

# *Przegląd danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży*

*Autorstwo: Dr Przemysław Zdybek, dr Ewa Kielek – Rataj*

Opole, 2024

## Spis treści

Wstęp .....	3
Czynniki budujące zdrowie psychiczne .....	4
Model rozumienia czynników wpływających na zdrowie psychiczne .....	4
Rozumienie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży .....	6
Przegląd badań dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży .....	9
Wybrane dane dotyczące populacji polskiej .....	10
Wybrane dane dotyczące populacji światowej .....	16
Zestawienie danych dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce i za granicą .....	17
Dobre praktyki co do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży .....	26
Przegląd skuteczności programów profilaktycznych samobójstw dzieci i młodzieży .....	28
Podsumowanie i zalecenia .....	31
Literatura cytowana: .....	34

## Wstęp

Jak dotąd pojęcie zdrowia psychicznego nie doczekało się jednej definicji i nadrzędnej teorii opisującej ten fenomen całościowo. Dokonując przeglądu literatury warto zatem zauważyć, że w zależności od różnych operacjonalizacji tego pojęcia, zdrowie psychiczne może być różnie rozumiane. Jest wiele teorii opisujących zdrowie psychiczne, co wynika choćby z tego, że zajmuje się nim kilka dziedzin naukowych (psychologia, psychiatria, pedagogika, filozofia, czy inne nauki społeczne i medyczne). Istotnym jednak wydaje się fakt, że zdrowie psychiczne jest ważnym wskaźnikiem kondycji dzieci i młodzieży. W kontekście Polski na normalne trudności związane z adolescencją nałożyło się jeszcze kilka innych czynników. Pierwszym z nich było doświadczenie pandemii COVID-19. Poza ograniczeniem wolności przemieszczania się, nastolatki przeszli na nauczanie w formie on-line. Z jednej strony nauczanie zdalne spowodowało rozwój kształcenia on-line, z drugiej jednak zmieniło diametralnie relacje rówieśnicze nastolatków. Kolejnym trudnym zjawiskiem dla młodzieży w Polsce po pandemii COVID-19, była napaść Federacji Rosyjskiej na Ukrainę. Poza lękiem przed konfliktem wojennym i jego skutkami, w szkołach pojawiło się wielu uchodźców, co stało się szansą dla większego akceptowania różnorodności kulturowej, ale też stresem i wyzwaniem. W kontekście takich przemian społecznych pytanie o czynniki kształtujące zdrowie psychiczne wydaje się być szczególnie ważne. Możemy tu mówić o czynnikach chroniących, które przyczyniają się do zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia zachowań problemowych czy zaburzeń oraz o czynnikach ryzyka, które to prawdopodobieństwo zwiększają, osłabiając tym samym zdrowie psychiczne. Zdrowie psychiczne powinno być rozumiane nie tylko jako “objaw chorobowy”, ale także zasoby, które na poziomie społeczeństwa możemy kształtować.

## **Czynniki budujące zdrowie psychiczne**

Zdrowie psychiczne jest konstruktem multidyscyplinarnym i nie da się go zdefiniować w oparciu o jedno spojrzenie. Z jednej strony może być rozumiane jako poczucie jakości życia, czy dobrostan psychiczny z drugiej jako brak negatywnych objawów, czy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. Takiego rozróżnienia na aspekt pozytywny i negatywny zdrowia psychicznego dokonali wcześniej naukowcy (Wilkinson i Walford, 1998) tworząc empirycznie dwa czynniki: **dobrostan** psychiczny (pozytywny afekt, satysfakcja z życia, szczęście) oraz **dystres** (lęk, negatywny afekt). Przegląd badań na temat zdrowia psychicznego oraz dobrych praktyk w tym zakresie powinien zatem uwzględniać dwa aspekty zdrowia psychicznego aby prawidłowo wnioskować o jego stanie.

## **Model rozumienia czynników wpływających na zdrowie psychiczne**

Poza samym definiowaniem zdrowia psychicznego ważnym zagadnieniem jest rozumienie dynamiki zmian w zdrowiu psychicznym jednostek. Pojęciem które może wyjaśniać dlaczego zdrowie psychiczne ulega zmianie jest model stresu (Lazarus i Folkman, 1984; Folkman i inni, 1993). Opisuje on stres jako wynik interakcji między jednostką a jej otoczeniem. Model ten skupia się na subiektywnych ocenach sytuacji i zdolności jednostki do radzenia sobie z danymi wyzwaniami.

W ujęciu tym proces stresowy składa się z dwóch głównych faz: oceny pierwotnej (primary appraisal) i oceny wtórnej (secondary appraisal). Ocena pierwotna polega na subiektywnej ocenie sytuacji pod względem tego, czy jest ona istotna dla jednostki. Jeżeli sytuacja jest uznana za istotną, może ona być oceniona jako: korzystna (niezwiązana ze stresem), wyzywająca (możliwość osiągnięcia celów), szkodliwa (zagrożenie dla celów lub dobrostanu). Ocena wtórna (Secondary Appraisal) następuje po ocenie pierwotnej i koncentruje się na zasobach i możliwościach radzenia sobie jednostki z daną sytuacją. W tej fazie jednostka ocenia, czy posiada niezbędne zasoby i umiejętności, aby poradzić sobie ze

stresem. Ocena ta obejmuje również ocenę skuteczności dostępnych strategii radzenia sobie. W rezultacie tego procesu, jednostka decyduje, czy sytuacja jest stresująca, czy nie, a także określa, jakie działania podejmie w odpowiedzi na sytuację stresową. Ważnym aspektem tej teorii jest również to, że stres nie jest jedynie wynikiem samej sytuacji, ale zależy od subiektywnej oceny jednostki. Dwie różne jednostki mogą zareagować inaczej na tę samą sytuację w zależności od swoich indywidualnych ocen pierwotnych i wtórnych.

Nie każde wydarzenie, jak początkowo sądzono, może stanowić źródło stresu. W rzeczywistości, subiektywne postrzeganie jednostki i siła buforowania wpływu stresu przez czynniki ochronne wpływają na stopień doznawanego stresu. Teoria wsparcia społecznego (Dunkel-Schetter i in., 1987; Lakey i Cohen, 2000; Schwarzer i Leppin, 1991; Stewart, 1989) zakłada, że nie każda trudna sytuacja czy czynnik zagrażający zdrowiu psychicznemu musi prowadzić do jego obniżenia. Kluczowym elementem jest sposób radzenia sobie z sytuacją, co z kolei zależy od otrzymywanego wsparcia społecznego. Dlatego ilość i intensywność negatywnych czynników społecznych mogą być złagodzone przez posiadane zasoby jednostki, umożliwiając prawidłowe (adaptacyjne) strategie radzenia sobie z problemami. Brak wsparcia i brak umiejętności korzystania z niego może prowadzić do dezadaptacyjnych form radzenia sobie ze stresem, co z kolei wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne. Wartość danej sytuacji dla jednostki zależy od wielu czynników, które powinny działać w celu ochrony jednostki, takich jak dostosowanie pomocy do sytuacji (Cohen i in., 1985) oraz postrzegane możliwe wsparcie (Lakey i Cohen, 2000). Ponadto istotne są umiejętności społeczne, które, choć nie działają bezpośrednio, mają buforujący wpływ na skutki stresu, decydując o tym, czy ktoś poprosi o wsparcie czy też zakomunikuje swoje emocje (Argyle, 2013).

Mimo tradycyjnego skupienia na czynnikach ryzyka, badacze coraz bardziej zdają sobie sprawę ze znaczenia czynników pozytywnych w życiu młodzieży i ich wpływu na

konsumpcję alkoholu i innych substancji odurzających w wieku adolescencji (Bryant i Zimmerman, 2002; Baer, MacLean i Marlatt, 1998). Jest to związane z koncepcją odporności psychicznej (*resilience*, Fraser, Galinsky i Richman, 1999). Teoria tak akcentuje, że jednostki żyją w stresie, często nie sposób uniknąć czynników ryzyka a mimo to zachowują zdrowie psychiczne. Wniosek ten przesuwą akcent z zagrożeń w doświadczeniu młodzieży szkolnej na czynniki pozytywne, chroniące - buforujące negatywny wpływ środowiska, zasobów osobistych czy zdarzeń traumatycznych (Ostaszewski i Zimmerman, 2006).

### **Rozumienie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

Współcześnie dzieciństwo jest uważane za bardzo ważny okres życia człowieka. W świetle dzisiejszych poglądów dziecku należy się uwaga, ochrona. Dzieci są chronione prawem, zajmują się nimi specjaliści z różnych dziedzin nauki: lekarze, psychologowie, logopedzi, pedagodzy. Jednak nie zawsze tak było. Zainteresowanie i troska o dziecko w perspektywie historycznej jest sprawą stosunkowo nową. Na dziecko jako wartość zaczęto zwracać uwagę dopiero pod koniec XVIII wieku. Osobowe traktowanie dziecka i właściwa refleksja nad nim, próba zrozumienia jego świata datują się od powstania teorii psychoanalitycznej. Podobnie wcześniej nie wnikam w to, co myślą, czują i czego potrzebują adolescenci. Zainteresowanie dorastającą młodzieżą przyniósł dopiero świat po II wojnie światowej (Orwid, 2007).

Zaciekawienie dzieciństwem i adolescencją przyniosło wiele badań i teorii rozwojowych, które próbują opisywać i wyjaśniać rozwój człowieka. Dzięki temu powstało pojęcie normy rozwojowej, to jest przeciętnych granic wieku, w którym powinien nastąpić kolejny przełom, tzw. kamień milowy w rozwoju jednostki. W kontekście zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży znajomość tych norm wydaje się być kwestią podstawową. W toku rozwoju następuje wiele ważnych momentów, tzw. okresów krytycznych lub okresów

szczególnej wrażliwości, w których jednostka w szczególny sposób reaguje na pewne formy doświadczeń lub w szczególny sposób doznaje ich braku. Na przykład wiek od sześciu do dwunastu miesięcy można uznać za okres szczególnej wrażliwości, jeśli chodzi o kształtowanie się przywiązania niemowlęcia do podstawowego opiekuna/opiekunów, którymi najczęściej są rodzice. Pewne problemy w obszarze zdrowia psychicznego mogą zatem być specyficzne dla poszczególnych okresów rozwoju. Ponadto rozwój może przebiegać w sposób atypowy. Wówczas mówimy o zaburzeniach, psychopatologii bądź nieprzystosowaniu. Rozwój atypowy oznacza odejście od typowej, normatywnej drogi rozwoju w kierunku szkodliwym dla jednostki, czego przykładem może być upośledzenie umysłowe, choroba psychiczna albo wyjątkowa agresywność u dziecka.

Terminu “zaburzenie” należy używać tylko wtedy, gdy odchylenie od normy jest o znacznym nasileniu i trwa uporczywie a także powoduje cierpienie psychiczne dziecka lub dziecko jest sprawcą czyjegoś cierpienia (Seligman i in., 2003).

W odniesieniu do przyczyn i mechanizmów kształtowania się zaburzeń badacze zgadzają się ze sobą, że odpowiedzialne są zarówno czynniki biologiczne jak i środowiskowe. Trudno jednak dokładnie ustalić, jaka jest ich wzajemna interakcja, co jest pierwotne, a co wtórne. Szczególnie u młodszych dzieci czynniki związane z organizmem oraz ze środowiskiem rodzinnym są ze sobą ściśle powiązane. Zaś im dziecko starsze, tym bardziej etiologia zaburzeń staje się wieloczynnikowa, gdyż obok czynników somatycznych i społeczno-kulturowych, ważną rolę odgrywają również indywidualne czynniki osobowościowe (Obuchowska, 2008).

Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży to coraz częstszy problem zdrowotny. Objawy mogą powodować obniżenie komfortu życia, czasem utratę sensu życia, w konsekwencji prowadząc do desperackich kroków, w tym prób samobójczych. Przy braku

wsparcia i pomocy młody człowiek może bowiem uznać swoją sytuację za beznadziejną (Teleon, Włoszczak-Szubzda, 2009).

Wszelkie próby sklasyfikowania zaburzeń dzieci i młodzieży nie oddają złożoności problemu. Irena Obuchowska (2008) dokonała zestawienia wybranych problemów i związanych z nimi zaburzeń w odniesieniu do poszczególnych okresów rozwoju.

W okresie wczesnego dzieciństwa (wiek niemowlęcy i poniemowlęcy, tj. pierwsze trzy lata życia dziecka) na uwagę zasługują problemy związane z deprivacją matczyną (niezaspokajanie potrzeb psychicznych dziecka), co może zaburzać zarówno rozwój psychiczny, jak i fizyczny dziecka oraz problemy związane z zerwaniem bądź zakłóceniem więzi matka-dziecko, co niesie dla dziecka długotrwałe skutki i bywa określane mianem traumy relacyjnej. Na tym etapie mogą oczywiście również wystąpić zaburzenia rozwoju, uwarunkowane czynnikami biologicznymi. Tego rodzaju zaburzeń jest wiele i są różnie klasyfikowane.

W okresie średniego dzieciństwa (tzw. wiek przedszkolny, 4-6 lat) następstwa problemów z poprzedniego okresu, ale pojawiają się też nowe zaburzenia. Do najtrudniejszych należą: zaburzenia odżywiania (np. nadmierny apetyt, brak łaknienia, awersje pokarmowe), zaburzenia wydalnicze (np. moczenie nocne); zaburzenia snu (np. trudności w zasypianiu, budzeniu się, sen przerywany, sen niespokojny, zaburzenia przysenne); zaburzenia komunikowania się (np. opóźnienie w rozwoju mowy, jąkanie się); masturbacja eksperymentalna lub instrumentalna (por. Beisert, 2022), lęk (lęk separacyjny, lęki przyrodnicze, lęk przed oczekiwaną karą).

Okres późnego dzieciństwa (wiek szkolny, 7-10/12 lat) to czas podejmowania nowych zadań i nabywania coraz bardziej złożonych umiejętności oraz nawyków. Jednocześnie jest to okres szczególnej wrażliwości na niepowodzenia, które mogą skutkować obniżeniem



poczucia własnej wartości, a w konsekwencji mniejszą odpornością psychiczną. Do najczęstszych zaburzeń w tym okresie można zaliczyć: nadpobudliwość ruchową, specyficzne trudności w uczeniu się, fobie szkolne, tiki oraz zachowania destrukcyjne, zazwyczaj skierowane ku rówieśnikom (agresja, dręczenie).

Adolescencja (wiek dojrzewania) to czas, kiedy w ciele i w psychice młodego człowieka dzieje się bardzo wiele. Nie bez powodu mówi się o normatywnym kryzysie adolescencji. Kryzys tożsamości, kryzys w wartościowaniu, dojrzewająca wciąż kora mózgowa (zwłaszcza przedczołowa, odpowiadająca za procesy myślowe) a także układ limbiczny (biorący udział w regulacji emocjonalnej) czy inne zmiany neurohormonalne to tylko niektóre z obciążeń (wyzwań?) tego okresu. Zaburzenia, jakie mogą wystąpić na tym etapie to: lęki (związane z osiągnięciami szkolnymi, pozycją w grupie rówieśniczej czy relacją w związku romantycznym), zaburzenia odżywiania (anoreksja, bulimia), uzależnienia (od nikotyny, narkotyków, alkoholu, Internetu, gier komputerowych), zachowania destrukcyjne i autodestrukcyjne (agresywne, przestępcze oraz samobójcze), depresja.

Co ważne zaburzenia we wcześniejszych etapach życia mogą warunkować funkcjonowanie psychiczne na etapach późniejszych. Oszacowanie skali zaburzeń związanych z wczesnym i średnim dzieciństwem może nastroczać trudności. Dzieci i młodzież od 7 do 18 roku życia (późne dzieciństwo i adolescencja) łatwiej poddać badaniom, które często mają charakter samoopisowy i dotyczą różnych trudności i problemów związanych ze zdrowiem psychicznym.

## Przegląd badań dotyczących zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Przegląd badań dokonano na zamówienie fundacji „Wypłyn na głębie”, która zajmuje się przeciwdziałaniem uzależnieniom wśród młodzieży szkolnej, realizując projekty edukacyjne i profilaktyczne skierowane do młodych ludzi. Dla niniejszego raportu kryterium wyboru badań było opublikowanie danych w miarę aktualnych, opisujących populację polską oraz populację międzynarodową z danymi opublikowanymi aktualnie i w obrębie próby europejskiej. Przyjęto, że dane powinny umożliwić oszacowanie rozmiaru zjawiska w populacji, próba powinna być możliwie szeroka, jeśli to możliwe przekrojowo pokazująca populację ogólną młodzieży szkolnej.

### **Wybrane dane dotyczące populacji polskiej**

Od roku 1990 CBOS regularnie bada samopoczucie Polaków. Ankietowani mają za zadanie określić częstość doznawania różnych stanów emocjonalnych – przyjemnych (pozytywnych) i nieprzyjemnych (negatywnych). Badanie obejmuje 11 pytań. Co dosyć intrygujące po roku 2019 samopoczucie Polaków znacząco się pogorszyło, a kolejne lata nie przyniosły poprawy (CBOS, 2023). Szczególnie niepokojąco wygląda sytuacja uczniów i studentów (ludzi młodych do 24 roku życia). Średnia wartość wskaźnika samopoczucia psychicznego w tej grupie jest znacznie niższa niż przeciętnie. Uczniowie i studenci należą do najczęściej deklarujących częste i bardzo częste doznawanie takich uczuć jak: zdenerwowanie, rozdrażnienie (50%), bezradność (44%), wściekłość (30%) oraz – nieujęte w syntetycznym wskaźniku – lekceważenie przez władzę (63%). Ponadto uczniowie i studenci częściej niż wszystkie inne analizowane grupy czuli się w minionym roku zniechęceni, znużeni (70% z nich wielokrotnie), nieszczęśliwi (46%) oraz mieli myśli samobójcze (8%) (CBOS, 2023). Wcześniejszy komunikat z badań (CBOS, 2021) podaje, że czynnikami mającymi największy negatywny wpływ na ich kondycję psychiczną są: nadużywanie Internetu, spadek liczby kolegów/koleżanek w klasie oraz coraz mniejsza częstotliwość

podejmowania aktywności fizycznej. W kontekście ostatniego czynnika frapujący jest fakt, że według danych Światowej Organizacji Zdrowia 81% nastolatków przejawia zbyt małą aktywność fizyczną (WHO, 2022).

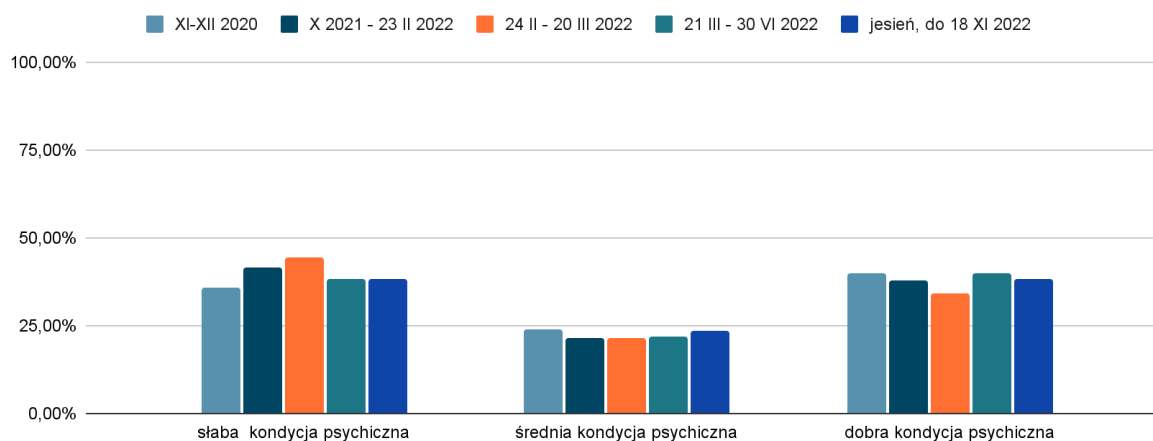
Badania prowadzone w krajach OECD pokazują z kolei, że w Polsce w porównaniu do innych krajów uczniowie deklarują ostatnie miejsce w poziomie dodatkowego wsparcia nauczycieli na lekcjach, a 87% uczniów deklaruje, że czuje się bezpiecznie gdzie indziej, ale poza szkołą, a 12% było świadkami bójki szkolnej (OECD, 2023).

Wśród przyczyn gorszego samopoczucia podano także nadużywanie Internetu. Instytut Pokolenia (2023) dostarcza przejmujących danych. Z urządzeń mobilnych korzystają dzieci od 6 miesiąca życia. Wg zaleceń dzieci w wieku 0-3 lat w ogólnie nie powinny mieć kontaktu z technologią cyfrową. W przedziale wiekowym 9-17 82% dzieci codziennie korzysta ze smartfona, gdy łączy się z Internetem. Średni wiek użytkownika systematycznie korzystającego z Internetu wynosi 9 lat i 7 miesięcy. Nastolatki korzystają z mobilnego Internetu średnio już 30 minut po przebudzeniu.

Autorzy raportu przygotowanego przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej (Grzelak, Żyro, 2023) wprowadzają pojęcie “indeksu kondycji psychicznej” (s. 45). Indeks ten dotyczy ogólnego samopoczucia oraz radzenia sobie. Osoby, które oceniają dobrze swoje funkcjonowanie w obydwu obszarach osiągają dobry indeks kondycji psychicznej. Średni indeks uzyskują badani oceniający dobrze tylko jeden z wyżej wymienionych obszarów. Badani deklarujący jednocześnie złe lub średnie samopoczucie oraz to, że źle lub średnio sobie radzą psychicznie uzyskują oceniani są jako osoby o słabej kondycji psychicznej. Najnowszy wskazany w raporcie wynik pokazuje kondycję młodych jesienią 2022 roku. Wówczas badaną grupę stanowiło 1036 dziewcząt oraz 997 chłopców (w sumie w całym badaniu próba wyniosła ponad 80 000 młodych ludzi). Dobrą kondycję psychiczną miało 38,3% dziewcząt oraz 48,3% chłopców, średnią kondycję psychiczną miało 23,5% dziewcząt

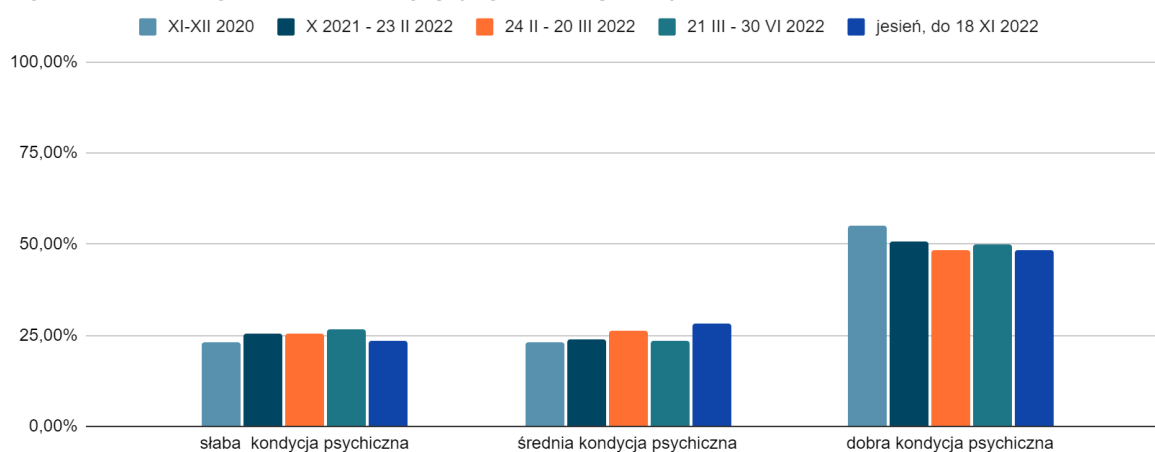
oraz 28,3% chłopców, a słabą 38,2% dziewcząt i 23,4% chłopców. Wysokość indeksu nie różni się mocno od wcześniejszych pomiarów. Wciąż wysoki pozostaje odsetek uczniów ze słabą kondycją psychiczną i wskaźnik ten jest konsekwentnie wyższy dla dziewcząt niż dla chłopców. Poniższe wykresy przedstawiają pomiary indeksu kondycji psychicznej na przestrzeni dwóch lat od listopada 2020, w osobnym zestawieniu dla dziewcząt i dla chłopców. Podane podokresy nie są przypadkowe. Czas od listopada do grudnia 2020 roku to moment, kiedy znajdowaliśmy się w tzw. drugiej fali pandemii. Kolejny okres to pierwsza połowa roku szkolnego 2021/2022 – od października 2021 do 23 lutego 2022, czyli okres czwartej fali epidemii. Szkoły biorące w tym czasie udział w badaniach funkcjonowały w trybie stacjonarnym, zdalnym lub hybrydowym. Następnie czas od 24 lutego do 20 marca 2022 roku, czyli mniej więcej pierwszy miesiąc po wybuchu wojny na Ukrainie, a potem dalsza część drugiego semestru szkolnego, czyli od 21 marca do końca czerwca. Ostatni okres to czas jesieni 2022.

Rycina 1. Zmiany indeksu kondycji psychicznej dziewcząt



Opracowano na podstawie: Grzelak, S. Żyro, D. (2023). Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej.

Rycina 2. Zmiany indeksu kondycji psychicznej chłopców



Opracowano na podstawie: Grzelak, S. Żyro, D. (2023). Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022. Instytut Profilaktyki Zintegrowanej.

Z omawianego raportu wypływa szereg ciekawych wniosków. W ciągu pierwszego roku pandemii COVID-19 wzrosła liczba osób o słabej kondycji psychicznej, a do końca 2022 roku sytuacja nie uległa znaczącej poprawie. Ponadto czynniki ryzyka słabej kondycji psychicznej wśród młodzieży w największym stopniu związane są z osiągnięciami szkolnymi, stresem szkolnym, zaległościami w nauce i trudnościami w ich przewyżczeniu. W powyższym badaniu odnotowano też trudność w adaptacji do zmian trybu i formy nauczania (ze stacjonarnej na zdalną i odwrotnie), sama zaś forma zdalna i wynikająca z tego izolacja nie wiązała się ze zmianami średniej kondycji psychicznej badanych. W świetle badań obniżona kondycja psychiczna jest czynnikiem sprzyjającym wzrostowi zachowań ryzykownych i problemowych (Ranjbaran i inni, 2018; Swendsen, i Le Moal, 2011; Rasskazova i inni, 2019). Dotyczy to m.in. korzystania z substancji psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, papierosy) oraz odwiedzania stron internetowych ze szkodliwymi treściami. Wnioski z badania wskazują na to, że najważniejszym źródłem ochrony zdrowia psychicznego uczniów w zmieniającej się rzeczywistości (epidemia, zmiany trybu nauczania, wojna na Ukrainie,

Itp.) jest wielkość, jakość i dostępność sieci wsparcia. Najbliższe i najbardziej podstawowe elementy społecznej sieci wsparcia związane są z rodzicami i rodziną, rówieśnikami oraz nauczycielami i wychowawcami. Ważnym ogniwem tej sieci dla części młodzieży są źródła wsparcia związane z religią i wymiarem duchowym. Kolejnym ważnym, ale na ogół mniej dostępnym elementem sieci wsparcia są specjaliści z zakresu profilaktyki, pomocy psychologiczno-pedagogicznej i psychiatrii (Grzelak, Żyro, 2023).

Ważnych danych dostarcza raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi (Dębski, Flis, 2023). Raport jest częścią projektu “Młode głowy. Otwarcie o zdrowiu psychicznym” prowadzonego przez Fundację UNAWEZA. W badaniu wzięło udział ponad 180 000 młodzieży z różnych rejonów Polski. Na uwagę zasługuje także fakt, że to pierwsze tego rodzaju badanie po pandemii oraz po wybuchu wojny na Ukrainie. Wiek badanych oscylował między 9 a 21 lat (średnio ok 14 lat). Raport wskazuje na **najczęstsze problemy młodych**, w tym: 52,4% badanych odczuwa brak motywacji do działania, 37,5% doświadcza poczucia samotności, 37% ma problemy ze snem, 32,5% nie akceptuje tego kim jest i jak wygląda, 30,6% zgłasza problemy w nauce, 28% nie ma chęci do życia. Jak pokazuje raport, **zachowania ryzykowne i autodestrukcyjne** wśród młodych nie są rzadkością: 54,1% badanych ogląda gale FAME MMA, 49,1% dokonuje zakupów w grach, 43,3% objada się lub głodzi, 39,5% ogląda w sieci materiały prezentujące przemoc, 34,2% przyznaje, że pomimo złego samopoczucia regularnie ćwiczy ponad siły, 32,8% regularnie się odurza, 20,7% ogląda pornografię, a 16% okalecza swoje ciało. W kontekście rzeczywistości cyfrowej m.in. 33,3% badanych silnie odczuwa FOMO (Fear of Missing Out, czyli lęk przed odłączenie od sieci i nie byciem na bieżąco) a 22,7% uczniów czuje się uzależnionych od nowych technologii. Niepokojące są także inne dane przytoczone w raporcie: 41,9 % badanych przyznało, że w ich najbliższym otoczeniu ktoś mówił o samobójstwie, podjął próbę samobójczą lub odebrał sobie życie; 39,2% myślało

o podjęciu próby samobójczej; 29,3% ma podejrzenie depresji; 25,9% przyznaje, że mówiło o samobójstwie; 20,1% nie chce żyć; 18,6% uczniów planowało samobójstwo (prawie co 5 uczeń!!); 8,8% podjęło próbę samobójczą. Raport ukazuje także, jakie jest doświadczenie przemocy wśród młodych ludzi (przemoc rówieśnicza, także w sieci, hejt; przemoc domowa, zaniedbanie). W obliczu tylu trudności prawie 70% badanych nigdy nie skorzystało z pomocy psychologicznej. Niektórzy (8%) nawet nie wierzą w skuteczność takiego wsparcia. Ponad połowa szuka wsparcia u swoich rodziców, ale podobna liczba młodych deklaruje, że nie ufa innym osobom. Co równie druzgocące prawie połowa uczniów to osoby o skrajnie niskiej samoocenie, a wielu (32,3%) ocenia siebie przez pryzmat swojego ciała. To oczywiście pewien wycinek obszernego raportu z badania, które bardzo wyraźnie pokazuje jak trudna jest sytuacja. Autorzy raportu dokonali również możliwych interpretacji uzyskanych wyników oraz zaproponowali szereg pytań do dyskusji.

**Samobójstwa i próby samobójcze.** Najnowsze dane Komendy Głównej Policji (2024) pokazują niemal trzykrotny wzrost liczby prób samobójczych wśród dzieci i młodzieży między 7 a 18 rokiem życia od roku 2017 do 2022. W roku 2017: 28 osób w wieku 7-12 lat oraz 702 osoby w przedziale wiekowym 13-18 podjęło się próby samobójczej. Liczba ta w kolejnych latach rosła. Wyjątkiem był 2020 rok, kiedy nastąpił spadek liczby prób samobójczych w stosunku do roku poprzedniego (29 prób samobójczych dzieci w wieku 7-12 oraz 814 u młodych w wieku 13-18). Później jednak liczba ta dramatycznie wzrosła i w roku 2022: 85 osób w wieku 7-12 oraz 2008 młodych ludzi między 13 a 18 rokiem życia targnęło się na swoje życie. Statystyki pokazują ponadto, że zmniejsza się odsetek zgonów na skutek prób samobójczych. W 2017 roku 15,26% wszystkich prób wśród dzieci i młodzieży zakończyło się śmiercią, zaś w roku 2023 o połowę mniej tj. 7,45%. Zatrważający jest jednak fakt, że w roku 2022 odnotowano aż 6 zgonów wśród najmłodszych, do 12 roku życia (Komenda Główna Policji, 2024). Przytoczone liczby nie stanowią nawet jednego procenta

wszystkich polskich uczniów. Jak wynika z raportu Dębskiego i Flis (2023) sami uczniowie w 8,8% deklarują, że podejmowali próby samobójcze. Prawdopodobnie więc ogromna część prób samobójczych nie jest nigdzie zgłaszana a przytoczone statystyki policyjne nie oddają realnego rozmiaru omawianego problemu. Dzieje się tak dlatego, że część prób samobójczych nie jest zgłaszana, lub jest odnotowywana jako wypadki, czy samookaleczenia bez intencji samobójczej. Trudno jest odnotować w związku z tym dokładną liczbę prawdziwych prób samobójczych.

### **Wybrane dane dotyczące populacji światowej**

Zdrowie psychiczne i czynniki wpływające na nie jest przedmiotem wielu badań. Szczególnie istotne są badania przeprowadzane w sposób systematyczny i na dużych grupach młodzieży. Przykładem takiego badania jest program badawczy BELLA dotyczący zdrowia psychicznego w ramach niemieckiego krajowego badania dzieci i młodzieży (KiGGS). Problemy zdrowia psychicznego i przypuszczalne ich uwarunkowania badane są w reprezentatywnej próbie N=2863 rodzin z dziećmi i młodzieżą w wieku 7–17 lat z których w finalnym badaniu wzięło udział N=1903 nastolatków (Wille i inni, 2008). W celu identyfikacji problemów psychicznych zastosowano rozszerzoną wersję Kwestionariusza Zasobów i Trudności. Badanie zakładało wyliczenie u ilu dzieci występują poszczególne czynniki ryzyka, okazało się u 29% dzieci nie ma ani jednego czynnika ryzyka, u kolejnych 29% występował jeden czynnik ryzyka, dwa czynniki ryzyka dotyczą 19% dzieci, trzy czynniki 11%, cztery dotyczą 5%, pięć czynników ryzyka występuje u 3% dzieci, sześć czynników ryzyka u 2%, u kolejnych 2% występuje co najmniej 7 czynników ryzyka. Badania pokazują, że około jednej trzeciej populacji niemieckich dzieci nie jest poddana czynnikom ryzyka a w przypadku pozostałych wsparcie bliskich, instytucji i wsparcie



społeczne oraz indywidualne dyspozycje zadecydują o tym czy dzieci będą miały w przyszłości poważne problemy psychiczne.

Z kolei raport dotyczący zdrowia psychicznego młodzieży w wieku 15 lat w Wielkiej Brytanii (Hulbert i inni, 2023) analizuje różne obszary funkcjonowania młodzieży: zdrowie fizyczne, sen, duchowość, nawyki żywieniowe, zachowania seksualne, aktywność fizyczną, oraz ważne elementy zdrowia psychicznego takie jak: Poczucie satysfakcji z życia, jest wyższa u chłopców w porównaniu do dziewcząt (71% vs 38%). Badania pokazują że 23 % populacji młodzieży dotyczy poczucie samotności a 25% populacji dzieci z wielkiej Brytanii dotyczy celowe samookaleczanie się. W zakresie używanie mediów, zanotowano wzrost korzystania z nich. Także 26% młodych ludzi wydaje pieniądze na gry internetowe a 11% ukrywa fakt korzystania z gier przed bliskimi, 13% ma konflikty w domu z powodu grania. Próbką brytyjska pokazuje także, że zanotowano wzrost używania alkoholu wśród dziewcząt, poziom używania alkoholu u chłopców pozostał bez zmian. Badania te co cenne pokazują nie tylko negatywne aspekty zdrowia psychicznego, ale także wymiar pozytywny mierząc takie parametry jak na przykład poczucie skuteczności (radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów - chłopcy częściej deklarują skuteczność w rozwiązywaniu problemów niż dziewczyny. Spośród badanej próby 57% respondentów spełnia kryteria wysokiego nastroju, 24% niski nastrój; 19 % zgłasza ryzyko depresji. Szczególnie widoczne było to u dziewcząt w wieku 13-15 r.ż. z mniej zamożnych rodzin (45%). Ponadto zanotowano także spadek młodych spożywania wspólnych posiłków w rodzinie w roku 2022 (37%) w porównaniu do roku 2010 (52%). Poczucie wsparcia rodziny deklarowało 51% młodych ludzi, choć tendencja jest spadkowa w porównaniu do roku 2018 (54%). Wsparcie społeczne odczuwane ze strony przyjaciół deklarowało 37% młodych ludzi. Ponadto mierzono także że stosunek do szkoły a wyniki pokazują że jest on coraz bardziej negatywny.

Ponadto przegląd danych z USA (CDCP, 2022) pokazuje że problem samobójstw

wśród młodzieży 10-14 r.ż. jest na drugim a w grupie 15-24 r.ż. na trzecim miejscu spośród przyczyn śmierci. Trend w USA pokazuje że samobójstwo w przedziale wiekowym 10-34 r.ż. jest jedną z najczęstszych przyczyn śmierci.

### **Wskaźniki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

Zarówno w Polsce jak i za granicą pojawia się wiele danych, z jednej strony są to parametry oceniające zdrowie psychiczne zoperacjonalizowane w różny sposób. Takie dane pokazują kondycję zdrowia psychicznego i dynamikę tych zjawisk w populacji. Poza samymi parametrami kondycji zdrowia psychicznego istotna jest też świadomość czynników ryzyka i czynników chroniących.

Ten podrozdział będzie prezentował zestawienie takich właśnie danych podzielonych na powyższe grupy. Dobrano dane według następującego klucza. Skupiono się na danych nie starszych niż 6 lat, a więc od 2018 roku. Dane podzielono na dwie części, dane z tzw. twardym wskaźnikiem czyli odsetkiem prób samobójczych ogólnodostępnych z baz policji oraz wskaźniki "miękkie", probabilistyczne, takie jak deklaracja osób badanych.

Najbardziej dramatycznym zestawieniem obrazującym kondycję psychiczną są dane o próbach samobójczych dzieci i młodzieży. Tabela 1 poniżej prezentuje dane polskie na podstawie statystyk policji w Polsce. Dane pokazują ilość prób samobójczych w grupach wiekowych. Uwagę zwraca gwałtowny wzrost prób samobójczych w 2022 roku.

Tabela 1. Zestawienie prób samobójczych i śmiertelnych prób samobójczych dzieci i młodzieży (opracowanie własne na podstawie, Komenda Główna Policji, 2022).

<b>Rok</b>	<b>Liczba zamachów samobójczych ogółem w populacji polskiej</b>	<b>Liczba zamachów 7-12 r.ż.</b>	<b>Liczba prób śmiertelnych 7-12 r.ż.</b>	<b>Liczba zamachów w grupa wiekowa 13-18 r.ż.</b>	<b>Liczba prób śmiertelnych 13-18 r.ż.</b>
2017	N=11139	N=28	N=1	N=702	N=115
2018	N=11167	N=26	N=5	N=746	N=92
2019	N=11961	N=46	N=4	N=905	N=94
2020	N=12013	N=29	N=1	N=814	N=106
2021	N=13798	N=85	N=2	N=1411	N=125
2022	N=14520	N=85	N=6	N=2008	N=150

Oznaczenia w tabeli: N - liczebność

Pozostałe wskaźniki kondycji zdrowia psychicznego prezentuje Tabela 2. Ujęto w niej m. in. parametry takie jak samookaleczenia, poczucie samotności, próby, myśli i plany samobójcze. Celowo dane o próbach samobójczych oddzielono od danych Policji, gdyż dane w tabeli 2 pochodzą z danych deklaratywnych. Jak wiadomo nie wszystkie próby samobójcze są zgłaszane i ujęte jako próby samobójcze w systemie. Wiele prób samobójczych może być zakamuflowanych jako nieszczęśliwy wypadek, czy samookaleczenie, stąd badania pokazujące deklarację prezentują bardziej dokładne dane, choć na pewno zaniżone mimo wszystko.

Tabela 2. Dane dotyczące zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Aspekt zdrowia psychicznego	Wskaźnik w populacji (Dziewczynki ; Chłopcy)	Populacja: PL / ogólna	Źródło
Poczucie samotności	23% (32,0% D i 15,0% Ch)	Badanie oryginalne Wielka Brytania N=5316 Populacja 11-15 r.ż.	(Hulbert i inni, 2023)
	37,5%	Badanie oryginalne Polska N=184447 Populacja 9-21 r.ż.	(Dębski, Flis, 2023)
Samookaleczenia	25% (25% D i 25% Ch)	Badanie oryginalne Wielka Brytania N=5316	(Hulbert i inni, 2023)
	36,5%	Badanie oryginalne Polska Populacja 11-15 r.ż.	(Kurzępa, Kopec, 2023)
	16 %	N=20509 Populacja 13-25 r.ż.	(Dębski, Flis, 2023)
Deklarowane próby samobójcze	4,37% (5,34% D 2,14% Ch)	Polska N= 5685 Populacja 13-19 r.ż.	(Zygo i in., 2019)
	8,8%	N=184447 Populacja 9-21 r.ż.	(Dębski, Flis, 2023)
Myśli samobójcze	24,66% (28,57% D 15,63% Ch)	Polska N= 5685 Populacja 13-19 r.ż.	(Zygo i in., 2019)

Aspekt zdrowia psychicznego	Wskaźnik w populacji (Dziewczynki ; Chłopcy)	Populacja: PL / ogólna	Źródło
Plany samobójcze	15,55%	Badanie oryginalne	(Zygo i in., 2019)
	(18,04% D 9,77% Ch)	Polska N= 5685	
	39,2%	Populacja 13-19 r.ż. N=184447 Populacja 9-21 r.ż.	(Dębski, Flis, 2023)
Ryzyko depresji	17,7% D i 3,2% Ch	Badanie oryginalne Polska N=706 Populacja 15 r.ż.	(Shchudlo i Futysh, 2019)
Uzależnienia (papierosy, e-papierosy, alkohol, narkotyki, dopalacze)	2,81 % (dopalacze)	Badanie oryginalne	(Kurzępa, Kopeć, 2023)
	5,42 % (papierosy)	Polska N=22509 Populacja 13-25 r.ż.	
	36,07% (spożywanie alkoholu)	Badanie oryginalne Polska N=541 Populacja 13-17 r.ż.	(Nowak i in., 2018)
44,72% D, 28,72% Ch			
Problemowe przyjmowanie substancji psychoaktywnych	20,8% 19,1% D; 22,2 Ch	Badanie oryginalne Polska N=706 Populacja 15 r.ż.	(Shchudlo i Futysh, 2019)

Aspekt zdrowia psychicznego	Wskaźnik w populacji (Dziewczynki ; Chłopcy)	Populacja: PL / ogólna	Źródło
Problemowe używanie Internetu (hazard, pornografia)	20,7%	Badanie oryginalne N=184447 Polska Populacja 9-21 r.ż)	(Dębski, Flis, 2023)
Bycie ofiarą cyberprzemocy	8,00 (3,56% D.; 4,44 % Ch.)	Badanie oryginalne N=440 Europa Populacja 12-16 r.ż.	(Wachs i in., 2021)

Oznaczenia w tabeli: D - Dziewczyny; Ch - Chłopcy; N - liczebność

## Czynniki ryzyka i zasoby

Kolejny aspekt to czynniki ryzyka, które mają przełożenie na zdrowie psychiczne. Mogą to być czynniki związane z cechami osobistymi dziecka, środowiskiem, czynnikami społecznymi czy doświadczeniem trudnych sytuacji, przekraczających zasoby dziecka. Są to zachowania związane zarówno z eksperymentowaniem z substancjami i zachowaniami uzależniającymi, jak i zaangażowaniem w niebezpieczne zachowania, jak na przykład cyberprzemoc (jako sprawca lub ofiara). Uzależnienia behawioralne mogą być związane np. z używaniem nowych technologii czy korzystaniem z pornografii. Tabela 3 prezentuje zestawienie poszczególnych czynników ryzyka w populacji dzieci i młodzieży.

Kryterium doboru danych, pokazujących czynniki ryzyka i czynniki chroniące, był wiek dzieci i młodzieży do 25 roku życia oraz pochodzenie danych z badań europejskich. Dane z innych kontynentów mogą nie być adekwatne do sytuacji europejskiej. Ze względu na to że czynniki ryzyka wynikają z teorii i w pewnym sensie nie przedawniają się, zdecydowaliśmy się nie stosować kryterium ograniczenia się do najnowszych danych. Poza wiekiem kryterium była cytowalność wg google scholar, a więc w pewnym sensie znaczenie nadane przez naukowców danym z badań.

Tabela 3. Czynniki ryzyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży i ich istotność wpływu na zdrowie psychiczne

Istotne czynniki ryzyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	Aspekt zdrowia psychicznego	Badana próba	Źródło
Niska samoocena, konflikty rodzinne, choroby psychiczne rodziców, konflikty w związkach, samotny rodzic, ojczym / macocha, niechciane ciąży, niskie wsparcie społeczne, chroniczne choroby rodziców, bezrobocie, napięcia w rodzinie, psychiatryczne symptomy u rodziców, psychologiczna i fizyczna jakość życia (SF-12)	Ryzyko choroby psychicznej	Badanie oryginalne N= 1903 Europa Populacja 7-17 r.ż.	Wille i inni, 2008
Niska psychologiczna jakość życia (SF-12), Bycie dziewczyną, niska samoocena, niskie wsparcie społeczne, niskie wsparcie rodziny	Poczucie jakości życia związane ze zdrowiem (Kidscreen)	Badanie oryginalne N=15945 Europa Populacja 8-18 r.ż.	Ravens - Sieberer, 2008
Style radzenia sobie ze stresem (CSQ)- Unikowe radzenie sobie ze stresem, Nieprzyjemne wydarzenia życiowe.	Dystres (cierpienie psychiczne)	Badanie oryginalne N= 392	Wilkinson, Walford i Espnes, 2000

Istotne czynniki ryzyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	Aspekt zdrowia psychicznego	Badana próba	Źródło
		Norwegia	
		Populacja 16-25 r.ż.	
Uzależnienie, odrzucenie przez rodziców, lęk, depresja, zagrożenie w szkole	fantazje samobójcze	Badanie oryginalne N=988 Niemcy 14-18 r.ż.	Kirkcaldy, Eysenck, i Siefen, 2004
Dziewczęta częściej zgłaszają problemy w zdrowiu psychicznym, doświadczenie dyskryminacji, trudności społeczne i problemy w zachowaniu	Problemy w zdrowiu psychicznym	Badanie oryginalne N=2184 Portugalia 11-18 r.ż.	Neto, 2009
Zaburzenia buntowniczo - opozycyjne, impulsywność, zaburzenia uwagi, negatywne symptomy emocjonalne, mały kontakt z sąsiadami, trudności z rówieśnikami, lęk separacyjny	Problemy w zdrowiu psychicznym	Badanie oryginalne N=474 Szwecja 15 r.ż.	Tate i inni, 2020
Poczucie presji szkolnej, Poczucie bezradności, odrzucenie, samotność, poczucie winy, impulsywność, używanie substancji psychoaktywnych, złość, zemsta, problemy szkolne, konflikty rodzic -dziecko, konflikty z rówieśnikami, przemoc ze strony członków rodziny, uzależnienie członków rodziny	Motywy podjęcia próby samobójczej	Badanie oryginalne N=5685 Polska 13-19 r.ż.	Zygo i inni, 2019
Słaba relacja dziecko - rodzic, rozbieżności w komunikacji rodzic -dziecko, presja kontroli rodzicielskiej	Poczucie Jakości życia	badanie oryginalne N=477	Kapetanovic i Boson, 2022



Istotne czynniki ryzyka zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży	Aspekt zdrowia psychicznego	Badana próba	Źródło
		Szwecja	
		12-18 r.ż.	

Oznaczenia w tabeli: N - liczebność

Dla równowagi czynniki chroniące, rozumiane jako zasoby jednostki równoważą wpływ czynników ryzyka i stanowią czynniki wzmacniające jednostkę. Mogą to być udzielane przez środowisko, bliskich i instytucje (szkoła, placówki pomocy psychologicznej) wsparcie, a także zasoby wewnętrzne jednostki takie jak umiejętności społeczne, cechy osobowości, umiejętność radzenia sobie i inne. Poza samym wprowadzaniem zasobów działających przeciw czynnikom ryzyka ważna jest też dostępność zasobów. Badania pokazują że nawet ok 40 % populacji może mieć niską lub bardzo niską dostępność czynników chroniących (Wille i inni, 2008). Wobec wielości czynników ryzyka, być może to właśnie dostępność czynników chroniących jest kluczowa. Im więcej czynników ryzyka działa na jednostkę w jednym momencie, tym silniejszy negatywny wpływ na jednostkę, chyba że zostanie on zbuforowany przez zasoby (Hobfoll, 2011). Zasoby te jednak powinny być dostępne jednostce a jednostka powinna umieć z nich skorzystać. Zestawienie zasobów prezentuje Tabela 4.

Tabela 4. Dane dotyczące zasobów jednostki tłumiących czynniki ryzyka psychiczne

<b>Czynniki chroniące zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży</b>	<b>Aspekt zdrowia psychicznego</b>	<b>Badana próba</b>	<b>Źródło</b>
Zasoby osobiste, samoskuteczność, optymizm, satysfakcja, pozytywny obraz siebie, pozytywny klimat w rodzinie, wsparcie rodziców, wsparcie społeczne, kompetencje rówieśnicze	Ryzyko choroby psychicznej	N= 1903 Populacja 7-17 r.ż.	Wille i inni, 2008
Style radzenia sobie ze stresem (CSQ): zadaniowe radzenie sobie ze stresem	Dystres	N= 392 Norwegia Populacja 16-25 r.ż.	Wilkinson, Walford i Espnes, 2000
Akceptacja rodziców, pozytywny wizerunek siebie, dobre kompetencje językowe	Fantazje samobójcze	N=988 Niemcy 14-18 r.ż.	Kirkcaldy, Eysenck, i Siefen, 2004
Wewnętrzna religijność, duchowa dojrzałość i samotranscendencja	Zdrowie psychiczne i pozytywne psychologiczne funkcjonowanie	N=898 Wielka Brytania 17-26 r.ż.	Sanders i inni, 2015
Kontakty międzykulturowe, dostosowanie psychospołecznego	Problemy w zdrowiu psychicznym	Badanie oryginalne N=2184 Portugalia 11-18 r.ż.	Sanders i inni, 2015

Oznaczenia w tabeli: N - liczebność

## **Dobre praktyki co do zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży**

Ujmujące są działania Fundacji UNAWEZA. Wspomniany wcześniej projekt MŁODE GŁOWY to nie tylko badanie stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Stanowi on również kampanię edukacyjną skierowaną do młodych, rodziców i do nauczycieli. W gronie specjalistów opracowywane są działania długoterminowe z obszaru profilaktyki, jak również pomocy psychologicznej. Na stronie internetowej [www.mlodeglowy.pl](http://www.mlodeglowy.pl) można znaleźć mnóstwo informacji na temat trudności, z jakimi borykają się młodzi ludzie oraz gotowe narzędzia do wykorzystania w pracy z tymi problemami. To potężna baza wiedzy, do której mogą sięgać zarówno rodzice, nauczyciele i specjaliści pracujący z młodzieżą jak i sami nastolatki. Cytowany wcześniej raport ([{Updating}](#)) zawiera także szereg rekomendacji, które warto wdrożyć dla polepszenia stanu psychicznego młodych ludzi.

Wiele ciekawych projektów i programów, skierowanych zarówno do młodzieży jak i do rodziców, proponuje także Instytut Profilaktyki Zintegrowanej. Dla przykładu program Archipelag Skarbów jest ukierunkowany na osłabienie czynników ryzyka i wzmacnianie działania czynników chroniących, które mają udokumentowany w badaniach związek z podejmowaniem przez młodzież zachowań problemowych. Wzmacniane czynniki chroniące to: więź z rodzicami, nauczycielami oraz innymi pozytywnymi dorosłymi oraz utożsamianie się z własnym systemem wartości (religijnym lub świeckim). Uczestniczenie w programie ma chronić młodzież przed negatywnym wpływem przebywania w środowisku osób, które sięgają po substancje psychoaktywne (alkohol i narkotyki).

Jak wynika z raportu Grzelak i Żyro (2023) w niektórych szkołach kondycja psychiczna uczniów jest lepsza od kondycji uczniów innych szkół. Warto zwrócić uwagę na związane ze szkołą czynniki chroniące, które wpływają na poprawę lub na obniżenie kondycji psychicznej uczniów.

Średnia kondycja psychiczna młodzieży jest wyższa w szkołach, w których:

- wsparcie osób dorosłych, tj. rodziców i nauczycieli, jest większe, a nauczyciele są zaangażowani w swoją pracę, dzielą się swoim doświadczeniem życiowym i pomagają uczniom w trudnościach, dodając im wiary w siebie;
- wsparcie rówieśników jest większe i więcej jest uczniów, którzy mają przyjaciół;
- młodzież czuje się bardziej bezpiecznie w swoich klasach, w których panuje atmosfera akceptacji i życzliwości oraz gotowości do wzajemnego wsparcia;
- wyższy jest odsetek uczniów, dla których wiara/religia ma znaczenie w życiu.

Średnia kondycja psychiczna młodzieży jest niższa w szkołach, w których:

- uczniowie częściej doświadczają cyberprzemocy – zarówno jako ofiary, jak i jako sprawcy;
- wyższy odsetek uczniów włącza się w grupy rówieśnicze, w których pije się alkohol, pali papierosy, korzysta z narkotyków;
- więcej uczniów odczuwa stres z powodu obowiązków szkolnych. (Grzelak, Żyro, 2023)

Raport z badania potrzeb dotyczących działań profilaktycznych pracowników szkół na różnym etapie kształcenia (Miziołek, Król, Zdybek, 2023), wykonany na zlecenie Fundacji Wypłyn na Głębię, pokazuje, że pracownicy oświatowi a także rodzice dostrzegają, co jest potrzebne, aby w szkole miała miejsce efektywna profilaktyka. Pracownicy oświatowi zwracają uwagę na konieczność szkoleń w tym zakresie a także na potrzebę współpracy wszystkich pracowników szkoły i zadbanie o dobrą atmosferę w szkole. Rodzice zauważają potrzebę dobrej komunikacji szkoły z rodzicami i również są otwarci na przeznaczone dla nich spotkania i szkolenia.

## Przegląd skuteczności programów profilaktycznych samobójstw dzieci i młodzieży

Przegląd efektywności programów oddziaływań profilaktycznych jest rozległym zadaniem a raportowanie pojedynczych badań jest mniej efektywne niż metaanaliz i systematycznych przeglądów literatury, które ujmują więcej badań dokonują syntezy wniosków. Tabela 5 przedstawia ocenę skuteczności poszczególnych programów w odniesieniu do młodzieży szkolnej.

Kryterium doboru danych była cytowalność danych i zaprezentowanie recenzowanych badań pozwalających na weryfikację wpływu danego programu. Prezentowane są programy weryfikowane eksperymentalnie, z grupą kontrolną. Programy powinny być stosowane wobec dzieci i młodzieży i pozwolić na nazwanie czynnika który wspiera zdrowie psychiczne.

Tabela 5. Przegląd analiz skuteczności programów przeciwdziałających samobójstwom u dzieci i młodzieży.

Program	Grupa odniesienia	Efektywność	Źródło
Szkolne programy zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży.	32 badania nad młodzieżą szkolną 12-18 r.ż.  Czas trwania programów 2-111 dni	poprawa wiedzy, postaw do poszukiwania pomocy, nie ma dowodów na to, że zmniejszają liczbę samobójstw.	Przegląd literatury,  Cusimano i Sameem, 2010
Programy dla rodziców i nauczycieli skierowane na rozpoznanie uczniów zagrożonych samobójstwem	13 badań nad nad programami typu „gatekeeper”.	Programy „gatekeeper” prowadzą do zwiększonej umiejętności rozpoznawania młodzieży zagrożonej samobójstwem ale nie wpływa to spadek prób samobójczych.	Przegląd literatury,  Torok i inni, 2019

Programy skierowane na zapobieganie samobójstwom	20 badań obejmujących różne strategie dla młodzieży 11-18 r.ż.	Uczenie umiejętności społecznych; programy liderów młodzieżowych działają szczególnie w grupach zagrożonych; programy krótkoterminowe typu „gatekeeper” skierowane do dorosłych mają sens jako element programu a nie jako główna część.	Przegląd literatury: Surgenor, Quinn i Hughes (2016)
--	--	--	---

---

Bardzo ciekawe rekomendacje płyną z programu przeglądów literatury z całego świata. Publikacje autorstwa Surgenor, Quinn i Hughes (2016) zawiera w sobie analizę badań oraz rekomendacje teoretyczne, które mogą służyć jako kierunkowskaz dla tworzenia programów profilaktycznych.

Pierwsza kwestia to długość trwania programów. Jednorazowe spotkania (jedno lub dwa) są w większości nieefektywne, zarówno jeśli adresatami jest młodzież, jak i nauczyciele czy rodzice. Uczniowie powinni mieć przestrzeń na refleksję, na przemyślenie. Pojedyncze spotkanie nie jest wobec tego rekomendowane (por. Lonka i Ahola, 1995; Fountoulakis, Gonda, and Rihmer, 2011; Surgenor, Quinn i Hughes, 2016). Po drugie kursy interaktywne, które obejmują spotkanie ze specjalistą w dziedzinie, który pasuje do kontekstu problemu zwiększa prawdopodobieństwo, że program będzie efektywny. Ponadto ważne jest aby stosować metody nie tylko wykładowe, ale też dyskusje, czy korzystać z materiałów interaktywnych. (por. Cross i in., 2011; White i in., 2012; Surgenor, Quinn i Hughes (2016). Należy jasno zdefiniować efekty programu, co umożliwi też precyzyjne zaplanowanie pomiaru skuteczności (Anderson i in., 2001; Surgenor, Quinn i Hughes, 2016). Programy powinny być elastyczne, tak aby dostosować ich realizację do danej sytuacji, otoczenia. Może

okazać się w trakcie realizacji, że jakaś sytuacja, problem występujący w otoczeniu może być na tyle ważny że trzeba zmodyfikować przebieg programu (Stein et al., 2010; Wasserman i in., 2012). W szkołach realizatorami powinny być osoby z zewnątrz, uczniowie są bardziej niechętni do współpracy z nauczycielami z powodu ich roli (Petrova i in., 2015; Wyman i in., 2010; Surgenor, Quinn i Hughes (2016). Warto skupić się na szerszym zakresie czynników niż tylko myśli czy postawy wobec samobójstw. Może to być edukacja na temat ośrodków pomagających w sytuacjach kryzysowych, rozpoznawania emocji, budowania relacji, badanie związku między myśleniem, odczuwaniem i działaniem, trening asertywności, rozmowa ze sobą i pozytywne myślenie, psychoedukacja, zagadnienia społeczne, media i różne strategie radzenia sobie, (por. Miller, 2014; Wasserman i in., 2012; Surgenor, Quinn i Hughes, 2016). Lepiej nie wybierać specyficznych i zawężonych czynników ryzyka, aby nie przeoczyć tych, które akurat są w danej społeczności szczególnie intensywne.

## Podsumowanie i zalecenia

- Nie należy postrzegać fenomenu zdrowia psychicznego jedynie z perspektywy danych medycznych, które skupiać mogą się na epidemiologii zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży, wykazanych przez systemy medyczne. Pomiar zdrowia powinien ujmować także poczucie jakości życia, szczęścia, doświadczenie smutku, samotności i innych wymiarów psychologicznych.
- Analizując próby samobójcze dzieci i młodzieży można zauważyć wzrost ogólnej liczby zamachów samobójczych: Ogólna liczba zamachów samobójczych w populacji polskiej wykazuje tendencję wzrostową w badanym okresie - od 2017 do 2022 roku.
- Wzrost w grupie wiekowej 13-18 lat jest szczególnie zauważalny i ta grupa wiekowa powinna zostać objęta programami interwencyjnymi. Interwencja powinna dotyczyć redukcji negatywnych czynników mających wpływ na zdrowie psychiczne.
- Grupa wiekowa 7-12 natomiast powinna zostać objęta działaniami profilaktycznymi.
- Konieczne jest umożliwienie przeprowadzania badań psychologicznych w formie badań podłużnych umożliwiających przekazywanie dynamiki zmian w zdrowiu psychicznym oraz badań eksperymentalnych co umożliwia wnioskowanie przyczynowo skutkowe.
- Konieczne jest wsparcie psychologiczne i społeczne dzieci. Rozwijanie dostępności do usług wsparcia psychologicznego i społecznego dla osób znajdujących się w grupach wiekowych o podwyższonym ryzyku. Wydaje się to szczególnie problematyczne dla młodzieży z mniejszych miejscowości z brakiem dostępu do specjalistów.
- Ważne jest, aby wszelkie działania były wynikiem współpracy między sektorem zdrowia publicznego, edukacyjnym, społecznym i psychologicznym w celu skutecznej profilaktyki samobójstw, szczególnie wśród młodzieży.



- Zwiększenie dostępności do wsparcia psychospołecznego dla dzieci i młodzieży z grup ryzyka, szczególnie tych doświadczających konfliktów rodzinnych, chorób psychicznych rodziców, doświadczających przemocy dyskryminacji.
- Wczesne rozpoznawanie i interwencja w przypadku osób doświadczających stresu, uzależnień, kryzysów psychicznych, eksperymentowania z substancjami, czy zgłaszających myśli samobójcze lub okaleczające się, doświadczające samotności, przemocy fizycznej czy seksualnej z uwzględnieniem specyfiki płciowych różnic.
- Promocja zdrowia psychicznego w szkole: wprowadzenie programów promocji zdrowia psychicznego w szkołach, z uwzględnieniem dostosowania oczekiwań szkolnych ze strony nauczycieli i rodziców wobec dzieci.
- Zwiększenie świadomości i działań przeciwdziałających dyskryminacji oraz trudnościom społecznym, które mogą wpływać na zdrowie psychiczne młodzieży poprzez doświadczenie wykluczenia i samotności młodych ludzi.
- Istotne jest zwrócenie uwagi na czynniki chroniące zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży takie jak: 1) zasoby osobiste: samoskuteczność, optymizm, satysfakcja, pozytywny obraz siebie; 2) zasoby rodzinne: pozytywny klimat w rodzinie, wsparcie rodziców, więzi emocjonalne w rodzinie; 3) zasoby społeczne: wsparcie społeczne, kompetencje rówieśnicze.
- Wsparcie programów rozwijających kompetencje życiowe: inwestycje w programy edukacyjne i społeczne, które rozwijają umiejętności życiowe, takie jak samoskuteczność, radzenie sobie ze stresem, rozwijanie umiejętności społecznych.
- Promocja zdrowego klimatu rodzinnego: wspieranie inicjatyw promujących budowanie relacji rodzinnych bez presji i stresu (programy dla rodziców).

- Wspieranie działań antydyskryminacyjnych i działania na rzecz integracji społecznej i wspieranie kontaktów międzykulturowych może wpływać na zdrowie psychiczne poprzez rozwijanie akceptacji różnic.
- Wsparcie dla programów promujących zdrowie psychiczne w szkołach poprzez prowadzenie programów edukacyjnych w szkołach, które skupiają się na budowaniu kompetencji społecznych, wsparcia rówieśniczego i zdrowego radzenia sobie ze stresem.
- Zapewnienie dostępu do wsparcia psychospołecznego i inwestycje w dostępność usług psychospołecznych dla dzieci i młodzieży, zapewniając wsparcie dla tych, którzy doświadczają problemów zdrowia psychicznego.
- Promowanie przez władze zdrowia psychicznego poprzez wspieranie różnorodnych inicjatyw, programów edukacyjnych i usług społecznych, które skupiają się na budowaniu zasobów jednostki i środowisk, które chronią przed czynnikami ryzyka psychicznego.

## Literatura cytowana:

- Argyle, M. (2013). *The social psychology of everyday life*. Routledge.
- Baer, J., MacLean, M., i Marlatt, G. (1998). Linking etiology and treatment for adolescent substance abuse: Toward a better match. In R. Jessor (Ed.), *New perspectives on adolescent risk behavior* (pp 182–220). Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beisert, M. (2022). *Masturbacja dziecięca. Od diagnozy do interwencji*. Warszawa: PWN.
- Bryant, A. L., & Zimmerman, M. A. (2002). Examining the effects of academic beliefs and behaviors on changes in substance use among urban adolescents. *Journal of Educational Psychology*, 94, 621–637.
- CBOS (2021). *Samopoczucie Polaków w roku 2020*. Pobrano 5 stycznia 2024 z: [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl).
- CBOS (2023). *Samopoczucie Polaków w roku 2022*. Pobrano 5 stycznia 2024 z: [www.cbos.pl](http://www.cbos.pl).
- Centers for Disease Control and Prevention (2022) *WISQARS Leading Causes of Death Visualization Tool*. Pobrano 5 styczeń 2024, z <https://wisqars.cdc.gov/lcd/>
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., i Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In *Social support: Theory, research and applications* (pp. 73-94). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Cross, W. F., Seaburn, D., Gibbs, D., Schmeelk-Cone, K., White, A. M., i Caine, E. D. (2011). Does practice make perfect? A randomized control trial of behavioral rehearsal on suicide prevention gatekeeper skills. *Journal of Primary Prevention*, 32, 195–211.
- Cusimano, M. D., i Sameem, M. (2010). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*.

- Dębski M., Flis J. (2023). MŁODE GŁOWY. Otwarcie o zdrowiu psychicznym. Raport z badania dotyczącego zdrowia psychicznego, poczucia własnej wartości i sprawczości wśród młodych ludzi w Polsce, Fundacja UNAWEZA, Warszawa
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., i Lazarus, R. S. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 71.
- Folkman, S., Chesney, M., Pollack, L., i Coates, T. (1993). Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and-negative gay men in San Francisco. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(7), 409-416.
- Fountoulakis, K. N., Gonda, X., i Rihmer, Z. (2011). Suicide prevention programs through community intervention. *Journal of Affective Disorders*, 130(1), 10–16.
- Fraser, M. W., Galinsky, M. J., i Richman, J. M. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social work research*, 23(3), 131-143.
- Grzelak, S., Żyro, D. (2023). Jak wspierać młodzież w niestabilnym świecie? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i ochrony zdrowia psychicznego po trudnych latach 2020-2022. Warszawa: Instytut Profilaktyki Zintegrowanej.
- Hobfoll, S. E. (2011). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*, 127, 147.
- Hulbert, S., Eida, T., Ferris, E., Hrytsenko, V., i Kendall, S. (2023). HBSC England National Report: Findings from the 2001-2022 HBSC study for England.
- Instytut Pokolenia, (2023). Smartfon? Tak, ale z głową! Jak ustalać zasady bezpiecznego korzystania z technologii cyfrowych. Pobrano 5 stycznia 2024 z: [instytutpokolenia.pl](http://instytutpokolenia.pl).
- Kapetanovic, S., i Boson, K. (2022). Discrepancies in parents' and adolescents' reports on parent-adolescent communication and associations to adolescents' psychological health. *Current Psychology*, 41(7), 4259-4270.

- Kirkcaldy, B. D., Eysenck, M. W., i Siefen, G. R. (2004). Psychological and social predictors of suicidal ideation among young adolescents. *School Psychology International*, 25(3), 301-316.
- Komenda Główna Policji (2024). Zamachy samobójcze od 2017 roku. Statystyka. Pobrano 5 styczeń 2024, z <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze>.
- Kurzępa, J., Kopeć, P. (2023). Wyniki wybranych aspektów z badań w projekcie Młodzież 4.0 (postawy wobec: ekologii i środowiska naturalnego, czasu wolnego, rekreacji, seniorów, zachowań ryzykownych). W: W. Urbanik (red.). *Portret współczesnej polskiej młodzieży w świetle projektu Młodzież 4.0, tom I*, 3-55. Pobrano 5 stycznia 2024 z [mlodziej4zero.pl](http://mlodziej4zero.pl).
- Lakey, B., i Cohen, S. (2000). Social support and theory. *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*, 29, 29-49.
- Lazarus, R.S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lonka, K., i Ahola, K. (1995). Activating instruction: How to foster study and thinking skills in Higher Education. *European Journal of Psychology of Education*, 10, 351–368.
- Miziołek, D., Król, M., Zdybek, P. (2023). Raport z badania potrzeb dotyczących działań profilaktycznych pracowników szkół na różnym etapie kształcenia. Fundacja “Wy płyn na Głębię”.
- Neto, F. (2009). Predictors of mental health among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 375.
- Nowak, M., Papiernik, M., Mikulska, A., i Czarkowska-Paczek, B. (2018). Smoking, alcohol consumption, and illicit substances use among adolescents in Poland. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1–8.
- Obuchowska, I. (2008). *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży - wybrane zagadnienia*. W: H. Sęk (red.). *Psychologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

OECD. (2023). *PISA 2022 Results (Volume II): Learning During – and From – Disruption*.

OECD. <https://doi.org/10.1787/a97db61c-en>

Orwid, M. (2007). *Rozwój i specyfika psychiatrii dzieci i młodzieży*. W: I. Namysłowska (red.).

*Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZZWL.

Ostaszewski, K., i Zimmerman, M. A. (2006). The effects of cumulative risks and promotive factors on urban adolescent alcohol and other drug use: A longitudinal study of resiliency. *American journal of community psychology*, 38, 237-249.

Petrova, M., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K., i Pisani, A. R. (2015). Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. doi:10.1111/sltb.12156.

Ranjbaran, M., Mohammadshahi, F., Mani, S., i Karimy, M. (2018). Risk factors for addiction potential among college students. *International journal of preventive medicine*, 9.

Rasskazova, E. I., Sh, T. A., Falkovskaia, L. P., Kiseleva, A. L., Kremlev, A. E., i Artamonova, E. G. (2019). Psychological indicators of delinquent behavior in adolescents: The potential of the 'psychological risk factors of deviant behavior in adolescents inventory' for differentiating between adolescents with delinquent behavior, drug addiction, and controls. *Psychology in Russia*, 12(3), 137.

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., Wille, N., i European KIDSCREEN Group. (2008). Mental health of children and adolescents in 12 European countries—results from the European KIDSCREEN study. *Clinical psychology i psychotherapy*, 15(3), 154-163.

Sanders, P. W., Allen, G. K., Fischer, L., Richards, P. S., Morgan, D. T., i Potts, R. W. (2015). Intrinsic religiousness and spirituality as predictors of mental health and positive psychological functioning in Latter-day Saint adolescents and young adults. *Journal of religion and health*,

54, 871-887.

Schwarzer, R., i Leppin, A. (1991). Social support and health: A theoretical and empirical overview.

Journal of social and personal relationships, 8(1), 99-127.

Seligman, M. E. P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). Psychopatologia. Poznań: Zyks i S-ka.

Shchudlo, S., i Futysh, M. (2019). Mental Health of Adolescents in Ukraine and Poland: Comparative

Analysis of Internalizing and Externalizing Disorders. Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy, 2 (31).

Stein, B. D., Kataoka, S. H., Hamilton, A. B., Schultz, D., Ryan, G., Vona, P., i Wong, M. (2010). School

personnel perspectives on their school's implementation of a school-based suicide prevention program. The Journal of Behavioral Health Services i Research, 37(3), 338–349.

doi:10.1007/s11414-009-9174-2.

Stewart, W. (1989). Higher Education in Post-war Great Britain. Springer. Swendsen, J., i Le Moal, M.

(2011). Individual vulnerability to addiction. Annals of the New York Academy of Sciences, 1216(1), 73-85.

Surgenor, P. W., Quinn, P., i Hughes, C. (2016). Ten recommendations for effective school-based,

adolescent, suicide prevention programs. School Mental Health, 8(4), 413-424.

Tate, A. E., McCabe, R. C., Larsson, H., Lundström, S., Lichtenstein, P., i Kuja-Halkola, R. (2020).

Predicting mental health problems in adolescence using machine learning techniques. PloS one, 15(4), e0230389.

Teleon, A., Włoszczak-Szubzda, A. (2019). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Polsce a rola

rodziny. Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu, 25, 1, 6-11.

Torok, M., Callear, A. L., Smart, A., Nicolopoulos, A., i Wong, Q. (2019). Preventing adolescent suicide:

A systematic review of the effectiveness and change mechanisms of suicide prevention

gatekeeping training programs for teachers and parents. *Journal of adolescence*, 73, 100-112.

Wachs, S., Mazzone, A., Milosevic, T., Wright, M. F., Blaya, C., Gámez-Guadix, M., i Norman, J. O. (2021). Online correlates of cyberhate involvement among young people from ten European countries: An application of the Routine Activity and Problem Behaviour Theory. *Computers in Human Behavior*, 123, 106872.

Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabi', S., et al. (2012). Suicide prevention for youth-a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1), 776.

White, J., Morris, J., i Hinbest, J. (2012). Collaborative knowledgemaking in the everyday practice of youth suicide prevention education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 25(3), 339–355.

WHO Statistical Information System. WHO, 2022 [online]. Available from URL:  
<http://www.who.int/whosis>

Wilkinson, R. B., i Walford, W. A. (1998). The measurement of adolescent psychological health: One or two dimensions?. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(4), 443-455.

Wilkinson, R. B., Walford, W. A., i Espnes, G. A. (2000). Coping styles and psychological health in adolescents and young adults: A comparison of moderator and main effects models. *Australian Journal of Psychology*, 52(3), 155-162.

Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., i BELLA Study Group. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child i adolescent psychiatry*, 17, 133-147.

World Health Organization (2022). *Global Status Report on Physical Activity 2022*, Geneva.



Wyman, P. A., Brown, C. H., LoMurray, M., Schmeelk-Cone, K., Petrova, M., Yu, Q., i Wang, W.

(2010). An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*, 100(9), 1653–1661.

Zygo, M., Pawłowska, B., Potemska, E., Dreher, P., i Kapka-Skrzypczak, L. (2019). Prevalence and selected risk factors of suicidal ideation, suicidal tendencies and suicide attempts in young people aged 13–19 years. *Annals of agricultural and environmental medicine*, 26(2), 329–336.