

TARNOWO
PODGÓRNE



POZIOM BLIŻEJ 

Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 roku

styczeń - luty 2026 r.



 Pracownia Badań Opinii Publicznej Społeczności Lokalnej i Rynku

63-200 Jarocin, ul. Zagrodowa 50, tel. 505 13 37 09, e-mail: biuro@pracownia-ej.pl, www.pracownia-ej.pl

Spis treści

1. Wstęp - problematyka świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego
2. Nota metodologiczna badania
3. Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji uczniów
4. Samoocena siebie i wyników w nauce oraz stopień zadowolenia ze swojej szkoły
5. Ocena zdrowia i relacji
6. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego oraz czynniki mające wpływ na zdrowie
7. Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi oraz adresaci pomocy w sytuacji problemów ze zdrowiem psychicznym
8. Pomoc psychologiczna, pedagogiczna i psychiatryczna oraz ocena ich skuteczności
9. Obszary życia wymagające wsparcia i formy wsparcia
10. Psychoedukacja i promocja zdrowia
11. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego
12. Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne
13. Zajęcia pozaszkolne i relacje rodzinne
14. Wnioski i rekomendacje
15. Wybrane pozycje literatury przedmiotu
16. Spis tablic i wykresów

Wstęp - problematyka świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego

W diagnozie świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 roku posłużyliśmy się narzędziami badawczymi charakterystycznymi dla subdyscypliny socjologicznej badającej społeczne aspekty zdrowia psychicznego. Wychodzimy z założenia, że analiza socjologiczna zdrowia psychicznego i behawioralnego ma na celu zrozumienie, w jaki sposób czynniki społeczne wpływają, a być może bezpośrednio kształtują zdrowie psychiczne.

W zrealizowanym projekcie badawczym zwróciliśmy szczególną uwagę na rolę, jaką w jakości zdrowia publicznego odgrywa określony poziom świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego w ujęciu zbiorowości społecznej młodzieży szkolnej w gminie Tarnowo Podgórne.

Wyszliśmy z założenia, że osoby świadome swojego zdrowia psychicznego są zazwyczaj w lepszej sytuacji, aby rozmawiać o zdrowiu psychicznym, uzyskać wsparcie w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym i pomagać innym w poprawie ich zdrowia psychicznego.

Samoświadomość własnych emocji i stanów mentalnych to umiejętność rozpoznawania tego, co czujemy, dlaczego właśnie tak myślimy, co tak naprawdę się z nami dzieje i dlaczego zachowujemy się tak, a nie inaczej. Bez wątpienia rozpoznanie własnych emocji może pomóc w zachowaniu dobrego zdrowia psychicznego. Założyliśmy, że rozumienie emocji jest kluczem do właściwego zarządzania nimi. Podobnie ważne dla zdrowia psychicznego wydają się właściwe zarządzanie stresem i umiejętność radzenia sobie z trudnościami oraz elastyczność w podejściu do rozwiązywania problemów w okresie niepowodzenia.

W projekcie przyjęliśmy, że bez zbadania poziomu świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego nie da się osiągnąć celów w obszarze promocji zdrowych stylów życia, psychoedukacji i profilaktyki zdrowia psychicznego. W uzasadnieniu tytułu diagnozy (szerzej tę problematykę pokazaliśmy w raporcie metodologicznym przekazanym zamawiającemu przed przystąpieniem do badań terenowych) podajemy, że przez zdrowie psychiczne rozumiemy

Wstęp - problematyka świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego

nasze dobre samopoczucie emocjonalne, psychiczne i społeczne, które ma wpływ na to, jak myślimy, czujemy, działamy i pozwala określić, w jaki sposób radzimy sobie ze stresem, odnosimy się do innych i dokonujemy zdrowych wyborów. Mamy przy tym na uwadze, że na nasze zdrowie psychiczne wpływa wiele czynników, m.in uraz, nasze zdrowie fizyczne i biologiczne, uzależnienia od alkoholu, papierosów, narkotyków oraz poczucie samotności, izolacji, stres lub brak snu. Wyraźnie podkreślamy, że zdrowie behawioralne i zdrowie psychiczne to nie to samo, choć często terminy te są używane zamiennie. Główna różnica tkwi w zakresie każdego z nich. Zdrowie psychiczne jest elementem zdrowia behawioralnego, które koncentruje się na naszym dobrostanie emocjonalnym, psychicznym i społecznym.

Zdrowie behawioralne jest jednak pojęciem szerszym. Obejmuje nie tylko zdrowie psychiczne, ale także zachowania i nawyki, które wpływają na nasze zdrowie fizyczne. Zrozumienie tego rozróżnienia jest ważne, ponieważ daje możliwość lepszego poruszania się w systemie opieki zdrowotnej i większą szansę skutecznego poszukania odpowiedniej pomocy w razie potrzeby.

Należy odnotować, że zdrowie behawioralne to dziedzina interdyscyplinarna, którą zajmuje się wielu specjalistów - od psychologów i psychiatrów po pracowników socjalnych i doradców. Specjaliści ci współpracują ze sobą, aby zapewnić kompleksową opiekę. Zajmują się nie tylko problemami zdrowia psychicznego, ale także zachowaniami wpływającymi na zdrowie fizyczne. To interdyscyplinarne podejście jest kluczowe. Zapewnia ono uwzględnienie wszystkich aspektów zdrowia danej osoby, co prowadzi do poprawy jej stanu zdrowia. Zrozumienie tych powiązań może pomóc w holistycznym podejściu do zdrowia i pozwolić na efektywne podejmowanie zdrowszych wyborów i szukaniu odpowiedniej pomocy w razie potrzeby. Rozwój tych umiejętności obejmuje rozpoznawanie sygnałów od ciała, refleksję nad codziennymi decyzjami i motywacjami oraz umiejętność obiektywnej samooceny, co jest fundamentem zdrowia psychicznego i odporności na stres. Bez niej uczucia mogą kumulować się, prowadząc do problemów takich jak lęki czy wypalenie, natomiast *świadomość działa jak drogowskaz do równowagi i autentycznego życia.*

NOTA metodologiczna

Wyniki przeprowadzonego badania dostarczyły wiedzy o poziomie świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego młodzieży na potrzeby opracowania skutecznych szkolnych programów wychowawczo-profilaktycznych w obszarze psychoedukacji i promocji zdrowia psychicznego.

Głównym celem przeprowadzonego badania było rozpoznanie i opis stanu świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego populacji adolescentów z klas VII i VIII klas szkół podstawowych oraz ponadpodstawowych, w obszarze ich relacji do: rówieśników, nauczycieli, rodziców, poziomu oczekiwanych kierunków i form wsparcia, ocena dostępności i skuteczności pomocy pedagogicznej i psychologicznej udzielanej w szkole oraz dostępności i skuteczności pomocy psychiatrycznej poza szkołą.

Ponadto w diagnozie zostały poruszone tematy stosunku ankietowanych do osób z zaburzeniami psychicznymi, stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi, stopień rozpoznania czynników mających wpływ na zdrowie, zadeklarowana ocena ich rozpoznania, strategia radzenia sobie z nimi, doświadczeń zdarzeń, sytuacji i myśli z ostatnich sześciu miesięcy, prowadzenia rozmów na tematy trudne emocjonalnie oraz powodów nierozmawiania o nich, ocena przydatności tematów z psychoedukacji prowadzonych w szkołach, w ich subiektywnych opiniach. W raporcie staraliśmy się zdiagnozować strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego oraz stopień kompetencji emocjonalnych, spytaliśmy o stopień ufności adolescentów do osób i instytucji w chwili wystąpienia problemów emocjonalnych oraz najczęstsze zajęcia poza szkołą i częstość rozmów z rodzicami.

Jednym z celów badania była identyfikacja tych problemów w poszczególnych typach szkół, zadowolenia ze swojej szkoły, satysfakcji z osiągniętych wyników w nauce, samooceny, sytuacji ekonomicznej, przedziałach wieku, płci i innych cech społeczno-demograficznych.

W ten sposób poruszamy się w sferze zdrowia publicznego, którego jednym z głównych celów jest zapobieganie chorobom, przedłużanie życia i promowanie zdrowia oraz w konsekwencji poprawa jakości życia.

NOTA metodologiczna

W wyniku przeprowadzonych badań uzyskano odpowiedzi m.in. na następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest ogólna kondycja psychofizyczna i emocjonalna badanej populacji adolescentów z VII i VIII klas szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych?
 2. Jaki jest stosunek badanych nastolatków do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz jaki jest stopień stygmatyzacji zaburzeń psychicznych w środowisku badanej młodzieży?
 3. W jakim stopniu badani dostrzegają problemy emocjonalne i do kogo zwrócą się w przypadku zauważenia zaburzeń psychicznych?
 4. W jakim stopniu badana młodzież korzysta z dostępnych form pomocy w zakresie zdrowia psychicznego, jak ocenia jej skuteczność oraz jaka jest ich subiektywna ocena strategii zdrowia psychicznego i stygmatyzacji zaburzeń psychicznych?
 5. Jakie jest poczucie badanej młodzieży odnośnie stopnia wiedzy o zdrowiu psychicznym i zaburzeniach emocjonalnych, potrzeby uzupełnienia tej wiedzy oraz wskazanie subiektywnych obszarów, które wymagają największego wsparcia?
 6. Jaki jest stopień samoświadomości zdrowia psychicznego badanych uczniów w relacji uczniowie szkół podstawowych i ponadpodstawowych?
- ✓ badanie audytoryjne - populacja uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych oraz uczniów szkół ponadpodstawowych w gminie Tarnowo Podgórne w roku szkolnym 2025/2026;
 - ✓ liczebność populacji - zadana N=1607 respondentów, zrealizowana N=1236, uczniów tj. 76,9% badanej populacji, w tym: populacja uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych zadana N=901, zrealizowana N=727 uczniów, tj. 80,7%, populacja uczniów szkół ponadpodstawowych zadana N=706 uczniów, zrealizowana N=509 uczniów, tj. 72,1%;
 - ✓ technika socjologiczna - wywiady audytoryjne przeprowadzone w klasach (N=65 oddziałów), przy pomocy

NOTA metodologiczna

kwestionariusza;

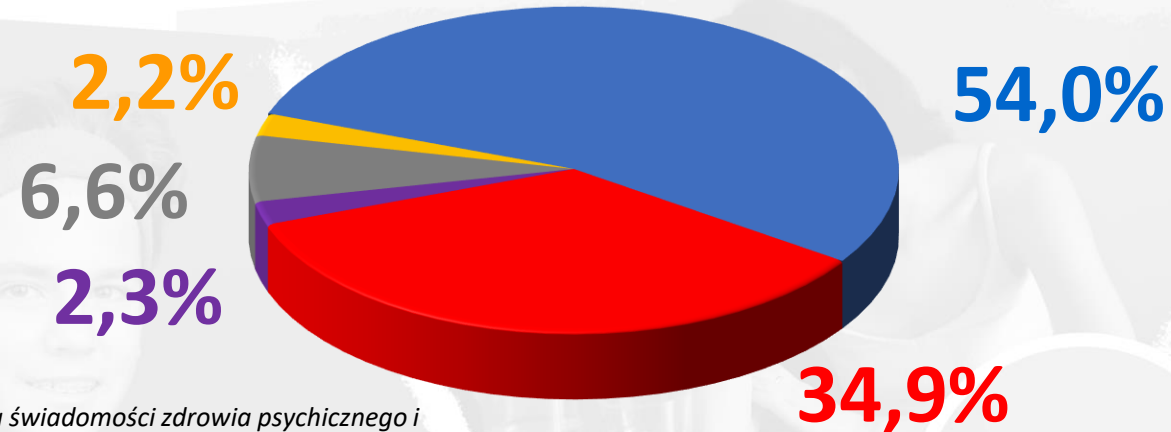
- ✓ termin, miejsce badania - badanie zostało przeprowadzone przez ankieterów w klasach w dniach 19-23 stycznia 2026 roku;
- ✓ techniki analizy statystycznej: ilościowe narzędzia wskaźnikowe, jakościowe miary powiązań między zjawiskami, wybrane instrumenty statystyki indukcyjnej zorientowane na weryfikację stawianych hipotez badawczych;
- ✓ podmiot badania: populacja adolescentów z VII i VIII klas szkół podstawowych oraz szkół ponadpodstawowych w gminie Tarnowo Podgórne.

The background features a collage of student photos. On the left, a girl in a white sports top holds a volleyball. In the center, a girl holds a soccer ball. On the right, a boy holds a mobile phone. Two speech bubbles, one with a happy face and one with a sad face, are overlaid on the images. The main title is centered in large blue text.

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji uczniów

Wykres nr 1. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według tożsamości preferencji płciowej, N=1236

■ chłopak ■ dziewczyna ■ osoba niebinarna ■ wolę nie podawać ■ inne, jakie?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

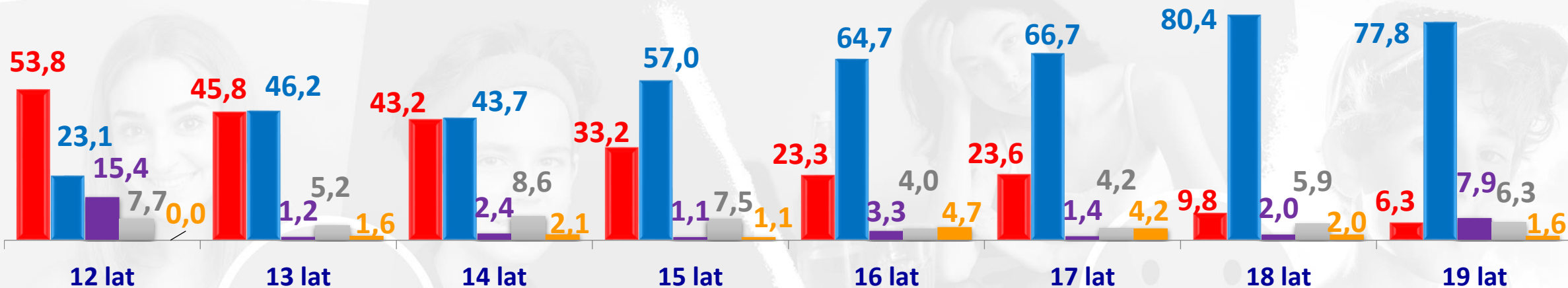
W metryczce kwestionariusza ankiety zadaliśmy pytanie o tożsamość płciową. Była możliwość zakreślenia jednej z 5 możliwych odpowiedzi. 1. Dziewczyna, 2. Chłopak, 3. Osoba niebinarna, 4. Wolę nie podawać oraz 5. Inna, jaka?

Jak pokazuje literatura przedmiotu przy korelacji płci z pytaniami o świadomość zdrowia psychicznego, emocjonalnego i behawioralnego zachodzą istotne zależności. W świetle dotychczasowych badań korelacje dotyczą tylko płci metrykalnej (tej oznaczonej przy urodzeniu), czyli kobieta, mężczyzna. W związku z czym w niniejszym raporcie korelacje będziemy odnosić tylko do płci metrykalnej w celu przeprowadzenia analiz porównawczych. Według tożsamości płciowej w badaniu wzięło udział 54,0% „chłopców”, 34,9% „dziewcząt”, 2,3% „osoby niebinarne”, 6,6% „wolę nie podawać” oraz 2,2% „inne, jakie?”

Szacunki dotyczące osób o tożsamości płciowej innej niż binarna (kobieta/mężczyzna) w Polsce różnią się w zależności od przyjętej metodologii i definicji, ponieważ oficjalne statystyki państwowe (np. GUS) zazwyczaj nie uwzględniają takich kategorii. Osoby transpłciowe i niebinarne: Szacuje się, że stanowią one około 1,6% dorosłego społeczeństwa. Młodsze pokolenia: Wśród tzw. "Gen Z" (osoby urodzone po 1997 r.) odsetek osób identyfikujących się jako szeroko rozumiane LGBTQ+ jest znacznie wyższy i może sięgać nawet 15,9%. Natomiast według światowych trendów wyrażanych przez organizacje zajmujące się tą tematyką sugerują się, że w populacji generalnej co najmniej 0,5% to osoby niebinarne, a 1% to osoby transpłciowe.

Wykres nr 2. Struktura populacji uczniów według wieku i tożsamości płciowej w % i liczbach, N=1236

■ dziewczyna 34,9% ■ chłopak 54,0% ■ osoba niebinarna 2,3% ■ wolę nie podawać 6,6% ■ inna 2,2%



Liczebności

7	114	161	88	35	17	5	4
3	115	163	151	97	48	41	49
2	3	9	3	5	1	1	5
1	13	32	20	6	3	3	4
0	4	8	3	7	3	1	1
13	249	373	265	150	72	51	63

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

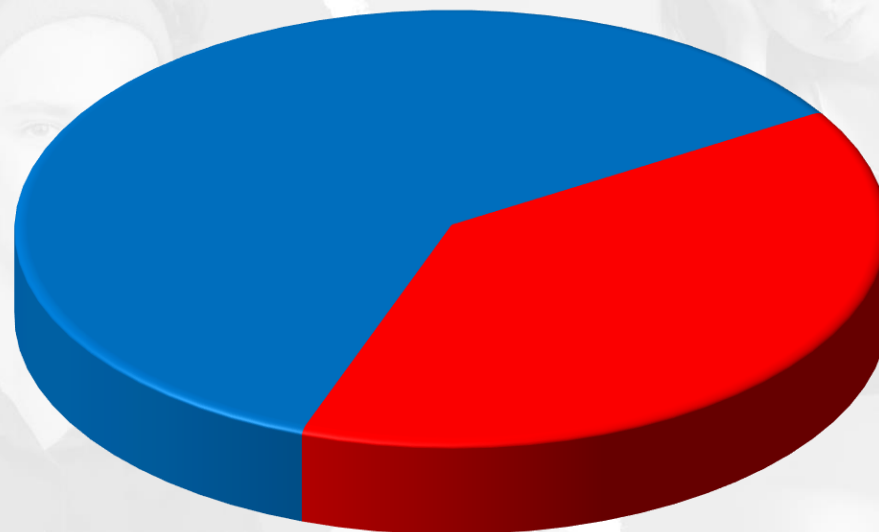
Według tożsamości płciowej najliczebniejszą grupę stanowili 14-latkowie (373 uczniów tj. 32,2%), w tym chłopcy (163 uczniów), tj. 13,2% oraz dziewczyny (161 uczennic) 13,0%. Z kolei w wieku 15 lat największą grupę stanowili chłopcy (151 uczniów tj. 12,2% ogółu ankietowanych). Należy odnotować - w trakcie wywiadów audytoryjnych największe emocje wzbudziło pytanie o tożsamość płciową w grupie chłopców z VII klas szkół podstawowych, wyrażanych w głośnych komentarzach, żartach i śmiechu.

Wykres nr 3. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według płci, N=1098

■ **Chłopak N=667**

■ **Dziewczyna N=431**

60,7%

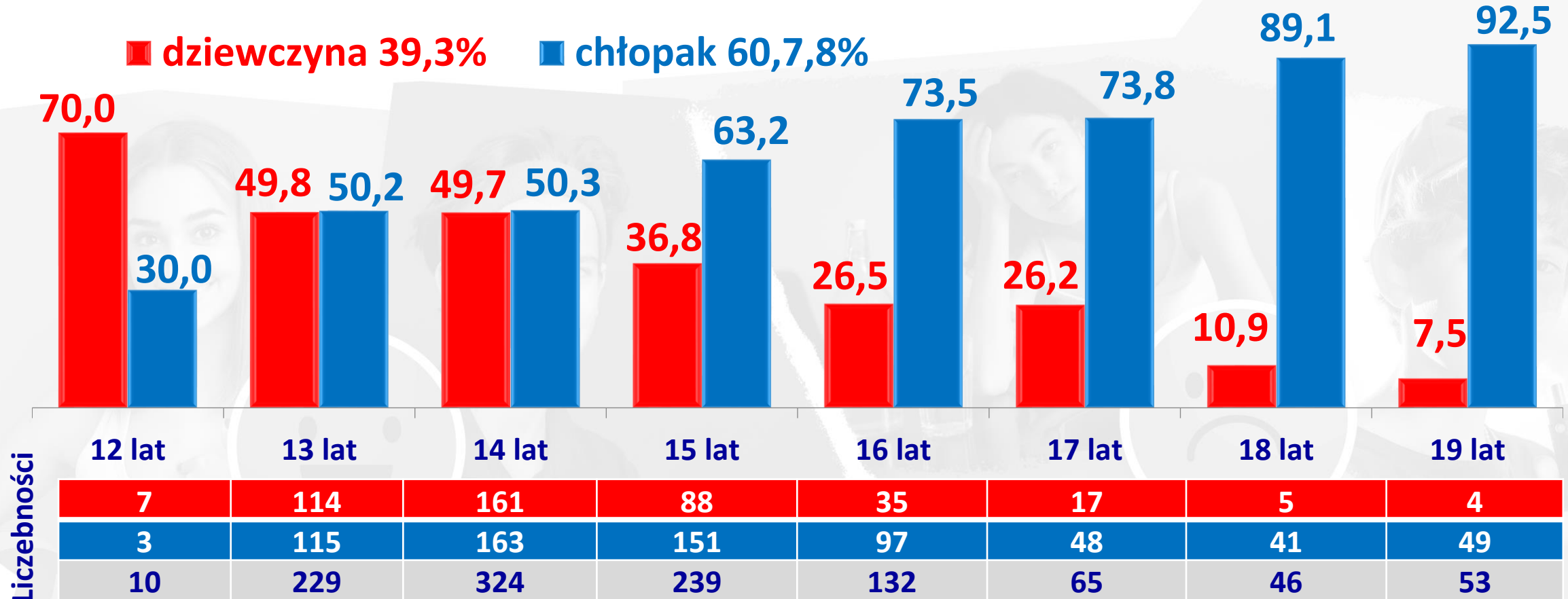


39,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W badaniu wzięło udział 60,7% chłopców i 39,3% dziewcząt. W VII i VIII klasach szkół podstawowych było 50,1% dziewcząt i 49,9% chłopców. Natomiast w szkołach ponadpodstawowych było 24,4% dziewcząt i 75,6% chłopców.

Wykres nr 4. Struktura populacji uczniów według wieku i płci w % i liczbach, N=1098



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.

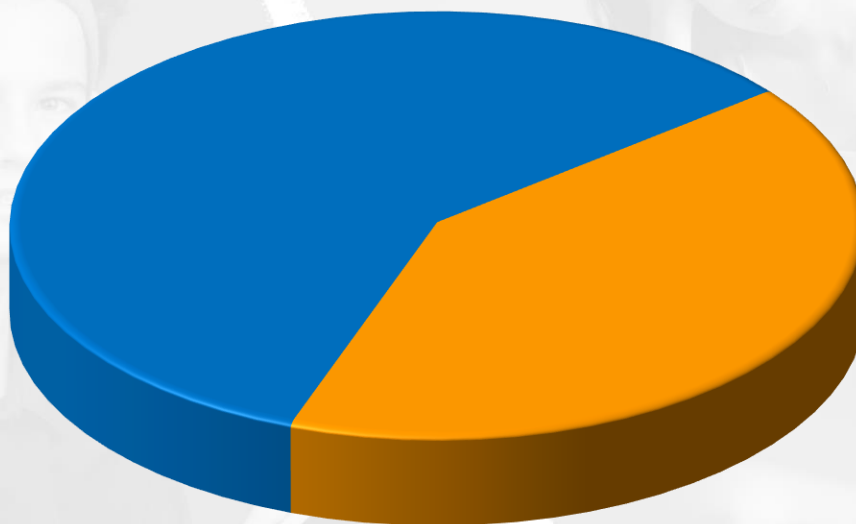
Należy odnotować przewagę liczebności dziewcząt nad chłopcami tylko w wieku 12 lat. Z kolei największa przewaga chłopców nad dziewczynami wyniosła 85 punktów procentowych, w wieku 19 lat, 18 lat (o 78,2 punkty procentowe), w wieku 17 lat (o 47,6 punktów procentowych) oraz 16 lat (o 47 punktów procentowych). Natomiast największa przewaga dziewczyn nad chłopcami wystąpiła w wieku 13 lat i wyniosła 40 punktów procentowych.

Wykres nr 5. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według typu szkoły, N=1236

■ Szkoły podstawowe kl. VII, VIII, N=727

■ Szkoły ponadpodstawowe ZST N=325 + LO 184= 509

58,8%



41,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W badaniu wzięło udział 727 uczniów klas VII i VIII szkół podstawowych w gminie Tarnowo Podgórne, co stanowi 58,8% ogółu uczniów biorących udział w badaniu oraz 509 uczniów szkół ponadpodstawowych, co stanowi 41,2% uczniów biorących udział w badaniu.

Tablica nr 1. Adolescenci szkół ponadpodstawowych w gminie Tarnowo Podgórne w roku szkolnym 2025/2026, N=706, zrealizowano N=509

lp	Dane szkoły	Klasa I		Klasa II		Klasa III		Klasa IV		Klasa V		Liczba uczniów ogółem	Liczba oddz. ogółem	Zrealizowano	
		liczba uczniów	liczba oddz.	liczba uczniów	liczba oddz.	liczba uczniów	liczba oddz.	liczba uczniów	liczba oddz.	liczba uczniów	liczba oddz.			Liczba uczniów	%
1	Liceum Ogólnokształcące im. Powstańców Wielkopolskich, ul. Poznańska 118, 62-080 Tarnowo Podgórne, Dyrektor Szkoły, Mirosława Przyłudzka-Moryl	78	3	66	3	83	3	-	-	-	-	227	9	184	81,1
2	Zespół Szkół Technicznych, ul. Nowa 60, 62-080 Tarnowo Podgórne, Dyrektor Szkoły Agata Herda, technikum	93	3	63	3	85	3	81	3	78	3	400	15	301	75,3
3	Zespół Szkół Technicznych, ul. Nowa 60, 62-080 Tarnowo Podgórne, Dyrektor Szkoły Agata Herda, branżowa szkoła I stopnia	32	1	23	1	24	1	-	-	-	-	79	3	24	30,4
Ogółem		203	7	154	7	192	7	81	3	78	3	706	27	509	72,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W roku szkolnym 2025/2026 w gminie Tarnowo Podgórne w trzech szkołach ponadpodstawowych uczy się 706 adolescentów (bez uczniów IV klas LO) w 27 oddziałach. Natomiast zrealizowano badanie na populacji uczniów obecnych w czasie badania w szkole, co stanowi **72,1% populacji adolescentów szkół ponadpodstawowych** (bez 77 maturzystów z LO z 3 klas) w gminie Tarnowo Podgórne.

Tablica nr 2. Adolescenci VII i VIII klas szkół podstawowych w gminie Tarnowo Podgórne w roku szkolnym 2025/2026 N=901, zrealizowano N=727

Lp.	Nazwa i siedziba szkoły podstawowej	Klasa VII		Klasa VIII		Ogółem liczba		Zrealizowano	
		liczba uczniów	liczba oddz.	liczba uczniów	liczba oddz.	uczniów	oddz.	liczebność	%
1	Szkoła Podstawowa im. Polskich Noblistów w Baranowie, ul. Wypoczynkowa 93, tel. 61 652 71 21	57	3	65	3	122	6	106	86,9
2	Szkoła Podstawowa nr 1 im. Jana Pawła II w Tarnowie Podgórny, ul. Szkolna 5, tel. 61 81 46 481, 510 056 507	67	3	80	4	147	7	104	70,7
3	Szkoła Podstawowa nr 2 im. Integracji Europejskiej w Tarnowie Podgórny, ul. Poznańska 118, tel. 61 814 75 12	48	2	59	3	107	5	92	86,0
4	Szkoła Podstawowa im. Arkadego Fiedlera w Przeźmierowie, ul. Kościelna 46/48, tel. 61 814 20 21	82	4	88	4	170	8	144	84,7
5	Szkoła Podstawowa im. Janusza Korczaka w Ceradzu Kościelnym, ul. Jankowicka 22a, tel. 61 814 78 70	29	1	22	1	51	2	44	86,3
6	Szkoła Podstawowa im. Kawalerów Uśmiechu w Lusówku, ul. Dopiewska 5, tel. 61 814 77 31	80	3	75	3	155	6	134	86,5
7	Szkoła Podstawowa im. gen. J. Dowbora-Muśnickiego w Lusowie, ul. Nowa 6, tel. 61 814 61 29	84	4	65	3	149	7	103	69,1
Ogółem		447	20	454	21	901	41	727	80,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W roku szkolnym 2025/2026 w gminie Tarnowo Podgórne w siedmiu szkołach podstawowych w klasach VII i VIII uczy się 901 adolescentów w 41 oddziałach. Natomiast zrealizowano badanie na populacji 727 uczniów obecnych w czasie badania w szkole (z 40 klas), co **stanowi 80,7% populacji adolescentów szkół podstawowych w gminie Tarnowo Podgórne.**

Tablica nr 3. Typy szkół i liczebność adolescentów biorących udział w badaniu w 2026 r., N=1236

Lp.	Typ szkoły	Liczebność	%
1	Szkoła Podstawowa im. Polskich Noblistów w Baranowie, ul. Wypoczynkowa 93	106	8,6
2	Szkoła Podstawowa nr 1 im. Jana Pawła II w Tarnowie Podgórnym, ul. Szkolna 5	104	8,4
3	Szkoła Podstawowa nr 2 im. Integracji Europejskiej w Tarnowie Podgórnym, ul. Poznańska 118	92	7,4
4	Szkoła Podstawowa im. Arkadego Fiedlera w Przeźmierowie, ul. Kościelna 46/48	144	11,7
5	Szkoła Podstawowa im. Janusza Korczaka w Ceradzu Kościelnym, ul. Jankowicka 22a	44	3,6
6	Szkoła Podstawowa im. Kawalerów Uśmiechu w Lusówku, ul. Dopiewska 5	134	10,8
7	Szkoła Podstawowa im. gen. J. Dowbora-Muśnickiego w Lusowie, ul. Nowa 6	103	8,3
8	Liceum Ogólnokształcące im. Powstańców Wlkp., ul. Poznańska 118, Tarnowo Podgórne	184	14,9
9	Zespół Szkół Technicznych, ul. Nowa 60, Tarnowo Podgórne, technikum	301	24,4
10	Zespół Szkół Technicznych, ul. Nowa 60, Tarnowo Podgórne, branżowa szkoła I stopnia	24	1,9
Ogółem		1236	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W dniach od 19 do 23 stycznia w gminie Tarnowo Podgórne przeprowadzono 67 wywiadów audytoryjnych, w 7 szkołach podstawowych i w 3 szkołach ponadpodstawowych, w których uzyskano efektywnych wywiadów od 1236 adolescentów, co stanowi **76,9% populacji adolescentów objętych badaniem.**

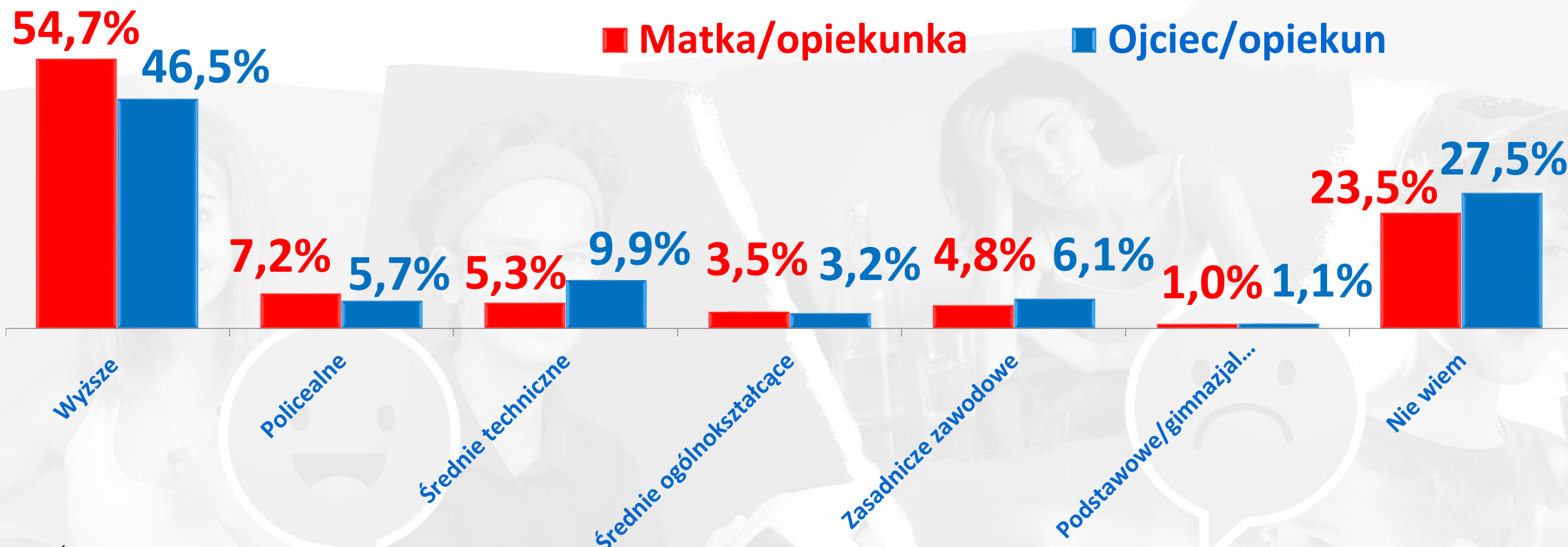
Tablica nr 4. Liczba rodzeństwa według typu szkoły, N=1236

Lp.	Liczba rodzeństwa	Szkoły podstawowe VII i VIII klasy		Szkoły ponadpodstawowe		Ogółem	
		Częstość	%	Częstość	%	Częstość	%
1	Nie mam rodzeństwa	144	64,9	78	35,1	222	18,0
2	Mam 1 brata/siostrę	380	56,9	288	43,1	668	54,0
3	Mam 2 braci/siostry	150	58,8	105	41,2	255	20,6
4	Mam 3 braci/siostry	23	56,1	18	43,9	41	3,3
5	Mam 4 braci/siostry	10	55,6	8	44,4	18	1,5
6	Mam więcej rodzeństwa	20	62,5	12	37,5	32	2,6
	Ogółem	727	58,8	509	41,2	1236	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Uwaga - % do badanej populacji N=1236

Według opinii respondentów dominującym (54% wskazań) modelem rodziny jest model 2+2. Na drugim miejscu są rodziny z trójką dzieci (20,6% wskazań). Natomiast 18% ankietowanych nie ma rodzeństwa. Z kolei więcej niż czworo rodzeństwa ma 7,4% badanych. Należy odnotować, że liczba dzieci w przeprowadzonych badaniach jest inna niż w Polsce. Według Narodowego Spisu Powszechnego GUS z 2021 roku w Polsce było: z 1 dzieckiem (2+1, 1+1) ok. 44-50%, z 2 dziećmi (2+2, 1+2) ok. 35-41% oraz rodziny wielodzietne (3+ dzieci) ok. 11-14%.

Wykres nr 6. Wykształcenie rodziców według płci, N=1236

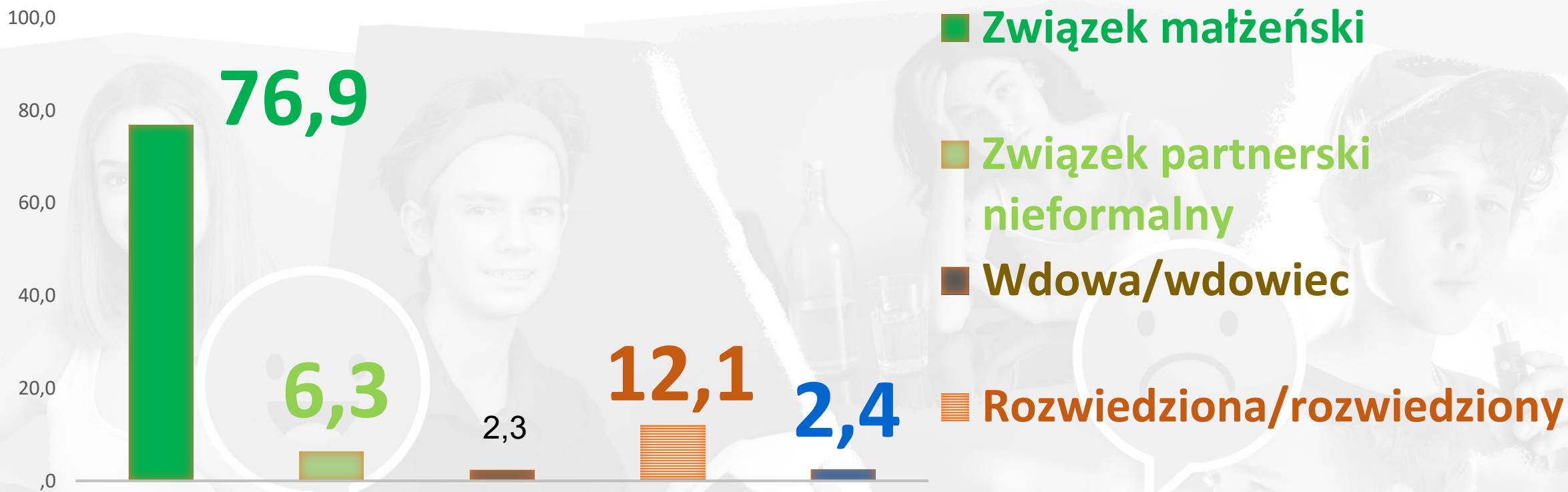


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Należy odnotować, że dominującym wykształceniem rodziców/opiekunów badanych adolescentów jest wykształcenie wyższe, które posiada 54,7% matek/opiekunek oraz 46,5% ojców/opiekunów. Natomiast według danych GUS w Polsce kobiety są lepiej wykształcone od mężczyzn. W grupie wiekowej 25-34 lata wyższe wykształcenie posiada około 56% kobiet, podczas gdy wśród mężczyzn w tym samym wieku jest to 37%. Matki ankietowanych są lepiej wykształcone od ojców o 8,2 punkty procentowe. Więcej niż co piąty (27,5%) ankietowany nie potrafił określić wykształcenia ojca/opiekuna oraz 23,5% respondentów wykształcenia matki/opiekunki.

Wykres nr 7. Status rodziny, stan cywilny rodziców/opiekunów w %, N=1236.

Pytanie VII. Status rodziny (rodziców, opiekunów)

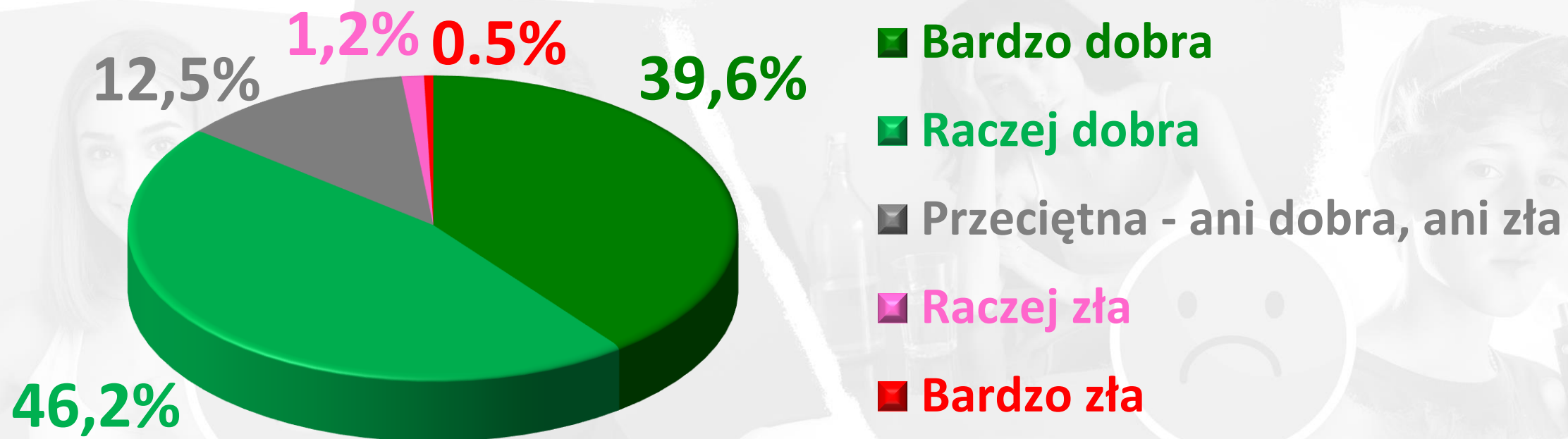


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Ponad trzy czwarte (76,9%) ankietowanych wychowuje się w rodzinach tradycyjnych, w których rodzice zawarli związek małżeński. Z kolei prawie jedna ósma (12,1%) respondentów wychowuje się w rodzinie, w której rodzice się rozwiedli, natomiast 6,3% respondentów wychowują rodzice będący w związkach partnerskich nieformalnych oraz 2,4% badanych adolescentów wychowują rodzice stanu wolnego.

Wykres nr 8. Ocena sytuacji ekonomicznej rodziny, N=1236.

Pytanie 2. Jak oceniasz sytuację finansową Twojej rodziny?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Więcej niż pięć szóstych (85,8%) ankietowanych dobrze ocenia sytuację finansową swojej rodziny, w tym 39,6% jako „bardzo dobra” oraz 46,2% „raczej dobra”. Z kolei 12,5% respondentów uważa sytuację finansową swojej rodziny jako „przeciętna - ani dobra, ani zła” oraz 1,7% uznaje ją za złą.

Wykres nr 9. Ocena sytuacji ekonomicznej rodziny przez uczniów według typu szkoły

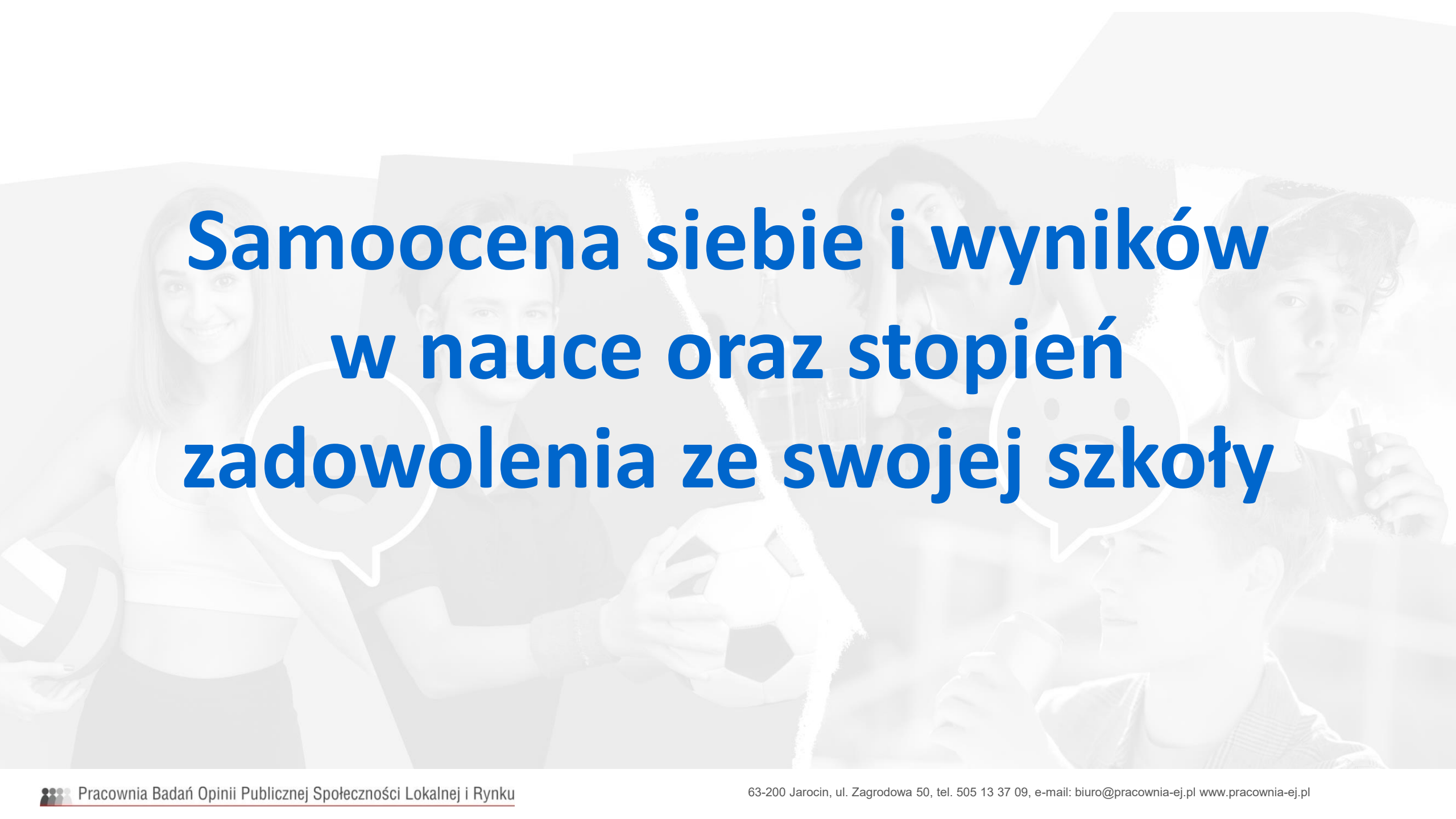
VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

szkół ponadpodstawowych N= 509



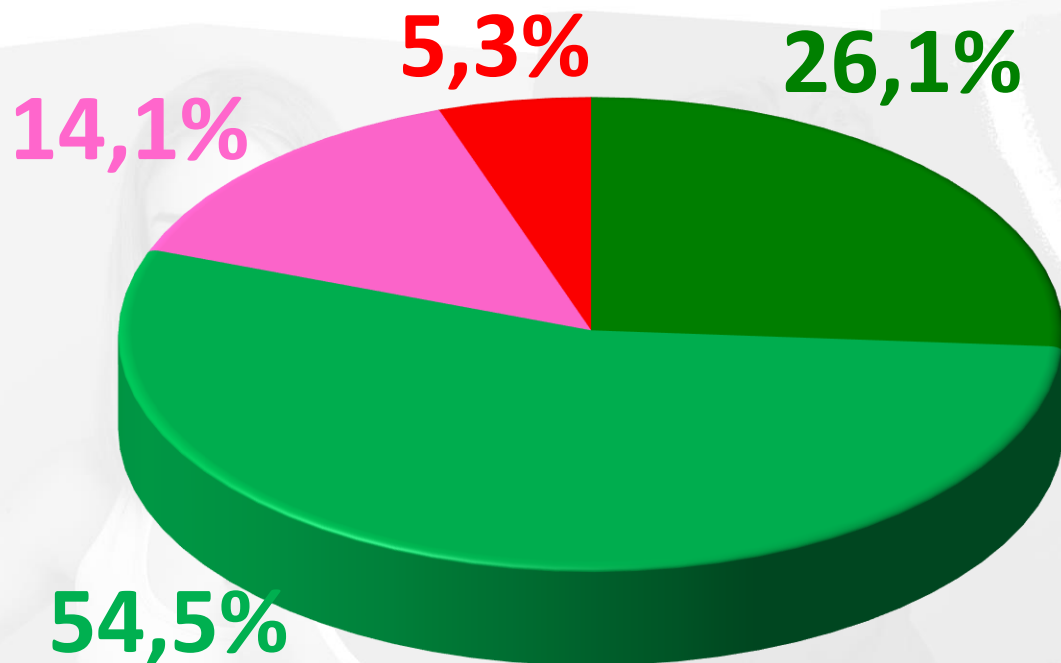
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych (85,6%) o 0,2 punktu procentowego lepiej ocenili sytuację ekonomiczną swojej rodziny od uczniów szkół ponadpodstawowych (85,8%). Natomiast nieznacznie częściej - o 1,4 punktu procentowego - adolescenty VII i VIII klas szkół podstawowych ocenili „przeciętnie - ani dobrze, ani źle” sytuację ekonomiczną swojej rodziny od respondentów ze szkół ponadpodstawowych.

The background features a collage of students in various settings: a girl with a volleyball, a boy with a soccer ball, a girl in a science lab, and a boy with a mobile phone. White speech bubbles are overlaid on the image, containing faint icons of a thumbs up and a smiley face. The main title is centered in large, bold, blue font.

Samocena siebie i wyników w nauce oraz stopień zadowolenia ze swojej szkoły

Wykres nr 10. Samoocena respondentów N=1236 Pytanie 1. Co sądzisz o sobie samym/samej?



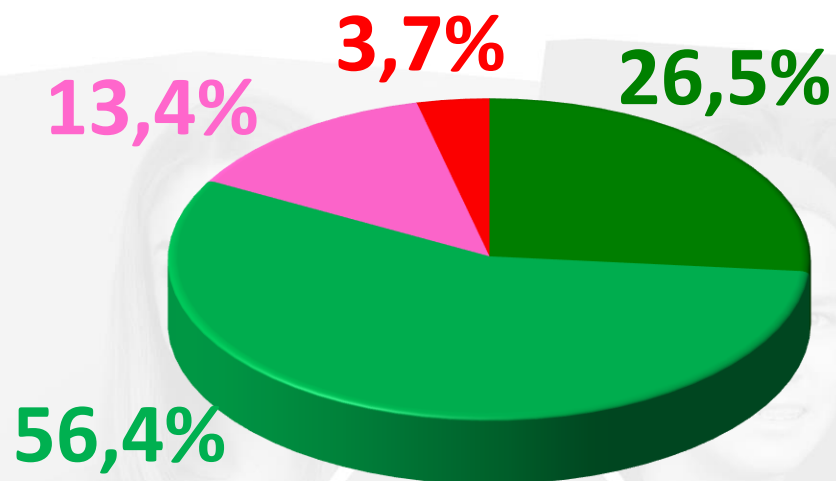
- Jestem zadowolony(a) z siebie
- Myślę o sobie raczej pozytywnie, chociaż przydałoby się też trochę pracy nad sobą
- Nie jestem z siebie zadowolony/a, chociaż mam kilka zalet
- Moja ocena siebie jest zaniżona, uważam siebie za gorszego/ą od innych

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Więcej niż cztery piąte (80,6%) respondentów jest pozytywnie nastawiona do swojej osoby, w tym 26,1% jest z siebie zadowolona oraz 54,5% ankietowanych myśli o sobie raczej pozytywnie, chociaż przydałoby się też trochę pracy nad sobą. Z kolei pesymistycznie o sobie myśli 19,4% ankietowanych.

Wykres nr 11. Samoocena uczniów według typu szkoły

szkół ponadpodstawowych N=509



■ Jestem zadowolony(a) z siebie

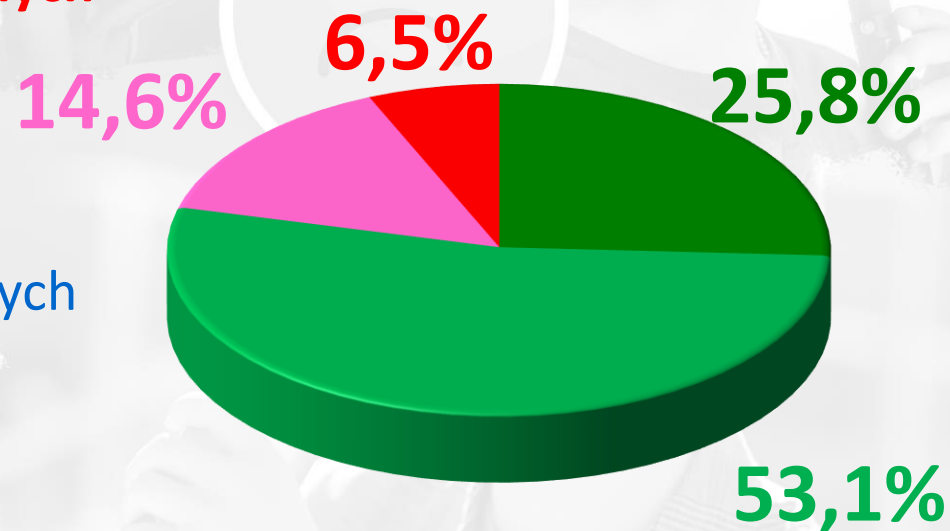
■ Myślę o sobie raczej pozytywnie, chociaż przydałoby się też trochę pracy nad sobą

■ Nie jestem z siebie zadowolony/a, chociaż mam kilka zalet

■ Moja ocena siebie jest zaniżona, uważam siebie za gorszego/ą od innych

VII i VIII szkół podstawowych N=727

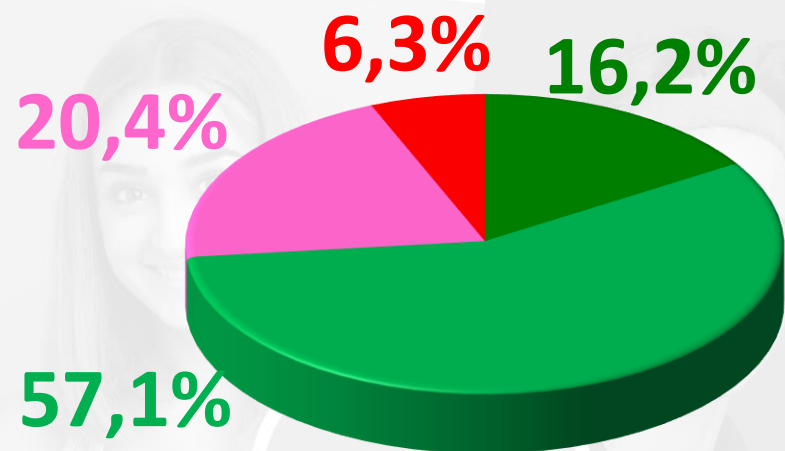
Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych są bardziej zadowoleni z siebie o 4 punkty procentowe od ankietowanych z VII i VIII klas szkół podstawowych. Z kolei uczniowie szkół podstawowych są bardziej pesymistyczni o 4 punkty procentowe od uczniów szkół ponadpodstawowych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.

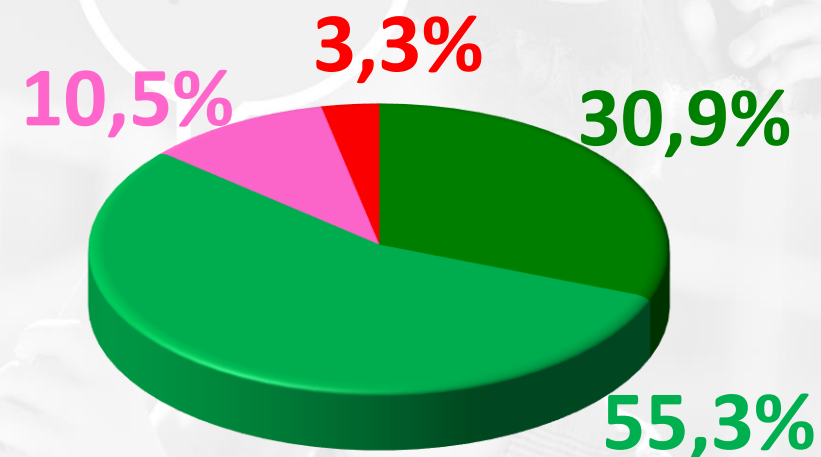
Wykres nr 12. Samoocena uczniów według płci, N=1098

Dziewczyny N=431



- Jestem zadowolony(a) z siebie
- Myślę o sobie raczej pozytywnie, chociaż przydałoby się też trochę pracy nad sobą
- Nie jestem z siebie zadowolony/a, chociaż mam kilka zalet
- Moja ocena siebie jest zaniżona, uważam siebie za gorszego/ą od innych

Chłopcy N=667



Płeć ma wpływ na samoocenę ankietowanych. Chłopcy są bardziej zadowoleni z siebie od dziewczyn o 12,8 punktów procentowych.

Natomiast dziewczyny częściej od chłopców o 9,9 punktów procentowych wybierały odpowiedź „nie jestem z siebie zadowolony/a, chociaż mam kilka zalet”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 13. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły, N=1236.

Pytanie 3. Czy lubisz chodzić do swojej szkoły?

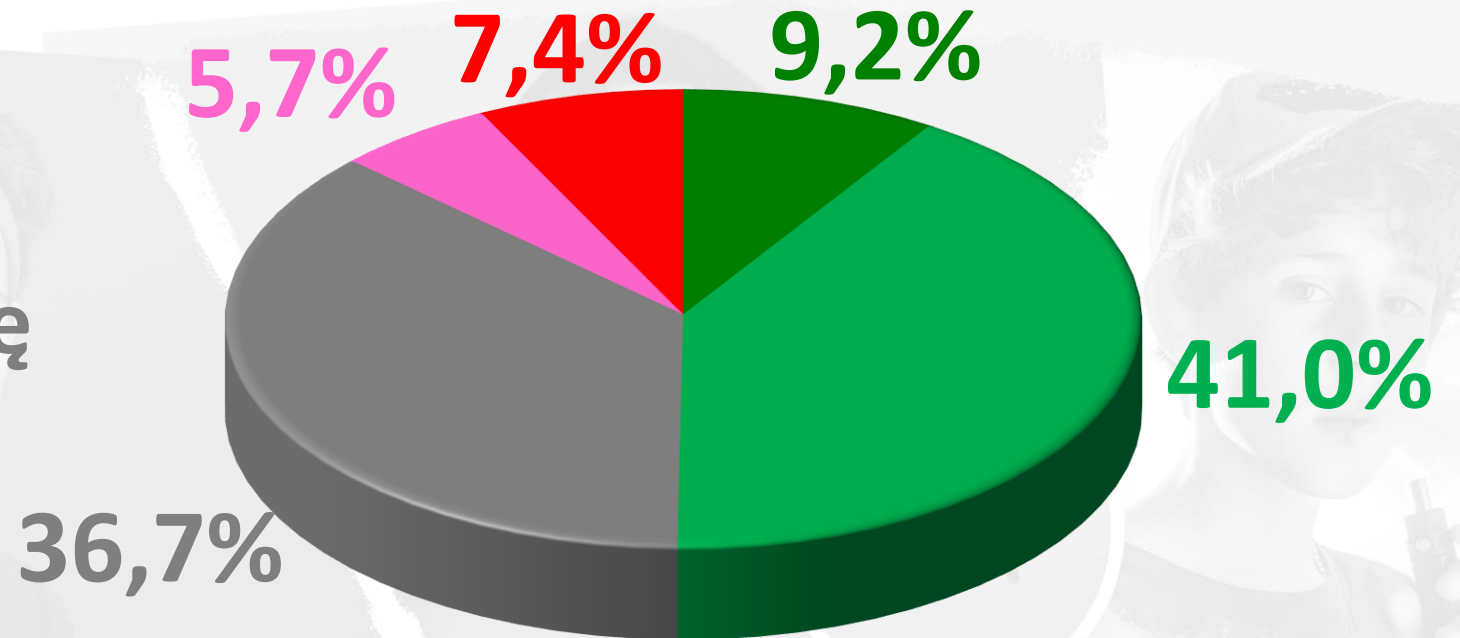
■ **Bardzo lubię**

■ **Raczej lubię**

■ **Chodzę, bo muszę**

■ **Raczej nie lubię**

■ **Bardzo nie lubię**



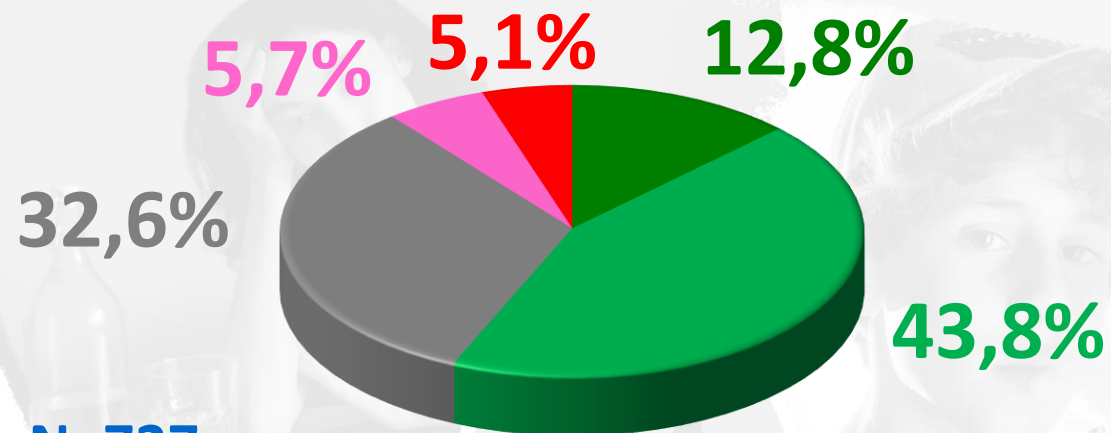
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

50,1% adolescentów lubi chodzić do szkoły, w tym „*bardzo lubi*” **9,2%** i „*raczej lubi*” **41,0%** uczniów. Natomiast nie lubi chodzić do szkoły **13,1%** respondentów, w tym „*bardzo nie lubi*” **7,4%** i „*raczej nie lubi*” **5,7%** uczniów. Z kolei **36,7%** ankietowanych „*chodzi do szkoły, bo musi*”.

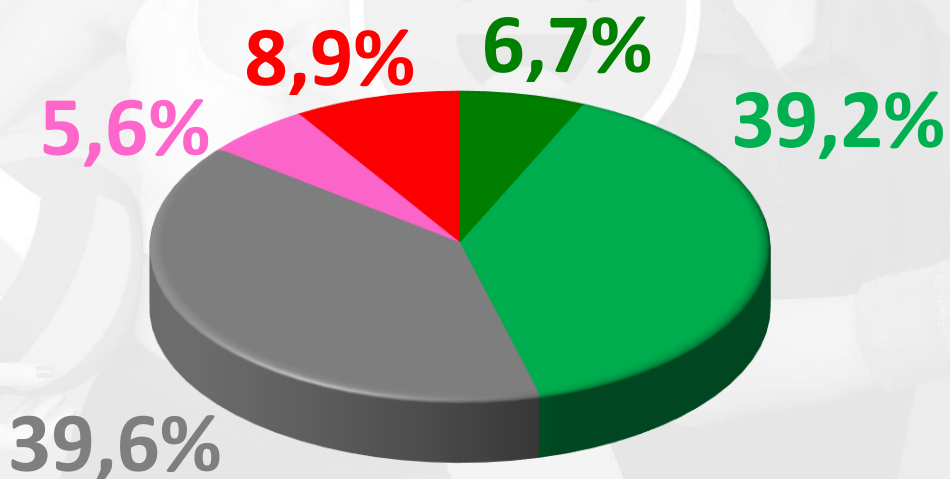
Wykres nr 14. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły według typu szkoły, N=1236

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509

- **Bardzo lubię**
- **Raczej lubię**
- **Chodzę, bo muszę**
- **Raczej nie lubię**
- **Bardzo nie lubię**



Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727



Adolescenci szkół ponadpodstawowych bardziej o 10,7 punktów procentowych lubią chodzić do szkoły od ankietowanych z VII i VIII klas szkół podstawowych, w tym „bardzo lubią” 12,8% i „raczej lubią” 43,8%.

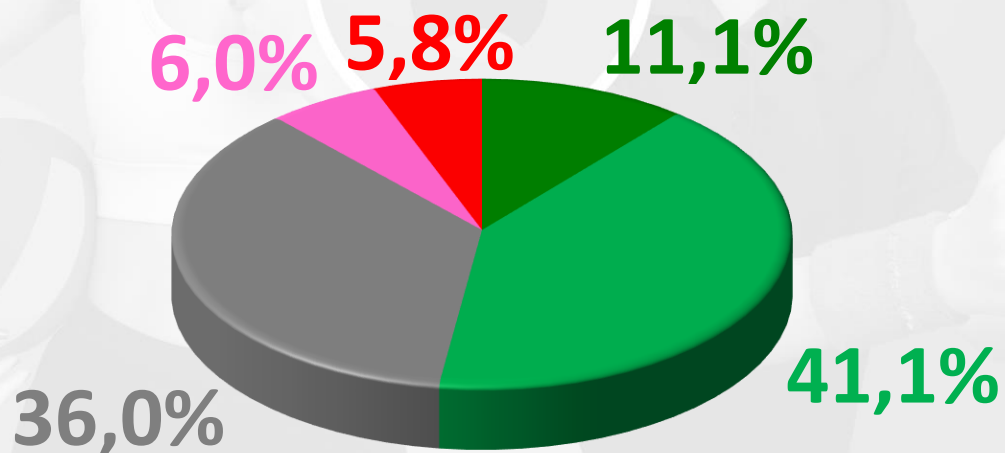
Należy odnotować, że 32,6% ankietowanych uczniów ze szkół ponadpodstawowych zadeklarowało, że „chodzę, bo muszę” oraz prawie dwie piąte (39,6%) respondentów z VII i VIII klas szkół podstawowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

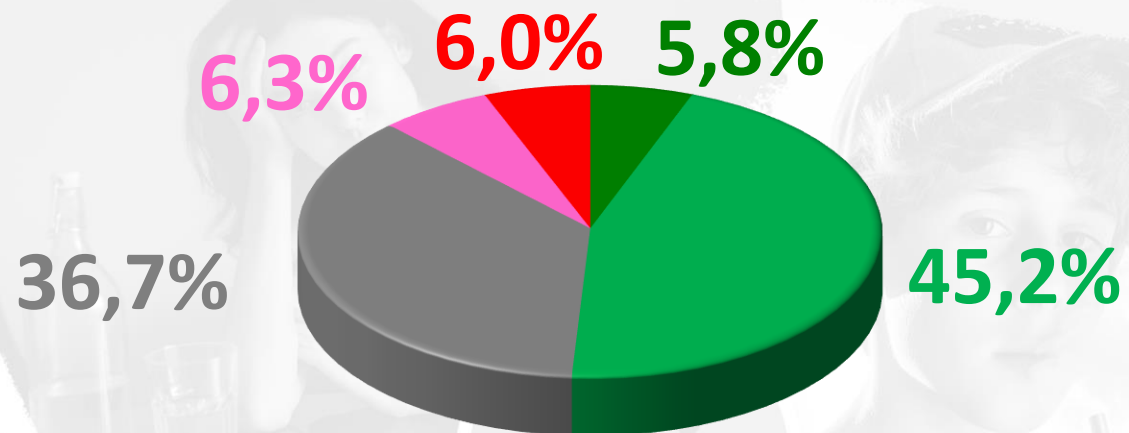
Wykres nr 15. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły według płci, N=1098

- Bardzo lubię
- Raczej lubię
- Chodzę, bo muszę
- Raczej nie lubię
- Bardzo nie lubię

Chłopcy N=667



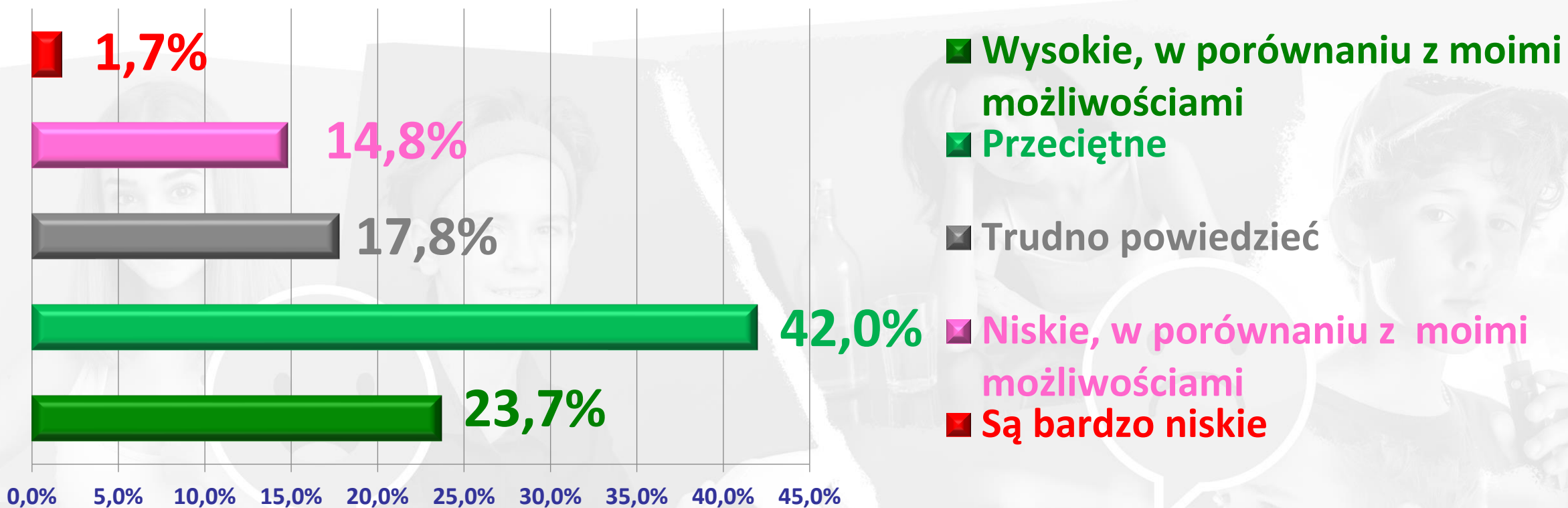
Dziewczyny N=431



Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć ma mały wpływ na stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły. Chłopcy są o 1,2 punktu procentowego bardziej zadowoleni od dziewczyn z chodzenia do szkoły. Dziewczyny częściej o 0,7 punktu procentowego od chłopców wybierały odpowiedź „*chodzę, bo muszę*” oraz częściej o 0,5 punktu procentowego od chłopców - nie lubią chodzić do szkoły.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 16. Ocena wyników w nauce, N=1236. Pytanie 4. Czy Twoim zdaniem wyniki w nauce, które osiągasz są:

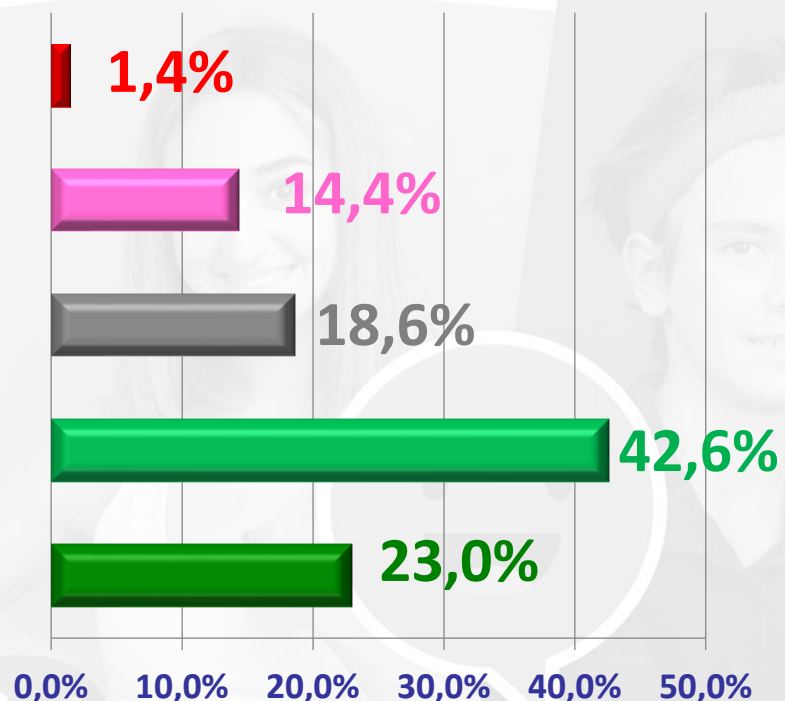


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

42,0% respondentów uznało swoje wyniki w nauce jako przeciętne oraz **23,7%** adolescentów przyznało, że są „wysokie, w porównaniu z moimi możliwościami”. Krytyczny stosunek do swoich wyników w nauce okazało **16,5%** ankietowanych, w tym 1,7% uznało je za „bardzo niskie” oraz 14,8%, za „niskie w porównaniu z moimi możliwościami”. Należy odnotować, że odpowiedzi „trudno powiedzieć” wybrało **17,8%** ankietowanych.

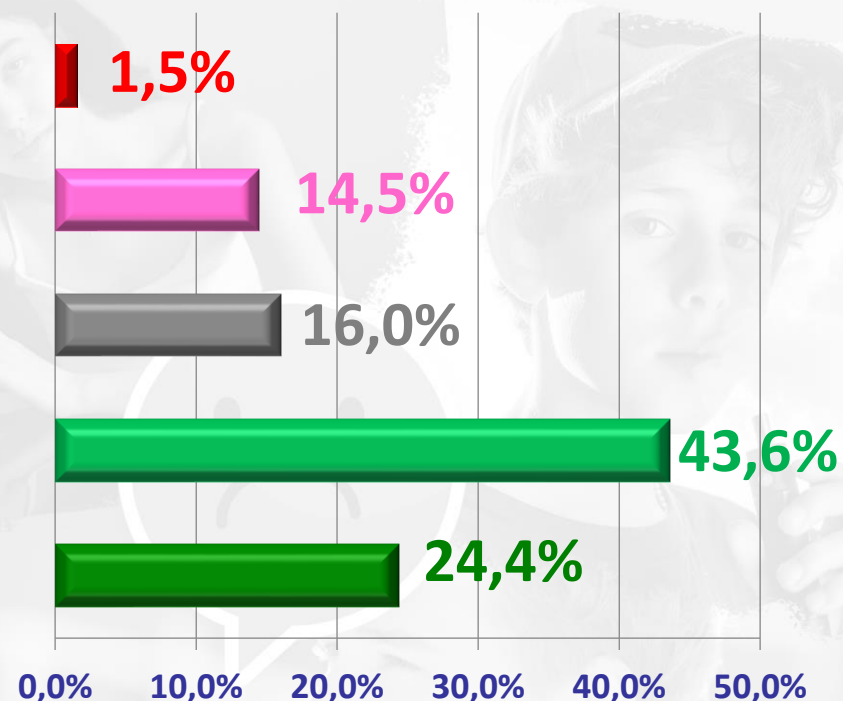
Wykres nr 17. Ocena wyników w nauce według płci, N=1098

Dziewczyny N=431



Chłopcy N=667

- Wysokie, w porównaniu z moimi możliwościami
- Przeciętne
- Trudno powiedzieć
- Niskie, w porównaniu z moimi możliwościami
- Są bardzo niskie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

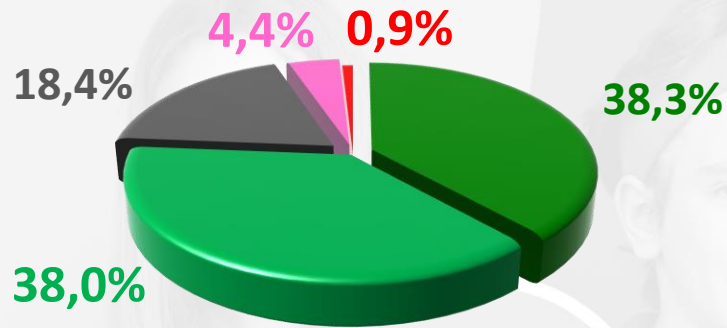
Płeć nie ma wpływu na oceny wyników w nauce ankietowanych, różnice mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych oraz znajdują się w przedziale ($\pm 0,1$ do 2,6 punktów procentowych).



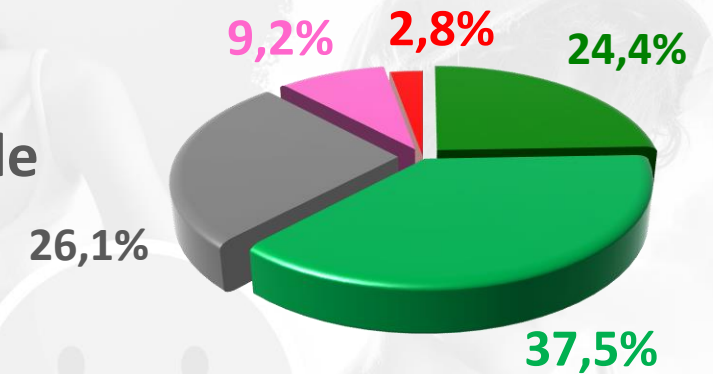
Ocena zdrowia i relacji

Wykres nr 18. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje), N=1236. Pytanie 5. Jak oceniasz stan swojego zdrowia: fizycznego, emocjonalnego, psychicznego, społecznego (relacje)?

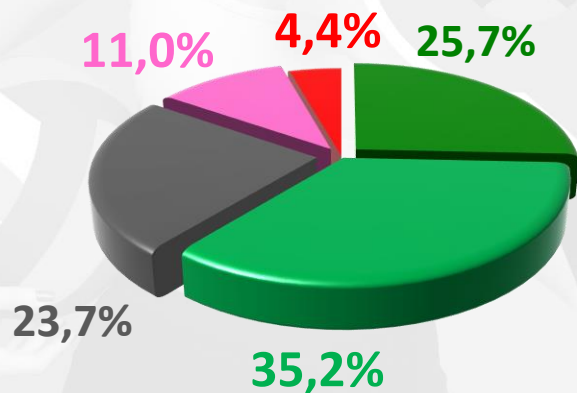
Zdrowie fizyczne



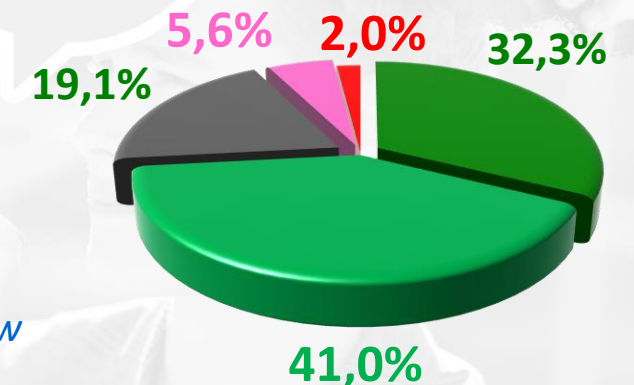
Zdrowie emocjonalne



Zdrowie psychiczne



Zdrowie społeczne (relacje)



- **Bardzo dobrze**
- **Raczej dobrze**
- **Przeciętnie - ani dobrze, ani źle**
- **Raczej źle**
- **Bardzo źle**

Więcej niż trzy czwarte (76,3%) ankietowanych dobrze ocenia swoje zdrowie fizyczne, 73,3% respondentów zdrowie społeczne (relacje), 61,9% zdrowie emocjonalne oraz trzy piąte (60,9%) zdrowie psychiczne. Z kolei najwięcej negatywnych ocen adolescenti udzielili zdrowiu psychicznemu 15,4% wskazań oraz emocjonalnemu 12,0% wyborów. Należy odnotować, że co czwarty ankietowany swoje zdrowie emocjonalne (26,1%) określił jako „przeciętnie - ani dobrze, ani źle” oraz zdrowie psychiczne 23,7% adolescentów. Wyniki badań wskazują, że adolescenti mają pozytywne zasoby, które powinny się rozpoznawać i wzmacniać, bo zdecydowana większość uczniów oceniała swoje oceny zdrowia w dniu udziału w badaniu jako pozytywne.

Zdrowie fizyczne, emocjonalne, psychiczne i społeczne (relacje)

W 1948 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przedstawiła swoją pierwszą definicję zdrowia w ujęciu holistycznym: „*zdrowie jest stanem pełnego/całkowitego dobrego samopoczucia/dobrostanu (ang. wellbeing) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko jej brakiem - obiektywnie istniejącej - choroby (ang. disease) czy niepełnosprawności (ang. infirmity)*”. Ze względu na wieloznaczność i ogólnikowość tak zdefiniowanego zdrowia wprowadzano pojęcie zdrowie psychiczne, zawężające ów ogólny dobrostan do sfery psychiki. Z kolei w 2001 roku WHO zaproponowała nową (w stosunku do wcześniejszej) definicję zdrowia psychicznego, która zakłada, że zdrowie psychiczne jest to stan dobrego samopoczucia, w którym człowiek wykorzystuje swoje zdolności, może radzić sobie ze stresem w codziennym życiu, może wydajnie i owocnie pracować oraz jest w stanie wnieść wkład w życie danej wspólnoty.

Według literatury przedmiotu około 25 do 30% populacji światowej doświadcza w ciągu życia zaburzeń psychicznych w postaci stanów przejściowych, wyzwalanych przez czynniki psychologiczne i biologiczne.

Zdrowie psychiczne zazwyczaj analizuje się pod kątem zdrowia emocjonalnego, umysłowego i społecznego. Zdrowie psychiczne wpływa na to, jak myślimy, czujemy i działamy. Określa, jak istniejemy na świecie, jak odnosimy się do innych, jak radzimy sobie ze stresem, naszą zdolność do relaksu i każdą inną interakcją międzyludzką.

Zdrowie emocjonalne jest zależne od umiejętności radzenia sobie z emocjami zarówno pozytywnymi (radość, przyjaźń, duma, nadzieja, zadowolenie, miłość) jak i negatywnymi (złość, agresja, strach, niepokój, lęk, zazdrość). Warto pamiętać, że umiejętność rozpoznania emocji i radzenia sobie z nimi (np. złością, agresją, nieadekwatną wesołością) jest kluczowa dla zachowania dobrych relacji społecznych i zrozumienia reakcji własnego organizmu.

Zdrowie umysłowe z kolei jest to zdolność do jasnego i logicznego myślenia oraz podejmowania decyzji. Dla zachowania zdrowia umysłowego należy zadbać o prawidłowy przebieg procesów myślowych, co wiąże się z koniecznością ciągłego uczenia się i rozwijania umiejętności poznawczych, analitycznych, syntetycznych i dedukcyjnych oraz innych.

Zdrowie społeczne zależy od umiejętności nawiązywania i utrzymywania relacji z innymi osobami (przyjaźni, związków). Umiejętności te kształtowane są w procesie rozwoju i wychowania każdego człowieka. Jest to również umiejętność odnalezienia się i współpracy w grupie. Dbłość o rozwijanie i podtrzymywanie prawidłowych relacji w grupie determinuje stan zdrowia społecznego. Pielęgnowanie dobrych relacji daje poczucie przynależności, uczy empatii, podnosi poziom bezpieczeństwa i często mobilizuje, aby wyjść ze swojej strefy komfortu. Dobre relacje z bliskimi to gwarancja, że jesteśmy dla kogoś ważni i nie pozostaniemy sami ze swoimi problemami.

Tablica nr 5. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje) według typu szkoły podstawowe N=727, szkoły ponadpodstawowe N=509

lp	Typ zdrowia	Dobrze		Przeciętnie - ani dobrze, ani źle		Źle	
		VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe	VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe	VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe
1	Zdrowia fizycznego	79,7	71,3	16,0	21,8	4,3	6,9
2	Zdrowia emocjonalnego	62,3	61,5	25,5	26,7	12,2	11,8
3	Zdrowia psychicznego	61,9	59,6	22,6	25,3	15,5	15,1
4	Zdrowia społecznego (relacje)	75,4	70,3	16,6	22,6	8,0	7,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkoły ma wpływ na ocenę zdrowia ankietowanych. Adolescenci szkół podstawowych lepiej ocenili stan swojego zdrowia we wszystkich obszarach, przy czym **„zdrowie fizyczne”** ocenili lepiej o **8,4 punkty procentowe** oraz **„zdrowie społeczne (relacje)”** o **5,1 punktów procentowych** od swych starszych koleżanek i kolegów. Z kolei „przeciętnie - ani dobrze, ani źle” respondenci ze szkół ponadpodstawowych ocenili lepiej we wszystkich obszarach od uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych, w tym najwyżej **„zdrowie społeczne (relacje)”** o **6 punktów procentowych** oraz **„zdrowie fizyczne”** o **5,8 punktów procentowych**. Natomiast według średnich arytmetycznych „dobrze” swoje zdrowie określiło **69,8%** (70,6% w podobnym badaniu z marca 2025 r. przeprowadzonym przez Pracownię w gminie z Południowej Wielkopolski) respondentów z VII i VIII klas szkół podstawowych i **65,7%** (66,4% w badaniu z marca 2025 r.) uczniów szkół ponadpodstawowych oraz „przeciętnie - ani dobrze, ani źle”, również według średniej arytmetycznej swoje ogólne zdrowie oceniło **20,2%** (21,6% w badaniu z marca 2025 r.) ankietowanych ze szkół podstawowych i **24,1%** (22,4%, w badaniu z marca 2025 r.) ze szkół ponadpodstawowych. Z kolei „źle” swoje ogólne zdrowie oceniło średnio **10,0%** (7,9% w badaniu z marca 2025 r.) uczniów z VII i VIII klas podstawowych oraz **10,2%** (11,2% w badaniu z marca 2025 r.) uczniów szkół ponadpodstawowych. **Należy odnotować, że adolescenty z obu typów szkół najniżej ocenili swoje zdrowie psychiczne.**

Tablica nr 6. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje) według płci, N=1098, dziewczyna N=431, chłopak N=667, w %

lp	Typ zdrowia	Dobrze		Przeciętnie - ani dobrze, ani źle		Źle	
		Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak
1	Zdrowia fizycznego	71,7	78,9	24,1	15,4	4,2	5,7
2	Zdrowia emocjonalnego	46,1	72,1	36,7	20,1	17,2	7,8
3	Zdrowia psychicznego	45,0	70,5	32,0	19,0	23,0	10,5
4	Zdrowia społecznego (relacje)	70,6	75,5	20,6	18,1	8,8	6,4

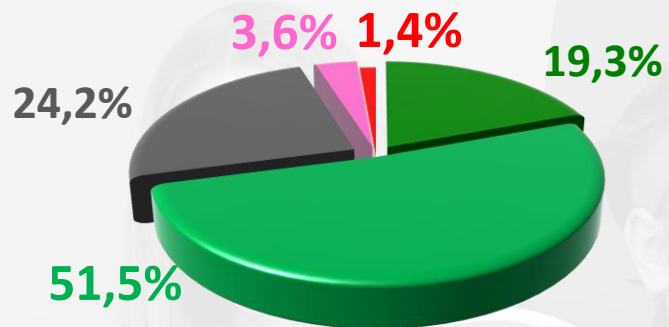
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma istotny wpływ na ocenę zdrowia biorących udział w badaniu adolescentów. „Dobrze” swój stan zdrowia psychicznego ocenia **45,0%** (45,2% w podobnym badaniu z marca 2025 r. przeprowadzonym przez Pracownię w gminie z Południowej Wielkopolski) dziewczyn oraz **70,5%** (72,5% w badaniu z marca 2025 r.) chłopców (różnica, aż o **+25,5%** punkty procentowe (+27,3 w badaniu z marca 2025 r.) oraz zdrowie emocjonalne „dobrze” ocenia **46,1% dziewczyn** (52,6% w badaniu z marca 2025 r.) i **72,1% chłopców** (75% w badaniu z marca 2025 r.) różnica o **+26 punktów procentowych** (o +22,4 punkty procentowe w badaniu z marca 2025 r.). Chłopcy lepiej oceniają swój stan zdrowia emocjonalnego od dziewczyn. Z kolei „przeciętnie - ani dobrze, ani źle” swoje zdrowie psychiczne ocenia **32,0%** (33,4% w badaniu z marca 2025 r.) dziewczyn oraz **19,0%** (16,6% w badaniu z marca 2025 r.) chłopców, co oznacza, że dziewczyny o 13 punktów procentowych (16,8 punktów procentowych w badaniu z marca 2025 r.) częściej od chłopców wybierają tę odpowiedź. Podobna relacja jest przy ocenie zdrowia emocjonalnego - dziewczyny częściej od chłopców o 16,6 punktów procentowych (15,4 punkty w badaniu z marca 2025 r.) wybrały tę odpowiedź. Natomiast „źle” swoje **zdrowie psychiczne** ocenia **23,0%** (21,4% w badaniu z marca 2025 r.) dziewczyn i **10,5%** (10,8% w badaniu z marca 2025 r.) chłopców, czyli dziewczyny gorzej o 12,5 punktów procentowych (10,6 punktów procentowych w badaniu z marca 2025 r.) od chłopców „źle” oceniają swoje zdrowie psychiczne.



Wykres nr 19. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole. N=1236. Pytanie 6. Jak oceniasz swoje relacje z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole?

Z nauczycielami



■ **Bardzo dobrze**

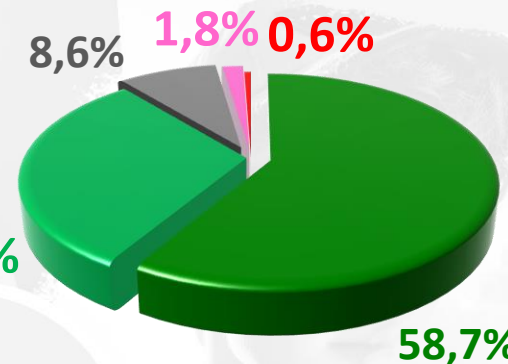
■ **Raczej dobrze**

■ **Przeciętnie - ani dobrze, ani źle**

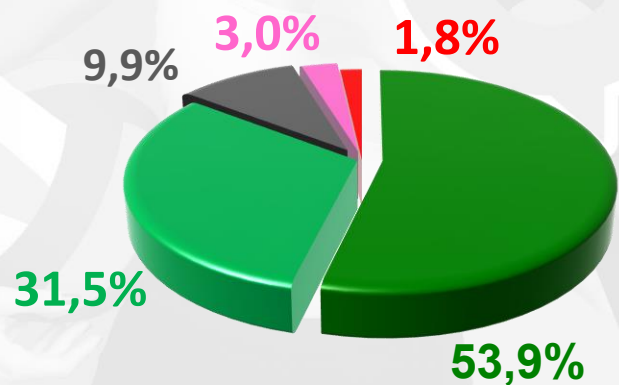
■ **Raczej źle**

■ **Bardzo źle**

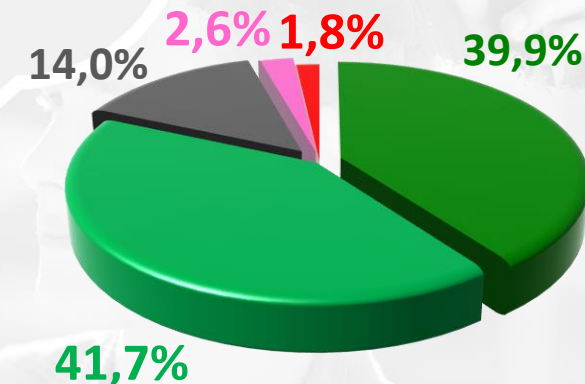
Z rodzicami



Z rówieśnikami poza szkołą



Z rówieśnikami w szkole



Według średniej arytmetycznej więcej niż cztery piąte 81,7% (82% w badaniu z marca 2025 r.) ankieterowanych dobrze oceniło swoje relacje. Zdaniem 89,1% (89,4% w badaniu z marca 2025 r.) adolescentów ma dobre relacje z rodzicami, w tym „bardzo dobre” 58,7% (64,2%) respondentów. Równie wysokie mają ankieterowani relacje z „rówieśnikami poza szkołą” 85,4% (87,9%). Natomiast złe relacje mieszczą się w założonym błędzie statystycznym dla tego typu badań (± 5 punktów procentowych). Z kolei średnie arytmetyczne dla wyborów „przeciętnie - ani dobrze, ani źle” wynoszą 14,2 punkty procentowe (14,3 punkty procentowe w badaniu z marca 2025 r.).

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Tablica nr 7. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole według typu szkoły w %, N=1236

lp	Typ relacji	Dobrze		Przeciętnie - ani dobrze, ani źle		Źle	
		VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe	VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe	VII i VIII klasy szkół podstawowych	szkoły ponadpodstawowe
1	Z nauczycielami	70,4	71,5	23,7	25,0	5,9	3,5
2	Z rodzicami	90,3	87,2	7,6	10,0	2,1	2,8
3	Z rówieśnikami poza szkołą	86,2	84,1	9,1	11,0	4,7	4,9
4	Z rówieśnikami w szkole	80,4	83,5	14,4	13,4	5,2	3,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Zdecydowana większość (90,3%) uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych (91,3% w badaniu z marca 2025 r.) „*dobrze*” oceniło swoje relacje z rodzicami oraz **87,2%** (87,4% w badaniu z marca 2025 r.) uczniów szkół ponadpodstawowych. Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły ma niewielki wpływ na ocenę relacji uczniów ze swoim środowiskiem, przy czym w ocenach „*dobrze*” mieszczą się w granicach **± 1,1 do 3,1 punktów procentowych** (w badaniu z marca 2025 r. **± 0,2 do 3,9 punktów procentowych**), „*źle*” **± 2,4 do 1 punkt procentowy** (w badaniu z marca 2025 r. **± 0,3 do 1,3 punktu procentowego**) oraz „*przeciętnie - ani dobrze, ani źle*” **± 0,2 do 2,4 punktów procentowych** (w badaniu z marca 2025 r. **± 0,2 do 3 punktów procentowych**).

Tablica nr 8. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole według płci, N=1098, dziewczyna N=431, chłopak N=667, w %

Ip	Typ relacji	Dobrze		Przeciętnie - ani dobrze, ani źle		Źle	
		Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak
1	Z nauczycielami	73,6	71,4	22,7	23,8	3,7	4,8
2	Z rodzicami	83,8	93,2	12,5	5,5	3,7	1,3
3	Z rówieśnikami poza szkołą	83,1	87,3	11,8	9,1	5,1	3,6
4	Z rówieśnikami w szkole	76,3	86,8	18,6	9,9	5,1	3,3

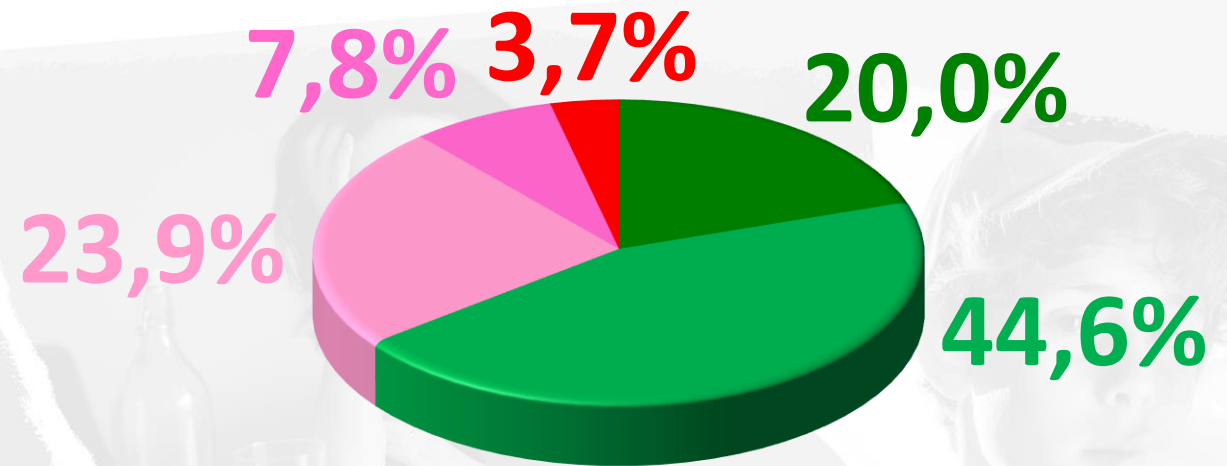
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma wpływ na polaryzację ocen relacji ankietowanych, aczkolwiek nie jest ona wysoka. „Dobrze” swoje relacje z rodzicami oceniło **93,2%** (93,4% w badaniu z marca 2025 r.) chłopców oraz **83,8%** (85,1% w badaniu z marca 2025 r.) dziewczyn, różnica o +9,4 punkty procentowe na rzecz chłopców (w badaniu z marca 2025 r. różnica o +8,3 punktów procentowych na rzecz chłopców). Chłopcy lepiej o 10,5 punktów procentowych (w badaniu z marca 2025 r. o 7,6 punktów procentowych) ocenili swoje relacje „z rówieśnikami w szkole” od dziewczyn. Dziewczyny z kolei „źle” oceniły swoje relacje z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą i rówieśnikami w szkole (gorzej od chłopców), aczkolwiek różnice te nie są istotne.

Wykres nr 20. Stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym, N=1236.

Pytanie 7. W jakim stopniu radzisz sobie ze stresem szkolnym?

- W bardzo dużym
- Raczej dużym
- Raczej małym
- W bardzo małym
- W ogóle sobie nie radzę



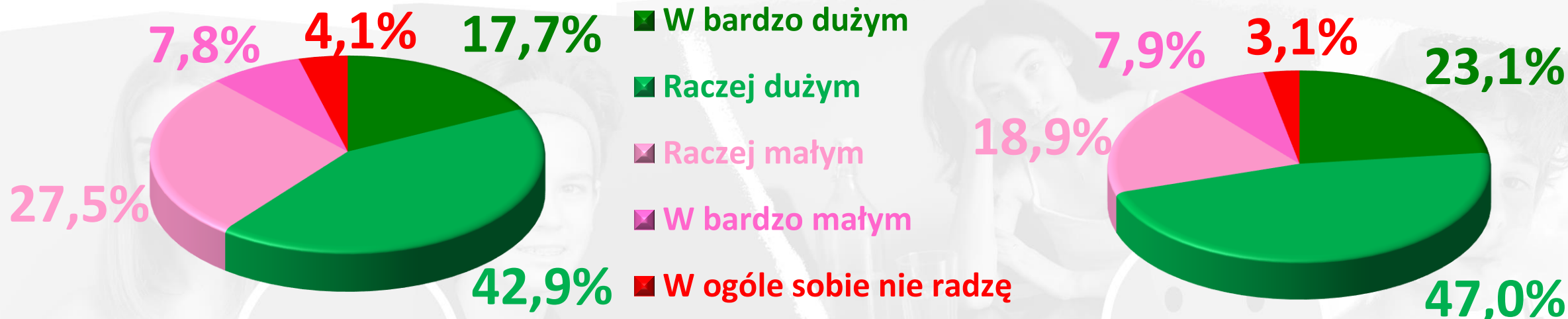
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

W pytaniu 7. kwestionariusza ankiety adolescenty mieli określić w pięciostopniowej skali Likerta, w jakim stopniu radzą sobie ze stresem szkolnym. Przyjmujemy, że stres szkolny u adolescentów to stan napięcia, lęku lub presji wywołany wymaganiami edukacyjnymi, relacjami rówieśniczymi oraz oczekiwaniami dorosłych. **Prawie dwie trzecie (64,6%)** ankietowanych adolescentów zadeklarowało, że radzi sobie ze stresem szkolnym, w tym co piąty (20,0%) respondent „w bardzo dużym stopniu” oraz „raczej dużym” 44,6% adolescentów. Z kolei mniej radzi sobie ze stresem szkolnym **31,7%** uczniów, w tym „raczej małym” 23,9% respondentów i „w bardzo małym” stopniu 7,8%. Natomiast „w ogóle sobie nie radzi” ze stresem szkolnym **3,7% adolescentów**. Należy odnotować, że stres jest naturalną reakcją na presję wyników czy zmianę szkoły. Przewlekły stres objawia się fizycznie (ból brzucha, głowy, nudności, przyspieszone bicie serca, tiki nerwowe, zaburzenia snu i apetytu), emocjonalnie i poznawczo (drażliwość, lęk, wybuchy złości, płaczliwość, pustka w głowie, trudności z koncentracją) oraz behawioralnie (unikanie szkoły, wycofanie, agresja, spadek motywacji), wpływając negatywnie na zdrowie i wyniki w nauce. Długotrwały stres szkolny może prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym do fobii szkolnej, zaburzeń lękowych, depresji oraz wypalenia uczniowskiego. Kluczowa jest wczesna pomoc, rozmowa z dzieckiem i wsparcie w budowaniu odporności psychicznej. Bardzo ważne jest u dzieci i młodzieży, aby już od najmłodszych lat rozwijać inteligencję emocjonalną i umiejętności rozwiązywania swoich problemów emocjonalnych.

Wykres nr 21. Stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

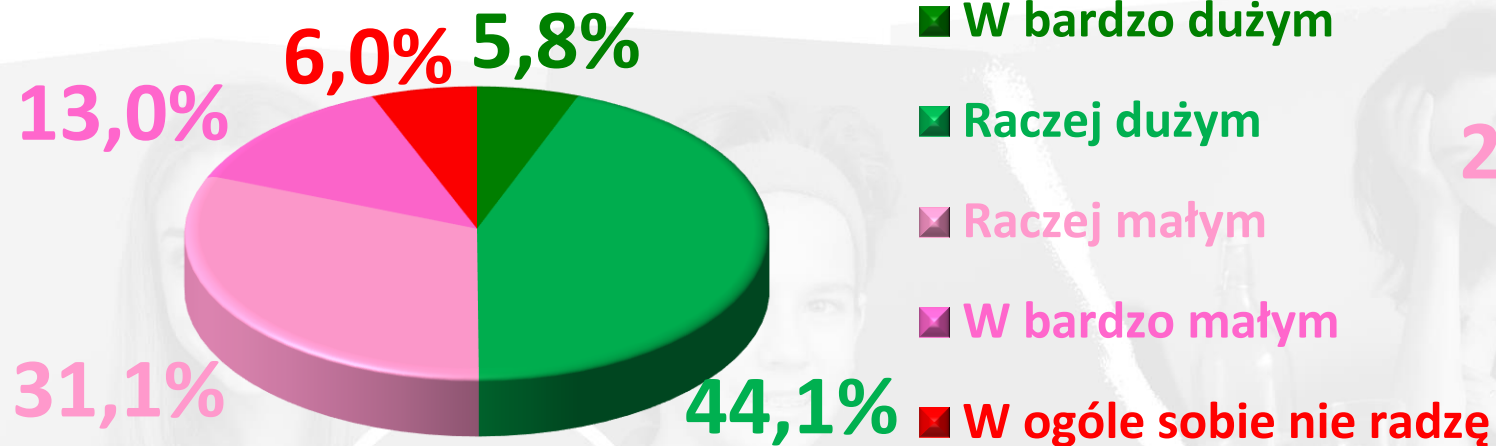
Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że stres szkolny różnicuje wybory respondentów w poszczególnych typach szkół. Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych o 9,5 punktów procentowych lepiej radzą sobie ze stresem szkolnym od respondentów z VII i VIII klas szkół podstawowych. Natomiast 35,3% uczniów szkół podstawowych w małym stopniu radzi sobie ze stresem szkolnym oraz 26,8% ankietowanych ze szkół ponadpodstawowych, czyli mniej o 8,5 punktów procentowych.

W codziennym życiu, również i w tym szkolnym, nie można uniknąć stresu, ważniejsza jest skuteczność radzenia sobie z nim. Jak podaje Kaja Nordengen („Mózg rządzi”) cyt. „... stres przed klasówką z chemii się przydaje, ponieważ pozwala nam się skupić ... Reakcja organizmu na stres na krótką metę okazuje się doskonała... natomiast zwiększona reakcja na stres utrzymująca się przez tygodnie lub lata jest natomiast szkodliwa... nie da się całkowicie wyeliminować stresu...”.

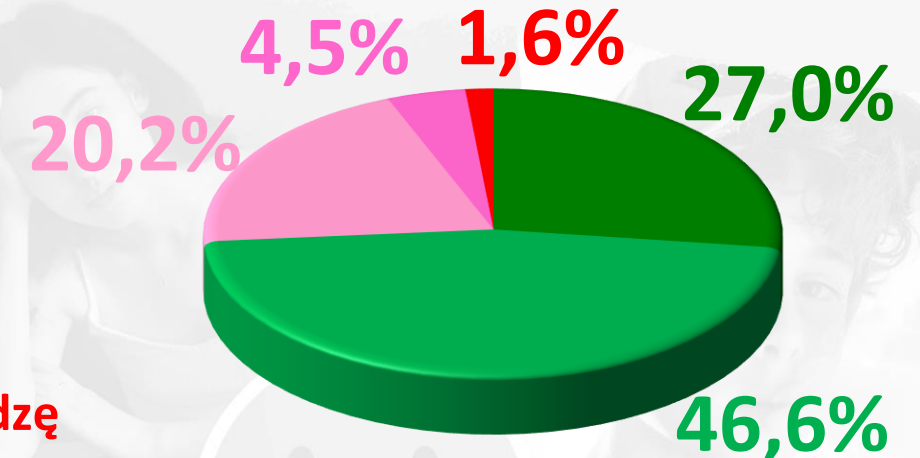
Stres, będący sposobem myślenia o tym, co nam się przydarza, można kontrolować, pod warunkiem nabycia odpowiednich umiejętności, a także wiedzy, która może pomóc w rozpoznaniu i wyeliminowaniu sytuacji stresowej oraz jej szkodliwych efektów.

Wykres nr 22. Stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym według płci, N=1098

Dziewczyna N=431



Chłopak N=667



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Należy odnotować, że płeć ma wpływ na stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym. **49,9% dziewczyn** zadeklarowało, że dobrze radzi sobie ze stresem szkolnym oraz **73,6% chłopców**, czyli **chłopcy lepiej sobie radzą ze stresem od dziewczyn o 24,5 punktów procentowych**. Z kolei **44,1% dziewczyn** w małym stopniu radzi sobie ze stresem szkolnym oraz **24,7% chłopców**, czyli dziewczyny w **mniejszym stopniu radzą sobie ze stresem o 16,4 punkty procentowe**. Natomiast „w ogóle sobie nie radzę” wskazało 6,0% dziewczyn i 1,6% chłopców

Skutki przewlekłego stresu mogą obejmować problemy z koncentracją, lęki, depresję oraz problemy z pamięcią. Warto pamiętać, że stres może również prowadzić do zaburzeń snu, a w skrajnych przypadkach może doprowadzić do chorób psychicznych. Ze stresem można sobie poradzić m.in. poprzez zdrowe strategie takie jak regularna aktywność fizyczna, odpoczynek i relaksacja oraz rozmowy z bliskimi osobami lub z psychologami, psychoterapeutami, pedagogami oraz w przypadku poważnych objawów należy skonsultować się z lekarzem psychiatrą. Nie wszyscy w równym stopniu radzą sobie ze stresem. Wydaje się, że kluczem jest rezyliencja, czyli umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i bolesnymi doświadczeniami. **Dalszy komentarz slajd 41**

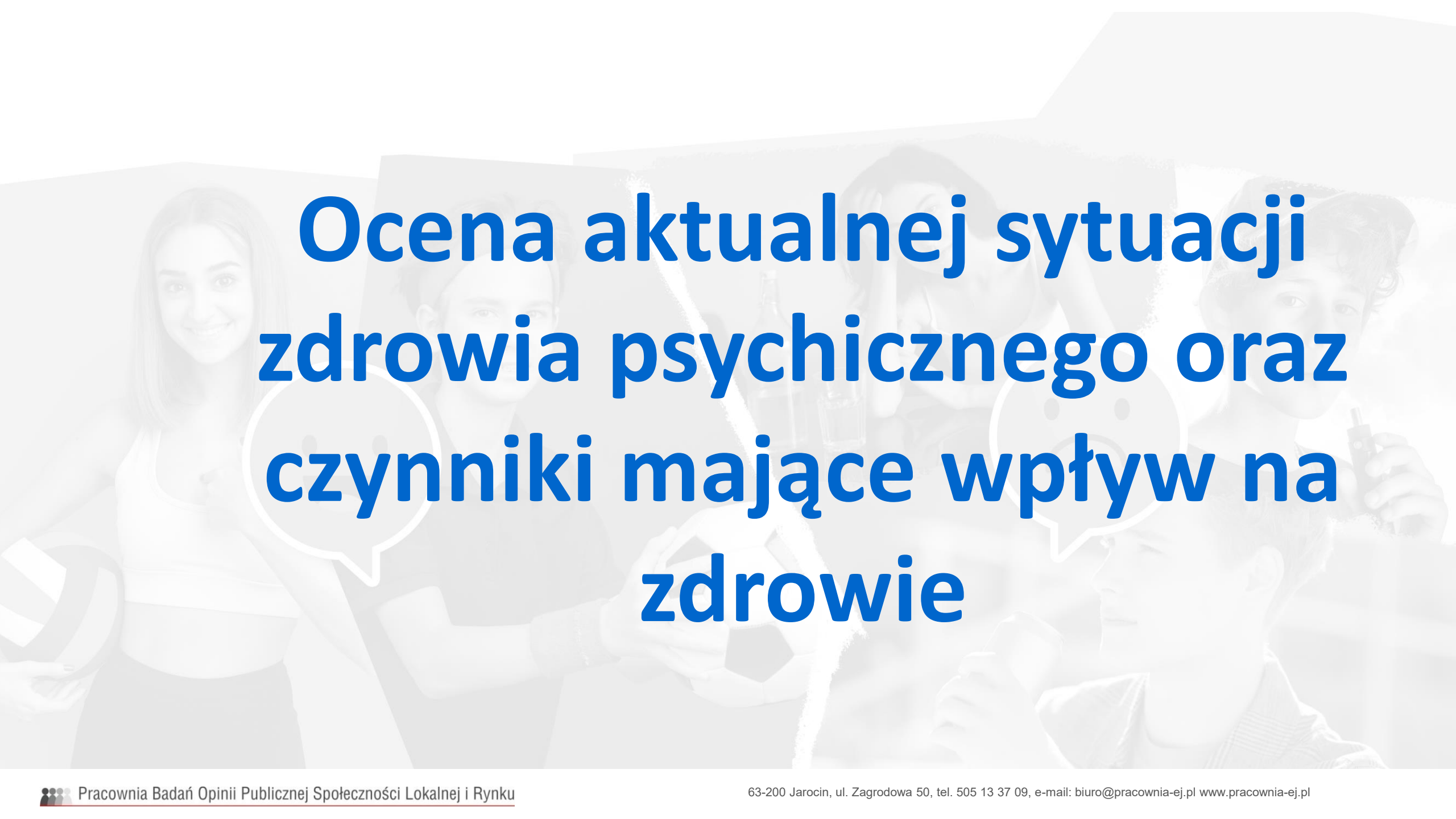
Rezyliencja, czyli umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i bolesnymi doświadczeniami

Słowo rezyliencja pochodzi z łaciny (resilire) i oznacza dosłownie: prężność, sprężystość, giętkość, odbić z powrotem, sprężycie odbić się. Rezyliencja to zdolność do przystosowywania się do sytuacji stresowych, plastyczność umysłu i pokonywania przeciwności życiowych, a także rozwijania się w trudnych warunkach. Rezyliencja jest to umiejętność wykorzystywania własnych, czasem dość trudnych doświadczeń, co pozytywnie wpływa na rozwój osobisty, a dodatkowo także na zwiększenie pewności siebie. To siła ciała, umysłu i charakteru, która pozwala właściwie reagować na przeciwności losu i napotykaną wyzwania. To, jak na nie reagujemy, wynika ze świadomie rozwijanej rezyliencji, która stanowi podstawę zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia.

Jak wykształcić tę umiejętność można się między innymi dowiedzieć z książek: Schiraldi Glenn R. „*Siła Rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu*” lub Hanson R., Hanson F. „*Rezyliencja. Jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia*”. Autorzy pokazują, jak rozwinąć 12 kluczowych dla niej kompetencji psychicznych: **współczucie, uważność, uczenie się, siłę charakteru, wdzięczność, wiarę w siebie, spokój, motywację, intymność, odwagę, dążenia i szczodrość.**

Interesującą pozycją uzupełniającą może być książka R. Hansona „*Szczęśliwy mózg. Wykorzystaj odkrycia neuropsychologii*”, w której autor przekonuje, że wystarczy kilka minut dziennie, aby dzięki ukrytej mocy codziennych doświadczeń zbudować nowe struktury neuronowe w mózgu i całkowicie zmienić swoje życie! W toku ewolucji ludzki mózg rozwinął się w taki sposób, by szybko się uczyć i wyciągać wnioski ze złych doświadczeń. Stanowił wewnętrzny system ostrzegania przed niebezpieczeństwami. Nastawienie na wychwytywanie zagrożeń pomagało naszym przodkom przetrwać - podaje R. Hanson. Dzisiaj nie musimy każdego dnia walczyć o życie, ale nasz mózg nadal działa tak samo - każdą negatywną sytuację uznaje za zagrożenie i „pamięta” o wiele dłużej niż pozytywne doświadczenie. Możemy jednak to zmienić i „zaprogramować” swój mózg tak, aby działał inaczej. Mózg jest plastyczny i doświadczenia mogą go kształtować. Zmienia się w zależności od tego, na czym się koncentrujemy. Jeśli nieustannie skupiasz się na zmartwieniach, zagrożeniach czy urazach, to stajesz się bardziej podatny na lęk, przygnębienie, smutek czy poczucie winy. Jeżeli zaś skoncentrujesz się na dobrych wydarzeniach, to twój mózg przybierze inny kształt, będzie „zaprogramowany” na siłę i odporność, realistycznie optymistyczne nastawienie, pozytywny nastrój oraz poczucie własnej wartości - przekonuje R. Hanson w swojej książce.





Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego oraz czynniki mające wpływ na zdrowie

Tablica nr 9. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego w %. Pytanie 9. Każdemu człowiekowi czasami zdarzają się sytuacje, które negatywnie wpływają na jego zdrowie psychiczne. Proszę wybrać zdanie, które najlepiej by pasowało, gdyby takie trudności spotkały właśnie Ciebie

Lp.	Wyszczególnienie	N=1236	Badanie z marca 2025 r. N=1105	Różnice +, -
1	Nie posiadam obecnie żadnych zmartwień i problemów mogących negatywnie wpłynąć na moje zdrowie psychiczne	24,8	29,7	-4,9
2	Zmagam się z drobnymi problemami, jednak nie mają one wpływu na moje zdrowie psychiczne	42,1	43,8	-1,7
3	Zmagam się z problemami, które negatywnie wpływają na moje zdrowie psychiczne i z tego powodu korzystam z pomocy specjalisty	8,3	5,8	2,5
4	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak nie wiem, do kogo mógłbym/mogłabym się zgłosić po pomoc	4,7	5,7	-1,0
5	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak uważam, że jestem w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić	20,1	15,0	5,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Pytanie przytoczono za badaniem pod kierunkiem dr hab. E. Paprzyckiej na próbie N=150, przedział wieku 18-30 lat „Świadomość samopoczucia psychicznego młodych Polaków i ich stosunek do osób chorych psychicznie” SGGW, Warszawa 2023

W pytaniu 9. kwestionariusza ankiety zwróciliśmy się do adolescentów o ocenę aktualnej sytuacji życiowej dotyczącej zmagania się z problemami zdrowia psychicznego. Wyniki naszych badań porównujemy do podobnego badania przeprowadzonego w szkołach jednej z gmin Południowej Wielkopolski w marcu 2025 r. Tylko co czwarty (24,8%) respondent (w badaniu z marca 2025 r. 29,7%) nie posiada obecnie żadnych zmartwień i problemów, które mogłyby negatywnie wpłynąć na ich zdrowie psychiczne. Z kolei więcej niż dwie piąte (42,1%) respondentów (w badaniu z marca 2025 r. 43,8%) zmagają się z drobnymi problemami, jednak nie wpływają one na ich stan psychiczny. Natomiast 8,3% adolescentów przyznało, iż zmagają się z problemami, które negatywnie wpływają na ich zdrowie psychiczne i z tego powodu korzystają z pomocy specjalisty (w badaniu z marca 2025 r. 5,8%). Z kolei 4,7% respondentów stwierdziło, że zmagają się z problemami, które negatywnie wpływają na ich psychikę, jednak nie wiedzą, do kogo mogliby się zwrócić po pomoc (w badaniu z marca 2025 r. 5,7%). Więcej niż co piąty (20,1%) respondent (w badaniu z marca 2025 r. 15,0%) zaznaczył odpowiedź twierdzącą, iż zmagają się z problemami, które negatywnie wpływają na ich zdrowie psychiczne, jednocześnie uważają, że są w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić. Należy odnotować, że w porównywanym badaniu z marca 2025 r. różnice w zasadzie mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych.

Tablica nr 10. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego według typu szkoły w %

Lp.	Wyszczególnienie	VII i VIII klasy szkół podstawowych N=727	szkoły ponadpodstawowe N=509	Różnice +, -
1	Nie posiadam obecnie żadnych zmartwień i problemów mogących negatywnie wpłynąć na moje zdrowie psychiczne	25,4	23,8	1,6
2	Zmagam się z drobnymi problemami, jednak nie mają one wpływu na moje zdrowie psychiczne	39,7	45,8	-6,1
3	Zmagam się z problemami, które negatywnie wpływają na moje zdrowie psychiczne i z tego powodu korzystam z pomocy specjalisty	8,8	7,5	1,3
4	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak nie wiem, do kogo się zgłosić po pomoc	5,5	3,5	2,0
5	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak uważam, że sam sobie z nimi poradzę	20,6	19,4	1,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że największa polaryzacja ocen aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego według typu szkoły wystąpiła przy stwierdzeniu „*zmagam się z drobnymi problemami, jednak nie mają one wpływu na moje zdrowie psychiczne*”. Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych częściej od ankietowanych z VII i VIII klas szkół podstawowych o 6,1 punktów procentowych wybrali to stwierdzenie. W pozostałych stwierdzeniach różnice są małe i wynoszą $\pm 1,2$ do 2 punktów procentowych i mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych.

Tablica nr 11. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego według płci w %, N=1098

Lp.	Wyszczególnienie	Dziewczyna N=431	Chłopak N=667	Różnice +, -
1	Nie posiadam obecnie żadnych zmartwień i problemów mogących negatywnie wpłynąć na moje zdrowie psychiczne	13,5	29,4	-15,9
2	Zmagam się z drobnymi problemami, jednak nie mają one wpływu na moje zdrowie psychiczne	37,3	47,1	-9,8
3	Zmagam się z problemami, które negatywnie wpływają na moje zdrowie psychiczne i z tego powodu korzystam z pomocy specjalisty	12,3	5,7	6,6
4	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak nie wiem, do kogo się zgłosić po pomoc	8,4	2,7	5,7
5	Zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak uważam, że sam sobie z nimi poradzę	28,5	15,1	13,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma wpływ na ocenę zdrowia psychicznego. Chłopcy zdecydowanie częściej o 15,9 punktów procentowych od dziewczyn wybrali odpowiedź, że „nie posiadam obecnie żadnych zmartwień i problemów mogących negatywnie wpłynąć na moje zdrowie psychiczne” (w badaniu z marca 2025 r. 22,6 punktów procentowych). Z kolei **dziewczyny częściej od chłopców o 13,4 punktów procentowych** wybrały stwierdzenie, że „zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak uważam, że jestem w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić” (w badaniu z marca 2025 r. 14,5 punktów procentowych). Natomiast więcej dziewczyn niż chłopców o 6,6 punktów procentowych zadeklarowało, że „zmagam się z problemami, które negatywnie wpływają na moje zdrowie psychiczne i z tego powodu korzystam z pomocy specjalisty” (w badaniu z marca 2025 r. o 7 punktów procentowych) oraz o 5,7 punktów procentowych więcej dziewczyn od chłopców stwierdziło, że „zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak nie wiem, do kogo mógłbym/mogłabym się zgłosić po pomoc” (w badaniu z marca 2025 r. o 3,9 punktów procentowych).

Tablica nr 12. Czynniki mające wpływ na zdrowie w %, N=1236. Pytanie 10. Jakie czynniki Twoim zdaniem wpływają przede wszystkim na stan zdrowia (psychicznego)?

Lp	Czynniki mające wpływ na zdrowie	N=1236 *	Badanie z marca 2025 r. N=1105	Model Lalonde'a
1	Aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) czy zachowania seksualne	31	30	53
2	Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie przez degradację środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych, w tym socjoekonomiczne, obejmujące środowisko życia i pracy	22	24	21
3	Czynniki genetyczne i płeć , które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych	21	23	16
4	Organizacja opieki medycznej, dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej	26	24	10

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* * Ranking na podstawie odpowiedzi twierdzących (odpowiedzi twierdzące dla danego czynnika w stosunku do wszystkich odpowiedzi twierdzących)

W pytaniu 10. zamierzono sprawdzić, jaki jest stan świadomości badanej młodzieży na temat czynników mających wpływ na zdrowie człowieka w odniesieniu do modelu holistycznego, biopsychospołecznego determinantu (czynnika warunkującego) zdrowia opracowany w 1974 roku przez Bluma i Lalonde'a, który miał wpływ na powstanie szeregu międzynarodowych programów promocji zdrowia (w tym I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku w Ottawie, programu Światowej Organizacji Zdrowia „Zdrowie dla wszystkich w roku 2000” oraz szeregu europejskich programów promocji zdrowia itd.). Wprawdzie styl życia znalazł się w wyborach respondentów na pierwszym miejscu, aczkolwiek dalece niewystarczającym do omawianego modelu (31%, w badaniu z marca 2025 r. 30%, do 53% Lalonde'a, czyli o 22 punkty procentowe mniej niż w modelu). Natomiast pozostałe czynniki zdrowia zostały przeszacowane. Szczególnie wysoko o 16 punktów procentowych „organizacja opieki medycznej, dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej” oraz „czynniki genetyczne i płeć, które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych” zostały przeszacowane o 5 punktów procentowych do modelu Lalonde'a. Natomiast „negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie...” zostało przeszacowane o 1 punkt procentowy do modelu Lalonde'a. Należy odnotować, że różnice w odpowiedziach między aktualnymi badaniami do badania z marca 2025 r. są niewielkie. **(Komentarz do czynników wpływających na zdrowie)**

Komentarz do czynników wpływających na zdrowie

Dlaczego model zdrowia Marca Lalonde jest ważny? *Ponieważ przed raportem Lalonde'a uważano, że zdrowie zależy głównie od lekarzy i szpitali.*

Marc Lalonde był kanadyjskim ministrem zdrowia i opieki społecznej. Czasy jego pracy w ministerstwie przeszły do historii dzięki opublikowanemu w 1974 roku raportowi o tytule „A New Perspective on the Health of Canadians” (Nowa perspektywa dla zdrowia Kanadyjczyków) w którym przedstawił koncepcję „pól zdrowia”. Punktem wyjścia dla tej koncepcji była definicja zdrowia, która opisywała je jako wynik działania czynników związanych z dziedziczeniem genetycznym, środowiskiem, stylem życia i opieką medyczną. *Koncepcja Lalonde'a została potwierdzona za sprawą przeprowadzonego w Stanach Zjednoczonych programu badań nad czynnikami ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.* Wyniki tego badania, które rozpoczęło się w 1948 roku, pozwoliły uszeregować pola zdrowotne Lalonde'a według wielkości ich wpływu na stan zdrowia. *Model ten przeniósł ciężar odpowiedzialności na profilaktykę i promocję zdrowia, co stało się fundamentem nowoczesnego podejścia do zdrowia publicznego na świecie. Model zdrowia Marca Lalonde'a, wywarł fundamentalny wpływ na świadomość zdrowotną, przesuwając punkt ciężkości z leczenia na profilaktykę i osobistą odpowiedzialność za zdrowie.*

Determinanty modelu Lalonde'a na świadomość zdrowotną:

Przesunięcie odpowiedzialności na jednostkę: model uzmysłowił społeczeństwu, że styl życia (dieta, aktywność fizyczna, używki, radzenie sobie ze stresem) ma największy (ok. 53%) wpływ na zdrowie. Fakt ten sprawił, że ludzie zaczęli coraz częściej postrzegać swoje codzienne nawyki jako główny czynnik chorób lub zdrowia.

Promocja stylu życia jako inwestycji: dzięki koncepcji Lalonde'a wzrosła świadomość, że zdrowe nawyki, profilaktyka i badania kontrolne to „inwestycja”, która procentuje mniejszym ryzykiem chorób przewlekłych i wyższą jakością życia.

Zmiana postrzegania roli opieki zdrowotnej: model wykazał, że systemy opieki zdrowotnej mają stosunkowo mały wpływ na ogólny stan zdrowia (ok. 10%) społeczeństwa, mimo że pochłaniają większość nakładów. Ten argument doprowadził do debaty publicznej o sensowności inwestowania w profilaktykę, a nie tylko w leczenie skutków.

Wzrost znaczenia czynników środowiskowych: świadomość zdrowotna została poszerzona o wpływ środowiska fizycznego i społecznego (ok. 20% wpływu), co przyczyniło się do wzrostu zainteresowania m.in. jakością powietrza czy hałasem.

Rozwój promocji zdrowia: raport Lalonde'a stał się fundamentem dla nowoczesnej promocji zdrowia, zachęcając do kampanii edukacyjnych (np. walka z paleniem, piciem alkoholu, narkotykami, aktywność fizyczna, sposób odżywiania) mających na celu zmianę postaw społeczeństwa.

Dlaczego ważna jest świadomość zdrowia? *Jest wiele determinantów świadomości zdrowia, a jednym z nich powinna być wiedza, jak wiele z tych czynników kształtujemy my sami - dbając należycie o swoje zdrowie. Dlatego warto mieć ich świadomość, aby móc popracować nad swoim zdrowiem. Przy okazji warto wiedzieć, że system opieki zdrowotnej pochłania 90% nakładów na ochronę zdrowia, a ma tylko 10% wpływu na redukcję umieralności. Natomiast nakłady na kształtowanie stylów życia, edukację zdrowotną pochłaniają tylko 1,5%, a mają 40% wpływu na obniżenie umieralności.*

**Tablica nr 13. Czynniki mające wpływ na zdrowie według typu szkoły, VII i VIII klasy szkół podstawowych
N= 727, szkoły ponadpodstawowe N=509, w % N=1236**

Lp.	Czynniki mające wpływ na zdrowie	Typ szkoły	w %	Model Lalonda
1	Aktywność fizyczna, sposób odżywiania się , umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) czy zachowania seksualne	podstawowe	32	53
		ponadpodstawowe	31	
2	Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie przez degradację środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych, w tym socjoekonomiczne, obejmujące środowisko życia i pracy	podstawowe	20	21
		ponadpodstawowe	23	
3	Czynniki genetyczne i płeć , które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych	podstawowe	22	16
		ponadpodstawowe	21	
4	Organizacja opieki medycznej , dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej	podstawowe	27	10
		ponadpodstawowe	25	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*, * Ranking na podstawie odpowiedzi twierdzących (odpowiedzi twierdzące dla danego czynnika w stosunku do wszystkich odpowiedzi twierdzących)

Typ szkoły tylko w niewielkim stopniu różnicuje wypowiedzi adolescentów w sprawie czynników mających wpływ na zdrowie. Ankietowani ze szkół ponadpodstawowych częściej o 3 punkty procentowe od respondentów z VII i VIII klas szkół podstawowych wskazali na „*negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie przez degradację środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych, w tym socjoekonomiczne, obejmujące środowisko życia i pracy*”. Należy odnotować, że wybory adolescentów w tym obszarze czynników wpływających na zdrowie są najbardziej zbliżone do modelu Lalonde’a (± 2 punkty procentowe). Tylko jeden punkt procentowy dzieli ankietowanych przy wyborze wpływu na zdrowie „*czynników genetycznych i płci, które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych*” według typu szkoły. Respondenci w stosunku do modelu Lalonde’a przeszacowali ten czynnik o + 5 - 6 punktów procentowych. Uczniowie szkół podstawowych częściej o 2 punkty procentowe od swych starszych koleżanek i kolegów wskazali, że wpływ na zdrowie ma „*organizacja opieki medycznej, dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej*”. Wskazania te zostały przeszacowane o + 15-17 punktów procentowych w stosunku do modelu Lalonde’a. Wprawdzie różnice w wyborach adolescentów z obu typów szkół są minimalne i wynoszą 1 punkt procentowy, to styl życia został przez nich wyraźnie niedoszacowany o 21-22 punkty procentowe, w stosunku do modelu Lalonde’a.

Tablica nr 14. Czynniki mające wpływ na zdrowie według płci, w %, N=1098

Lp.	Czynniki mające wpływ na zdrowie	Płeć	N=1098	Model Lalonde'a
1	Aktywność fizyczna, sposób odżywiania się , umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) czy zachowania seksualne	dziewczyna	31	53
		chłopak	32	53
2	Negatywne oddziaływanie środowiska na zdrowie przez degradację środowiska naturalnego, promieniowania jonizującego, hałasu, szkodliwych substancji chemicznych oraz czynników biologicznych, w tym socjoekonomiczne, obejmujące środowisko życia i pracy	dziewczyna	22	21
		chłopak	22	21
3	Czynniki genetyczne i płeć , które mogą powodować dziedziczne predyspozycje do wystąpienia określonych chorób czy problemów zdrowotnych	dziewczyna	22	16
		chłopak	21	16
4	Organizacja opieki medycznej , dostępność, jakość, zasoby opieki medycznej	dziewczyna	27	10
		chłopak	25	10

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*, * Ranking na podstawie odpowiedzi twierdzących (odpowiedzi twierdzące dla danego czynnika w stosunku do wszystkich odpowiedzi twierdzących)

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć tylko w niewielkim stopniu różnicuje wypowiedzi respondentów w sprawie czynników mających wpływ na zdrowie. Różnice w wyborach ankietowanych ze względu na płeć wynoszą ± 1 punkt procentowy i mieszczą się w granicach przyjętego błędu szacunkowego ± 5 punktów procentowych.

Warto podkreślić, że „*aktywność fizyczna, sposób odżywiania się, umiejętności radzenia sobie ze stresem, stosowanie używek (nikotyna, alkohol, środki psychoaktywne) czy zachowania seksualne*” składają się na styl życia, na który człowiek ma bezpośredni wpływ, co pozwala na świadome kształtowanie swojego stanu zdrowia.

Czynniki mające wpływ na zdrowie

Można przypuszczać, że rozkład tych wyborów świadczy o braku wiedzy ankietowanych i był dokonany raczej intuicyjnie. Warto podkreślić, że w pytaniu o czynniki, które wpływają przede wszystkim na stan zdrowia, zawarte są również pytania o czynniki wpływające na stan zdrowia psychicznego, ponieważ między zdrowiem psychicznym a fizycznym istnieją głębokie, nierozzerwalne więzi. Zdrowie fizyczne i psychiczne to dwie strony tej samej monety. Nie można dbać o jedno, zaniedbując drugie. Wszystko to, co dzieje się w naszym umyśle, ma bezpośredni wpływ na nasze ciało i odwrotnie.

Na stronie UNICEF w artykule „*Czym jest zdrowie psychiczne i jak o nie dbać*” czytamy, że zdrowie psychiczne stanowi element naszego zdrowia i dobrostanu, pozwala nam zrozumieć nasze umiejętności, radzić sobie z codziennym życiem, angażować się w działania naszej społeczności, budować relacje i kształtować świat, w którym żyjemy. Może wahać się od bardzo dobrego samopoczucia do przygnębienia. Zwykle znajdujemy się gdzieś pomiędzy tymi stanami. Akceptacja siebie jest pierwszym krokiem w budowaniu środowiska, w którym wszyscy czujemy się bezpieczni, ważni i wartościowi. Dbanie o nasze zdrowie psychiczne to podróż, w której doświadczamy wznoszeń i upadków, ale zawsze możemy robić małe kroki, aby je chronić. Nasze zdrowie psychiczne zmienia się każdego dnia, jednak ćwicząc konkretne umiejętności, możemy przygotować się na różne wyzwania, które stawia przed nami życie i odpowiednio zadbać o nasze zdrowie. Trudno nie zgodzić się z autorem przytoczonego artykułu, że osoba charakteryzująca się dobrym zdrowiem psychicznym: rozumie swoje możliwości, potrafi radzić sobie z codziennym stresem w prawidłowy sposób, stawia czoła wyzwaniom, dba o relacje z innymi ludźmi. Efektywnie uczy się oraz potrafi cieszyć się z życia i wnosi nowe wartości do swojej społeczności.

W programach psychoedukacji młodzieży zaleca się zwrócenie uwagi na promocję zdrowia, w tym profilaktykę zdrowia psychicznego, która służy nie tylko zapobieganiu problemom psychicznym, lecz także wspieraniu zdrowego funkcjonowania psychicznego. Warto pamiętać, że kluczowym narzędziem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, w tym psychoedukacja prowadzona w szkołach.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że modele promocji zdrowia, mimo ponadpięćdziesięcioletniej tradycji w przestrzeni publicznej, nie dotarły jeszcze do świadomości ankietowanych w zadowalającym stopniu. Zaleca się, aby w tematach psychoedukacji szczególną uwagę poświęcić treściom, które wzbogacą wiedzę młodzieży w tym obszarze.

Tablica nr 15. Hierarchia długotrwałych, ryzykownych zachowań, zdarzeń, sytuacji i myśli adolescentów mogących mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne w %, N=1236. Pytanie 12. Czy doświadczyłeś/aś w ostatnich sześciu miesiącach następujących zdarzeń, sytuacji i myśli?

Lp.	Wyszczególnienie	Tak	Częstość	Nie
1	Odczuwam ciągłe zmęczenie	50,8	628	49,2
2	Odczuwam drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi	47,2	584	52,8
3	Mam problemy ze snem	45,0	556	55,0
4	Doświadczam agresji słownej	37,5	463	62,5
5	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu nauczycieli	29,2	361	70,8
6	Odczuwam wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej	24,8	306	75,2
7	Oglądam pornografię	19,6	242	80,4
8	Oglądam w sieci materiały prezentujące przemoc	19,0	235	81,0
9	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów	18,0	222	82,0
10	Mam powracające myśli samobójcze	15,2	188	84,8
11	Odczuwam lęk przed odłączeniem z sieci (FOMO ang. fear of missing out)	12,3	152	87,7
12	Doświadczam agresji fizycznej	12,2	151	87,8
13	Doświadczam nękania w Internecie (cyberprzemoc)	8,2	101	91,8
14	Nadużywam substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.)	7,9	98	92,1
15	Okaleczam swoje ciało	7,8	97	92,2
16	Biorę lekarstwa mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające)	7,8	96	92,2
17	Podejmowałem/am próby samobójcze	6,0	74	94,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Ankietowani najczęściej (50,8%) doświadczają agresji słownej. Na drugim i trzecim miejscu znajdują się stwierdzenia „*odczuwam drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi*” (47,2%) i „*mam problemy ze snem*” (45,0%) oraz na czwartym miejscu „*doświadczam agresji słownej*” (werbalna: wyzwiska, obgadywanie, kłótnie, wyśmiewanie, gnębienie), która może być przyczyną wyrażania złości i frustracji (37,5%). Z kolei na trzech ostatnich (spośród 17 wymienionych zdarzeń, sytuacji i myśli) znalazły się stwierdzenia: „*okaleczam swoje ciało*” (7,8%, tj. 97 uczniów), „*biorę lekarstwa mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające)*” (7,8%, tj. 96 uczniów) oraz „*podejmowałem/am próby samobójcze*” (6,0%, tj. 74 uczniów).

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -a

W pytaniu 12. zostało wyartykułowanych 17 stwierdzeń, które w różnym stopniu mogą mieć wpływ na stany emocjonalne i być może w przyszłości na zaburzenia psychiczne badanej populacji adolescentów. Z całą pewnością w zamiarze autora komentarze nie stanowią diagnoz z obszaru wiedzy medycznej, psychologicznej czy psychoterapeutycznej, a dotyczą zagadnień z socjologii medycyny o zadeklarowanych postawach wobec wachlarza, zdarzeń, sytuacji i myśli, jakich doświadczyli ankietowani w ostatnich sześciu miesiącach. W konsekwencji takiego podejścia przytaczamy informacje o możliwych skutkach i objawach tych doświadczeń przez adolescentów w celu łatwiejszego zrozumienia ich własnych stanów emocjonalnych i fizycznych, w kontekście psychoedukacji dążącej do kształtowania zachowań i kompetencji zdrowotnych.

Autorytarnie dokonano podziału 17 stwierdzeń na pięć grup.

Pierwsza grupa objawów psychofizycznych takich jak: problemy ze snem (12.8.), ciągłe zmęczenie (12.10.) oraz drażliwość, osłabienie koncentracji i uwagi (12.11.).

Druga grupa uzależnienia od: lekarstw, lekomania - branie lekarstw mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające) (12.1.), substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki) (12.9.), oglądanie pornografii (12.14.).

Trzecia grupa przemoc w sieci: nękanie w Internecie (cyberprzemoc) (12.4.), oglądanie w sieci materiałów prezentujących przemoc (12.15.) oraz lęk przed odłączeniem w sieci (12.12.).

Czwarta grupa agresji i fobii szkolnych: agresji fizycznych (12.2.), słownych (12.3.), niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów (12.5.), niechęć chodzenia do szkoły z powodu nauczycieli (12.6.) oraz wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej (12.13.).

Piąta grupa autodestrukcji i zachowań suicydalnych: powracające myśli samobójcze (12.7.), okaleczanie swojego ciała (12.16.) oraz próby samobójcze (12.7.)

Ad.1. Mam problemy ze snem (**45,0%**), odczuwam ciągłe zmęczenie (**50,8%**) i odczuwam drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi (**47,2%**) wskazań. Należy odnotować, że prawie połowa ankietowanych doświadcza tych niebezpiecznych objawów psychofizycznych, które można sklasyfikować w psychologii i medycynie jako zaburzenia lękowe i uogólnione (GAD), dystymia lub depresja, zespół przewlekłego zmęczenia (CFS/ME), neurastenii oraz przyczyny somatyczne (medyczne). Warto podkreślić, że literatura przedmiotu podaje możliwe przyczyny tych objawów i skutków:

✓ **niedobory składników odżywczych** - brak żelaza (anemia), magnezu, witaminy B12 lub witaminy D3 często objawia się przewlekłym wyczerpaniem i problemami z pamięcią,

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15-b

- ✓ **zaburzenia metaboliczne i hormonalne** - długotrwałe problemy ze snem i stres (objawiający się drażliwością) mogą prowadzić do wzrostu poziomu kortyzolu, co sprzyja tyciu, nadciśnieniu oraz zwiększa ryzyko cukrzycy typu 2, problemy z tarczycą (np. niedoczynność), zaburzenia poziomu progesteronu czy cukrzyca mogą drastycznie obniżać poziom energii,
- ✓ **zdrowie psychiczne** - takie objawy są charakterystyczne dla nerwicy neurastenicznej, depresji, zaburzeń lękowych oraz wypalenia zawodowego, są często sygnałami ostrzegawczymi przed epizodem depresyjnym lub zaburzeniami lękowymi.
- ✓ **styl życia** - przewlekły stres, brak higieny snu, odwodnienie oraz brak aktywności fizycznej (szczególnie przy pracy umysłowej) to częste czynniki pogarszające koncentrację,
- ✓ **inne schorzenia** - zmęczenie może być powikłaniem po infekcjach lub objawem zespołu przewlekłego zmęczenia (CFS/ME). CFS (ang. chronic fatigue syndrome), czyli zespołu przewlekłego zmęczenia. Specjaliści zajmujący się badaniem tego problemu podkreślają, że jest to odrębna jednostka chorobowa, która w Polsce jest jeszcze stosunkowo mało znana.

Chroniczne zmęczenie to problem, z którym boryka się wiele osób, zarówno starszych, jak i młodszych, kobiet i mężczyzn. Czasem jest to po prostu efekt przemęczenia - za mało snu, za dużo pracy i obowiązków. Wówczas wystarczy odpoczynek i regeneracja sił. Zdarza się jednak, że ciągłe zmęczenie, nadmierna senność i brak energii mogą być symptomami poważniejszych problemów ze zdrowiem.

Ad.2. *Biorę lekarstwa mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające) (7,8%), nadużywam substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.) (7,9%) oraz oglądam pornografię (19,6%).*

Co może oznaczać dla nastolatka branie leków mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające)? Przyjmowanie leków uspokajających i nasennych przez nastolatka, który twierdzi, że nie ma objawów choroby, jest sygnałem alarmowym. Może to oznaczać: **lekomanię (uzależnienie)**: adolescent może odczuwać przymus zażywania substancji, aby poczuć się „normalnie” lub by uniknąć lęku, mimo braku konkretnej dolegliwości fizycznej. **Mechanizm ucieczkowy**: leki mogą służyć jako sposób na odcięcie się od trudnych emocji, stresu szkolnego czy problemów relacyjnych, których adolescent nie nazywa „chorobą”. **Eksperymentowanie z odurzeniem**: część adolescentów stosuje ogólnodostępne leki (także te bez recepty) w dawkach znacznie przekraczających zalecenia terapeutyczne, aby wywołać stan euforii lub odurzenia.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -c

Ukryte zaburzenia psychiczne: brak „widocznych” objawów nie oznacza ich braku. Nastolatek może w ten sposób „samoleczyć” narastające stany lękowe, fobie społeczne lub bezsenność, o których boi się powiedzieć dorosłemu. Jak podaje literatura przedmiotu do głównych zagrożeń należą: **szybkie uzależnienie:** leki uspokajające i nasenne (szczególnie benzodiazepiny) wywołują silną zależność fizyczną i psychiczną. **Uszkodzenia narządów:** nawet leki bez recepty w nadmiarze niszczą wątrobę i nerki. **Ryzyko przedawkowania:** łączenie tych środków z innymi substancjami może prowadzić do niebezpiecznych zatruc, a nawet śmierci.

W grupie uzależnień znalazły się deklaracje adolescentów o nadużywaniu substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.). Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez nastolatków prowadzi do gwałtownych zmian w zachowaniu oraz trwałych uszkodzeń rozwijającego się organizmu. Według najnowszego Raportu ESPAD 2024 substancje te (alkohol, nikotyna, narkotyki) negatywnie wpływają na niemal każdy aspekt życia młodego człowieka.

1. Typowe objawy (sygnały ostrzegawcze)

Objawy mogą różnić się w zależności od substancji, ale wspólne dla większości uzależnień u adolescentów są:

- ✓ **Zmiany behawioralne:** nagłe pogorszenie ocen, wagary, unikanie kontaktu wzrokowego, izolowanie się od rodziny, zmiana grupy znajomych oraz utrata zainteresowań.
- ✓ **Objawy fizyczne:** rozszerzone lub zwężone źrenice, drżenie rąk, nagłe zmiany wagi, zaniedbanie higieny, przewlekły katar (przy wciąganiu substancji) lub problemy z uzębieniem.
- ✓ **Zmiany nastroju:** silna drażliwość, agresja, stany euforyczne na przemian z apatią i depresją.

2. Skutki zdrowotne i psychiczne

Mózg nastolatka jest w fazie intensywnego rozwoju, co czyni go szczególnie podatnym na toksyny:

- ✓ **Uszkodzenia mózgu:** alkohol i narkotyki niszczą połączenia międzykomórkowe, co prowadzi do problemów z koncentracją, pamięcią oraz spowolnienia procesów myślowych.
- ✓ **Zaburzenia psychiczne:** występuje zwiększone ryzyko wystąpienia depresji, stanów lękowych, a w przypadku zażywania marihuany i stymulantów (do najpopularniejszych należą kofeina, nikotyna, a silniejsze to amfetamina i kokaina) - epizodów psychotycznych.
- ✓ **Choroby somatyczne:** długofalowe nadużywanie prowadzi do chorób wątroby, serca, płuc (w tym nowotworów) oraz osłabienia układu odpornościowego.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -d

3. Skutki społeczne i prawne

- ✓ **Problemy z prawem:** kradzieże w celu zdobycia środków na używki, bójki lub posiadanie nielegalnych substancji,
- ✓ **Izolacja społeczna:** zerwanie zdrowych relacji z rówieśnikami i rodzicami na rzecz toksycznego środowiska związanego z używkami,
- ✓ **Zaburzony start w dorosłość:** przerwanie edukacji i trudności w budowaniu trwałych relacji w przyszłości.

Ad.3. Cyberprzemoc (8,2% wskazań) wywołuje u adolescentów szeroki wachlarz negatywnych konsekwencji, które specjaliści dzielą na sferę **psychiczną, fizyczną oraz psychosomatyczną**. **Skutki psychiczne i emocjonalne** mogą mieć charakter długofalowy, rzutując na dorosłe życie. Do tych konsekwencji zaliczyć należy: **zaburzenia nastroju** (silne poczucie osamotnienia, smutek, bezradność oraz upokorzenie), **depresja i lęk** (znacznie wyższe ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych oraz stanów lękowych w porównaniu do rówieśników niebędących ofiarami przemocy), **niska samoocena** (utrata poczucia własnej wartości, wstyd, negatywny obraz własnego ciała) oraz **myśli i zachowania autodestrukcyjne** (zwiększone ryzyko samookaleczeń, myśli samobójczych oraz prób odebrania sobie życia).

Natomiast skutki fizyczne i psychosomatyczne cyberprzemocy wywołują szereg reakcji organizmu takich jak: **zaburzenia snu** (trudności z zasypianiem, bezsenność oraz przewlekłe zmęczenie), **dolegliwości bólowe** (nawracające bóle głowy i brzucha bez wyraźnej przyczyny medycznej), **zaburzenia odżywiania** (zwiększona podatność na rozwój niezdrowych nawyków żywieniowych). Cyberprzemoc ma istotny wpływ na **funkcjonowanie społeczne i edukacyjne** wyrażające się w izolacji (wycofanie się z kontaktów rówieśniczych i unikanie sytuacji społecznych), **problemy w nauce** (trudności z koncentracją, spadek wyników w szkole oraz absencja wynikająca ze strachu przed rówieśnikami), **ryzykowne zachowania** (sprawcy cyberprzemocy oraz niektóre ofiary mogą wykazywać skłonność do nadużywania substancji psychoaktywnych i *zachowań delikwentnych* - czyny niezgodne z normami prawnymi lub społecznymi, obejmujące łamanie zasad, wandalizm, agresję oraz drobne przestępstwa, często obserwowane u młodzieży. W kontekście prawnym (delikt) odnoszą się do czynów niedozwolonych (winy umyślnej lub nieumyślnej), powodujących szkody, za które grozi odpowiedzialność cywilna oraz prób odebrania sobie życia).

Do grupy trzeciej zaliczono również oglądanie w sieci materiałów prezentujących przemoc (12.15.), na które wskazało 19,6% ankietowanych. Ekspozycja nastolatków na materiały prezentujące przemoc w sieci wiąże się z szeregiem negatywnych skutków psychologicznych, behawioralnych i neurologicznych. Badania neuroobrazowe sugerują, że nadmierna ekspozycja na przemoc w mediach może wpływać na rozwój obszarów mózgu odpowiedzialnych za kontrolę emocji, powodując osłabienie kontroli hamującej, która może doprowadzić do upośledzenia rozwoju kory przedczołowej, co utrudnia panowanie nad reakcjami impulsywnymi i agresywnymi.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -e

Do głównych skutków i objawów oglądania przemocy w sieci należą:

Skutki psychologiczne i emocjonalne

- **Desensytyzacja** (znieczulenie, odwrażliwienie): regularny kontakt z brutalnymi treściami powoduje spadek wrażliwości emocjonalnej na cierpienie innych oraz „*uodpornienie*” na groźbę przemocy.
- **Oslabienie empatii**: adolescenti (nastolatki) mogą mieć trudności z identyfikowaniem bólu i cierpienia ofiar w świecie rzeczywistym,
- **Wzrost lęku i niepokoju**: ekspozycja na przemoc może wywoływać chroniczny stres, poczucie zagrożenia oraz tzw. „*syndrom złośliwego świata*”, w którym otoczenie postrzegane jest jako bardziej niebezpieczne niż w rzeczywistości.

Zmiany w zachowaniu (objawy)

- **Wzrost agresji**: badania wskazują na bezpośredni związek między oglądaniem przemocy a nasileniem agresywnych myśli, gniewu oraz zachowań werbalnych i fizycznych,
- **Naśladownictwo**: młodzież może kopiować zachowania agresorów, szczególnie jeśli przemoc w sieci jest prezentowana jako skuteczny sposób rozwiązywania problemów lub nie wiąże się z karą,
- **Zaburzenia kontroli impulsów**: silne reakcje emocjonalne i trudności z hamowaniem gwałtownych zachowań,
- **Wycofanie społeczne**: izolacja od rówieśników i rodziny na rzecz świata wirtualnego.

Skutki poznawcze i rozwojowe

- ✓ **Zmiana norm społecznych**: przemoc zaczyna być postrzegana jako akceptowalna norma lub standardowa metoda interakcji społecznej,
- ✓ **Problemy z nauką**: trudności z koncentracją oraz pogorszenie wyników w nauce wynikające z obciążenia psychicznego drastycznymi treściami,
- ✓ **Uruchomienie predyspozycji do zaburzeń**: długotrwała ekspozycja może sprzyjać rozwojowi depresji, fobii społecznych czy zaburzeń osobowości.

Warto zwrócić uwagę na patotreści (materiały prezentujące zachowania ryszotkowe, przemoc i upokarzanie), które według raportów śledzi nawet co trzeci starszy nastolatek w Polsce. Więcej informacji o profilaktyce można znaleźć w poradniku Bezpieczeństwo dzieci online (NASK).

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -f

Skutki i objawy dla adolescentów lęku przed odłączeniem z sieci (12,3% wskazań)

Lęk przed odłączeniem od sieci (często utożsamiany z syndromem **FOMO** - *Fear of Missing Out*) objawia się u adolescentów zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej, prowadząc do długofalowych negatywnych skutków w ich rozwoju.

Objawy lęku przed odłączeniem z sieci

- **Przymus ciągłego sprawdzania powiadomień:** częste odświeżanie mediów społecznościowych z obawy przed pominięciem istotnych informacji lub wydarzeń,
- **Niepokój i napięcie emocjonalne:** silny dyskomfort, irytacja lub wręcz ataki paniki w sytuacjach braku dostępu do Internetu (np. rozładowana bateria, brak zasięgu),
- **Trudności z koncentracją:** rozproszenie uwagi podczas nauki lub rozmów „na żywo” przez ciągłe myślenie o tym, co dzieje się w sieci.
- **Objawy somatyczne:** w skrajnych przypadkach stres objawia się fizycznie poprzez **bóle brzucha, nudności, zawroty głowy** czy kołatanie serca.
- **Zaburzenia snu:** korzystanie z urządzeń do późnych godzin nocnych (tzw. *vamping*) w celu bycia na bieżąco, co skutkuje chronicznym zmęczeniem.

Skutki dla adolescentów przed odłączeniem z sieci

- ❖ **Obniżenie samooceny:** porównywanie swojego życia do wyidealizowanych obrazów rówieśników w sieci prowadzi do poczucia bycia gorszym i nieadekwatności,
- ❖ **Problemy w relacjach społecznych:** osłabienie więzi z rodziną i przyjaciółmi w świecie rzeczywistym na rzecz powierzchownych kontaktów online,
- ❖ **Pogorszenie wyników w nauce:** spadek produktywności i trudności w przyswajaniu wiedzy przez stałe rozproszenie technologiczne,
- ❖ **Zagrożenie zdrowia psychicznego:** długotrwały lęk może prowadzić do stanów depresyjnych, apatii, a nawet chronicznego stresu,
- ❖ **Ryzykowne zachowania:** używanie telefonu w niebezpiecznych sytuacjach, np. podczas przechodzenia przez jezdnię czy prowadzenia pojazdów.

Więcej informacji o tym, jak wspierać młodzież w cyfrowym świecie, można znaleźć w [poradniku OSE IT Szkoła](#) oraz w materiałach kampanii Niezagubieni w sieci (Gov.pl). (NASK).

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15-g

W czwartej grupie agresji i fobii szkolnych znalazły się agresja fizyczna (12,2% wskazań) oraz słowna (37,5% wskazań). Agresja w środowisku adolescentów to złożone zjawisko, którego objawy i skutki różnią się w zależności od formy (słowna vs fizyczna) oraz roli osoby w konflikcie (ofiara vs sprawca).

1. Agresja słowna (werbalna) - jest trudniejsza do wykrycia, ponieważ często odbywa się poza wzrokiem dorosłych.

- ✓ **Objawy:** przezywanie, wyśmiewanie, cynizm, groźby, upokarzanie, wulgaryzmy oraz manipulacje relacyjne (wykluczanie z grupy),
- ✓ **Skutki dla ofiary:** obniżona samoocena, przewlekły lęk, depresja, fobie szkolne oraz trudności w budowaniu przyszłych relacji,
- ✓ **Skutki dla sprawcy:** utrwalanie negatywnych wzorców komunikacji, ryzyko odrzucenia przez rówieśników w dłuższej perspektywie oraz wchodzenie w konflikty z autorytetami.

2. Agresja fizyczna - staje się bardziej niebezpieczna w okresie dojrzewania ze względu na wzrost siły fizycznej i częstsze sięganie po narzędzia (np. noże).

- ✓ **Objawy:** bicie, kopanie, popychanie, niszczenie mienia, a także somatyczne przejawy napięcia przed atakiem (np. drżenie rąk, zaciskanie szczęk),
- ✓ **Skutki dla ofiary:** bezpośrednie obrażenia ciała, ale także objawy psychosomatyczne: silne bóle głowy i brzucha, zaburzenia snu, zespół stresu pourazowego (PTSD) oraz próby samobójcze.
- ✓ **Skutki dla sprawcy:** problemy z prawem (przemoc jako przestępstwo), zaburzenia zachowania, ryzyko uzależnień od substancji psychoaktywnych oraz trudności w adaptacji społecznej w dorosłości.

Tablica 16. Porównanie skutków i objawów agresji słownej i fizycznej

Lp.	Kategoria	Agresja Słowna	Agresja Fizyczna
1	Dominujące objawy	Wyzwiska, sarkazm, groźby	Bicie, niszczenie rzeczy
2	Skutki emocjonalne	Poczucie upokorzenia, fobie	Poczucie zagrożenia życia, PTSD
3	Objawy somatyczne	Nerwica, bóle głowy	Sińce, urazy, zaburzenia snu
4	Długofalowe ryzyko	Problemy z zaufaniem	Konflikty z prawem, przemoc w dorosłości

Wczesna interwencja, np. poprzez programy zapobiegania przemocy w szkole oraz naukę zarządzania gniewem u nastolatków, jest kluczowa dla ograniczenia tych negatywnych następstw.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -h

Skutki i objawy u adolescentów wynikające z „niechęci chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów” (18,0% wskazań), „niechęci chodzenia do szkoły z powodu nauczycieli” (29,2% wskazań) oraz „wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej” (24,8% wskazań)

Niechęć do szkoły u adolescentów (często diagnozowana jako fobia szkolna lub lęk szkolny) manifestuje się poprzez szereg objawów fizycznych i psychicznych, które zależą od źródła stresu. Z kolei odczucie wykluczenia społecznego z grupy rówieśniczej to bolesne doświadczenie ostracyzmu (izolacji, ignorowania lub odrzucenia), w którym jednostka czuje się niewidzialna, pomijana i pozbawiona przynależności, co uruchamia reakcje podobne do bólu fizycznego. Przejawia się to ignorowaniem, brakiem akceptacji oraz celowym odsuwaniem od wspólnych działań, co prowadzi do drastycznego obniżenia samooceny, osamotnienia i objawów psychosomatycznych.

1. Objawy somatyczne (wspólne dla wszystkich przyczyn).

Organizm adolescenta reaguje na silny lęk przed szkołą poprzez objawy wegetatywne, które pojawiają się zazwyczaj rano lub na samą myśl o wyjściu z domu: bóle brzucha, nudności i wymioty, bóle i zawroty głowy, a nawet omdlenia, przyspieszone bicie serca, ataki paniki, drżenie rąk, nadmierna potliwość oraz duszności.

Tablica 17. Przyczyny i specyficzne skutki fobii szkolnych

Lp.	Przyczyna	Główne skutki i zachowania
1	Relacje z rówieśnikami	Obniżona samoocena, poczucie bycia gorszym, unikanie miejsc wspólnych (np. stołówki, szatni), lęk społeczny
2	Konflikty z nauczycielami	Poczucie niesprawiedliwości, postawy buntownicze lub opozycyjne, gwałtowny spadek wyników w nauce z konkretnego przedmiotu, lęk przed ocenianiem
3	Wykluczenie społeczne	Głębokie poczucie osamotnienia, anhedonia (brak radości), ryzyko depresji, a w skrajnych przypadkach myśli samobójcze

2. Skutki długofalowe

Nieleczona niechęć do szkoły i izolacja społeczna mogą prowadzić do trwałych zmian w funkcjonowaniu adolescenta:

- ✓ **Zaburzenia emocjonalne:** rozwój depresji u młodzieży, stanów lękowych oraz trwałe obniżenie poczucia własnej wartości,
- ✓ **Regres społeczny:** utrata umiejętności nawiązywania relacji, wycofanie z aktywności pozaszkolnych i izolacja w świecie wirtualnym,
- ✓ **Problemy behawioralne:** zachowania agresywne, uciekanie w kłamstwa (np. symulowanie chorób) lub sięganie po używki jako sposób na radzenie sobie ze stresem.

Zmiany neurologiczne: przewlekła samotność w okresie dojrzewania może negatywnie wpływać na rozwijający się mózg adolescenta.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 15 -i

W piątej grupie autodestrukcji i zachowań suicydalnych znalazły się stwierdzenia: *mam powracające myśli samobójcze (15,2% wskazań), okaleczam swoje ciało (7,8% wskazań) oraz podejmowałem/am próby samobójcze (6,8% wskazań).*

W tym miejscu warto skłonić się ku refleksji, skąd u adolescentów biorą się myśli samobójcze, jakie mogą być ich przyczyny, które doprowadzają do autodestrukcji i prób samobójczych w środowisku nastolatków. Być może istotny wpływ ma dynamiczny postęp technologiczny, cyfryzacja, która wymusza rywalizację i konkurencyjność, a także prowokuje stałe poczucie zagrożenia, frustracji oraz burzy przyjazne relacje społeczne i wywołuje stres związany z postępowaniem cywilizacyjnym. Z kolei w środowisku rodzinnym można bez trudu dostrzec ograniczone kompetencje rodziców, które wyrażają się m.in.: w ignorowaniu i minimalizowaniu psychologicznych problemów dziecka, niewystarczający poziom wsparcia, ciepła w rodzinie, brak spójności w systemie rodzicielskim, pośpiech życia rodziców, ich zagubienie w pełnieniu ról rodzicielskich, brak często konsekwencji w trzymaniu zasad i norm, brak spójnego systemu rodzicielskiego i rekompensowanie dziecku braku głębszego zainteresowania, niekończącymi się zakupami i spełnianiem „zachcianek”, co generuje kolejne problemy. Z tego wynika, że rodziny wymagają profesjonalnego wsparcia i edukacji w obszarze umiejętności rodzicielskich, że bardziej powinno się inwestować w nauczycieli (a nie tylko dokładać im nowych zadań), w ich kształcenie i wspieranie, by umieli kształcić pożądane cechy osobowości i umiejętności u dzieci, niż w akcję komputer dla każdego dziecka. *Badania pokazują, że żadna technologia nie przebije dobrego nauczyciela z powołaniem. Interakcje społeczne to podstawowa umiejętność życiowa, która bezpośrednio przekłada się na satysfakcjonującą jakość życia i poczucie szczęśliwości.*

Z kolei badania nad wzrostem myśli i prób samobójczych, samookaleczeń wśród dzieci i młodzieży, pokazują, że to między innymi społeczna izolacja zaburzyła ich sposób myślenia, doprowadziła do osamotnienia i prób samobójczych. Badania w Wielkiej Brytanii ujawniają, że najbardziej samotne czują się osoby w wieku 18-35 lat. We wszystkich grupach wiekowych ¼ nie czuje z nikim więzi społecznej. Należy odnotować, iż w świetle badań istnieje istotna korelacja pomiędzy rozwodami rodziców a współczynnikami samobójstw w grupie wiekowej 15 - 24 lat. Natomiast z danych statystycznych gromadzonych przez WHO wynika, że około 50% wszystkich zaburzeń zdrowia psychicznego zaczyna się w okresie dojrzewania.

Wydaje się, że najistotniejszymi czynnikami redukującymi ryzyko zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży to przede wszystkim prawidłowo funkcjonująca rodzina, silne więzy rodzinne, umiejętność rozmawiania w rodzinie o emocjach i problemach, przyjazna atmosfera w szkole, wsparta indywidualną psychoterapią dziecka, ale prowadzona równolegle systemowa psychoterapia rodzinna, która traktuje rodzinę jako połączony system, w którym problem jednego członka jest sygnałem nieprawidłowości w relacjach całego układu. Celem jest zmiana wzorców komunikacji, dynamiki i interakcji między domownikami, a nie tylko leczenie jednostki. Terapeuta skupia się na zasobach rodziny, a spotkania często angażują wszystkich domowników, by poprawić ich funkcjonowanie.

Podsumowanie - zachowania autodestrukcyjne i suicydalne

Według literatury przedmiotu samookaleczenie jest uznawane za powszechnie nieakceptowany akt bezpośredniej autodestrukcyjności, w którym jednostka wyrządza sobie krzywdę, przy czym działanie to jest pozbawione zamiaru samobójczego, ale przerwanie bólu emocjonalnego. Najczęstsze jego postacie to nie tylko cięcie się, ale także uderzanie głową w przedmioty, pocieranie się i drapanie, przypalanie, polewaniem się kwasem oraz gryzienie ręki. Warto pamiętać, że samookaleczenie się nie jest uznawane za uzależnienie, podobnie jak jest uznana narkomania czy alkoholizm. Samookaleczenie jest jednym z przejawów i symptomów zaburzeń psychicznych, które może być spowodowane przez uraz, traumę, przemoc psychiczną i fizyczną, chorobę psychiczną lub przemoc seksualną. Należy również wspomnieć o nieodpowiednich postawach rodzicielskich, metodach opiekuńczo-wychowawczych i trudnych warunkach materialno-bytowych. ***Bez wątpienia samookaleczenie jest sygnałem szerszego problemu lub trudności emocjonalnych i należy pamiętać, że zawsze wymaga konsultacji psychologicznej lub psychiatrycznej.***

Jak podaje A. Ćwikliński w artykule „Zachowania autodestrukcyjne i suicydalne adolescentów” (2023), przy rozważaniach dotyczących zachowań autodestrukcyjnych należy wspomnieć o czynniku patogennym, w wyniku którego dochodzić może nie tylko do zachowań autodestrukcyjnych, ale też do zachowań suicydalnych prowadzących do popełnienia samobójstwa. W tym miejscu warto podkreślić, że specjaliści badający zjawisko samookaleczania się kładą bardzo duży nacisk na związek pomiędzy samookaleczaniem a podejmowanymi próbami samobójczymi (Wycisk i Ziółkowska, 2010). Badacze wykazali, że u ponad 50% ofiar samobójstw potwierdzono wcześniejsze skłonności do samouszkodzeń wszelkiego rodzaju. W literaturze przedmiotu wyróżnia się tzw. zespół presuicydalny, który bezpośrednio poprzedza próbę samobójczą. Na ten stan składają się trzy główne komponenty, które wzajemnie się wzmacniają. Jednym z nich jest wystąpienie fantazji, w których samobójstwo jest mylnie spostrzegane jako korzystne i pożądane. Następuje kumulowanie w jednostce napięcia i agresji, a także zawężenie ważnych obszarów funkcjonowania, a więc relacji interpersonalnych, zawężenie systemów wartości, zawężenie sytuacyjne i zawężenie dynamiczne przejawiające się dominacją negatywnych uczuć i myśli, lęku, bezradności, pesymizmu i niskiego poczucia własnej wartości.

Według danych Komendy Głównej Policji w Polsce **w 2025 roku 4776 osób popełniło samobójstwo**, w tym 3975 mężczyzn (83,2% ogółu) i 801 kobiet (16,8% ogółu), co oznacza, że na jedną kobietę, która odebrała sobie życie, przypadało 5 mężczyzn. Jednak w ostatnich latach ilość mężczyzn skutecznie popełniających samobójstwo maleje, a kobiet rośnie.

Podsumowanie - zachowania autodestrukcyjne i suicydalne

Natomiast w roku 2025 odnotowano wzrost liczby samobójstw osób poniżej 19. roku życia o 26,8%, czyli 161 samobójstw, w tym 94 chłopców i 67 dziewczyn (41,6% ogółu). Należy odnotować, że cechy samobójstwa ludzi młodych różnią się znacznie od samobójstwa osób dorosłych. Samobójstwo wśród dzieci i młodzieży może mieć podłoże romantyczne i idealistyczne, może być efektem impulsu, porywu gniewu, irytacji oraz może być wynikiem niskiej samooceny. Z kolei zdaniem M. Makara-Studzińskiej samobójstwa wśród młodzieży stanowią współcześnie istotny problem w społeczeństwie polskim. Mimo że dysfunkcyjność rodziny podnosi ryzyko wystąpienia zachowań samobójczych, to czynnik ten nie jest decydujący, a problem może dotyczyć młodzieży ze wszystkich środowisk i warstw społecznych.

Szacuje się, że **częstość występowania prób samobójczych jest około dwudziestokrotnie wyższa niż dokonanych samobójstw** (według Światowej Organizacji Zdrowia, ogólnoswiatowa częstość dokonanych samobójstw wynosi 16 przypadków na 100 tys. ludzi w ciągu roku). Podczas gdy w krajach zachodnich mężczyźni umierają na skutek samobójstwa trzy lub cztery razy częściej niż kobiety, kobiety decydują się na próbę samobójczą nawet cztery razy częściej. Różnice te przypisuje się m.in. większej skuteczności metod wybieranych przez mężczyzn usiłujących popełnić samobójstwo niż skuteczności metod wybieranych przez kobiety. Szacuje się, że oprócz zarejestrowanych samobójstw istnieje liczba ukryta wynosząca około 25%. Należą do nich nagłe zgony osób przyjmujących leki, osób starszych i samotnych oraz wypadki będące w rzeczywistości samobójstwami. Wielu autorów zajmujących się badaniem zdarzeń suicydalnych uważa, że co najmniej 90% osób popełniających samobójstwo ma zaburzenia psychiczne. W ponad 80% jest ono w momencie samobójstwa nieleczone. Najczęstszą przyczyną samobójstw jest depresja. Prawie wszyscy pacjenci z ciężką depresją mają co najmniej myśli samobójcze. Wskaźnik samobójstw wśród osób cierpiących na depresję jest około 30 razy wyższy niż w przeciętnej populacji. Literatura przedmiotu wskazuje, że zaburzenia psychiczne stwarzają zwiększone ryzyko samobójstwa lub próby samobójczej, do których zaliczają: uzależnienie od leków, narkotyków lub alkoholu, zaburzenia psychotyczne (np. schizofrenia, zaburzenie urojeniowe), zaburzenie osobowości chwiejnej emocjonalnie (borderline), niektóre zaburzenia odżywiania, ciężkie choroby fizyczne (np. padaczka, cukrzyca, AIDS), wcześniejsze próby samobójcze, samobójstwo popełnione przez bliskich przyjaciół lub krewnych, stresujące wydarzenia życiowe, kryzysy, np. utrata bliskiej osoby, bezrobocie, ubóstwo, samotność oraz zaawansowany wiek bez bliskich kontaktów z rodziną. Z drugiej strony istnieją czynniki, które chronią przed samobójstwem lub próbami samobójczymi, choć niekoniecznie im zapobiegają. Są to: silny związek emocjonalny z ludźmi, integracja społeczna, hobby, skrupuły etyczne i moralne dotyczące samobójstwa, odpowiedzialność za dzieci, myśli i plany dotyczące przyszłości, pragnienie pomocy i inicjatywa w tym zakresie, częstotliwość występowania.

Bardzo ważne jest, aby szkoła jako instytucja wspomagająca funkcję wychowawczą rodziny prowadziła działania profilaktyczne, których jednym z ważnych celów winno być tworzenie i realizowanie programów zapobiegających autoagresji i zachowaniom suicydalnym.

Tablica nr 16. Długotrwałe, ryzykowne zdarzenia, sytuacje i myśli młodzieży mogące mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne według typu szkoły w %

Lp.	Wyszczególnienie	Uczniowie VII i VIII klasy szkół podstawowych	Uczniowie szkół ponadpodstawowych	Różnice
		Tak	Tak	+ , -
1	Biorę lekarstwa mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające)	7,2	8,6	-1,4
2	Doświadczam agresji fizycznej	12,5	11,8	0,7
3	Doświadczam agresji słownej	38,9	35,4	3,5
4	Doświadczam nękania w Internecie (cyberprzemoc)	8,1	8,3	-0,2
5	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów	21,3	13,2	8,1
6	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu nauczycieli	29,6	28,7	0,9
7	Mam powracające myśli samobójcze	16,0	14,1	1,9
8	Mam problemy ze snem	42,4	48,7	-6,3
9	Nadużywam substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.)	5,1	12,0	-6,9
10	Odczuwam ciągłe zmęczenie	50,6	51,1	-0,5
11	Odczuwam drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi	46,9	47,7	-0,8
12	Odczuwam lęk przed odłączeniem z sieci (FOMO ang. fear of missing out)	11,6	13,4	-1,8
13	Odczuwam wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej	26,8	21,8	5,0
14	Oglądam pornografię	11,6	31,0	-19,4
15	Oglądam w sieci materiały prezentujące przemoc	14,2	25,9	-11,7
16	Okaleczam swoje ciało	9,2	5,9	3,3
17	Podejmowałem/am próby samobójcze	6,2	5,7	0,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Warto odnotować, że typ szkoły polaryzuje wypowiedzi uczniów o zdarzeniach, sytuacjach i myślach, jakich doświadczyli w ostatnich sześciu miesiącach. Uczniowie szkół ponadpodstawowych oglądają częściej **o 19,4 punktów procentowych pornografię** od swoich młodszych koleżanek i kolegów, **materiały prezentujące przemoc o 11,7 punktów procentowych**, nadużywają substancje psychoaktywne (alkohol, papierosy, narkotyki itp.), o 6,9 punktów procentowych oraz częściej o 6,3 punkty procentowe mają problemy ze snem. Natomiast adolescenty ze szkół podstawowych częściej o 8 punktów procentowych od swych starszych koleżanek i kolegów mają niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów, o 5 punktów procentowych odczuwa wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej, o 3,5 punktów procentowych odczuwa agresję słowną oraz o 3,3 punkty procentowe częściej okalecza swoje ciało. Analiza tablicy nr 16 wskazuje, że adolescenty ze szkół podstawowych częściej od uczniów szkół ponadpodstawowych o 5,7 punktów procentowych zadeklarowali postawy autodestrukcyjne i suicydalne („mam powracające myśli samobójcze”, „okaleczam swoje ciało”, „podejmowałem/am próby samobójcze”).

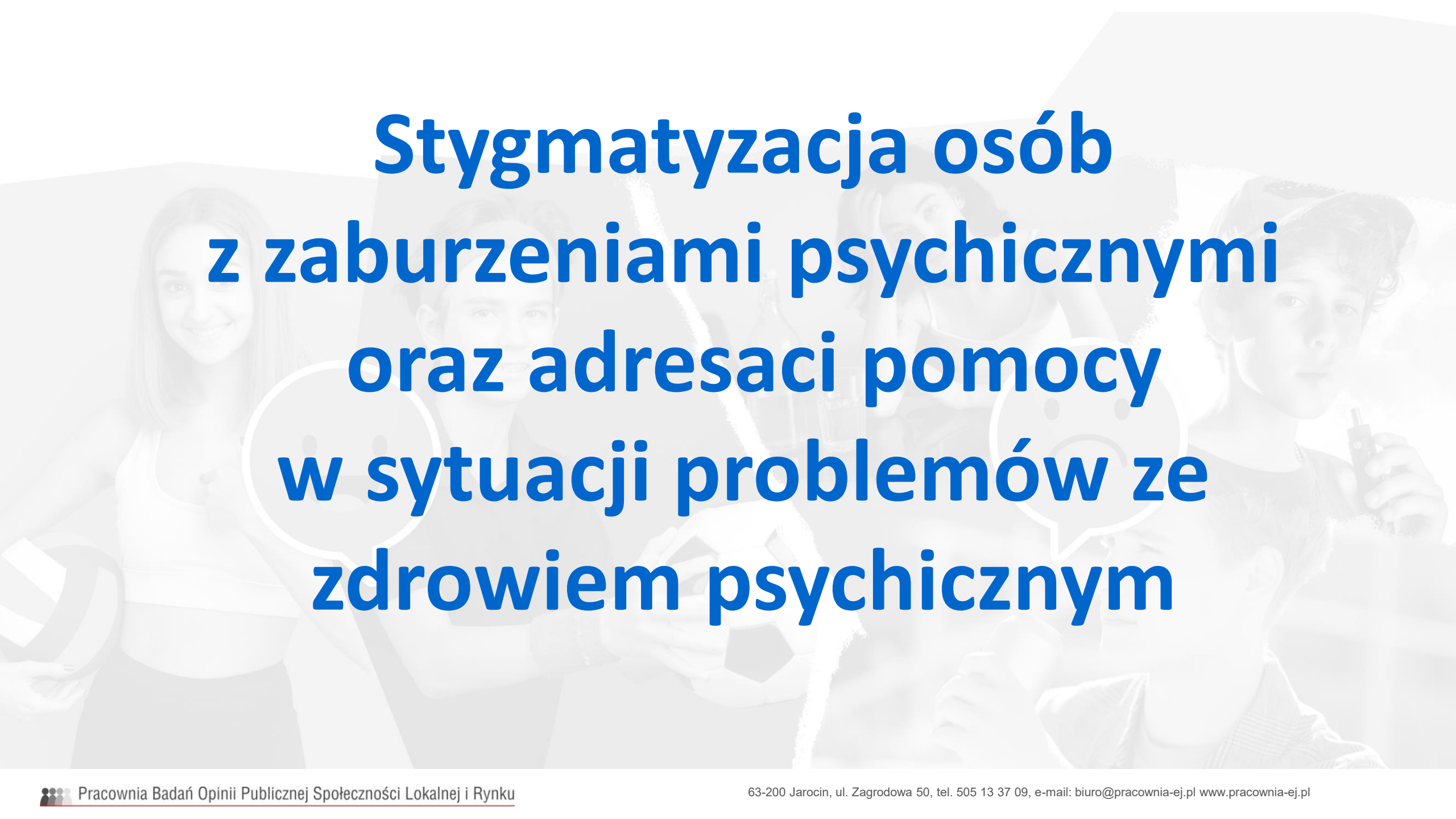
Tablica nr 17. Długotrwałe, ryzykowne zdarzenia, sytuacje i myśli młodzieży mogące mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne według płci w %, N=1098

Lp.	Wyszczególnienie	Dziewczyna N=431	Chłopak N=667	Różnice +, -
		Tak	Tak	
1	Biorę lekarstwa mimo braku objawów choroby (w tym środki nasenne i uspokajające)	8,1	6,0	2,1
2	Doświadczam agresji fizycznej	8,1	11,5	-3,4
3	Doświadczam agresji słownej	38,1	34,3	3,8
4	Doświadczam nękania w Internecie (cyberprzemoc)	5,3	8,1	-2,8
5	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów	24,8	12,3	12,5
6	Mam niechęć chodzenia do szkoły z powodu nauczycieli	31,1	25,3	5,8
7	Mam powracające myśli samobójcze	21,3	10,5	10,8
8	Mam problemy ze snem	52,9	39,0	13,9
9	Nadużywam substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.)	4,2	8,7	-4,5
10	Odczuwam ciągłe zmęczenie	67,1	40,0	27,1
11	Odczuwam drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi	62,9	38,2	24,7
12	Odczuwam lęk przed odłączeniem z sieci (FOMO ang. fear of missing out)	17,6	8,1	9,5
13	Odczuwam wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej	33,6	18,4	15,2
14	Oglądam pornografię	5,1	27,7	-22,6
15	Oglądam w sieci materiały prezentujące przemoc	9,7	23,4	-13,7
16	Okaleczam swoje ciało	14,2	2,7	11,5
17	Podejmowałem/am próby samobójcze	8,1	3,7	4,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć bardzo mocno polaryzuje wypowiedzi uczniów o zdarzeniach, sytuacjach i myślach, jakich doświadczyli w ostatnich sześciu miesiącach. Chłopcy zdecydowanie częściej od dziewczyn o **22,6 punktów procentowych „oglądają pornografię”**, o **13,7 punktów procentowych „oglądają w sieci materiały prezentujące przemoc”**, o 4,5 punktów procentowych więcej chłopców od dziewczyn „nadużywa substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.)” oraz o 3,4 punkty procentowe „doświadczą agresji fizycznej”. Natomiast dziewczyny częściej od chłopców o **27,1 punktów procentowych „odczuwa ciągłe zmęczenie”**, o **24,7 punktów procentowych „odczuwa drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi”**, o **15,2 punktów procentowych „odczuwa wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej”**, o **13,9 punktów procentowych „ma problemy ze snem”** oraz o **12,5 punktów procentowych „ma niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów”**.

Analiza wyników badania pozwala na sformułowanie spostrzeżenia, że dziewczyny według średniej arytmetycznej częściej o 5,5 punktów procentowych od chłopców doświadczają zachowań ryzykownych, które mogą mieć negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne i emocjonalne.



Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi oraz adresaci pomocy w sytuacji problemów ze zdrowiem psychicznym

Tablica nr 18. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi, N=1236. Pytanie 11. Które określenia dotyczące zaburzeń psychicznych są najbardziej zgodne z Twoimi przekonaniem?

Lp.	Wyszczególnienie	Tak	Nie
1	Choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia	74,4	25,6
2	Choroby psychiczne są wrodzone	16,9	83,1
3	Choroby psychiczne są wstydlive	34,7	65,3
4	Choroby psychiczne są zaraźliwe	11,8	88,2
5	Chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych	49,7	50,3
6	Osoba chora psychicznie ma szansę na pełne wyzdrowienie (prawda)	73,1	26,9
7	Osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna	40,0	60,0
8	Osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia	67,3	32,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W tym miejscu warto podkreślić, że w szerokim rozumieniu pojęcie stygmatyzacji (od gr. słowa stigma oznaczającego znak) odnosi się do postawy społecznej dezaprobaty, negatywnego odbioru określonej grupy ludzi ze względu na charakteryzujące tę grupę właściwości fizyczne lub psychiczne, styl życia, system wartości czy inne atrybuty. W pytaniu 11. zawarto cztery nieprawdziwe i krzywdzące twierdzenia dotyczące osób chorych psychicznie, tworzące społeczny obraz tego typu chorób, które zostały przedstawione 29 lat temu w artykule Petera Haywarda i Jenifer Bright pt. „Piętno i choroba psychiczna: przegląd i krytyka” (*Czasopismo zdrowia psychicznego, Londyn 1997 rok*). Według tych autorów stereotyp osoby chorej psychicznie oparty jest na czterech głównych błędnych stwierdzeniach: 1. osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna (40,0%), 2. osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia (67,3%), 3. chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych (49,7%), 4. choroba psychiczna jest chroniczna, trudna do wyleczenia (74,4%). W celu dania respondentom możliwości wyboru dołączono inne stwierdzenia dotyczące osób chorych psychicznie, które funkcjonują w świadomości społecznej.

Niestety wybory młodzieży wskazują, że mimo upływu czasu, ale również zafunkcjonowaniu w przestrzeni publicznej wielu programów o zdrowiu psychicznym, licznych organizacji światowych, europejskich i krajowych, to w świadomości badanej młodzieży nadal są głęboko zakorzenione błędne stwierdzenia o chorych psychicznie. Stygmatyzacja stanowi poważną przeszkodę w leczeniu i procesie zdrowienia osób z chorobami psychicznymi. Powoduje dodatkowe trudności nie tylko dla samych chorych, ale również dla ich rodzin.

Następny slajd - komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 18

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 18 -a

Ad. 1. Choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia. W naszym badaniu odpowiedź „*tak*” wybrało **74,7%** ankietowanych.

Należy odnotować, że jest to stwierdzenie tylko częściowo prawdziwe, ponieważ choroby psychiczne są uleczalne, a odpowiednia terapia (farmakologia i psychoterapia) znacząco poprawia jakość życia i pozwala funkcjonować w społeczeństwie. Jak podaje literatura przedmiotu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi dwa zaburzenia takie jak schizofrenia czy choroba afektywna dwubiegunowa, mają charakter przewlekły (chroniczny), co oznacza, że osoba może być podatna na objawy przez całe życie, jednak długoterminowe leczenie minimalizuje ryzyko nawrotów. Według szacunków udział wśród zaburzeń psychicznych dla schizofrenii wynosi około 2-3%, natomiast dla choroby afektywnej (zaburzenia nastrojów) dwubiegunowej (ChAD) wynosi około 5-7% wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi.

Ad. 2. Choroby psychiczne są wrodzone. W naszym badaniu „*tak*” wybrało **16,9%** ankietowanych.

Odpowiedź na takie stwierdzenie jest prawdziwa tylko w niewielkim stopniu, ponieważ genetyka odgrywa rolę w podatności na niektóre schorzenia, większość zaburzeń psychicznych wynika z interakcji wielu czynników: biologicznych, psychologicznych oraz środowiskowych (np. przewlekły stres, trauma). Nie dziedziczy się samej choroby, a jedynie predyspozycję do jej wystąpienia.

Ad. 3. Choroby psychiczne są wstydlive. W naszym badaniu „*tak*” stwierdziło **34,7%** ankietowanych.

Jest to szkodliwy stereotyp. Choroba psychiczna jest schorzeniem medycznym, takim samym jak choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe czy układu oddechowego itp.

Ad. 4. Choroby psychiczne są zaraźliwe. W naszym badaniu zaznaczyło odpowiedź „*tak*” **11,8%** ankietowanych.

Jest to stwierdzenie **fałszywe**. Zaburzenia psychiczne nie są wywoływane przez patogeny przenoszone z człowieka na człowieka, takie jak wirusy czy bakterie. Nie można się nimi „zarazić” poprzez kontakt z osobą chorą.

Komentarz do stwierdzeń z tablicy nr 18 -b

Ad. 5. Chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych. W naszym badaniu „*tak*” stwierdziło **49,7%** ankietowanych.

Należy stwierdzić, że jest to kolejny mit o osobach z zaburzeniami psychicznymi. Osoby w trakcie leczenia mogą być znakomitymi pracownikami, rodzicami i partnerami. Problemy z wypełnianiem ról wynikają częściej z braku wsparcia lub stygmatyzacji społecznej niż z samej natury choroby.

Ad. 6. Osoba chora psychicznie ma szanse na pełne wyzdrowienie. W naszym badaniu **73,1%** ankietowanych wybrało odpowiedź „*tak*”.

Jest to stwierdzenie prawdziwe. Dzięki nowoczesnej farmakoterapii i psychoterapii wiele osób doświadcza pełnej remisji i wraca do normalnego funkcjonowania społecznego i zawodowego. W przypadku schorzeń przewlekłych możliwe jest osiągnięcie stanu, w którym objawy nie utrudniają codziennego życia.

Ad. 7. Osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna. W naszym badaniu wypowiedziało się „*tak*” **40,0%** ankietowanych.

Statystyki pokazują, że jedynie 3% do 5% aktów przemocy można przypisać osobom z zaburzeniami psychicznymi. W rzeczywistości osoby te częściej same stają się ofiarami przemocy lub wykorzystywania ze względu na swoją wrażliwość. Warto pamiętać, że zdecydowana większość osób z zaburzeniami psychicznymi cierpi w milczeniu i nie przejawia żadnych zachowań agresywnych wobec otoczenia.

Ad. 8. Osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia. W naszym badaniu „*tak*” wybrało **67,3%** ankietowanych.

To stwierdzenie jest fałszywe w kontekście medycznym i prawnym (niepoczytalność) dotyczącym przyczyn zachorowania. Z punktu widzenia medycyny, choroby psychiczne mają podłoże biologiczne, genetyczne lub środowiskowe, na które pacjent nie ma bezpośredniego wpływu. Nikt nie wybiera choroby psychicznej, tak jak nie wybiera cukrzycy czy nowotworu. Należy jednak odnotować, że istnieje odpowiedzialność w sensie prawnym, jeżeli stan zakłócenia czynności psychicznych został wywołany dobrowolnym wprawieniem się w stan nietrzeźwości lub odurzenia.

Stygmatyzacja hamulcem zdrowienia

Jak podają autorzy publikacji „Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna z elementami pedagogiki”, „...wiele doniesień naukowych wskazuje na fakt, iż właściwie prowadzona edukacja zdrowotna ma wpływ na łagodzenie przebiegu choroby i zmniejszanie liczby powikłań, a polepszenie stanu zdrowia pacjentów zależy wprost od stopnia wiedzy na temat choroby, rozumienia przebiegu samego schorzenia i metod terapii. Prowadzi to nie tylko do poprawy stanu zdrowia chorych, skrócenia czasu hospitalizacji, zmniejszenia liczby porad lekarskich, ale tym samym wpływa również na ograniczenie kosztów ponoszonych przez system ochrony zdrowia...” .

Należy odnotować, że w świetle literatury przedmiotu świadomość społeczna na temat zdrowia psychicznego i korzystania z konsultacji psychologicznych lub psychoterapii wzrasta, to jednak nadal zaburzenia zdrowia psychicznego bywają podstawą do stygmatyzowania osób nimi dotkniętych. W 2012 i 2019 roku CBOS przeprowadził badania „Stosunek do osób chorych psychicznie”. Minęło kilkanaście lat od opublikowania pierwszego raportu i z pewnością niektóre wątki należałoby ponownie zbadać, jednak w raporcie znalazły się też takie wnioski, które nadal wydają się być aktualnym problemem. Aż 73% respondentów uważa chorobę psychiczną za zdecydowanie lub raczej wstydlivą, 29% myśli, że choroby psychiczne są nieuleczalne, a 62% miałoby coś przeciwko, gdyby ich lekarzem była osoba uprzednio chorująca psychicznie i lecząca się w szpitalu psychiatrycznym.

Ten negatywny stosunek do osób, które chorowały psychicznie i leczyły się w szpitalu psychiatrycznym, pokazują również badania EZOP II, w których czytamy „...wydaje się, że postawy wobec osób chorujących psychicznie obciążone są w znacznym stopniu niezrozumieniem i dystansem. Ich publiczny wizerunek w niewielkim stopniu kształtuje się pod wpływem realnych doświadczeń. Większą rolę odgrywają zastane i upowszechniane społeczne stereotypy. Niemal co piąta osoba deklaruje niechęć do osób chorujących, a poziom sprzeciwu wobec pełnienia przez nich ról społecznych wymagających zaufania ma znaczny zasięg i siłę. Z badań na reprezentatywnych próbach dorosłej ludności Polski podjętych w ostatnich trzech dekadach nie wynika, by te wskaźniki stygmatyzacji malały. Wyniki badań EZOP I i II wskazują, że restrykcyjność postaw raczej wzrasta...” .

Chociaż jest wiele definicji świadomości zdrowia psychicznego, warto przytoczyć tę, że **świadomość zdrowia psychicznego to działanie polegające na zdobywaniu i rozpowszechnianiu prawdziwych informacji w celu zmniejszenia stygmatyzacji**. Świadomość zdrowia psychicznego pozwala zachować dobre samopoczucie, zająć się potencjalnymi problemami, zauważyć znaki ostrzegawcze, gdy się pojawią, i pomóc innym zrobić to samo. Chodzi o otwieranie rozmów, angażowanie się w nasze społeczności i budowanie narzędzi w celu poprawy naszego indywidualnego i zbiorowego dobrego samopoczucia psychicznego. **Świadomość zdrowia psychicznego ma na celu poprawę życia osób cierpiących na choroby psychiczne oraz promocji zdrowia psychicznego. Podnoszenie świadomości pomaga ludziom znaleźć wsparcie, wskazówki i leczenie. Świadomość zdrowia psychicznego to również umiejętność zarządzania swoim zdrowiem w relacji z otoczeniem społecznym i przyrodniczym.**

Tablica nr 19. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi według typu szkoły, podstawowe N=727, ponadpodstawowe N=509

Lp.	Wyszczególnienie	Tak		Różnice +, -
		VII i VIII klasy szkół podstawowych	Szkoły ponadpodstawowe	
1	Choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia	75,8	72,5	3,3
2	Choroby psychiczne są wrodzone	17,3	16,3	1,0
3	Choroby psychiczne są wstydlive	34,8	34,6	0,2
4	Choroby psychiczne są zaraźliwe	10,7	13,4	-2,7
5	Chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych	51,7	46,8	4,9
6	Osoba chora psychicznie ma szanse na pełne wyzdrowienie	75,0	70,5	4,5
7	Osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna	39,6	40,5	-0,9
8	Osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia	63,8	72,3	-8,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkoły ma wpływ na polaryzację opinii uczniów o cechach stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Należy odnotować, że największa polaryzacja opinii wystąpiła przy stwierdzeniu fałszywym w kontekście medycznym i prawnym, że „osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia” punkt 8. (ale tylko w wtedy, jeżeli stan zakłócenia czynności psychicznych został wywołany dobrowolnym wprawieniem się w stan nietrzeźwości lub odurzenia). Adolescenci szkół ponadpodstawowych częściej o 8,5 punktów procentowych od swoich młodszych koleżanek i kolegów wybierali tę odpowiedź. Z kolei uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 4,9 punktów procentowych od uczniów szkół ponadpodstawowych wskazywali na stwierdzenie fałszywe, że „chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych” oraz o 4,5 punktów procentowych częściej, że „osoba chora psychicznie ma szanse na pełne wyzdrowienie”, co również jest mitem. **Warto pamiętać, że osoby świadome swojego zdrowia psychicznego są zazwyczaj w lepszej sytuacji, aby rozmawiać o zdrowiu psychicznym, uzyskać wsparcie w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym i pomagać innym w poprawie ich zdrowia psychicznego.**

Tablica nr 20. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi według płci w %, N=1098

Lp.	Wyszczególnienie	Tak		Różnice + , -
		Dziewczyna N=431	Chłopak N=667	
1	Choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia	77,0	73,9	3,1
2	Choroby psychiczne są wrodzone	16,0	16,9	-0,9
3	Choroby psychiczne są wstydlive	23,2	40,9	-17,7
4	Choroby psychiczne są zaraźliwe	8,1	12,6	-4,5
5	Chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych	44,8	52,2	-7,4
6	Osoba chora psychicznie ma szanse na pełne wyzdrowienie	68,7	76,8	-8,1
7	Osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna	35,0	41,8	-6,8
8	Osoba ta ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan zdrowia	64,0	70,6	-6,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma istotny wpływ na polaryzację opinii uczniów o cechach stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Zdecydowanie największa polaryzacja opinii wystąpiła przy stwierdzeniu nieprawdziwym, że „choroby psychiczne są wstydlive”. **Chłopcy** zdecydowanie częściej o **17,7 punktów procentowych** od dziewcząt wskazywali na to stwierdzenie. Natomiast dziewczyny tylko przy stwierdzeniu, że „choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia” częściej od chłopców o 3,1 punktów procentowych wybrały to stwierdzenie. Z kolei w pozostałych sześciu stwierdzeniach chłopcy częściej od dziewczyn na nie wskazywali, w tym o 8,1 punktów procentowych, że „osoba chora psychicznie ma szanse na pełne wyzdrowienie”, o 7,4 punkty procentowe, że „chory jest nieprzewidywalny i nie może prawidłowo wypełniać ról społecznych”, oraz o 6,8 punktów procentowych, że „osoba doświadczająca choroby psychicznej jest niebezpieczna”.

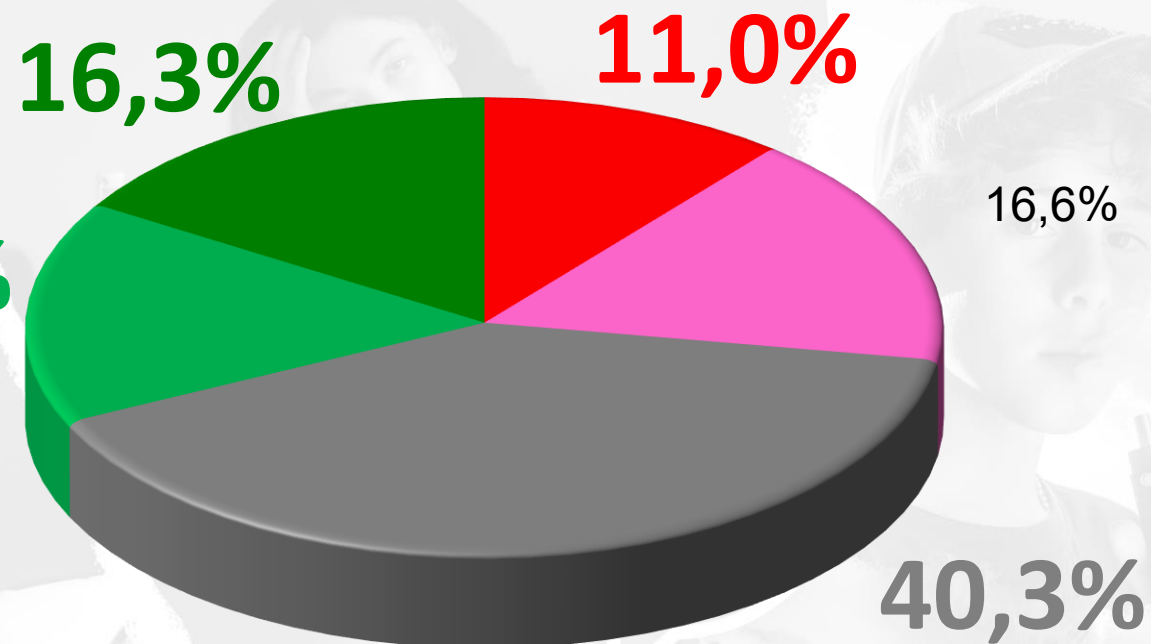
Z kolei najmniejsza polaryzacja opinii wystąpiła przy stwierdzeniu, że „choroby psychiczne są wrodzone”. Chłopcy częściej o 0,9 punktu procentowego od dziewczyn wskazali na to stwierdzenie.

Warto pamiętać, że nie można zwiększyć świadomości zdrowia psychicznego bez zrozumienia podstaw wiedzy o zdrowiu psychicznym oraz wzajemnych relacji między zdrowiem fizycznym, emocjonalnym i społecznym.



Wykres nr 23. Stopień skrepowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych, N=1236. Pytanie 15. Jak bardzo skrepowany/a byłbyś/abyś faktem, iż koleżanki i koledzy wiedzą, że leczysz się z powodu problemów psychicznych?

- **Skrepowany/a**
- **Raczej skrepowany/a**
- **Trudno powiedzieć**
- **Raczej nieskrepowany/a**
- **Nieskrepowany/a**



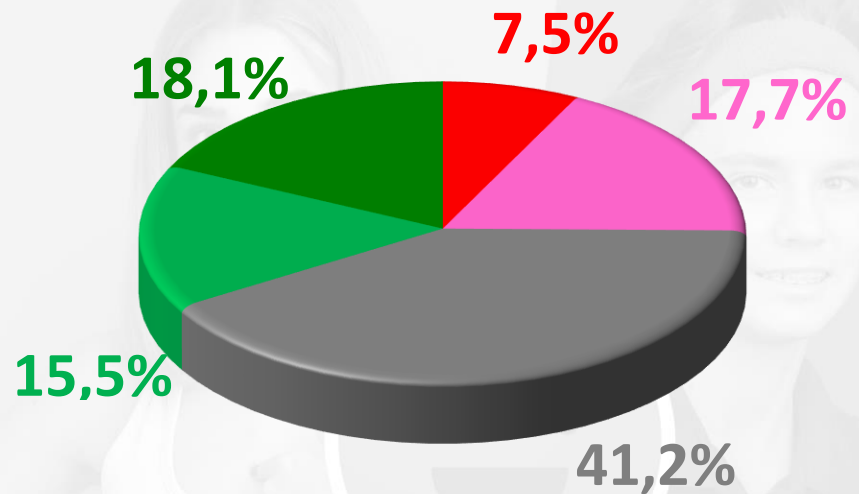
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

32,1% ankietowanych zadeklarowało, że nie czułoby się skrepowani, gdyby ich koleżanki i koledzy dowiedzieli się, że leczą się z powodu problemów psychicznych. Natomiast **27,6%** respondentów czułoby się z tego powodu skrepowanymi oraz **40,3%** badanych wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Wykres nr 24. Stopień skrepowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych według typu szkoły

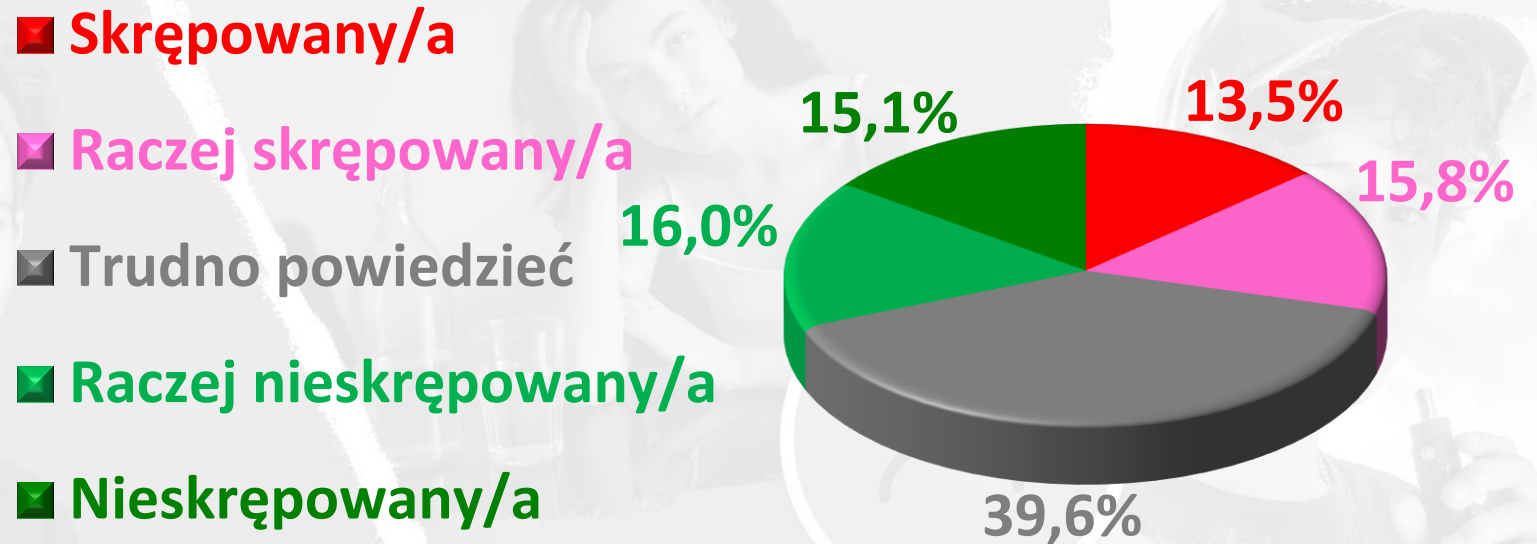
Uczniowie szkół ponadpodstawowych

N=509



Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych

N=727



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły ma mały wpływ na stopień skrepowania wobec koleżanek i kolegów w obliczu leczenia się z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. Uczniowie szkół ponadpodstawowych czują się mniej skrepowani o 2,5 punktu procentowego od uczniów szkół podstawowych w obliczu wiedzy koleżanek i kolegów, że leczą się z powodu problemów psychicznych. Z kolei uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych czują się o 4,1 punktów procentowych bardziej skrepowani od swych starszych koleżanek i kolegów w obliczu leczenia się z powodu zaburzeń psychicznych. Należy odnotować, że ankietowani szkół ponadpodstawowych częściej o 1,6 punktów procentowych od uczniów szkół podstawowych wybierali odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Wykres nr 25. Stopień skrepowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych według płci, N=1098



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma wpływ na stopień skrepowania wobec koleżanek i kolegów w obliczu leczenia się z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym. Dziewczyny (31,0%) są bardziej skrepowane z tego powodu od chłopców (22,9%) o 8,1 punktów procentowych oraz częściej o 6,1 punktów procentowych wybierały odpowiedź „*trudno powiedzieć*”.

Wykres nr 26. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym

N=1236. Pytanie 16. Czy uważasz, że problemy związane ze zdrowiem psychicznym są powodem do wstydu?

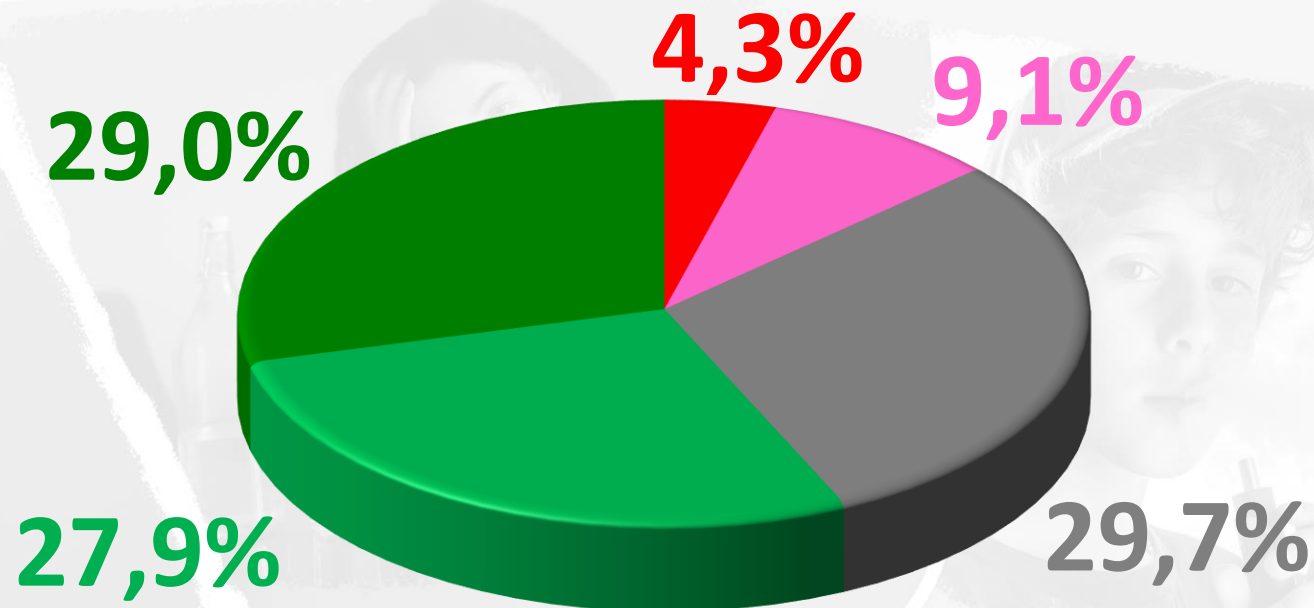
■ Zdecydowanie tak

■ Raczej tak

■ Nie mam zdania

■ Raczej nie

■ Zdecydowanie nie



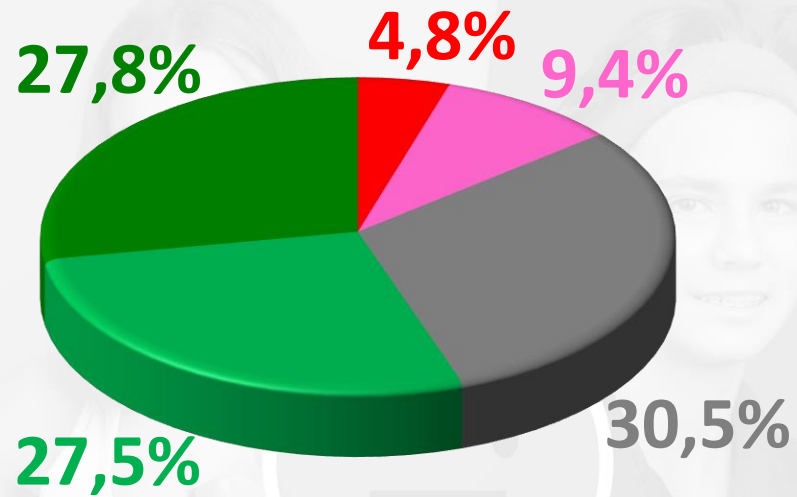
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Tylko 56,9% ankietowanych zadeklarowało, że problemy ze zdrowiem psychicznym nie są powodem do wstydu, przeciwnego zdania było **13,4%** respondentów oraz **29,7%** uczniów nie potrafiło zająć w tej sprawie stanowiska i wybrało odpowiedź „nie mam zdania”. Niestety nie są to satysfakcjonujące wyniki. W obszarze tym jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia.

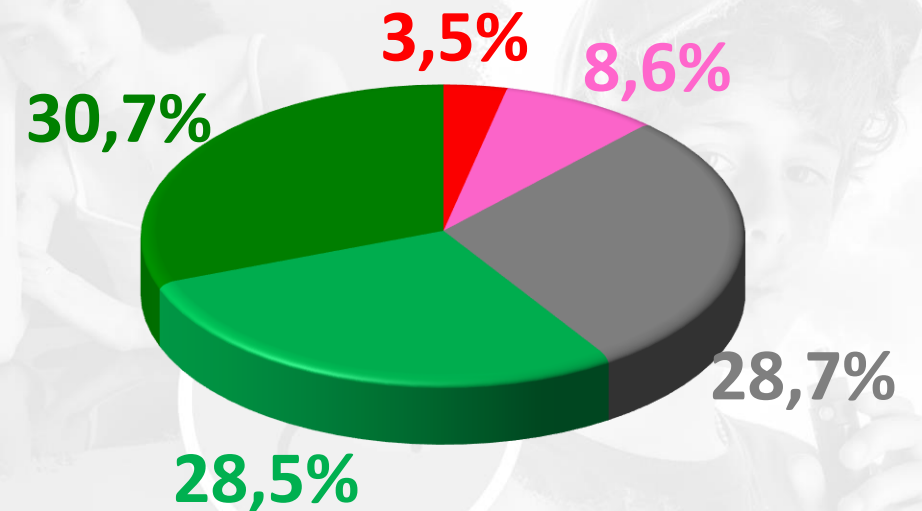
Wykres nr 27. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Nie mam zdania
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie

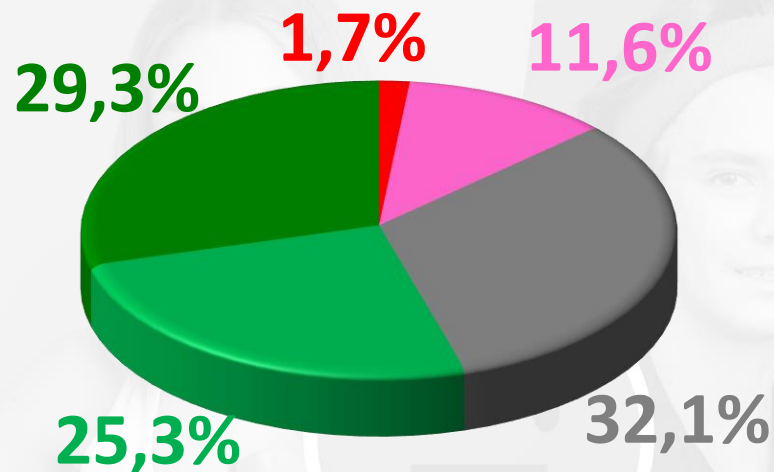


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkół ma mały wpływ na stopień powodu do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym. Uczniowie szkół podstawowych częściej od swych starszych koleżanek i kolegów o 2,1 punktów procentowych uważają, że problemy te są powodem do wstydu. Natomiast **59,2%** uczniów szkół ponadpodstawowych uważa, że problemy ze zdrowiem psychicznym nie są powodem do wstydu oraz **55,3%** uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych. Z kolei uczniowie szkół podstawowych częściej o 2 punkty procentowe od swych starszych koleżanek i kolegów wybierali odpowiedź „nie mam zdania”.

Wykres nr 28. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym według płci, N=1098

Dziewczyna N=431



Chłopak N=667

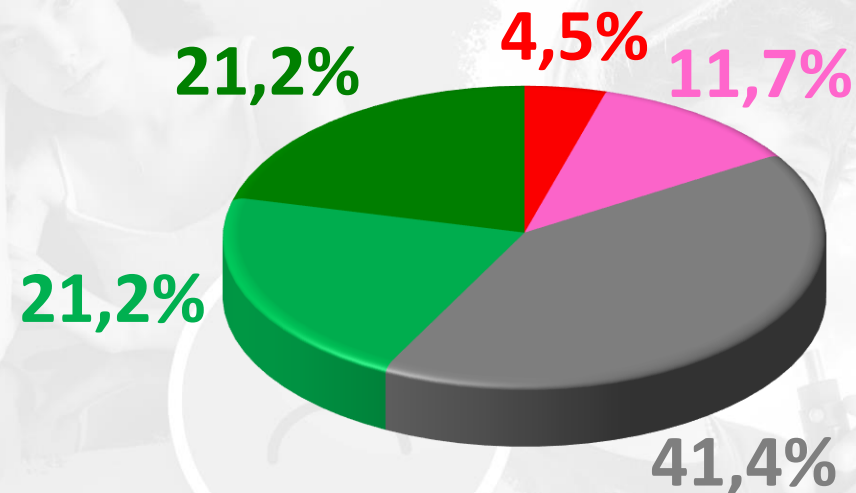
■ Zdecydowanie tak

■ Raczej tak

■ Nie mam zdania

■ Raczej nie

■ Zdecydowanie nie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma mały wpływ na stopień powodu do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym. Dla dziewcząt (13,3%) problemy ze zdrowiem psychicznym są powodem do wstydu w mniejszym stopniu o 2,9 punktów procentowych niż dla chłopców (16,2%). Należy odnotować, że dziewczyny bardziej zdecydowanie o 12,2 punkty procentowe od chłopców odrzuciły stwierdzenie, że choroby psychiczne są powodem do wstydu. Natomiast chłopcy częściej o 9,3 punkty procentowe od dziewcząt wybierali odpowiedź „nie mam zdania”.

Tablica nr 21. Hierarchia adresatów pomocy w sytuacji problemów psychicznych N=1236.

Pytanie 35. Do kogo byś się zwrócił/a o pomoc, gdybyś zauważył/a, że masz problemy psychiczne (np. trudności z koncentracją, ze snem, zmiany apetytu, uczucie smutku i przygnębienia, myśli samobójcze, samookaleczenie itp.)?

Lp.	Adresat pomocy	Akceptacja	Brak akceptacji
1	Do rodziców	67,6	32,4
2	Do koleżanek i kolegów	52,3	47,7
3	Do psychologa spoza szkoły	44,9	55,1
4	Do lekarza psychiatry	37,8	62,2
5	Do rodzeństwa	37,5	62,5
6	Do psychoterapeuty	31,3	68,7
7	Do nikogo	30,0	70,0
8	Do psychologa szkolnego	22,4	77,6
9	Do pedagoga szkolnego	19,7	80,3
10	Do lekarza rodzinnego	18,3	81,7
11	Do wychowawcy klasy	17,2	82,8
12	Do kogoś innego, do kogo?	16,2	83,8
13	Do księdza	12,8	87,2
14	Do Policji	6,6	93,4
15	Do dyrektora szkoły	4,2	95,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Ankietowani w sytuacji problemów psychicznych zwróciliby się w pierwszej kolejności do swoich rodziców (67,6%). W drugiej kolejności do koleżanek i kolegów (52,3%), do psychologa spoza szkoły (44,9%), do lekarza psychiatry (37,8%) oraz do rodzeństwa (37,5%). W najmniejszym stopniu adresatami tej pomocy byłiby: dyrektor szkoły (4,2%), Policja (6,6%) i ksiądz (12,8%).

Wydaje się niezadawalający poziom zaufania adolescentów do środowiska szkolnego w sprawie pomocy w sytuacji problemów ze zdrowiem psychicznym: do psychologa szkolnego zwróciliby 22,4% ankietowanych, do pedagoga szkolnego 19,7%, do wychowawcy klasy 17,2% ankietowanych oraz do dyrektora szkoły zwróciliby się o pomoc 4,2% adolescentów.

Tablica nr 22. Adresaci pomocy w sytuacji problemów psychicznych adolescentów według typu szkoły

Lp.	Adresat pomocy	Akceptacja		Różnice + , -
		VII i VIII klasy szkół podstawowych N=727	Szkoły ponadpodstawowe N=509	
1	Do dyrektora szkoły	5,4	2,6	2,8
2	Do koleżanek i kolegów	48,8	57,2	-8,4
3	Do księdza	13,2	12,2	1,0
4	Do lekarza psychiatry	38,5	36,7	1,8
5	Do lekarza rodzinnego	19,9	15,9	4,0
6	Do nikogo	29,3	31,0	-1,7
7	Do pedagoga szkolnego	16,6	24,0	-7,4
8	Do Policji	7,8	4,9	2,9
9	Do psychologa spoza szkoły	47,6	41,1	6,5
10	Do psychologa szkolnego	19,3	26,9	-7,6
11	Do psychoterapeuty	31,1	31,6	-0,5
12	Do rodziców	67,1	68,4	-1,3
13	Do rodzeństwa	38,2	36,3	1,9
14	Do wychowawcy klasy	19,4	13,9	5,5
15	Do kogoś innego, do kogo?	15,5	17,1	-1,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Należy odnotować, że typ szkoły polaryzuje wypowiedzi ankietowanych na temat wyborów adresatów pomocy w sytuacji problemów psychicznych badanych. Przy akceptacji różnice wyborów między typami szkół nie mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych, przy czym największa polaryzacja występuje przy wskazaniu „**koleżanek i kolegów**”, gdzie adolescenty szkół ponadpodstawowych częściej o **8,4 punkty procentowe od uczniów VII i VIII klasa szkół podstawowych** dokonywali tego wyboru. Podobne różnice w wyborach miały miejsce w przypadku wskazania na „**psychologa szkolnego**” o **7,6 punktów procentowych** i „**pedagoga szkolnego**” o **7,4 punkty procentowe**. Natomiast uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych zwróciliby się częściej o 6,5 punktów procentowych od swych starszych koleżanek i kolegów „*do psychologa spoza szkoły*”, o 5,5 punktów procentowych „*do wychowawcy klasy*” oraz 4 punkty procentowe „*do lekarza rodzinnego*”. Należy odnotować, że adolescenty ze szkół ponadpodstawowych mają tylko o średnio o 1,7 punktu procentowego od swych młodszych koleżanek i kolegów większe zaufanie do psychologa i pedagoga szkolnego, wychowawcy klasy i dyrektora szkoły.

Tablica nr 23. Adresaci pomocy w sytuacji problemów psychicznych adolescentów według płci, N=1098

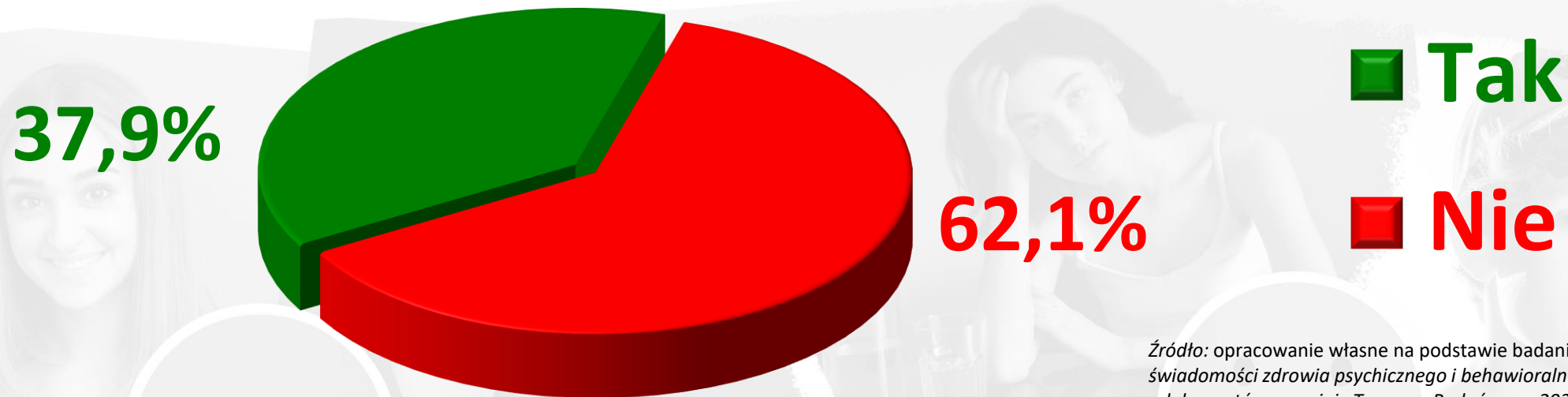
Lp.	Adresat pomocy	Akceptacja		Różnice +, -
		Dziewczyna N=431	Chłopak N=667	
1	Do dyrektora szkoły	0,9	5,8	-4,9
2	Do koleżanek i kolegów	59,6	48,4	11,2
3	Do księdza	6,5	14,5	-8,0
4	Do lekarza psychiatry	42,2	42,1	0,1
5	Do lekarza rodzinnego	15,5	20,4	-4,9
6	Do nikogo	35,7	25,2	10,5
7	Do pedagoga szkolnego	14,2	24,4	-10,2
8	Do Policji	3,7	6,9	-3,2
9	Do psychologa spoza szkoły	55,2	41,2	14,0
10	Do psychologa szkolnego	15,8	28,3	-12,5
11	Do psychoterapeuty	31,8	31,6	0,2
12	Do rodziców	63,1	73,6	-10,5
13	Do rodzeństwa	39,2	36,3	2,9
14	Do wychowawcy klasy	14,8	18,7	-3,9
15	Do kogoś innego, do kogo?	17,4	15,3	2,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć w sposób istotny polaryzuje wskazania ankietowanych na temat wyborów adresatów pomocy w sytuacji problemów psychicznych badanych. Przy akceptacji różnice wyborów między dziewczynami i chłopcami wyniosły ± 14 punktów procentowych. Należy odnotować, że **przy akceptacji** adresata największa polaryzacja wyborów wystąpiła przy wskazaniu na: „*psychologa spoza szkoły*” do którego dziewczyny częściej by się zwróciły o **14 punktów procentowych**. Natomiast chłopcy częściej o **12,5 punktów procentowych** od dziewczyn zwróciliby się „*do psychologa szkolnego*”. Z kolei dziewczyny częściej od chłopców o **11,2 punkty procentowe** zwróciłyby się do „*koleżanek i kolegów*” oraz częściej o **10,5 punktów procentowych** „*do nikogo*”. Chłopcy częściej od dziewczyn o **10,5 punktów procentowych** zwróciliby w sytuacji problemów psychicznych „*do rodziców*” oraz częściej o 10,2 punkty procentowe „*do pedagoga szkolnego*”. Należy odnotować, że najmniejsza polaryzacja stanowisk według płci wystąpiła przy wyborach: „*do lekarza psychiatry*” (0,1%), „*do psychoterapeuty*” (0,2%), „*do kogoś innego, do kogo?*” (2,1%), „*do rodzeństwa*” (2,9%) oraz „*do Policji*” (3,2%).

Wykres nr 29. Deklaracje rozmowy o sprawach trudnych emocjonalnie N=1236.

Pytanie 13. Czy rozmawiasz o tym, co jest dla Ciebie trudne emocjonalnie?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Prawie pięć ósmych (62,1%) adolescentów nie rozmawia o sprawach trudnych emocjonalnie, co budzi pewien niepokój, ponieważ brak rozmowy o trudnych sprawach jest jedną z form tłumienia emocji. Milczenie na trudne emocjonalne tematy często wynika z chęci uniknięcia dyskomfortu, jednak emocje, o których nie mówimy, nie znikają. Tłumienie emocji u adolescentów to mechanizm obronny, który polega na świadomym lub nieświadomym powstrzymaniu się od przeżywania i wyrażania uczuć. Można odnieść wrażenie, że doraźne tłumienie emocji jest sposobem na uniknięcie konfliktu, natomiast długofalowo prowadzi do poważnych obciążeń psychofizycznych.

Podstawowym skutkiem tłumienia emocji u adolescentów w sferze zdrowia psychicznego jest wysokie ryzyko depresji, zaburzeń lękowych, poczucia samotności, chronicznego stresu oraz zaburzeń odżywiania. Pojawiają się również **problemy psychosomatyczne** (objawy z ciała). Tłumienie ekspresji emocjonalnej aktywuje układ współczulny, co podnosi poziom stresu i może objawiać się somatycznie, w postaci chronicznych bólów głowy, migreny, bóle mięśniowe, zaburzenia snu (bezsenność), problemy żołądkowe, np. zespół jelita drażliwego. **Dalszy komentarz w następnym slajdzie.**

Komentarz do pytania 13

Tłumione emocje powodują zmiany **w relacjach i zachowaniach adolescenta** polegające na trudności w komunikacji, postępuje izolacja społeczna, pojawia się bierna agresja (sarkazm, złośliwość) lub niekontrolowane wybuchy złości, gdy kumulowane emocje znajdują ujście. Osoba tłumiąca emocje doświadcza poczucia bezsilności, samoobwiniania, niskiej samooceny, ma utrudnione rozpoznawanie własnych potrzeb oraz tzw. ulega *zamrożeniu* emocji. W wyniku tych stanów pojawiają się **mechanizmy obronne** w postaci sięgania po „*znieczulacze*”, *takie jak środki psychoaktywne, samookaleczenia i zachowania autodestrukcyjne. Tłumienie emocji nie sprawia, że one znikają, lecz powoduje, że „wymykają się”* spod kontroli, niszcząc relacje z rówieśnikami, rodzicami i z nauczycielami oraz może przerodzić się w tzw. blokadę emocjonalną, gdzie uczucie nie zostaje przetworzone do końca i pozostaje w psychice.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na **najczęstsze formy tłumienia emocji przez adolescentów, które dla rodziców i środowiska szkolnego powinny być sygnałami ostrzegawczymi.**

1. Tłumienie ekspresji częściej przybierają formę zamaskowaną przez świadome hamowanie zewnętrznych oznak odczuwanych emocji (np. zachowywaniu „*kamiennej twarzy*”), mimo że wewnętrzne napięcie pozostaje wysokie. Należy zwrócić uwagę, że „*ciało mówi za nastolatka*” wywołując objawy somatyczne takie jak: nawracające bóle głowy i brzucha, przewlekłe zmęczenie i brak energii, zaburzenia snu, zmiany apetytu objadanie się lub unikanie jedzenia.

2. Działania zastępcze i rozpraszenie uwagi poprzez: **a) nadmierne korzystanie z technologii:** zatracanie się w mediach społecznościowych, grach lub serialach jako sposób na odcięcie się od rzeczywistości, **b) sublimację:** przekierowanie skumulowanej energii (np. złości) na sport lub twórczość artystyczną (co uznaje się za bardziej konstruktywną formę).

3. Zachowania ryzykowne i „znieczulanie emocji” poprzez substancje psychoaktywne jako środek chwilowego wyłączenia lęku czy smutku oraz samookaleczenie jako forma regulacji nie do zniesienia napięcia (ból) psychicznego.

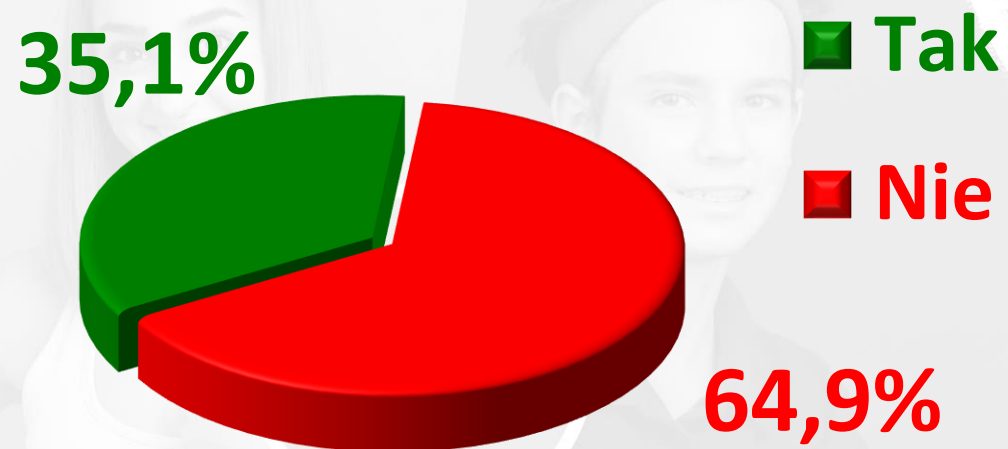
4. Mechanizmy izolacji i zaprzeczania: **a) izolacja społeczna:** zamykanie się w swoim pokoju, ograniczanie kontaktów z rodziną i unikanie trudnych rozmów, **b) zaprzeczanie i intelektualizacja:** udawanie przed samym sobą, że dany problem nie istnieje, lub próba logicznego wyjaśnienia emocji, by nie musieć ich czuć.

5. Maskowanie poprzez humor polega na używaniu ironii, sarkazmu lub śmiechu w sytuacjach stresowych, aby złagodzić napięcie i nie pokazać swojej bezbronności.

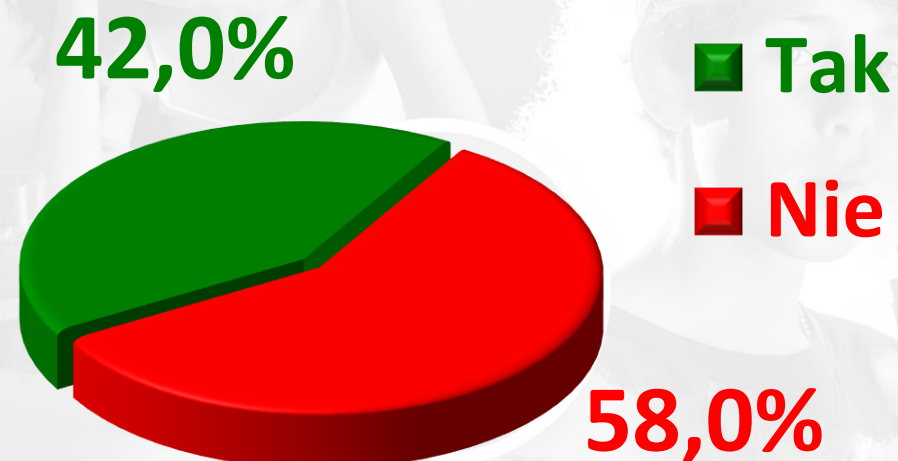
Warto pamiętać, gdy objawy utrzymują się dłużej niż **dwa tygodnie** lub nasilają się, należy skonsultować się ze specjalistą.

Wykres nr 30. Deklaracje rozmowy o trudnych chwilach emocjonalnych według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727



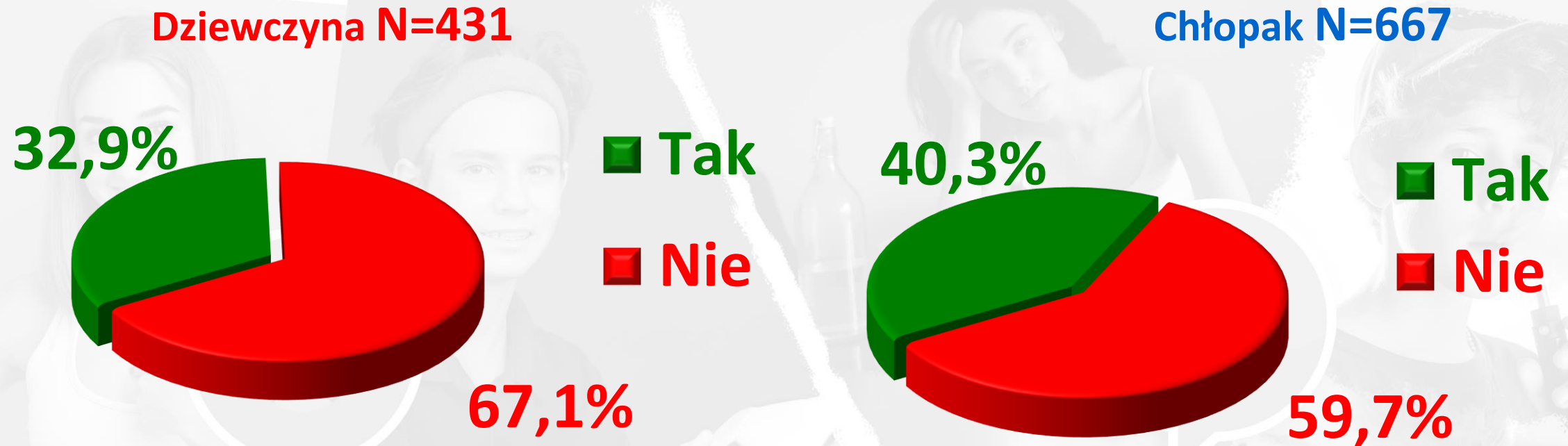
Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego młodzieży szkolnej w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły ma wpływ na deklaracje nierozmawiania (tłumienia emocji) o trudnych chwilach emocjonalnych. Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 6,9 punktów procentowych od uczniów szkół ponadpodstawowych nie rozmawiają o sprawach trudnych emocjonalnie.

Wykres nr 31. Deklaracje rozmowy o trudnych chwilach emocjonalnych według płci, N=1098



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma wpływ na deklaracje rozmowy w trudnych chwilach emocjonalnych. Chłopcy częściej o 7,4 punktów procentowych (w badaniu z marca 2025 r. o 7,7 punktów procentowych) od dziewczyn rozmawiają o trudnych chwilach emocjonalnych.

Tablica nr 24. Hierarchia powodów nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych

w %, N=767. Pytanie 14. Jakie masz powody, aby nie rozmawiać o sprawach emocjonalnie trudnych dla Ciebie?

Lp.	Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych	Kolejność
1	Brak umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami	60,2
2	Lęk przed oceną	51,6
3	Wstyd	45,1
4	Lęk przed wyśmianiem	45,0
5	Nieśmiałość	43,0
6	Brak zaufania do siebie (niepewność co do własnych uczuć, decyzji)	42,8
7	Lęk przed zmierzeniem się z trudnościami	27,2
8	Lęk przed własną wrażliwością	27,1
9	Obawa przed skrzywdzeniem	24,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Ankietowani, którzy nie rozmawiają o trudnych sprawach emocjonalnych, czynią to przede wszystkim z powodu: „braku umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami” (60,2%), „lęk przed oceną” (51,6%), „wstyd” (45,1%), oraz „lęk przed wyśmianiem” (45,0%). Nie jest odkrywcze stwierdzenie, że otwarte rozmowy o emocjach są fundamentem udanych relacji i przyczyniają się do zachowania zdrowia emocjonalnego.

Zaleca się zwrócić szczególną uwagę w programach psychoedukacji na problematykę komunikacji emocjonalnej i zarządzania emocjami w teorii i praktyce (ćwiczenia).

Tablica nr 25. Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych według typu szkoły w %, N=767

Lp.	Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych	VII i VIII klasy szkół podstawowych N=472	Szkoły ponadpodstawowe N=295	Różnice +, -
1	Brak umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami	61,0	59,0	2,0
2	Brak zaufania do siebie (niepewność co do własnych uczuć, decyzji)	44,1	40,7	3,4
3	Lęk przed oceną	56,6	43,7	12,9
4	Lęk przed własną wrażliwością	28,4	25,1	3,3
5	Lęk przed wyśmianiem	49,6	37,6	12,0
6	Lęk przed zmierzeniem się z trudnościami	32,0	19,7	12,3
7	Nieśmiałość	47,0	36,6	10,4
8	Obawa przed skrzywdzeniem	26,5	22,0	4,5
9	Wstyd	48,3	40,0	8,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi.

Typ szkoły ma wpływ na powody nierozmawiania o sprawach trudnych emocjonalnie. Największa różnica ze względu na typ szkoły w powodach nierozmawiania wystąpiła przy opinii „**lęk przed oceną**” o 12,9 punktów procentowych, „**lęk przed zmierzeniem się z trudnościami**” o 12,3 punkty procentowe, „**lęk przed wyśmianiem**” o 12 punktów procentowych oraz „**nieśmiałość**” o 10,4 punkty procentowe uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych częściej od swych starszych koleżanek i kolegów wskazywali na te powody. Oddech to nasza podstawowa funkcja życiowa, a jego rytm jest ściśle związany z naszymi emocjami. W sytuacjach stresowych oddychamy szybciej, a w momentach strachu często wstrzymujemy oddech. Płacz natomiast wywołuje krótki, urywany oddech. Choć czasami nie zwracamy na to uwagi, oddech i emocje są ze sobą głęboko powiązane. Zmieniając sposób oddychania, możemy znacząco wpłynąć na nasze samopoczucie, uspokoić się, odzyskać kontrolę i zredukować napięcie. Oddychanie pełni nie tylko funkcję biologiczną, ale także stanowi kanał komunikacji między ciałem a psychiką. Kiedy jesteśmy zestresowani, aktywuje się układ współczulny, co prowadzi do przyspieszenia oddechu, tętna oraz napięcia mięśniowego. Jeśli jednak zaczniemy oddychać wolniej i głębiej, uruchamiamy układ przywspółczulny, który hamuje reakcję stresową. Wydaje się, że w ten sposób oddech staje się jednym z najłatwiej dostępnych i najskuteczniejszych narzędzi do regulacji emocji.

Tablica nr 26. Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych według płci w %, N=687

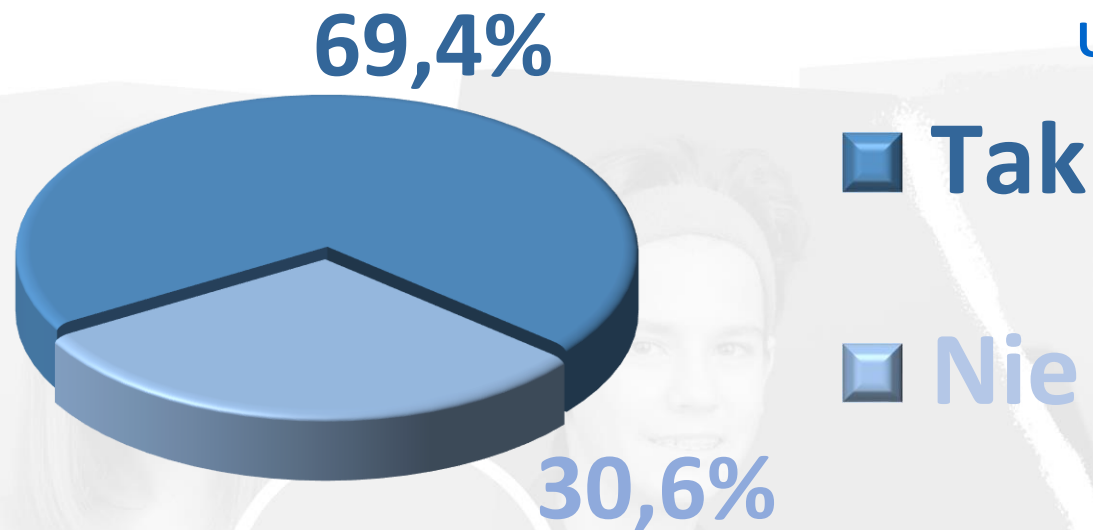
Lp.	Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych	Dziewczyny N=289	Chłopcy N=398	Różnice +, -
1	Brak umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami	45,9	32,7	13,2
2	Brak zaufania do siebie (niepewność co do własnych uczuć, decyzji)	36,7	20,4	16,3
3	Lęk przed oceną	43,6	24,9	18,7
4	Lęk przed własną wrażliwością	24,8	11,1	13,7
5	Lęk przed wyśmianiem	33,4	23,8	9,6
6	Lęk przed zmierzeniem się z trudnościami	24,4	12,0	12,4
7	Nieśmiałość	29,9	24,7	5,2
8	Obawa przed skrzywdzeniem	22,7	9,6	13,1
9	Wstyd	32,9	24,3	8,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi.

Płeć ma wpływ na powody nierozmawiania o sprawach trudnych emocjonalnie. Dziewczyny częściej (według średniej) o 12,3 punkty procentowe od chłopców wskazywały na powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych. Największa polaryzacja stanowisk wystąpiła przy następujących powodach nierozmawiania o trudnych emocjach przez dziewczyny: „*lęk przed oceną*” częściej od chłopców o **18,7** punktów procentowych, „*brak zaufania do siebie (niepewność co do własnych uczuć, decyzji)*” o **16,3** punkty procentowe, „*lęk przed własną wrażliwością*” o **13,7** punktów procentowych, „*brak umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami*” o **13,2** punkty procentowe oraz „*obawa przed skrzywdzeniem*” o **13,1** punktów procentowych, dziewczyny częściej od chłopców dokonywały takich wyborów.

Warto odnotować, że techniki oddechowe, takie jak oddech przeponowy, pudełkowy czy wydłużony wydech, mogą mieć istotne znaczenie w redukcji tłumionych emocji, ponieważ aktywują układ przywspółczulny, co pozwala uwolnić napięcie mięśniowe, zredukować kortyzol i odzyskać równowagę emocjonalną. Natomiast **skutkiem emocjonalnym i psychicznym** stosowania technik oddechowych jest **uwolnienie stłumionych emocji**, ponieważ głęboki oddech pozwala dotrzeć do zablokowanych uczuć, co może wywołać spontaniczne reakcje (płacz, śmiech, ruchy ciała). Powoduje również redukcję lęku i napięcia. Wywołuje szybkie wyciszenie układu nerwowego, zmniejszenie poziomu kortyzolu. Wpływa na uważność (mindfulness) i powrót do „*tu i teraz*” oraz uspokaja gonitwy myśli. Natomiast fizyczne zalety technik oddechowych, to rozluźnienie mięśni, zmniejszenie napięcia, szczególnie w obrębie klatki piersiowej, szyi i szczęki. Ponadto wpływa na regulację układu sercowo-naczyniowego poprzez obniżenie ciśnienia krwi i zwolnienie tętna, co daje lepszą regenerację i poprawia dotlenienie organizmu i jakości snu. Możliwe skutki uboczne technik oddechowych to hiperwentylacja czyli zbyt szybkie i głębokie oddychanie, prowadzi do nadmiernego wydychania dwutlenku węgla (hipokapnii), co powoduje zawroty głowy, mrowienie wokół ust i dłoni, skurcze mięśni (tężyczka), ból w klatce piersiowej, kołatanie serca oraz silny lęk. Dlatego zaleca się, aby na początku praktykować techniki pod okiem specjalisty.

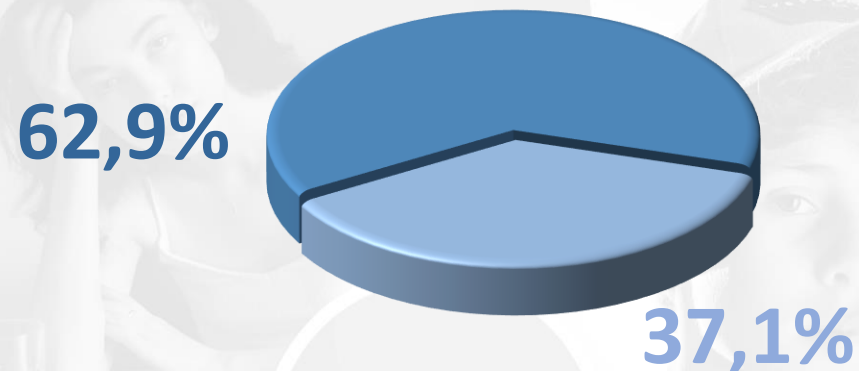
Wykres nr 32. Kontakt z osobą chorą psychicznie N=1236. Pytanie 17. Czy kiedykolwiek miałeś/aś kontakt z osobą chorą psychicznie?



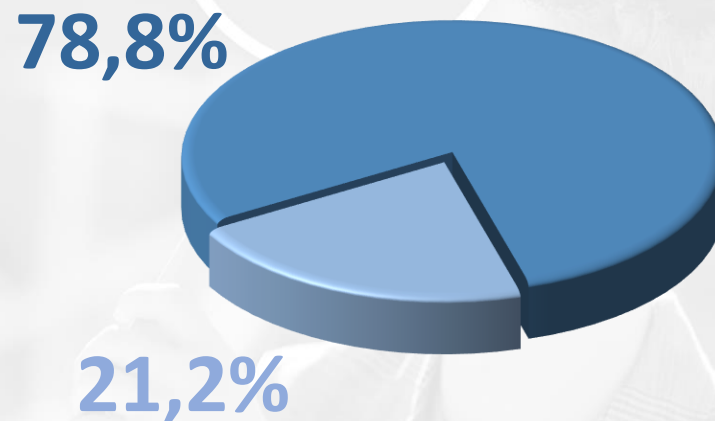
Zdecydowana większość (69,4%) ogółu ankietowanych zadeklarowała, że miała kontakt z osobą chorą psychicznie.

Należy odnotować, że typ szkoły ma wpływ na kontakt z osobą chorą psychicznie. Uczniowie szkół ponadpodstawowych częściej od swych młodszych koleżanek i kolegów o 15,9 punktów procentowych mieli kontakt z osobą chorą psychicznie.

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727



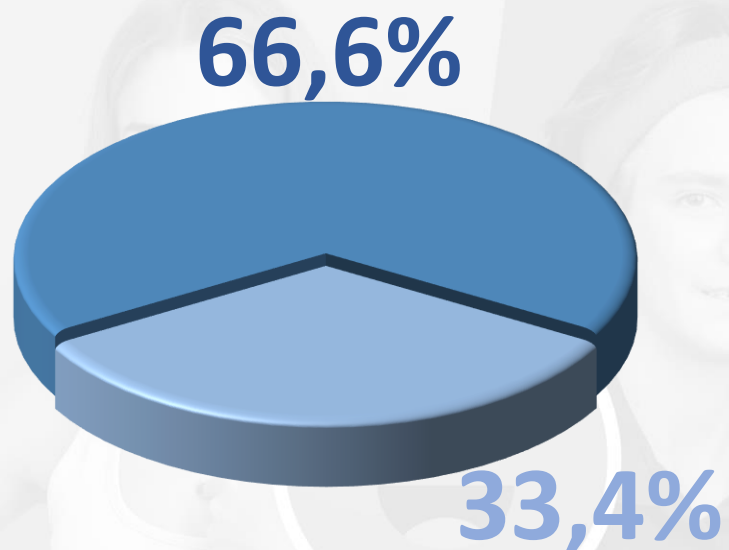
Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 33. Kontakt z osobą chorą psychicznie według płci, N=1098

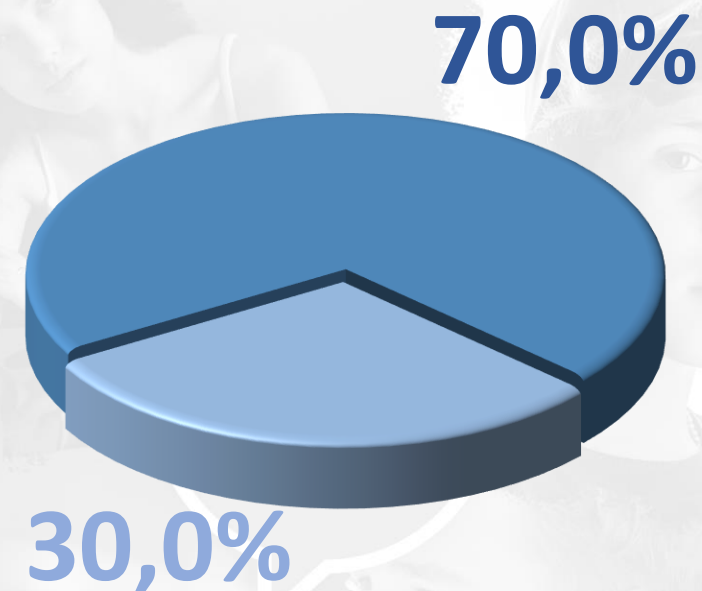
Dziewczyna N= 431



Chłopak N= 667

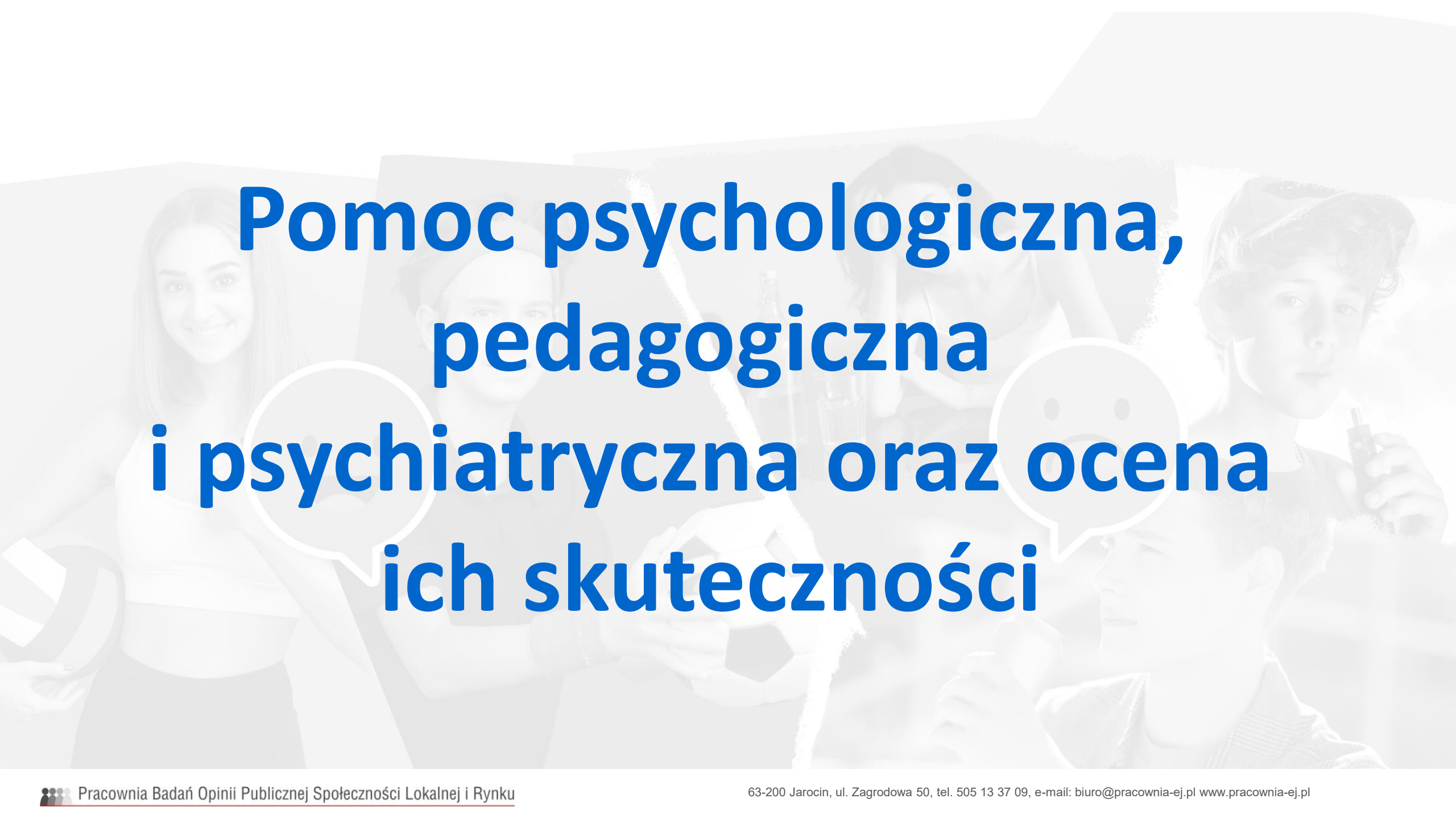
■ Tak

■ Nie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć nie ma istotnego wpływu na kontakt z osobą chorą psychicznie. Chłopcy częściej o 3,4 punkty procentowe od dziewczyn mieli kontakt z osobą chorą psychicznie.



Pomoc psychologiczna, pedagogiczna i psychiatryczna oraz ocena ich skuteczności

Wykres nr 34. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole, N=1236. Pytanie 18. Czy Twoja szkoła zapewnia pomoc?



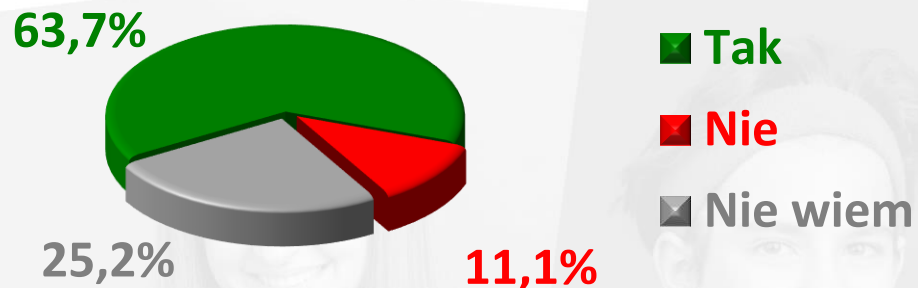
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Według opinii adolescentów więcej niż dwie trzecie (**67,0%**) (w badaniu z marca 2025 r. 61,8%) szkół zapewnia pomoc psychologiczną, **8,7%** (w badaniu z marca 2025 r. 10,8%) ankietowanych była przeciwnego zdania oraz **24,3%** (w badaniu z marca 2025 r. 27,4%) uczniów „*nie wie*”, że **taka pomoc w szkole funkcjonuje**. Natomiast w opinii 67,6% (w badaniu z marca 2025 r. 71,9%) respondentów szkoła zapewnia pomoc pedagogiczną oraz nie potwierdza tej opinii 7,8% (w badaniu z marca 2025 r. 6,6%) uczniów. Z kolei **24,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 21,5%) uczniów nie wie, że szkoła oferuje pomoc pedagogiczną.

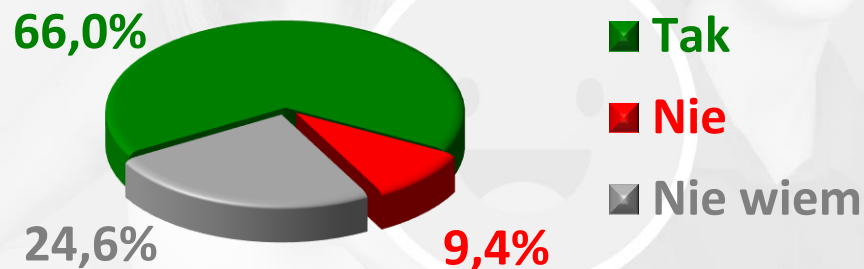
Wykres nr 35. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

Psychologiczna

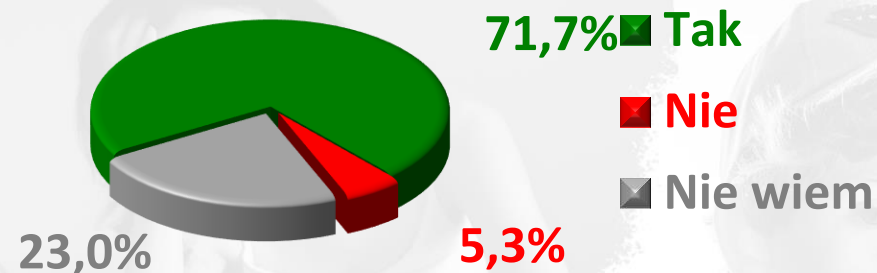


Pedagogiczna

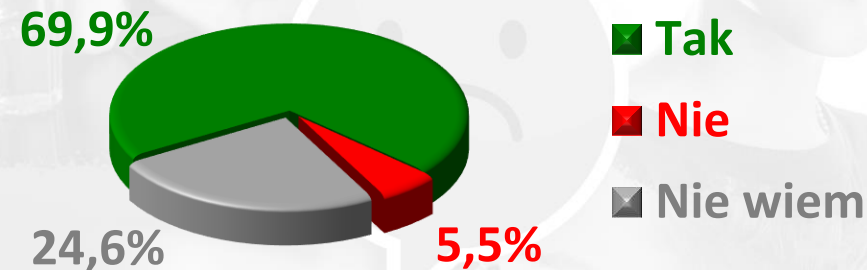


Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509

Psychologiczna



Pedagogiczna



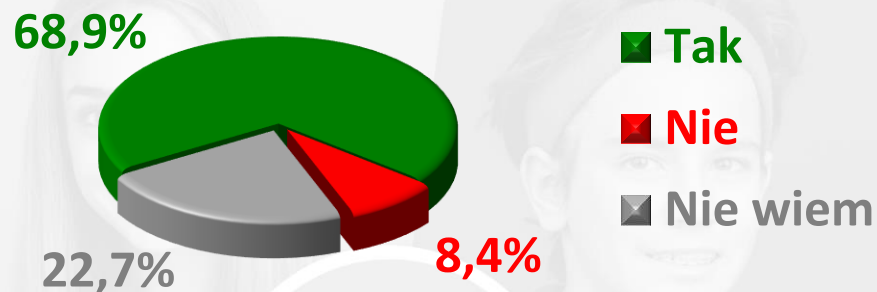
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Uczniowie szkół ponadpodstawowych (**71,7%**) (w badaniu z marca 2025 r. 69,6%) częściej o 8 punktów procentowych (w badaniu z marca 2025 r. 15,2 punkty procentowe) od uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych **63,7%** (w badaniu z marca 2025 r. 54,4%) wskazali, że w szkole jest **pomoc psychologiczna**. Z kolei uczniowie szkół podstawowych częściej o 5,8 (w badaniu z marca 2025 r. 7,7) punktów procentowych nie wiedzieli o istnieniu takiej pomocy. Natomiast jeśli chodzi o pomoc pedagogiczną, to adolescenty szkół podstawowych częściej o 3,9 punktów procentowych (w badaniu z marca 2025 r. o 2,3 punkty procentowe) od uczniów szkół ponadpodstawowych nie wiedzieli, że w szkole istnieje taka pomoc.

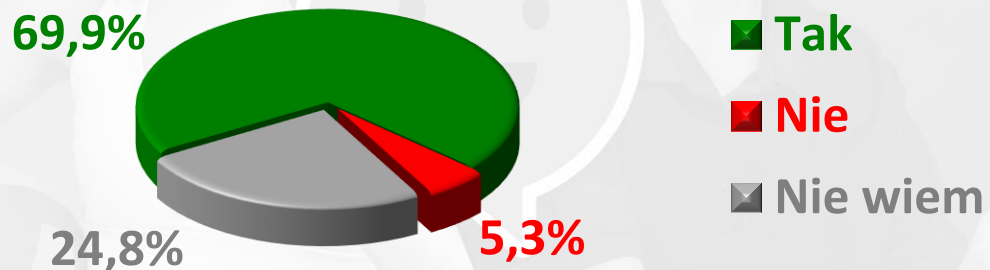
Wykres nr 36. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole według płci, N=1098

Dziewczyna N=431

Psychologiczna

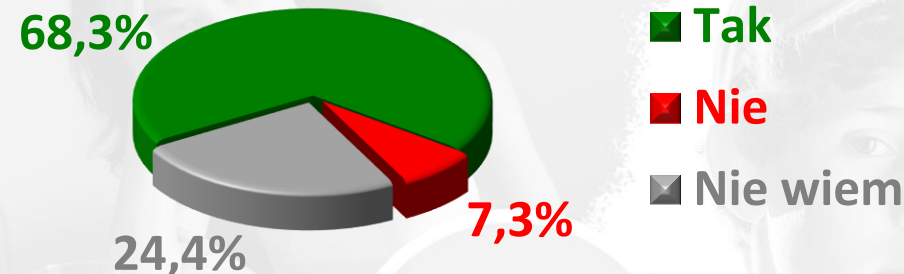


Pedagogiczna

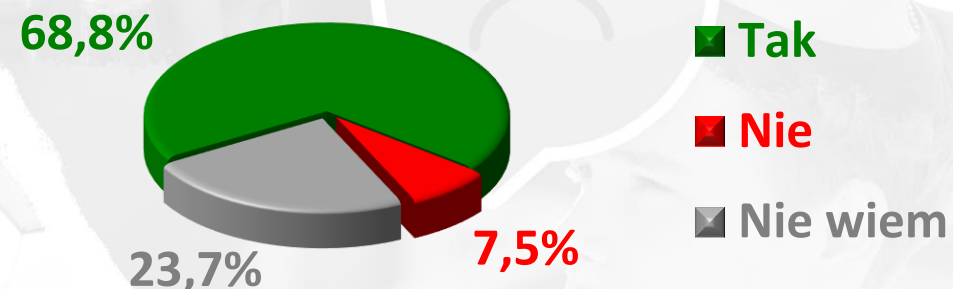


Chłopak N=667

Psychologiczna



Pedagogiczna



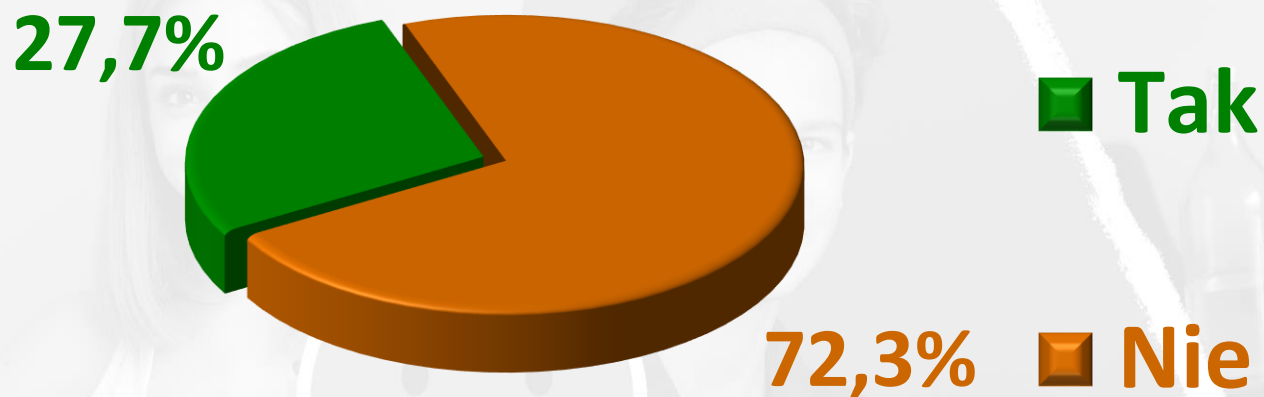
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć w bardzo małym stopniu ma wpływ na orientację adolescentów, czy szkoła zapewnia pomoc psychologiczną i pedagogiczną. Dziewczyny wykazały się większą od chłopców o 0,6 punktu procentowego wiedzą o szkolnej pomocy psychologicznej oraz szkolnej pomocy pedagogicznej o 1,1 punktu procentowego od chłopców.

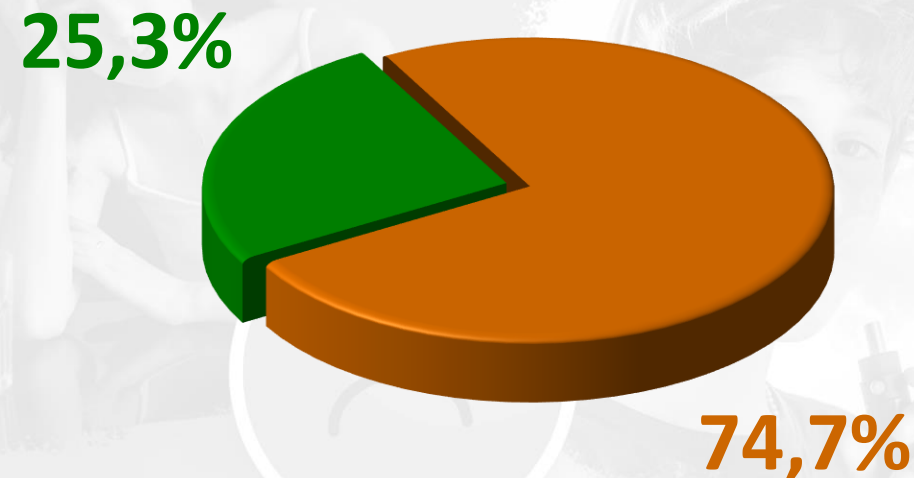
Wykres nr 37. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa i pedagoga.

Pytanie 19. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z pomocy szkolnego?

Psychologa



Pedagoga

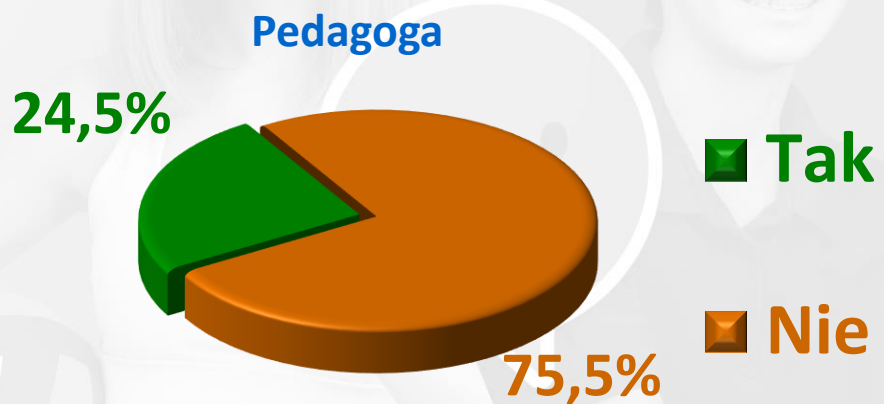


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

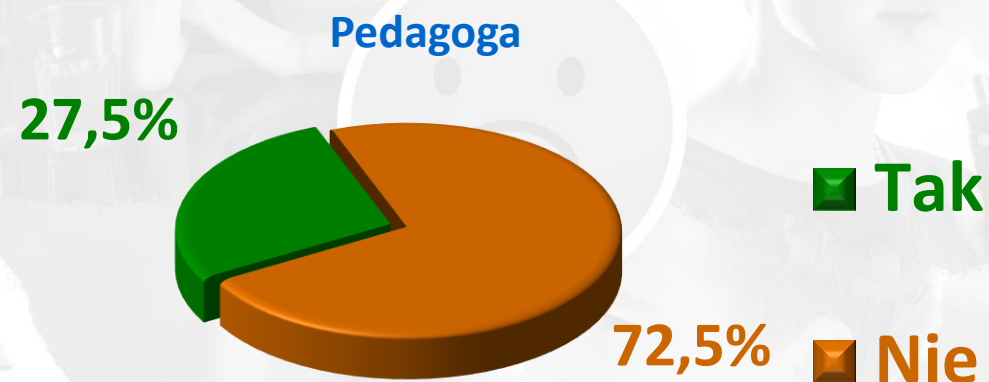
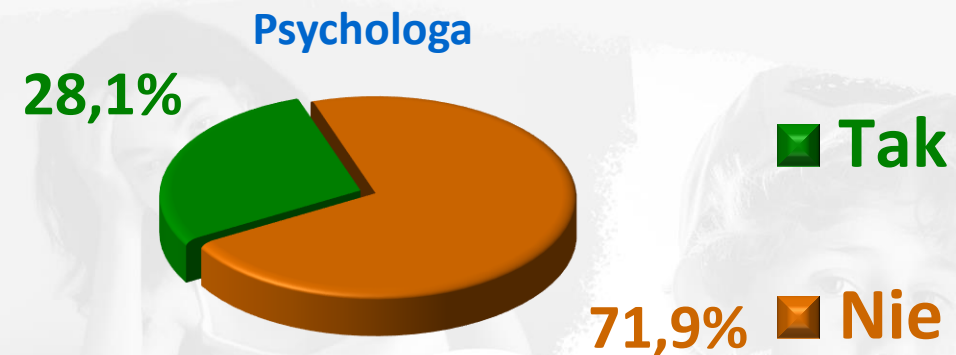
Należy odnotować, że ze **szkolnego psychologa** korzystało **28,1%**, tj. N=304 uczniów (w badaniu z marca 2025 r. 12,2%, tj. N=135 uczniów) oraz z **pedagoga szkolnego** **25,3%**, tj. 278 adolescentów (w badaniu z marca 2025 r. 17,5% respondentów, tj. 193 uczniów).

Wykres nr 38. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa i pedagoga według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727



Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

Typ szkoły nie ma wpływu na korzystanie z pomocy szkolnego psychologa oraz niewielki w przypadku korzystania z pomocy pedagoga szkolnego. Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych częściej o 3 punkty procentowe od uczniów z VII i VIII klas szkół podstawowych korzystali z pomocy szkolnego pedagoga.

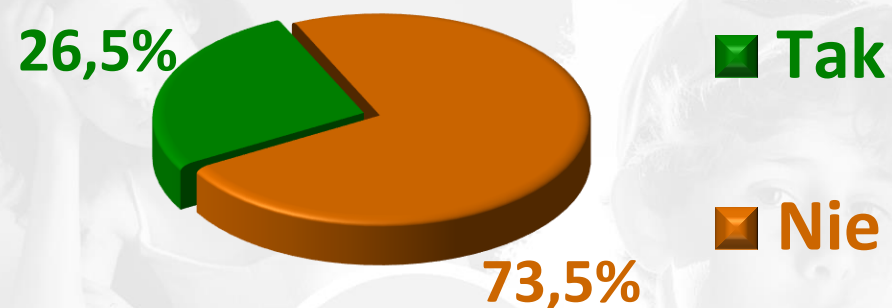
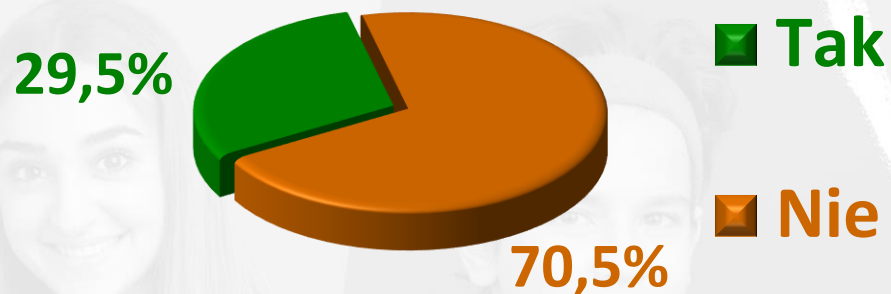
Wykres nr 39. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa (psychoterapeuty) i pedagoga według płci, N=1098

Dziewczyna N=431

Chłopak N=667

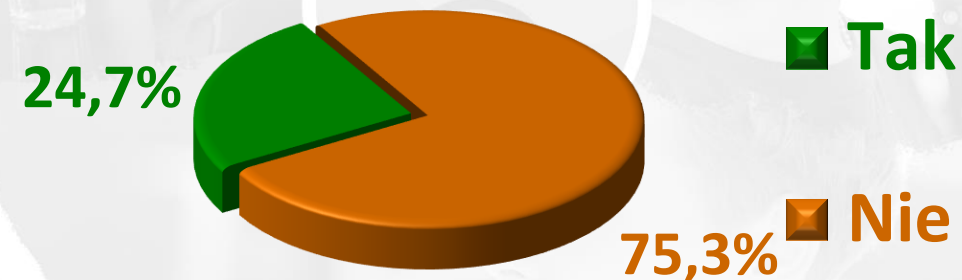
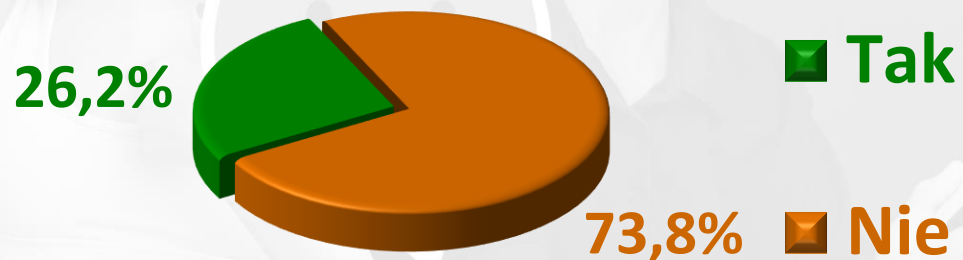
Psychologa

Psychologa



Pedagoga

Pedagoga



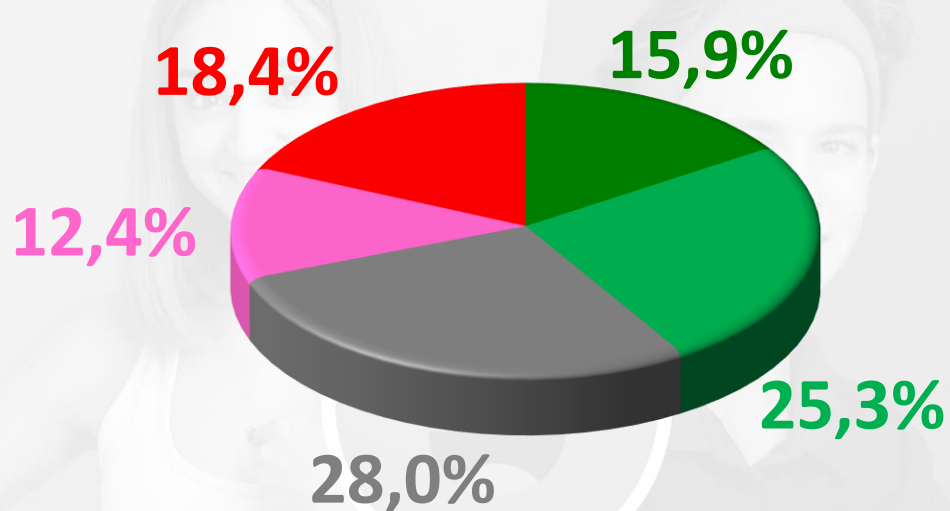
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć ma mały wpływ na korzystanie z pomocy szkolnego psychologa i pedagoga. Dziewczyny częściej o 3 punkty procentowe (w badaniu z marca 2025 r. 4,6 punktów procentowych) od chłopców korzystały ze szkolnego psychologa oraz pedagoga szkolnego o 1,5 punktu procentowego (w badaniu z marca 2025 r. o 2,8 punktów procentowych).

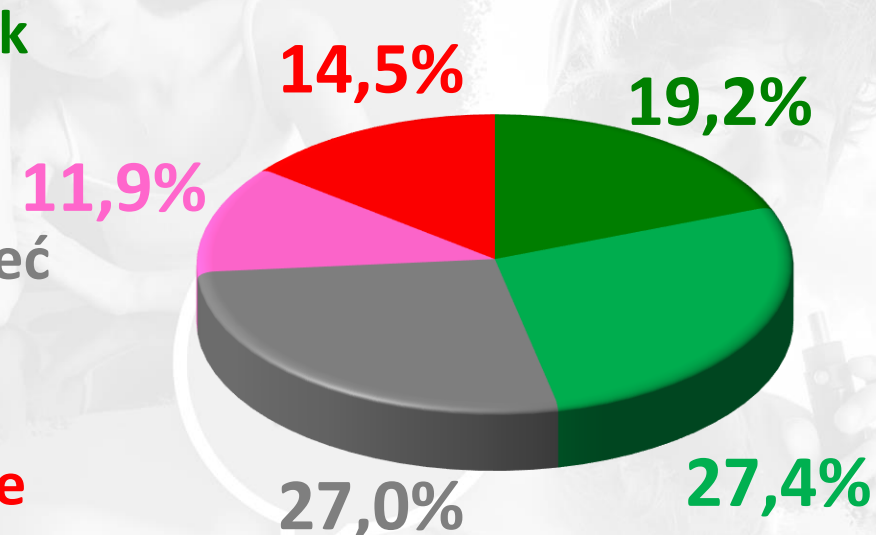
Wykres nr 40. Ocena skuteczności pomocy szkolnego psychologa i pedagoga.

Pytanie 20. Jeśli korzystałeś/aś z pomocy, jaką oferuje Twoja szkoła w zakresie zdrowia psychicznego, czy uważasz, że była skuteczna?

Psycholog N=347



Pedagog N=318



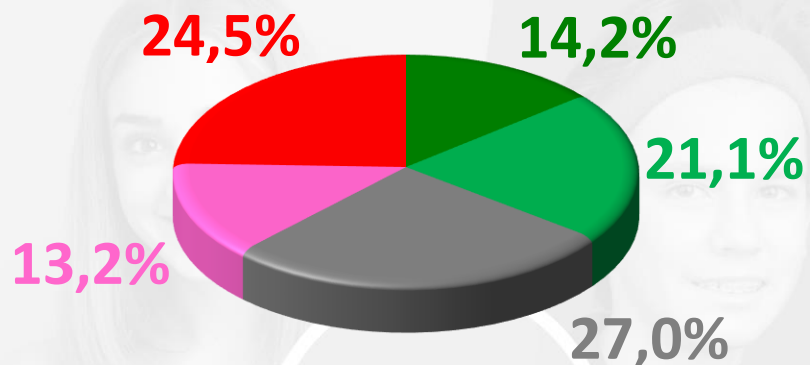
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Więcej niż dwie piąte (41,2%) (w badaniu z marca 2025 r. 38,5%) uczniów, którzy korzystali z pomocy szkolnego psychologa uznała, że ta **pomoc była skuteczna**. Natomiast nie zgodziło się z tą opinią **30,8%** adolescentów (w badaniu z marca 2025 r. 32,6% uczniów). Z kolei ze skuteczności **pedagoga szkolnego było zadowolonych 46,6%** respondentów (w badaniu z marca 2025 r. dwie piąte 40,4% uczniów), którzy skorzystali z pomocy pedagoga oraz **nie było zadowolonych 27%** (w badaniu z marca 2025 r. 28%) uczniów.

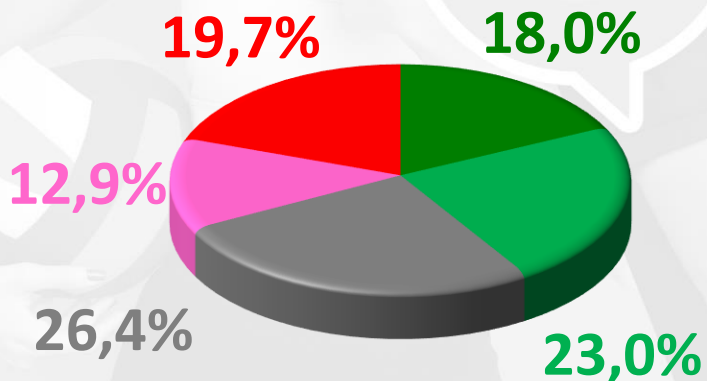
Wykres nr 41. Ocena skuteczności pomocy szkolnego psychologa i pedagoga według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych

Psycholog N=204

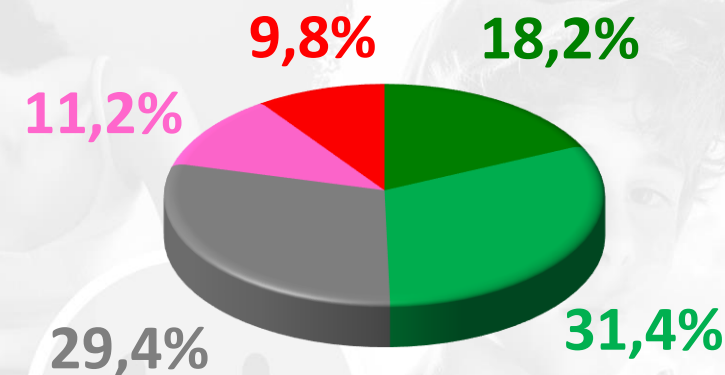


Pedagog N=178

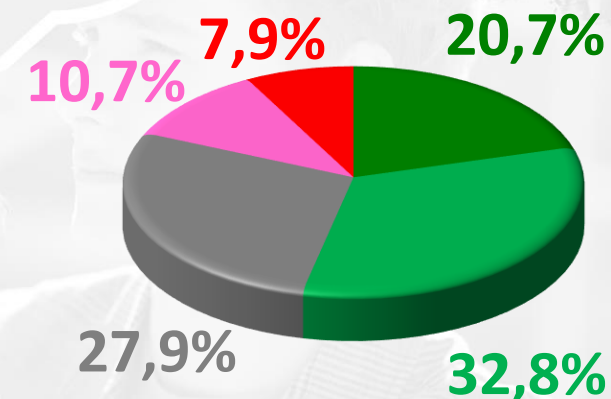


Uczniowie szkół ponadpodstawowych

Psycholog N=143



Pedagog N=140

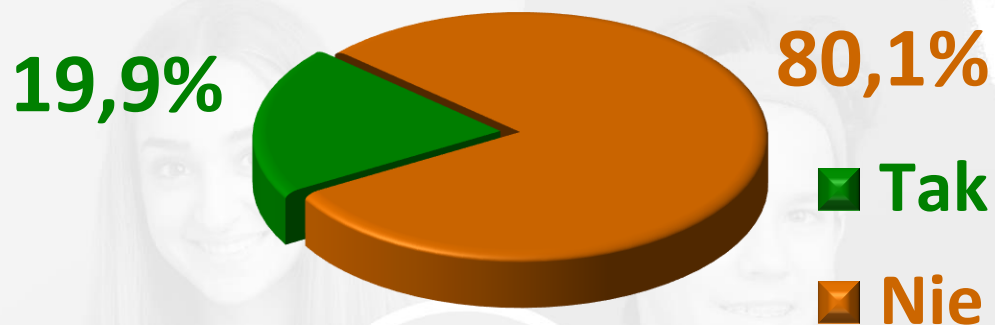


- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Trudno powiedzieć
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie

Typ szkoły ma wpływ na ocenę skuteczności pomocy szkolnego psychologa i pedagoga. Adolescenci szkół ponadpodstawowych byli bardziej o 13,2 punkty procentowe zadowoleni ze skuteczności psychologa od uczniów szkół podstawowych. Natomiast respondenci szkół ponadpodstawowych byli bardziej o 22,5 punktów procentowych zadowoleni ze skuteczności pedagoga od uczniów szkół podstawowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 42. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą. Pytanie 21. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z pomocy psychiatrycznej poza szkołą?



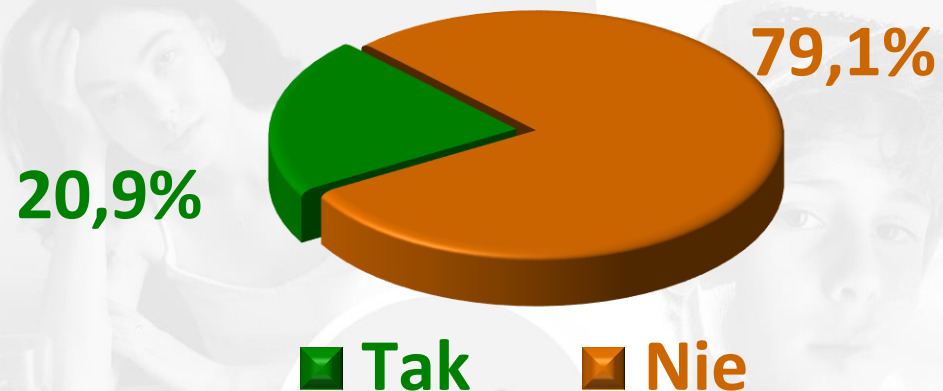
Z pomocy psychiatrycznej poza szkołą korzystał co piąty (19,9%, tj. 246) ankietowany (w badaniu z marca 2025 r. 16,7%, tj. 184 respondentów).

Typ szkoły ma mały wpływ na korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą. Ankietowani ze szkół podstawowych częściej o 2,4 punkty procentowe od respondentów ze szkół ponadpodstawowych korzystali z tej pomocy.

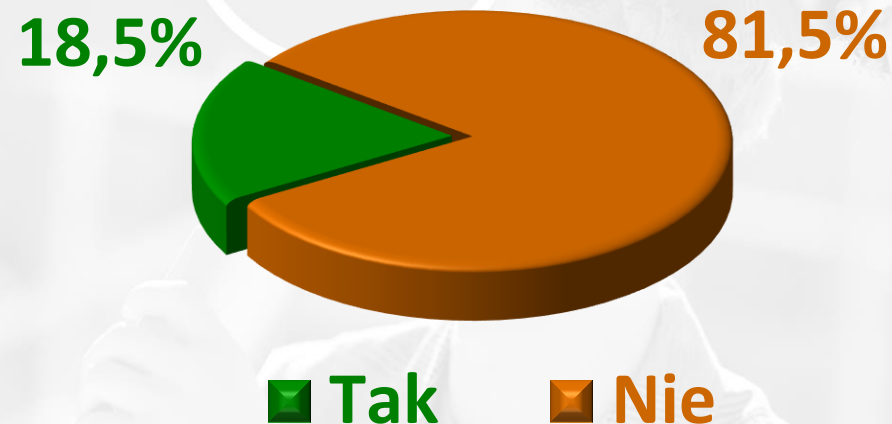
Natomiast w porównywanym badaniu z marca 2025 r. prowadzonym w gminie z Południowej Wielkopolski to uczniowie szkół ponadpodstawowych korzystali z tej pomocy częściej o 6,3 punkty procentowe od uczniów ze szkół podstawowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 43. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą według typu szkoły
Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

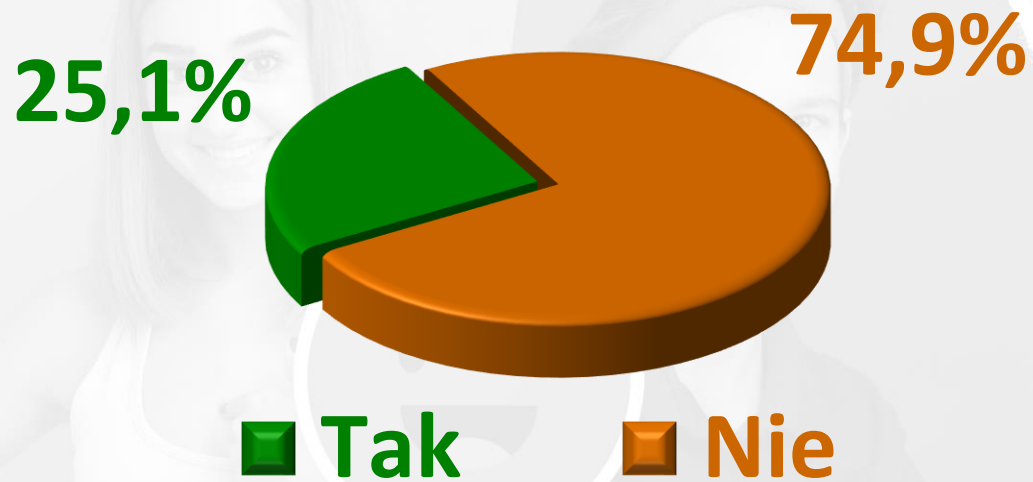


Uczniowie II klas szkół ponadpodstawowych N=509

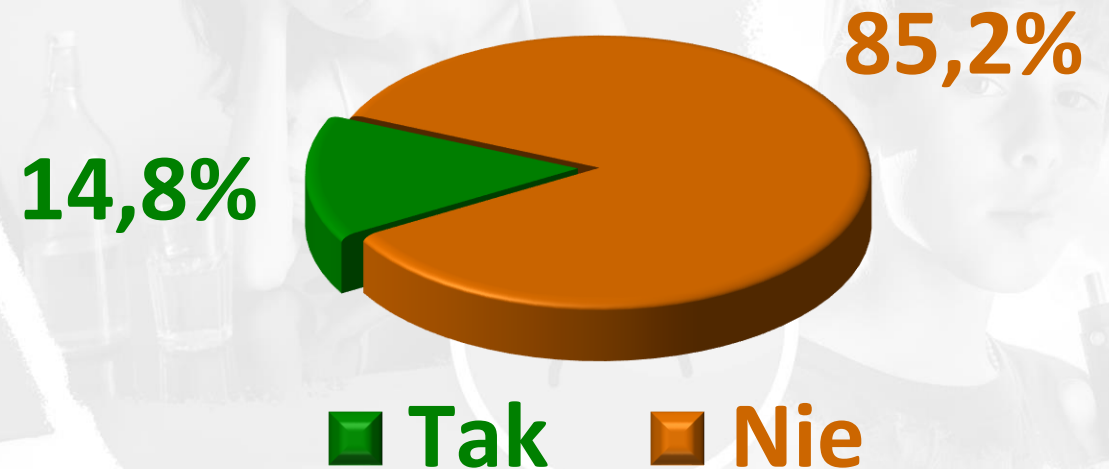


Wykres nr 44. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą według płci, N=1098

Dziewczyna N=431



Chłopak N=667



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć ma wpływ na korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą. Dziewczyny częściej o 10,3 (w badaniu z marca 2025 r. o 6,3) punkty procentowe od chłopców korzystały z pomocy psychiatrycznej poza szkołą.

Wykres nr 45. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry, N=246. Pytanie 22. Jeśli korzystałeś/aś poza szkołą z pomocy udzielonej przez lekarza psychiatrę, czy uważasz, że była skuteczna?

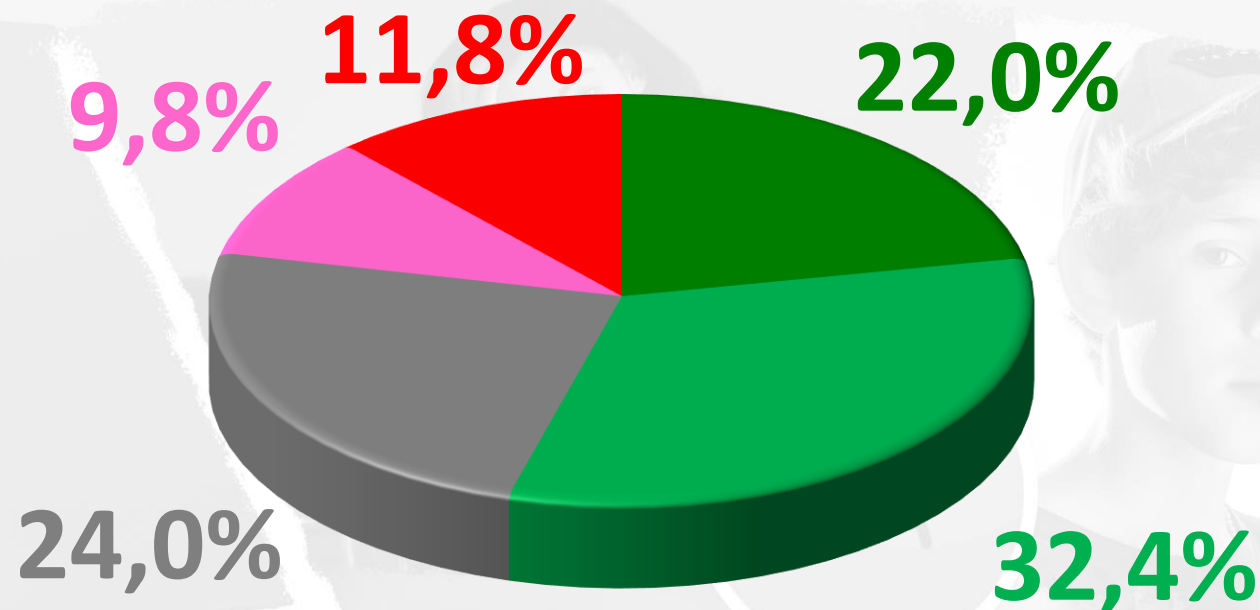
■ **Zdecydowanie tak**

■ **Raczej tak**

■ **Trudno powiedzieć**

■ **Raczej nie**

■ **Zdecydowanie nie**



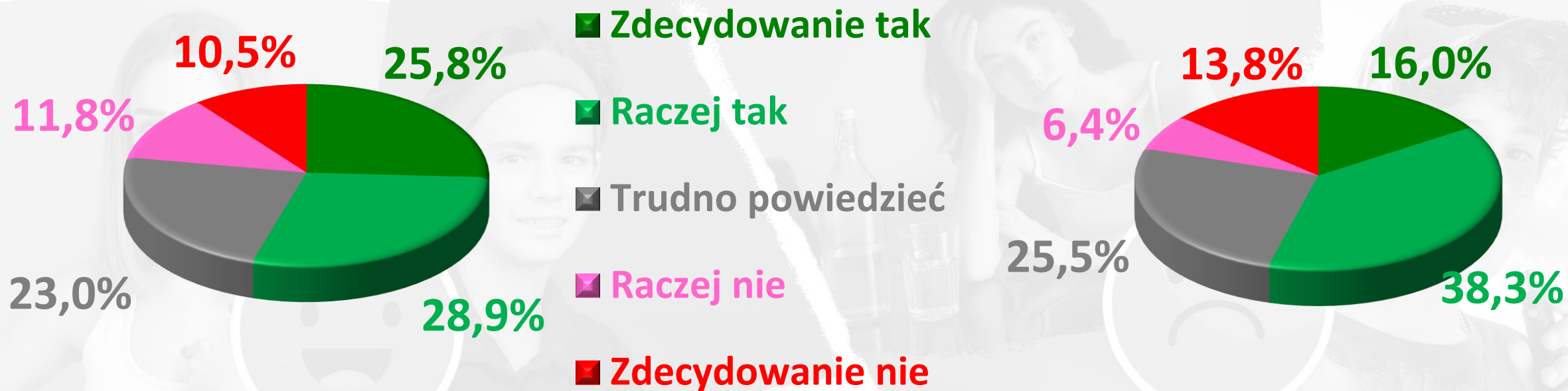
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

55,4% (w badaniu z marca 2025 r. 40,4%) respondentów, którzy korzystali z pomocy lekarza psychiatry, uważa, że **pomoc ta była skuteczna**. Przeciwnego zdania było 21,6% (w badaniu z marca 2025 r. 28%) ankietowanych oraz 24% (w badaniu z marca 2025 r. 31,6%) respondentów wybrało odpowiedź „*trudno powiedzieć*”.

Wykres nr 46. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=152

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=94

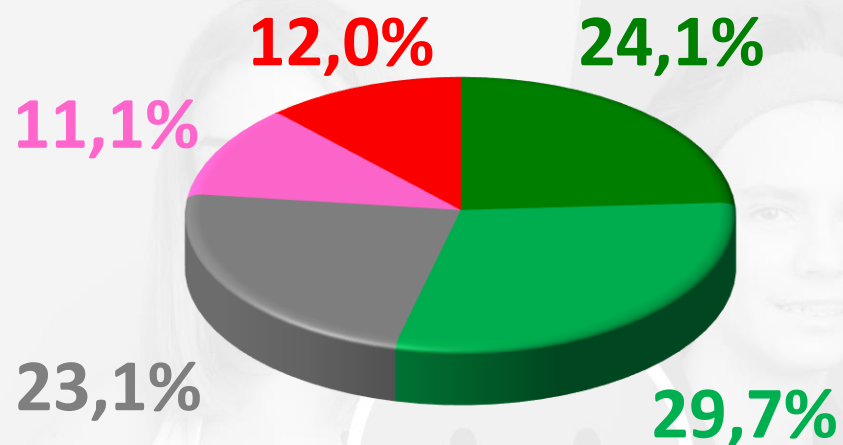


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Według opinii adolescentów typ szkoły ma niewielki wpływ na ocenę skuteczności pomocy lekarza psychiatry. Lepiej tę skuteczność ocenili uczniowie szkół podstawowych o 0,4 punktu procentowego oraz częściej o 2,1 punkty procentowe od respondentów ze szkół ponadpodstawowych wyrażali negatywną opinię o skuteczności lekarzy psychiatrów.

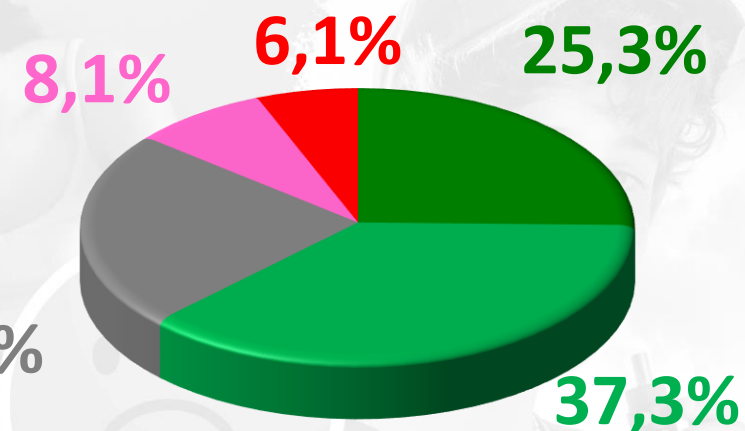
Wykres nr 47. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry według płci

Dziewczyna N=108



Chłopak N=99

- Zdecydowanie tak
- Raczej tak
- Trudno powiedzieć
- Raczej nie
- Zdecydowanie nie



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

Płeć polaryzuje ocenę skuteczności pomocy lekarza psychiatry. Chłopcy (62,6%), którzy korzystali z pomocy psychiatry, lepiej o 8,8 punktów procentowych ocenili jego skuteczność od dziewczyn (53,8%). Z kolei dziewczyny i chłopcy prawie w równym stopniu (chłopcy więcej o 0,1 punktu procentowego) nie potrafili zająć stanowiska w tej sprawie i wybrali odpowiedź „trudno powiedzieć”. Natomiast dziewczyny były bardziej krytyczne w ocenie skuteczności lekarzy psychiatrów od chłopców o 8,9 punktów procentowych.

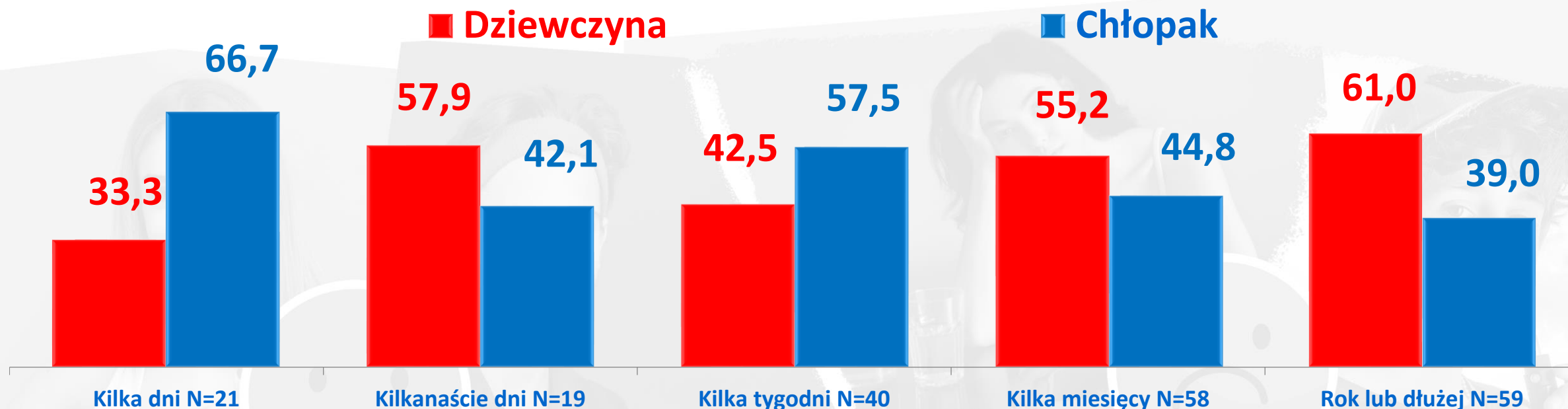
Wykres nr 48. Czas zgłoszenia się po pomoc psychiatryczną od momentu pojawienia się objawów w %, N=232. Pytanie 23. Po jakim czasie od wystąpienia pierwszych objawów problemów psychicznych zgłosiłeś/aś się po wsparcie?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Prawie **jedna trzecia (32,3%)** (w badaniu z marca 2025 r. 38,6%) respondentów, która skorzystała z pomocy psychiatry, zwróciła się o pomoc dopiero po „**roku lub dłużej**”. Należy odnotować, że jest to zdecydowanie za późno. Chociaż pierwsze objawy kryzysu psychicznego nie są łatwe do zdiagnozowania, to jak podaje literatura przedmiotu w przypadku zaburzeń osobowości dużą rolę odgrywa najbliższe otoczenie, ponieważ osoba doznająca tej dolegliwości ma małą zdolność rozpoznania zmian zachowania. Warto pamiętać, że nie trzeba u siebie podejrzewać poważnej choroby psychicznej, by chcieć skonsultować się z psychiatrą. Można zgłosić się do psychiatry również wtedy, gdy przechodzi się trudny okres i doświadcza kryzysu w radzeniu sobie z zaistniałą w życiu sytuacją. Specjaliści zalecają, że warto zwrócić się do psychiatry m.in. w przypadku objawów: *obniżony nastrój, niezdolność do odczuwania przyjemności, ciągłe zmęczenie i brak energii, lęk i niepokój, ataki paniki, zamartwianie się, nagłe zmiany nastroju, bezsenność i inne problemy ze snem.*

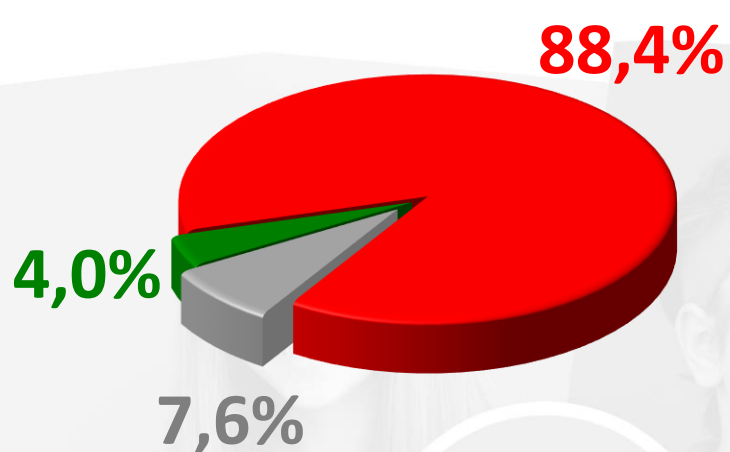
Wykres nr 49. Czas zgłoszenia się uczniów, którzy skorzystali z pomocy psychiatry od momentu pojawienia się pierwszych objawów problemów psychicznych według płci w %, N=197



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: Diagnostyka świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.

Płeć w istotny sposób polaryzuje czas zgłoszenia się uczniów, którzy skorzystali z pomocy psychiatry, od momentu pojawienia się pierwszych objawów. W grupie uczniów, którzy zgłosili się do psychiatry w ciągu kilku dni od pojawienia się pierwszych objawów było **66,7%** (14) **chłopców** oraz **33,3%** (7) **dziewczyn**. Należy odnotować, że chłopcy (23) szybciej od dziewczyn (17) zgłaszali się po wsparcie do psychiatry w terminie do kilku tygodni od pojawienia się pierwszych objawów problemów psychicznych. Natomiast w grupie uczniów (N=117), którzy zgłosili się w terminach od kilku miesięcy do roku lub dłużej, dziewczyny stanowiły 41,9% pacjentów, którzy zgłosili w tych terminach do gabinetów psychiatrycznych.

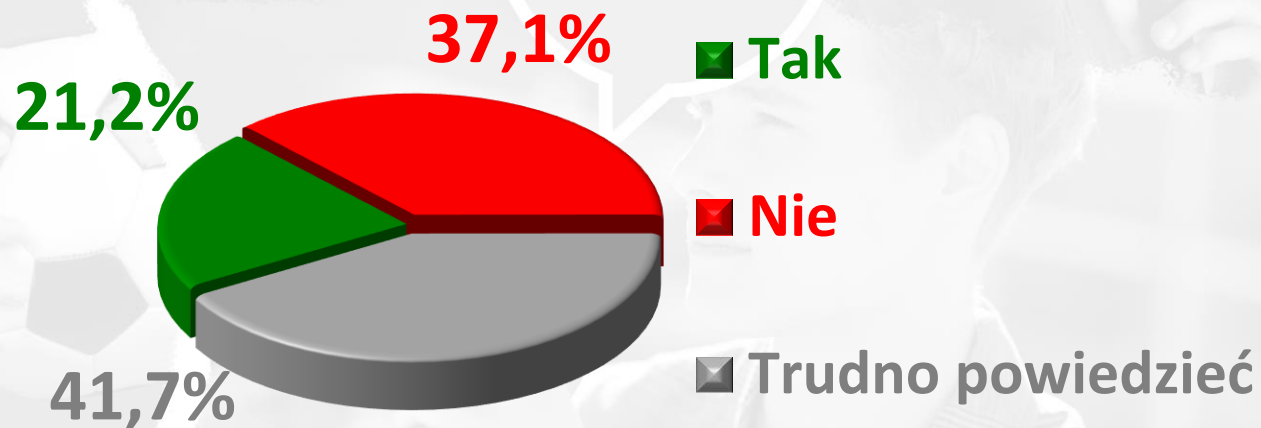
Wykres nr 50. Korzystanie z „telefonu zaufania”. Pytanie 24. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z tzw. „telefonu zaufania” oferującego pomoc osobom w kryzysie emocjonalnym?



- Tak** W środowisku badanej młodzieży nie funkcjonuje instytucja „telefonu zaufania”. Tylko 4,0% (tj. 50) respondentów korzystało z „telefonu zaufania”. Z kolei nie wiedziało o jego istnieniu 7,6% (tj. 94) uczniów.
- Nie** Zaleca się w programach psychoedukacji wprowadzić promocję korzystania przez młodzież z „telefonu zaufania”.
- Nie wiedziałem/am o jego istnieniu**

Wykres nr 51. Deklaracja skorzystania z „telefonu zaufania” w razie potrzeby. Pytanie 25. Czy w razie potrzeby skorzystałbyś/stałabyś z tzw. „telefonu zaufania”?

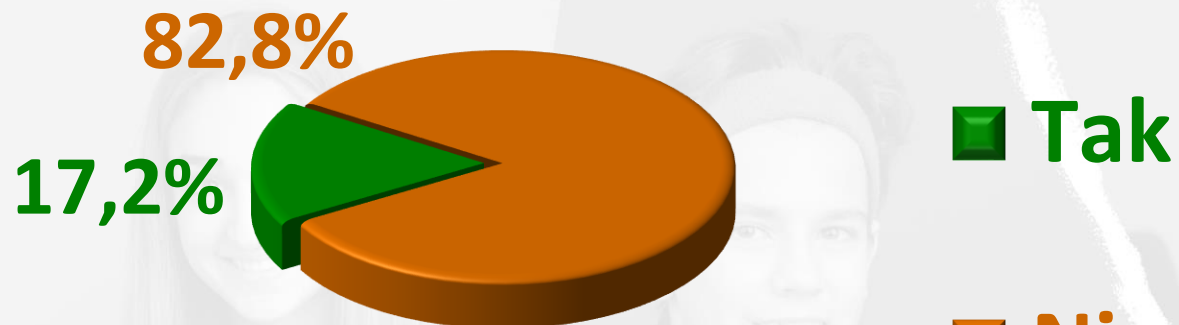
Należy odnotować, że 21,2% (tj. 262) respondentów zadeklarowało, że w razie potrzeby skorzysta z „telefonu zaufania” oraz 41,7% (tj. 516 uczniów) było niezdecydowanych i wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”. Z kolei 37,1% (tj. 458) uczniów nie zamierza korzystać w razie potrzeby z „telefonu zaufania”.



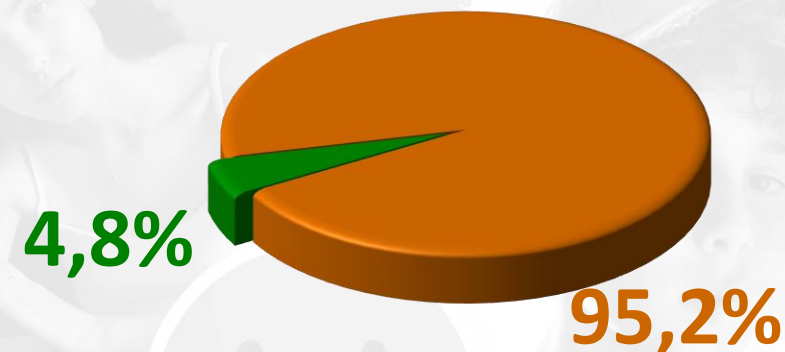
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wykres nr 52. Deklaracja korzystania z pomocy: psychologicznej, pedagogicznej i psychiatrycznej N=1236. Pytanie 26. Czy obecnie czujesz potrzebę skorzystania z pomocy?

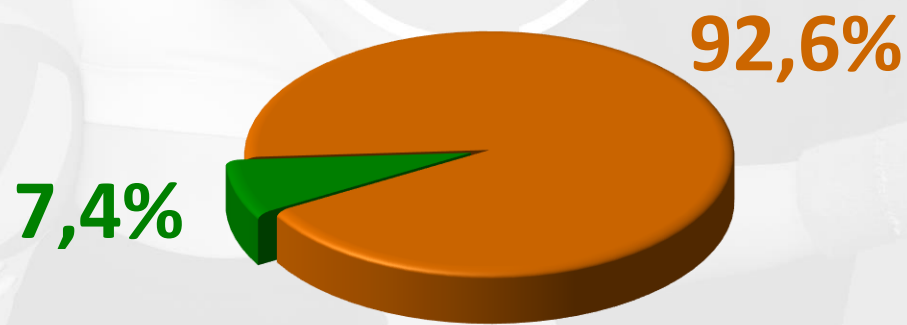
Psychologicznej (psycholog, psychoterapeuta)



Pedagogicznej (pedagog szkolny)



Psychiatrycznej (lekarz psychiatra)



■ Tak
■ Nie

17,2%, tj. 213 (w badaniu z marca 2025 r. 17%, tj.188) ankietowanych zadeklarowało potrzebę skorzystania z pomocy: **psychologicznej** (psycholog, psychoterapeuta), **7,4%, tj. 91** (w badaniu z marca 2025 r. 7,4%, tj. 82) respondentów z pomocy **psychiatrycznej** oraz **pedagogicznej 4,8%, tj. 59** (w badaniu z marca 2025 r. 2,8%, tj. 31) ankietowanych. **Należy odnotować, że 363 ankietowanych (tj. 29,4%) czuje obecnie potrzebę skorzystania z pomocy wymienionych specjalistów.** Natomiast w porównywanym w badaniu z marca 2025 r. 301 uczniów (tj. 27,2%) zadeklarowało taką potrzebę.

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*

Tablica nr 27. Deklaracja korzystania z pomocy: psychologicznej, pedagogicznej i psychiatrycznej według płci, w %, N=1098

Lp.	Typ pomocy	Dziewczyna		Chłopak	
		Tak	Tak liczebność	Tak	Tak liczebność
1	Psychologicznej (psycholog, psychoterapeuta) N=192	68,8	132	31,3	60
2	Pedagogicznej (pedagog szkolny) N=50	46,0	23	54,0	27
3	Psychiatrycznej (lekarz psychiatria) N=75	58,7	44	41,3	31

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć w istotny sposób polaryzuje potrzeby skorzystania z pomocy specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego. Wśród uczniów, którzy zadeklarowali, że obecnie czują potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej (psycholog, psychoterapeuta), było o **37,5 punktów procentowych więcej dziewczyn niż chłopców** oraz podobnie w grupie respondentów odczuwających potrzebę skorzystania z pomocy **psychiatrycznej** (lekarz psychiatria), dziewczyny częściej od chłopców o 17,4% odczuwały taką potrzebę. Z kolei chłopcy częściej o 8 punktów procentowych od dziewcząt zamierzali skorzystać z pomocy pedagogicznej (pedagog szkolny).

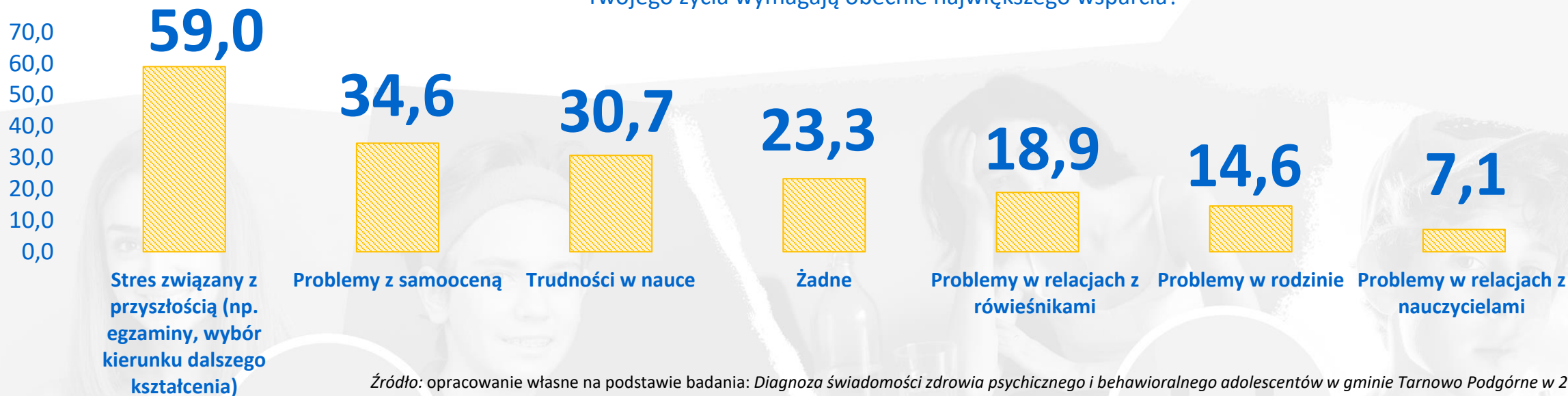


Obszary życia wymagające wsparcia i formy wsparcia



Wykres nr 53. Hierarchia obszarów życia wymagających wsparcia w %, N=1236. Pytanie 27. Jakie obszary

Twojego życia wymagają obecnie największego wsparcia?



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*
Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi.

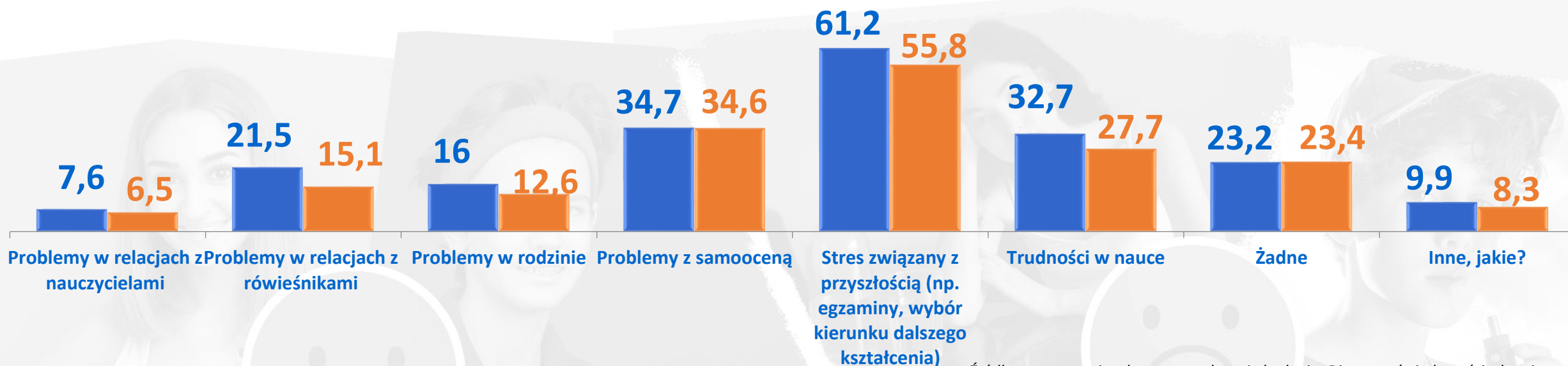
Należy odnotować, że w opinii ankietowanych największego wsparcia wymagają obszary życia związane z edukacją oraz samooceną. Prawie trzy piąte (**59,0%**) respondentów wskazała na „*stres związany z przyszłością (np. egzaminy, wybór kierunku dalszego kształcenia)*” oraz **30,7%** na „*trudności w nauce*”. Natomiast więcej niż jedna trzecia (**34,6%**) ankietowanych odnotowała, że wsparcia wymagają problemy związane z samooceną. Warto pamiętać, że niska samoocena i nadmierny samokrytycyzm dość często występują wśród dojrzewającej młodzieży, lecz na ogół jest to stan przejściowy. Niska samoocena może w swej genezie mieć kilka przyczyn. Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby nadmiernie ambitne lub takie, które żyją pod nieustanną presją odnoszenia sukcesów, mają zachwiane postrzeganie własnej osoby, często nie dostrzegają własnych zalet i zbyt wiele od siebie wymagają. Niestety chyba zbyt często się zdarza, że część adolescentów jest pod wpływem nadmiernie ambitnych rodziców, którzy zbyt wiele wymagają od swoich dzieci, lub takich, którzy swoimi wymaganiami rekompensują swoje porażki życiowe lub własne, niespełnione ambicje.

Podstawowe znaczenie w zwalczaniu niskiej samooceny ma wsparcie bliskich poprzez partnerski dialog. Jak wskazują również nasze badania, ankietowani najbardziej ufają swoim rodzicom i od nich oczekują największego wsparcia w sytuacji problemów emocjonalnych.

Wykres nr 54. Obszary życia wymagające wsparcia według typu szkoły, w %

■ uczniowie VII i VIII kl. szkół podstawowych N=727

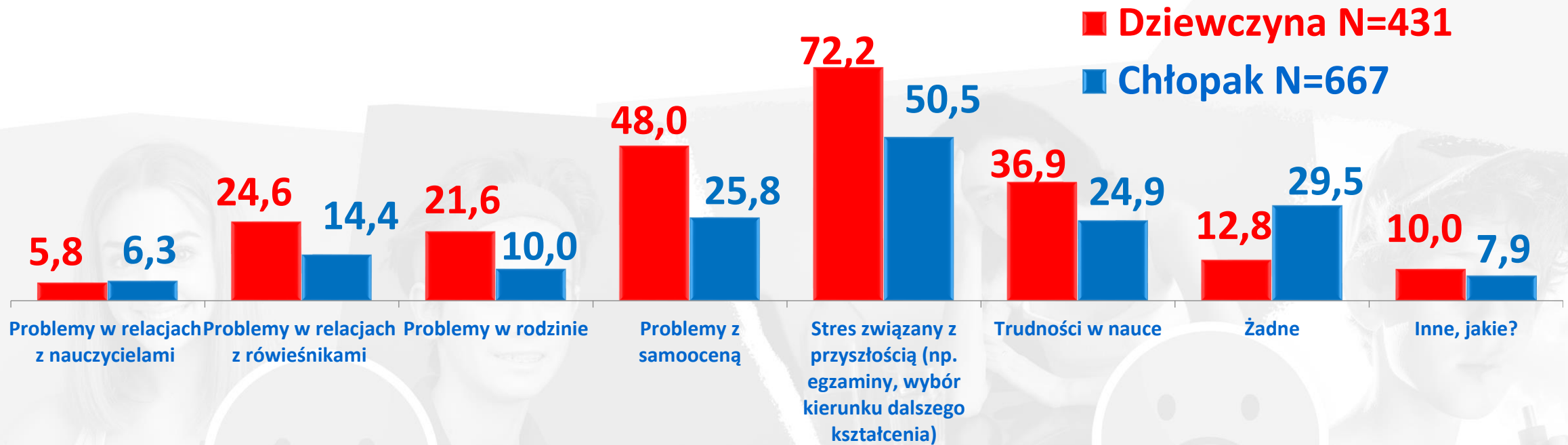
■ uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*
Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły polaryzuje wybory adolescentów we wszystkich obszarach wsparcia. Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych we wszystkich obszarach oczekują większego wsparcia niż adolescenty ze szkół ponadpodstawowych. Przy czym największego wsparcia oczekują w obszarze: „problemów w relacjach z rówieśnikami” częściej od uczniów szkół ponadpodstawowych o 6,4 punkty procentowe, „stres związany z przyszłością (np. egzaminy, wybór kierunku dalszego kształcenia)” o 5,4 punkty procentowe oraz „trudności w nauce” o 5 punktów procentowych częściej niż ich starsi koledzy. Należy odnotować, że adolescenty z obu typów szkół prawie w równym stopniu (23,2% i 23,4%) wybrali odpowiedź, że w „żadnym” obszarze życia nie wymagają wsparcia.

Wykres nr 55. Obszary życia wymagające wsparcia według płci w %, N=1098



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Płeć w istotny sposób polaryzuje opinie respondentów odnośnie do wyboru obszarów wymagających wsparcia. 72,2% (w badaniu z marca 2025 r. 65,4%) dziewczyn zdecydowanie największego wsparcia oczekuje w związku ze „*stresem związanym z przyszłością (np. egzaminy, wybór kierunku dalszego kształcenia)*”. Z tego powodu oczekuje wsparcia **50,5%** (w badaniu z marca 2025 r. 45,3%) chłopców. Dziewczyny częściej o **22,2** (w badaniu z marca 2025 r. o 14,5) punktów procentowych od chłopców oczekują wsparcia w związku z „*problemem z samooceną*”, częściej o **12** (w badaniu z marca 2025 r. o 9,9) punktów procentowych w związku „*z trudnościami w nauce*”, częściej o **11,6** (w badaniu z marca 2025 r. o 11,7) punktów procentowych z powodu „*problemów w rodzinie*” oraz częściej od chłopców o **10,2** (w badaniu z marca 2025 r. o 9,2) punkty procentowe w związku z „*problemami w relacjach z rówieśnikami*”. Należy odnotować, że chłopcy częściej o **16,7** (w badaniu z marca 2025 r. o 20,2) punkty procentowe od dziewczyn wskazali, że „*żadne*” obszary życia nie wymagają wsparcia. Dziewczyny częściej (średnio) o **10,1** (w badaniu z marca 2025 r. o 9,6) punktów procentowych od chłopców oczekują wsparcia w sześciu z wymienionych obszarach (bez uwzględnienia odpowiedzi „*żadne*”).

Wykres nr 56. Hierarchia form wsparcia w %, N=1236. Pytanie 28. Jakie formy wsparcia byłyby dla Ciebie najbardziej pomocne?



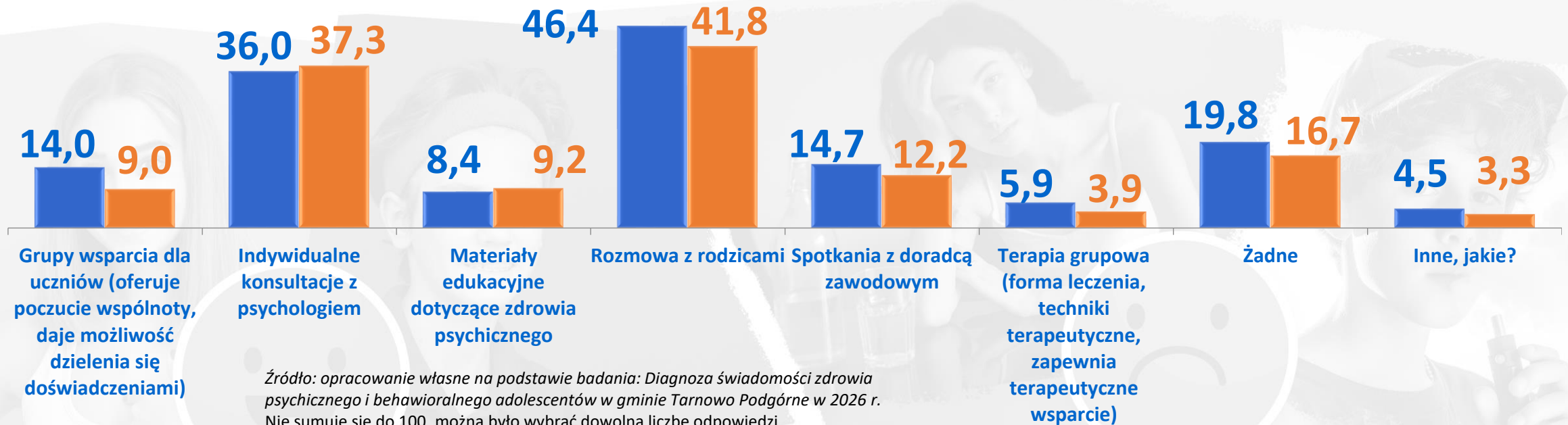
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*
Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Adolescenci największego wsparcia oczekują od rodziców (**44,5%**) (w badaniu z marca 2025 r. 42,6%). Warto podkreślić, że ankietowani są konsekwentni w swoich wyborach, co dokumentują odpowiedzi na pytanie 35. kwestionariusza ankiety, „do kogo byś się zwrócił/a o pomoc, gdybyś zauważył/a, że doświadczasz problemów emocjonalnych, w których nastrój, lęk lub napięcie utrudniają codzienne funkcjonowanie (np. trudności z koncentracją, ze snem, zmiany apetytu, uczucie smutku i przygnębienia, myśli samobójcze, samookaleczenia itp.)?”. W odpowiedzi na to pytanie **67,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 66,3%) uczniów zadeklarowało, że po pomoc zwróciłoby się do rodziców. Taka konsekwencja świadczy o rzetelności ankietowanych w udzielaniu odpowiedzi i uwiarygadnia zgromadzone dane.

Warto zwrócić uwagę, że **36,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 28,5%) ankietowanych za najbardziej pomocne uważa „indywidualne konsultacje z psychologiem” oraz **13,7%** (w badaniu z marca 2025 r. 8,6%) respondentów oczekuje wsparcia od „spotkania z doradcą zawodowym”.

Wykres nr 57. Formy wsparcia według typu szkoły, w %

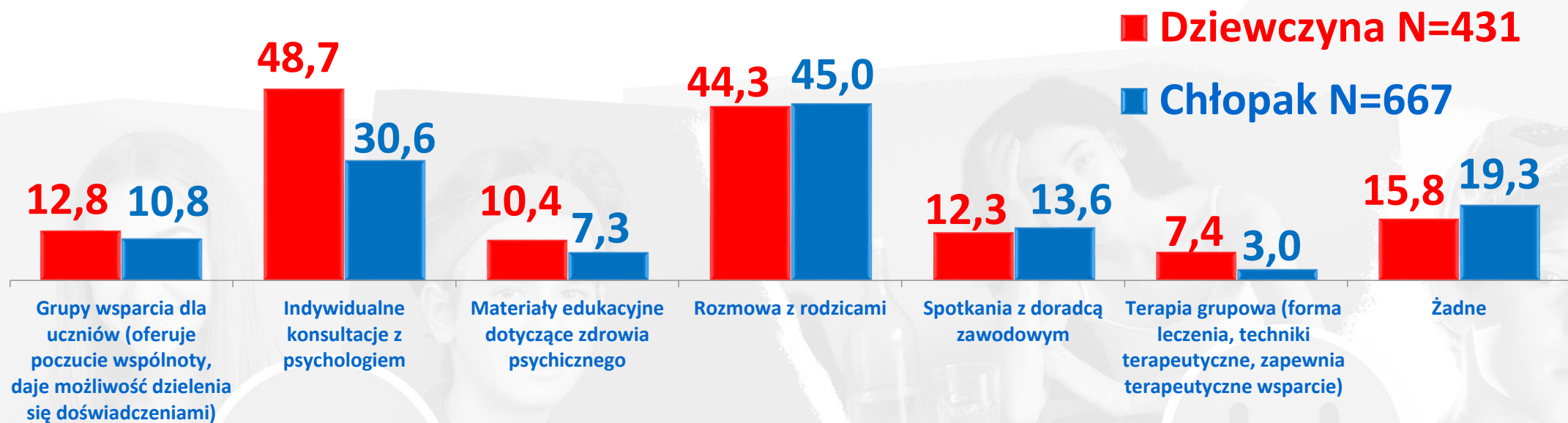
■ uczniowie VII i VIII kl. szkół podstawowych N=727 ■ uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły w małym stopniu polaryzuje wybory form wsparcia. Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych oczekują większej liczby form wsparcia od adolescentów ze szkół ponadpodstawowych. Przy czym większego wsparcia o **5 punktów procentowych** niż uczniowie szkół ponadpodstawowych oczekują od „grupy wsparcia dla uczniów (oferuje poczucie wspólnoty, daje możliwość dzielenia się doświadczeniami)” oraz o **4,6 punktów procentowych** oczekują częściej od swych starszych koleżanek i kolegów „rozmowy z rodzicami” oraz o 2,5 punktów procentowych częściej „spotkania z doradcą zawodowym”.

Natomiast adolescenty ze szkół ponadpodstawowych w niewielkim stopniu częściej od uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych wskazali, że najodpowiedniejsze dla nich formy wsparcia to „indywidualne konsultacje z psychologiem” częściej o **1,3 punktu procentowego** oraz „materiały edukacyjne dotyczące zdrowia psychicznego” częściej o 0,8 punktu procentowego.

Wykres nr 58. Formy wsparcia według płci, w %



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Płeć polaryzuje opinie respondentów odnośnie wyboru form wsparcia. Dziewczyny częściej od chłopców o **18,1** (w badaniu z marca 2025 r. o 18,9) punktów procentowych oczekują na „*Indywidualne konsultacje z psychologiem*” oraz o **3,1** (w badaniu z marca 2025 r. o 3,9) punktów procentowych na „*materiały edukacyjne dotyczące zdrowia psychicznego*”.

Dziewczyny (22,7 punktów) częściej (średnio) o **4,3** (w badaniu z marca 2025 r. o 3,8) punktów procentowych od chłopców (18,4 punktów) oczekują wsparcia w sześciu z wymienionych form (bez uwzględnienia odpowiedzi „*żadne*”).

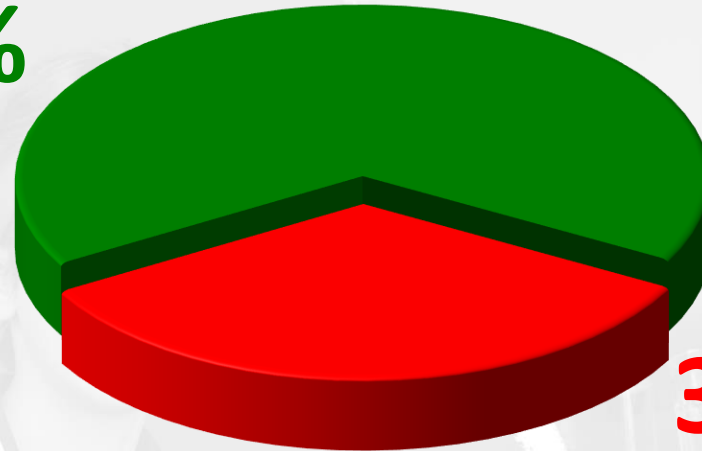


Psychoedukacja i promocja zdrowia



Wykres nr 59. Problematyka psychoedukacji w szkole, N=1236. Pytanie 30. Czy w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji (rozpoznawanie swoich emocji, radzenie sobie ze stresem, redukcja stygmatyzacji, empatia, skuteczne współdziałanie w zespole, funkcjonowanie w grupie, rozwiązywanie konfliktów/problemów, podejmowanie wyborów, udzielanie i wzywanie pomocy itd.)?

66,3%



■ Tak

■ Nie

33,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Wychodzimy z założenia, że jedną z najważniejszych metod wzmocnienia zdrowia psychicznego jest psychoedukacja, która powinna być świadomym zabiegiem opartym na rzetelnej wiedzy. Dlatego zapytaliśmy uczniów o ocenę przydatności psychoedukacji w szkole.

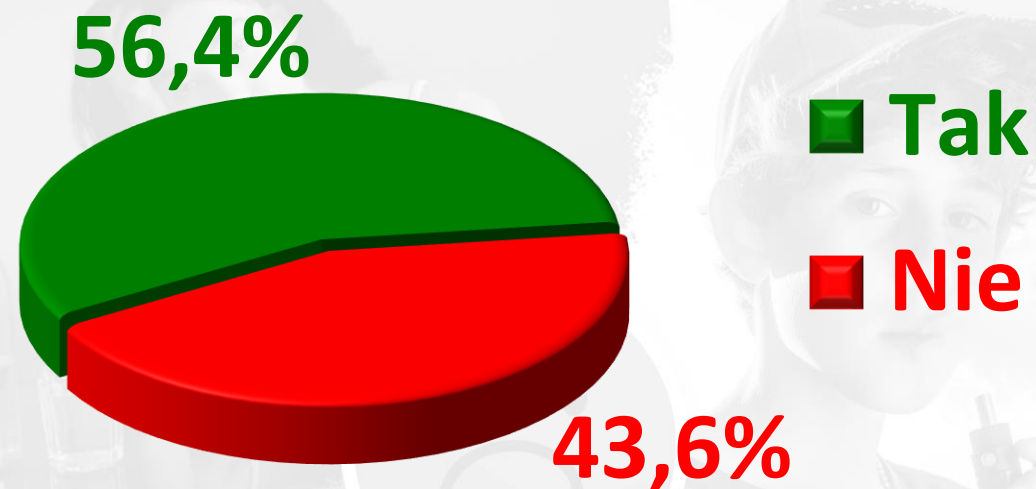
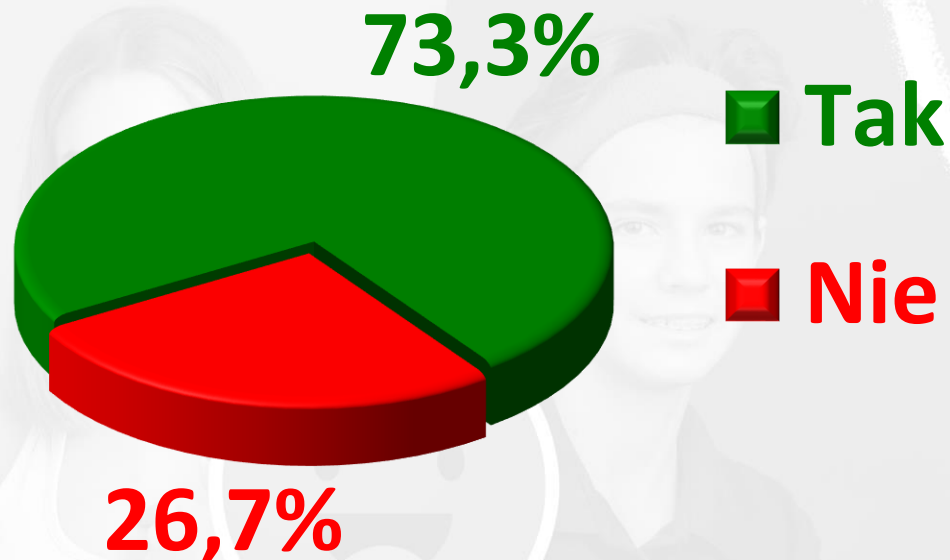
Prawie dwie trzecie (**66,3%**) (w badaniu z marca 2025 r. 58,6%) ankietowanych zadeklarowało, że w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji oraz **33,7%** (w badaniu z marca 2025 r. o 41,4%) adolescentów odpowiedziało, że nie było w szkole tej problematyki.

Wydaje się, iż jedną z przyczyn, że uczniowie nie zapamiętali zagadnień z psychoedukacji, mogła być mała atrakcyjność przeprowadzonych zajęć. Warto zwrócić uwagę na tę informację przy ewaluacji obecnych programów oraz konstruowaniu rocznych planów wychowawczo-profilaktycznych na kolejny rok szkolny.

Wykres nr 60. Problematyka psychoedukacji w szkole według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509

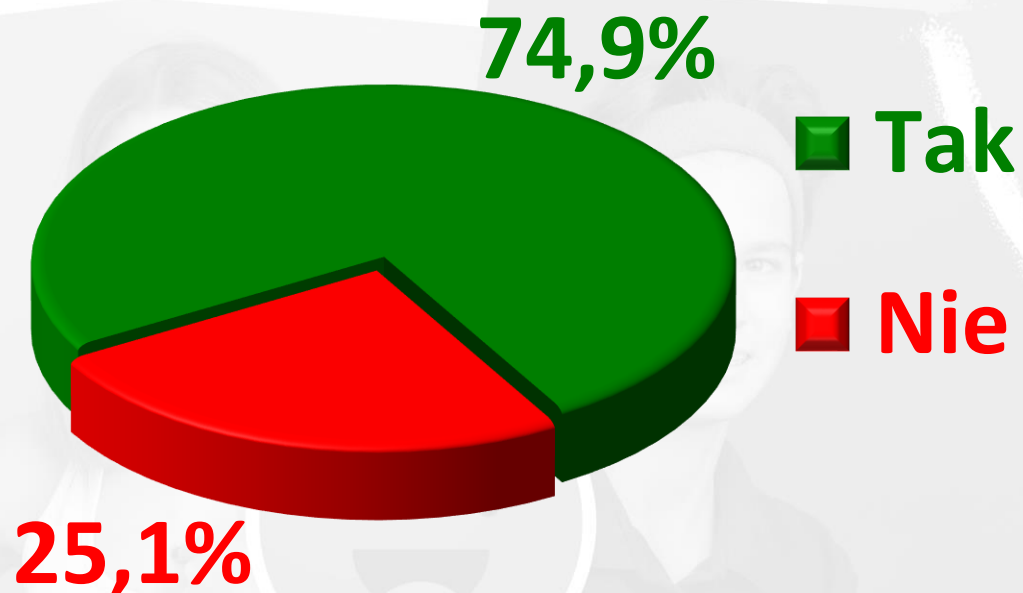


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

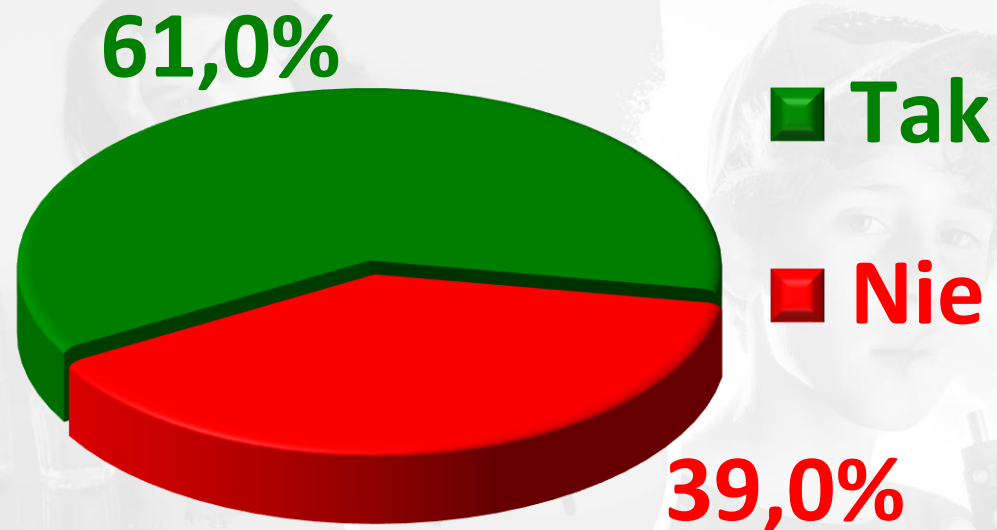
Typ szkoły polaryzuje deklaracje adolescentów, w sprawie poruszania w szkole zagadnień z psychoedukacji. Uczniowie z VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 16,9 (w badaniu z marca 2025 r. o 7,2) punkty procentowe od ankietowanych ze szkół ponadpodstawowych zadeklarowali, że w ich szkole była prowadzona problematyka z psychoedukacji.

Wykres nr 61. Problematyka psychoedukacji w szkole według płci

Dziewczyna N=431



Chłopak N=667



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć ma wpływ na deklaracje ankietowanych, czy w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji. Dziewczyny częściej o **13,9** (w badaniu z marca 2025 r. o 11,4) **punktów procentowych od chłopców zadeklarowały**, że w ich szkole była prowadzona problematyka z psychoedukacji.

Tablica nr 28. Ocena przydatności zagadnień z psychoedukacji w %, N=820. Pytanie 35. Jak oceniasz przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji?

Lp.	Przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji	Bardzo wysoko	Raczej wysoko	Raczej nisko	Bardzo nisko	Nie był realizowany
1	Kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się	8,9	37,9	26,5	7,9	18,8
2	Podjęcie decyzji i rozwiązywanie problemów	19,9	41,8	20,6	7,1	10,6
3	Profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)	14,9	28,7	20,0	9,6	26,8
4	Profilaktyka zachowań ryzykownych (zachowania agresywne, przemoc, cyberprzemoc, używanie substancji psychoaktywnych, zagrożenia behawioralne związane z nadmiernym korzystaniem z telefonu, gry, komputer, hazard, wandalizm, chuligaństwo itp.)	25,6	37,6	21,0	8,4	7,4
5	Radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi	21,3	36,6	21,1	8,9	12,1
6	Radzenia sobie z emocjami i ze stresem	26,1	36,6	20,4	9,3	7,6
7	Rozpoznawanie i kontrolowanie emocji	23,0	36,5	18,8	9,5	12,2
8	Rozwijania umiejętności radzenia sobie w życiu i zarządzania sobą	21,1	35,4	18,3	8,2	17,0
9	Rozwijania umiejętności wzmacniania wiary w siebie, branie odpowiedzialności, zmienianie lub doprowadzanie do zmiany	21,7	33,5	19,3	7,8	17,7
10	Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych (komunikacja werbalna/niewerbalna)	17,1	36,8	21,3	8,5	16,3
11	Skuteczne porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych	17,1	37,6	21,5	7,3	16,5
12	Twórcze myślenie i krytyczne myślenie	17,8	34,8	21,2	9,0	17,2
13	Zwiększenie samoświadomości i empatii	22,0	36,3	19,1	8,3	14,3
	Średnie	19,7	36,2	20,7	8,4	15,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Uczniowie, którzy zadeklarowali, że w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji, **wysoko ocenili 55,9%** (w badaniu z marca 2025 r. 57,5%) według średniej arytmetycznej, ich przydatność, w tym „*bardzo wysoko*” 19,7% (17,4%) respondentów, „*raczej wysoko*” 36,3% (40,1%). Natomiast **nisko** przydatność tych zagadnień oceniło **29,1%** (w badaniu z marca 2025 r. 31,2%) uczniów, w tym „*raczej nisko*” 20,7% (23,7%) i „*bardzo nisko*” 8,4% (7,5%) uczniów, którzy odpowiadali na to pytanie. Z kolei **15,0%** (w badaniu z marca 2025 r. 19,0%) uczniów, którzy pamiętali o zajęciach z psychoedukacji wybrało odpowiedź, że „*nie były realizowane*”, w tym w największym stopniu: zajęcia „*profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)*”, 26,8% (19,0%) „*kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się*” 18,8% (15,3%) oraz „*rozwijania umiejętności wzmacniania wiary w siebie, branie odpowiedzialności, zmienianie lub doprowadzanie do zmiany*” 17,7% (14,0%) .

Tablica nr 29. Ranking ocen przydatności zagadnień z psychoedukacji w %, N=820

Lp.	Przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji	Pozytywna	Negatywna	Nie był realizowany
1	Profilaktyka zachowań ryzykownych (zachowania agresywne, przemoc, cyberprzemoc, używanie substancji psychoaktywnych, zagrożenia behawioralne związane z nadmiernym korzystaniem z telefonu, gry, komputer, hazard, wandalizm, chuligaństwo itp.)	63,2	29,4	7,4
2	Radzenia sobie z emocjami i ze stresem	62,7	29,7	7,6
3	Podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	61,7	27,7	10,6
4	Rozpoznawanie i kontrolowanie emocji	59,5	28,3	12,2
5	Zwiększenie samoświadomości i empatii	58,3	27,4	14,3
6	Radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi	57,9	30,0	12,1
7	Rozwijania umiejętności radzenia sobie w życiu i zarządzania sobą	56,5	26,5	17,0
8	Rozwijania umiejętności wzmacniania wiary w siebie, branie odpowiedzialności, zmienianie lub doprowadzanie do zmiany	55,2	27,1	17,7
9	Skuteczne porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych	54,7	28,8	16,5
10	Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych (komunikacja werbalna/niewerbalna)	53,9	29,8	16,3
11	Twórcze myślenie i krytyczne myślenie	52,6	30,2	17,2
12	Kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się	46,8	34,4	18,8
13	Profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)	43,6	29,6	26,8
	Średnia	55,9	29,1	15,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Więcej niż pięć ósmych (**63,2%**) (w badaniu z marca 2025 r. 67,4%) ankietowanych odpowiadających na to pytanie (N=820), wskazało na „profilaktykę zachowań ryzykownych (zachowania agresywne, przemoc, cyberprzemoc, używanie substancji psychoaktywnych, zagrożenia behawioralne związane z nadmiernym korzystaniem z telefonu, gry, komputer, hazard, wandalizm, chuligaństwo itp.)” jako na zagadnienie najbardziej przydatne. Na drugim miejscu znalazł się temat: „radzenia sobie z emocjami i ze stresem”, który uzyskał pozytywną akceptację wśród **62,7%** uczniów, na trzecim „podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów”, który uzyskał 61,7% wskazań oraz na czwartym miejscu przydatności dla ankietowanych znalazł się temat: „rozpoznawanie i kontrolowanie emocji”. Adolescenci za najmniej przydatne zagadnienia z psychoedukacji uznali tematy: „kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się” 26,5% (w badaniu z marca 2025 r. 36,1%) wyborów, „skuteczne porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych” 21,5% (w badaniu z marca 2025 r. 30,4%), „rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych (komunikacja werbalna/niewerbalna)” 21,3% (w badaniu z marca 2025 r. 34,2%) wskazań oraz „twórcze myślenie i krytyczne myślenie” 21,2% (w badaniu z marca 2025 r. 37,2%) wyborów.

Tablica nr 30. Oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji według typu szkoły, szkoły podstawowe, N=727, szkoły ponadpodstawowe, N=509, w %

Lp.	Przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji	Pozytywna		Negatywna		Nie był realizowany	
		N=727	N=509	N=727	N=509	N=727	N=509
1	Kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się	47,2	46,0	35,5	32,4	17,3	21,6
2	Podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	59,2	66,5	30,7	22,0	10,1	11,5
3	Profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)	40,6	49,1	31,7	25,8	27,7	25,1
4	Profilaktyka zachowań ryzykownych (zachowania agresywne, przemoc, cyberprzemoc, używanie substancji psychoaktywnych, zagrożenia behawioralne związane z nadmiernym korzystaniem z telefonu, gry, komputer, hazard, wandalizm, chuligaństwo itp.)	61,7	65,8	30,4	27,6	7,9	6,6
5	Radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi	55,9	61,7	31,5	27,2	12,6	11,1
6	Radzenia sobie z emocjami i ze stresem	59,7	68,6	33,0	23,4	7,3	8,0
7	Rozpoznawanie i kontrolowanie emocji	58,3	62,0	30,3	24,4	11,4	13,6
8	Rozwijania umiejętności radzenia sobie w życiu i zarządzania sobą	55,2	59,2	26,8	25,8	18,0	15,0
9	Rozwijania umiejętności wzmacniania wiary w siebie, branie odpowiedzialności, zmienianie lub doprowadzanie do zmiany	53,8	57,8	28,0	25,5	18,2	16,7
10	Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych (komunikacja werbalna/nieverbalna)	51,0	58,9	32,5	25,1	16,5	16,0
11	Skuteczne porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych	53,5	57,1	29,2	27,9	17,3	15,0
12	Twórcze myślenie i krytyczne myślenie	48,7	59,6	32,5	26,1	18,8	14,3
13	Zwiększenie samoświadomości i empatii	56,5	61,7	30,6	21,6	12,9	16,7
	Średnie	53,9	59,5	31,0	25,6	15,1	14,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkoły polaryzuje oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji w szkole. *Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych o 5,6 punktów procentowych lepiej ocenili od swych młodszych koleżanek i kolegów przydatność zagadnień z psychoedukacji w szkole. Z kolei uczniowie z VII i VIII klas szkół podstawowych okazali się bardziej krytyczni o 5,4 punkty procentowe wobec szkolnych programów psychoedukacji oraz częściej według średniej arytmetycznej o 0,4 punktu procentowego określili, że program z psychoedukacji „nie był realizowany”. Należy odnotować, że największe różnice w pozytywnej w ocenie pojedynczych tematów z psychoedukacji w opinii adolescentów ze szkół ponadpodstawowych to: „twórcze myślenie i krytyczne myślenie” (+10,9 punktów procentowych)”, „radzenia sobie z emocjami i ze stresem” (+8,9 punktów procentowych) oraz „profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)” (+8,5 punktów procentowych). Natomiast ankietowani ze szkół podstawowych byli bardziej krytyczni od swych starszych koleżanek i kolegów i udzieli najwięcej negatywnych ocen przydatności poszczególnych tematów z psychoedukacji: „radzenia sobie z emocjami i ze stresem” (+9,6 punktów procentowych), „zwiększenie samoświadomości i empatii” (+9 punktów procentowych) oraz „podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów” (+8,7 punktów procentowych negatywnych ocen od uczniów szkół ponadpodstawowych).*



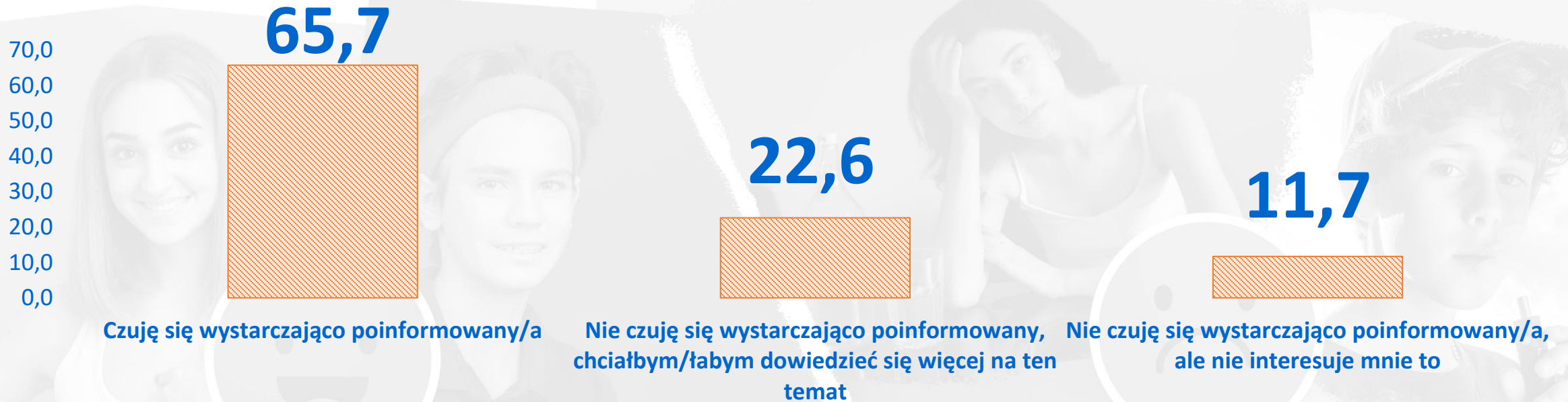
Tablica nr 31. Oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji według płci, N=630 dziewczyna N=323, chłopak N=407, w%

Lp.	Przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji	Pozytywna		Negatywna		Nie był realizowany	
		dziewczyna	chłopak	dziewczyna	chłopak	dziewczyna	chłopak
1	Kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się	43,4	51,1	38,7	29,0	18,0	19,9
2	Podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	60,7	63,2	30,7	25,3	8,7	11,5
3	Profilaktyka zaburzeń odżywiania się (anoreksja, bulimia itd.)	42,1	44,2	28,2	31,7	29,7	24,1
4	Profilaktyka zachowań ryzykownych (zachowania agresywne, przemoc, cyberprzemoc, używanie substancji psychoaktywnych, zagrożenia behawioralne związane z nadmiernym korzystaniem z telefonu, gry, komputer, hazard, wandalizm, chuligaństwo itp.)	65,4	62,7	28,8	28,3	5,9	9,1
5	Radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi	55,5	60,4	31,3	27,5	13,3	12,0
6	Radzenia sobie z emocjami i ze stresem	58,8	66,9	35,6	24,3	5,6	8,8
7	Rozpoznawanie i kontrolowanie emocji	56,6	62,9	33,2	24,5	10,2	12,5
8	Rozwijania umiejętności radzenia sobie w życiu i zarządzania sobą	55,7	57,7	27,5	25,5	16,7	16,7
9	Rozwijania umiejętności wzmacniania wiary w siebie, branie odpowiedzialności, zmienianie lub doprowadzanie do zmiany	53,0	58,5	29,5	25,1	17,6	16,5
10	Rozwijanie umiejętności komunikacyjnych i interpersonalnych (komunikacja werbalna/nieverbalna)	52,7	56,2	31,3	28,0	16,1	15,7
11	Skuteczne porozumiewanie się i utrzymywanie dobrych relacji interpersonalnych	54,5	57,5	30,7	25,8	14,9	16,7
12	Twórcze myślenie i krytyczne myślenie	48,3	56,8	34,0	26,6	17,6	16,7
13	Zwiększenie samoświadomości i empatii	55,4	60,9	33,1	22,8	11,5	16,2
	Średnie	54,0	58,4	31,7	26,5	14,3	15,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płęć polaryzuje oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji w szkole. Według średniej arytmetycznej chłopcy lepiej o 4,4 punkty procentowe od dziewczyn ocenili przydatność zagadnień z psychoedukacji w szkole. Z kolei dziewczyny były bardziej o 5,2 punkty procentowe od chłopców krytyczne wobec przydatności wymienionych tematów z psychoedukacji. Należy odnotować, że chłopcy wyżej od dziewczyn ocenili: „*twórcze myślenie i krytyczne myślenie*” o 8,5 punktów procentowych, „*radzenia sobie z emocjami i ze stresem*” o 8,1 punktów procentowych oraz o 7,7 punktów procentowych „*kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się*”. Natomiast dziewczyny bardziej krytycznie od chłopców oceniły zagadnienia z: „*radzenia sobie z emocjami i ze stresem*” o 11,3 punkty procentowe, „*zwiększenie samoświadomości i empatii*” o 10,3 punkty procentowe oraz o 9,7 punktów procentowych zagadnienia „*kompetencje związane z budowaniem kapitału społecznego, czyli klasa szkolna jako organizacja ucząca się*”.

Wykres nr 62. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych w %, N=1236. Pytanie 32. Czy czujesz się wystarczająco poinformowany/a w kwestii zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych oraz czy chciałbyś/abyś dowiedzieć się czegoś więcej na ten temat?



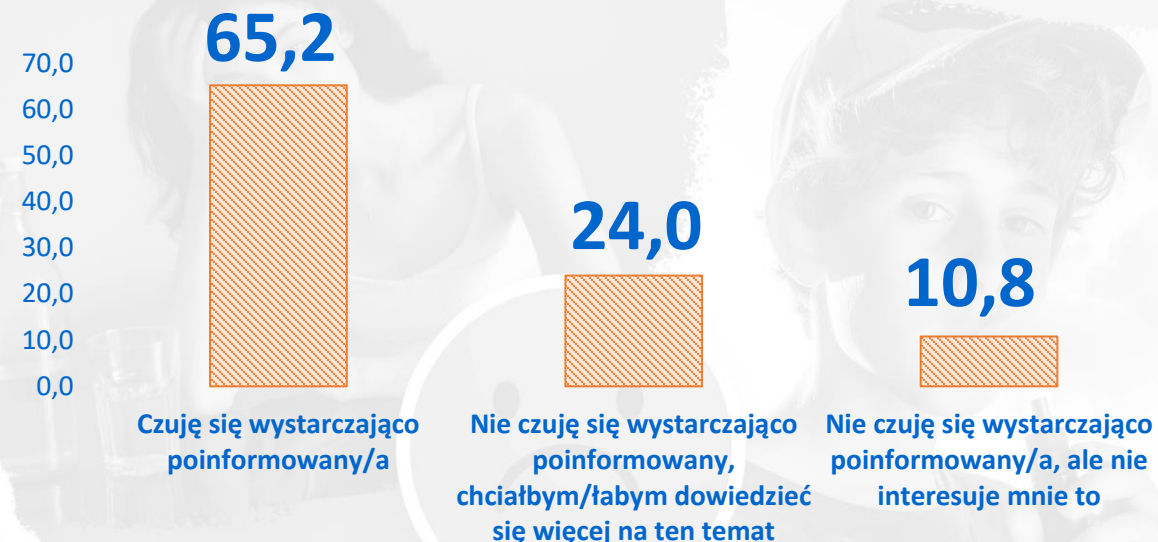
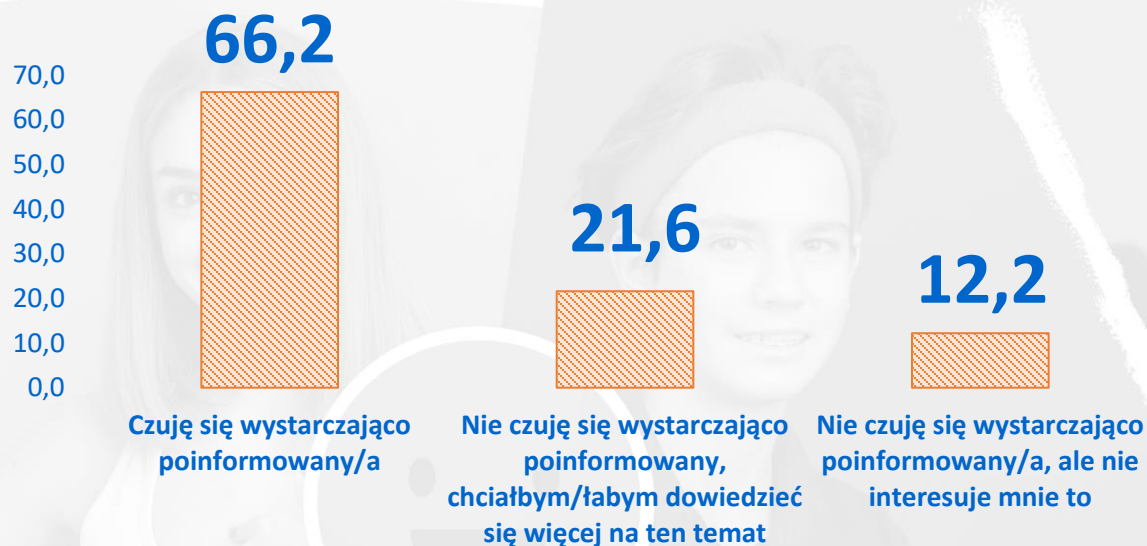
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Zdecydowana większość **65,7%** (w badaniu z marca 2025 r. 68,6%) ankietowanych „*czuje się wystarczająco poinformowany/a*”, w kwestii zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych oraz **22,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 18,9%) adolescentów „*nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, chciałbym/łabym dowiedzieć się więcej na ten temat*”. Z kolei **11,7%** (w badaniu z marca 2025 r. 12,5%) ankietowanych stwierdziło, że „*nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, ale nie interesuje mnie to*”.

Wykres nr 63. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych według typu szkoły, w %

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509



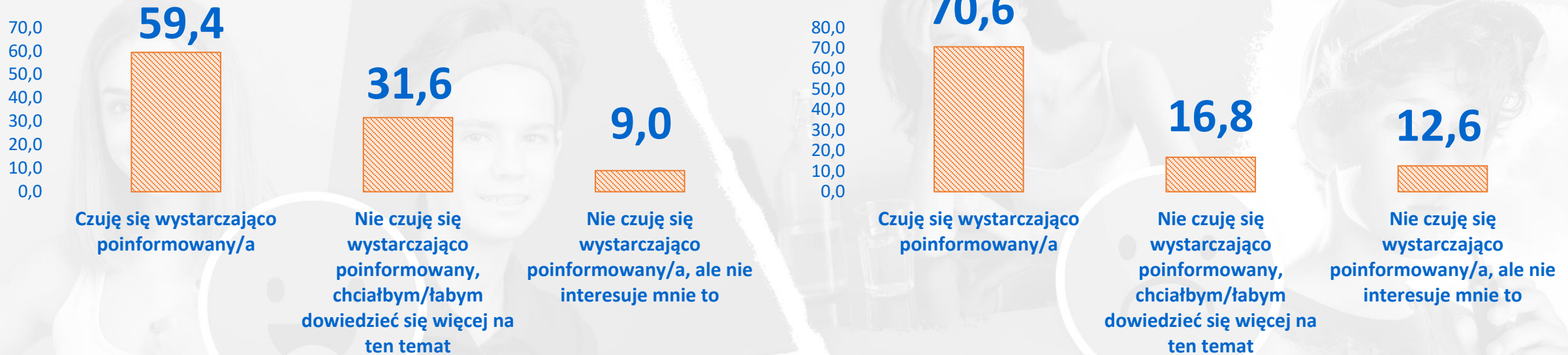
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły w małym stopniu polaryzuje potrzebę wiedzy adolescentów w kwestii zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych. Ankietowani z VII i VIII klas szkół podstawowych tylko o 1 punkt procentowy czują się wystarczająco poinformowani o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych od respondentów ze szkół ponadpodstawowych. Z kolei 24% adolescentów ze szkół ponadpodstawowych „nie czuję się wystarczająco poinformowany, chciałbym/łabym dowiedzieć się więcej na ten temat” oraz 21,6% ankietowanych ze szkół podstawowych. Natomiast 12,2% uczniów szkół podstawowych i 10,8% respondentów ze szkół ponadpodstawowych przyznało, że „nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, ale nie interesuje mnie to”.

Wykres nr 64. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych według płci, w %

Dziewczyny N=431

Chłopcy N=667



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że **typ szkoły polaryzuje potrzebę wiedzy adolescentów w kwestii zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych**. Chłopcy częściej o 11,2 punkty procentowe „*czują się wystarczająco poinformowani*” o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych od dziewczyn. Z kolei dziewczyny o 14,8 punktów procentowych od chłopców „*nie czują się wystarczająco poinformowane, chciałbym/łabym dowiedzieć się więcej na ten temat*”. Natomiast **12,6%** chłopców i **9%** dziewczyn przyznało, że „*nie czuję się wystarczająco poinformowany/a, ale nie interesuje mnie to*”.

Promocja zdrowia i psychoedukacja

W piśmiennictwie nie ma jednej uniwersalnej definicji edukacji zdrowotnej. Istnieje jednak powszechna zgoda, że edukacja zdrowotna polega na zaplanowaniu działań, które dają ludziom możliwość uczenia się o zdrowiu, aby zmienili swoje zachowania na korzystne dla zdrowia, poszerzyli swoją wiedzę na temat funkcjonowania umysłu i emocji w celu wybrania skutecznych strategii radzenia sobie z trudnościami. Celem tak rozumianej edukacji zdrowotnej jest więc zmiana zachowania. *W nowszych koncepcjach celem edukacji zdrowotnej jest uzyskanie przez odbiorców kompetencji zdrowotnych. Edukacja zdrowotna jest jedną ze strategii promocji zdrowia, ale nie jest równoznaczna z promocją zdrowia.* Należy podkreślić, że psychoedukacja i promocja zdrowia to pokrewne działania z zakresu zdrowia publicznego, które mają na celu poprawę jakości życia. Różnią się jednak głównie zakresem, odbiorcami oraz celem szczegółowym. Promocja zdrowia jest pojęciem szerszym, obejmującym działania prozdrowotne w ogóle, podczas gdy psychoedukacja jest formą edukacji zdrowotnej skupioną na zdrowiu psychicznym i emocjonalnym. W naszym projekcie poruszamy problematykę psychoedukacji w kontekście socjologicznej, która łączy wiedzę z zakresu socjologii, psychologii i pedagogiki i kładzie nacisk na kontekst społeczny, stygmatyzację, wsparcie środowiska szkolnego.

Zakres i cele promocji zdrowia i psychoedukacji

Główne różnice między promocją zdrowia a psychoedukacją:

1. Zakres i cel

- a) **promocja zdrowia** - to szerokie działanie umożliwiające ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i jego poprawę (fizycznym, psychicznym i społecznym). Koncentruje się na tworzeniu warunków sprzyjających zdrowemu stylowi życia,
- b) **psychoedukacja** - skupia się na dostarczaniu wiedzy na temat zdrowia psychicznego, funkcjonowania emocjonalnego, chorób psychicznych oraz sposobów radzenia sobie z trudnościami, zarządzanie stresem, rozpoznawanie i regulacja emocji, higiena zdrowia psychicznego, budowanie samooceny, profilaktyka uzależnień, kształtowanie nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi, umiejętność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu psychicznemu, przekazanie istotnej wiedzy z zakresu dobrostanu psychospołecznego, który w szkole osiąga się poprzez budowanie dobrych relacji nauczycieli z uczniami i rodzicami oraz wzajemnie między uczniami.

2. Adresaci działań

- a) **promocja zdrowia** - jest skierowana do szerokich grup społecznych, całej populacji lub społeczności lokalnych (np. kampanie społeczne).
- b) **Psychoedukacja** - jest skierowana do środowiska szkolnego i ukierunkowana na wzmocnienie umiejętności wychowawczych rodziców w takich obszarach jak: budowanie porozumienia z dzieckiem, sposoby budowania więzi wśród członków rodziny (np. warsztaty dla rodziców, grupy wsparcia dla dzieci z zaburzeniami emocjonalnymi, budowanie inteligencji emocjonalnej).

Psychoedukacja i promocja zdrowia

3. Kontekst działania

a) **Promocja zdrowia** - często skupia się na „zdrowym” aspekcie życia - jak żyć lepiej, zdrowiej, jak utrzymać równowagę (profilaktyka pierwotna).

b) **Psychoedukacja** - w perspektywie socjologicznej kładzie nacisk na kontekst społeczny, stygmatyzację, wsparcie środowiskowe oraz synergię współdziałania środowiska szkolnego (uczniów, rodziców i nauczycieli) opartą na partnerstwie, gdzie każda ze stron uznaje autonomię i rolę pozostałych.

4. Formy aktywności

a) **Promocja zdrowia** - kampanie medialne, zmiany w polityce zdrowotnej, tworzenie infrastruktury (ścieżki rowerowe, zdrowe żywienie w szkołach).

b) **Psychoedukacja**: warsztaty, wykłady, sesje grupowe, poradniki tematyczne, terapia grupowa.

Podsumowanie:

Psychoedukacja może być traktowana jako specyficzna forma promocji zdrowia psychicznego, która wykorzystuje metody edukacyjne do zwiększenia świadomości i zmiany zachowań w obszarze zdrowia psychicznego. Wielu badaczy jest zgodnych, że psychoedukacja odgrywa znaczącą rolę w życiu społecznym, zważywszy, że wiedza stanowi najważniejszy zasób sprzyjający człowiekowi w radzeniu sobie w różnych sytuacjach życiowych. Celem psychoedukacji jako formy promocji zdrowia - jak podaje w artykule „*Psychoedukacja jako forma promocji zdrowia*” H. Wrona-Polańska - jest upowszechnienie wiedzy psychologicznej dla zwiększenia świadomości w zakresie: czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia. Psychoedukacja zależy od podejścia do zdrowia jako stanu, dyspozycji - zasobu czy procesu, gdzie zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem i wzmacniania zasobów podmiotowych. Trudno nie zgodzić się z H. Wroną-Polańską, która, postuluje że liderami promocji zdrowia i psychoedukacji w szkole powinni być nauczyciele i wychowawcy wykraczający poza zakres tradycyjnego modelu pracy nauczyciela. Promowanie zdrowia wymaga od nauczycieli nowych kompetencji w zakresie rozwoju twórczego myślenia, stymulowania aktywności ucznia w procesie edukacji, stwarzania doświadczeń sprzyjających rozwojowi zasobów poznawczych, kształtowania przekonań i nawyków zdrowotnych, tworzenia zasobów społecznych, a więc źródeł wsparcia w rodzinie, w szkole.

Należy zauważyć, że powyższe zalecenia dotyczą również psychoedukacji rodziców, która polega na lepszym zrozumieniu i radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z rozwojem i zdrowiem dziecka. Warto pamiętać, że sukces psychoedukacji w szkole zależy od konsekwencji i synergii działań wszystkich podmiotów środowiska szkolnego.

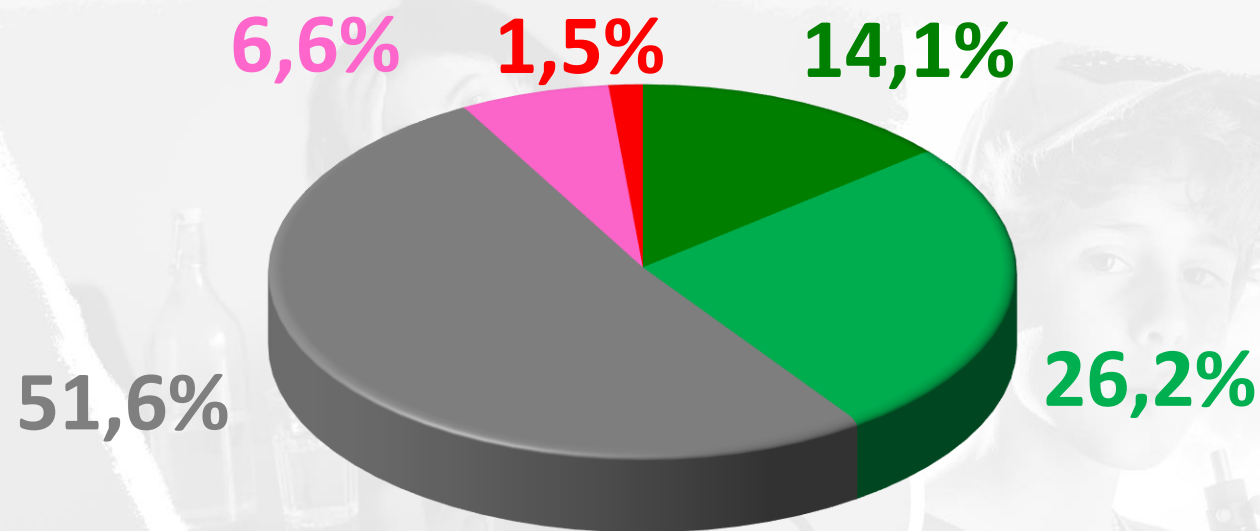


Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego

Wykres nr 65. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego

N=1236. Pytanie 8. W jaki sposób na stan Twojego zdrowia psychicznego wpływają media społecznościowe?

- **Bardzo pozytywnie**
- **Raczej pozytywnie**
- **Neutralnie**
- **Raczej negatywnie**
- **Bardzo negatywnie**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

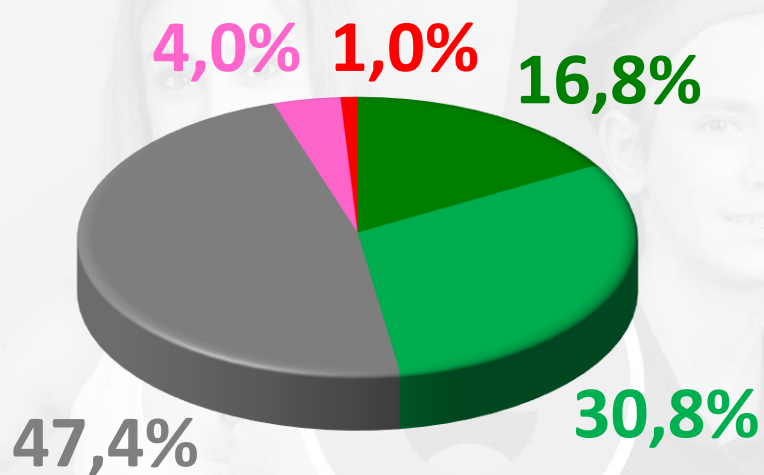
Dwie piąte **40,3%** (w badaniu z marca 2025 r. 37,7%) respondentów zadeklarowało, że media społecznościowe mają pozytywny wpływ na ich stan zdrowia psychicznego oraz przeciwnego zdania było **8,1%** (w badaniu z marca 2025 r. 10,7%). Z kolei na neutralne działanie mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego wskazało **51,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 51,4%) ankietowanych.

Niestety, takie wybory świadczą o bardzo niskiej świadomości badanej młodzieży o zagrożeniach z mediów społecznościowych dla zdrowia psychicznego i uznać je należy za alarmujące dla środowiska szkolnego. Zaleca się uwzględnić tę problematykę w szkolnych programach promocji zdrowia psychicznego oraz opracować przy udziale wszystkich podmiotów społeczności szkolnej zalecenia profilaktyczne.

Wykres nr 66. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego według typu szkoły, N=1236

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych

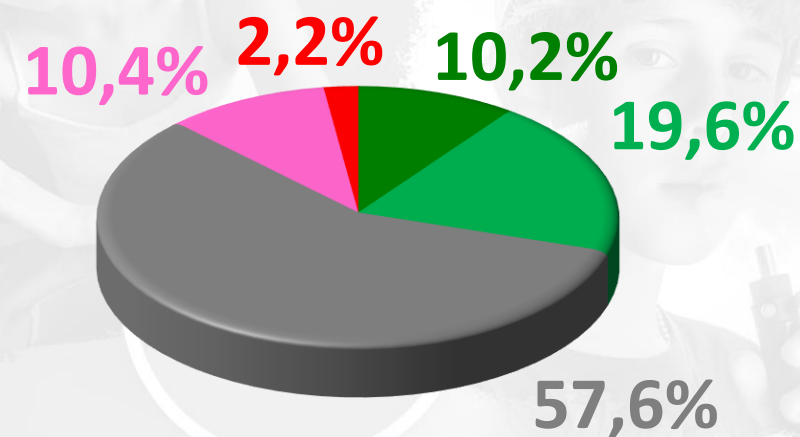
N=727



- **Bardzo pozytywnie**
- **Raczej pozytywnie**
- **Neutralnie**
- **Raczej negatywnie**
- **Bardzo negatywnie**

Uczniowie szkół ponadpodstawowych

N=509

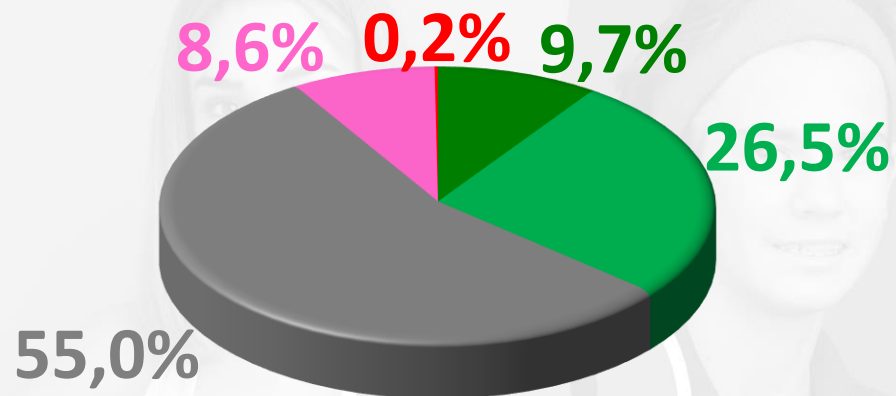


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkoły ma wpływ na stanowisko respondentów w sprawie wpływu mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego. Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych w większym stopniu o **17,8** (w badaniu z marca 2025 r. o 11,2) punktów procentowych od uczniów szkół ponadpodstawowych są zdania, że media pozytywnie wpływają na ich stan zdrowia psychicznego oraz rzadziej o **10,2** (w badaniu z marca 2025 r. o 11) punkty procentowe wybierali odpowiedź „neutralną”. Tylko 5% ankietowanych ze szkół podstawowych wskazało, na negatywne skutki korzystania z mediów społecznościowych i 12,6% adolescentów szkół ponadpodstawowych.

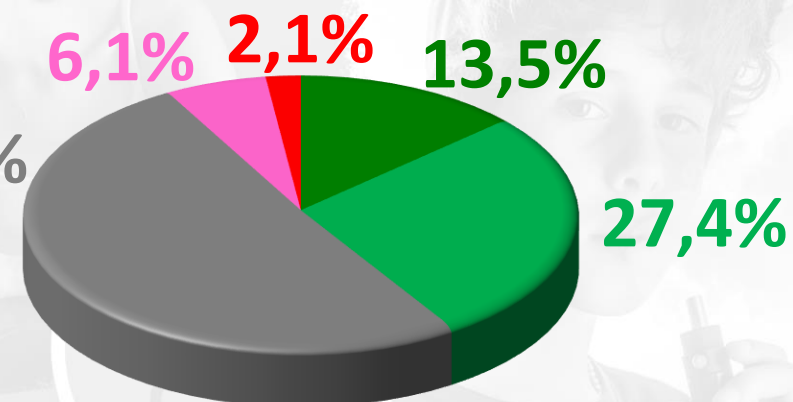
Wykres nr 67. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego według płci, N=1098

Dziewczyna N=431



Chłopak N=667

- **Bardzo pozytywnie**
- **Raczej pozytywnie**
- **Neutralnie**
- **Raczej negatywnie**
- **Bardzo negatywnie**



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

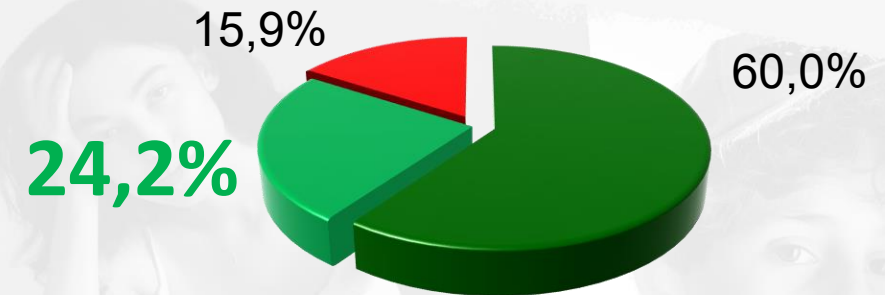
Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć polaryzuje w małym stopniu wybory ankietowanych, odnośnie wpływu mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego. Chłopcy częściej o 4,2 (w badaniu z marca 2025 r. o 11,2) punkty procentowe od dziewcząt zadeklarowali, że media mają pozytywny wpływ na ich stan zdrowia psychicznego. Z kolei dziewczyny niewiele więcej o 0,6 (w badaniu z marca 2025 r. o 6,1) punktu procentowego od chłopców wybierały negatywny wpływ mediów społecznościowych na stan ich zdrowia psychicznego oraz częściej od chłopców o 4,1 (w badaniu z marca 2025 r. o 5,2) punktów procentowych od chłopców wybierały odpowiedź „neutralną”.

Wykres nr 68. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci

i młodzieży N=1236. Pytanie 33. Czy intensywne korzystanie z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież może negatywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne (prowadząc do wykluczenia online, depresji, niskiej samooceny, problemów ze snem i izolacji, cyberprzemocy, zjawiska FOMO (strach przed pominięciem), ośmieszanie, pogorszenie samopoczucia itp.)?

- ☑ Tak, ale tylko przy częstym korzystaniu
- ☑ Tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu
- ☑ Nie

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.*



Komentarz w odpowiedzi na pytanie, czy intensywne korzystanie z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież może negatywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne przedstawimy w konwencji „prawda” - „fałsz”. Na pytanie o wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, aż **15,9%** (w badaniu z marca 2025 r. 19,9%) ankietowanych wybrało odpowiedź „nie”. Twierdzenie, że intensywne korzystanie z mediów społecznościowych nie wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne, jest niezgodne z aktualną wiedzą naukową, czyli w takim ujęciu **jest twierdzeniem zdecydowanie fałszywym**. Liczne badania wskazują na wyraźny związek między nadmierną obecnością w mediach społecznościowych, a pogorszeniem dobrostanu dzieci i młodzieży, do których z całą pewnością należy zaliczyć:

- ✓ **Zaniżoną samoocenę** - ciągłe porównywanie swojego życia do wyidealizowanych (i często retuszowanych) obrazów innych osób prowadzi do kompleksów i poczucia bycia „gorszym”.
- ✓ **Mechanizm FOMO** (Fear of Missing Out) - lęk przed tym, że ominiemy nas coś ważnego, powoduje chroniczne napięcie, stres i trudności z koncentracją.
- ✓ **Problemy ze snem** - ekspozycja na światło niebieskie oraz przebudzowanie przed snem skracają czas odpoczynku, co bezpośrednio przekłada się na stany lękowe i depresyjne.
- ✓ **Cyberprzemoc** - media społecznościowe są głównym kanałem hejtu i wykluczenia rówieśniczego, co ma dramatyczne skutki dla rozwoju emocjonalnego nastolatków i ich zdrowia psychicznego.
- ✓ **Zaburzenia koncentracji** - algorytmy promujące krótkie, intensywne treści (np. TikTok, Reels) skracają czas skupienia uwagi i utrudniają naukę.

Ciąg dalszy w następnym slajdzie

Pytanie 33. Komentarz w konwencji: prawda - fałsz

W pytaniu 33. trzy piąte (**60,0%**) ankieterowanych wybrało odpowiedź, że „*tak, ale tylko przy częstym korzystaniu*”. Twierdzenie to jest częściową prawdą, chociaż złożoną. Z wielu badań nad skutkami nadmiernego czasu w mediach społecznościowych nastolatków wynika, że intensywne korzystanie (powyżej 3 godzin dziennie) jest silnie skorelowane z podwojeniem ryzyka depresji i lęku oraz, że ich negatywny wpływ na dzieci i młodzież może wystąpić nawet przy umiarkowanym używaniu mediów społecznościowych, jeśli ich jakość (np. frustrujące treści) jest niska. Do istotnych wniosków z tych badań można zaliczyć:

- ✓ **Zasada „złotego środka”** - umiarkowane korzystanie może wspierać relacje rówieśnicze, podczas gdy negatywne skutki rosną gwałtownie zarówno przy całkowitym braku dostępu, jak i przy nadmiernej eksploatacji.
- ✓ **Dawka ma znaczenie** - ryzyko depresji u nastolatków wzrasta o ok. 13% z każdą dodatkową godziną spędzoną w mediach społecznościowych.
- ✓ **Treść ważniejsza niż czas** - nawet rzadkie korzystanie może być szkodliwe, jeśli dziecko (nastolatek) doświadcza cyberprzemocy, szkodliwych algorytmów promujących zaburzenia odżywiania lub toksycznymi porównaniami społecznymi.
- ✓ **Skutki pośrednie** - badania wykazały, że media społecznościowe szkodzą psychice nastolatka, również „*poza ekranem*”, m.in. poprzez zakłócanie snu (niebieskie światło i FOMO), co bezpośrednio obniża odporność psychiczną.

Podsumowując - częstotliwość jest kluczowym czynnikiem ryzyka, ale nie jedynym. Równie ważne jest, co dzieci i młodzież robią w sieci i jak to wpływa na ich samoocenę oraz czas przeznaczony na sen i naukę.

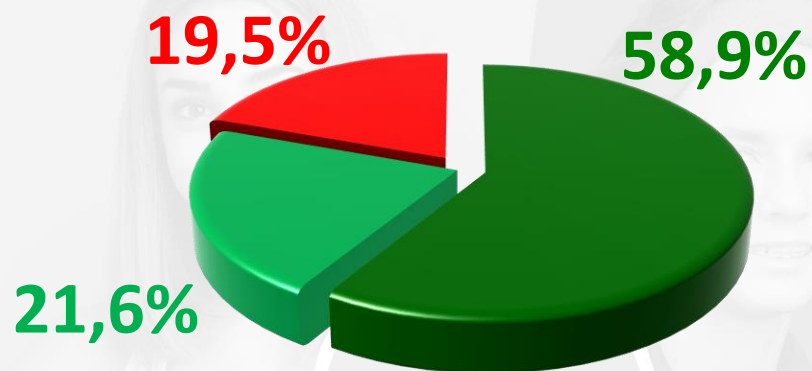
Czy intensywne korzystanie z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież może negatywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne - „*tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu*”. Należy jednak to stwierdzenie uznać w świetle najnowszych badań naukowych za „**fałszywe**”.

- ✓ **Umiarkowane korzystanie** (ok. 1-2 godziny dziennie) często nie wykazuje negatywnego wpływu, a może wręcz wspierać kompetencje cyfrowe i podtrzymywanie relacji.
- ✓ **Ryzyko wzrasta przy korzystaniu „problematicznym”** (utrata kontroli, zaniedbywanie obowiązków, wycofanie społeczne, objawy odstawienne - silny niepokój, rozdrażnienie, agresja w obliczu ograniczenia dostępu do telefonu), które prowadzi do zaburzeń snu, cyberprzemocy lub silnego poczucia FOMO (strachu przed wykluczeniem).
- ✓ **Negatywny wpływ jest silnie skorelowany z intensywnością** (powyżej 3 godzin dziennie) oraz sposobem użytkowania (np. bierne przeglądanie treści, porównywanie się z wyidealizowanymi obrazami).

W podsumowaniu, należy zauważyć, że pedagodzy, psycholodzy i psychiatrzy alarmują, że intensywne (nadmiarowe) korzystanie z mediów społecznościowych jest istotnym czynnikiem ryzyka dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Natomiast bardzo niska, jak i bardzo wysoka aktywność w mediach społecznościowych może wiązać się z gorszym samopoczuciem, co potwierdza, że sporadyczny kontakt nie musi być szkodliwy. W tym miejscu warto zalecić jedną z zasad życiowych starożytnych Greków: „**umiara jest najważniejszy**”.

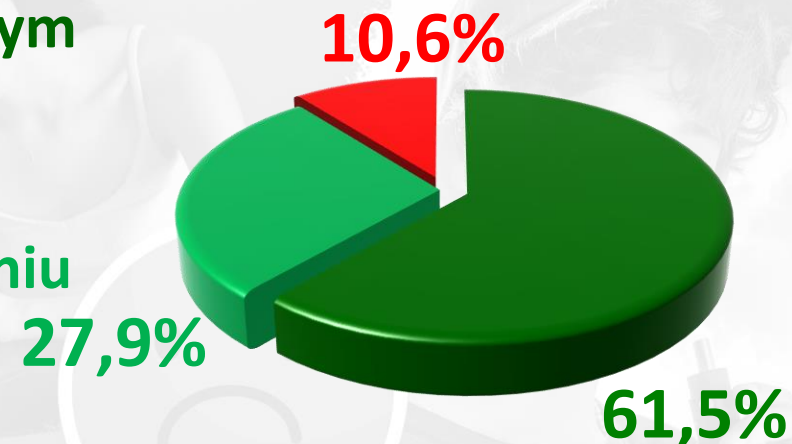
Wykres nr 69. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według typu szkoły

Uczniowie VII i VIII klas szkół podstawowych N=727



- Tak, ale tylko przy częstym korzystaniu
- Tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu
- Nie

Uczniowie szkół ponadpodstawowych N=509

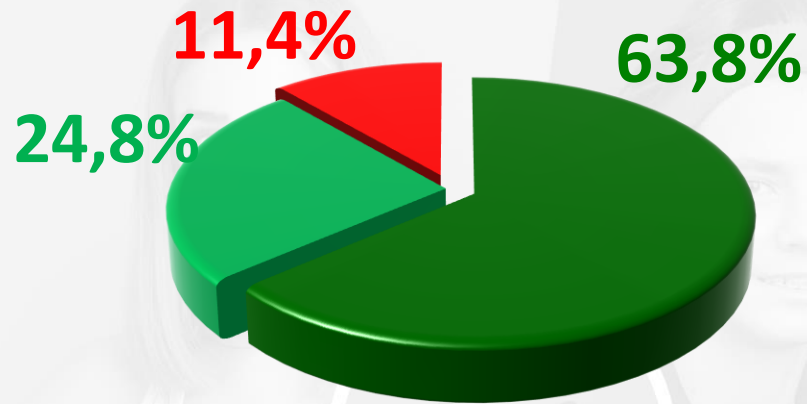


Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Typ szkoły polaryzuje wypowiedzi ankietowanych na temat wpływu intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Uczniowie szkół ponadpodstawowych częściej o 2,6 punktów procentowych od uczniów szkół podstawowych wybierali odpowiedź „tak, ale tylko przy częstym korzystaniu”. Natomiast adolescenty na pytanie wpływu mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży „tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu” odpowiedziało więcej o 6,3 punkty procentowe respondentów ze szkół ponadpodstawowych niż uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych. Z kolei respondenci z VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 8,9 punktów procentowych od adolescentów ze szkół ponadpodstawowych wybierali odpowiedź „nie” dla stwierdzenia negatywnego wpływu mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Należy odnotować, że adolescenty ze szkół ponadpodstawowych wykazali się większą wiedzą na temat szkodliwego wpływu na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży przez intensywne korzystanie z mediów społecznościowych, od swych młodszych koleżanek i kolegów.

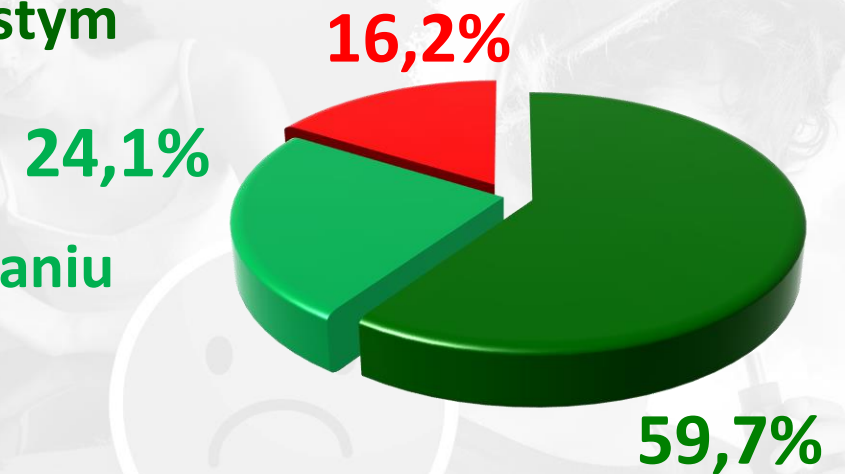
Wykres nr 70. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według płci

Dziewczyna N=431



- Tak, ale tylko przy częstym korzystaniu
- Tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu
- Nie

Chłopak N=667



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że płeć polaryzuje wypowiedzi ankietowanych na temat wpływu intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Dziewczyny częściej od chłopców o 4,1 punktów procentowych zgadzają się ze stwierdzeniem, że „*tak, ale tylko przy częstym korzystaniu*”. Natomiast dziewczyny zaledwie o 0,7 punktu procentowego częściej od chłopców wybierały odpowiedź „*tak, nawet przy sporadycznym korzystaniu*”. Z kolei chłopcy częściej od dziewcząt o 4,8 punktów procentowych wybierali całkowicie fałszywe stwierdzenie, że intensywność korzystania z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzieży „*nie*” szkodzi ich zdrowiu psychicznemu.

Media społecznościowe

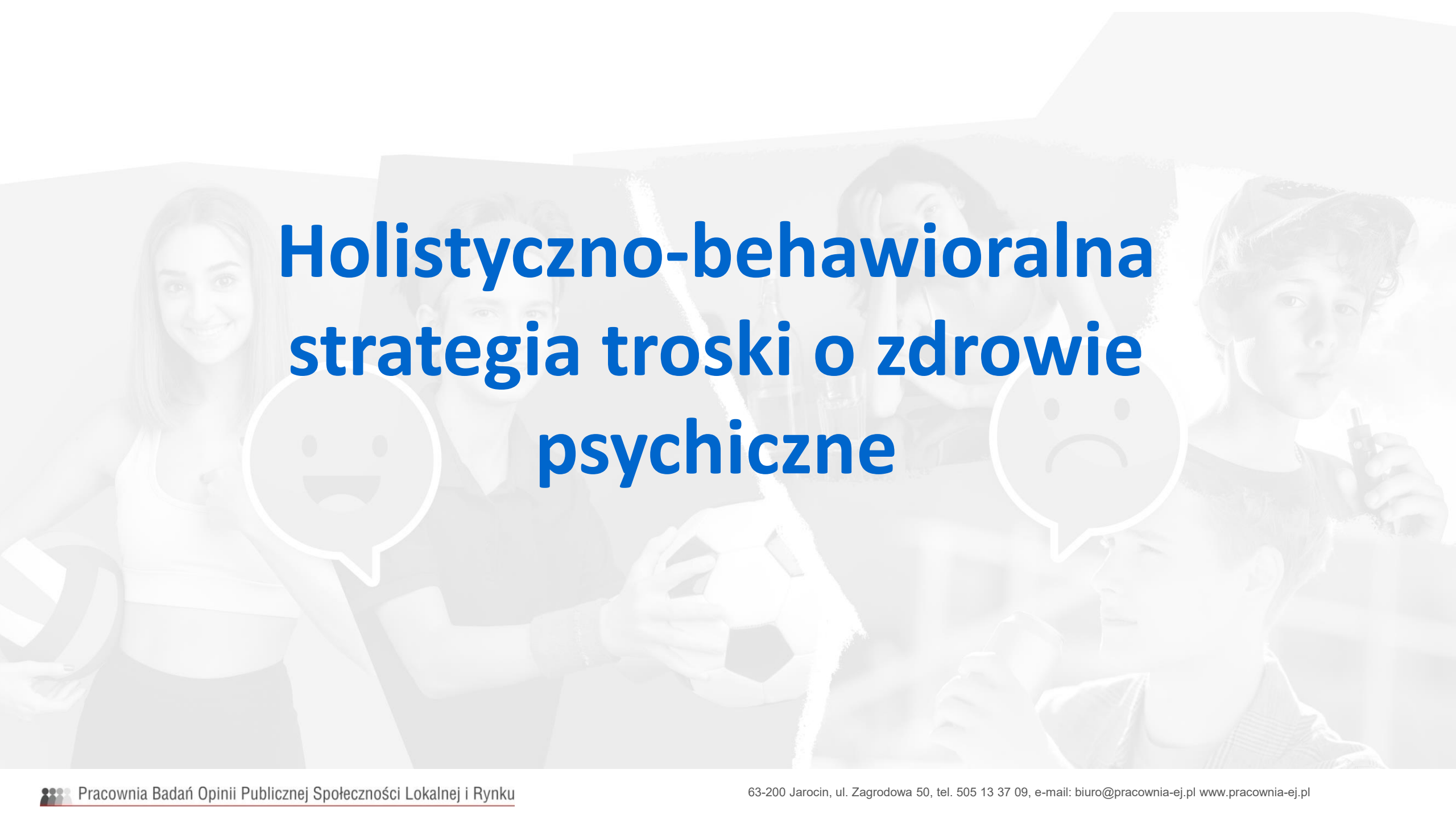
Jak podaje M. Bujewska w artykule *„W jaki sposób życie w cyfrowym świecie niszczy zdrowie fizyczne i psychiczne”* dziecko, które kilka godzin dziennie spędza przed komputerem i jest naładowane negatywnymi bodźcami, automatycznie identycznie kalkuluje zachowanie w realnej rzeczywistości. To wszystko dowodzi temu, że na pewno nie można być obojętnym i należy podejmować działania profilaktyczne zmniejszające ryzyko rażenia wpatrywania się w szklany ekran. Warto przypomnieć za raportem *„Digital Poland 2024 - raport social media w Polsce”*, że z social mediów korzysta już ok. 63% globalnej populacji. Natomiast w Polsce z mediów społecznościowych korzysta prawie 69% populacji.

Z wielu badań, również tych prowadzonych przez Pracownię, wynika, że dzieci i młodzież nie znają świata bez możliwości natychmiastowego skorzystania z Internetu i mediów społecznościowych. Powstaje nowy świat relacji wirtualnych, który jest karykaturą prawdziwych relacji społecznych, mających fundamentalny wpływ na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Zdaniem wielu autorów media społecznościowe nie zaspokajają potrzeby kontaktu z ludźmi. Pisze o tym m.in. N. Kardaras autor publikacji *„Dzieci ekranu. Jak uzależnienie od ekranu przejmuje kontrolę nad naszymi dziećmi - i jak wyrwać je z transu”*. *„...media te tworzą w naszych umysłach iluzję bliskich kontaktów społecznych, utrzymując nasze receptory dopaminy w stanie wysokiej gotowości, ponieważ stale oczekujemy na kolejne wiadomości lub reakcje na naszą aktywność. Każde kolejne powiadomienie jest dla nas obietnicą przyjemności płynącej z kolejnego postu, wiadomości, filmiku”*.

Z kolei R. Dunbar słusznie zwraca uwagę, że jednym z ważnych czynników pogłębiających więź jest kontakt fizyczny. Poklepanie po plecach, przytulenie na powitanie i inne formy przyjacielskiego kontaktu fizycznego powodują wytwarzanie endorfin, które z kolei pomagają stworzyć osobistą więź. Portale społecznościowe nie mają takiej mocy. Dzieci, które od najmłodszych lat kontaktują się ze sobą przez wideorozmowy i wiadomości tekstowe, zostają pozbawione prawdziwych interakcji, co z kolei grozi tym, że obszary ich mózgow odpowiedzialne za interakcje społeczne, umiejętności interpersonalne oraz empatię, nie rozwiną się w pełni.

Warto pamiętać o rozpowszechnionym wśród dzieci i młodzieży cyberstresie, który spowodowany jest niszczeniem własnej tożsamości w sieci przez budowanie nierzeczywistego swojego obrazu w obawie, co inni pomyślą. Nauczyciele i rodzice powinni uświadamiać młodzież, by zawsze byli sobą i nie kreowali w sieci innego/innej siebie. Należy wzmacniać poczucie własnej wartości i pokazywać, że każdy człowiek jest indywidualną jednostką będącą sobą. Bez wątplenia uzależnienie od mediów społecznościowych dzieci i młodzieży rujnuje ich zdrowie fizyczne i psychiczne i będzie miało swój negatywny wpływ na ich dalsze życie.

W tym miejscu warto odnieść się do najnowszych badań (z 2025 roku) *„Dobre i złe wiadomości - życie online i offline a zdrowie psychiczne polskich nastolatków”*. Oprócz wniosków alarmujących z badania w raporcie można odnaleźć pozytywne informacje o praktykach cyfrowych nastolatków, które budują kompetencje, wzmacniają więzi i poczucie sprawczości. Wyniki wskazują, że warto częściej ufać młodzieży, ale nie należy tracić przy tym czujności i bieżącego zainteresowania ich środowiskiem. Przy mądrym, wspierającym towarzyszeniu osób dorosłych pozytywne wykorzystanie mediów cyfrowych może realnie chronić zdrowie psychiczne nastolatków. Może pomagać w szukaniu wsparcia, regulowaniu emocji oraz rozwijać zainteresowania i wzmacniać poczucie przynależności - piszą autorzy raportu.

The background features a collage of young people in various settings. On the left, a young woman in a white sports top holds a volleyball, with a white speech bubble containing a happy face icon next to her. In the center, a young man holds a soccer ball, with a white speech bubble containing a sad face icon next to him. On the right, a young man is seen using a mobile phone, with another white speech bubble containing a sad face icon next to him. The overall image is in grayscale with a light blue tint.

Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne

Tablica nr 32. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego w %, N=1236.

Pytanie 29. Które z wymienionych strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego stosujesz w życiu?

Lp.	Wyszczególnienie	Bardzo często	Raczej często	Raczej rzadko	Bardzo rzadko	W ogóle nie stosuję
1	Budowanie relacji: spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, uczestniczenie w grupach wsparcia, angażowanie się w społeczność	27,8	44,7	16,2	4,9	6,4
2	Czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk	51,7	32,2	10,2	2,3	3,6
3	Dostateczna ilość snu: 7-9 godzin snu każdej nocy	26,2	29,2	20,1	15,3	9,2
4	Kontrola stresu: praktyki relaksacyjne - w tym medytacja, ćwiczenia oddechowe	5,4	8,5	15,9	18,0	52,2
5	Redukcja substancji psychoaktywnych: ograniczenie lub eliminacja alkoholu, nikotyny, napojów energetyzujących itp.	25,7	7,8	6,1	3,9	56,5
6	Regularna aktywność fizyczna: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia	39,6	30,3	16,3	6,7	7,1
7	Zdrowa zrównoważona dieta: bogata w owoce, warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, białka, produkty mleczne, zdrowe źródła tłuszczu (ryby)	19,2	38,4	23,4	9,5	9,5
Średnia		27,9	27,3	15,5	8,7	20,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Pytanie 29. kwestionariusza ankiety dotyczyło wyborów przez ankietowanych strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego, które obejmują techniki samopomocy, pomagają w zarządzaniu stresem, emocjami i niepożądanymi nawykami. Innymi słowy strategii radzenia sobie ze zdrowiem behawioralnym to świadome działania mające na celu modyfikację trudnych zachowań, emocji i reakcji na stres. Ich celem jest zastąpienie nieadaptacyjnych nawyków (np. izolacji czy używek) metodami, które wspierają dobrostan psychiczny.

Według średniej arytmetycznej **55,2%** ankietowanych „często” korzysta z wymienionych siedmiu strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego oraz „rzadko” je stosuje **24,2%** respondentów. Natomiast co piąty (20,6%) ankietowany „w ogóle ich nie stosuje”. Adolescenci w strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego „bardzo często” (**51,7%** ankietowanych) stosują w życiu „czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk” oraz prawie dwie piąte (39,6%) adolescentów wskazało na „regularną aktywność fizyczną: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia”.

Tablica nr 33. Hierarchia strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego, w % N=1236

Lp.	Wyszczególnienie	Często	Radko	W ogóle nie stosuję
1	Czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk	83,9	12,5	3,6
2	Budowanie relacji: spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, uczestniczenie w grupach wsparcia, angażowanie się w społeczność	72,5	21,1	6,4
3	Regularna aktywność fizyczna: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia	69,9	23,0	7,1
4	Zdrowa zrównoważona dieta: bogata w owoce, warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, białka, produkty mleczne, zdrowe źródła tłuszczu (ryby)	57,6	32,9	9,5
5	Dostateczna ilość snu: 7-9 godzin snu każdej nocy	55,4	35,4	9,2
6	Redukcja substancji psychoaktywnych: ograniczenie lub eliminacja alkoholu, nikotyny, napojów energetyzujących itp.	33,5	10,0	56,5
7	Kontrola stresu: praktyki relaksacyjne - w tym medytacja, ćwiczenia oddechowe	13,9	33,9	52,2
Średnia		55,2	24,1	20,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Respondenci spośród 7 sytuacji mających wpływ na zdrowie behawioralne „często” stosują w codziennym życiu strategię radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego **83,9%** „czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk”, **72,5%** „budowanie relacji: spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, uczestniczenie w grupach wsparcia, angażowanie się w społeczność” oraz **69,9%** ankietowanych wskazało na „regularna aktywność fizyczna: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia”.

Należy odnotować, że ankietowani wykazali się starannością i konsekwencją w dokonywanych wyborach. **52,2%** adolescentów wskazało, że „w ogóle nie stosuje” w strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego „kontrolę stresu poprzez praktyki relaksacyjne - w tym medytacja, ćwiczenia oddechowe. Podobnie jak w ocenie zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych **53% ankietowanych** „w ogóle nie korzysta” z „technik redukujących napięcie np. oddechowe, joga, medytacje”.

Rekomenduje się w procesie psychoedukacji adolescentów zwrócenie uwagi na techniki redukcji napięcia, takie jak praca z oddechem, joga czy medytacja, które mają fundamentalny wpływ na elastyczność psychiczną. Nie są to tylko sposoby na „wyciszenie się”, ale narzędzia, które dosłownie przeprogramowują sposób, w jaki nasz układ nerwowy reaguje na zmianę i niepewność.

Tablica nr 34. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego według typu szkół, szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %

Lp.	Wyszczególnienie	Często		Rzadko		W ogóle nie stosuję	
		N=727	N=509	N=727	N=509	N=727	N=509
1	Budowanie relacji: spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, uczestniczenie w grupach wsparcia, angażowanie się w społeczność	71,4	74,3	20,9	21,2	7,7	4,5
2	Czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk	82,4	86,1	13,6	11,0	4,0	2,9
3	Dostateczna ilość snu: 7-9 godzin snu każdej nocy	57,4	52,5	33,1	38,7	9,5	8,8
4	Kontrola stresu: praktyki relaksacyjne - w tym medytacja, ćwiczenia oddechowe	15,6	11,6	35,3	32,0	49,1	56,4
5	Redukcja substancji psychoaktywnych: ograniczenie lub eliminacja alkoholu, nikotyny, napojów energetyzujących itp.	31,0	37,1	7,0	14,1	62,0	48,8
6	Regularna aktywność fizyczna: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia	69,8	70,1	22,4	23,8	7,8	6,1
7	Zdrowa zrównoważona dieta: bogata w owoce, warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, białka, produkty mleczne, zdrowe źródła tłuszczu (ryby)	59,4	54,8	31,1	35,6	9,5	9,6
	Średnia	55,3	55,2	23,3	25,2	21,4	19,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że typ szkoły w bardzo małym stopniu według średniej arytmetycznej polaryzuje deklaracje ankietowanych w zakresie „częstości” korzystania ze strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego. Zdecydowana większość różnic w poszczególnych strategiach radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego mieści się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych. Natomiast przekroczono tę granicę w pięciu strategiach. Adolescenci ze szkół ponadpodstawowych częściej o 6,1 punktów procentowych od swych młodszych koleżanek i kolegów stosują strategię „redukcji substancji psychoaktywnej”. Z kolei w deklaracjach, że „rzadko” korzystają z danej strategii, większy odsetek uczniów szkół ponadpodstawowych od ankietowanych z VII i VIII klas szkół podstawowych o 7,1 punktów procentowych wskazał na „redukcję substancji psychoaktywnej” oraz o 5,6 punktów procentowych na strategię „dostatecznej ilości snu”. Warto odnotować, że uczniowie z VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 13,2 punkty procentowe od swych starszych kolegów „w ogóle nie stosuje” „redukcji substancji psychoaktywnych”. Można przypuszczać, że taki wybór był podyktowany faktem mniejszego korzystania z tych substancji przez uczniów szkół podstawowych, co potwierdzają również badania przeprowadzone przez Pracownię.

Tablica nr 35. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego według płci, w %

Lp.	Wyszczególnienie	Często		Rzadko		W ogóle nie stosuję	
		Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak
1	Budowanie relacji: spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi, uczestniczenie w grupach wsparcia, angażowanie się w społeczność	74,1	72,2	19,8	23,2	6,1	4,6
2	Czas na hobby: znalezienie czasu na działania, które sprawiają przyjemność i odciągają uwagę od codziennych trosk	87,5	78,9	9,2	19,2	3,1	1,9
3	Dostateczna ilość snu: 7-9 godzin snu każdej nocy	60,5	50,1	30,8	42,6	8,5	7,2
4	Kontrola stresu: praktyki relaksacyjne - w tym medytacja, ćwiczenia oddechowe	13,9	11,4	32,3	39,9	53,7	48,7
5	Redukcja substancji psychoaktywnych: ograniczenie lub eliminacja alkoholu, nikotyny, napojów energetyzujących itp.	33,6	33,7	10,6	7,9	55,8	58,5
6	Regularna aktywność fizyczna: spacer, jazda na rowerze, joga, pływanie, bieganie, fitness, siłownia	73,0	67,7	20,2	26,4	6,7	5,8
7	Zdrowa zrównoważona dieta: bogata w owoce, warzywa, pełnoziarniste produkty zbożowe, białka, produkty mleczne, zdrowe źródła tłuszczu (ryby)	57,9	59,8	31,1	35,7	10,9	4,4
	Średnie	57,2	53,4	22,0	27,8	20,7	18,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Płeć polaryzuje odpowiedzi ankietowanych w sprawie częstości korzystania z różnych strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego. Według średniej arytmetycznej dziewczyny „częściej” od chłopców o 3,5 punktów procentowych stosują w życiu wymienione w pytaniu 29. kwestionariusza ankiety strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego. Dziewczyny częściej od chłopców o **10,4 punkty procentowe** stosują w strategii zdrowia behawioralnego „dostateczną ilość snu” oraz przeznaczają więcej „czasu na hobby” o **8,6 punktów procentowych**. Z kolei chłopcy „częściej” od dziewczyn o **5,3 punkty procentowe** w strategii zdrowia behawioralnego wykorzystują „regularną aktywność fizyczną”. Natomiast dziewczyny częściej od chłopców o 6,5 punktów procentowych „w ogóle nie stosują” zrównoważonej diety. Należy odnotować, że **53,7%** dziewczyn i **48,7%** chłopców „w ogóle nie stosują” technik kontroli stresu. Równie wysoki odsetek ankietowanych „w ogóle nie stosuje” w strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego „redukcji substancji psychoaktywnych” (dziewczyny **55,8%**, chłopcy **58,5%**), który prawdopodobnie wynika z tego, że ankietowani nie korzystają z tych substancji.

Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne

Słowo behawioralna jest zapożyczone z języka angielskiego. „Behaviour” oznacza zachowanie. Nurt terapii behawioralnej wywodzi się zatem z wiedzy zbudowanej na opisie i ocenie funkcjonowania człowieka na podstawie jego obserwowanego zachowania. Ten rodzaj terapii opiera się przede wszystkim na koncepcji uczenia się. Warto wziąć pod uwagę holistyczne (co oznacza „kompleksowy” lub „całościowy”) podejście do zdrowia psychicznego, które bierze pod uwagę całą osobę, a nie tylko jej potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego. Wsparcie powinno również uwzględniać jej dobre samopoczucie fizyczne, emocjonalne, społeczne i umysłowe. Podejście holistyczne opiera się na zrozumieniu, że nasze umysły i ciała są ze sobą ściśle powiązane i że nie możemy uzdrowić jednego aspektu naszego zdrowia bez włączenia w ten proces całego naszego psychicznego, fizycznego i emocjonalnego samopoczucia.

Podejście holistyczne traktuje priorytetowo działania takie jak terapia rozmową w celu zidentyfikowania źródła problemów i łączenia się ze sobą poprzez działania takie jak uważność, kreatywność, regularne ćwiczenia, optymalna dieta, terapia poznawczo-behawioralna i wiele innych. Poprzez te działania, których celem jest znalezienie zrównoważonego stylu życia w oparciu o ich wyjątkowe pochodzenie, ponieważ znalezienie tej równowagi może mieć fundamentalne znaczenie w rozwiązywaniu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym młodzieży.

Należy podkreślić, że zdrowie behawioralne i zdrowie psychiczne to dwa różne pojęcia, które często są mylone. Główna różnica tkwi w zakresie każdego z tych terminów. *Zdrowie psychiczne stanowi element zdrowia behawioralnego i koncentruje się na naszym dobrostanie emocjonalnym, psychicznym oraz społecznym. Zdrowie behawioralne jest natomiast pojęciem szerszym, obejmującym nie tylko zdrowie psychiczne, ale także zachowania i nawyki, które wpływają na nasze zdrowie fizyczne.* Zrozumienie tego rozróżnienia jest istotne, ponieważ umożliwia lepsze poruszanie się w systemie opieki zdrowotnej oraz zwiększa szanse na skuteczne poszukiwanie odpowiedniej pomocy w razie potrzeby.

W przeciwieństwie do tradycyjnego podejścia, które koncentruje się wyłącznie na chorobach psychicznych, eksploracja zdrowia behawioralnego przyjmuje holistyczne spojrzenie na tę problematykę. Analizuje, jak codzienne działania, takie jak sen, dieta, aktywność fizyczna czy używki, wpływają na nasze funkcjonowanie psychiczne i fizyczne. Zdrowie behawioralne dotyczy związku między naszymi zachowaniami (takimi jak dieta, aktywność fizyczna, sen, radzenie sobie ze stresem czy używanie substancji) a ogólnym stanem zdrowia fizycznego i psychicznego. Ma to kluczowe znaczenie dla profilaktyki chorób cywilizacyjnych, obejmując zarówno promowanie zdrowych nawyków, jak i interwencje w przypadku zaburzeń takich jak uzależnienia.



Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne

Na stan zdrowia behawioralnego znacząco wpływają uzależnienia behawioralne, które polegają na kompulsywnym powtarzaniu określonych czynności (np. hazard, korzystanie z Internetu, zażywanie substancji psychoaktywnych) mimo negatywnych konsekwencji. Warto zaznaczyć, że nie chodzi tu jedynie o same czynności, ale o ich niekontrolowane wykonywanie. Innymi słowy, zdrowie behawioralne to holistyczne podejście do dobrostanu, które uznaje, że sposób życia i nawyki mają fundamentalne znaczenie dla naszego zdrowia. Dbanie o zdrowie psychiczne to nie tylko unikanie stresu czy trudnych sytuacji. To również codzienne nawyki, które budują naszą odporność emocjonalną, by zdrowie psychiczne było naszym priorytetem, dbanie o nie do codziennej rutyny. Małe kroki, takie jak regularne ćwiczenia, zdrowe odżywianie, wystarczająca ilość snu, praktykowanie technik relaksacyjnych czy poświęcanie czasu na ulubione aktywności, mogą mieć duży wpływ na nasze samopoczucie. Ważne jest, aby słuchać swojego ciała i umysłu oraz reagować na sygnały, które nam wysyłają. Znalezienie równowagi między nauką (pracą) a odpoczynkiem, stawianie granic i uczenie się mówienia „nie” w odpowiednich sytuacjach, także przyczyniają się do poprawy zdrowia psychicznego.

Porównanie zdrowia behawioralnego i zdrowia psychicznego

Zdrowie behawioralne i zdrowie psychiczne są ze sobą ściśle powiązane, ale nie są tym samym. Oba odgrywają kluczową rolę w ogólnym samopoczuciu i jakości życia. Zdrowie psychiczne koncentruje się na psychologicznych i emocjonalnych aspektach zdrowia. Obejmuje nasze myśli, uczucia i zdolność radzenia sobie ze stresem i przeciwnościami losu. Z kolei zdrowie behawioralne to szersze pojęcie. Obejmuje ono nie tylko zdrowie psychiczne, ale także zachowania i nawyki wpływające na zdrowie fizyczne. **Zdrowie behawioralne bada, jak zachowania, zarówno pozytywne, jak i negatywne, wpływają na nasze ogólne zdrowie.** Dotyczy to takich zachowań jak dieta, aktywność fizyczna i używanie substancji psychoaktywnych. Zrozumienie różnicy między tymi dwoma terminami jest ważne. Może nam to pomóc lepiej zrozumieć nasze zdrowie oraz dostępne usługi i metody leczenia.

Interdyscyplinarny charakter zdrowia behawioralnego

Zdrowie behawioralne to dziedzina interdyscyplinarna. Zajmuje się nią wielu specjalistów, od socjologów (socjologia zajmuje się zdrowiem behawioralnym, analizując je głównie w ramach **socjologii medycyny, socjologii zdrowia i choroby** oraz **socjologii zdrowia publicznego**), psychologów i psychiatrów po pracowników socjalnych i doradców. Specjaliści ci współpracują ze sobą, aby zapewnić kompleksową opiekę. Zajmują się nie tylko problemami zdrowia psychicznego, ale także zachowaniami wpływającymi na zdrowie fizyczne. To interdyscyplinarne podejście jest kluczowe. Zapewnia ono uwzględnienie wszystkich aspektów zdrowia danej osoby, co prowadzi do poprawy jej stanu zdrowia.

Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne zawiera w sobie wszystkie czynniki promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej (które zostały w telegraficznym skrócie powyżej opisane).



Tablica nr 36. Ocena zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych w %. Pytanie 34. Zdolność do elastycznego przystosowywania się do zmieniających się okoliczności odgrywa kluczową rolę w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi (rezyliencja). W jakim stopniu w trudnych sytuacjach z nich korzystasz?

Lp	Wyszczególnienie	Bardzo wysokim	Raczej wysokim	W ogóle nie korzystam	Raczej niskim	Bardzo niskim
1	Akceptacja własnych emocji - traktowanie siebie z życzliwością, zrozumienie siebie, poczucie swojej wartości, daje wolność świadomego reagowania na życie	20,3	44,8	16,2	13,3	5,4
2	Elastyczność psychiczna - zdolność do świadomego i otwartego radzenia sobie z trudnymi myślami, emocjami i doświadczeniami, jednocześnie kierując się własnymi wartościami i celami, bez uciekania się do unikania czy tłumienia uczuć	20,1	38,1	19,6	16,1	6,1
3	Pozytywne myślenie - umiejętność „odbicia się” po trudnych sytuacjach, wykorzystując wewnętrzne zasoby i przekształcając porażki w lekcje, co prowadzi do lepszego radzenia sobie z wyzwaniami i rozwoju osobistego	29,7	37,3	13,4	14,2	5,4
4	Regulowanie emocji - proces wpływania na to, jakie emocje odczuwamy, kiedy je odczuwamy i jak je wyrażamy, aby służyły naszym celom, a nie nami kierowały, co nie oznacza ich tłumienia, ale świadome zarządzanie nimi	17,5	38,2	24,5	13,9	5,9
5	Silne poczucie własnej skuteczności - głębokie przekonanie o swoich kompetencjach sprostania sytuacjom trudnym	21,7	35,8	22,3	14,2	6,0
6	Silne więzi społeczne - silne więzi społeczne oznaczają posiadanie bliskich, wspierających relacji z rodziną, przyjaciółmi czy szkolną społecznością, które stanowią fundament i źródło wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa i przynależności	31,8	39,4	13,9	10,4	4,5
7	Techniki redukujące napięcie np. oddechowe, joga, medytacje	6,8	13,0	53,0	8,3	18,9
	Średnie	21,1	35,2	23,3	12,9	7,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

W pytaniu 34. kwestionariusza ankiety użyto sformułowań, które można zaliczyć do holistyczno-behawioralnej strategii troski o zdrowie psychiczne. Zadaniem respondentów było zaznaczyć na pięciostopniowej skali Likerta, w jakim stopniu stosują je w życiu. Według średniej arytmetycznej dla wszystkich siedmiu sytuacji troski o zdrowie psychiczne **21,1%** respondentów wybrało odpowiedź w „*bardzo wysokim*” oraz „*raczej wysokim*” wskazało **35,2%** ankietowanych. Natomiast w „*bardzo niskim*” stopniu z wymienionych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach korzysta **7,5%** ankietowanych oraz „*raczej niskim*” **12,9%** adolescentów. Z kolei **23,3%** respondentów „*w ogóle nie korzysta*” z wymienionych technik radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Należy odnotować, że **31,8%** respondentów w „*bardzo wysokim*” stopniu korzystało z „*silnych więzi społecznych*” oraz **29,7%** uczniów z umiejętności „*pozytywnego myślenia*”. Natomiast w „*raczej wysokim*” stopniu **44,8%** adolescentów korzystało z umiejętności „*akceptacja własnych emocji*” oraz **39,4%** z „*silnych więzi społecznych*”.

Tablica nr 37. Hierarchia zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych w %, N=1236

Lp.	Wyszczególnienie	Wysoki	W ogóle nie korzystam	Niski
1	Silne więzi społeczne - silne więzi społeczne oznaczają posiadanie bliskich, wspierających relacji z rodziną, przyjaciółmi czy szkolną społecznością, które stanowią fundament i źródło wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa i przynależności	71,2	13,9	14,9
2	Pozytywne myślenie - umiejętność „odbicia się” po trudnych sytuacjach, wykorzystując wewnętrzne zasoby i przekształcając porażki w lekcje, co prowadzi do lepszego radzenia sobie z wyzwaniami i rozwoju osobistego	67,0	13,4	19,6
3	Akceptacja własnych emocji - traktowanie siebie z życzliwością, zrozumienie siebie, poczucie swojej wartości, daje wolność świadomego reagowania na życie	65,1	16,2	18,7
4	Elastyczność psychiczna - zdolność do świadomego i otwartego radzenia sobie z trudnymi myślami, emocjami i doświadczeniami, jednocześnie kierując się własnymi wartościami i celami, bez uciekania się do unikania czy tłumienia uczuć	58,2	19,6	22,2
5	Silne poczucie własnej skuteczności - głębokie przekonanie o swoich kompetencjach sprostania sytuacjom trudnym	57,5	22,3	20,2
6	Regulowanie emocji - proces wpływania na to, jakie emocje odczuwamy, kiedy je odczuwamy i jak je wyrażamy, aby służyły naszym celom, a nie nami kierowały, co nie oznacza ich tłumienia, ale świadome zarządzanie nimi	55,7	24,5	19,8
7	Techniki redukujące napięcie np. oddechowe, joga, medytacje	19,8	53,0	27,2
Średnia		56,4	23,3	20,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Ponad siedem dziesiątych (**71,1%**) respondentów „**wysoko**” oceniło korzystanie w trudnych sytuacjach emocjonalnych z „*silnych więzi społecznych*”, natomiast z umiejętności „*pozytywnego myślenia*” korzystało **67%** respondentów oraz z „*akceptacji własnych emocji*” **65,1%** ankietowanych. Adolescenci w „**niskim**” stopniu korzystają z „*technik redukujących napięcie*” **27,2%** wyborów, z „*elastyczności psychicznej*” **22,2%** ankietowanych oraz w niskim stopniu wykorzystuje umiejętności co piąty (20,2%) ankietowany z „*elastyczności psychicznej*”. Z kolei „*w ogóle nie korzysta*” z „*technik redukujących napięcie*” ponad połowa (**53%**) ankietowanych. Natomiast według średniej arytmetycznej **56,4%** respondentów w „**wysokim**” stopniu korzysta w trudnych sytuacjach życiowych z wymienionych technik radzenia sobie z trudnościami, z kolei w „**niskim**” stopniu **20,4%** biorących udział w badaniu adolescentów oraz „*w ogóle nie korzysta*” z wymienionych technik **23,3%** respondentów.

**Tablica nr 38. Zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych według typu szkół,
szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %**

Lp.	Wyszczególnienie	Wysoki		W ogóle nie korzystam		Niski	
		N=727	N=509	N=727	N=509	N=727	N=509
1	Akceptacja własnych emocji - traktowanie siebie z życzliwością, zrozumienie siebie, poczucie swojej wartości, daje wolność świadomego reagowania na życie	64,1	66,7	17,7	13,9	18,2	19,4
2	Elastyczność psychiczna - zdolność do świadomego i otwartego radzenia sobie z trudnymi myślami, emocjami i doświadczeniami, jednocześnie kierując się własnymi wartościami i celami, bez uciekania się do unikania czy tłumienia uczuć	54,5	63,5	22,6	15,3	22,9	21,2
3	Pozytywne myślenie - umiejętność „odbicia się” po trudnych sytuacjach, wykorzystując wewnętrzne zasoby i przekształcając porażki w lekcje, co prowadzi do lepszego radzenia sobie z wyzwaniami i rozwoju osobistego	64,6	70,2	15,4	10,6	20,0	19,2
4	Regulowanie emocji - proces wpływania na to, jakie emocje odczuwamy, kiedy je odczuwamy i jak je wyrażamy, aby służyły naszym celom, a nie nami kierowały, co nie oznacza ich tłumienia, ale świadome zarządzanie nimi	54,8	57,0	25,4	23,2	19,8	19,8
5	Silne poczucie własnej skuteczności - głębokie przekonanie o swoich kompetencjach sprostania sytuacjom trudnym	56,2	59,3	25,4	17,9	18,4	22,8
6	Silne więzi społeczne - silne więzi społeczne oznaczają posiadanie bliskich, wspierających relacji z rodziną, przyjaciółmi czy szkolną społecznością, które stanowią fundament i źródło wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa i przynależności	72,5	69,3	14,0	13,8	13,5	16,9
7	Techniki redukujące napięcie np. oddechowe, joga, medytacje	21,5	17,5	52,4	53,9	26,1	28,6
	Średnia	55,5	57,6	24,7	21,2	19,8	21,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Korelacja pytania 34. z typami szkół wskazuje, że istnieją statystyczne różnice. Należy odnotować, że największa polaryzacja opinii wystąpiła przy wyborze „*elastyczności psychicznej*”. Adolescentzi ze szkół ponadpodstawowych częściej o 9 punktów procentowych od uczniów z VII i VIII klas szkół podstawowych wybierali tę technikę radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych oraz częściej o 5,6 punktów procentowych od swych młodszych koleżanek i kolegów wskazywali na umiejętność „*pozytywnego myślenia*”. Z kolei adolescentzi z VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 7,5 punktów procentowych od swych starszych koleżanek i kolegów w „*w ogóle nie korzystają*” z „*silnego poczucia własnej skuteczności*” w radzeniu sobie w trudnych sytuacjach życiowych oraz częściej o 7,3 punkty procentowe „*w ogóle nie korzystają*” ze zdolności do „*elastyczności psychicznej*”.

Należy odnotować, że pozostałe wyniki korelacji pytania 34. z typem szkół znajdują się w ramach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych.

Tablica nr 39. Zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych według płci, w %

Lp.	Wyszczególnienie	Wysoki		W ogóle nie korzystam		Niski	
		Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak
1	Akceptacja własnych emocji - traktowanie siebie z życzliwością, zrozumienie siebie, poczucie swojej wartości, daje wolność świadomego reagowania na życie	55,2	71,8	17,4	15,3	27,4	12,8
2	Elastyczność psychiczna - zdolność do świadomego i otwartego radzenia sobie z trudnymi myślami, emocjami i doświadczeniami, jednocześnie kierując się własnymi wartościami i celami, bez uciekania się do unikania czy tłumienia uczuć	45,0	67,5	21,3	18,3	33,6	14,2
3	Pozytywne myślenie - umiejętność „odbicia się” po trudnych sytuacjach, wykorzystując wewnętrzne zasoby i przekształcając porażki w lekcje, co prowadzi do lepszego radzenia sobie z wyzwaniami i rozwoju osobistego	57,8	74,9	13,2	12,4	29,0	12,6
4	Regulowanie emocji - proces wpływania na to, jakie emocje odczuwamy, kiedy je odczuwamy i jak je wyrażamy, aby służyły naszym celom, a nie nami kierowały, co nie oznacza ich tłumienia, ale świadome zarządzanie nimi	48,5	61,7	23,9	24,3	27,6	13,9
5	Silne poczucie własnej skuteczności - głębokie przekonanie o swoich kompetencjach sprostania sytuacjom trudnym	43,9	66,3	26,7	19,6	29,5	14,0
6	Silne więzi społeczne - silne więzi społeczne oznaczają posiadanie bliskich, wspierających relacji z rodziną, przyjaciółmi czy szkolną społecznością, które stanowią fundament i źródło wsparcia emocjonalnego, poczucia bezpieczeństwa i przynależności	71,5	72,7	11,4	13,8	17,1	13,5
7	Techniki redukujące napięcie np. oddechowe, joga, medytacje	16,3	21,1	54,1	54,1	29,7	24,7
Średnia		48,3	62,3	24	22,5	27,7	15,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.*

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że **występuje silna zależność między zdolnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych a płcią**. Chłopcy częściej o **22,5 punktów procentowych** od dziewczyn w „wysokim” stopniu korzystają ze zdolności do „elastyczności psychicznej” oraz o **22,4 punkty procentowe częściej od dziewczyn** z umiejętności korzystania z „silnego poczucia własnej skuteczności”. Z kolei dziewczyny w „niższym” stopniu od chłopców o **19,4 punkty procentowe** korzystają ze zdolności do „elastyczności psychicznej” oraz o **16,4 punkty procentowe** z umiejętności „pozytywnego myślenia”. Dziewczyny częściej od chłopców o **7,1 punktów procentowych** „w ogóle nie korzystają” z „silnego poczucia własnej skuteczności”.

Według średniej arytmetycznej chłopcy częściej o **14 punktów procentowych** od dziewczyn korzystają w stopniu „wysokim” z wymienionych 7 technik radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Natomiast dziewczyny częściej o **12,6 punktów procentowych** od chłopców w „niskim” (w małym) stopniu korzystają z wymienionych technik radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.



Zdrowie psychiczne, emocjonalne i inteligencja emocjonalna

Różnice między pojęciami zdrowia psychicznego i emocjonalnego wydają się być subtelne, ale istotne. Oba te terminy odnoszą się do różnych aspektów ludzkiego doświadczenia. Bez wątplenia zdrowie psychiczne i emocjonalne są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie wpływają. Autorka artykułu „*Różnice między zdrowiem psychicznym a emocjonalnym*” V. Sabater podaje, że mogą to być dwie strony tej samej monety oraz zauważa, że ten stosunek między obydwojema obszarami wynosi 50 procent. Istnieje metafora, która może pomóc nam zrozumieć te dwie rzeczywistości - podaje V. Sabater. Możemy postrzegać zdrowie psychiczne jako ocean, a zdrowie emocjonalne jako fale. Pierwsza grupa zawiera w sobie wszystko. To ogromny obszar, który obejmuje znaczną część tego, czym jesteśmy. Ale to fale dają nam ruch, świadomość i kierunek. Tych dwóch elementów nie można rozdzielić, ale każdy z nich prezentuje własną dynamikę.

Zdrowie psychiczne to stan, dzięki któremu człowiek może w pełni uczestniczyć w życiu społecznym i jest zdolny do efektywnej pracy. Jest to również sposób, w jaki myśli oraz odnosi się do ogólnego funkcjonowania umysłu w danym momencie i obejmuje szeroki zakres elementów takich jak myśli, przekonania, pamięć, percepcja, zdolności poznawcze, koncentracja oraz świadomość. Zdrowie psychiczne wiąże się z podejmowaniem decyzji i trudnością w rozwiązywaniu problemów i dotyczy procesów mózgowych i zaburzeń psychicznych, obejmuje również zmiany osobowości i zachowania. Można być w dobrym stanie psychicznym, ale może nam brakować dobrych umiejętności emocjonalnych.

Zdrowie emocjonalne wymaga bycia świadomym swoich uczuć i rozumienia ich oraz odnosi się do aktualnych uczuć i emocji, które dana osoba przeżywa w danym momencie. Koncentruje się na uczuciach takich jak radość, smutek, gniew, strach, zaskoczenie, wstręt itp. Zdrowie emocjonalne obejmuje nasze lęki i niepewność.

Jedną różnicą między zdrowiem psychicznym a emocjonalnym dotyczy zachowań unikowych i lęków. Emocje, takie jak wstyd lub niepewność, są często ograniczające. Są zakorzenione w naszym emocjonalnym wszechświecie. Poddanie się najtrudniejszym emocjom bez rozumowania, analizowania i uregulowania ich całkowicie warunkuje nasz potencjał i dobre samopoczucie.

Należy odnotować, że istotną różnicą między zdrowiem psychicznym a emocjonalnym polega na ścisłym powiązaniu inteligencji emocjonalnej ze zdrowiem emocjonalnym. Cierpienie emocjonalne, z powodu zdarzeń niepożądanych, nie jest związane z problemem ze zdrowiem psychicznym. Złe samopoczucie na skutek przykrych zdarzeń jest całkowicie normalne.

Inteligencja emocjonalna i odporność są podstawą zdrowia emocjonalnego. Natomiast dobre zarządzanie i zrozumienie emocji pomaga budować zdrowe relacje i osiągać cele oraz jest podstawą do budowania inteligencji emocjonalnej.

Inteligencja emocjonalna, w skrócie EI (ang. emotional intelligence) lub EQ (ang. emotional quotient), to umiejętność rozpoznawania swoich uczuć i uczuć innych ludzi oraz wykorzystywanie tego rozumienia emocji do kierowania własnym myśleniem i działaniem.



Inteligencja emocjonalna w praktyce według Daniela Golemana

Daniel Goleman, amerykański psycholog i publicysta naukowy, w publikacji z 1995 roku „*Inteligencja emocjonalna w praktyce*” odnosi się do zdolności rozpoznawania przez nas naszych własnych uczuć i uczuć innych, do zdolności motywowania się i kierowania emocjami. D. Goleman przedstawił pięć podstawowych kompetencji emocjonalnych i społecznych:

Samoświadomość: wiedza o tym, co odczuwamy w danej chwili oraz wykorzystanie tych uczuć dla kierowania naszym procesem decyzyjnym; realistyczna ocena naszych zdolności i dobrze uzasadniona wiara w swoje możliwości.

Samoregulacja: panowanie nad emocjami, aby zamiast utrudniać nam wykonanie bieżącego zadania, ułatwiały to; sumienność i umiejętność odłożenia nagrody na później, po to, by zająć się osiągnięciem wyznaczonego celu; szybkie dochodzenie do siebie po kłopotach emocjonalnych.

Motywacja: kierowanie się swoimi największymi preferencjami w wyznaczaniu celów i dążeniu do nich, podejmowaniu inicjatywy i staraniach doskonalenia się oraz w nieustawaniu w wysiłkach mimo niepowodzeń, porażek i zawodów.

Empatia: wyczuwanie uczuć innych osób, umiejętność spojrzenia na sytuację z ich punktu widzenia, tworzenie i podtrzymywanie więzi porozumienia z nimi.

Umiejętności społeczne: dobre panowanie nad emocjami w kontaktach z innymi i dokładne rozpoznawanie sytuacji społecznych oraz sieci powiązań, bezkolizyjne utrzymywanie kontaktów z innymi oraz wykorzystywanie tych umiejętności dla przewodzenia, negocjowania i łagodzenia sporów, współpracy i pracy zespołowej.

D. Goleman zbadał i wprowadził w życie twierdzenie, iż ludzie inteligentni emocjonalnie są szczęśliwsi i łatwiej osiągają sukces. Warto pamiętać, że sukces w życiu zależy nie tylko od intelektu, lecz także od umiejętności kierowania swoimi emocjami oraz inteligencji emocjonalnej świadczy też wytrwałość w dążeniu do celu, optymistyczne patrzenie w przyszłość oraz niepoddawanie się zmartwieniom, które upośledzają zdolność myślenia. Warto pamiętać, że D. Goleman jako pierwszy zastosował koncepcję inteligencji emocjonalnej w biznesie oraz odkrył, że naprawdę skuteczni liderzy wyróżniają się wysokim stopniem inteligencji emocjonalnej. Twierdził, że bez tej zdolności, nawet ze świetnym wykształceniem, wiedzą, przenikliwym umysłem i setkami dobrych pomysłów, nie można zostać świetnym liderem. ***Inteligencja emocjonalna jest więc być może kluczowym atrybutem odróżniającym wybitnych liderów od dobrych managerów.*** Według D. Golemana umiejętność kontroli emocji nie jest cechą wrodzoną. Inteligencję emocjonalną można doskonalić przez całe życie.

Zasady rozwijania inteligencji emocjonalnej: 1. Przeżywaj swoje emocje, nie uciekaj od nich. 2. Wyrażaj swoje uczucia w przemyślany sposób. 3. Angażuj się w pomaganie znajomym, którzy są w trudnej sytuacji emocjonalnej. 4. Rozwijaj empatię, próbując wczuć się w emocje innych. 5. Dowiedz się więcej o komunikacji niewerbalnej i spróbuj odczytywać mowę ciała innych. 6. Pytaj innych o ich emocje, jeśli nie umiesz ich odgadnąć. 7. Wykorzystuj asertywny styl komunikowania się. 8. Staraj się aktywnie słuchać. 9. Walcz ze sobą w sytuacjach, w których źle znosisz krytykę. 10. Stań się bardziej społeczny.



Zajęcia pozaszkolne i relacje rodzinne

Tablica nr 40. Hierarchia najczęstszych zajęć poza szkołą w %, N=1236. Pytanie 36. Wskaż swoje najczęstsze zajęcia poza szkołą

Lp.	Zajęcia poza szkołą	Kolejność
1	Buszowanie po Internecie, przeglądanie portali społecznościowych (TikTok, Instagram, WhatsApp, YouTube)	78,9
2	Słuchanie muzyki	73,9
3	Oglądanie filmów	68,2
4	Spotkania z rówieśnikami	64,2
5	Pomoc rodzicom w codziennych zajęciach domowych	63,8
6	Gry komputerowe	60,4
7	Zajęcia sportowe	59,3
8	Uczenie się tego, co jest zadane	48,1
9	Chodzenie na spacer	41,7
10	Dodatkowe zajęcia z języków obcych	35,6
11	Czytanie książek	28,4
12	Dodatkowe zajęcia z muzyki	10,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Respondenci wskazali, że „buszowanie po Internecie, przeglądanie portali społecznościowych (TikTok, Instagram, WhatsApp, YouTube)” jest najczęstszym (**78,9%**) (w badaniu z marca 2025 r. 66,2%) zajęciem poza szkołą. W dalszej kolejności znalazły się zajęcia: „słuchanie muzyki” **73,9%** (w badaniu z marca 2025 r. 76,9%), „oglądanie filmów” **68,2%** (w badaniu z marca 2025 r. 70,7%), „spotkania z rówieśnikami” **64,2%** (w badaniu z marca 2025 r. 66,7%) oraz „pomoc rodzicom w codziennych zajęciach domowych” **63,8%** (w badaniu z marca 2025 r. 66,7%). Na trzech ostatnich miejscach znalazły się: „dodatkowe zajęcia z języków obcych” **35,6%** (w badaniu z marca 2025 r. 31,8%), „czytanie książek” **28,4%** (w badaniu z marca 2025 r. 25,9%) oraz na „dodatkowe zajęcia z muzyki” chodzi **10,3%** (w badaniu z marca 2025 r. 9,0%) ankietowanych.

Tablica nr 41. Najczęstsze zajęcia poza szkołą według typu szkoły, w %

Lp.	Zajęcia poza szkołą	Typ szkoły		Różnice - +
		VII i VIII klasy szkół podstawowych	Szkoły ponadpodstawowe	
1	Buszowanie po Internecie, przeglądanie portali społecznościowych (TikTok, Instagram, WhatsApp, YouTube)	77,4	80,9	-3,5
2	Chodzenie na spacer	46,1	35,6	10,5
3	Czytanie książek	30,9	24,8	6,1
4	Dodatkowe zajęcia z języków obcych	43,7	24,0	19,7
5	Dodatkowe zajęcia z muzyki	11,6	8,4	3,2
6	Gry komputerowe	57,1	65,2	-8,1
7	Oglądanie filmów	67,5	69,2	-1,7
8	Pomoc rodzicom w codziennych zajęciach domowych	67,1	58,9	8,2
9	Słuchanie muzyki	72,6	75,6	-3
10	Spotkania z rówieśnikami	64,1	64,2	-0,1
11	Uczenie się tego, co jest zadane	51,2	43,6	7,6
12	Zajęcia sportowe	63,1	53,8	9,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Typ szkoły polaryzuje wypowiedzi ankietowanych o najczęstszych zajęciach poza szkołą. Uczniowie VII i VIII szkół podstawowych zdecydowanie częściej o 19,7 (w badaniu z marca 2025 r. o 25,6) punktów procentowych od adolescentów szkół ponadpodstawowych mają „*dodatkowe zajęcia z języków obcych*”, „*chodzą na spacer*” o 10,5 (w badaniu z marca 2025 r. o 3,3) punktów procentowych oraz uczestniczą w zajęciach sportowych o 9,3 (w badaniu z marca 2025 r. o 11,8) punktów procentowych częściej od swych starszych kolegów i koleżanek. Natomiast uczniowie szkół ponadpodstawowych częściej o 8,1 (w badaniu z marca 2025 r. rzadziej o 4,1) punktów procentowych grają w „*gry komputerowe*”, o 3,5 (w badaniu z marca 2025 r. o 8,1) punktów procentowych „*buszują po Internecie, przeglądają portale społecznościowe (TikTok, Instagram, WhatsApp, YouTube)*” oraz częściej o 3 (w badaniu z marca 2025 r. 0,7) punkty procentowe od swych młodszych koleżanek i kolegów „*słuchają muzyki*”.

Tablica nr 42. Najczęstsze zajęcia poza szkołą według płci, w %, N=1098

Lp.	Zajęcia poza szkołą	Dziewczyna N=431	Chłopak N=667	Różnice - +
1	Buszowanie po Internecie, przeglądanie portali społecznościowych (TikTok, Instagram, WhatsApp, YouTube)	79,8	78,6	1,2
2	Chodzenie na spacer	50,8	36,1	14,7
3	Czytanie książek	41,3	19,8	21,5
4	Dodatkowe zajęcia z języków obcych	49,2	28,2	21,0
5	Dodatkowe zajęcia z muzyki	13,2	8,1	5,1
6	Gry komputerowe	28,8	79,5	-50,7
7	Oglądanie filmów	69,6	64,9	4,7
8	Pomoc rodzicom w codziennych zajęciach domowych	66,4	63,3	3,1
9	Słuchanie muzyki	83,3	68,2	15,1
10	Spotkania z rówieśnikami	70,3	61,0	9,3
11	Uczenie się tego, co jest zadane	59,4	42,9	16,5
12	Zajęcia sportowe	58,9	59,2	-0,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że występuje silna zależność między zajęciami adolescentów poza szkołą, a płcią. Chłopcy zdecydowanie częściej o 50,7 punktów procentowych od dziewcząt grają w „gry komputerowe” oraz tylko o 0,3 punktu procentowego częściej chodzą na „zajęcia sportowe”. Należy odnotować, że w pozostałych 10 zajęciach poza szkołą, aktywniejsze są dziewczyny, które o 21,5 punktów procentowych częściej od chłopców „czytają książki”, „mają dodatkowe zajęcia z języków obcych” o 21 punktów procentowych od chłopców, o 16,5 punktów procentowych „uczą się tego, co jest zadane” oraz o 15,1 punktów procentowych częściej od chłopców „słuchają muzyki”.

Tablica nr 43. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych w %, N=1236. Pytanie 37. Jak często rozmawiasz z rodzicami na temat?

Lp.	Tematyka rozmów z rodzicami	Często	Rzadko	W ogóle nie rozmawiam
1	Brania leków mimo braku choroby (w tym środki nasenne i uspakajające)	5,9	20,7	73,4
2	Cyberprzemocy	7,4	35,5	57,1
3	Długotrwałego korzystania z mediów społecznościowych i Internetu	33,3	39,8	26,9
4	Korzystania ze sztucznej inteligencji	28,1	36,1	35,8
5	Palenia papierosów tradycyjnych	13,4	32,8	53,8
6	Picia alkoholu	16,7	39,0	44,3
7	Stanów emocjonalnych: braku chęci do działania, braku energii, nadmiernego pobudzenia, smutku i przygnębienia, stale odczuwanego zmęczenia itp.	22,7	37,1	40,2
8	Używania e-papierosów	14,5	31,0	54,5
9	Używania podgrzewaczy tytoniu	8,6	21,7	69,7
10	Zażywania dopalaczy (substancje chemiczne o zmieniającym się składzie)	10,3	23,8	65,9
11	Zażywania narkotyków	13,1	26,3	60,6
	Średnia	15,8	31,3	52,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórze w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Należy odnotować, że według średniej arytmetycznej „często” tylko **15,8%** adolescentów rozmawia z rodzicami o braniu substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanach emocjonalnych, „rzadko” rozmawia **31,3%** ankietowanych z rodzicami oraz „w ogóle nie rozmawia” **52,9%** badanych. Tylko jedna trzecia (33,3%) rodziców rozmawia „często” ze swoimi dziećmi o „długotrwałych skutkach korzystania z mediów społecznościowych i Internetu”, 28,1% rodziców „często” rozmawia o „korzystaniu ze sztucznej inteligencji” oraz więcej niż co piąty (22,7%) rodzic rozmawia ze swoim dzieckiem o zdrowiu i stanach emocjonalnych.

Warto pamiętać, że brak otwartej komunikacji między rodzicami a dziećmi na tematy trudne i ryzykowne tworzy tzw. próżnię informacyjną. Wówczas dziecko czerpie wiedzę z niesprawdzonych źródeł (Internet, znajomi, koleżanki i koledzy), co znacząco zwiększa podatność na zagrożenia.

Tablica nr 44. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych według typu szkół, szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %

Lp	Tematyka rozmów z rodzicami	Często		Rzadko		W ogóle nie rozmawiam	
		N=727	N=509	N=727	N=509	N=727	N=509
1	Brania leków mimo braku choroby (w tym środki nasenne i uspakajające)	7,0	4,3	22,4	18,3	70,6	77,4
2	Cyberprzemocy	9,1	4,9	39,3	30,1	51,6	65,0
3	Długotrwałego korzystania z mediów społecznościowych i Internetu	38,4	26,1	37,0	43,8	24,6	30,1
4	Korzystania ze sztucznej inteligencji	27,8	28,5	33,7	39,5	38,5	32,0
5	Palenia papierosów tradycyjnych	15,1	11,0	30,4	36,3	54,5	52,7
6	Picia alkoholu	16,1	17,7	32,6	48,1	51,3	34,2
7	Stanów emocjonalnych: braku chęci do działania, braku energii, nadmiernego pobudzenia, smutku i przygnębienia, stale odczuwanego zmęczenia itp.	23,5	21,4	36,7	37,5	39,8	41,1
8	Używania e-papierosów	15,4	13,2	28,9	34,0	55,7	52,8
9	Używania podgrzewaczy tytoniu	9,2	7,7	20,6	23,2	70,2	69,1
10	Zażywania dopalaczy (substancje chemiczne o zmieniającym się składzie)	11,6	8,4	21,9	26,5	66,5	65,1
11	Zażywania narkotyków	14,6	11,0	24,5	28,9	60,9	60,1
Średnia		17,1	14,0	29,1	33,3	53,1	52,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Typ szkoły polaryzuje wypowiedzi ankietowanych o częstości rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych. Należy odnotować, że według średnich arytmetycznych częstości rozmów rodziców z dziećmi na tematy trudne i ryzykowne ze względu na typ szkoły różnice te mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych. Rodzice uczniów VII i VIII klas szkół podstawowych częściej o 12,3 punkty procentowe od rodziców ze szkół ponadpodstawowych rozmawiają ze swoimi dziećmi o „długotrwałym korzystaniu z mediów społecznościowych i Internetu”. Natomiast rodzice uczniów szkół podstawowych „rzadziej” o 15,5 punktów procentowych rozmawiają ze swoimi dziećmi od rodziców ze szkół ponadpodstawowych o „picu alkoholu” oraz w konsekwencji częściej o 17,1 punktów procentowych „w ogóle nie rozmawiają” na ten temat. Z kolei rodzice adolescentów ze szkół ponadpodstawowych częściej o 13,4 punkty procentowe rozmawiają z nimi o „cyberprzemocy” od rodziców ankietowanych ze szkół podstawowych.

Tablica nr 45. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych według płci, dziewczyny N=431, chłopcy N=667, w %

Lp.	Tematyka rozmów z rodzicami	Często		Rzadko		W ogóle nie rozmawiam	
		Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak	Dziewczyna	Chłopak
1	Brania leków mimo braku choroby (w tym środki nasenne i uspakajające)	5,6	5,5	24,6	18,0	69,8	76,5
2	Cyberprzemocy	10,1	5,4	40,4	34,8	49,2	59,8
3	Długotrwałego korzystania z mediów społecznościowych i Internetu	42,9	29,7	36,0	42,7	21,1	27,6
4	Korzystania ze sztucznej inteligencji	29,7	27,9	37,4	36,1	32,9	36,0
5	Palenia papierosów tradycyjnych	14,6	12,9	35,0	31,8	50,3	55,3
6	Picia alkoholu	17,2	15,7	39,0	41,1	43,9	43,2
7	Stanów emocjonalnych: braku chęci do działania, braku energii, nadmiernego pobudzenia, smutku i przygnębienia, stale odczuwanego zmęczenia itp.	31,6	17,8	35,0	40,6	33,4	41,5
8	Używania e-papierosów	16,2	13,9	34,1	29,1	49,7	57,0
9	Używania podgrzewaczy tytoniu	7,7	8,5	22,5	22,0	69,8	69,4
10	Zażywania dopalaczy (substancje chemiczne o zmieniającym się składzie)	10,9	9,7	23,2	25,0	65,9	65,2
11	Zażywania narkotyków	13,5	13,0	28,3	25,8	58,2	61,2
	Średnie	18,2	14,5	32,3	31,5	49,5	53,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania: *Diagnoza świadomości zdrowia psychicznego i behawioralnego adolescentów w gminie Tarnowo Podgórne w 2026 r.* Nie sumuje się do 100, można było wybrać dowolną liczbę odpowiedzi

Płeć polaryzuje deklaracje ankietowanych o częstości rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych. Należy odnotować, że według średnich arytmetycznych różnice częstości rozmów rodziców z dziećmi na tematy trudne i ryzykowne ze względu na typ szkoły mieszczą się w granicach przyjętego błędu statystycznego ± 5 punktów procentowych. Natomiast istotnie różnią się w wyborach częstości rozmów w poszczególnych tematach od $\pm 0,1$ do $\pm 13,8$ punktów procentowych. Rodzice częściej rozmawiają z dziewczynami o 13,8 punktów procentowych na tematy: „stanów emocjonalnych” oraz „długotrwałego korzystania z mediów społecznościowych i Internetu” o 13,2 punkty procentowe od rodziców chłopców. Z kolei rodzice chłopców „w ogóle nie rozmawiają” ze swoimi dziećmi o tematach: „cyberprzemocy” o 10,6 punktów procentowych, „stanów emocjonalnych” o 8,1 punktów procentowych oraz „używania e-papierosów” o 7,3 punkty procentowe od rodziców dziewczyn.

Komentarz do pytania 37.

Z deklaracji adolescentów wynika, że więcej niż połowa (52,9%) rodziców „w ogóle nie rozmawia” z nimi o tematach trudnych i zachowaniach ryzykownych. Rodzi to duży niepokój i prowadzi do kilku niepokojących wniosków dotyczących bezpieczeństwa i rozwoju adolescentów.

Po pierwsze: może nastąpić przeniesienie autorytetu na rówieśników i Internet. *Gdy rodzic milczy, nastolatek szuka wiedzy w innych źródłach.* Często są to rówieśnicy lub niezweryfikowane treści w sieci, co zwiększa ryzyko czerpania z błędnych wzorców.

Po drugie: przyczyną takiego stanu rzeczy może być niska świadomość zagrożeń u rodziców oraz niski poziom pedagogizacji rodziców (opiekunów). Jak wskazują badania (np. NASK), rodzice często nie posiadają dostatecznej wiedzy o skali ryzykownych zachowań swoich dzieci w sieci. Z badań wynika, że tylko niewielki odsetek rodziców (opiekunów) przyznaje, że ich dzieci stykają się z przemocą w sieci, podczas gdy rzeczywistość bywa zdecydowanie gorsza.

Po trzecie, można przypuszczać, że w relacjach rodzicielskich powstają bariery psychologiczne, takie jak lęk i brak narzędzi. Rodzice często nie rozmawiają z powodów obaw buntu nastolatków lub pogorszenia relacji, czują brak kompetencji - nie wiedzą, jak poruszyć temat seksu czy używek, by nie brzmieć jak „pouczający sędzia” oraz zbyt często bagatelizują problemy, co z kolei sprawia, że dzieci przestają im ufać i zamykają się w sobie.

Po czwarte, skutki dla zdrowia psychicznego z braku otwartej komunikacji i wsparcia mogą prowadzić do obniżonego poczucia własnej wartości oraz wystąpienia objawów depresyjnych i lękowych u adolescentów.

Po piąte, często w wyniku tych zaniechań pojawia się kryzys zaufania i dochodzi do „rozmijania się” światów - badanie Rzecznika Praw Dziecka potwierdza, że rodzice (opiekunowie) znacznie lepiej oceniają kondycję psychiczną dzieci niż one same, co z kolei prowadzi do luki komunikacyjnej w relacjach rodzicielskich.

Należy również wspomnieć o skutkach unikania rozmów rodziców z dziećmi na tematy trudne i ryzykowne, co potwierdzają wyniki odpowiedzi respondentów na jedenaście tematów rozmów, przedstawionych w punkcie 37. kwestionariusza ankiety.

1. W obszarze substancje psychoaktywne - *Leki, papierosy tradycyjne, e-papierosy, podgrzewacze tytoniu, alkohol, dopalacze, narkotyki.*

Kiedy rodzice milczą, dziecko postrzega te substancje jedynie przez pryzmat **atrakcyjności (ciekawość, ulga, akceptacja grupy)**, nie znając mechanizmów biologicznych dla swojego organizmu i skutków prawnych.

Komentarz do pytania 37.

- ✓ **Błędne przekonanie o „bezpieczeństwie”** - bez rozmowy o lekach (nasennych/uspokajających), dziecko może traktować je jak „cukierki na stres”, co prowadzi do szybkiego uzależnienia fizjologicznego i uszkodzeń narządów wewnętrznych.
- ✓ **Eksperymentowanie z dopalaczami** - brak wiedzy o tym, że dopalacze mają nieprzewidywalny skład chemiczny sprawia, że dziecko nie boi się ich zażyć. Skutkiem może być trwałe uszkodzenie mózgu lub zgon przy pierwszej dawce.
- ✓ **Normalizacja nałogu** - brak sprzeciwu i wyjaśnienia szkodliwości e-papierosów czy podgrzewaczy tytoniu buduje w dziecku przekonanie, że są one „zdrowszą alternatywą”, co prowadzi do silnego uzależnienia od nikotyny w młodym wieku.

2. W obszarze świat cyfrowy i technologia. *Cyberprzemoc, media społecznościowe, Internet, sztuczna inteligencja (AI).*

W tym obszarze brak rozmowy skutkuje poczuciem osamotnienia w obliczu problemów, których dziecko nie potrafi samodzielnie rozwiązać.

- ✓ **Wiktymizacja w cyberprzemocy** - dziecko, które nie rozmawia z rodzicami, w przypadku ataku w sieci (hejt, szantaż) nie szuka pomocy u dorosłych. Skutkuje to głęboką traumą, stanami lękowymi, a w skrajnych przypadkach próbami samobójczymi.
- ✓ **Zniekształcenie obrazu rzeczywistości** - długotrwałe korzystanie z mediów społecznościowych bez filtra krytycznego (omówionego z rodzicem) prowadzi do niskiej samooceny, zaburzeń odżywiania i depresji wynikającej z porównywania się do wyidealizowanych obrazów.
- ✓ **Zagrożenia ze strony AI** - brak świadomości o możliwościach manipulacji (np. deepfake) sprawia, że dzieci stają się łatwym celem oszustw lub nieświadomie naruszają własną prywatność.

3. W obszarze zdrowie psychiczne i stany emocjonalne, *Smutek, brak energii, zmęczenie, nadmierne pobudzenie.*

Nierozmawianie o emocjach uczy dziecko, że jego uczucia są nieważne lub „złe”, co uniemożliwia budowanie inteligencji emocjonalnej.

- ✓ **Niediagnozowana depresja** - stany takie jak ciągłe zmęczenie lub brak chęci do działania są często mylone przez rodziców z lenistwem. Brak rozmowy zamyka drogę do wczesnej diagnozy depresji czy zaburzeń lękowych.
- **Mechanizmy uciezkowe** - jeśli dziecko nie umie nazwać swojego smutku lub pobudzenia, zaczyna szukać „samoleczenia” w wyżej wymienionych używkach lub ucieczce w świat wirtualny.
- ✓ **Izolacja społeczna** - dziecko, które czuje się niezrozumiane w domu, wycofuje się z relacji, co pogłębia stany przygnębienia i zmęczenia psychicznego.

Komentarz do pytania 37.

Podsumowanie skutków długofalowych

lp.	Obszar	Możliwe konsekwencje braku dialogu rodziców z dziećmi
1	Relacje	Utrata zaufania i zerwanie więzi na linii rodzic - dziecko
2	Zdrowie	Chroniczne choroby układu oddechowego, krążenia oraz trwałe zmiany w chemii mózgu
3	Rozwój	Zahamowanie rozwoju emocjonalnego dziecka i trudności w radzeniu sobie z problemami w dorosłości
4	Prawo	Konflikty z prawem wynikające z posiadania substancji lub nieświadomego udziału w cyberprzestępczości

Wydaje się oczywiste, że rozmowa rodzica z dzieckiem nie powinna być wykładem ani przesłuchaniem. Najskuteczniejsza jest komunikacja oparta na **empatii i aktywnym słuchaniu**, gdzie rodzic jest przewodnikiem, a nie tylko sędzią.



Kluczowe wnioski i rekomendacje

Kluczowe wnioski i rekomendacje

1. Więcej niż trzy czwarte (76,3%) ankietowanych dobrze ocenia swoje zdrowie fizyczne, 73,3% respondentów zdrowie społeczne (relacje), 61,9% zdrowie emocjonalne oraz trzy piąte (60,9%) zdrowie psychiczne. Wyniki badań wskazują, że adolescenti mają pozytywne zasoby, które powinno się rozpoznawać i wzmacniać, bo zdecydowana większość uczniów podawała swoje oceny zdrowia w dniu udziału w badaniu jako pozytywne.
2. **Płeć ma istotny wpływ na ocenę zdrowia biorących udział w badaniu adolescentów. „Dobrze” swój stan zdrowia psychicznego ocenia 45,0% dziewczyn oraz 70,5% chłopców - różnica, aż o +25,5% oraz zdrowie emocjonalne „dobrze” ocenia 46,1% dziewczyn i 72,1% chłopców - różnica o +26 punktów procentowych.** Chłopcy lepiej oceniają swój stan zdrowia emocjonalnego od dziewczyn.
3. Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że stres szkolny różnicuje wybory respondentów w poszczególnych typach szkół. Adolescenti ze szkół ponadpodstawowych o 9,5 punktów procentowych lepiej radzą sobie ze stresem szkolnym od respondentów z VII i VIII klas szkół podstawowych. Należy odnotować, że **płeć ma wpływ na stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym. 49,1% dziewczyn zadeklarowało, że dobrze radzi sobie ze stresem szkolnym oraz 73,6% chłopców, czyli chłopcy lepiej sobie radzą ze stresem od dziewczyn o 24,5 punktów procentowych.** Stres, będący sposobem myślenia o tym, co nam się przydarza, można kontrolować, pod warunkiem nabycia odpowiednich umiejętności, a także wiedzy, która może pomóc w rozpoznaniu i wyeliminowaniu sytuacji stresowej oraz jej szkodliwych efektów. Skutki przewlekłego stresu mogą obejmować problemy z koncentracją, lęki, depresję oraz problemy z pamięcią. Warto pamiętać, że stres może również prowadzić do zaburzeń snu, a w skrajnych przypadkach może doprowadzić do chorób psychicznych. Ze stresem można sobie poradzić m.in. poprzez zdrowe strategie takie jak regularna aktywność fizyczna, odpoczynek i relaksacja oraz rozmowy z bliskimi osobami lub z psychologami, psychoterapeutami, pedagogami oraz w przypadku poważnych objawów należy skonsultować się z lekarzem psychiatrą. Nie wszyscy w równym stopniu radzą sobie ze stresem. Wydaje się, że kluczem jest rezyliencja, czyli umiejętność radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i bolesnymi doświadczeniami.
4. Płeć ma wpływ na ocenę zdrowia psychicznego. *Chłopcy zdecydowanie częściej o 15,9 punktów procentowych od dziewczyn wybrali odpowiedź, że „nie posiadam obecnie żadnych zmartwień i problemów mogących negatywnie wpłynąć na moje zdrowie psychiczne”. Z kolei dziewczyny częściej od chłopców o 13,4 punktów procentowych wybrały stwierdzenie, że „zmagam się z problemami, które wpływają negatywnie na moje zdrowie psychiczne, jednak uważam, że jestem w stanie samodzielnie sobie z nimi poradzić”.*

Kluczowe wnioski i rekomendacje

5. W programach psychoedukacji młodzieży zaleca się zwrócenie uwagi na promocję zdrowia, w tym profilaktykę zdrowia psychicznego, która służy nie tylko zapobieganiu problemom psychicznym, lecz także wspieraniu zdrowego funkcjonowania psychicznego. Warto pamiętać, że kluczowym narzędziem promocji zdrowia jest edukacja zdrowotna, w tym psychoedukacja prowadzona w szkołach. *Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że modele promocji zdrowia, mimo ponad pięćdziesięcioletniej tradycji w przestrzeni publicznej, nie dotarły jeszcze do świadomości ankietowanych w zadowalającym stopniu. Zaleca się, aby w tematach psychoedukacji szczególną uwagę poświęcić treściom, które wzbogacą wiedzę młodzieży w tym obszarze.*

6. Płeć bardzo mocno polaryzuje wypowiedzi uczniów o zdarzeniach, sytuacjach i myślach, jakich doświadczyli w ostatnich sześciu miesiącach. Chłopcy zdecydowanie częściej od dziewczyn o 22,6 punktów procentowych „oglądają pornografię”, o 13,7 punktów procentowych „oglądają w sieci materiały prezentujące przemoc”, o 4,5 punktów procentowych więcej chłopców od dziewczyn „nadużywa substancji psychoaktywnych (alkohol, papierosy, narkotyki itp.)” oraz o 3,4 punkty procentowe „doświadcza agresji fizycznej”. Natomiast dziewczyny częściej od chłopców o 27,1 punktów procentowych „odczuwa ciągłe zmęczenie”, o 24,7 punktów procentowych „odczuwa drażliwość, mam osłabienie koncentracji i uwagi”, o 15,2 punkty procentowe „odczuwa wykluczenie społeczne z grupy rówieśniczej”, o 13,9 punktów procentowych „ma problemy ze snem” oraz o 12,5 punktów procentowych „ma niechęć chodzenia do szkoły z powodu koleżanek i kolegów”.

Analiza wyników badania pozwala na sformułowanie spostrzeżenia, że dziewczyny według średniej arytmetycznej częściej o 5,5 punktów procentowych od chłopców doświadczają zachowań ryzykownych, które mogą mieć negatywny wpływ na ich zdrowie psychiczne i emocjonalne. Również typ szkoły polaryzuje wypowiedzi uczniów o zdarzeniach, sytuacjach i myślach, jakich doświadczyli w ostatnich sześciu miesiącach. **Uczniowie szkół ponadpodstawowych oglądają częściej o 19,4 punktów procentowych pornografię od swoich młodszych koleżanek i kolegów, materiały prezentujące przemoc o 11,7 punktów procentowych, nadużywają substancje psychoaktywne (alkohol, papierosy, narkotyki itp.) o 6,9 punktów procentowych oraz częściej o 6,3 punkty procentowe mają problemy ze snem.** Adolescenci ze szkół podstawowych częściej od uczniów szkół ponadpodstawowych o 5,7 punktów procentowych zadeklarowali postawy autodestrukcyjne i suicydalne („mam powracające myśli samobójcze”, „okaleczam swoje ciało”, „podejmowałem/am próby samobójcze”).

Kluczowe wnioski i rekomendacje

7. *Badania pokazują, że żadna technologia nie przebije dobrego nauczyciela z powołaniem. Interakcje społeczne to podstawowa umiejętność życiowa, która bezpośrednio przekłada się na satysfakcjonującą jakość życia i poczucie szczęśliwości. Wydaje się, że najistotniejszymi czynnikami redukującymi ryzyko zachowań ryzykownych dzieci i młodzieży to przede wszystkim prawidłowo funkcjonująca rodzina, silne więzy rodzinne, umiejętność rozmawiania w rodzinie o emocjach i problemach, przyjazna atmosfera w szkole, wsparta indywidualną psychoterapią dziecka, ale prowadzona równolegle systemowa psychoterapia rodzinna, która traktuje rodzinę jako połączony system, w którym problem jednego członka jest sygnałem nieprawidłowości w relacjach całego układu. Celem jest zmiana wzorców komunikacji, dynamiki i interakcji między domownikami, a nie tylko leczenie jednostki. Terapeuta skupia się na zasobach rodziny, a spotkania często angażują wszystkich domowników, by poprawić ich funkcjonowanie.*

8. Płeć ma istotny wpływ na polaryzację opinii uczniów o cechach stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Zdecydowanie największa polaryzacja opinii wystąpiła przy stwierdzeniu nieprawdziwym, że „choroby psychiczne są wstydlive”. Chłopcy zdecydowanie częściej o 17,7 punktów procentowych od dziewcząt wskazywali na to stwierdzenie. Natomiast dziewczyny tylko przy stwierdzeniu, że „choroby psychiczne są chroniczne, trudne do wyleczenia” częściej od chłopców o 3,1 punktów procentowych wybrały to stwierdzenie.

*Należy odnotować, że w świetle literatury przedmiotu świadomość społeczna na temat zdrowia psychicznego i korzystania z konsultacji psychologicznych lub psychoterapii wzrasta, to jednak nadal zaburzenia zdrowia psychicznego bywają podstawą do stygmatyzowania osób nimi dotkniętych. Niestety wybory młodzieży wskazują, że mimo upływu czasu, ale również zafunkcjonowaniu w przestrzeni publicznej wielu programów o zdrowiu psychicznym, licznych organizacji światowych, europejskich i krajowych, to w świadomości badanej młodzieży nadal są głęboko zakorzenione błędne stwierdzenia o chorych psychicznie. Stygmatyzacja stanowi poważną przeszkodę w leczeniu i procesie zdrowienia osób z chorobami psychicznymi. Powoduje dodatkowe trudności nie tylko dla samych chorych, ale również dla ich rodzin. Warto pamiętać, że osoby świadome swojego zdrowia psychicznego są zazwyczaj w lepszej sytuacji, aby rozmawiać o zdrowiu psychicznym, uzyskać wsparcie w przypadku problemów ze zdrowiem psychicznym i pomagać innym w poprawie ich zdrowia psychicznego. **Nie można zwiększyć świadomości zdrowia psychicznego bez zrozumienia podstaw wiedzy o zdrowiu psychicznym oraz wzajemnych relacji między zdrowiem fizycznym, emocjonalnym i społecznym.***

Kluczowe wnioski i rekomendacje

9. Ankietowani w sytuacji problemów psychicznych zwróciliby się w pierwszej kolejności do swoich **rodziców (67,6%)**. W drugiej kolejności do koleżanek i kolegów (52,3%), do psychologa spoza szkoły (44,9%), do lekarza psychiatry (37,8%) oraz do rodzeństwa (37,5%). W najmniejszym stopniu adresatami tej pomocy byłiby: dyrektor szkoły (4,2%), Policja (6,6%) i ksiądz (12,8%).

Wydaje się niezadowolający poziom zaufania adolescentów do środowiska szkolnego w sprawie pomocy w sytuacji problemów ze zdrowiem psychicznym: do psychologa szkolnego zwróciłoby 22,4% ankietowanych, do pedagoga szkolnego 19,7%, do wychowawcy klasy 17,2% ankietowanych oraz do dyrektora szkoły zwróciłoby się o pomoc 4,2% adolescentów. **Płeć w sposób istotny polaryzuje wskazania ankietowanych na temat wyborów adresatów pomocy w sytuacji problemów psychicznych badanych. Przy akceptacji różnice wyborów między dziewczynami i chłopcami wyniosły ± 14 punktów procentowych.** Należy odnotować, że przy akceptacji adresata największa polaryzacja wyborów wystąpiła przy wskazaniu na: „psychologa spoza szkoły”, do którego dziewczyny częściej by się zwróciły o 14 punktów procentowych. Natomiast chłopcy częściej o 12,5 punktów procentowych od dziewczyn zwróciliby się „do psychologa szkolnego”. Z kolei dziewczyny częściej od chłopców o 11,2 punkty procentowe zwróciłyby się do „koleżanek i kolegów” oraz częściej o 10,5 punktów procentowych „do nikogo”. *Chłopcy częściej od dziewczyn o 10,5 punktów procentowych zwróciliby w sytuacji problemów psychicznych „do rodziców” oraz częściej o 10,2 punkty procentowe „do pedagoga szkolnego”.*

10. Prawie pięć ósmych (62,1%) adolescentów nie rozmawia o sprawach trudnych emocjonalnie, co budzi pewien niepokój, ponieważ brak rozmowy o trudnych sprawach jest jedną z form tłumienia emocji. Milczenie na trudne emocjonalne tematy często wynika z chęci uniknięcia dyskomfortu, jednak emocje, o których nie mówimy, nie znikają. Tłumienie emocji u adolescentów to mechanizm obronny, który polega na świadomym lub nieświadomym powstrzymaniu się od przeżywania i wyrażania uczuć. *Można odnieść wrażenie, że doraźne tłumienie emocji jest sposobem na uniknięcie konfliktu, natomiast długofalowo prowadzi do poważnych obciążeń psychofizycznych. Tłumione emocje powodują zmiany w relacjach i zachowaniach adolescenta polegające na trudności w komunikacji, postępuje izolacja społeczna, pojawia się bierna agresja (sarkazm, złośliwość) lub niekontrolowane wybuchy złości, gdy kumulowane emocje znajdą ujście.* Osoba tłumiąca emocje doświadcza poczucia bezsilności, samoobwiniania, niskiej samooceny, ma utrudnione rozpoznawanie własnych potrzeb oraz ulega tzw. zamrożeniu emocji. W wyniku tych stanów pojawiają się mechanizmy obronne w postaci sięgania po „znieczulacze”, takie jak środki psychoaktywne, samookaleczenia i zachowania autodestrukcyjne. **Tłumienie emocji nie sprawia, że one znikają, lecz powoduje, że „wymykają się” spod kontroli, niszcząc relacje z rówieśnikami, rodzicami i z nauczycielami oraz może przerodzić się w tzw. blokadę emocjonalną, gdzie uczucie nie zostaje przetworzone do końca i pozostaje w psychice.**

Kluczowe wnioski i rekomendacje

Ankietowani, którzy nie rozmawiają o trudnych sprawach emocjonalnych, czynią to przede wszystkim z powodu: „braku umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami” (60,2%), „lęk przed oceną” (51,6%), „wstyd” (45,1%), oraz „lęk przed wyśmianiem” (45,0%). Nie jest odkrywcze stwierdzenie, że otwarte rozmowy o emocjach są fundamentem udanych relacji i przyczyniają się do zachowania zdrowia emocjonalnego. **Płeć ma wpływ na powody nierozmawiania o sprawach trudnych emocjonalnie. Dziewczyny częściej (według średniej) o 12,3 punkty procentowe od chłopców wskazywały na powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych.** Największa polaryzacja stanowisk wystąpiła przy następujących powodach nierozmawiania o trudnych emocjach przez dziewczyny: „lęk przed oceną” częściej od chłopców o 18,7 punktów procentowych, „brak zaufania do siebie (niepewność co do własnych uczuć, decyzji)” o 16,3 punkty procentowe, „lęk przed własną wrażliwością” o 13,7 punktów procentowych, „brak umiejętności „otwierania się”, dzielenia się emocjami” o 13,2 punkty procentowe oraz „obawa przed skrzywdzeniem” o 13,1 punktów procentowych, dziewczyny częściej od chłopców dokonywały takich wyborów.

Zaleca się zwrócić szczególną uwagę w programach psychoedukacji na problematykę komunikacji emocjonalnej i zarządzania emocjami w teorii i praktyce (ćwiczenia).

11. Według opinii adolescentów więcej niż dwie trzecie (67,0%) szkół zapewnia pomoc psychologiczną, 8,7% ankietowanych była przeciwnego zdania oraz 24,3% uczniów „nie wie”, że taka pomoc w szkole funkcjonuje. Natomiast w opinii 67,6% respondentów szkoła zapewnia pomoc pedagogiczną oraz nie potwierdza tej opinii 7,8% (w badaniu z marca 2025 r. 6,6%) uczniów. Z kolei 24,6% uczniów nie wie, że szkoła oferuje pomoc pedagogiczną.

Płeć w istotny sposób polaryzuje potrzeby skorzystania z pomocy specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego. Wśród uczniów, którzy zadeklarowali, że obecnie czują potrzebę skorzystania z pomocy psychologicznej (psycholog, psychoterapeuta) było o 37,5 punktów procentowych więcej dziewczyn niż chłopców oraz podobnie w grupie respondentów odczuwających potrzebę skorzystania z pomocy psychiatrycznej (lekarz psychiatria), dziewczyny częściej od chłopców o 17,4% odczuwały taką potrzebę. Z kolei chłopcy częściej o 8 punktów procentowych od dziewcząt zamierzali skorzystać z pomocy pedagogicznej (pedagog szkolny).

12. Należy odnotować, że w opinii ankietowanych największego wsparcia wymagają obszary życia związane z edukacją oraz samooceną. Prawie trzy piąte (59,0%) respondentów wskazało na „stres związany z przyszłością (np. egzaminy, wybór kierunku dalszego kształcenia)” oraz 30,7% na „trudności w nauce”.

Kluczowe wnioski i rekomendacje

Natomiast **więcej niż jedna trzecia (34,6%) ankietowanych odnotowała, że wsparcia wymagają problemy związane z samooceną.** Płeć w istotny sposób polaryzuje opinie respondentów odnośnie wyboru obszarów wymagających wsparcia. 72,2% dziewczyn zdecydowanie największego wsparcia oczekuje w związku ze „stresem związanym z przyszłością (np. egzaminy, wybór kierunku dalszego kształcenia)”. Z tego powodu oczekuje wsparcia 50,5% chłopców. Dziewczyny częściej o 22,2 punkty procentowe od chłopców oczekują wsparcia w związku z „problemem z samooceną”, częściej o 12 punktów procentowych w związku „z trudnościami w nauce”, częściej o 11,6 punktów procentowych z powodu „problemów w rodzinie” oraz częściej od chłopców o 10,2 punkty procentowe w związku z „problemami w relacjach z rówieśnikami”. Należy odnotować, że chłopcy częściej o 16,7 punktów procentowych od dziewczyn wskazali, że „żadne” obszary życia nie wymagają wsparcia. Dziewczyny częściej (średnio) o 10,1 punktów procentowych od chłopców oczekują wsparcia w sześciu z wymienionych obszarach (bez uwzględnienia odpowiedzi „żadne”).

Podstawowe znaczenie w zwalczaniu niskiej samooceny ma wsparcie bliskich poprzez partnerski dialog. Jak wskazują również nasze badania, ankietowani najbardziej ufają swoim rodzicom i od nich oczekują największego wsparcia w sytuacji problemów emocjonalnych.

13. Wychodzimy z założenia, że jedną z najważniejszych metod wzmacniania zdrowia psychicznego jest psychoedukacja, która powinna być świadomym zabiegiem opartym na rzetelnej wiedzy. Prawie dwie trzecie (66,3%) ankietowanych zadeklarowało, że w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji oraz 33,7% adolescentów odpowiedziało, że nie było w szkole tej problematyki.

Wydaje się, iż jedną z przyczyn, że uczniowie nie zapamiętali zagadnień z psychoedukacji, mogła być mała atrakcyjność przeprowadzonych zajęć. Warto zwrócić uwagę na tę informację przy ewaluacji obecnych programów oraz konstruowaniu rocznych planów wychowawczo-profilaktycznych na kolejny rok szkolny.

Promowanie zdrowia wymaga od nauczycieli nowych kompetencji w zakresie rozwoju twórczego myślenia, stymulowania aktywności ucznia w procesie edukacji, stwarzania doświadczeń sprzyjających rozwojowi zasobów poznawczych, kształtowania przekonań i nawyków zdrowotnych, tworzenia zasobów społecznych, a więc źródeł wsparcia w rodzinie, w szkole.

Należy zauważyć, że powyższe zalecenia dotyczą również psychoedukacji rodziców, która polega na lepszym zrozumieniu i radzeniu sobie z wyzwaniami związanymi z rozwojem i zdrowiem dziecka. Warto pamiętać, że sukces psychoedukacji w szkole zależy od konsekwencji i synergii działań wszystkich podmiotów środowiska szkolnego.

Kluczowe wnioski i rekomendacje

14. Dwie piąte (40,3%) respondentów zadeklarowało, że media społecznościowe mają pozytywny wpływ na ich stan zdrowia psychicznego oraz przeciwnego zdania było 8,1%. Z kolei na neutralne działanie mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego wskazało 51,6% ankietowanych.

Niestety, takie wybory świadczą o bardzo niskiej świadomości badanej młodzieży o zagrożeniach z mediów społecznościowych dla zdrowia psychicznego i uznać je należy za alarmujące dla środowiska szkolnego. Zaleca się uwzględnić tę problematykę w szkolnych programach promocji zdrowia psychicznego oraz opracować przy udziale wszystkich podmiotów społeczności szkolnej zalecenia profilaktyczne.

15. Na pytanie o wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, aż 15,9% ankietowanych wybrało odpowiedź „nie”. Twierdzenie, że intensywne korzystanie z mediów społecznościowych nie wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne, jest niezgodne z aktualną wiedzą naukową, czyli w takim ujęciu jest twierdzeniem zdecydowanie fałszywym. Liczne badania wskazują na wyraźny związek między nadmierną obecnością w mediach społecznościowych a pogorszeniem dobrostanu dzieci i młodzieży.

Warto pamiętać o rozpowszechnionym wśród dzieci i młodzieży cyberstresie, który spowodowany jest niszczeniem własnej tożsamości w sieci przez budowanie nierzeczywistego swojego obrazu w obawie, co inni pomyślą. Nauczyciele i rodzice powinni uświadamiać młodzież, by zawsze byli sobą i nie kreowali w sieci innego/inej siebie. Należy wzmacniać poczucie własnej wartości i pokazywać, że każdy człowiek jest indywidualną jednostką będącą sobą. Bez wątpienia uzależnienie od mediów społecznościowych dzieci i młodzieży rujnuje ich zdrowie fizyczne i psychiczne i będzie miało swój negatywny wpływ na ich dalsze życie.

W tym miejscu warto odnieść się do najnowszych badań (z 2025 roku) „**Dobre i złe wiadomości - życie online i offline a zdrowie psychiczne polskich nastolatków**”. Oprócz wniosków alarmujących z badania w raporcie można odnaleźć pozytywne informacje o praktykach cyfrowych nastolatków, które budują kompetencje, wzmacniają więzi i poczucie sprawczości. *Wyniki wskazują, że warto częściej ufać młodzieży, ale nie należy tracić przy tym czujności i bieżącego zainteresowania ich środowiskiem. Przy mądrym, wspierającym towarzyszeniu osób dorosłych, pozytywne wykorzystanie mediów cyfrowych może realnie chronić zdrowie psychiczne nastolatków. Może pomagać w szukaniu wsparcia, regulowaniu emocji oraz rozwijać zainteresowania i wzmacniać poczucie przynależności - piszą autorzy raportu.*

Kluczowe wnioski i rekomendacje

Wielu badaczy uważa, że intensywne (nadmiarowe) korzystanie z mediów społecznościowych jest istotnym czynnikiem ryzyka dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Natomiast bardzo niska, jak i bardzo wysoka aktywność w mediach społecznościowych może wiązać się z gorszym samopoczuciem, co potwierdza, że sporadyczny kontakt nie musi być szkodliwy. W tym miejscu warto zalecić jedną z zasad życiowych starożytnych Greków: „umiar jest najważniejszy”.

16. Płeć polaryzuje odpowiedzi ankietowanych w sprawie częstości korzystania z różnych strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego. Według średniej arytmetycznej dziewczyny „częściej” od chłopców o 3,5 punktów procentowych stosują w życiu wymienione w pytaniu 29. kwestionariusza ankiety strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego. Dziewczyny częściej od chłopców o 10,4 punkty procentowe stosują w strategii zdrowia behawioralnego „dostateczną ilość snu” oraz przeznaczają więcej „czasu na hobby” o 8,6 punktów procentowych. Należy odnotować, że 53,7% dziewczyn i 48,7% chłopców „w ogóle nie stosują” technik kontroli stresu. Równie wysoki odsetek ankietowanych „w ogóle nie stosuje” w strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego „redukcji substancji psychoaktywnych” (dziewczyny 55,8%, chłopcy 58,5%), który prawdopodobnie wynika z tego, że ankietowani nie korzystają z tych substancji. Podobnie jak w ocenie zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych 53% ankietowanych „w ogóle nie korzysta” z „technik redukujących napięcie np. oddechowe, joga, medytacje”.

Rekomenduje się w procesie psychoedukacji adolescentów zwrócenie uwagi na techniki redukcji napięcia, takie jak praca z oddechem, joga czy medytacja, które mają fundamentalny wpływ na elastyczność psychiczną. Nie są to tylko sposoby na „wyciszenie się”, ale narzędzia, które dosłownie przeprogramowują sposób, w jaki nasz układ nerwowy reaguje na zmianę i niepewność.

17. Warto wziąć pod uwagę holistyczne (co oznacza „kompleksowy” lub „całościowy”) podejście do zdrowia psychicznego, które bierze pod uwagę całą osobę, a nie tylko jej potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego. Wsparcie powinno również uwzględniać jej dobre samopoczucie fizyczne, emocjonalne, społeczne i umysłowe. Podejście holistyczne opiera się na zrozumieniu, że nasze umysły i ciała są ze sobą ściśle powiązane i że nie możemy uzdrowić jednego aspektu naszego zdrowia bez włączenia w ten proces całego naszego psychicznego, fizycznego i emocjonalnego samopoczucia. **Należy podkreślić, że zdrowie behawioralne i zdrowie psychiczne to dwa różne pojęcia, które często są mylone.**

Kluczowe wnioski i rekomendacje

Główna różnica tkwi w zakresie każdego z tych terminów. *Zdrowie psychiczne stanowi element zdrowia behawioralnego i koncentruje się na naszym dobrostanie emocjonalnym, psychicznym oraz społecznym. Zdrowie behawioralne jest natomiast pojęciem szerszym, obejmującym nie tylko zdrowie psychiczne, ale także zachowania i nawyki, które wpływają na nasze zdrowie fizyczne. Zrozumienie tego rozróżnienia jest istotne, ponieważ umożliwia lepsze poruszanie się w systemie opieki zdrowotnej oraz zwiększa szanse na skuteczne poszukiwanie odpowiedniej pomocy w razie potrzeby. Wydaje się, że holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne zawiera w sobie wszystkie czynniki promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.*

18. Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że występuje silna zależność między zdolnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, a płcią. Chłopcy częściej o 22,5 punktów procentowych od dziewczyn w „wysokim” stopniu korzystają ze zdolności do „elastyczności psychicznej” oraz o 22,4 punkty procentowe częściej od dziewczyn z umiejętności korzystania z „silnego poczucia własnej skuteczności”. Z kolei dziewczyny w „niższym” stopniu od chłopców o 19,4 punkty procentowe korzystają ze zdolności do „elastyczności psychicznej” oraz o 16,4 punkty procentowe z umiejętności „pozytywnego myślenia”. Dziewczyny częściej od chłopców o 7,1 punktów procentowych „w ogóle nie korzystają” z „silnego poczucia własnej skuteczności”.

Według średniej arytmetycznej **chłopcy częściej o 14 punktów procentowych od dziewczyn korzystają w stopniu „wysokim” z wymienionych 7 technik radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Natomiast dziewczyny częściej o 12,6 punktów procentowych od chłopców w „niskim” (w małym) stopniu korzystają z wymienionych technik radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych.**

19. Różnice między pojęciami zdrowia psychicznego i emocjonalnego wydają się być subtelne, ale istotne. Oba te terminy odnoszą się do różnych aspektów ludzkiego doświadczenia. Bez wątplenia zdrowie psychiczne i emocjonalne są ze sobą powiązane i wzajemnie na siebie wpływają. Należy odnotować, że istotna różnica między zdrowiem psychicznym a emocjonalnym polega na ścisłym powiązaniu inteligencji emocjonalnej ze zdrowiem emocjonalnym. Cierpienie emocjonalne, z powodu zdarzeń niepożądanych, nie jest związane z problemem ze zdrowiem psychicznym. Złe samopoczucie na skutek przykrych zdarzeń jest całkowicie normalne.

Inteligencja emocjonalna i odporność są podstawą zdrowia emocjonalnego. Natomiast dobre zarządzanie i zrozumienie emocji pomaga budować zdrowe relacje i osiągać cele oraz jest podstawą do budowania inteligencji emocjonalnej.

Kluczowe wnioski i rekomendacje

20. Analiza tablic krzyżowych wskazuje, że występuje silna zależność między zajęciami adolescentów poza szkołą a płcią. Chłopcy zdecydowanie częściej o 50,7 punktów procentowych od dziewcząt grają w „gry komputerowe” oraz tylko o 0,3 punktu procentowego częściej chodzą na „zajęcia sportowe”. Należy odnotować, że w pozostałych 10 zajęciach poza szkołą, aktywniejsze są dziewczyny, które o 21,5 punktów procentowych częściej od chłopców „czytają książki”, „mają dodatkowe zajęcia z języków obcych” o 21 punktów procentowych od chłopców, o 16,5 punktów procentowych „uczą się tego, co jest zadane” oraz o 15,1 punktów procentowych częściej od chłopców „słuchają muzyki”.

21. Z deklaracji adolescentów wynika, że **więcej niż połowa (52,9%) rodziców „w ogóle nie rozmawia” z nimi o tematach trudnych i zachowaniach ryzykownych.** Rodzi to duży niepokój i prowadzi do kilku niepokojących wniosków dotyczących bezpieczeństwa i rozwoju adolescentów. Należy odnotować, że według średniej arytmetycznej „często” tylko 15,8% adolescentów rozmawia z rodzicami o braniu substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanach emocjonalnych, „rzadko” rozmawia 31,3% ankietowanych z rodzicami oraz „w ogóle nie rozmawia” 52,9% badanych. Tylko jedna trzecia (33,3%) rodziców rozmawia „często” ze swoimi dziećmi o „długotrwałych skutkach korzystania z mediów społecznościowych i Internetu”, 28,1% rodziców „często” rozmawia o „korzystaniu ze sztucznej inteligencji” oraz więcej niż co piąty (22,7%) rodzic rozmawia ze swoim dzieckiem o zdrowiu i stanach emocjonalnych.

Warto pamiętać, że brak otwartej komunikacji między rodzicami a dziećmi na tematy trudne i ryzykowne tworzy tzw. próżnię informacyjną. Wówczas dziecko czerpie wiedzę z niesprawdzonych źródeł (Internet, znajomi, koleżanki i koledzy), co znacząco zwiększa podatność na zagrożenia.

Zaleca się zwrócić szczególną uwagę w programach psychoedukacji na ćwiczenia technik inteligencji emocjonalnej, w tym zrozumienie 5 obszarów inteligencji emocjonalnej Dawida Golemana.

22. W celu poprawienia skuteczności psychoedukacji może warto zastanowić się nad edukacją rówieśniczą, czyli włączenie naturalnych i odpowiednio przygotowanych liderów rówieśniczych w realizację określonych zadań prowadzonych w ramach programu promocja zdrowia psychicznego jako Młodzieżowy edukator zdrowia psychicznego.

Zamiast podsumowania

Realizator projektu ma świadomość, że wiele zagadnień w nim omawianych nie wyczerpuje tej problematyki, ale raczej inspirowane do dalszych, pogłębionych badań. Dotyczy to szczególnie problematyki badania poziomu inteligencji emocjonalnej, psychoedukacji oraz holistyczno-behawioralnej strategii troski o zdrowie psychiczne. Zakłada się, że przedstawione dane o stanie świadomości zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej będą przyczynkiem do synergii działań szkoły z rodzicami oraz instytucji wspierających programy profilaktyki zdrowia psychicznego młodzieży.

Pierwszym i niezwykle ważnym celem zrealizowanego projektu jest uświadomienie opinii publicznej i społeczności szkolnej stanu świadomości zdrowia psychicznego młodzieży szkolnej jako warunku sine qua non do podjęcia skutecznych działań w obszarze psychoedukacji jako formy promocji zdrowia poprzez upowszechnienie wiedzy psychologicznej dla zwiększenia świadomości w zakresie: czynników sprzyjających i zagrażających zdrowiu oraz kształtowania prozdrowotnego stylu życia.

Opracowanie: dr Jan Ermanowicz



Wybrane pozycje literatury przedmiotu

Ambroziak K., Kołakowski A., Siwek K., Depresja nastolatków. Jak ją rozpoznać, zrozumieć i pokonać. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2018

Amen D. G., Zmieniaj swój mózg każdego dnia dzięki neuroplastyczności, Wydawnictwo Vital, Białystok 2023

Atlas zdrowia psychicznego 2024. „Mental health atlas 2024”. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487>

Bastide R., Socjologia chorób psychicznych, PWN, Warszawa 1972.

Brodniak W., Choroba psychiczna w świadomości społecznej, Oficyna Naukowa, Warszawa 2000

Ćwikliński A., Zachowania autodestrukcyjne i suicydalne adolescentów jako odpowiedź na problemy egzystencjalne. Kultura-Społeczeństwo-Edukacja, nr 1 (23) Poznań 2023.

Dębski M., Jacek Pyżalski J., Borchet J., Witkowska H., Dobre i złe wiadomości - życie online i offline a zdrowie psychiczne polskich nastolatków, Fundacja Dbam o Mój Zasięg, Gdańsk 2025.

https://backend.zwj.r.pl/media/attachments/Dobre_i_z%C5%82e_wiadomo%C5%9Bci._raport_z_bada%C5%84.pdf

De Silva J. Pierwsze kroki. Jak staliśmy się ludźmi, Wydawnictwo Filia, Poznań 2022

Dobrostan Polek i Polaków (2024), Raport infuture.institute, <https://infuture.institute/raporty/dobrostan-polek-i-polakow/>

Engler M., Wpływ mediów społecznościowych na dzieci i młodzież. https://remedium-psychologia.pl/Wplyw-mediow-spolesnosciovych--na-dzieci-i-mlodziez_5c9.html

Junik W., Teoretyczne i empiryczne podstawy wzmacniania rezyliencji (resilience) u dzieci z rodzin z problemem alkoholowym. Dziecko krzywdzone, nr 3 (40) 2012

Goleman D., Inteligencja emocjonalna w praktyce. Wydawnictwo Media Rodzina. Poznań 1999

Hanson R., Szczęśliwy mózg. Wykorzystaj odkrycia neuropsychologii. Wydawnictwo GWP. Gdańsk 2017

Hanson R., Hanson F., Rezyliencja. Jak ukształtować fundament spokoju, siły i szczęścia. Wydawnictwo GWP. Gdańsk 2022

Hojda J., Stygmatyzacja osób z chorobami psychicznymi. <https://osrodekpodroz.pl/stygmatyzacja-osob-z-chorobami-psychicznymi/>

Hołyst B., Zapobieganie samobójstwom. Zachowania suicydalne dzieci i młodzieży Wydawnictwo Difin. Warszawa 2023

Moir A., Jessel D., Płeć mózgu, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 1998

Muraszkiewicz L., Uzależnienia behawioralne - jakie są ich przyczyny i jak je leczyć? <https://salusprodomo.pl/blog/uzaleznienia-behawioralne-ich-przyczyny-leczenie>

Narodowy Test Zdrowia Polaków 2024. Warszawa 2025.

<https://ocdn.eu/medonet/medonet/Raport%20Narodowy%20Test%20Zdrowia%20Polak%C3%B3w%202024.pdf>

Nordengen K., Mózg twój niezastąpiony narząd rządu. Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2018

Nordengen K., Mózg ćwiczy czyli jak utrzymać umysł w dobrej formie. Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2019

Karaś D., Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próby wyboru. *Studia Psychologica: Theoria et Praxis*, 19(2),

[file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Pojcia_i_koncepcje_dobrostanu_prze%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Pojcia_i_koncepcje_dobrostanu_prze%20(1).pdf)

Kluczyńska S., Sokołowska E., Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce - wyzwania i rekomendacje. *Psychologia Wychowawcza* nr 27/2023, 67-77

Opasińska S., Przegląd aktów prawnych w kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Warszawa 2023

<https://www.rozwojprofilaktyka.pl/wp-content/uploads/2025/01/Sylwia-Opasinska-Przeglad-aktow-prawnych-w-kontekscie-zdrowia-psychicznego-dzieci-i-mlodziezy-1.pdf>

Ostaszewski K., Zachowania ryzykowne młodzieży w perspektywie mechanizmów resilience. Instytut Psychiatrii i Neurologii. Warszawa 2014

Ostaszewski K., Kucharski M., Moskalewicz J., Rabczenko D., Stokwiszewski J., Wciórka J., Wojtyniak B., Rozpowszechnienie zaburzeń zdrowia psychicznego wśród dzieci i młodzieży. *Kwestionariusz Mini Kid. Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań - EZOP II”*. red. J. Moskalewicz, J. Wciórka, Warszawa 2021

Pilarska A., Cechy samoświadomości a nasilenie symptomów depresji. *Roczniki Psychologiczne*. Tom XIII nr 2.2010

Podręcznik: Zdrowie psychiczne i wsparcie psychospołeczne w społecznościach w sytuacjach kryzysu i przesiedlenia. Międzynarodowa Organizacja ds. Migracji IOM, Genewa 2021, https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbdl486/files/mhps/manual.cb-mhps_.pl_.pdf

Podgórska A., Tak działa mózg. Jak mądrze dbać o jego funkcjonowanie. Grupa Wydawnicza Foksal, Warszawa 2023

Profilaktyka w szkole. Stan i rekomendacje dla systemu oddziaływań profilaktycznych w Polsce. Redakcja Porzak R. Fundacja „Masz Szansę”. Lublin 2019. PDF https://profilaktycy.pl/images/zasoby_pliki/ksiazka/Profilaktyka_w_szkole.pdf#page=15

Raport Heads Up: Nauczyciele, mierzący się z kryzysem zdrowia psychicznego uczniów, potrzebują większego wsparcia, Fundacja



Instytutu Matki i Dziecka, <https://fundacja.imid.med.pl/raport-heads-up-nauczyciele-mierzacy-sie-z-kryzysem-zdrowia-psychicznego-uczniow-potrzebuja-wiekszego-wsparcia/>

Roguska B., Samopoczucie psychiczne, Młodzież 2021. Raport z badań ilościowych zrealizowanych przez Fundację CBOS, 2022

Sabater V., Różnice między zdrowiem psychicznym a emocjonalnym. <https://pieknoumyslu.com/roznice-miedzy-zdrowiem-psychicznym-a-emocjonalnym/>

Schiraldi Glenn R., Siła Rezyliencji. Jak poradzić sobie ze stresem, traumą i przeciwnościami losu. Wydawnictwo GWP. Gdańsk 2023

Świadomość samopoczucia psychicznego młodych Polaków i ich stosunek do osób chorych, raport pod kierunkiem Paprzyckiej E., Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie. Warszawa 2023, https://wsip.sggw.pl/uploads/filemanager/prace_student%C3%B3w/%C5%9Bwiadomosc_samopoczucia_psychicznego...raport_.pdf

Psychicznie

Światowy raport o zdrowiu psychicznym. Transformacja systemu zdrowia psychicznego dla wszystkich. World Health Organization 2022, https://konferencjadczp.syskonf.pl/conf-data/konferencjadczp/files/1_pl_WHO%20S%CC%81wiatowy%20raport%20o%20zdrowiu%20psychicznym_docx.pdf

Willis K., Dobro natury. Jak przyroda może polepszyć nasze życie. Grupa Wydawnicza Folia. Poznań 2024

Wycisk J., Ziółkowska B., Autodestruktywność dzieci i młodzieży. Wydawnictwo Difin. Warszawa 2019

Zdebko B., Reforma psychiatrii środowiskowej w Polsce, Rozprawy Społeczne 2023, Tom 17, <https://rozprawyspoleczne.edu.pl/pdf-162553-88964?filename=Reforma%20psychiatrii.pdf>

Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia. Red. Dzielska A., Małkowska-Szcutnik A., Mazur J. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2020

Zdrowie fizyczne, psychiczne, emocjonalne i społeczne - zależności, Serwis Ministerstwa Edukacji Narodowej. <https://zpe.gov.pl/a/zdrowie-fizyczne-psychiczne-emocjonalne-i-spoeczne-zaleznosci/DHBOSFzIR>



Spis tablic i wykresów



Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji uczniów

Wykres nr 1. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według tożsamości preferencji płciowej, N=1236

Wykres nr 2. Struktura populacji uczniów według wieku i tożsamości płciowej w % i liczbach, N=1236

Wykres nr 3. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według płci, N=1098

Wykres nr 4. Struktura populacji uczniów według wieku i płci w % i liczbach, N=1098

Wykres nr 5. Struktura populacji uczniów objętych badaniem według typu szkoły, N=1236

Tablica nr 1. Adolescenci szkół ponadpodstawowych w gminie Tarnowo Podgórne w roku szkolnym 2025/2026, N=706, zrealizowano N=509

Tablica nr 2. Adolescenci VII i VIII klas szkół podstawowych w gminie Tarnowo Podgórne w roku szkolnym 2025/2026 N=901, zrealizowano N=727

Tablica nr 3. Typy szkół i liczebność adolescentów biorących udział w badaniu w 2026 r., N=1236

Tablica nr 4. Liczba rodzeństwa według typu szkoły, N=1236

Wykres nr 6. Wykształcenie rodziców według płci, N=1236

Wykres nr 7. Status rodziny, stan cywilny rodziców/opiekunów w %, N=1236. Pytanie VII. Status rodziny (rodziców, opiekunów)

Wykres nr 8. Ocena sytuacji ekonomicznej rodziny, N=1236. Pytanie 2. Jak oceniasz sytuację finansową Twojej rodziny?

Wykres nr 9. Ocena sytuacji ekonomicznej rodziny przez uczniów według typu szkoły

Samoocena siebie i wyników w nauce oraz stopień zadowolenia ze swojej szkoły

Wykres nr 10. Samoocena respondentów N=1236 Pytanie 1. Co sądzisz o sobie samym/samej?

Wykres nr 11. Samoocena uczniów według typu szkoły

Wykres nr 12. Samoocena uczniów według płci, N=1098

Wykres nr 13. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły, N=1236. Pytanie 3. Czy lubisz chodzić do swojej szkoły?

Wykres nr 14. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły według typu szkoły, N=1236

Wykres nr 15. Stopień zadowolenia z chodzenia do szkoły według płci, N=1098

Wykres nr 16. Ocena wyników w nauce, N=1236. Pytanie 4. Czy Twoim zdaniem wyniki w nauce, które osiągasz są:

Wykres nr 17. Ocena wyników w nauce według płci, N=1098

Ocena zdrowia i relacji

Wykres nr 18. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje), N=1236. Pytanie 5. Jak oceniasz stan swojego zdrowia: fizycznego, emocjonalnego, psychicznego, społecznego (relacje)?

Tablica nr 5. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje) według typu szkoły podstawowe N=727, szkoły ponadpodstawowe N=509

Tablica nr 6. Ocena zdrowia fizycznego, emocjonalnego, psychicznego i społecznego (relacje) według płci, N=1098, dziewczyna, N=431, chłopak N=667, w %

Wykres nr 19. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole. N=1236. Pytanie 6. Jak oceniasz swoje relacje z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole?

Tablica nr 7. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole według typu szkoły w %, N=1236

Tablica nr 8. Ocena relacji z: nauczycielami, rodzicami, rówieśnikami poza szkołą, rówieśnikami w szkole według płci, N=1098, dziewczyna N=431, chłopak N=667, w %

Wykres nr 20. Stopień radzenia sobie ze stresem szkolnym, N=1236. Pytanie 7. W jakim stopniu radzisz sobie ze stresem szkolnym?

Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego oraz czynniki mające wpływ na zdrowie

Tablica nr 9. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego w %. Pytanie 9. Każdemu człowiekowi czasami zdarzają się sytuacje, które negatywnie wpływają na jego zdrowie psychiczne. Proszę wybierz zdanie, które najlepiej by pasowało, gdyby takie trudności spotkały właśnie Ciebie

Tablica nr 10. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego według typu szkoły w %

Tablica nr 11. Ocena aktualnej sytuacji zdrowia psychicznego według płci w %, N=1098

Tablica nr 12. Czynniki mające wpływ na zdrowie w %, N=1236. Pytanie 10. Jakie czynniki Twoim zdaniem wpływają przede wszystkim na stan zdrowia (psychicznego)?

Tablica nr 13. Czynniki mające wpływ na zdrowie według typu szkoły, VII i VIII klasy szkół podstawowych N= 727, szkoły ponadpodstawowe N=509, w %, N=1236

Tablica nr 14. Czynniki mające wpływ na zdrowie według płci, w %, N=1098

Tablica nr 15. Hierarchia długotrwałych, ryzykownych zachowań, zdarzeń, sytuacji i myśli adolescentów mogących mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne w %, N=1236. Pytanie 12. Czy doświadczyłeś/aś w ostatnich sześciu miesiącach następujących zdarzeń, sytuacji i myśli?

Tablica nr 16. Długotrwałe, ryzykowne zdarzenia, sytuacje i myśli młodzieży mogące mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne według typu szkoły w %

Tablica nr 17. Długotrwałe, ryzykowne zdarzenia, sytuacje i myśli młodzieży mogące mieć wpływ na zdrowie emocjonalne i psychiczne według płci w %, N=1098

Stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi oraz adresaci pomocy w sytuacji problemów ze zdrowiem psychicznym

Tablica nr 18. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi, N=1236. Pytanie 11. Które określenia dotyczące zaburzeń psychicznych są najbardziej zgodne z Twoimi przekonaniem?

Tablica nr 19. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi według typu szkoły, podstawowe N=727, ponadpodstawowe N=509

Tablica nr 20. Opinie uczniów o chorobach psychicznych i osobach z zaburzeniami psychicznymi według płci w %, N=1098

Wykres nr 21. Stopień skrupowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych, N=1236.

Pytanie 15. Jak bardzo skrupowany/a byłbyś/abyś faktem, iż koleżanki i koledzy wiedzą, że leczysz się z powodu problemów psychicznych?

Wykres nr 22. Stopień skrupowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych według typu szkoły

Wykres nr 23. Stopień skrupowania wśród koleżanek i kolegów w sytuacji leczenia się z powodu problemów psychicznych według płci, N=1098

Wykres nr 24. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym

N=1236. Pytanie 16. Czy uważasz, że problemy związane ze zdrowiem psychicznym są powodem do wstydu?

Wykres nr 25. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym według typu szkoły

Wykres nr 26. Powód do wstydu ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym według płci, N=1098

Tablica nr 21. Hierarchia adresatów pomocy w sytuacji problemów psychicznych N=1236.

Pytanie 35. Do kogo byś się zwrócił/a o pomoc, gdybyś zauważył/a, że masz problemy psychiczne (np. trudności z koncentracją, ze snem, zmiany apetytu, uczucie smutku i przygnębienia, myśli samobójcze, samookaleczenie itp.)?

Tablica nr 22. Adresaci pomocy w sytuacji problemów psychicznych adolescentów według typu szkoły

Tablica nr 23. Adresaci pomocy w sytuacji problemów psychicznych adolescentów według płci, N=1098

Wykres nr 27. Deklaracje rozmowy o sprawach trudnych emocjonalnie N=1236. Pytanie 13. Czy rozmawiasz o tym, co jest dla Ciebie trudne emocjonalnie?

Wykres nr 28. Deklaracje rozmowy o trudnych chwilach emocjonalnych według typu szkoły

Wykres nr 29. Deklaracje rozmowy o trudnych chwilach emocjonalnych według płci, N=1098

Tablica nr 24. Hierarchia powodów nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych w %, N=767. Pytanie 14. Jakie masz powody, aby nie rozmawiać o sprawach emocjonalnie trudnych dla Ciebie?

Tablica nr 25. Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych według typu szkoły w %, N=767

Tablica nr 26. Powody nierozmawiania o sprawach emocjonalnie trudnych według płci w %, N=1098

Wykres nr 30. Kontakt z osobą chorą psychicznie N=1236. Pytanie 17. Czy kiedykolwiek miałeś/aś kontakt z osobą chorą psychicznie?

Wykres nr 31. Kontakt z osobą chorą psychicznie według płci, N=1098

Pomoc psychologiczna, pedagogiczna i psychiatryczna oraz ocena ich skuteczności

Wykres nr 32. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole, N=1236. Pytanie 18. Czy Twoja szkoła zapewnia pomoc?

Wykres nr 33. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole według typu szkoły

Wykres nr 34. Pomoc psychologiczna i pedagogiczna w szkole według płci, N=1098

Wykres nr 35. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa i pedagoga. Pytanie 19. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z pomocy szkolnego?

Wykres nr 36. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa i pedagoga według typu szkoły

Wykres nr 37. Korzystanie z pomocy szkolnego psychologa (psychoterapeuty) i pedagoga według płci, N=1098

Wykres nr 38. Ocena skuteczności pomocy szkolnego psychologa i pedagoga. Pytanie 20. Jeśli korzystałeś/aś z pomocy, jaką oferuje Twoja szkoła w zakresie zdrowia psychicznego, czy uważasz, że była skuteczna?

Wykres nr 39. Ocena skuteczności pomocy szkolnego psychologa i pedagoga według typu szkoły

Wykres nr 40. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą. Pytanie 21. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z pomocy psychiatrycznej poza szkołą?

Wykres nr 41. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą według typu szkoły

Wykres nr 42. Korzystanie z pomocy psychiatrycznej poza szkołą według płci, N=1098

Wykres nr 43. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry, N=246. Pytanie 22. Jeśli korzystałeś/aś poza szkołą z pomocy udzielonej przez lekarza psychiatrę, czy uważasz, że była skuteczna?

Wykres nr 44. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry według typu szkoły

Wykres nr 45. Ocena skuteczności pomocy lekarza psychiatry według płci

Wykres nr 46. Czas zgłoszenia się po pomoc psychiatryczną od momentu pojawienia się objawów w %, N=232. Pytanie 23. Po jakim czasie od wystąpienia pierwszych objawów problemów psychicznych zgłosiłeś/aś się po wsparcie?

Wykres nr 47. Czas zgłoszenia się uczniów, którzy skorzystali z pomocy psychiatry od momentu pojawienia się pierwszych objawów problemów psychicznych według płci w %, N=197

Wykres nr 48. Korzystanie z „telefonu zaufania”. Pytanie 24. Czy korzystałeś/aś kiedykolwiek z tzw. „telefonu zaufania” oferującego pomoc osobom w kryzysie emocjonalnym?

Wykres nr 49. Deklaracja skorzystania z „telefonu zaufania” w razie potrzeby. Pytanie 25. Czy w razie potrzeby skorzystałbyś/stałabyś z tzw. „telefonu zaufania”?

Wykres nr 50. Deklaracja korzystania z pomocy: psychologicznej, pedagogicznej i psychiatrycznej N=1236. Pytanie 26. Czy obecnie czujesz potrzebę skorzystania z pomocy?

Tablica nr 27. Deklaracja korzystania z pomocy: psychologicznej, pedagogicznej i psychiatrycznej według płci, w %, N=1098

Obszary życia wymagające wsparcia i formy wsparcia

Wykres nr 51. Hierarchia obszarów życia wymagających wsparcia w %, N=1236. Pytanie 27. Jakie obszary Twojego życia wymagają obecnie największego wsparcia?

Wykres nr 52. Obszary życia wymagające wsparcia według typu szkoły, w %

Wykres nr 53. Obszary życia wymagające wsparcia według płci w %, N=1098

Wykres nr 54. Hierarchia form wsparcia w %, N=1236. Pytanie 28. Jakie formy wsparcia byłyby dla Ciebie najbardziej pomocne?

Wykres nr 55. Formy wsparcia według typu szkoły, w %

Wykres nr 56. Formy wsparcia według płci, w %

Psychoedukacja i promocja zdrowia

Wykres nr 57. Problematyka psychoedukacji w szkole, N=1236. Pytanie 30. Czy w szkole były poruszane zagadnienia z psychoedukacji (rozpoznawanie swoich emocji, radzenie sobie ze stresem, redukowanie stygmatyzacji, empatia, skuteczne współdziałanie w zespole, funkcjonowanie w grupie, rozwiązywanie konfliktów/problemów, podejmowanie wyborów, udzielanie i wzywanie pomocy itd.?)

Wykres nr 58. Problematyka psychoedukacji w szkole według typu szkoły

Wykres nr 59. Problematyka psychoedukacji w szkole według płci

Tablica nr 28. Ocena przydatności zagadnień z psychoedukacji w %, N=820. Pytanie 35. Jak oceniasz przydatność poszczególnych zagadnień z psychoedukacji?

Tablica nr 29. Ranking ocen przydatności zagadnień z psychoedukacji w %, N=820

Tablica nr 30. Oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji według typu szkoły, szkoły podstawowe, N=727, szkoły ponadpodstawowe, N=509, w %

Tablica nr 31. Oceny przydatności zagadnień z psychoedukacji według płci, N=630 dziewczyna N=323, chłopak N=407, w %

Wykres nr 60. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych w %, N=1236. Pytanie 32. Czy czujesz się wystarczająco poinformowany/a w kwestii zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych oraz czy chciałbyś/abyś dowiedzieć się czegoś więcej na ten temat?

Wykres nr 61. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych według typu szkoły, w %

Wykres nr 62. Potrzeba wiedzy o problemach zdrowia psychicznego i zaburzeniach psychicznych według płci, w %

Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego oraz holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne

Wykres nr 63. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego N=1236. Pytanie 8. W jaki sposób na stan Twojego zdrowia psychicznego wpływają media społecznościowe?

Wykres nr 64. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego według typu szkoły, N=1236

Wykres nr 65. Wpływ mediów społecznościowych na stan zdrowia psychicznego według płci, N=1098

Wykres nr 66. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży N=1236.

Pytanie 33. Czy intensywne korzystanie z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież może negatywnie wpływać na ich zdrowie psychiczne (prowadząc do wykluczenia online, depresji, niskiej samooceny, problemów ze snem i izolacji, cyberprzemocy, zjawiska FOMO (strach przed pominięciem), ośmieszanie, pogorszenie samopoczucia itp.)?

Wykres nr 67. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według typu szkoły

Wykres nr 68. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według płci

Wykres nr 69. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według typu szkoły

Wykres nr 70. Wpływ intensywnego korzystania z mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży według płci

Holistyczno-behawioralna strategia troski o zdrowie psychiczne

Tablica nr 32. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego w %, N=1236.

Pytanie 29. Które z wymienionych strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego stosujesz w życiu?

Tablica nr 33. Hierarchia strategii radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego, w % N=1236

Tablica nr 34. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego według typu szkół, szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %

Tablica nr 35. Strategie radzenia sobie z problemami zdrowia behawioralnego według płci, w %

Tablica nr 36. Ocena zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych w %. Pytanie 34. Zdolność do elastycznego przystosowywania się do zmieniających się okoliczności odgrywa kluczową rolę w radzeniu sobie z wyzwaniami życiowymi (rezyliencja). W jakim stopniu w trudnych sytuacjach z nich korzystasz?

Tablica nr 37. Hierarchia zdolności radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych w %, N=1236

Tablica nr 38. Zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych według typu szkół, szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %

Tablica nr 39. Zdolność radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych według płci, w %

Zajęcia pozaszkolne i relacje rodzinne

Tablica nr 40. Hierarchia najczęstszych zajęć poza szkołą w %, N=1236. Pytanie 36. Wskaż swoje najczęstsze zajęcie poza szkołą

Tablica nr 41. Najczęstsze zajęcia poza szkołą według typu szkoły, w %

Tablica nr 42. Najczęstsze zajęcia poza szkołą według płci, w %, N=1098

Tablica nr 43. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych w %, N=1236. Pytanie 37. Jak często rozmawiasz z rodzicami na temat?

Tablica nr 44. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych według typu szkół, szkoły podstawowe N=727 i szkoły ponadpodstawowe N=509, w %

Tablica nr 45. Częstość rozmów z rodzicami o korzystaniu z substancji psychoaktywnych, cyberprzemocy i stanów emocjonalnych według płci, dziewczyny N=431, chłopcy N=667, w %