

Ewaluacja programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” dla studentów uczelni wyższych. Doniesienie z badań pilotażowych

Evaluation of the “PsychoŻak” mental health promotion programme for university students. Report of a pilot study

Lidia Zabłocka-Żytka¹, Ewa Sokołowska², Sylwia Kluczyńska¹

¹ Akademia Pedagogiki Specjalnej im Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

² Katolicki Uniwersytet Lubelski im. Jana Pawła II

Summary

Aim. This article presents the results of the evaluation of the pilot of the “PsychoŻak” mental health promotion programme for university students. The main aim of the “PsychoŻak” programme is to enhance students’ well-being in the mental (including emotional and cognitive), physical/somatic and social spheres, which is in line with the previously researched expectations of young adults towards mental health promotion.

Method. A comparison was made between selected mental health indicators and the mental health knowledge and competences of participants before and after taking part in the mental health promotion programme. An evaluation questionnaire on the content presented in the programme and the General Health Questionnaire (GHQ-28) were used.

Results. The analysis of the collected data indicates an increase in mental health knowledge and competences after participation in the mental health promotion programme. Most of the observed differences were statistically significant. Participants in the mental health promotion programme were also characterised by better mental health indicators, as measured by the GHQ-28, after completing the programme. **Conclusions.** The evaluation of the pilot implementation of the “PsychoŻak” mental health promotion programme for university students confirms that the intended effects have been achieved and supports the programme’s relevance for universities.

Key words: mental health promotion, university students, evaluation

Wstęp

Dane epidemiologiczne w Polsce oraz na świecie wskazują na zwiększającą się liczbę osób cierpiących na szeroko rozumiane problemy zdrowia psychicznego, w tym poważne zaburzenia psychiczne, co związane jest m.in. z pojawiającymi się kolejno kryzysami: pandemią COVID-19, wojnami, kryzysem klimatycznym i ekonomicznym [1, 2]. Zaburzenia psychiczne dotyczą osób w różnym wieku, w tym populacji dzieci i młodzieży oraz młodych dorosłych [3–6]. Rekomendacje WHO oraz sieci eksperckich, zarówno badaczy, jak i praktyków klinicznych, podkreślają konieczność profilaktyki zaburzeń psychicznych i wzmacniania zdrowia psychicznego – także przez jego promocję [7–10].

Promocja zdrowia psychicznego to proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie pod kątem jego poprawy i utrzymania [11]. Zgodnie z definicją w ramach promocji zdrowia psychicznego nie tylko zapobiega się zaburzeniom (element profilaktyki – ujęcie negatywne zdrowia), ale także kształtuje się i wzmacnia zdrowie (ujęcie pozytywne zdrowia) [12, 13]. Wśród aktualnych priorytetów promocji zdrowia psychicznego pojawia się promowanie zdrowia psychicznego w placówkach edukacyjnych [7, 2]. Jednym ze sposobów realizacji tej misji są programy promocji zdrowia psychicznego [14]. Ich skuteczność zależy m.in. od tego, czy zostały przygotowane zgodnie z najnowszymi rekomendacjami – czy są oparte na podstawach teoretycznych, zgodne z potrzebami adresata, czy odnoszą się do najnowszych badań empirycznych i są tak zaprojektowane, by mogły być sprawdzane/ewaluowane [15–18]. To właśnie ewaluacja działań promujących zdrowie psychiczne jest szczególnie ważna, gdyż umożliwia monitorowanie podjętych aktywności pod kątem ich skuteczności i efektywności. Wyniki ewaluacji są podstawą rekomendacji wdrożenia programu promocji zdrowia psychicznego lub wprowadzania w nim zmian [15], tak by był on najlepszym narzędziem kształtowania i wspierania zdrowia psychicznego.

Artykuł prezentuje wyniki ewaluacji pilotażu programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” przygotowanego dla studentów uczelni wyższych i realizowanego na jednej z warszawskich uczelni wyższych.

Założenia programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak”

Celem promocji zdrowia psychicznego jest rozwijanie odpowiednich cech jednostki, które umożliwiają zaspokajanie jej potrzeb i realizację zadań rozwojowych oraz tworzenie odpowiednich do tego warunków [19]. Środowisko akademickie dla studiujących młodych dorosłych jest miejscem, gdzie spędzają oni kilka lat, rozwijając swoje kompetencje poznawcze, zawodowe i społeczne. W tym czasie młodzi ludzie stają wobec nowych wyzwań i zadań rozwojowych, do których należą: wybór wykształcenia, jego weryfikacja, usamodzielnienie się w różnych obszarach życia i wzięcie odpowiedzialności za własne decyzje [13, 20]. Ważne jest, by środowisko, w jakim przebywają, umożliwiało im realizację owych zadań oraz oferowało wsparcie w razie trudności w wypełnianiu zobowiązań [21–24]. Tym bardziej że zadania rozwojowe we wczesnej dorosłości mogą dla niektórych osób stanowić zbyt duże wyzwanie, a jest to też czas, kiedy pojawiają się po raz pierwszy niektóre zaburze-

nia zdrowia psychicznego, np. pierwsze objawy schizofrenii [25–27]. Istotne zatem jest tworzenie modelowych programów promocji zdrowia psychicznego dostępnych w społeczności akademickiej [4, 8, 9, 28, 29]. Odpowiedzią na to zapotrzebowanie jest program promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” przygotowany przez zespół pracowników Instytutu Psychologii Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie.

Głównym celem programu „PsychoŻak” jest wzmacnianie dobrostanu studentów w sferze psychicznej (w tym emocjonalnej, poznawczej), fizycznej/somatycznej oraz społecznej [13], co jest zgodne z badanymi wcześniej oczekiwaniami młodych dorosłych wobec promocji zdrowia psychicznego [30]. Założenia programu zostały opisane (wraz z etapami tworzenia programu oraz jego treścią i zasadami realizacji) w osobnych publikacjach [13, 31]. Tematyka spotkań realizowanych w ramach programu odnosi się do wzmacniania dobrostanu psychicznego oraz społecznego studentów m.in. przez przekazywanie im wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, zdrowia psychicznego i kształtujących je czynników oraz wzmacnianie kompetencji w zakresie dbania o nie (np. efektywne radzenie sobie ze stresem). Program obejmuje: trening rozpoznawania i wyrażania uczuć, trening radzenia sobie ze stresem, warsztat umiejętności nawiązywania i podtrzymywania ważnych relacji oraz umiejętności dbania o swoją kondycję fizyczną, przekazywane w formie miniwykładu informacje na temat zdrowia psychicznego, sposobów dbania o nie oraz na temat zaburzeń psychicznych (ich rozpoznawania i form pomocy osobom cierpiącym na zaburzenia zdrowia psychicznego). W trakcie zajęć podkreśla się wielowymiarowość zdrowia psychicznego oraz rolę jednostki w budowaniu i utrzymywaniu własnego zdrowia psychicznego [13, 31].

W pilotażowym programie promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” wzięli udział studenci Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie (APS). Cały program składał się z ośmiu trzygodzinnych spotkań, które odbywały się raz w tygodniu, stacjonarnie. Warsztaty prowadzone były przez przeszkolonych psychologów, pracowników Instytutu Psychologii APS. Udział w warsztatach był dobrowolny i bezpłatny. Warsztaty miały charakter szkoleniowo-edukacyjny, nie zaś psychoterapii grupowej czy grupy wsparcia. Kierowane były do wszystkich osób studiujących, co jest zgodne z działaniami promującymi zdrowie psychiczne. Ich grupowy charakter dawał możliwość kształtowania umiejętności interpersonalnych w grupie rówieśniczej pod opieką specjalisty.

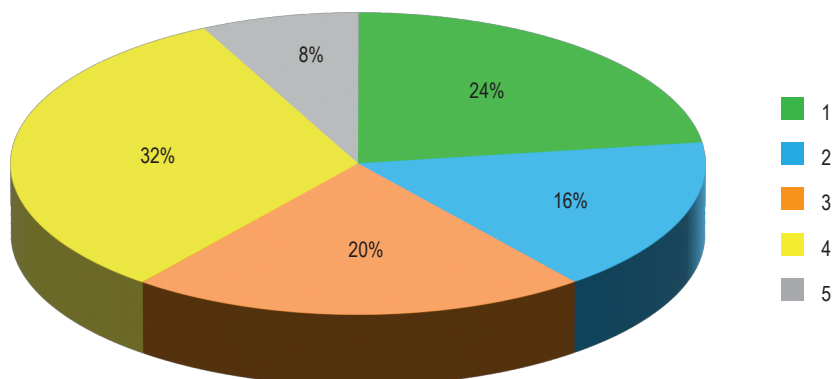
Informacje o programie i zapisach były dostępne na plakatach rozwieszonych na uczelni oraz na jej stronie internetowej. Program został poddany ewaluacji formatywnej mającej na celu sprawdzenie, czy proponowane treści oraz forma ich przedstawienia realizują założenia programu [15] i czy w takim kształcie program może być rekomendowany studentom uczelni wyższej. Ewaluacja odbyła się w ramach projektu statutowego pt. „Badania pilotażowe programu promocji zdrowia psychicznego «PsychoŻak» dla studentów szkół wyższych” nr BSTP 35/15-I. Projekt otrzymał pozytywną ocenę uczelnianej Komisji ds. Etyki.

Material i metody

Celem badania była odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy w grupie osób, które zrealizowały program promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak”, zwiększyła się wiedza na temat zdrowia psychicznego oraz sposobów wzmacniania swojego zdrowia psychicznego?
2. Czy i w jaki sposób udział w programie „PsychoŻak” przyczynił się do zmiany poziomu wybranych wskaźników zdrowia psychicznego badanych osób?

Pilotażowy program „PsychoŻak” rozpoczęło 59 osób, a zrealizowało go w całości 25 osób i ich dane wzięto do analiz. Były to studentki psychologii (11 osób; 44%) lub pedagogiki (14 osób; 56%). Średni wiek uczestniczek warsztatów wyniósł $23,9 \pm 5,4$ lat. Dwie studentki zadeklarowały korzystanie ze wsparcia psychologicznego, jedna była pod opieką lekarza psychiatry. Rysunek 1 przedstawia charakterystykę grupy pod względem roku studiów.



1 – studentki 1. roku; 2 – 2. roku; 3 – 3. roku; 4 – 4. roku; 5 – brak danych

Rysunek 1. Procentowe porównanie w zależności od roku studiów uczestniczek programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak”

W badaniu zastosowano trzy narzędzia badawcze, były to kolejno:

1. Ankieta socjodemograficzna, w której badani podawali swój wiek, płeć, kierunek studiów oraz kod umożliwiający sparowanie otrzymanych danych.
2. *Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia* GHQ-28 Davida Goldberga w adaptacji Zofii Makowskiej i Doroty Merecz, który służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Jest to narzędzie przesiewowe pozwalające wyodrębnić osoby, których stan psychiczny uległ załamaniu (czasowemu lub długookresowemu) w wyniku doświadczanych problemów, trudności lub wskutek choroby psychicznej. GHQ-28 składa się z czterech skal, takich jak: „Symptomy somatyczne” (skala A),

„Niepokój, bezsenność” (skala B), „Zaburzenia funkcjonowania” (skala C) i „Symptomy depresji” (skala D), z których każda zawiera 7 pytań. Osoba badana odnosi się do każdego ze stwierdzeń na czterostopniowej skali, przykładowe odpowiedzi to: „lepiej niż zwykle”/„w ogóle nie”, „tak samo jak zwykle”/„nie bardziej niż zwykle”, „raczej bardziej niż zwykle”/„raczej gorzej niż zwykle” oraz „znacznie bardziej niż zwykle”/„znacznie wolniej niż zwykle”.

3. Ankieta ewaluacyjna z 16 twierdzeniami oraz pytaniami otwartymi dotycząca treści programu, przygotowana wraz z programem [13] i mająca na celu sprawdzenie wiedzy, którą osoby uczestniczące w programie promocji zdrowia psychicznego mają zdobyć podczas kolejnych spotkań. Studenci ustosunkowują się do twierdzeń na skali 1–5, gdzie 1 oznacza „zupełnie nie”, 5 zaś – „całkowicie tak”. Twierdzenia odnoszą się np. do wiedzy na temat sposobów radzenia sobie ze stresem, czynników wpływających na zdrowie psychiczne, dbania o zdrowie psychiczne i fizyczne. Pytanie otwarte: „Jak dbać o zdrowie psychiczne?” miało sprawdzić wiedzę, którą osoby uczestniczące zdobywają, biorąc udział w programie „PsychoŻak” [13, s. 70].

Ankiety socjodemograficzną uczestniczki wypełniły raz, na początku pierwszych zajęć. *Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia* GHQ-28 oraz ankietę ewaluacyjną osoby badane wypełniały dwukrotnie – na początku pierwszego warsztatu jako pre-test i na początku ostatniego warsztatu (w kolejności były to ósme warsztaty) jako post-test.

Wyniki

Analiza danych ilościowych

Analiza danych w niniejszym badaniu została wykonana w programie statystycznym IBM SPSS Statistics, wersja 26. Do analiz statystycznych wykorzystano w wypadku rozkładów normalnych otrzymanych wyników test *t*-Studenta, natomiast dla zmiennych, których rozkład odbiegał od normalnego – test znaków rangowanych Wilcozona.

W pierwszej kolejności przeanalizowano wyniki uzyskane w ankiecie ewaluacyjnej, która była wypełniana na początku i na końcu programu ($N = 25$). Analiza porównawcza danych otrzymanych w ankiecie ewaluacyjnej wskazuje na wyższe wyniki we wszystkich 16 twierdzeniach ankiety ewaluacyjnej programu „PsychoŻak”, a w 11 następujących twierdzeniach wzrost jest istotny na poziomie statystycznym:

- „wiem, jak dbać o swoje zdrowie psychiczne”: $Z = -3,274$; $p = 0,001$;
- „dbam na co dzień o swoje zdrowie psychiczne”: $t = -4,342$; $p < 0,001$;
- „mam własne, efektywne sposoby nauki”: $t = -5,335$; $p < 0,001$;
- „znam techniki efektywnego uczenia się”: $t = 4,843$; $p < 0,001$;
- „rozumiem, czym jest zbilansowana dieta”: $Z = -3,274$; $p = 0,001$;

- „umiem odróżnić problemy zdrowia psychicznego od chwilowej niedyspozycji”: $Z = -3,213$; $p = 0,001$;
- „mam mocne strony”: $t = -3,381$; $p = 0,002$;
- „mam świadomość, jaki jest związek między moimi uczuciami a moim zachowaniem”: $Z = -2,000$; $p = 0,046$;
- „potrafię podać przykłady, jak trudności zdrowia psychicznego mogą wpływać na codzienne życie”: $Z = -2,066$; $p = 0,039$;
- „znam minimum trzy sposoby efektywnego radzenia sobie ze stresem”: $Z = -3,497$; $p < 0,001$;
- „stosuję efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem”: $t = -3,273$; $p = 0,003$.

Brak istotnych statystycznie różnic przy jednocześnie wyższych wskaźnikach odpowiedzi po ukończeniu programu zauważono w pytaniach:

- „stosuję zbilansowaną dietę na co dzień”: $t = -1,886$; $p = 0,073$;
- „systematycznie uprawiam sport”: $Z = -1,956$; $p = 0,051$;
- „jeśli byłaby taka potrzeba, skorzystałabym z porady psychologa/psychiatry”: $Z = -1,249$; $p = 0,212$.

W drugiej kolejności przeanalizowano wyniki uzyskane w *Kwestionariuszu ogólnego stanu zdrowia* GHQ-28. Analiza testem Wilcozona wykazała, że liczba punktów w skali ogólnej GHQ-28 oraz w dwóch podskalach istotnie statystycznie różni się między pomiarem przed ukończeniem i po ukończeniu programu. Tabela 1 przedstawia otrzymane dane.

Tabela 1. Wyniki analizy porównawczej danych pochodzących z *Kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia* GHQ-28 przed rozpoczęciem programu i po jego zakończeniu

Wynik ogólny oraz w skalach GHQ-28	Badanie przed realizacją programu			Badanie po realizacji programu			Z	test Wilcozona – p
	N	M	SD	N	M	SD		
Wynik ogólny GHQ-28	18	56,7	14,6	24	48,6	12,8	2,332	0,020
Skala A	19	15,4	4,5	25	13,5	3,5	2,179	0,029
Skala B	18	14,6	4,7	25	13,2	4,6	1,508	0,132
Skala C	20	16,0	3,8	24	12,4	2,7	-2,507	0,012
Skala D	20	10,9	4,3	25	9,4	4,1	1,725	0,084

Opis „przed” dotyczy danych zebranych w ramach pre-testu, czyli na pierwszych zajęciach programu; opis „po” dotyczy danych zebranych w ramach post-testu, czyli na ostatnich, ósmym zajęciach programu. N – liczba; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; Z – wartość statystyki; p – poziom istotności statystycznej

Po zakończeniu programu badane uczestniczki uzyskały istotnie niższe wyniki w porównaniu z pomiarem przed rozpoczęciem programu w dwóch skalach GHQ-28,

tj. w skali „Symptomy somatyczne” (skala A) oraz w skali „Zaburzenia funkcjonowania” (skala C), co oznacza, że poprawiło się ich ogólne samopoczucie fizyczne i zmniejszyły odczuwane trudności. W pozostałych dwóch skalach GHQ-28: „Niepokój, bezsenność” (skala B) oraz „Symptomy depresji” (skala D) wyniki były również niższe, jednak różnice nie były istotne statystycznie, nie można tym samym wskazać na poprawę w tym zakresie.

Analiza danych jakościowych

W celu pogłębienia rozumienia zmian, jakie zaszły w zakresie wiedzy dotyczącej zdrowia psychicznego oraz sposobów dbania o zdrowie psychiczne u uczestniczek programu, przeanalizowano odpowiedzi na pytanie otwarte ankiety: „Jak dbać o zdrowie psychiczne?”. Zadano to pytanie, gdyż umiejętność dbania o zdrowie psychiczne była kluczowym założeniem programu. Przeanalizowano 24 ankiety ewaluacyjne (jedna z osób wypełniła tylko ewaluację ilościową). Do analizy odpowiedzi z ankiet ewaluacyjnych zastosowano procedurę sędziów kompetentnych. Zawarto w niej nawiązania do kryteriów funkcjonalnego modelu zdrowia psychicznego [13, s. 32–33], tzn. uwzględniono: (A) stan dobrego samopoczucia, (B) zasoby indywidualne oraz istniejące, (C) zasoby społeczne pozwalające na korzystanie ze wsparcia indywidualnego i instytucjonalnego. Zdrowie psychiczne powiązано tym samym z samopoczuciem fizycznym, indywidualnymi kompetencjami emocjonalnymi, poznawczymi i społecznymi oraz posiadanymi zasobami środowiskowymi [13, s. 63–64] – które to wymiary posłużyły wcześniej do konstrukcji programu „PsychoŻak”.

Procedura analizy wypowiedzi

Sędziowie kompetentni analizowali wypowiedzi uczestniczek przed programem i po programie. Kodując odpowiedzi, określano:

1. Czy osoba uczestnicząca w programie formułuje w sposób pozytywny odpowiedź na pytanie: „Jak należy dbać o zdrowie psychiczne?” (kod 1). Przyjęto, że brak pozytywnych działań oznacza, że uczestniczka nie wymienia żadnych sposobów dbania o zdrowie psychiczne albo wyraża przekonanie, że nie ma możliwości wspierania swojego zdrowia psychicznego (kod 0).
2. Czy treści wskazywane jako ważne dla wzmocnienia zdrowia psychicznego odnoszą się do zdrowia somatycznego, wiążąc dbałość o stan dobrego samopoczucia ze zdrowiem fizycznym (kod A), i/lub odnoszą się do dbałości o zasoby indywidualne wspierające zdrowie psychiczne, np. dbanie o własne dobre samopoczucie, szukanie sposobów radzenia sobie ze stresem, trenowanie pamięci i sposobów uczenia się itp. (kod B), i/lub odnoszą się do zasobów środowiskowych, wskazując dbanie o zdrowie przez korzystanie ze wsparcia ze strony innych osób lub ze specjalistycznej pomocy (kod C).
3. Czy sposoby dbania o zdrowie psychiczne – rozumiane jako dbałość o zasoby indywidualne (kod B) – można lepiej scharakteryzować i określić:

(I) czy uwzględniają one aspekty emocjonalne, np. osobiste radzenie sobie z emocjami, dbałość o to, by cieszyć się życiem i doceniać siebie, o to, by rozwiązywać problemy, by radzić sobie ze stresem w codziennym życiu etc. (wtedy obok kodu B wpisywane miało być jego uszczegółowienie, czyli kod BI), (II) czy uwzględniają one aspekty poznawcze, np. dbałość o zdrowie poznawcze i siły poznawcze obejmujące zdobywanie i wykorzystanie wiedzy, by pracować efektywnie nad sposobami uczenia się, by mieć dobrą pamięć i uwagę (kod BII) oraz (III) czy uwzględniają one dbałość o zdrowie społeczne, gdy dana osoba rozważa zapewnienie sobie dobrego samopoczucia społecznego, akcentując swój wkład w budowane konstruktywne kontakty z innymi, wysiłek własny/indywidualny wkładany w budowanie i utrzymywanie więzi (kod BIII).

Wyniki analiz danych jakościowych

Poziomy od A do C wyczerpywały całkowicie możliwości kodowania – nie pozostały **żadne** niezakodowane wypowiedzi uczestniczek przed programem i po programie. Nie zawsze jednak badane osoby w swoim opisie sposobów dbania o zdrowie psychiczne wykorzystywały każdą możliwość kodowaną przez sędziów kompetentnych (od A do C, z uszczegółowieniem przy B od BI do BIII). W tabeli 2 przedstawiono opis liczbowy i procentowy występowania sześciu kategorii sposobów dbania o zdrowie psychiczne przed programem i po programie „PsychoŻak”. Wszystkie osoby badane przed realizacją programu pilatożowego zgłaszały sposoby dbania o indywidualne zasoby związane ze zdrowiem psychicznym (jest to kategoria B), natomiast po programie uczyniło to 95,8% badanych. Przykładem dbania o wymiar emocjonalny i poznawczy zdrowia jest wypowiedź uczestniczki po treningu: „[Domyślnie dbam o swoje zdrowie psychiczne] Nazywając emocje i uczucia. Szukając źródeł problemów, złego samopoczucia, zdarzeń, fakty, sytuacji, które powodują (niekoniecznie w sposób przeze mnie uświadomiony – stąd szukanie) dyskomfort i poczucie niezadowolenia)”. Jest ona zbliżona/porównywalna do wypowiedzi innej uczestniczki, która też akcentuje wymiary emocjonalne i poznawcze zdrowia psychicznego, ale robi to przed treningiem: „[Domyślnie, żeby dbać o swoje zdrowie psychiczne] Redukuję napięcie, staram się dobrze wykorzystywać stres, znajduję czas na przyjemności, żyję w zgodzie ze sobą”.

Tabela 2. Opis liczbowy i procentowy występowania sześciu kategorii sposobów dbania o zdrowie psychiczne przed programem i po programie „PsychoŻak”

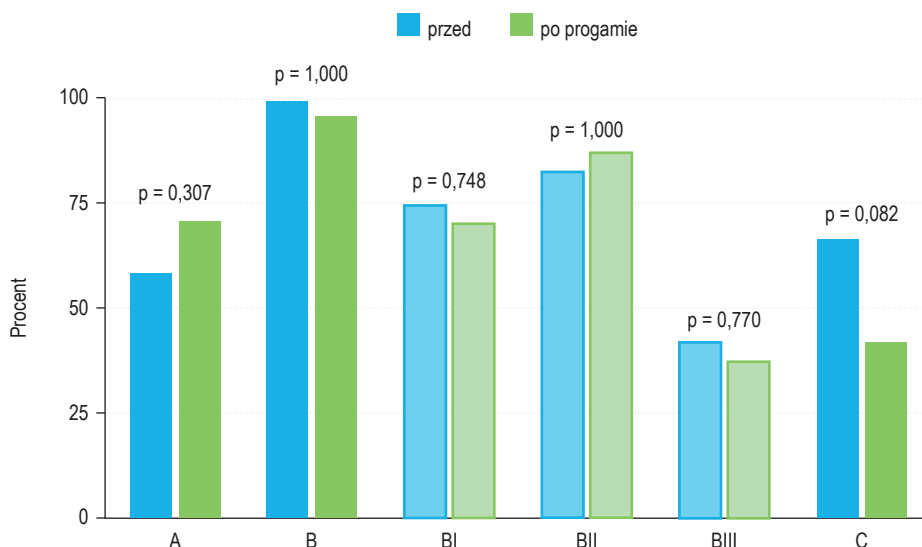
Opis	N przed	% przed	N po	% po
A dbałość o stan fizyczny dający się powiązać ze zdrowiem psychicznym	14	58,3	17	70,8
B dbałość o zasoby indywidualne związane ze zdrowiem psychicznym	24	100,0	23	95,8
BI (dbałość o zasoby indywidualne związane z wymiarem emocjonalnym zdrowia psychicznego)	18	75,0	17	70,8

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

BII (dbałość o zasoby indywidualne związane z wymiarem poznawczym zdrowia psychicznego)	20	83,3	21	87,5
BIII (dbałość o zasoby indywidualne związane z wymiarem społecznym zdrowia psychicznego)	10	41,7	9	37,5
C dbałość o zasoby środowiskowe – wsparcie innych osób	16	66,7	10	41,7

Uwaga: kategorie BI, BII i BIII nie sumują się do 100%, gdyż dbałość o zasoby indywidualne mogła równocześnie dotyczyć dwóch, a nawet trzech wymiarów zdrowia psychicznego, tj. wymiaru emocjonalnego BI i/lub wymiaru poznawczego BII i/lub wymiaru społecznego BIII.

Na rysunku 2 można zauważyć, że wyniki otrzymane przed programem i po programie są bardzo zbliżone w każdej z sześciu kodowanych kategorii i nie zaobserwowano różnic istotnych na poziomie statystycznym.



Porównania opisane jako A dotyczą działań w obszarze dbałości o zdrowie fizyczne, uznawane za ważne w kontekście zdrowia psychicznego (opisywanych „przed” na niebiesko, „po” na zielono); opisane jako B dotyczą działań w obszarze dbałości o zasoby indywidualne ważne dla zdrowia psychicznego. Dodatkowo podzielono kategorię B na podkategorie: BI, która oznacza dbałość o zasoby indywidualne dotyczące wymiaru emocjonalnego zdrowia psychicznego, BII, która oznacza dbałość o zasoby indywidualne dotyczące wymiaru poznawczego zdrowia psychicznego, oraz BIII, która oznacza dbałość o zasoby indywidualne dotyczące zdrowia społecznego. C opisuje zasoby społeczne/środowiskowe (opisywane „przed” na niebiesko, „po” na zielono) (analiza istotności statystycznej p otrzymanych wyników testem χ^2 z odpowiednimi poprawkami Yatesa lub V-kwadrat).

Rysunek 2. Procentowe porównanie występowania każdego z sześciu kodów przed programem i po programie „PsychoŻak”

Kategorie jakościowe uzyskane przed programem i po programie aż u 52,8% osób się utrzymały – ponad połowa osób uczestniczących w treningu wspominała o danym sposobie dbania o swoje zdrowie zarówno przed programem, jak i po programie. Dotyczyło to najczęściej zasobów indywidualnych (kod B), zwłaszcza dbania o własne kompetencje emocjonalne (kod BI) oraz o kompetencje poznawcze (kod BII). Przykładem takiego porównywalnego podkreślenia dbania o zdrowie fizyczne, o zasoby indywidualne oraz o zasoby społeczne byłyby dwie wypowiedzi tej samej uczestniczki. Pierwsza wypowiedź, zapisana przed treningiem, brzmiała: „staram się wyrzucać z siebie negatywne emocje i przeżycia, choć zwykle stosuję tylko 2 metody: rozmowa, płacz, czasem jeszcze przelewam myśli w tekst (blog, luźne kartki). Od jakiegoś czasu staram się mniej przejmować sprawami, którymi nie muszę się przejmować (np. dotyczącymi innych). Mam świadomość, że na moje zdrowie psychiczne wpływa także funkcjonowanie fizyczne, w momentach dużego stresu wychodzę na świeże powietrze”. Wypowiedź druga, zapisana po treningu, obejmowała podobne kategorie, tj. dbanie o zdrowie fizyczne, o zasoby indywidualne oraz o zasoby społeczne: „regularnie uprawiam sport. Biorę na siebie mniej obowiązków. Staram się nie przejmować tym, czym nie muszę. Mówię wprost, gdy coś mi nie pasuje. Przebywam w otoczeniu inspirujących i pozytywnych ludzi. Poszukuję siebie, nie robię niczego na siłę. Staram się nie podążać ślepo za schematami. «Odpuszczam» sobie, gdy nie muszę czegoś robić na 100%”.

Z uzyskanych danych wynika, że 14,6% uczestniczek nie wspominało o pewnych wymiarach dbania o zdrowie psychiczne ani przed warsztatami, ani po nich. Najczęściej, jeżeli już są pomijane jakieś wymiary, to chodzi o sposoby dbania o zasoby społeczne (kod C) oraz o zasoby indywidualne związane ze zdrowiem społecznym, tj. indywidualne zdolności do podtrzymania owych relacji społecznych (kod BIII). Są to niejako dwie strony medalu. Z jednej strony bowiem trzeba mieć istniejący obiektywnie środowiskowy zasób, szansę na ważne relacje społeczne, dzięki obecności innych osób i dzięki realnej możliwości skorzystania z tego zaplecza w ramach konkretnych instytucji, grup. A z drugiej strony trzeba umieć dostrzegać wartość emocjonalną relacji z innymi, wkładać osobisty wysiłek w nawiązywanie i podtrzymywanie satysfakcjonujących interakcji społecznych, pielęgnować więzi. Dana osoba musi więc dbać o rozwijanie swoich kompetencji i sił interpersonalnych, obejmujących opiekowanie się innymi i troskę o innych. Przykładem pominięcia tych zagadnień jest wypowiedź uczestniczki sprzed treningu: „rzadkie tzw. zarywanie nocy –> wykonywanie czynności podczas dnia i nieprzekładanie ich na noc” zestawiona z jej wypowiedzią po treningu: „relaks. Robienie czegoś dla przyjemności” – w której też nie ma mowy o zasobach społecznych czy budowaniu własnych kompetencji interpersonalnych.

Z kolei 13,9% badanych wspomniało o sposobie dbania o zdrowie psychiczne po programie – uwzględniając nowy wymiar. Kody nieobecne przed treningiem potem się pojawiały – najpierw jest 0, a następnie, skoro jest uwzględniany jakiś nowy sposób pracy, jest już 1. Przykładem jest zestawienie niezbyt rozbudowanej – ale uwzględniającej wiele aspektów dbania o swoje zdrowie psychiczne – wypowiedzi uczestniczki przed treningiem: „Sen, dieta, relaks, sport, kontakty międzyludzkie, hobby, samorozwój” z jej wypowiedzią po treningu, w której zachowała ona odpowiednio rozbudowane

elementy, dodając dbanie o wymiar poznawczy zdrowia psychicznego: „Samoświadomość, analiza dnia, zagadnień, trudności (refleksje, przemyślenia, rozwiązania); sen, dieta; rozmowa z bliskimi o trudnościach; ruch (spacery); zieleń i otaczanie się naturą; realizacja marzeń i planów w zgodzie ze sobą”.

Jednocześnie 18,8% badanych po programie nie wróciło do wcześniej opisywanych wymiarów sposobów dbania o zdrowie psychiczne. Kody obecne przed treningiem potem się nie pojawiały – najpierw jest 1, a później – skoro nie ma jakiegoś sposobu pracy – jest już 0. Przykładem jest rozbudowana o dbanie o zdrowy sen, o wymiar poznawczy oraz społeczny zdrowia psychicznego wypowiedź sprzed treningu: „Śpię tyle ile potrzebuję. Rozwiązuję trudne) informacje zwrotne” zestawiona z pomijającą te kwestie wypowiedzią po treningu: „chodzę do psychologa, rozmawiam o emocjach”.

Omówienie wyników

Do dobrych praktyk w promocji zdrowia psychicznego należy ewaluacja podejmowanych działań, czyli m.in. sprawdzanie, czy założenia programu promocji zdrowia są realizowane i czy przynoszą zakładany skutek, czy też wymagają zmian [15, 16]. W razie negatywnych wyników ewaluacji formatywnej programu niezbędne jest szukanie innych rozwiązań, zmiana wprowadzonych działań [32]. Wszystko po to, by kształtować i wzmacniać zdrowie psychiczne. W procesie opracowywania programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” ewaluacja formatywna także była brana pod uwagę – przygotowana została ankieta dotycząca zakładanych efektów programu, opisano sposób ewaluacji (pre – i post-test) [13] i zastosowano ewaluację podczas pilotażowego wdrożenia programu.

Analiza danych otrzymanych w ankiecie ewaluacyjnej programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” wskazuje na wyższe wyniki we wszystkich odpowiedziach ankiety wypełnionej na końcu warsztatów w porównaniu z otrzymanymi danymi z pre-testu. Większość obserwowanych różnic jest istotna na poziomie statystycznym. Oznacza to, że udział w programie promocji zdrowia „PsychoŻak” istotnie w opinii/poczuciu uczestniczek zwiększył ich świadomość i wiedzę dotyczącą tego, czym jest zdrowie psychiczne, jak o nie dbać, jakie sposoby radzenia sobie ze stresem mogą stosować, gdzie szukać pomocy w sytuacjach kryzysu zdrowia psychicznego, jakie objawy mogą wskazywać na kryzys zarówno przeżywany przez siebie, jak i u innych oraz jak właściwie w takiej sytuacji reagować. Obserwowana istotna zmiana w odpowiedziach badanych osób przed udziałem i po udziale w programie promocji zdrowia psychicznego wskazuje na słuszność zastosowanych metod oraz treści programu promocji zdrowia psychicznego. Dzięki zawartym w nim treściom oraz sposobowi pracy uczestniczki programu zwiększyły swoją świadomość dotyczącą zdrowia psychicznego oraz dbania o nie, co było zasadniczym założeniem programu „PsychoŻak”. Psychoedukacja, przekazywanie informacji na temat zdrowia psychicznego, jego wymiarów oraz czynników mających na nie wpływ to rekomendowany sposób promocji zdrowia psychicznego wśród studentów [21, 29]. Równie ważne wydaje się kształtowanie i wzmacnianie radzenia sobie ze stresem poprzez np. prezentację i ćwiczenie technik relaksacyjnych [24], co stanowi przedmiot omawianego programu.

Interesujące dane otrzymano w wyniku analizy jakościowej odpowiedzi. Okazuje się, że uczestniczki programu miały dużą świadomość odnośnie do zdrowia psychicznego od samego początku programu. Porównując ich odpowiedzi na pytanie otwarte: „Jak dbać o zdrowie psychiczne?”, nie zauważono istotnych różnic po warsztacie i przed warsztatem. Jednocześnie można potwierdzić, że osoby zgłaszające się do programu mają wiele do powiedzenia o sposobach dbania o zdrowie – i że są to sposoby zróżnicowane i adekwatne. Prawdopodobnie program przyciągnął osoby, które mają wiedzę z tego zakresu, i udział w nim nie zmniejszył tej wiedzy, a najpewniej po prostu ją ugruntował. W tym kontekście warto przytoczyć trzy wypowiedzi (dwie pierwsze wpisano do ankiety przed treningiem): (1) „Staram się słuchać siebie. Pozwalać przeżywać sobie emocje i sytuacje z życia, analizuję je i staram się wyciągać wnioski. Staram się postępować zgodnie ze swoimi poglądami/odczuciami w sposób świadomy. Ponadto staram się utrzymać równowagę między byciem samą a byciem z ludźmi. Staram się wyciszać i uspokajać, dając odpocząć «głowie». Ponadto spotykam się z psychoterapeutą”; (2) „Odpoczywam, nie przeciążam się poznawczo. Znajduję czas na zamyślenie o sobie samym, staram się być uważna na sygnały mojego ciała i moje emocje oraz na tu i teraz, dbam o zdrowie fizyczne – zdrowa dieta i aktywność fizyczna, utrzymuję zdrowe relacje interpersonalne, uświadamiam się coraz głębiej nt. emocji i zdrowia”; (3) „Uprawiam regularnie sport (3–4 × w tygodniu), stosuję zbilansowaną dietę, staram się wysypiać, relaksuję się jak nie daję rady, nie trzymam w sobie negatywnych emocji, a staram się je wyrażać i mieć optymistyczny stosunek do świata. Ze stresem radzę sobie, chodząc na zajęcia fitness lub przez rozmowę z bliskimi”. Wszystkie trzy wypowiedzi są wielowymiarowe, uwzględniają zasoby osobiste oraz społeczne, co podkreśla świadomość uczestniczek.

Innym ciekawym przykładem świadomości dotyczącej zdrowia psychicznego i dbania o nie jest zestawienie przywoływanej już wypowiedzi sprzed warsztatów: „*Śpię tyle ile potrzebuję. Rozwiązuję trudne sytuacje na bieżąco, chodzę do psychoterapeuty jak potrzebuję. Uczę się konstruktywnie dawać informacje zwrotne*” z pomijającą te kwestie wypowiedzią po realizacji programu: „chodzę do psychologa, rozmawiam o emocjach”. Zmiana sposobu wsparcia zdrowia psychicznego nie oznacza pogorszenia, obniżenia dbałości o nie. Świadomość własnych potrzeb umożliwia dobór adekwatnych form kształtowania i wzmacniania własnego zdrowia psychicznego i tak można rozumieć wypowiedź uczestniczki. Świadomość kształtowana jest m.in. przez popularyzację wiedzy, edukację w obszarze zdrowia psychicznego, co było metodą pracy w ramach programu „PsychoŻak”. Możliwe, że kierunek studiów, na jakim były uczestniczki programu, miał tutaj pewne znaczenie. Program pilotażowy „PsychoŻak” był realizowany na uczelni pedagogicznej, uczestniczki programu to studentki psychologii oraz pedagogiki. Oba kierunki studiów przygotowują do pracy z ludźmi, w tym z osobami z różnymi potrzebami, i w programach studiów obecne są treści dotyczące zdrowia psychicznego i dbania o nie. Sposób studiowania również jest dostosowany do specjalnych potrzeb studentów, co powinno być aktualnie standardem [33]. Ważne byłoby w dalszej kolejności zrealizowanie programu oraz jego ewaluacji na innych kierunkach studiów, np. technicznych.

Celem promocji zdrowia psychicznego i przedstawianego programu jest wpływ na zdrowie psychiczne pod kątem jego kształtowania i wzmacniania [34], stąd w ramach ewaluacji poproszono uczestniczki o wypełnienie przesiewowego *Kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia* GHQ-28. Analiza porównawcza danych otrzymanych na początku programu i na jego końcu także wskazuje na różnice, przy czym dane z drugiego pomiaru są niższe. Uczestniczki badań po realizacji programu promocji zdrowia „PsychoŻak” charakteryzowały się istotnie niższymi wynikami w skali objawów somatycznych (skala A) oraz zaburzeń funkcjonowania (skala C).

W ramach referowanego programu prezentowane są techniki radzenia sobie ze stresem oraz objaśnia się znaczenie ich stosowania i dbania o zdrowie somatyczne, co może mieć istotny wpływ na zmniejszenie dokuczliwości symptomów somatycznych u osób badanych (skala A kwestionariusza). Aktywność fizyczna, właściwa dieta, adekwatny do potrzeb sen, efektywne metody radzenia sobie ze stresem mają bardzo duże znaczenie dla ciała. Osoby, które kumulują napięcie w ciele, często doświadczają przewlekłego bólu głowy, brzucha, mają słabszą kondycję fizyczną, trudności ze snem, odczuwają przewlekłe zmęczenie. Objawy somatyczne zazwyczaj obniżają jakość życia, mogą zwiększać wrażliwość na stres i obniżać efektywność radzenia sobie z nim [35]. Gorsze funkcjonowanie somatyczne może wpływać na pogorszenie jakości i ilości budowanych i pielęgnowanych relacji. Zdarza się, że trudności somatyczne przyczyniają się do wycofania się z relacji lub powodują konflikty. Trudności somatyczne, odczuwany ból zwiększają lęk, drażliwość, co odbierają osoby z otoczenia [36]. Obniżenie symptomów somatycznych może mieć znaczenie w budowaniu i utrzymywaniu relacji, tak ważnych w okresie wczesnej dorosłości. W związku z doświadczanym przez młodych ludzi w ostatnim czasie silnym stresem, związanym choćby z pandemią COVID-19 i wojną w Ukrainie, kluczowe wydaje się kształtowanie adekwatnych sposobów radzenia sobie ze stresem m.in. przez poszerzanie wiedzy na temat redukcji objawów stresu, budowanie odporności i zwiększanie świadomości dotyczącej zdrowia somatycznego [2].

Uczestniczki programu zdrowia psychicznego „PsychoŻak” miały także istotnie niższe wyniki w skali C kwestionariusza GHQ-28 odnoszącej się do zaburzeń funkcjonowania. Wynik ten jest obiecujący i może wskazywać na zasadność treści i formy realizacji programu. W trakcie warsztatów przekazywane są informacje oraz wykonywane ćwiczenia dotyczące kontaktu z innymi osobami, budowania relacji, efektywnej komunikacji, ale też kształtujące samoświadomość odnośnie do własnych uczuć, przeżywanych emocji i radzenia sobie z nimi czy poczucia własnej wartości. Właściwe zachowanie to podstawa nie tylko budowania trwałych i bliskich relacji interpersonalnych, ale również dobrego funkcjonowania w miejscu nauki i pracy, wypełniania codziennych obowiązków i radzenie sobie z nimi, co stanowi ważne zadanie rozwojowe młodych dorosłych. Z kolei efektywne realizowanie zadań rozwojowych jest ważnym wskaźnikiem zdrowia psychicznego [37, 38]. Rośnie liczba młodych ludzi skarżących się na samotność, wycofujących się z relacji lub mających trudności w ich budowaniu [3, 5, 39]. Dlatego możliwość rozwijania umiejętności społecznych i ich wzmacniania wydaje się szczególnie istotna. Taką możliwość podczas studiów na uczelni wyższej daje realizacja programu promocji zdrowia psychicznego. Warsztaty

realizowane są stacjonarnie, w małych grupach. Zapewnia to szansę na budowanie intymności, dzielenie się swoimi myślami i przeżyciami, co jest swoistym ćwiczeniem doświadczania obecności innych, prezentacji siebie, budowania relacji w bezpiecznych warunkach. Istotnym zadaniem młodych dorosłych jest nauka zawodu, edukacja, co jest oczywiste w wypadku studentów. Programy promujące zdrowie psychiczne przekładają się również na wyniki akademickie. Osoby, które efektywnie radzą sobie ze stresem, są spokojniejsze, bardziej skoncentrowane, łatwiej zapamiętują i odtwarzają studiowany materiał. Sukcesy na polu edukacyjnym, zdane egzaminy wpływają na poczucie własnej wartości, wzmacniają poczucie sprawstwa, co stanowi wskaźnik zdrowia psychicznego [40].

Otrzymane dane sugerują zasadność stosowania programu promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” wśród studentów uczelni wyższych i konieczność kontynuowania badań nad jego efektywnością. Wpisuje się to nie tylko w aktualne rekomendacje WHO, ale może też uzupełnić swoistą lukę w obszarze propozycji kompleksowego programu promocji zdrowia psychicznego dla osób studiujących [29]. W Polsce z jednej strony brakuje takiego programu przy jednocześnie dużych potrzebach w tym zakresie [8, 9, 23, 28, 39]. Z drugiej strony pilotażowa realizacja programu wskazuje na niepokojące zjawisko, jakim jest bardzo duży odsetek rezygnacji z całościowego udziału w programie. Oprócz adekwatnej do potrzeb treści programu promocji zdrowia psychicznego bardzo ważna są zatem jego komunikacja oraz wdrożenie [16]. Program pilotażowy ukończyło niewiele ponad 40% osób rozpoczynających warsztaty. Udział w programie był dobrowolny, bezpłatny i realizowany poza zajęciami akademickimi. Należy podkreślić, że osoby, które zrealizowały program, były zadowolone ze swojego w nim udziału.

Do tego, by ustalić przyczyny wysokiego wskaźnika rezygnacji z programu podczas jego trwania, konieczne byłoby monitorowanie powodów rezygnacji, czego nie zrobiono na etapie pilotażu. Możliwe, że młodzi ludzie nadal dość powszechnie wyznają pogląd, wedle którego jeśli dana osoba nie odczuwa trudności w obszarze zdrowia psychicznego, to nie ma potrzeby zajmowania się zdrowiem psychicznym, poświęcania czasu na zwiększanie wiedzy z tego zakresu, kształtowanie nowych umiejętności radzenia sobie ze stresem. Wyjaśniałoby to rezygnację z kontynuacji udziału w programie. Jest to spójne z badaniami oczekiwań studentów odnośnie do promocji zdrowia psychicznego. Studenci pytani o promocję zdrowia psychicznego rozumieli ją jako pomoc i metodę pracy z osobami, które już doświadczają kryzysu zdrowia psychicznego [30]. Istotne zatem wydaje się edukowanie młodych ludzi o tym, że promocja zdrowia psychicznego jest metodą pomocy psychologicznej kierowanej do całej populacji w celu kształtowania i wzmacniania zdrowia psychicznego [41]. Nie jest to interwencja/wsparcie stosowane jedynie wobec osób, które już doświadczają kryzysu zdrowia psychicznego, choć jest to jeden z priorytetów promocji zdrowia psychicznego [7]. Rezygnacja z realizacji całości programu, brak wiedzy o możliwości udziału w programie, brak rozumienia jego założeń to elementy ryzyka związanego z procesem wdrożenia i realizacji programu promocji zdrowia psychicznego, co także powinno być brane pod uwagę w procesie promowania zdrowia, by skutecznie tym zjawiskom przeciwdziałać [16].

Wnioski

1. Zakładane w programie promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” efekty zostały osiągnięte. Osoby, które ukończyły program promocji zdrowia psychicznego, deklarują istotnie wyższą wiedzę oraz kompetencje w obszarze zdrowia psychicznego, czynników na nie wpływających, umiejętności dbania o utrzymanie i kształtowanie zdrowia psychicznego (np. sposoby radzenia sobie ze stresem). Dobrostan psychiczny badanych także wzrósł, o czym świadczą wyniki otrzymane na końcu programu w *Questionariuszu ogólnego stanu zdrowia GHQ-28*. Należy zatem przyjąć, że program promocji zdrowia psychicznego dla studentów „PsychoŻak” w takiej formie może przynosić zakładane efekty. Należy podjąć dalsze wysiłki w celu monitorowania skuteczności programu m.in. w dłuższej perspektywie czasowej, jak również obiektywizacji oceny (aktualne badanie opiera się na autoocenie), aby można było go rekomendować do realizacji na uczelniach wyższych. Istotne jest zastosowanie programu (i jego ewaluacja) wśród studentów innych kierunków, np. technicznych, medycznych.
2. Należy kontynuować badania nad skutecznością programu (ewaluacja skuteczności – z włączeniem grupy kontrolnej) i monitorowanie liczby osób kończących całość warsztatów promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak” w celu realizacji założeń ochrony zdrowia psychicznego. Jednocześnie ważne jest monitorowanie przyczyn rezygnacji z realizacji całości programu, co może pomóc we wprowadzaniu niezbędnych aktualizacji programu, by jego skuteczność była jak najwyższa.
3. Istotne jest kontynuowanie edukacji w obszarze promocji zdrowia psychicznego i zwiększanie świadomości młodych dorosłych odnośnie do dbania o zdrowie, nie tylko reagowania na pojawiające się trudności w obszarze zdrowia psychicznego. Duży odsetek osób uczestniczących w badaniach, które nie ukończyły programu, może się wiązać z małą świadomością dotyczącą konieczności dbania o zdrowie psychiczne nie tylko wówczas, gdy już pojawiają się trudności w jego obszarze. Kluczowa jest dostępność materiałów informacyjnych, których celem jest kształtowanie i/lub wzmacnianie świadomości znaczenia zdrowia psychicznego. Narzędziem w tym wypadku może być program promocji zdrowia psychicznego „PsychoŻak”, informacja o nim i bezpłatny dostęp do programu dla osób chętnych.

Piśmiennictwo

1. Kawalec A, Wilczyński KM, Biecka A, Krupnik D, Grabowski W, Janas-Kozik M. *Coping methods among Polish students during Covid-19 pandemic*. Psychiatr. Pol. 2023; 57(6): 1151–1167. English, Polish. Doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/151961. Epub 2023 Dec 31. PMID: 36692973.
2. Singh V, Kumar A, Gupta S. *Mental health prevention and promotion – A narrative review*. Front. Psychiatry 2022; 13: 898009. Doi: 10.3389/fpsyt.2022.898009. PMID: 35958637; PMCID: PMC9360426.
3. Kluczyńska S, Sokołowska E. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce – wyzwania i rekomendacje*. Psychologia Wychowawcza 2023; 69(27): 67–77. doi.org/10.5604/01.3001.0054.0911.
4. Segar PG, Kosnin AM. *Influencing factors, academic impacts, and effective evidence-based interventions for university and college students' mental health: A systematic review*. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences 2024; 14(9): 2192–2214. Doi: 10.6007/ijarbs/v14-i9/22707.
5. Talarowska M, Rucka K, Kowalczyk M, Chodkiewicz J, Kowalczyk E, Karbownik MS i wsp. *Mental health of students at polish universities after two years of the outbreak of COVID-19*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2023; 20(3): 1921. Doi: 10.3390/ijerph20031921. PMID: 36767287; PMCID: PMC9915401.
6. Theurel A, Witt A, Shankland R. *Promoting university students' mental health through an online multicomponent intervention during the COVID-19 pandemic*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022; 19(16): 10442. Doi: 10.3390/ijerph191610442. PMID: 36012078; PMCID: PMC9407816.
7. Jané-Llopis E, Anderson P. *Promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Polityka dla Europy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2006.
8. Moskalewicz J, Boguszewska L. *Poprawa stanu zdrowia psychicznego Polaków. Diagnoza i rekomendacje*. W: Szymborski J. red. *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*. Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa; 2012. S. 101–109.
9. Ostaszewski K. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce. Stan i pilne potrzeby. Promocja*. W: Wciórka J. red. *Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce: wyzwania, plany, bariery, dobre praktyki. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014. S. 34–38. https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Ochrona_zdrowia_psychicznego.pdf.
10. WHO. *Resolution WHA66.8 Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020*. 2013. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha66/a66_r8-en.pdf.
11. *Ottawa Charter for Health Promotion*. Health Promot. Int. 1986; 1(4): 405. <https://doi.org/10.1093/heapro/1.4.405>.
12. Ostaszewski K. *Różnice między promocją zdrowia psychicznego a profilaktyką problemów zdrowia psychicznego – wskazania dla praktyki i ewaluacji*. W: Zabłocka-Żytka L, Czabała JC. red. *Promocja zdrowia psychicznego. Od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo APS; 2021. S. 31–48.
13. Sokołowska E, Zabłocka-Żytka L, Kluczyńska S, Wojda-Kornacka J. *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Difin; 2015.
14. Zabłocka-Żytka L. *Promocja zdrowia psychicznego w praktyce psychologa klinicznego*. W: Danielewicz D, Rola J. red. *Stare dylematy i nowe wyzwania w psychoterapii*. Warszawa: Wydawnictwo APS; 2017. S. 87–102.
15. Borucka A, Kehl B. *Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia*. Dziecko Krzywdzone. Teoria,

- badania, praktyka 2021; 20(3): 37–52. <https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/viewFile/808/657>.
16. Greacen T, Jouet E, Ryan P, Cserhati Z, Grebenc V, Griffiths C i wsp. *Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion*. BMC Public Health 2012; 12: 1114. Doi: 10.1186/1471-2458-12-1114. PMID: 23270332; PMCID: PMC3553026.
 17. Jané-Llopis E, Barry MM. *What makes mental health promotion effective?* Promot. Educ. 2005; Suppl 2: 47–55, 64, 70. Doi: 10.1177/10253823050120020108. PMID: 15966253.
 18. Woynarowska B. *Planowanie programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2009; 90(3): 293–298.
 19. Czabała C, Danielewicz D, Hryniewicka A, Rola J, Zasępa E. *Promocja zdrowia psychicznego jako działania zapobiegające samobójstwom*. Suicydologia 2008; 4(1): 4.
 20. Nosè M, Muriago G, Tedeschi F, Turrini G, Barbui C. *Characterize and Address Mental health Problems in University Students (CAMPUS Study): Preliminary results*. Eur. Psychiatry 2024; 67(1): S546–S546. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1133.
 21. Beauchemin J, Ihmels M, Krueger D, McGrath Ch. *Campus Wellness Program evaluation: Effectiveness of a brief psychoeducation intervention for wellness promotion*. Build. Healthy Acad. Communities J. 2024; 8(1): 27–37. Doi: 10.18061/bhaev8i1.9633.
 22. Nielsen L, Bermejo-Martins E, Nelausen MK, Madsen CS, Riva E, Koushede VJ i wsp. *The ABCs of mental health at the university: A multi-level intervention design for promoting mental well-being*. Front. Public Health 2024; 12: 1382393. Doi: 10.3389/fpubh.2024.1382393. PMID: 39444956; PMCID: PMC11496086.
 23. MEiN. *Raport dotyczący pomocy psychologicznej na uczelniach*. Warszawa: Departament Szkolnictwa Wyższego; 2021. <https://www.wsmlegnica.pl/images/pliki/ogloszenia/mgr/do%20uczeln%20-%20RAPORT%20dot.%20pomocy%20psychologicznej%20w%20uczelniach.pdf>.
 24. Zabłocka-Żytka L, Dobrenko K, Weker M. *Relaks akademicki. Przykłady działań wspierających zdrowie psychiczne w środowisku akademickim*. Warszawa: Difin; 2023.
 25. Hintze B. *Choroba jak inne. O osobach i do osób chorujących na schizofrenię. Poradnik dla osób chorych na schizofrenię i ich bliskich*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2010.
 26. Pérez-Marín M, Lacomba-Trejo L, Giménez-Benavent S, Rodríguez-Fernández AA, García-Iturrospe EJA, Albiñana-Cruz N i wsp. *Mental health promotion and suicide prevention in emerging adulthood: Importance of psychoeducational interventions in university students*. Curr. Psychol. 2024; 43: 22333–22345. Doi: 10.1007/s12144-024-05932-7.
 27. Zabłocka-Żytka L, Sokołowska E. *Studia wyższe – zadanie rozwojowe nie zawsze łatwe do wykonania. Refleksja z perspektywy wykładowcy akademickiego i psychologa klinicznego*. W: *LXV Student pierwszego roku*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH, Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha; 2017. S. 73–78.
 28. Guziak M, Walkiewicz M. *How COVID-19 pandemic and Ukrainian crisis shaped mental health services for medical students in Poland?* BMC Med. Educ. 2024; 24(1): 1201. Doi: 10.1186/s12909-024-06224-1. PMID: 39443982; PMCID: PMC11515519.
 29. Ilharco A, Pocinho M, Saboga-Nunes L. *Promoting mental health in higher education students: A pilot study*. Eur. J. Public Health 2024; 34(Supplement_3): ckae144–835. Doi: 10.1093/eurpub/ckae144.835
 30. Sokołowska E, Zabłocka-Żytka L, Kluczyńska S, Wojda-Kornacka J. *What mental health promotion do university students need?* Pol. J. Appl. Psychol. 2016; 14(3): 53–72. <https://10.1515/pjap-2015-0062>.

31. Sokołowska E, Kluczyńska S, Zabłocka-Żytka L. *Program „PsychoŻak” – przykład zastosowania pozytywnych koncepcji zdrowia psychicznego w praktyce*. Psychiatr. Pol. 2018; 52(1): 157–164. Doi: 10.12740/PP/76732.
32. Latkowska J. *Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji wewnętrznej programów profilaktycznych*. Warszawa: Fundacja Praesterno; 2014.
33. Domagała-Zyśk E. *Dostępna edukacja akademicka*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2023.
34. Czabała JC. red. *Zdrowie psychiczne*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
35. Gieroba B. *Wpływ aktywności fizycznej na zdrowie psychiczne i funkcje poznawcze*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2019; 25(3): 153–161. <https://doi.org/10.26444/monz/112259>.
36. Otlewska A. *Współistnienie chorób somatycznych i psychicznych*. Med. Ogólna Nauki Zdr. 2018; 24(1): 54–58. <https://doi.org/10.26444/monz/86587>.
37. Czabała JC. *Poradnictwo psychologiczne*. W: Czabała JC, Kluczyńska S. red. *Poradnictwo psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2015. S. 16–44.
38. Lehtinen V. *Building up good mental health*. Jyväskylä: Stakes Gummerus Printing; 2008.
39. Raport Rzecznika Praw Pacjenta. *Zdrowie psychiczne na polskich uczelniach*. Warszawa: RPR; 2020. <https://www.gov.pl/web/nauka/zdrowie-psychiczne-na-polskich-uczelniach-raport-rzecznika-praw-pacjenta>.
40. Dembińska E. *Niepełnosprawność psychiczna, jej wpływ na proces studiowania i możliwość wsparcia adaptacyjnego – uwagi praktyczne*. Biuletyn Biura ds. Osób Niepełnosprawnych Uniwersytetu Jagiellońskiego 2011; 3: 62–72.
41. Czabała JC. *Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Europy*. W: Zabłocka-Żytka L, Czabała JC. red. *Promocja zdrowia psychicznego. Od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo APS; 2021. S. 13–30.

Autor korespondencyjny: Lidia Zabłocka-Żytka
e-mail: lzablocka@aps.edu.pl