0% i 12.6%). Młodzież deklaruująca płęć jako „inną” częściej w porównaniu do dziewczynek i chłopców w sytuacjach trudnych zwracała się do osób duchownych (9.5%), pedagoga lub psychologa (7.4%) oraz korzystała z telefonu zaufania (3.5%), ale najczęściej nie posiadała osoby, do której mogłaby się zwrócić (21.1%) (tabela 26).

Tabela 26. Osoby, do których młodzież zwraca się w trudnych sytuacjach.

Kategorie odpowiedzi	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Matka / opiekunka***	930	49.2	766	52.9	86	37.2	1782	49.9
Przyjaciół / przyjaciółka***	1051	55.6	560	38.6	75	32.5	1686	47.2
Ojciec / opiekun***	389	20.6	498	34.4	48	20.8	935	26.2
Siostra / brat*	338	17.9	248	17.1	27	11.7	613	17.2
Twoja sympatia	338	17.9	216	14.9	41	17.7	595	16.7
Nie mam takiej osoby*	266	14.1	253	17.5	49	21.2	568	15.9
Koleżki / koleżanki***	141	7.5	203	14.0	29	12.6	373	10.5
Pedagog / psycholog**	77	4.1	35	2.4	17	7.4	129	3.6
Poradnia psychologiczno-pedagogiczna*	49	2.6	19	1.3	8	3.5	76	2.1
Wychowawcy / nauczyciele**	22	1.2	44	3.0	6	2.6	72	2.0
Osoba duchowna / ksiądz***	23	1.2	23	1.6	22	9.5	68	1.9
Korzystam z telefonu zaufania dla dzieci i młodzieży**	15	0.8	12	0.8	8	3.5	35	1.0
Inne	16	0.8	7	0.5	2	0.9	25	0.7

***p < 0.001; **p < 0.01; *p < 0.05

Poziom wsparcia udzielonego młodzieży ze strony bliskiego otoczenia był zróżnicowany w podziale na płęć (tabela 27). Chłopcy w największym stopniu (tj. w kategorii „wysokie” wsparcie) mogli liczyć na wsparcie od rodziców: aż 75.1% chłopców otrzymało wsparcie od matki, wśród dziewczynek oraz osób deklaruujących płęć jako „inną” było to odpowiednio: 64.6% i 53.1%. W przypadku ojca, na jego wysokie wsparcie mogło liczyć 58.8% chłopców w porównaniu do 42.8% dziewczynek i 38.7% osób deklaruujących płęć jako „inną”. Rówieśnicy częściej udzielali „wysokiego” wsparcia dziewczynkom (38.8%) w porównaniu do chłopców (33.8%) i osób deklaruujących płęć jako „inną” (32.4%). Nauczyciele częściej udzielali „wysokiego” wsparcia osobom deklaruującym płęć jako „inną” (32.4%).

„inną” (10.2%) w porównaniu do chłopców (7.6%) i dziewczynek (5.7%). W kategorii „średnie” wsparcie dziewczynki i chłopcy częściej uzyskiwali wsparcie od rówieśników (42.3% i 41.0%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” (36.7%). Wśród chłopców występował największy poziom „średniego” wsparcia ze strony nauczycieli (29.8%), a u dziewczynek największy poziom wsparcia określany jako „średni” pochodził ze strony ojca (28.2%). Dziewczynki i osoby deklarujące płeć jako „inną” uzyskiwały większe wsparcie na poziomie „średnim” ze strony matki (24.0% i 22.3%) w porównaniu do chłopców (16.1%). Istniały również sytuacje, w których młodzież nie miała „żadnego” wsparcia ze strony bliskiego otoczenia i dotyczyło to szczególnie osób deklarujących płeć jako „inną” – w przypadku matki wsparcia nie otrzymało 13.7% osób wskazujących „inną” płeć i dwukrotnie więcej ze strony ojca (27.7%), a od nauczycieli 52.7% i od rówieśników 13.3%. Wśród dziewczynek i chłopców wyniki w kategorii „niskie” były korzystniejsze (tj. ich wartość była niższa) w porównaniu do osób wskazujących „inną” płeć.

Tabela 27. Poziom wsparcia udzielonego młodzieży ze strony bliskiego otoczenia.

Osoby	Poziom wsparcia	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Matka /opiekunka ***	Wysokie	1223	64.6	1099	75.1	136	53.1	2458	68.1
	Średnie	454	24.0	235	16.1	57	22.3	746	20.7
	Niskie	126	6.7	62	4.2	28	10.9	216	6.0
	Żadne	90	4.8	67	4.6	35	13.7	192	5.3
Ojciec /opiekun ***	Wysokie	811	42.8	860	58.8	99	38.7	1770	49.0
	Średnie	533	28.2	320	21.9	57	22.3	910	25.2
	Niskie	268	14.2	127	8.7	29	11.3	424	11.7
	Żadne	281	14.8	156	10.7	71	27.7	508	14.1
Nauczyciel ***	Wysokie	108	5.7	111	7.6	26	10.2	245	6.8
	Średnie	498	26.3	436	29.8	39	15.2	973	26.9
	Niskie	615	32.5	435	29.7	56	21.9	1106	30.6
	Żadne	672	35.5	481	32.9	135	52.7	1288	35.7
Rówieśnicy***	Wysokie	734	38.8	495	33.8	83	32.4	1312	36.3
	Średnie	800	42.3	600	41.0	94	36.7	1494	41.4
	Niskie	240	12.7	215	14.7	45	17.6	500	13.8
	Żadne	119	6.3	153	10.5	34	13.3	306	8.5

***p < 0.001

Różnice płci w korzystaniu z pomocy specjalistycznej udzielonej przez pedagoga szkolnego, psychologa lub poradnię psychologiczno - pedagogiczną przedstawia **tabela 28**. Wyniki wskazują, że korzystanie z pomocy psychologiczno – pedagogicznej zdecydowanie częściej występowało osób deklaruujących płeć jako „inną” (19.5%) w porównaniu do dziewczynek (14.2%) i chłopców (7.1%). Zgłoszone zapotrzebowanie na pomoc psychologiczno – pedagogiczną dwukrotnie przewyższało poziom udzielanej pomocy w tym zakresie, przy czym większe potrzeby zgłosiły dziewczynki (28.4%) w porównaniu do osób deklaruujących płeć jako „inną” (22.7%) i chłopców (14.6%). Na podstawie wyniku uzyskanego w tym badaniu, można oszacować, że obecnie około 3000 dziewczynek, 1200 chłopców i 300 osób deklaruujących płeć jako „inną” potrzebuje specjalistycznej pomocy. Łącznie zapotrzebowanie na pomoc psychologiczno – pedagogiczną występowało u 22.4% młodzieży (tj. szacunkowo 4500 osób). Wynik ten był wyższy o 6.5 p.p w porównaniu do badania w 2019 roku, w którym zapotrzebowanie wynosiło 15.9%.

Tabela 28. Korzystanie z pomocy specjalistycznej (np. pedagog szkolny, psycholog, poradnia psychologiczno-pedagogiczna) według płci.

Korzystanie z pomocy specjalistycznej	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tak	269	14.2	104	7.1	50	19.5	423	11.7
Nie, ale czuję że potrzebuję pomocy	538	28.4	214	14.6	58	22.7	810	22.4
Nie korzystam z pomocy specjalistycznej i nie czuję potrzeby pomocy	1086	57.4	1145	78.3	148	57.8	2379	65.9

p < 0.001

Tabela 29 przedstawia częstość korzystania z pomocy specjalistycznej według płci. Pod stałą opieką były najczęściej osoby deklarujące płeć jako „inną” (26% wskazań) w porównaniu do dziewczynek (19.0%) i chłopców (6.7%). Dziewczynki częściej były raz na tydzień pod opieką specjalisty (53.5%) w porównaniu do chłopców i osób deklarujących płeć jako „inną” (51.9% i 48.0%). Chłopcy częściej korzystali z pomocy specjalistycznej raz na miesiąc (26.9%) oraz raz na pół roku (14.1%) w porównaniu do dziewczynek i osób deklarujących płeć jako „inną”.

Tabela 29. Korzystanie ze specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci.

Częstość korzystania	Dziewczynki / kobiety n=269		Chłopcy / mężczyźni n=104		Inne n=50		Ogółem n=423	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jestem pod stałą opieką specjalisty	51	19.0	7	6.7	13	26.0	71	16.8
Raz na tydzień	144	53.5	54	51.9	24	48.0	222	52.5
Raz na miesiąc	56	20.8	28	26.9	10	20.0	94	22.2

$p < 0.05$

Zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc psychologiczno - pedagogiczną różniło się według składu rodziny (**tabela 30**). Co druga dziewczynka i co drugi chłopiec posiadający pełną rodzinę nie korzystali z pomocy specjalistycznej, ale odczuwali potrzebę korzystania z tej pomocy, w przypadku osób deklarujących płeć jako „inną” zapotrzebowanie było znacznie mniejsze (17.2%). Dziewczynki oraz osoby deklarujące płeć jako „inną” częściej w porównaniu do chłopców odczuwały potrzebę pomocy psychologiczno – pedagogicznej gdy wychowywaniem zajmowała się tylko matka (odpowiednio: 38.7% i 37.9% vs 29.9%). Chłopcy częściej potrzebowali pomocy gdy byli wychowani tylko przez ojca (6.1%) w porównaniu do dziewczynek i osób deklarujących płeć jako „inną” (2.4% i 3.4%). Osoby deklarujące płeć jako „inną” częściej od dziewczynek i chłopców potrzebowali pomocy specjalistycznej w sytuacji gdy ich rodzina była zrekonstruowana, tj. kiedy ich wychowaniem zajmowało się starsze rodzeństwo (5.2%), dziadkowie, wujostwo lub ojczym (po 3.4% wskazań), a także gdy była to inna osoba (13.8%) lub gdy nie było takiej osoby (12.0%).

Tabela 30. Osoby zajmujące się wychowaniem a potrzeba specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci.

Osoby zajmujące się wychowaniem	Nie korzystam, ale czuję potrzebę pomocy							
	Dziewczynki / kobiety n=538		Chłopcy / mężczyźni n=214		Inne n=58		Ogółem n=810	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oboje rodziców /opiekunów	268	49.8	105	49.1	10	17.2	383	47.3
Matka/opiekunka	208	38.7	64	29.9	22	37.9	294	36.3
Nie ma takiej osoby	17	3.2	15	7.0	8	13.8	40	4.9
Ojciec/opiekun	13	2.4	13	6.1	2	3.4	28	3.5
Inna osoba	14	2.6	6	2.8	7	12.0	27	3.3
Starsze rodzeństwo	9	1.7	4	1.9	3	5.2	16	2.0
Babcia i/lub dziadek	3	0.6	4	1.9	2	3.4	9	1.1
Ciocia i/lub wujek	3	0.6	1	0.5	2	3.4	6	0.7
Ojczym/partner matki	1	0.2	2	0.9	2	3.4	5	0.6
Macocha/partnerka ojca	2	0.4	0	0.0	0	0.0	2	0.2

$p < 0.001$

Atmosfera panująca w domu rodzinnym istotnie wiązała się z zapotrzebowaniem na pomoc psychologiczno – pedagogiczną (**tabela 31**). Osoby deklarujące płeć jako „inną” w porównaniu do dziewczynek i chłopców częściej odczuwały potrzebę pomocy specjalistycznej, gdy w ich domu występowała niestabilna atmosfera (44.8%) oraz gdy atmosfera była bardzo zła (8.6%). Dziewczynki i chłopcy częściej w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” odczuwali potrzebę pomocy specjalistycznej, gdy w ich domu panowała bardzo dobra atmosfera (22.5% i 25.7%), raczej dobra atmosfera (32.5% i 37.9%) oraz raczej złą atmosferą (5.4% i 4.1%).

Tabela 31. Atmosfera w domu a potrzeba specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci.

Atmosfera w domu	Nie korzystam, ale czuję potrzebę pomocy							
	Dziewczynki / kobiety n=538		Chłopcy / mężczyźni n=214		Inne n=58		Ogółem n=810	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bardzo dobra	121	22.5	55	25.7	10	17.2	186	23.0
Raczej dobra	175	32.5	81	37.9	15	25.9	271	33.5
Czasem dobra, czasem zła	205	38.1	61	28.5	26	44.8	292	36.0
Raczej zła	29	5.4	11	5.1	2	3.4	42	5.2
Bardzo zła	8	1.5	6	2.8	5	8.6	19	2.3

$p < 0.01$

Zachowania związane ze stosowaniem używek przez rodziców / opiekunów miały znaczenie w odczuwaniu potrzeby pomocy psychologiczno – pedagogicznej przez młodzież (**tabela 32**). Osoby deklarujące płeć jako „inną” w porównaniu do dziewczynki i chłopca zdecydowanie częściej odczuwały potrzebę pomocy specjalistycznej, gdy ich matka / opiekunka regularnie naużywała alkoholu (8.6% wskazań) oraz gdy regularnie stosowała środki odurzające (3.4%). W sytuacji gdy ojciec / opiekun stosował używki potrzeby młodzieży w zakresie pomocy specjalistycznej były dwukrotnie wyższe w porównaniu do sytuacji gdy używki stosowała matka / opiekunka. Osoby deklaruujące płeć jako „inną” potrzebowały pomocy psychologiczno – pedagogicznej gdy ich ojciec / opiekun regularnie naużywał alkoholu (20.7%) oraz gdy regularnie stosował środki odurzające (5.2%).

Tabela 32. Stosowanie używek przez rodziców / opiekunów a potrzeba specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci.

Stosowanie używek przez matkę / opiekunkę	Nie korzystam, ale czuję potrzebę pomocy							
	Dziewczynki / kobiety n=102		Chłopcy / mężczyźni n=34		Inne n=16		Ogółem n=152	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Regularne palenie tytoniu	91	16.9	29	13.6	9	15.5	129	15.9
Regularne nadużywanie alkoholu***	10	1.9	3	1.4	5	8.6	18	2.2
Regularne stosowanie środków odurzających***	1	0.2	2	0.9	2	3.4	5	0.6
Stosowanie używek przez ojca/opiekuna	Dziewczynki / kobiety n=168		Chłopcy / mężczyźni n=57		Inne n=28		Ogółem n=253	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%
Regularne palenie tytoniu	127	23.6	46	21.5	13	22.4	186	23.0
Regularne nadużywanie alkoholu***	36	6.7	9	4.2	12	20.7	57	7.0
Regularne stosowanie środków odurzających***	5	0.9	2	0.9	3	5.2	10	1.2

*** $p < 0.001$

Typ szkoły wiązał się z odczuwaniem zapotrzebowania na pomoc psychologiczno – pedagogiczną (**tabela 33**). Potrzebę pomocy psychologiczno – pedagogicznej w największym stopniu odczuwały dziewczynki w liceum ogólnokształcącym (65.8%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” oraz chłopców. Chłopcy pobierający naukę w technikum (43.5%) i VII-VIII klasie szkoły podstawowej (22.9%) częściej w porównaniu do osób deklaruujących płeć jako „inną” oraz dziewczynki zgłaszali zapotrzebowanie na pomoc psychologiczno – pedagogiczną. W szkołach branżowych I stopnia zapotrzebowanie na pomoc częściej zgłaszali chłopcy (5.6%) i osoby deklaruujące płeć jako „inną” (5.2%) w porównaniu do dziewczynki (0.4%).

Tabela 33. Typ szkoły a potrzeba specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci.

Rodzaj szkoły	Nie korzystam, ale czuję potrzebę pomocy							
	Dziewczynki / kobiety n=538		Chłopcy / mężczyźni n=214		Inne n=58		Ogółem n=810	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Szkoła Podstawowa (klasy VII-VIII)	89	16.5	49	22.9	11	19.0	149	18.4

Szkoła Branżowa I Stopnia	2	0.4	12	5.6	3	5.2	17	2.1
Technikum	92	17.1	93	43.5	15	25.9	200	24.7
Liceum ogólnokształcące	354	65.8	59	27.6	29	50.0	442	54.6
Szkoła Branżowa II Stopnia	1	0.2	1	0.5	0	0.0	2	0.2

$p < 0.001$

Odczuwanie potrzeby pomocy psychologiczno – pedagogicznej znacznie częściej występowało u dziewczynek posiadających wyróżniającą średnią ocen, tj. powyżej 5,0 (22.9% wskazań) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” oraz chłopców. Wysokie zapotrzebowanie na pomoc występowało także u dziewczynek uzyskujących wysoką średnią ocen na poziomie od 4,1 do 5,0 (44.1%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” oraz chłopców. Chłopcy posiadający przeciętną średnią ocen, tj. od 3,1 do 4,0 częściej wskazywali zapotrzebowanie na pomoc (37.9%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” oraz dziewczynek, a także w przypadku niskich ocen na poziomie 2,1 do 3,0 częściej zgłaszali takie zapotrzebowanie (13.1%) w porównaniu do osób deklarujących płeć jako „inną” oraz dziewczynek. Młodzież deklarująca płeć jako „inną” częściej wyrażała zapotrzebowanie na pomoc psychologiczno – pedagogiczną w przypadku gdy osiągała najniższy poziom ocen poniżej 2,0 (5.2% wskazań) (**tabela 34**).

Tabela 34. Średnia ocen a potrzeba specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej według płci

Średnia ocen	Nie korzystam, ale czuję potrzebę pomocy							
	Dziewczynki / kobiety n=538		Chłopcy / mężczyźni n=214		Inne n=58		Ogółem n=810	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Do 2,0	7	1.3	6	2.8	3	5.2	16	2.0
2,1 do 3,0	22	4.1	28	13.1	6	10.3	56	6.9
3,1 do 4,0	149	27.7	81	37.9	17	29.3	247	30.5
4,1 do 5,0	237	44.1	70	32.7	23	39.7	330	40.7
Powyżej 5,0	123	22.9	29	13.6	9	15.5	161	19.9

$p < 0.001$

Deklaracje zadowolenia z życia istotnie różniły się w podziale na płeć (**tabela 35**). Chłopcy zdecydowanie częściej byli usatysfakcjonowani z życia (35.5%) w porównaniu do dziewczynek i osób deklarujących płeć jako „inną” (20.3% i 23.8%). U dziewczynek w większej mierze występowało częściowe zadowolenie (54.0%) w porównaniu do chłopców i osób deklarujących płeć jako „inną” (44.6% i 34.4%). Osobom deklarującym płeć jako „inną” trudniej było określić czy są zadowolone z życia (12.1%) w porównaniu do dziewczynek i chłopców (9.8% i 6.4%).

Tabela 35. Poczucie zadowolenia młodzieży z obecnego życia według płci.

Poczucie zadowolenia	Dziewczynki / kobiety n=1893		Chłopcy / mężczyźni n=1463		Inne n=256		Ogółem n=3612	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Zadowolony	385	20.3	520	35.5	61	23.8	966	26.7
Częściowo zadowolony	1022	54.0	653	44.6	88	34.4	1763	48.8
Niezadowolony	301	15.9	197	13.5	76	29.7	574	15.9
Trudno powiedzieć	185	9.8	93	6.4	31	12.1	309	8.6

$p < 0.001$

Zadowolenie z życia młodzieży znacząco wiązało się z intensywnością wspólnych aktywności podejmowanych z rodziną (**tabela 36**). Największą satysfakcję z życia przynosiły „bardzo częste” rozmowy z rodziną, które w największym stopniu zadowalały dziewczynki (68.6% wskazań), chociaż u chłopców i osób deklarujących płeć jako „inną” ta aktywność uzyskała najwyższy wynik (odpowiednio: 59.2% i 55.7%). Inną aktywnością w rodzinie przynoszącą zadowolenie z życia było „bardzo częste” spożywanie posiłków, które w większej mierze dotyczyło chłopców i dziewczynek (54.8% i 51.2%), w porównaniu do u osób deklarujących płeć jako „inną” (37.7%). Wspólne wyjazdy na wakacje w kategorii „bardzo często” uzyskały dość podobny wynik - zadowolenie u dziewczynek, chłopców i osób deklarujących płeć jako „inną” wynosiło odpowiednio: 49.4%, 42.7% i 44.3%. Młodzież deklarująca płeć jako „inną” była zadowolona gdy „bardzo często” oglądała telewizję wspólnie z rodziną (41.0%), a u dziewczynek i chłopców wynik ten był nieco niższy (33.8% i 29.65%). Wspólne wykonywanie prac

domowych w kategorii „bardzo często” wiązało się z zadowoleniem z życia u jednej trzeciej dziewczynek, chłopców i osób deklarujących płeć jako „inną”. Wspólne chodzenie do kościoła w kategorii „bardzo często” najbardziej zadowalało osoby deklarujące płeć jako „inną” (31.1%), w porównaniu do dziewczynek i chłopców (27.8% i 26.0%). W przypadku „bardzo częstego” uczestnictwa w wydarzeniach państwowych i lokalnych największe zadowolenie występowało u osób deklarujących płeć jako „inną” (24.6%), u chłopców i dziewczynek było to 22.9% i 20.0%. Młodzież była mniej zainteresowana wspólnym chodzeniem z rodziną po galerii handlowej - najczęściej wskazywaną kategorią była odpowiedź „od czasu do czasu” (chłopcy 37.7%, dziewczynki 37.4%, osoby deklarujące płeć jako „inną” 29.5%).

Tabela 36. Wspólne zachowania podejmowane przez rodziny a zadowolenie z życia według płci.

Wspólne zachowania podejmowane przez rodziny		Zadowolenie z życia								
		Dziewczynki / kobiety n=385			Chłopcy / mężczyźni n=520			Inne n=61		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p
Oglądanie telewizji	Bardzo często	130	33.8	***	154	29.6	***	25	41.0	** *
	Raczej często	108	28.1		141	27.1		9	14.8	
	Od czasu do czasu	104	27.0		146	28.1		16	26.2	
	Raczej rzadko	32	8.3		43	8.3		5	8.2	
	Nigdy	11	2.9		36	6.9		6	9.8	
Chodzenie po galerii	Bardzo często	81	21.0	***	84	16.2	***	14	23.0	** *
	Raczej często	84	21.8		114	21.9		13	21.3	
	Od czasu do czasu	144	37.4		196	37.7		18	29.5	
	Raczej rzadko	62	16.1		106	20.4		9	14.8	
	Nigdy	14	3.6		20	3.8		7	11.5	
Wyjazdy na wakacje	Bardzo często	190	49.4	***	222	42.7	***	27	44.3	** *
	Raczej często	92	23.9		143	27.5		20	32.8	
	Od czasu do czasu	58	15.1		107	20.6		9	14.8	
	Raczej rzadko	32	8.3		37	7.1		0	0.0	
	Nigdy	13	3.4		11	2.1		5	8.2	
Prace domowe	Bardzo często	127	33.0	***	179	34.4	***	21	34.4	** *
	Raczej często	127	33.0		175	33.7		16	26.2	
	Od czasu do czasu	88	22.9		121	23.3		13	21.3	
	Raczej rzadko	33	8.6		33	6.3		6	9.8	
	Nigdy	10	2.6		12	2.3		5	8.2	
Chodzenie do kościoła	Bardzo często	107	27.8	***	135	26.0	***	19	31.1	** *
	Raczej często	59	15.3		90	17.3		5	8.2	
	Od czasu do czasu	44	11.4		77	14.8		5	8.2	
	Raczej rzadko	74	19.2		96	18.5		8	13.1	
	Nigdy	101	26.2		122	23.5		24	39.3	
Spożywanie posiłków	Bardzo często	197	51.2	***	285	54.8	***	23	37.7	** *
	Raczej często	84	21.8		127	24.4		19	31.1	
	Od czasu do czasu	69	17.9		76	14.6		7	11.5	
	Raczej rzadko	25	6.5		20	3.8		7	11.5	
	Nigdy	10	2.6		12	2.3		5	8.2	
Rozmowy	Bardzo często	264	68.6	***	308	59.2	***	34	55.7	** *
	Raczej często	90	23.4		160	30.8		17	27.9	
	Od czasu do czasu	23	6.0		44	8.5		4	6.6	
	Raczej rzadko	3	0.8		3	0.6		2	3.3	
	Nigdy	5	1.3		5	1.0		4	6.6	
Uczestnictwo w wydarzeniach państwowych i lokalnych	Bardzo często	77	20.0	***	119	22.9	***	15	24.6	** *
	Raczej często	45	11.7		86	16.5		12	19.7	
	Od czasu do czasu	84	21.8		103	19.8		5	8.2	
	Raczej rzadko	79	20.5		106	20.4		13	21.3	
	Nigdy	100	26.0		106	20.4		16	26.2	

***p < 0.001

Poziom wsparcia udzielonego przez bliskie otoczenie był związany z zadowoleniem z życia młodzieży (tabela 37). Największe zadowolenie z życia występowało u młodzieży w sytuacji gdy matka udzielała „wysokiego” wsparcia - u chłopców wynik ten był najwyższy (89.0% wskazań), u dziewczynek i osób deklaruujących płeć jako „inną”

odpowiednio: 85.7% i 77.0%. Również w przypadku kiedy ojciec udzielał „wysokiego” wsparcia - u chłopców wynik był najwyższy (76.5%), wśród osób deklarujących płeć jako „inną” i dziewczynek było to 70.5% i 65.5%. „Wysokie” wsparcie udzielone przez rówieśników w większym stopniu wiązało się z zadowoleniem u dziewczynek (50.4%), a wśród osób deklarujących płeć jako „inną” i chłopców było to 47.5% i 41.5%. Mniejszą satysfakcję z życia dawało „wysokie” wsparcie ze strony nauczycieli, ale wśród osób deklarujących płeć jako „inną” wynik (24.6% wskazań) był wyższy w porównaniu do dziewczynek i chłopców. Natomiast gdy nauczyciele udzielali im „średniego” wsparcia zadowolenie z życia u dziewczynek i chłopców było większe (odpowiednio: 40.0% i 36.2%) w porównaniu do udzielania „wysokiego” wsparcia (14.3% i 11.0%).

Tabela 37. Poziom wsparcia udzielonego młodzieży ze strony bliskiego otoczenia a zadowolenie z życia według płci

Osoba udzielająca wsparcia	Poziom wsparcia	Zadowolenie z życia								
		Dziewczyny / kobiety n=385			Chłopcy / mężczyźni n=520			Inne n=61		
		n	%	p	n	%	p	n	%	p
Matka / opiekunka	Wysokie	330	85.7	***	463	89.0	***	47	77.0	***
	Średnie	44	11.4		34	6.5		5	8.2	
	Niskie	8	2.1		5	1.0		1	1.6	
	Żadne	3	0.8		18	3.5		8	13.1	
Ojciec / opiekun	Wysokie	252	65.5	***	398	76.5	***	43	70.5	***
	Średnie	79	20.5		71	13.7		3	4.9	
	Niskie	20	5.2		22	4.2		3	4.9	
	Żadne	34	8.8		29	5.6		12	19.7	
Nauczyciel	Wysokie	55	14.3	***	57	11.0	***	15	24.6	***
	Średnie	154	40.0		188	36.2		9	14.8	
	Niskie	102	26.5		141	27.1		12	19.7	
	Żadne	74	19.2		134	25.8		25	41.0	
Rówieśnicy	Wysokie	194	50.4	***	216	41.5	***	29	47.5	***
	Średnie	141	36.6		211	40.6		19	31.1	
	Niskie	37	9.6		57	11.0		4	6.6	
	Żadne	13	3.4		36	6.9		9	14.8	

***p < 0.001

Zadowolenie z życia młodzieży znacząco wiązało się z intensywnością wspólnych aktywności podejmowanych z rodziną (tabela 38). Największą satysfakcję z życia przynosiły „bardzo częste” rozmowy z rodziną, które w największym stopniu zadowalały dziewczynki (68.6% wskazań), chociaż u chłopców i osób deklaruujących płeć jako „inną” ta aktywność uzyskała najwyższy wynik (odpowiednio: 59.2% i 55.7%). Inną aktywnością w rodzinie przynoszącą zadowolenie z życia było „bardzo częste” spożywanie posiłków, które w większej mierze dotyczyło chłopców i dziewczynek (54.8% i 51.2%), w porównaniu do u osób deklaruujących płeć jako „inną” (37.7%). Wspólne wyjazdy na wakacje w kategorii „bardzo często” uzyskały dość podobny wynik - zadowolenie u dziewczynek, chłopców i osób deklaruujących płeć jako „inną” wynosiło odpowiednio: 49.4%, 42.7% i 44.3%. Młodzież deklaruująca płeć jako „inną” była zadowolona gdy „bardzo często” oglądała telewizję wspólnie z rodziną (41.0%), a u dziewczynek i chłopców wynik ten był nieco niższy (33.8% i 29.65). Wspólne wykonywanie prac domowych w kategorii „bardzo często” wiązało się z zadowoleniem z życia u jednej trzeciej dziewczynek, chłopców i osób deklaruujących płeć jako „inną”. Wspólne chodzenie do kościoła w kategorii „bardzo często” najbardziej zadowalało osoby deklaruujące płeć jako „inną” (31.1%), w porównaniu do dziewczynek i chłopców (27.8% i 26.0%). W przypadku „bardzo częstego” uczestnictwa w wydarzeniach państwowych i lokalnych największe zadowolenie występowało u osób deklaruujących płeć jako „inną” (24.6%), u chłopców i dziewczynek było to 22.9% i 20.0%. Młodzież była mniej zainteresowana wspólnym chodzeniem z rodziną po galerii handlowej - najczęściej wskazywaną kategorią była odpowiedź „od czasu do czasu” (chłopcy 37.7%, dziewczynki 37.4%, osoby deklaruujące płeć jako „inną” 29.5%).

Tabela 38. Możliwość realizowania pasji w szkole a zadowolenie z życia według płci

Możliwość realizowania pasji w szkole	Zadowolenie z życia								
	Dziewczyny / kobiety n=385			Chłopcy / mężczyźni n=520			Inne n=61		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Zdecydowanie tak	55	14.3	***	87	16.7	***	7	11.5	NI
Raczej tak	114	29.6		168	32.3		16	26.2	

Raczej nie	111	28.8		124	23.8		13	21.3	
Zdecydowanie nie	69	17.9		76	14.6		5	8.2	
Trudno powiedzieć	36	9.4		65	12.5		20	32.8	

*** $p < 0.001$; NI – nieistotna zależność

Odczuwanie codziennych trudności w sferze emocjonalnej przez młodzież różniło się według składu rodziny (tabela 39). Największe trudności w tym zakresie odczuwała młodzież nieposiadająca rodziny biologicznej: kiedy wychowywaniem zajmowała się „inna osoba” oraz kiedy nie było osoby zajmującej się ich wychowywaniem. W sytuacji gdy wychowywaniem zajmowała się „inna osoba” wszystkie analizowane kategorie codziennych trudności w sferze emocjonalnej osiągały najwyższe wartości wskazań i wyniki te wahały się od 56.5% dla odczuwania chęci płaczu do 76.4% dla odczuwania stresu. W przypadku gdy młodzież nie posiadała osoby zajmującej się jej wychowywaniem wyniki wahały się od 37.0% dla odczuwania chęci płaczu do 59.3% dla odczuwania stresu.

Tabela 39. Osoby zajmujące się wychowywaniem młodzieży a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Osoby zajmujące się wychowywaniem młodzieży									
	Matka /opiekunka (n=1192)	Ojciec/opiekun (n=124)	Oboje rodziców/opiekunów (n=2000)	Starsze rodzeństwo (n=37)	Babcia i/lub dziadek (n=32)	Ciocia i/lub wujek (n=15)	Ojczym/partner matki (n=12)	Macha/partner ojca (n=3)	Nie ma takiej osoby (n=108)	Inna osoba (n=55)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Stres***	48.1	52.4	45.0	54.1	59.4	20.0	50.0	100.0	59.3	76.4
Obniżony nastrój***	34.1	36.3	26.9	45.9	46.9	20.0	25.0	66.7	53.7	65.5
Smutek***	28.4	37.9	22.7	35.1	37.5	20.0	25.0	33.3	48.1	69.1
Samotność***	22.6	28.2	17.3	32.4	40.6	13.3	25.0	33.3	50.0	65.5
Przygnębienie***	28.3	35.5	22.8	37.8	37.5	26.7	25.0	33.3	50.9	69.1
Chęć płaczu***	22.7	24.2	17.6	32.4	31.3	26.7	41.7	66.7	37.0	56.4

*** $p < 0.001$

Należy zauważyć również, że kiedy rodzinę stanowili dziadkowie młodzież odczuwała dość wysoki poziom codziennych trudności emocjonalnych (odsetek wskazań wahał się od 31.3% dla chęci płaczu do 59.4% dla odczuwania stresu). Młodzież w rodzinie niepełnej (wychowywana tylko przez jednego rodzica lub starsze rodzeństwo) cechowała się nieco niższym poziomem codziennych trudności emocjonalnych w porównaniu do młodzieży wychowywanej przez dziadków. Wyniki u młodzieży wychowywanej w pełnej rodzinie wahały się od 17.6% dla chęci płaczu do 45.0% dla stresu. Najmniejsze obciążenie codziennymi trudnościami emocjonalnymi występowało wśród młodzieży wychowywanej przez ciocię i /lub wujka – w tej sytuacji wyniki wahały się od 20.0% (dla odczuwania stresu i obniżonego nastroju) do 26.7% (dla odczuwania przygnębienia i chęci płaczu) (tabela 39).

Odczuwanie codziennych trudności w sferze emocjonalnej różniło się w zależności od stosunku rodziców / opiekunów do młodzieży. Największe trudności emocjonalne odczuwane codziennie występowały gdy ich rodzice / opiekunowie stawiali wymagania i jednocześnie nie byli uczuciowym oparciem dla młodzieży - w tej sytuacji stres deklarowało 64.2% ankietowanych, obniżony nastrój 47.1%, przygnębienie 46.5%, smutek 45.3%, samotność 39.0% i chęć płaczu 36.1%. Najmniejsza skala trudności w sferze emocjonalnej u młodzieży występowała gdy ich rodzice / opiekunowie stawiali wymagania i jednocześnie byli uczuciowym oparciem – obniżony nastrój wskazało 26.1% ankietowanych, smutek 21.2%, przygnębienie 20.9%, chęć płaczu 16.6% i samotność 15.8%. Stres doświadczany codziennie był najmniejszy (41.5%) gdy rodzice / opiekunowie byli uczuciowym oparciem dla młodzieży, ale nie stawiali wymagań (tabela 40).

Tabela 40. Stosunek rodziców do młodzieży a doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Doświadczanie trudności w sferze	Rodzice/opiekunowie nie są dla mnie	Rodzice/opiekunowie są dla mnie	Rodzice/opiekunowie stawiają mi	Rodzice/opiekunowie stawiają mi
----------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

emocjonalnej	uczuciowym oparciem i nie stawiają mi wymagań	uczuciowym oparciem, ale nie stawiają mi wymagań	wymagania, ale nie są dla mnie uczuciowym oparciem	wymagania i są dla mnie uczuciowym oparciem
Stres***				
Codziennie	48.0%	41.5%	64.2%	44.1%
Rzadziej lub nigdy	52.0%	58.5%	35.8%	55.9%
Obniżony nastrój***				
Codziennie	37.5%	27.8%	47.1%	26.1%
Rzadziej lub nigdy	62.5%	72.2%	52.9%	73.9%
Smutek***				
Codziennie	30.4%	22.8%	45.3%	21.2%
Rzadziej lub nigdy	69.6%	77.2%	54.7%	78.8%
Samotność***				
Codziennie	25.8%	17.9%	39.0%	15.8%
Rzadziej lub nigdy	74.2%	82.1%	61.0%	84.2%
Przygnębienie***				
Codziennie	29.8%	23.0%	46.5%	20.9%
Rzadziej lub nigdy	70.2%	77.0%	53.5%	79.1%
Chęć płaczu***				
Codziennie	24.2%	18.0%	36.1%	16.6%
Rzadziej lub nigdy	75.8%	82.0%	63.9%	83.4%

***p < 0.001

Występowanie trudności w sferze emocjonalnej wśród młodzieży było zróżnicowane w zależności od atmosfery panującej w domu rodzinnym (**tabela 41**). Największe trudności emocjonalne odczuwane codziennie przez młodzież wiązały się z „bardzo złą” atmosferą, w której odsetek wskazań wahał się od 60.5% dla odczuwania chęci płaczu do 78.9% dla odczuwania stresu. Odsetek wskazań zmniejszał się liniowo – im lepsza była atmosfera tym codzienne obciążenie trudnościami emocjonalnymi było mniejsze. W przypadku najkorzystniejszej atmosfery domowej (kategoria „bardzo dobra”) było to 12.5% wskazań dla odczuwania chęci płaczu do 36.7% dla odczuwania stresu.

Tabela 41. Atmosfera panująca w domu a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Atmosfera panująca w domu				
	Bardzo dobra n=1416	Raczej dobra n=1095	Czasem dobra, czasem zła n=961	Raczej zła n=102	Bardzo zła n=38
Stres***	36.7%	46.8%	59.8%	77.5%	78.9%
Obniżony nastrój***	20.8%	30.6%	43.8%	61.8%	73.7%
Smutek***	16.2%	25.5%	39.6%	57.8%	71.1%
Samotność***	12.7%	19.5%	32.0%	52.9%	71.1%
Przygnębienie***	16.0%	26.8%	38.5%	63.7%	63.2%
Chęć płaczu***	12.5%	19.3%	32.4%	49.0%	60.5%

***p < 0.001

Poziom wsparcia udzielonego przez bliskie otoczenie był związany z intensywnością doświadczania codziennych trudności w sferze emocjonalnej (**tabela 42**). Najmniejsza intensywność wszystkich analizowanych kategorii trudności w sferze emocjonalnej występowała, gdy nauczyciele udzielali młodzieży „wysokiego” wsparcia - w takiej sytuacji obciążenie stresem odczuwało 5.0% badanych, obniżony nastrój i przygnębienie (po 5.4%), smutek (5.7%), samotność (5.9%), chęć płaczu (6.6%). Analogicznie w przypadku udzielania „wysokiego” wsparcia przez matkę rozpowszechnienie codziennych trudności w sferze emocjonalnej wahało się od 47.5% do 58.4%, w przypadku ojca – od 31.5% do 39.9%, w przypadku rówieśników – od 30.0% do 36.4%. Intensywność trudności w sferze emocjonalnej zwiększała się wraz ze zmniejszeniem udzielania wsparcia ze strony nauczycieli, a w sytuacji braku wsparcia (kategoria „żadne”) rozpowszechnienie codziennych trudności w sferze emocjonalnej zwiększyło się: dla stresu do 45.0%, chęci płaczu do 49.4%, smutku do 51.3%, obniżonego nastroju do 51.5%, przygnębienia do 51.8%, samotności 52.9%. Odwrotna sytuacja występowała w przypadku wsparcia ze strony matki, ojca i rówieśników – im mniejsze było wsparcie tym mniejsza była intensywność trudności w sferze emocjonalnej.

Tabela 42. Poziom wsparcia udzielonego młodzieży ze strony bliskiego otoczenia a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Osoba udzielająca wsparcia	Poziom wsparcia	Stres		Obniżony nastrój		Smutek		Samotność		Przygnębienie		Chęć płaczu	
		%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Matka / opiekunka	Wysokie	58.4	***	54.7	***	50.9	***	47.4	***	49.5	***	50.1	***
	Średnie	25.9		25.8		26.5		27.6		27.7		27.6	
	Niskie	8.3		10.2		11.8		12.4		12.1		11.4	
	Żadne	7.3		9.2		10.8		12.6		10.7		10.9	
Ojciec / opiekun	Wysokie	39.9	***	37.0	***	34.4	***	31.5	***	33.3	***	33.4	***
	Średnie	27.3		24.8		26.5		25.5		27.3		27.3	
	Niskie	15.4		17.0		16.2		16.9		17.1		17.0	
	Żadne	17.4		21.2		22.8		26.1		22.4		22.3	
Nauczyciel	Wysokie	5.0	***	5.4	***	5.7	***	5.9	***	5.4	***	6.6	***
	Średnie	19.3		17.5		16.9		16.0		16.2		16.7	
	Niskie	30.7		25.6		26.0		25.3		26.6		27.3	
	Żadne	45.0		51.5		51.3		52.9		51.8		49.4	
Rówieśnicy	Wysokie	36.4	*	33.3	***	33.3	***	30.0	***	32.9	***	34.8	***
	Średnie	39.4		38.3		36.2		35.1		37.1		35.9	
	Niskie	14.5		16.1		17.5		18.9		16.9		16.8	
	Żadne	9.7		12.3		13.0		16.0		13.2		12.4	

***p < 0.001; *p < 0.05

Nadużywanie alkoholu przez rodziców / opiekunów było związane z występowaniem trudności w sferze emocjonalnej u młodzieży (**tabela 43**). W sytuacji „regularnego nadużywania” alkoholu przez matkę / opiekunkę trudności emocjonalne odczuwane codziennie przez młodzież były większe w porównaniu do kategorii odpowiedzi „nie nadużywa, ale kiedyś nadużywała” oraz gdy „nadużywa rzadko” i podobna zależność występowała w przypadku ojca / opiekuna. W sytuacji gdy matka / opiekunka regularnie nadużywała alkohol odczuwanie codziennych trudności emocjonalnych przez młodzież wahało się od 53.8% dla chęci płaczu do 65.4% dla stresu, a gdy był to ojciec / opiekun odsetek wskazań był niższy i wahał się odpowiednio od 36.3% do 61.4%. Należy jednak pokreślić, że w rodzinach gdzie nie było problemów związanych z nadużywaniem alkoholu młodzież w dość dużym stopniu była codziennie obciążona trudnościami emocjonalnymi - gdy matka / opiekunka nigdy nie nadużywała alkoholu wynik wahał się od 19.3% do 46.9%, a w przypadku ojca / opiekuna było to od 18.5% do 46.0%.

Tabela 43. Nadużywanie alkoholu przez rodziców / opiekunów a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Nadużywanie alkoholu przez matkę / opiekunkę					
	Nadużywa regularnie n=52	Nadużywa rzadko n=136	Nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał a n=125	Nigdy nie nadużywał a n=3017	Nie wiem n=235	Nie mam matki / opiekunki n=47
Stres*	65.4%	41.9%	55.2%	46.9%	50.6%	48.9%
Obniżony nastrój***	63.5%	34.6%	35.2%	30.2%	38.7%	36.2%
Smutek***	59.6%	30.1%	33.6%	25.4%	34.5%	31.9%
Samotność***	53.8%	25.7%	29.6%	19.5%	33.2%	34.0%
Przygnębienie***	57.7%	29.4%	34.4%	25.4%	35.7%	36.2%
Chęć płaczu***	53.8%	30.1%	25.6%	19.3%	32.3%	25.5%
	Nadużywanie alkoholu przez ojca / opiekuna					
	Nadużywa regularnie n=171	Nadużywa rzadko n=297	Nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał n=375	Nigdy nie nadużywał n=2291	Nie wiem n=298	Nie mam ojca / opiekuna n=180
Stres*	61.4%	47.1%	49.1%	46.0%	50.3%	46.1%
Obniżony nastrój***	49.1%	33.3%	35.5%	28.4%	37.2%	36.1%
Smutek***	46.8%	30.6%	31.5%	23.7%	30.9%	28.9%
Samotność***	38.0%	23.2%	24.5%	18.5%	27.5%	28.9%
Przygnębienie***	44.4%	30.6%	33.3%	23.7%	31.9%	27.2%
Chęć płaczu***	36.3%	22.9%	25.1%	18.5%	27.5%	23.3%

***p < 0.001; *p < 0.05

Odczuwanie trudności emocjonalnych przez młodzież było związane również z nadużywaniem środków psychoaktywnych przez rodziców / opiekunów (**tabela 44**). Podobnie jak w przypadku nadużywania alkoholu, gdy matka / opiekunka regularnie nadużywa środków psychoaktywnych obciążenie trudnościami emocjonalnymi u młodzieży (65.4% do 76.9%) było wyższe w porównaniu do regularnego nadużywania środków psychoaktywnych przez ojca / opiekuna (50.0% do 73.7%). Natomiast odwrotnie było w przypadku odpowiedzi w kategoriach „rzadko nadużywa” oraz „nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał” – tu wyższe obciążenie trudnościami emocjonalnymi u młodzieży występowało, gdy ojciec / opiekun „rzadko nadużywa” środków psychoaktywnych oraz „nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał” w porównaniu do analogicznych kategorii odpowiedzi dotyczących matki / opiekunki. W rodzinach gdzie nie było problemów związanych z nadużywaniem środków psychoaktywnych występowało dość duże obciążenie codziennymi trudnościami emocjonalnymi u młodzieży - gdy matka / opiekunka nigdy nie nadużywała środków psychoaktywnych było to 19.7% do 46.5%, gdy ojciec / opiekun - od 19.4% do 46.2%.

Tabela 44. Nadużywanie środków psychoaktywnych przez rodziców / opiekunów a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Nadużywanie środków psychoaktywnych przez matkę / opiekunkę					
	Nadużywa regularnie n=26	Nadużywa rzadko n=22	Nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał a n=56	Nigdy nie nadużywał a n=3231	Nie wiem n=227	Nie mam matki / opiekunki n=50
Stres*	76.9%	54.5%	55.4%	46.5%	55.5%	50.0%
Obniżony nastrój***	73.1%	31.8%	37.5%	29.8%	48.9%	42.0%
Smutek***	73.1%	36.4%	30.4%	25.4%	40.5%	36.0%
Samotność***	65.4%	36.4%	33.9%	19.8%	35.7%	36.0%
Przygnębienie***	65.4%	31.8%	28.6%	25.5%	42.7%	36.0%
Chęć płaczu***	65.4%	36.4%	25.0%	19.7%	34.8%	34.0%
	Nadużywanie środków psychoaktywnych przez ojca / opiekuna					
	Nadużywa regularnie n=38	Nadużywa rzadko n=32	Nie nadużywa, ale kiedyś nadużywał n=72	Nigdy nie nadużywał n=2981	Nie wiem n=309	Nie mam ojca / opiekuna n=180
Stres*	73.7%	62.5%	48.6%	46.2%	54.7%	47.8%
Obniżony nastrój**	57.9%	50.0%	30.6%	29.2%	45.0%	40.6%
Smutek***	63.2%	43.8%	30.6%	24.9%	38.2%	31.7%
Samotność***	55.3%	40.6%	29.2%	19.2%	32.0%	31.7%
Przygnębienie***	52.6%	40.6%	27.8%	25.2%	39.5%	30.0%
Chęć płaczu***	50.0%	43.8%	23.6%	19.4%	32.4%	25.0%

***p < 0.001; **p < 0.01; p < 0.05

Wysoka częstość doświadczania trudności w sferze emocjonalnej przez młodzież istotnie wiązała się z konsumpcją substancji psychoaktywnych (**tabela 45**). Młodzież, która wskazała, że używała substancji psychoaktywnych „kilka razy w tygodniu lub częściej” w większym stopniu doświadczała trudności w sferze emocjonalnej w porównaniu do młodzieży rzadziej używającej substancji psychoaktywnych. Największe trudności w sferze emocjonalnej dotyczyły występowania stresu u młodzieży intensywnie używającej substancji psychoaktywnych. Wśród młodzieży konsumującej narkotyki „kilka razy w tygodniu lub częściej” aż 70.8% codziennie doświadczało stresu, smutek i przygnębienie otrzymało 63.1% wskazań, 61.5% codziennie doświadczało obniżonego nastroju, 58.5% codziennie odczuwało samotność i 56.9% codziennie odczuwało chęć płaczu. W przypadku konsumpcji alkoholu „kilka razy w tygodniu lub częściej” codzienne doświadczanie stresu występowało u 68.4% ankietowanych, przygnębienie u 63.2%, obniżony nastrój i smutek – po 61.8% wskazań, samotność 55.3%, chęć płaczu 52.4%. W przypadku konsumpcji wyrobów tytoniowych „kilka razy w tygodniu lub częściej” codzienne doświadczanie stresu wynosiło 57.3%, obniżony nastrój 49.4%, smutek 47.8%, przygnębienie 45.5%, chęć płaczu 37.6%, samotność 37.3%.

Tabela 45. Używanie substancji psychoaktywnych przez młodzież a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej

Doświadczanie trudności w sferze	Używanie substancji psychoaktywnych		
	Wyroby tytoniowe	Alkohol	Narkotyki

emocjonalnej	Kilka razy w tygodniu	Rzadziej lub nigdy	p	Kilka razy w tygodniu	Rzadziej lub nigdy	p	Kilka razy w tygodniu	Rzadziej lub nigdy	p
	%	%		%	%		%	%	
Stres									
Codziennie	57.3	46.8	***	68.4	47.1	***	70.8	47.1	***
Rzadziej lub nigdy	42.7	53.2		31.6	52.9		29.2	52.9	
Obniżony nastrój									
Codziennie	49.4	30.3	***	61.8	31.0	***	61.5	31.1	***
Rzadziej lub nigdy	50.6	69.7		38.2	69.0		38.5	68.9	
Smutek									
Codziennie	47.8	25.4	***	61.8	26.3	***	63.1	26.4	***
Rzadziej lub nigdy	52.2	74.6		38.2	73.7		36.9	73.6	
Samotność									
Codziennie	37.3	20.5	***	55.3	21.0	***	58.5	21.0	***
Rzadziej lub nigdy	62.7	79.5		44.7	79.0		41.5	79.0	
Przygnębienie									
Codziennie	45.5	25.7	***	63.2	26.3	***	63.1	26.4	***
Rzadziej lub nigdy	54.5	74.3		36.8	73.7		36.9	73.6	
Chęć płaczu									
Codziennie	37.6	20.1	***	52.6	20.7	***	56.9	20.7	***
Rzadziej lub nigdy	62.4	79.9		47.4	79.3		43.1	79.3	

***p < 0.001

Typ szkoły wiązał się z doświadczaniem trudności w sferze emocjonalnej takich jak stres, obniżony nastrój i chęć płaczu (**tabela 46**). Największa skala codziennego stresu (52.8%) występowała wśród uczniów pobierających naukę w liceum ogólnokształcącym i znacznie mniejsze obciążenie codziennym stresem deklarowali uczniowie w szkołach branżowych I stopnia (32.2%). Codzienne występowanie obniżonego nastroju i chęci płaczu dominowało wśród uczniów uczęszczających do szkoły branżowej II stopnia (po 50.0% wskazań), natomiast w szkole branżowej I stopnia obniżony nastrój deklarowało 24.6% uczniów, a chęć płaczu 18.5% uczniów.

Tabela 46. Typ szkoły a doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Szkoła Podstawowa (klasy VII-VIII)	Szkoła Branżowa I Stopnia	Szkoła Branżowa II Stopnia	Technikum	Liceum ogólnokształcące
Stres***					
Codziennie	45.5%	32.3%	0.0%	40.9%	52.8%
Rzadziej lub nigdy	54.5%	67.7%	100.0%	59.1%	47.2%
Obniżony nastrój*					
Codziennie	28.1%	24.6%	50.0%	30.3%	34.0%
Rzadziej lub nigdy	71.9%	75.4%	50.0%	69.7%	66.0%
Smutek					
Codziennie	26.7%	26.2%	50.0%	25.9%	27.8%
Rzadziej lub nigdy	73.3%	73.8%	50.0%	74.1%	72.2%
Samotność					
Codziennie	21.7%	18.5%	0.0%	22.0%	21.6%
Rzadziej lub nigdy	78.3%	81.5%	100.0%	78.0%	78.4%
Przygnębienie					
Codziennie	25.4%	21.5%	0.0%	25.6%	28.9%
Rzadziej lub nigdy	74.6%	78.5%	100.0%	74.4%	71.1%
Chęć płaczu**					
Codziennie	23.3%	18.5%	50.0%	17.4%	22.9%
Rzadziej lub nigdy	76.7%	81.5%	50.0%	82.6%	77.1%

***p < 0.001; **p < 0.01; *p < 0.05;

Występowanie trudności w sferze emocjonalnej istotnie wiązało się z zapotrzebowaniem na pomoc psychologiczną – pedagogiczną (**tabela 47**). Należy podkreślić, że odsetek wskazań odnoszących się do zapotrzebowania na tego typu pomoc był dwukrotnie wyższy w stosunku do udzielanej pomocy. Obecnie pomocy specjalistycznej wymaga w największym stopniu młodzież, która codziennie doświadcza chęci płaczu (41.5% wskazań), przygnębienia

(39.7%) oraz samotności (38.4%). W przypadku pozostałych analizowanych kategorii codziennych zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc waha się od 30.9% do 38.1%.

Tabela 47. Korzystanie z pomocy specjalistycznej a codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej.

Codzienne doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej	Korzystanie z pomocy specjalistycznej		
	Korzystam z poradni psychologiczno - pedagogicznej	Nie, ale czuję potrzebę pomocy	Nie korzystam z poradni i nie czuję potrzeby pomocy
Stres***	17.0%	30.9%	52.1%
Obniżony nastrój***	19.5%	35.7%	44.7%
Smutek***	21.2%	38.1%	40.7%
Samotność***	23.1%	38.4%	38.4%
Przygnębienie***	21.5%	39.7%	38.8%
Chęć płaczu***	22.3%	41.5%	36.3%

*** $p < 0.001$

Podsumowanie i wnioski z badań

Badanie wykazało pogorszenie kondycji psychicznej i zadowolenia z życia białostockiej młodzieży w porównaniu do okresu przed pandemią COVID-19. Izolacja społeczna przyniosła ograniczenia osiągnięć edukacyjnych i rozwojowych z powodu doświadczania trudności w sferze emocjonalnej. Problemy rodzinne, w tym nadużywanie alkoholu lub środków psychoaktywnych przez rodziców, a także wysokie wymagania ze strony nauczycieli wiązały się z większymi problemami zdrowia psychicznego u młodzieży. W przeciwieństwie do tego relacje z bliskim otoczeniem: wspólne rozmowy z rodzicami i dobra atmosfera w domu, posiadanie przyjaciół oraz przynależność do grupy rówieśniczej oraz wysokie wsparcie ze strony nauczycieli w sytuacji trudności emocjonalnych były czynnikami ochronnymi związanymi z poprawą kondycji psychicznej. Ponieważ doświadczanie trudności w sferze emocjonalnej podczas dojrzewania może być prekursorem problemów ze zdrowiem psychicznym w późniejszych latach życia ważne jest, aby wspierać młodzież w podtrzymywaniu więzi społecznych, tworzyć warunki zapewniające wspierające środowisko domowe i szkolne oraz zwiększać dostęp do pomocy psychologiczno – pedagogicznej. W celu odwrócenia niekorzystnych trendów kondycji psychicznej występujących u młodzieży konieczna jest realizacja programów profilaktycznych z uwzględnieniem potrzeb płci, prowadzenie oceny ich skuteczności, a także systematyczne prowadzenie analiz kondycji psychicznej. Istniejące problemy zdrowia psychicznego młodzieży wymagają aktywnej współpracy rodziców, szkoły, samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych i instytucji zdrowia publicznego na poziomie lokalnym.

1. W porównaniu do badania w 2019 roku nastąpiło pogłębienie kryzysu psychicznego u młodzieży związane ze wzrostem poziomu pesymizmu i niezadowolenia z życia, stresu oraz nasileniem symptomów złego samopoczucia i nastojów depresyjnych. Powiększyła się populacja młodzieży wymagająca specjalistycznej pomocy psychologiczno – pedagogicznej, potrzeby w tym zakresie zgłosiło aż 22.4% młodzieży, co stanowi wzrost o 6.5 p.p. w stosunku do wyniku uzyskanego w 2019 roku. Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że obecnie zapotrzebowanie na specjalistyczne interwencje w zakresie zdrowia psychicznego dwukrotnie przewyższa pomoc udzielaną młodzieży.

2. Wśród młodzieży zwiększył się poziom stresu związanego ze środowiskiem szkolnym spowodowany brakiem postępu w nauce i wymaganiami ze strony nauczycieli, istotne źródło wzrostu stresu stanowiły także problemy zdrowotne. Najczęstszymi sposobami radzenia sobie ze stresem stosowanymi przez młodzież był kontakt z najbliższym otoczeniem, w tym dobre relacje z rodzicami, rozmowy z przyjaciółmi, znajomymi lub sympatią oraz spotkania w gronie przyjaciół.

3. Pogorszenie kondycji psychicznej dotyczyło wszystkich analizowanych symptomów złego samopoczucia w kategoriach odpowiedzi o największej intensywności („bardzo częste” i „częste”), a dominującymi symptomami były zdenerwowanie, brak wiary we własne możliwości oraz zły humor. Szczególnie niepokojąca jest skala występowania myśli samobójczych - u 42.8% młodzieży kiedykolwiek pojawiły się takie myśli, co oznacza, że co drugi uczeń wymaga wsparcia ze strony psychologa lub psychiatry.

4. Niekorzystne zmiany kondycji psychicznej młodzieży przejawiały się również nasileniem wszystkich analizowanych nastojów depresyjnych w kategorii odpowiedzi „codziennie” i „co najmniej raz w tygodniu”, wśród których najczęściej deklarowany był obniżony nastrój, przygnębienie i smutek.

5. Odczuwanie trudności w sferze emocjonalnej przez młodzież było związane ze składem rodziny – jej brak, wychowywanie przez „inną osobę” oraz wychowywanie przez dziadków prowadziły do wysokiego obciążenia nastrojami depresyjnymi w kategorii „codziennie”. Młodzież wychowywana tylko przez jednego rodzica lub starsze rodzeństwo miała nieco niższy poziom nastrojów depresyjnych w porównaniu do młodzieży wychowywanej przez dziadków. Relatywnie mniejsze natężenie trudności w sferze emocjonalnej występowało wśród młodzieży wychowującej się w pełnej rodzinie.

6. Istotny wpływ na występowanie trudności emocjonalnych miała sytuacja, gdy rodzice stawiali młodzieży wymagania, ale nie dawali jej uczuciowego oparcia. Ponadto duże znaczenie odgrywała niekorzystna atmosfera domowa oraz regularne nadużywanie alkoholu i środków psychoaktywnych przez rodziców, przy czym efekt był bardziej niekorzystny w przypadku nadużywania tych substancji przez matkę. Codzienne odczuwanie trudności emocjonalnych przez młodzież było także związane z używaniem wyrobów tytoniowych, alkoholu i narkotyków.

7. Z drugiej strony w środowisku szkoły występował czynnik chroniący zdrowie psychiczne młodzieży. Zdecydowanie duży wpływ na zmniejszanie poziomu codziennych trudności emocjonalnych u młodzieży miał wysoki poziom wsparcia ze strony nauczycieli, który w tym obszarze zdecydowanie przewyższał możliwości działania ze strony rodziców i rówieśników.

8. Płeć znacząco wpływała na różnice w kondycji psychicznej i tak jak w poprzedniej edycji badania dziewczynki cechowały się słabszą kondycją psychiczną w porównaniu do chłopców. Co ważne, osoby deklarujące płeć jako „inną” w porównaniu do dziewczynek i chłopców w większym stopniu deklarowały występowanie symptomów złego samopoczucia w kategorii odpowiedzi „bardzo często”, nastrojów depresyjnych w kategorii odpowiedzi „codziennie” i ponadto częściej nie posiadały umiejętności kontrolowania własnych emocji, a ich sposobem reakcji na stres było sięganie po używki oraz leki nasenne, częściej nie posiadały wsparcia ze strony bliskiego otoczenia, a w sytuacjach trudnych częściej zwracały się do osób duchownych, pedagoga lub psychologa oraz korzystały z telefonu zaufania lub nie posiadały osoby, do której mogłyby się zwrócić ze swoim problemem, częściej były pod stałą specjalistyczną opieką psychologiczno – pedagogiczną, a także częściej czuły potrzebę skorzystania z pomocy specjalistycznej gdy: posiadały bardzo słabe wyniki w nauce, w ich domu rodzice regularnie stosowali używki, w ich domu panowała niekorzystna atmosfera oraz ich rodzina była zrekonstruowana.

9. Zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc psychologiczno – pedagogiczną w największym stopniu zgłaszały dziewczynki (28.4%), które częściej uczyły się w liceum, a ich średnia ocen wynosiła powyżej 4,1. Obecnie pomocy specjalistycznej wymaga około 30-40% młodzieży, która codziennie doświadcza trudności w sferze emocjonalnej, w tym chęci płaczu, przygnębienia, samotności, smutku, obniżonego nastroju oraz stresu.

10. Czynnikiem decydującym o dobrym samopoczuciu była płeć, wśród dziewczynek ochronny wpływ na kondycję psychiczną wynikał z relacji i więzi z najbliższym otoczeniem, w tym: dobrej atmosfery w domu, posiadania przyjaciół, poczucia własnej wartości, wyrozumiałości i łagodności ze strony nauczycieli, przynależności do grupy rówieśniczej oraz docenienia i pochwały ze strony innych osób. Chłopcy częściej uzależniali dobre samopoczucie od posiadania rodziców i posiadania sympatii, a także rzadziej od urody i wyglądu zewnętrznego oraz długiego i spokojnego snu. Młodzież deklarująca płeć jako „inną” istotnie częściej wskazywała posiadanie pieniędzy oraz brak jakichkolwiek ograniczeń, nakazów i zakazów. Natomiast wśród ogółu młodzieży o dobrym samopoczuciu decydowały trzy czynniki tj. osiągnięcia szkolne, posiadanie hobby oraz życie według własnych upodobań.

11. Młodzież odczuwała satysfakcję z życia gdy „bardzo często” występowały wspólne aktywności w rodzinie, chociaż powody satysfakcji były zróżnicowane według płci. Dziewczynki były zadowolone z życia gdy miały miejsce rozmowy z rodziną, chłopcy częściej preferowali wspólne spożywanie posiłków, a osoby deklarujące płeć jako „inną” były zadowolone gdy wspólnie z rodziną oglądały telewizję, chodziły do kościoła oraz uczestniczyły w wydarzeniach państwowych i lokalnych. Odczuwanie satysfakcji z życia u chłopców i dziewczynek występowało gdy rodzice udzielali „wysokiego” wsparcia, u dziewczynek dużą rolę odgrywało również wsparcie ze strony rówieśników. Wśród osób deklarujących płeć jako „inną” satysfakcja wiązała się w wysokim wsparciem ze strony nauczycieli. Ponadto zadowolenie z życia wiązało się z możliwością realizowania pasji w szkole, w szczególności u chłopców.

b) Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku ujęte w raporcie przygotowanym przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Uniwersytet w Białymstoku pn.: **„Wstępna diagnozy zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku”**.

Zdrowie psychiczne definiowane jest jako dobrostan, dzięki któremu jednostka realizuje własne możliwości, jest w stanie skutecznie stawiać czoła problematycznym sytuacjom życiowym, aktywnie uczestniczy w życiu

społecznym oraz produktywnie pracuje (Gromulska 2010:127). Zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania w społeczeństwie (WHO, 2021).

Pojmowanie zdrowia psychicznego w kategoriach „zasobów jednostki” konfrontuje nas z licznymi uwarunkowaniami indywidualnymi, społecznymi i strukturalnymi, które chronią lub osłabiają zdrowie psychiczne człowieka. Indywidualne czynniki psychologiczne i biologiczne, na które składają się m.in. uwarunkowania genetyczne, umiejętności emocjonalne, podejmowane zachowania (np. zażywanie substancji psychoaktywnych) mogą sprawić, że jednostka będzie mniej lub bardziej podatna na problemy z zakresu zdrowia psychicznego. Nie bez znaczenia jest również narażenie na niekorzystne warunki społeczne, ekonomiczne, geopolityczne - w tym ubóstwo, przemoc, nierówności i depryzację środowiskową. Zwiększają one ryzyko wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego. Istotną determinantą kondycji psychicznej jednostki jest jej sytuacja życiowa i moment w biografii. O ile zagrożenia dobrostanu psychicznego mogą pojawiać się na wszystkich etapach życia, to jednak te, które występują w okresach wrażliwych rozwojowo, zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie, są szczególnie szkodliwe. Na przykład surowe rodzicielstwo i kary fizyczne zagrażają zdrowiu dzieci, a zastraszanie jest głównym czynnikiem ryzyka chorób psychicznych. Światowa Organizacja Zdrowia akcentuje również znaczenie czynników ochronnych. Obejmują one między innymi indywidualne umiejętności, cechy społeczne i emocjonalne jednostki, a także pozytywne interakcje społeczne, wysokiej jakości edukację, satysfakcjonującą pracę, bezpieczne sąsiedztwo i spójność społeczności. Czynniki ochronne służą wzmocnieniu odporności człowieka (WHO, 2021).

Wymienione czynniki ryzyka i ochrony mają ograniczoną siłę predykcyjną. U większości osób nie rozwija się stan zaburzenia zdrowia psychicznego pomimo narażenia na czynnik ryzyka. U innych - bez znanego czynnika ryzyka, stan zdrowia psychicznego wymaga interwencji i pomocy specjalistycznej. Liczne badania i ekspertyzy naukowe wskazują, iż dobrostan psychiczny jednostek zdaje się być szczególnie zagrożony w czasach wspólnie globalizującego się świata (Syrek, 2019). Dużą rolę odegrała w tym zakresie pandemia COVID-19. Agnieszka Wojtczuk wyjaśnia, że pandemia przyczyniła się do pogorszenia zdrowia psychicznego uczniów, które już wcześniej było niepokojące (Matusiak, Dębicka, 2023). Ze statystyk policyjnych wynika, że Polska jest w czołówce państw z stosunkowo wysoką liczbą samobójstw i prób samobójczych dzieci i młodzieży (Wojtczuk, 2020). Inne doniesienia badawcze wskazują, że 32% osób w wieku 18-24 lata ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako zły lub bardzo zły (Zimny-Zajac, 2023: 50).

Wyniki badań dotyczących zdrowia psychicznego i opieki zdrowotnej w Białymstoku ukazują różne potrzeby mieszkańców w zależności od płci, wieku i korzystania z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego.

Lepszy dostęp do opieki zdrowotnej został uznany za najważniejszą potrzebę przez 87,1% ogółu badanych. Wśród osób powyżej 61. roku życia aż 95% uznało skrócenie kolejek do lekarzy i specjalistów za priorytet, podczas gdy młodsze osoby (18–30 lat) zgłaszały tę potrzebę nieco rzadziej (87,9%). Respondenci, którzy korzystają z pomocy zdrowia psychicznego, częściej zwracali uwagę na ten problem (87,8%).

Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego było szczególnie ważne dla osób młodszych (69,7% w grupie 18–30 lat). Ponadto, kobiety (62,1%) nieznacznie częściej wskazywały ten aspekt niż mężczyźni (60,5%).

Poprawa jakości usług zdrowotnych to ważny aspekt zwłaszcza dla osób powyżej 61. roku życia (80,0%), które częściej niż inne grupy wiekowe wskazywały na konieczność modernizacji placówek zdrowotnych. Osoby korzystające z pomocy zdrowia psychicznego rzadziej wskazywały ten problem (59,2%).

Inne potrzeby, takie jak zapobieganie chorobom cywilizacyjnym oraz zwiększenie świadomości zdrowego odżywiania się, były wskazywane na podobnym poziomie przez różne grupy, przy czym osoby powyżej 61. roku życia (80,0%) oraz mężczyźni (72,1%) częściej zgłaszały te potrzeby.

Wśród wszystkich grup wiekowych oraz płci pojawiały się także potrzeby związane z lepszym dostępem do usług rehabilitacyjnych, obniżeniem kosztów leków oraz większym wsparciem finansowym w dostępie do terapii.

Stres stał się nieodłącznym elementem codziennego życia wielu osób, wpływając na nasze samopoczucie, zdrowie oraz relacje z innymi. Wraz z rosnącymi wymaganiami zawodowymi, tempem życia i presją społeczną, coraz więcej osób odczuwa długotrwałe skutki stresu, co może prowadzić do wypalenia zawodowego, problemów zdrowotnych i trudności w relacjach interpersonalnych. Taka sytuacja uwidacznia potrzebę zrozumienia, jakie są główne stresory i jak wpływają one na zdrowie psychiczne.

W tym kontekście zbadanie kondycji zdrowia psychicznego mieszkańców zaczyna się od zdiagnozowania stresu, ponieważ pozwala na zidentyfikowanie najważniejszych jego źródeł oraz obszarów, które wymagają ewentualnej interwencji.

W oparciu o zgromadzone dane dokonano kategoryzacji stresorów, mierząc także poziom powodowanego przez nie stresu poprzez zastosowanie zestandaryzowanej 11 punktowej skali (0 – w ogóle nie stresuje; 10 – powoduje nieustanny stres). Okazuje się, że najbardziej stresującymi aspektami życia są:

- Praca / sytuacja zawodowa, brak pracy lub ilość obowiązków – stres ten zgłasza 69% respondentów, z średnią oceną nasilenia stresu wynoszącą 6,4.
- Zdrowie bliskich – zgłaszane przez 56% respondentów, z oceną stresu 6,58.
- Własne zdrowie – stanowi źródło stresu dla 62% osób, z oceną 5,9.

Inne istotne czynniki stresogenne obejmują:

- Sytuację finansową – stresującą dla 55% respondentów, średnia ocena 5,95.
- Sytuację rodzinną (choroba, śmierć bliskiej osoby, inne problemy) – zgłaszane przez 60%, z oceną 5,87.
- Wydarzenia światowe (np. wojna na Ukrainie, zmiany klimatyczne) – stresującą dla 50% osób, z oceną 5,36.

Aspekty związane z brakiem wolnego czasu, wyglądem, relacjami międzyludzkimi, samotnością oraz szkołą / nauką mają niższe nasilenie stresu, z ocenami od 4,15 do 5,33.

Z danych dotyczących stresorów w podziale na płeć wynika, że kobiety i mężczyźni różnie odczuwają poziom napięcia w odniesieniu do różnych aspektów życia:

Zdrowie bliskich jest bardziej stresujące dla kobiet (7,6) niż dla mężczyzn (5,44), Praca i sytuacja zawodowa są niemal tak samo stresujące dla obu płci, z lekką przewagą stresu wśród mężczyzn (6,45) w porównaniu do kobiet (6,36). Sytuacja finansowa jest źródłem podobnego poziomu stresu dla kobiet (6) i mężczyzn (5,89). Własne zdrowie bardziej stresuje kobiety (6,26) niż mężczyzn (5,56). Sytuacja rodzinna wyraźnie częściej stresuje kobiety (6,51) niż mężczyzn (4,88), Wydarzenia światowe, takie jak wojna czy zmiany klimatyczne, bardziej stresują mężczyzn (5,77) niż kobiety (4,92), Brak wolnego czasu odczuwają obie płcie na podobnym poziomie (kobiety: 5,41, mężczyźni: 5,25), Wygląd i waga są bardziej stresujące dla kobiet (4,96) niż dla mężczyzn (4,36), Relacje z dziećmi stresują mężczyzn nieznacznie bardziej (4,65) niż kobiety (4,59), Samotność częściej stresuje kobiety (4,67) niż mężczyzn (4,32), Relacje z partnerem wywołują wyższy stres u kobiet (4,58) niż u mężczyzn (3,85), Szkoła i nauka są bardziej stresujące dla kobiet (4,41) niż dla mężczyzn (3,7).

Zgromadzone dane sugerują, że kobiety częściej doświadczają wyższego poziomu stresu związanego z rodziną, zdrowiem i relacjami, podczas gdy mężczyźni odczuwają większy stres związany z wydarzeniami globalnymi oraz sytuacją zawodową.

Poziomu stresu różnicowany jest także wiekiem, gdzie w różnych kategoriach wiekowych respondenci deklarowali nietożsame aspekty wywołujące stres w ich życiu:

Zdrowie bliskich jest najbardziej stresujące dla osób w grupie wiekowej 61+ (7,22), a najmniej dla osób w wieku 46-60 lat (6,07). Jednak dla wszystkich grup wiekowych ten aspekt pozostaje jednym z kluczowych stresorów; Praca i sytuacja zawodowa najbardziej stresuje osoby w wieku 18-30 lat (7,05) i 31-45 lat (6,71), natomiast w grupie 61+, ze względu na dużą reprezentację emerytów jest to znacznie mniej istotny faktor (4,29); Sytuacja finansowa jest silnym stresorem szczególnie dla osób w wieku 18-30 lat (6,56), a w starszych grupach wiekowych (46-60 lat i 61+) poziom stresu związany z tym czynnikiem jest niższy (odpowiednio 5,46 i 5,71); Własne zdrowie jest najbardziej stresujące dla osób w grupie 61+ (7,0), natomiast najmniej dla osób w wieku 18-30 lat (5,5), Sytuacja rodzinna związana z chorobą lub śmiercią bliskiej osoby wywołuje najwyższy stres u osób w wieku 61+ (7,22), a najniższy u młodszych dorosłych (5,2), Wydarzenia światowe, takie jak wojna na Ukrainie czy zmiany klimatyczne, są bardziej stresujące dla starszych osób (61+: 6,38) niż dla osób w wieku 31-45 lat (4,94), Brak wolnego czasu jest najbardziej stresujący dla osób w wieku 18-30 lat (6,0), natomiast najmniej dla osób powyżej 61 lat (4,17), Wygląd i waga stresują głównie osoby młodsze (18-30 lat: 5,31) i średniego wieku (31-45 lat: 5,17), a najmniej osób starszych (61+: 3,6), Relacje z dziećmi są bardziej stresujące dla osób w wieku 31-45 lat (4,75) niż dla młodszych osób (18-30 lat: 3,0), Samotność jest istotnym stresorem w grupie 61+ (6,38), podczas gdy dla osób w wieku 31-45 lat poziom stresu związanego z samotnością jest niższy (3,88), Relacje z partnerem wywołują największy stres w grupie wiekowej 61+ (6,0), natomiast dla

młodszych dorosłych (18-30 lat) poziom stresu w tym obszarze jest niższy (3,82), Szkoła i nauka są wyraźnie największym stresorem dla osób młodych (18-30 lat: 5,43), natomiast w starszych grupach wiekowych mają mniejsze znaczenie.

Wyniki pokazują, że stresory zmieniają się w zależności od etapu życia, co może wpływać na priorytety i potrzeby związane z ochroną zdrowia i wsparciem psychicznym.

Na podstawie wykresu 4, można zauważyć różnice w poziomach stresu między osobami, które korzystały z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, a tymi, które nie korzystały z tej pomocy. Osoby korzystające z pomocy zgłaszały wyższy poziom stresu we wszystkich kategoriach. Największe różnice w poziomach stresu dotyczą: Zdrowia bliskich: osoby korzystające z pomocy oceniły ten stres na 7,54, podczas gdy osoby, które nie korzystały, na 5,77; Własnego wyglądu i wagi: osoby korzystające z pomocy oceniły ten czynnik na 5,71, w porównaniu do 3,89 u osób, które nie korzystały z pomocy. Samotność: poziom stresu wśród osób korzystających z pomocy wynosił 5,75, a u osób niekorzystających z pomocy 3,14. Inne kategorie, takie jak praca i sytuacja zawodowa (6,74 vs. 6,06) oraz wydarzenia światowe (5,48 vs. 5,26), również wskazują na wyższy poziom stresu u osób, które korzystały z pomocy psychologicznej.

Sytuacją najczęściej spotykaną przez badanych i świadczącą o obniżonej kondycji psychicznej osób z ich otoczenia była depresja (85,0%), częściej wskazywana przez kobiety (94,1%) niż przez mężczyzn (72,5%), przez osoby w wieku 31-45 lat (95,7%) oraz przez tych, którzy korzystają z pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego (91,3%). Drugim co do częstotliwości wskazań problemem, zauważanym w otoczeniu były fobie społeczne, czyli odczuwanie lęku przed kontaktem i oceną ze strony innych osób (65%). I rzeczą znaną, odpowiedź tę wskazywało 84,4% badanych w wieku 18-30 lat. Wyniki badania zebrane na wykresie 5 wskazują ponadto, że 62% rozmówców w swoim otoczeniu społecznym spotkało osoby doświadczające zaburzeń lękowych ogólnych oraz okresowych zaburzeń eksplozywnych. Występowanie tych ostatnich, statystycznie częściej zgłaszały kobiety (70,5%) niż mężczyźni (50,0%). Zaburzenia lękowe czy eksplozywne to stan kondycji psychicznej człowieka, mający silne podłoże emocjonalne. Powszechną jest opinia, iż kobiety są bardziej emocjonalne niż mężczyźni, częściej i intensywniej przeżywają emocje, ale są również bardziej wrażliwe na emocje innych ludzi (Robinson i Johnson 1997). Choć Katarzyna A. Knopp przekonuje, że „na gruncie empirycznym na ogół nie stwierdza się by płeć różnicowała częstotliwość przeżyć emocjonalnych” (Knopp 2012:106), to jednak dodaje, iż faktem jest, że intensywność doświadczanych emocji, ich rozumienie, sposób wyrażania oraz regulacji są uwarunkowane płciowo. Częstsza obserwacja okresowych zaburzeń eksplozywnych odnotowywana przez badane białostoczanki, może świadczyć o większej ich wrażliwości w tym zakresie, w porównaniu do mężczyzn.

Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną odpowiedź zobrazowaną w tabeli 3: 42% badanych wskazało, że w otoczeniu społecznym spotkało osoby przejawiające zachowania, myśli samobójcze. Odpowiedź tę statystycznie częściej wskazywali mężczyźni (55,0%) niż kobiety (31,4%) oraz najmłodsi badani, czyli w wieku 18-30 lat (59,4%). Badania cyklicznie przeprowadzone przez Medonet pt. *Narodowy Test Zdrowia Polaków* wskazują, że 59 proc. dorosłych Polaków ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako bardzo dobry i dobry, niemniej istnieją różnice w samoocenie własnego dobrostanu psychicznego, jeśli weźmiemy pod uwagę grupy wiekowe. Badania wskazują, że 32% osób w wieku 18-24 lata ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako zły lub bardzo zły. W porównaniu z rokiem 2022, jest to wzrost o 3%, zaś w porównaniu do roku 2020 (pierwsza edycja badania) wzrost ten wynosi 12% (Medonet 2023: 48-49). Niewykluczone, że w otoczeniu młodych białostoczan znajdują się osoby, doświadczające gorszego dobrostanu psychicznego, przybierającego postać zachowań, myśli samobójczych, czy wcześniej wspomnianych fobii społecznych.

Pytanie dotyczące obserwowanych w środowisku społecznym przejawów pogorszonej kondycji psychicznej osób z otoczenia badanych, miało też wymiar bardziej personalny.

Ze zgromadzonych danych wynika, że 74% badanych białostoczan, osobiście doświadczyło pogorszenia własnego dobrostanu psychicznego, statystycznie częściej (87,8%) było to udziałem osób, które korzystały z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego.

Pierwsze miejsce (57% wskazań) zajmuje neurastenia, czyli stan przewlekłego zmęczenia i wyczerpania, który może prowadzić do drażliwości i trudności w wykonywaniu codziennych aktywności. Drugą (56%) co do częstotliwości wskazań była odpowiedź dotycząca zaburzeń lękowych uogólnionych, zaś na trzecim miejscu (55%) pojawiła się depresja, której doświadczanie statystycznie częściej (65,1%) wskazywali badani korzystający z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego. Dane wskazują ponadto, że fobie społeczne częściej (63%) były doświadczeniem najmłodszych badanych białostoczan niż najstarszych (26,7%), podobnie jak zaburzenia lękowe lub napady lęku czy mania - stan, w którym osoba czuje nadmierną energię i pewność siebie, co prowadzi do impulsywnych, ryzykownych działań. Warto też zwrócić uwagę, że w przypadku wszystkich omawianych

przejawów obniżonego dobrostanu psychicznego, osoby korzystające z pomocy psychologicznej częściej (w wielu przypadkach statystycznie istotnie) niż te niekorzystające, potwierdzały występowanie tego typu trudności we własnej codzienności. Paradoksalnie, jest to optymistyczna informacja. Badani sięgnęli po pomoc, gdy sytuacja tego wymagała.

W badaniach 25% uczestników wywiadów stwierdziło, że w ich otoczeniu nie rozmawia się o własnej kondycji psychicznej.

Na podstawie wykresu 6 można zauważyć, że spośród 101 osób które wzięły udział w wywiadzie, 49% kiedykolwiek skorzystało z pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego w Białymstoku lub okolicach. 44% nie korzystało z pomocy, ponieważ nie czuło takiej potrzeby. Inne powody braku zwrócenia się o pomoc obejmują trudności z dostępem (1,0%) oraz wstyd (4,0%).

Spółród osób, które kiedykolwiek korzystały z pomocy dotyczącej zdrowia psychicznego, 31% respondentów skorzystało z niej raz lub kilka razy, ale już nie korzysta. 21% osób deklaruje, że korzysta z pomocy doraźnie, kiedy pojawia się taka potrzeba, natomiast największy odsetek, bo aż 48% badanych, zasięga pomocy regularnie i jest pod stałą opieką lekarza specjalisty, psychoterapeuty lub psychologa. Próba badawcza w tym przypadku wynosiła 48 osób. Najczęściej wybierano lekarza specjalistę psychiatrii (70%), certyfikowanego psychologa oraz psychoterapeutę (po 50%). Ponadto, diagnozując spektrum specjalistów, starano się także ustalić, jaka jest rola lekarzy rodzinnych w procesie docierania do odpowiednich placówek. Okazuje się, że z usług lekarza rodzinnego w celu dotarcia do specjalisty korzystał znikomy odsetek respondentów (11%). Najrzadziej wymieniano terapeutę (4,3%) oraz coacha (1%).

Okazuje się, że najwięcej trudności z dotarciem do specjalisty zgłaszały osoby korzystające z usług certyfikowanego psychologa (33,3%), a najmniej – uzyskujące wsparcie od terapeuty (8,4%). W przypadku lekarza specjalisty psychiatrii, co czwarty badany, który korzystał z usług miał trudności ze znalezieniem odpowiedniego lekarza.

W danych dotyczących procesu dotarcia do specjalisty, 21% osób, które w rozmowie wymieniały lekarza rodzinnego, otrzymały odpowiednie skierowanie. Z kolei, dominująca większość respondentów, którzy korzystali z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego udało się bezpośrednio do specjalisty, a tylko 12% osób nie skorzystało z tej ścieżki.

Aż 62% respondentów korzystających z pomocy w zakresie zdrowia psychicznego zadeklarowało, że wszystkie ich wizyty u specjalistów były płatne, co sugeruje, że dla wielu uczestników wywiadów dostęp do refundowanych świadczeń jest niewystarczający lub zbyt trudny. Zaledwie 10% badanych mogło skorzystać wyłącznie z bezpłatnych wizyt w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, a 28% korzystało zarówno z wizyt płatnych, jak i refundowanych przez NFZ.

Taka sytuacja może być efektem długich kolejek, ograniczonej liczby specjalistów w ramach publicznej opieki zdrowotnej oraz trudności w dostępie do placówek państwowych. Konsekwencją jest poszukiwanie przez pacjentów prywatnych, często kosztownych rozwiązań, aby uzyskać niezbędną pomoc w odpowiednim czasie. W efekcie osoby, które nie są w stanie pozwolić sobie na prywatną opiekę, mogą pozostawać bez wsparcia, co dodatkowo pogłębia ich problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Sytuacja ta stwarza miasto niepowtarzalną możliwość działań, mających na celu poprawę dostępności i jakości usług świadczonych w ramach publicznej opieki zdrowotnej, aby zapewnić bardziej równościowy dostęp do pomocy zdrowotnej dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich możliwości finansowych, aby systemowo oddziaływać na ogólny dobrostan mieszkańców.

c) Wyniki dotyczące zjawiska występowania depresji wśród mieszkańców miasta pochodzące z raportu „Diagnoza zdrowia mieszkańców Białegostoku”

W badaniu analizie poddano dane zebrane w latach 2023 i 2024 obejmujące łącznie 1 495 uczestników.

Przeprowadzone badanie Skali Depresji Becka (BDI) wśród mieszkańców Białegostoku wskazuje na istotne różnice w poziomie objawów depresyjnych w zależności od płci i wieku. Ogólnie rzecz biorąc, mężczyźni częściej deklarują brak lub minimalne objawy depresji (88,5%) w porównaniu do kobiet (78,8%). Kobiety natomiast częściej doświadczają łagodnych objawów depresyjnych (14,1%) niż mężczyźni (6,4%), co może sugerować większą podatność na łagodniejsze formy depresji. Niewielkie różnice odnotowano w umiarkowanej depresji (kobiety 5,8%, mężczyźni 3,8%), a w przypadku ciężkiej depresji wyniki były niemal identyczne dla obu płci (około 1,3%). Wiek również odgrywa istotną rolę w nasileniu objawów depresyjnych. Najmłodsze osoby (20–29 lat) częściej wykazują zarówno umiarkowane, jak i ciężkie objawy depresji, co może być

związane z presją społeczną, trudnościami w adaptacji do dorosłego życia i niepewnością zawodową. W tej grupie odsetek osób z ciężką depresją wynosi 2,5%, co jest najwyższym wynikiem w porównaniu do innych grup wiekowych. Z kolei osoby starsze, powyżej 65. roku życia, częściej doświadczają łagodnych objawów depresji (11,8%), co może wynikać z izolacji społecznej, problemów zdrowotnych czy utraty bliskich. Mimo to, większość mieszkańców, niezależnie od wieku, deklaruje brak lub minimalne objawy depresji.

IV. Zasoby służby zdrowia.

1) Poradnie

Zakres usług	Liczba podmiotów
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - leczenie nerwic (poradnie)	3
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - leczenie środowiskowe (domowe)	3
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju (poradnie)	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych	5
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	3
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne	2
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży	2
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia psychologiczne (poradnie)	4
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (poradnie)	4
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (poradnie)	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia zdrowia psychicznego dla dorosłych (poradnie)	12
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - świadczenia zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (poradnie)	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykaz podmiotów leczniczych wpisanych do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podlaskiego udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii na terenie miasta Białystok

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Adres podmiotu leczniczego				
		Ulica	Budynek	Lokal	Kod pocztowy	Miejscowość
1	Specjalistyczna Spółdzielnia Lekarska ARS MEDICA	ul. Kolejowa	16		15-701	Białystok
2	Bractwo Cerkiewne Św. Mikołaja w Białymstoku	ul. Lipowa	15B	2A	15-424	Białystok
3	Niepubliczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Józefa Marjańskiego	3	104	15-281	Białystok
4	PRZEDSIĘBIORSTWO WIELOBRANŻOWE	ul. Transportowa	4		15-399	Białystok

	JARD" Jarosław Dziemian"					
5	Centrum Medyczo Stomatologiczne PRIMA MEDICA Bożena Kossakowska-Grzesiak	ul. Dziesięciny	12		15-086	Białystok
6	CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO LESZCZYNOWA BIS MAGNUSZEWSKI SPÓŁKA JAWNA	ul. Leszczynowa	40		15-811	Białystok
7	Centrum Medyczne "OPOKA" H. Midro Spółka Jawna	ul. Antoniukowska	11		15-740	Białystok
8	NZOZ Bram - Medica Poradnia Zdrowia Psychicznego Barbara Bramska-Modzelewska	ul. Stołeczna	7	8	15-879	Białystok
9	REVIT Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	ul. Swobodna	38		15-756	Białystok
10	Q medica Sp. z o.o.	ul. Jerzego Waszyngtona	30	U1	15-305	Białystok
11	Elżbieta Beata Pałasz	ul. Słonimska	15/1		15-028	Białystok
12	DJV SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ	ul. Wincentego Witosa	13		15-660	Białystok
13	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W BIAŁYMSTOKU	ul. Fabryczna	27		15-471	Białystok
14	Małgorzata Buraczyk	ul. św. Rocha	12A	6	15-789	Białystok
15	"VIRTUS" s.c. Elżbieta Cichorek, Tomasz Cichorek	ul. Antoniuk Fabryczny	10	1	15-741	Białystok
16	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO WIOLETTA JANKOWSKA SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY	ul. gen. Józefa Bema	2	32	15-369	Białystok
17	MAREK ARCIUCH	ul. Młynowa	17		15-404	Białystok
18	Lekarska Specjalistyczna Spółdzielnia Pracy "ESKULAP"	ul. Nowy Świat	11C		15-453	Białystok

2) Placówki ochrony zdrowia.

- a) Mieszkańcy miasta korzystają z usług **Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy**. Szpital posiada w swej strukturze m.in.: oddział leczenia ostrych zaburzeń psychicznych, oddziały ogólnopsychiatryczne, Centra Zdrowia Psychicznego.
- b) Od 2022 r. w strukturach Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku funkcjonuje Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, znajdująca się przy ul. Wołodyjowskiego 2, która prowadzi działalność dydaktyczną i naukową oraz zapewnia opiekę pacjentom. Oddział posiada 40 łóżek.

Kadra placówki:

- 9 lekarzy,
- 21 rezydentów,

- 4 psychologów,
- 26 pielęgniarek,
- 2 terapeutów zajęciowych,
- 2 opiekunów medycznych.

W ramach oddziaływań prowadzona jest diagnostyka i terapia w zakresie:

- schizofrenii,
- zaburzeń afektywnych,
- lekowych.
- poznawczych,
- uzależnień.

c) Od 2005 roku w **Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym** działa **Oddział Dzienny Psychiatryczny** przeznaczony dla dzieci i młodzieży.

Oddział Dziennego zapewnienia kompleksową diagnostykę i terapię zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego.

Hospitalizacja Dzienna (pobyt od godz. 8:00 do 15:00) daje możliwość diagnostyki i terapii o intensywności i efektywności porównywalne z pobytem na oddziale całodobowym (zapewniona możliwość codziennego kontaktu z pacjentem, rodzicami/opiekunami dziecka, przeprowadzenia badań lekarskich, psychiatrycznych, psychologicznych, dostęp do badań dodatkowych oraz konsultacji specjalistycznych a przede wszystkim obserwacja funkcjonowania w grupie oraz możliwość monitorowania efektów współpracy z rodzicami).

Oferta diagnostyczno - terapeutyczna wynikająca z charakteru placówki (oddział dzienny ogólnopsychiatryczny) obejmuje szerokie spektrum zaburzeń wieku rozwojowego (dzieci i młodzieży):

- całościowe zaburzenia rozwojowe – autyzm i zaburzenia autystyczne,
- zespół ADHD i zaburzenia hiperkinetyczne,
- zespół dziecka krzywdzonego,
- mieszane zaburzenia rozwojowe,
- zaburzenia zachowania,
- zaburzenia emocjonalne
- zaburzenia psychotyczne,
- zaburzenia depresyjne,
- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia związane ze stresem,
- zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia),
- zaburzenia psychosomatyczne.

Personel oddziału:

- 2 lekarzy psychiatrów,
- 4 psychologów,
- 1 terapeuta zajęciowy,
- 2 pielęgniarki.

d) **Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP)** to miejsce, gdzie pacjent otrzyma pomoc bez skierowania, bez wcześniejszego zapisywania się na wizytę.

Z pomocy CZP mogą skorzystać osoby pełnoletnie cierpiące na zaburzenia psychiczne. Również członkowie rodzin, a także bliscy i znajomi pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku pojawiających się pytań czy wątpliwości mogą skorzystać ze wsparcia centrum, do którego ich bliski zgłosił się po pomoc. Z pomocy centrum mogą skorzystać także osoby, które zostały wypisane ze szpitala, w celu uzyskania wsparcia w dalszym dochodzeniu do zdrowia.

Wykaz Centrów Zdrowia Psychicznego w Białymstoku:

1. REVIT Sp. z o. o. w **Białymstoku**, ul. Swobodna 38, PZK (całodobowy)

2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w **Białymstoku**:

·Białystok, ul. Wołodyjowskiego 2, PZK

·Białystok, ul. Marii Skłodowskiej 24A

3. Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ im. dr Stanisława Deresza w **Choroszczy**:

·Białystok, ul. Radzywińska 2, PZK

V. Aktywizacja i integracja społeczna oraz oddziaływania pomocowo terapeutyczne.

1) **Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Białymstoku** udziela pomocy osobom i rodzinom którzy zostali dotknięci kryzysem, polegającej na: pomocy psychologicznej, rodzinnej, pedagogicznej, prawnej i socjalnej, prowadzenie krótkoterminowej terapii dla osób w kryzysie, udzielanie schronienia kobietom oraz kobietom z dziećmi w sytuacji kryzysu. Najczęściej zgłaszanymi problemami są: przemoc w rodzinie, konflikty rodzinne, utrata lub żaloba, wypadek lub katastrofą, zagrożenie samobójstwem, trudności wychowawcze oraz nieumiejętności radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej. Ośrodek oprócz pracy indywidualnej prowadzi też zajęcia grupowe mające na celu pomoc osobom dotkniętym trudnościami oraz profilaktykę zaburzeń i chorób zdrowia psychicznego, takie jak: grupa wsparcia dla osób doświadczających przemocy domowej, zajęcia korekcyjno-edukacyjne dla osób stosujących przemoc, zajęcia socjoterapeutyczna dla dzieci w wieku 7-12 lat, warsztaty (dla młodzieży dotyczące radzenia sobie ze stresem oraz warsztaty psychoedukacyjne: „Szkoła dla rodziców”.

2) Specjalistyczne usługi opiekuńcze

Wg. Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych ustalono następujące usługi dostosowane do szczególnych potrzeb osób wymagających pomocy w formie specjalistycznych usług, wynikających z rodzaju ich schorzenia lub niepełnosprawności, świadczone przez osoby ze specjalistycznym przygotowaniem:

- uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia,
- kształtowanie umiejętności zaspakajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności społecznego funkcjonowania, motywowanie do aktywności, leczenia i rehabilitacji, prowadzenie treningów umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych oraz wspieranie, także w formie asystowania w codziennych czynnościach życiowych,
- interwencje i pomoc w życiu w rodzinie,
- pomoc w załatwianiu spraw urzędowych,
- wspieranie i pomoc w uzyskaniu zatrudnienia,
- pomoc w gospodarowaniu pieniędzmi.

W mieście Białystok finansowaniem specjalistycznych usług opiekuńczych wśród mieszkańców po uprzednim wywiadzie środowiskowym potwierdzonym decyzją MOPR i zakresem usług ustalonym indywidualnie w ramach przyznanego decyzją limitu godzin usług zajmują się organizacje pozarządowe.

Świadczenie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych w miejscu zamieszkania, z wyłączeniem specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi, obejmujących pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, zaleconą przez

lekarza pielęgnację oraz w miarę możliwości, zapewnienie kontaktów z otoczeniem, dostosowanych do szczególnych potrzeb wynikających z rodzaju schorzenia lub niepełnosprawności.

3) Środowiskowe domy samopomocy.

Środowiskowe domy samopomocy to ośrodki wsparcia dla osób chorych psychicznie i niepełnosprawnych intelektualnie działające w ramach zleconych gminie zadań z zakresu administracji rządowej. To placówki realizujące proces terapeutyczno-rehabilitacyjny wobec ich użytkowników mających poważne trudności w życiu codziennym, wymagających pomocy niezbędnej do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

W Białymstoku funkcjonują trzy środowiskowe domy samopomocy, jeden działający w formie jednostki budżetowej (jednostka Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Białymstoku) z liczbą miejsc 60. Pozostałe dwie placówki prowadzoną są na zlecenie miasta Białystok przez Caritas Archidiecezji Białostockiej oferując 45 miejsc i Fundację Oswoić świat oferującą 16 miejsc.

4) Warsztaty terapii zajęciowej.

Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych uczestnictwo w warsztatach terapii zajęciowej osób niepełnosprawnych jest jedną z podstawowych form aktywności wspomagającej proces rehabilitacji zawodowej i społecznej tych osób. To wyodrębniona organizacyjnie i finansowo placówka stwarzająca osobom niepełnosprawnym niezdolnym do podjęcia pracy możliwość rehabilitacji społecznej i zawodowej w zakresie pozyskiwania lub przywracania umiejętności niezbędnych do podjęcia zatrudnienia. Placówka przeznaczona jest dla osób niepełnosprawnych, posiadających wskazanie do uczestnictwa w warsztatach terapii zajęciowej.

Ramy organizacyjne:

- warsztat jest placówką pobytu dziennego,
- czas trwania zajęć w warsztacie wynosi nie więcej niż 7 godzin dziennie i 35 godzin tygodniowo,
- zajęcia w warsztacie prowadzone są zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii przygotowanego dla uczestnika przez radę programową warsztatu.

W Białymstoku funkcjonują 4 warsztaty terapii zajęciowej:

- Warsztat Terapii Zajęciowej prowadzony przez Caritas Archidiecezji Białostockiej – 40 uczestników,
- Warsztat Terapii Zajęciowej prowadzony przez Fundację AC – 25 uczestników,
- Warsztat Terapii Zajęciowej prowadzony przez Stowarzyszenie „My dla Innych” – 30 uczestników,
- Warsztat Terapii Zajęciowej prowadzony przez Spółdzielnię SNB – 22 uczestników.

5) Mieszkania chroniono - treningowe dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Od 2017 r. funkcjonują 2 mieszkania treningowe dla osób niepełnosprawnych z tytułu problemów zdrowia psychicznego (jedno przeznaczone dla 4 kobiet, drugie dla 3 mężczyzn). Mieszkania prowadzone są na zlecenie miasta Białystok. Pobyt w mieszkaniu treningowym jest formą wsparcia zapewniającą warunki samodzielnego funkcjonowania w środowisku i integracji ze społecznością lokalną, przygotowującą osoby tam przebywające pod opieką specjalistów do samodzielnego życia lub uzyskania niezależności umożliwiającej funkcjonowanie poza domem rodzinnym.

Dodatkowo mieszkańcy Białegostoku mogą korzystać z 7 mieszkań realizowanych w ramach projektu „Mieszkalnictwo treningowe – szansa na rozwój i niezależność”, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). Mieszkania skierowane są do dorosłych osób z niepełnosprawnością, w tym głównie do osób z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi oraz ze sprzężeniami. Projekt realizowany jest przez Stowarzyszenie MY dla Innych.

6) Domy pomocy społecznej.

- a) Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku przy ul. Baranowickiej 203 świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców. Placówka przeznaczona jest dla 306 mieszkańców, w tym 36 mieszkańców – osoby przewlekle psychicznie chore w filii w Bobrowej. Do Domu kierowane są dzieci i młodzież niepełnosprawne intelektualnie w wieku od 3 do 25 lat oraz osoby dorosłe niepełnosprawne intelektualnie na podstawie decyzji właściwego organu administracji publicznej. Ponadto placówka świadczy specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z chorobą Alzheimera, nie zamieszkujących w Domu.
- b) Dom Pomocy Społecznej w Białymstoku przy ul. Świerkowej 20 jest jednostką organizacyjną pomocy społecznej przeznaczoną dla 188 osób przewlekle somatycznie chorych. Zapewnia osobom dorosłym nie mogącym samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności całodobową opiekę. Realizuje swoje zadania zgodnie z obowiązującym standardem usług w zakresie potrzeb bytowych, w zakresie potrzeb opiekuńczych, w zakresie potrzeb wspomagających. Zasady kierowania i przyjmowania osób ubiegających się o przyjęcie do domu określa Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej w sprawie domów pomocy społecznej z dnia 23 sierpnia 2012 r. w sprawie domów pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 734).
- c) Dom Pomocy Społecznej Zgromadzenia Sióstr Franciszkanek od Cierpiących w Białymstoku mieści się przy ul. Proletariackiej 8. W domu zapewniana jest całodobowa, stacjonarna i kompleksowa opiekę łącznie 25 osobom w wieku od 63 do 99 lat, mieszkańcom Miasta Białystok będącymi osobami w podeszłym wieku, które nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w dotychczasowym środowisku. Zakres świadczeń udzielanych przez Dom Pomocy Społecznej dostosowywany jest do indywidualnych potrzeb jego mieszkańców zgodnie z określonym w prawie standardem usług bytowych, opiekuńczych i wspomagających. Osoby te są umieszczane na podstawie decyzji orzekającej wydanej przez Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku.
- 7) Placówki zapewniające pomoc dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi oraz z ryzykiem zaburzeń psychicznych (zadania zlecone w drodze otwartych konkursów ofert):**
- a) Centrum Pomocy Dzieciom - Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów Klanza Oddział Białostocki,
- b) Fundacja Oswoić Świat w porozumieniu z Ośrodkiem Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży „Eureka”.
- 8) Placówki zajmujące się uzależnieniami od środków psychoaktywnych (zadania zlecone w drodze otwartych konkursów ofert):**
- a) Poradnia Profilaktyczno – Konsultacyjna Stowarzyszenia MONAR,
- b) ETAP Ośrodek Profilaktyki i Terapii dla Młodzieży i Dorosłych Stowarzyszenia Pomocy Rodzinie Droga.
- 9) Podmioty zapewniające pomoc dorosłym osobom z zaburzeniami psychicznymi oraz osobom z niepełnosprawnością intelektualną (zadania zlecone w drodze otwartych konkursów ofert):**
- a) Stowarzyszenie na rzecz Rehabilitacji Psychiatrycznej Szansa prowadzący Ośrodek wsparcia i rehabilitacji psychospołecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi Klub Pacjenta „Przystań”,
- b) Stowarzyszenie MY DLA INNYCH,
- c) Stowarzyszenie Wspierania Aktywności Niepełnosprawnych Intelektualnie AKTYWNI.
- 10) Podmioty udzielające wsparcia osobom niepełnosprawnym z całościowymi zaburzeniami rozwoju (zadania zlecone w drodze otwartych konkursów ofert):**
- a) Fundacja "Uśmiech życia",
- b) Podlaski Związek Głuchych Oddział Podlaski,
- c) Fundacja Na Rzecz Wspierania Osób z Zaburzeniami Ze Spektrum Autyzmu i Innymi Niepełnosprawnościami "A Jak..",
- d) Fundacja Wspierania Rodziny i Społeczeństwa ISKRA,
- e) Fundacja NASZA PLANETA,

- f) Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział w Białymstoku,
- g) Fundacja Krajowego Towarzystwa Autyzmu Oddział w Białymstoku Pod Nazwą "WIEM I POMAGAM",
- h) Stowarzyszenie Wspierania Aktywności Niepełnosprawnych Intelktualnie "AKTYWNI".

11) **Poradnie leczenia uzależnienia od alkoholu:**

- a) Pracownia Psychoterapii Integracyjnej Poradnia Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia,
- b) Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień,
- c) NZOZ Poradnia Terapii Uzależnień i Współuzależnień,
- d) NZOZ OPTIMA Ośrodek Leczenia Uzależnień i Współuzależnień,
- e) NZOZ VIRTUS,
- f) ETAP Ośrodek Profilaktyki i Terapii dla Młodzieży i Dorosłych Stowarzyszenia Pomocy Rodzinie Droga.

12) **Placówki zapewniające pomoc dla dzieci i młodzieży będących w kryzysie psychicznym oraz ich rodzicom/ opiekunom:**

- a) Centrum Pomocy Dzieciom - Polskie Stowarzyszenie Pedagogów i Animatorów Klanza Oddział Białostocki,
- b) Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży „Eureka”,
- c) Ośrodek Interwencji Kryzysowej w Białymstoku.

VI. Cele główne i szczegółowe Programu ochrony zdrowia psychicznego:

Cel główny: Zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do uch potrzeb.

Cel szczegółowy:

1. Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego.

Zadania:

- 1) wspieranie projektów organizacji pozarządowych służących rozwojowi różnych form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 2) Zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie.
- 3) Wspieranie projektów z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego skierowanych do dzieci i młodzieży.
- 4) Wspieranie projektów z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego skierowanych do dorosłych oraz seniorów.

Wskaźniki:

- ilość przedsięwzięć promujących zdrowie psychiczne,
- ilość zorganizowanych kampanii informacyjnych.

2. Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zadania:

- 1) Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej, organizacja poradnictwa zawodowego dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.
- 2) Prowadzenie kampanii szkoleniowo – informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnienie osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi.

Wskaźniki:

- ilość zorganizowanych form podnoszenia wiedzy i kwalifikacji z zakresu ochrony zdrowia psychicznego.

3. Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy.

Zadania:

- 1) Kontynuacja działań Miejskiego Zespołu Koordynującego realizację Programu.
- 2) Realizacja, koordynowanie i monitorowanie Miejskiego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2025-2030.
- 3) Przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego i lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
- 4) Wspieranie współpracy interdyscyplinarnej placówek i instytucji działających na rzecz zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku w formie organizacji szkoleń interdyscyplinarnych, seminariów, konferencji.

Wskaźnik:

- ilość działań podjętych w ramach programu,
- ilość działań mających na celu przygotowanie programu,
- ilość posiedzeń zespołu
- ilość szkoleń, konferencji.

4. Udzielanie wsparcia psychologiczno – pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom.

Zadania:

- 1) Zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom przez poradnię psychologiczno – pedagogiczną przy współpracy z podmiotami działającymi na rzecz wsparcia dzieci, uczniów, rodzin, nauczycieli.
- 2) Udzielanie pomocy psychologiczno – pedagogicznej dzieciom i uczniom, z uwzględnieniem ich zróżnicowanych potrzeb edukacyjnych i rozwojowych, ich rodzinom oraz nauczycielom w jednostkach systemu oświaty. .

Wskaźniki:

- ilość osób korzystających z pomocy poradni psychologiczno - pedagogicznej,
- liczba udzielonych porad psychologicznych przez poradnię psychologiczno - pedagogiczną,
- liczba placówek edukacyjnych realizujących zadania z zakresu zdrowia psychicznego.

5. Zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom organizacji pozarządowych realizujących różnorodne formy oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które wymagają działania ciągłego.

- 1) Wspieranie usług z zakresu pomocy psychologiczno – terapeutycznej dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym.
- 2) Prowadzenie usług pomocowych i interwencyjnych w stanach kryzysu psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych mieszkańców Białegostoku.

Wskaźniki:

- liczba osób, które uzyskały pomoc w ramach realizowanych projektów,
- średni czas oczekiwania na wizytę w placówkach finansowanych przez Miasto Białystok,
- liczba dofinansowanych ofert złożonych przez organizacje pozarządowe,
- stopień realizacji zadań zleconych organizacjom pozarządowym.

VII. Sprawozdanie z realizacji Miejskiego programu ochrony zdrowia psychicznego na lata 2026-2030 Prezydent Miasta Białegostoku przedkłada Radzie Miasta w terminie do 30 czerwca roku następującego po roku którego dotyczy raport.

VIII. Wdrażanie Programu.

- a) Adresaci Programu:

Program adresowany jest do mieszkańców Białegostoku.

b) Budżet programu:

Miejski program ochrony zdrowia psychicznego finansowany będzie ze środków Miasta Białystok oraz środków zewnętrznych (np. PFRON)

c) Okres realizacji:

Termin realizacji programu obejmuje lata 2026 - 2030.

d) Wskaźniki/efekty realizacji:

- poprawa dostępności do różnych form opieki psychiatrycznej,
- rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej,
- zwiększenie nakładów finansowych na opiekę psychiatryczną.

UZASADNIENIE

Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego określa najistotniejsze elementy i kierunki w zakresie poprawy stanu zdrowia psychicznego mieszkańców Białegostoku. Program porządkuje dotychczasowe działania podejmowane w mieście w zakresie promocji zdrowia psychicznego i ukierunkowuje działania podejmowane w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego, jak również szeroko pojętej rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi. Obowiązek realizacji programu oraz ustalania priorytetów promocji zdrowia psychicznego wynika z art. 2 pkt 4 ust 1 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego.