

RAPORT Z BADANIA ILOŚCIOWEGO

DOBROSTAN PSYCHICZNY W POLSCE. CO MYŚLIMY O POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?

PSYCHOLOGIA DLA SPOŁECZEŃSTWA



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Nauki



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

© Copyright by Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa 2024

Opracowanie merytoryczne:

Instytut Psychologii PAN
ul. Jaracza 1 00-378 Warszawa

Zespół autorski:

Marta Marchlewska, Marta Rogoza, Dominika Adamczyk, Zuzanna Molenda,
Paulina Bagrowska, Łukasz Gawęda, Grzegorz Pochwatko, Maciej Grzeszczuk

Skład i opracowanie graficzne:

Marta Rogoza

Sposób cytowania:

Marchlewska, M., Rogoza, M., Adamczyk, D., Molenda, Z., Bagrowska, P., Gawęda, Ł., Pochwatko, G., Grzeszczuk, M. (2024). *Dobrostan psychiczny w Polsce. Co myślimy o pomocy psychologicznej? Raport z badania ilościowego "Psychologia dla społeczeństwa"*. Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

Publikacja jest udostępniona na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0
Treść licencji jest dostępna na stronie: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Sfinansowano ze środków Ministra Nauki
w ramach zadania zleconego pod nazwą
***Pierwsza część programu badawczo-interwencyjnego:
Psychologia dla społeczeństwa***



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego



Minister
Nauki

ZESPÓŁ PROJEKTOWY



dr hab. Marta Marchlewska, prof. IP PAN

Kierowniczka Laboratorium Poznania Politycznego w Instytucie Psychologii PAN i współpracowniczka Political Psychology Lab na University of Kent. Specjalizuje się w badaniach nad tym, jak poczucie zagrożenia wpływa na postrzeganie świata politycznego. W swojej pracy łączy wiedzę akademicką z działaniami mającymi realny wpływ na społeczeństwo. Jej najnowszym projektem łączącym naukę z praktyką jest współprodukcja filmu *Polskość*, promującego inkluzywną tożsamość narodową.



dr Marta Rogoza

Adiunktka w Pracowni Psychologii Osobowości Instytutu Psychologii PAN i badaczka ilościowa w Laboratorium Poznania Politycznego IP PAN, kierowniczka projektu MINIATURA NCN. Jej badania koncentrują się na strukturze cech osobowości, „ciemnych” aspektach osobowości oraz wyzwaniach związanych z pomiarem w psychologii. Specjalizuje się w zaawansowanych analizach statystycznych, tworząc innowacyjne narzędzia do badania trudnych do uchwycenia zjawisk psychologicznych.



mgr Dominika Adamczyk

Badaczka w Laboratorium Poznania Politycznego Instytutu Psychologii PAN. Doktorantka psychologii na Uniwersytecie Warszawskim. Kierowniczka grantu Preludium NCN. Jej zainteresowania badawcze koncentrują się na relacjach międzygrupowych, identyfikacji z grupą oraz stereotypach płci. Specjalizuje się w analizach jakościowych i ilościowych, badając, jak te mechanizmy wpływają na postrzeganie innych grup społecznych oraz na kształtowanie przekonań o rolach płciowych w społeczeństwie.



mgr Zuzanna Molenda

Badaczka ilościowa i doktorantka w Laboratorium Poznania Politycznego Instytutu Psychologii PAN, kierowniczka grantu PRELUDIUM NCN. Specjalizuje się w badaniach nad tym, jak emocje i poczucie przynależności do grupy wpływają na postrzeganie świata politycznego oraz skłonność do wierzenia w teorie spiskowe. W swojej pracy łączy psychologię społeczną z praktycznymi zastosowaniami, które pomagają lepiej zrozumieć zjawiska polityczne i społeczne.



mgr Paulina Bagrowska

Doktorantka w Pracowni Psychopatologii Eksperymentalnej w Instytucie Psychologii PAN. Stypendystka w grantie Sonata BIS NCN, kierowniczka grantu Preludium NCN. Laureatka nagród GIMA i GISA (NAWA STER). Współpracowała z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, realizując staże naukowe w Wielkiej Brytanii i w Australii. Jej zainteresowania badawcze dotyczą czynników ryzyka i mechanizmów rozwoju myśli podobnych do paranoicznych i innych doświadczeń podobnych do psychotycznych.



dr hab. Łukasz Gawęda, prof. IP PAN

Kierownik Pracowni Psychopatologii Eksperymentalnej w Instytucie Psychologii PAN. Specjalizuje się w badaniu psychologicznych mechanizmów zaburzeń psychicznych, w szczególności psychoz. Zdobywał doświadczenie kliniczne, pracując m.in. w II Klinice Psychiatrycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz w Wojewódzkim Szpitalu Drewnica. Jako kierownik licznych grantów, bada mechanizmy psychotycznych stanów i ich psychoterapeutyczne leczenie. Współpracował z zagranicznymi ośrodkami naukowymi, realizując stypendia naukowe w Niemczech i Australii.



dr Grzegorz Pochwatko

Kierownik Laboratorium Wirtualnej Rzeczywistości i Psychofizjologii. Specjalizuje się w badaniu psychologicznych korelatów korzystania z nowoczesnych technologii, szczególnie w kontekście wirtualnej rzeczywistości (VR). Jego prace koncentrują się na zachowaniach użytkowników w wirtualnych środowiskach, takich jak obecność przestrzenna, współobecność oraz fizjologiczne reakcje na te doświadczenia. Współpracuje również z międzynarodowymi ośrodkami naukowymi, rozwijając nowoczesne laboratoria VR do badań psychologicznych.



mgr inż. Maciej Grzeszczuk

Wykładowca w Polsko-Japońskiej Akademii Technik Komputerowych. Specjalista data science, pracujący z dużymi i zróżnicowanymi zbiorami danych. Jest członkiem zespołu Extended Reality i systemów immersyjnych w Polsko-Japońskiej Akademii Technik Komputerowych, gdzie bada zagadnienia związane z czynnikiem ludzkim w ekstremalnych warunkach, a także zajmuje się archiwizowaniem starych nośników magnetycznych i mapowaniem kontekstu historycznego, w którym występowały, w celu ochrony dziedzictwa kulturowego.

ZESPÓŁ PROJEKTOWY	04
SPIS TREŚCI	05
WPROWADZENIE	07
GŁÓWNE WNIOSKI	08
CZĘŚĆ 1.	
INFORMACJE O BADANIU	11
Cel badania	12
Metodologia badania	12
Charakterystyka próby	13
WYNIKI BADANIA	
CZĘŚĆ 2.	
FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE I DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW	14
Wnioski	15
Jak Polki i Polacy oceniają swoją kondycję psychiczną i zdrowie?	16
Dobrostan Polek i Polaków	19
Astenia jako wskaźnik dobrostanu psychofizycznego	24
Poczucie samotności	26
Poczucie zagrożenia. Obawy związane z przyszłością	28
CZĘŚĆ 3.	
OCENA ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLEK I POLAKÓW	30
Wnioski	31
Diagnoza psychiatryczna	32
Rodzaj diagnozy psychiatrycznej	33
Nasilenie objawów	34
Symptomy depresji	38
CZĘŚĆ 4.	
CZY POLKI I POLACY KORZYSTAJĄ Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?	41
Wnioski	42
Korzystanie z pomocy psychologicznej	43
Motywacje do skorzystania z pomocy psychologicznej	44
Korzystanie z różnych form pomocy psychologicznej	45

Korzystanie ze wsparcia psychoterapeutycznego	48
Postawy wobec korzystania z pomocy psychologicznej	49

CZĘŚĆ 5.

POLKOM I POLAKOM KORZYSTANIE Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ?

Wnioski	54
Bariery w korzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej	55
Zinternalizowana stygmatyzacja	59
Napiętnowanie i dyskryminacja	65
Termometry uczuć	68
Wiara w teorie spiskowe związane z psychologią i psychiatrią	71
Wiedza psychologiczna	73
Zainteresowanie psychiatrią i psychologią	77
Scepcytyzm związany z psychiatrią i psychologią	78

BIBLIOGRAFIA

WPROWADZENIE

Zdrowie psychiczne jest kluczowym elementem dobrostanu każdej osoby i społeczeństwa jako całości (Światowa Organizacja Zdrowia [WHO], 2021). Mimo to, w Polsce, jego znaczenie wciąż wydaje się marginalizowane. Według danych Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development [OECD], 2021) Polska przeznaczona mniej niż 3% budżetu na zdrowie psychiczne, co stanowi znacznie mniej niż w krajach takich jak Wielka Brytania czy Niemcy, gdzie wskaźnik ten wynosi około 10–15%. Jest to alarmujące, szczególnie w obliczu danych WHO (2017), które wskazują na rosnącą liczbę osób z objawami depresji i zaburzeń lękowych w naszym kraju. Pomimo tej rosnącej potrzeby, niewielki odsetek Polek i Polaków korzysta z profesjonalnej pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej.

Brak dostatecznych nakładów finansowych prowadzi do poważnych braków w systemie opieki zdrowotnej, takich jak niedobór psychiatrów i psychologów. Polska ma jedną z najniższych liczb specjalistów na 100 000 mieszkańców w Europie (Eurostat, 2024). Dodatkowo infrastruktura, w tym ośrodki wsparcia psychologicznego, jest niedostosowana do rosnącego zapotrzebowania. Wysoki poziom stresu zawodowego, wynikający m.in. z niestabilnych warunków pracy i nadgodzin, jest dodatkowym czynnikiem negatywnie wpływającym na zdrowie psychiczne Polaków. Jak wynika z raportu CBOS (2021), aż 40% Polaków uważa, że korzystanie z pomocy psychiatrycznej może prowadzić do stygmatyzacji. To przekonanie wynika z braku edukacji społecznej i utrzymujących się stereotypów, które utrudniają dostęp do pomocy. Strach przed oceną innych, a także niewiedza na temat dostępnych form wsparcia, dodatkowo pogłębiają problem.

To wszystko pokazuje, że zdrowie psychiczne w Polsce wymaga pilnej uwagi. Projekt **Psychologia dla Społeczeństwa**, prowadzony przez **Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk**, ma na celu lepsze zrozumienie uwarunkowań dobrostanu psychologicznego Polek i Polaków oraz ich postaw wobec pomocy psychologicznej. Badania te są początkiem zmian – chcemy nie tylko diagnozować problemy, ale także prowadzić kampanię edukacyjną, która pomoże zmienić postawy wobec zdrowia psychicznego.

W niniejszym raporcie przedstawiamy wyniki pierwszego badania, przeprowadzonego przez nasz zespół. Dowiedzą się Państwo, jakie bariery powstrzymują Polaków przed szukaniem pomocy, kto ufa psychologii i psychiatrii, a kto podchodzi do nich sceptycznie. Sprawdzimy również, z jakich form wsparcia psychologicznego Polacy już korzystali, jaki jest ich obecny stan zdrowia psychicznego oraz jak ogólnie postrzegają i rozumieją tematykę zdrowia psychicznego.

Zapraszamy do lektury raportu oraz śledzenia naszych działań na profilach Instytutu Psychologii PAN.



Instytut Psychologii
Polska Akademia Nauk

01 –

Jaka jest kondycja psychiczna Polek i Polaków i czy potrafią o niej mówić?

Może się wydawać, że Polacy i Polki znajdują się w stosunkowo dobrej kondycji psychicznej. W naszym badaniu zauważyliśmy, że problemy związane z psychiką są zgłaszane rzadziej niż trudności dotyczące innych aspektów zdrowia. Respondenci ocenili swój stan psychiczny wyraźnie lepiej niż ogólny stan zdrowia (bardzo dobry: 64% vs. 48%).

Jednak szczegółowe analizy wykazały, że sytuacja nie wygląda tak optymistycznie. Niemal połowa badanych doświadczyła objawów stale obniżonego nastroju w ciągu swojego życia. Co więcej, analiza dobrostanu psychicznego ujawniła, że najniższe wyniki respondenci odnotowali w obszarze życia społecznego. Istotna część respondentów często tęskni za bliskością i obecnością innych osób. Duży odsetek badanych doświadcza także przewlekłego zmęczenia, które znacząco utrudnia wykonywanie codziennych obowiązków.

Wyniki te pokazują, że konieczne jest większe zaangażowanie w poprawę dobrostanu psychicznego Polek i Polaków – poprzez edukację, podnoszenie świadomości społecznej oraz zwiększenie nakładów na ochronę zdrowia psychicznego. Warto również zadbać o to, by Polki i Polacy potrafili tak otwarcie mówić o swoich problemach ze zdrowiem psychicznym, jak łatwo przychodzi im to w przypadku rozmów dotyczących innych aspektów swojego zdrowia.

02 –

Dlaczego Polacy i Polki niechętnie przyznają się do kłopotów ze zdrowiem psychicznym?

Może to wynikać z faktu, że nasze wyobrażenia na temat chorób psychicznych są bardzo negatywne i nie zawsze zgodne z rzeczywistością.

Osoby, u których nie zdiagnozowano zaburzeń psychicznych lub psychiatrycznych, postrzegały sytuację osób z takimi zaburzeniami znacznie gorzej, niż oceniły ją same osoby chorujące. Na przykład osoby bez diagnozy wyobrażały sobie, że w razie otrzymania potencjalnej diagnozy, towarzyszyłoby im ogromne poczucie wstydu (71%), podczas gdy uczucie wstydu wśród osób z diagnozą było znacznie niższe (27%).

Wyniki te podkreślają konieczność walki ze stereotypami dotyczącymi zdrowia psychicznego. Tego rodzaju działania można, a nawet powinno się, wdrażać relatywnie wcześniej – z naszych badań wynika, że młodzi dorośli to grupa najczęściej doświadczająca obniżonego nastroju i przewlekłego zmęczenia. Nie można jednak zaniedbywać osób z pozostałych, starszych, grup wiekowych, które cechuje na ogół mniejsza gotowość do skorzystania z pomocy psychologicznej.

03—

Objawy jakich zaburzeń dominują wśród Polek i Polaków?

Wśród osób w badanej próbie, które otrzymały diagnozę zaburzenia psychicznego, psychiatrycznego lub rozwojowego, przeważały te z rozpoznaniem depresji (77%) oraz zaburzeń lękowych (55%).

Aż 23% całej próby w ostatnim czasie doświadczyło objawów obniżonego nastroju, a prawie 15% doznawało przekonania o byciu obiektem spisków i prześladowań oraz zmagalo się z natrętnymi myślami i zachowaniami kompulsywnymi.

Symptomy związane z badanymi zaburzeniami nie powinny być zatem traktowane jako rzadkość. Choć ich obecność nie jest równoznaczna z występowaniem choroby lub zaburzeń psychicznych, warto uwrażliwiać Polki i Polaków na potrzebę monitorowania swojego zdrowia psychicznego oraz częstszego korzystania ze wsparcia w tym zakresie.

04—

Czy i jak Polacy i Polki chętnie korzystają z pomocy psychologicznej?

O skorzystaniu z tego typu wsparcia w sytuacjach dyskomfortu psychicznego myślała prawie połowa badanych. Myśli te przekształciły się w działanie u 70% z nich, a udzielona pomoc miała głównie charakter profesjonalny (psycholog/psychiatra/psychoterapeuta).

Dominowała klasyczna forma terapii stacjonarnej (81%), w przeciwieństwie do sesji online (10%) czy form mieszanych (9%). Najwięcej osób korzystało z terapii w nurcie poznawczo-behawioralnym (34%) oraz psychoanalitycznym (16%). Co ciekawe, aż 22% osób korzystających z usług psychoterapeuty nie miało świadomości, w jakim nurcie pracował ich terapeuta.

Wśród kluczowych barier związanych z niechęcią do korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej znalazły się postawy wobec problemów w obszarze zdrowia psychicznego, takie jak przekonanie, że możemy poradzić sobie z nimi sami lub że rozwiążą się one same. Połowa badanych wskazywała na brak środków na opłacenie profesjonalnego wsparcia, co ponownie podkreśla konieczność większych inwestycji w zdrowie psychiczne w Polsce.

Istotne wydaje się tutaj zarówno zapewnienie lepszego dostępu do specjalistów zajmujących się pomocą psychologiczną i psychiatryczną, jak i wzmacnianie wiedzy oraz pozytywnych postaw Polek i Polaków wobec tego zagadnienia.

05—

Co Polki i Polacy myślą i wiedzą (a czego nie wiedzą) o psychologii?

Choć zdecydowana większość respondentów uznała psychologię za interesującą naukę, zauważalny był brak podstawowej wiedzy psychologicznej u istotnej części badanych.

Na przykład, co trzeci respondent błędnie uważał, że ukończenie studiów magisterskich z psychologii uprawnia do przepisywania recept na leki psychotropowe. Spora część respondentów uważała, że ukończenie studiów psychologicznych zapewnia umiejętności czytania w myślach. Co dziesiąty uczestnik badania przejawiał myślenie spiskowe w obszarze psychologii i psychiatrii, deklarując przekonanie, że specjaliści udzielający pomocy psychologicznej w rzeczywistości działają na szkodę społeczeństwa.

Zalecamy wprowadzenie podstawowej edukacji psychologicznej na wczesnych etapach nauczania. Warto też zadbać o wzmacnianie pozytywnego wizerunku osób zajmujących się psychologią i psychiatrią (zarówno praktyków, jak i samych naukowców).

06—

Czy wykształcenie i zarobki mają znaczenie?

Zaobserwowaliśmy, że zmienne związane ze statusem socjoekonomicznym istotnie wiązały się zarówno z oceną własnej kondycji psychicznej i poczuciem samotności (np. wyższy dobrostan i mniejsze poczucie samotności wśród osób z wyższym statusem socjoekonomicznym), jak i ze stosunkiem do psychologii jako nauki (np. wyższy poziom myślenia spiskowego dot. pomocy psychologicznej oraz niższy poziom psychologicznej wiedzy wśród osób z niższym statusem socjoekonomicznym).

W przyszłych badaniach planujemy zastosować bardziej zniuansowany sposób pomiaru sytuacji socjoekonomicznej respondentów i respondentek, by lepiej zrozumieć jej rolę w budowaniu pozytywnych postaw wobec psychologii/psychiatrii i specjalistów zajmujących się tymi dziedzinami, jak i osób z diagnozą psychiatryczną.

1 INFORMACJE O BADANIU

2

3

4

5

WPROWADZENIE

W obliczu codziennych wyzwań zdrowie psychiczne staje się kluczowym elementem jakości życia oraz przedmiotem zainteresowania badaczy i praktyków. Celem naszego badania była ocena kondycji psychicznej dorosłych Polek i Polaków, uwzględniająca poziom dobrostanu, postawy wobec korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej oraz związane z tym doświadczenia.

Analizowano kondycję psychiczną społeczeństwa w kontekście płci, wieku, poziomu wykształcenia, miejsca zamieszkania i dochodów. Uwzględniono zarówno subiektywne odczucia, jak i występowanie trudności wskazujących na zaburzenia czy obniżony dobrostan. Zbadano także korzystanie z pomocy psychologicznej, bariery z tym związane oraz postawy wobec zdrowia psychicznego i stereotypy społeczne.

Badanie miało charakter eksploracyjny i praktyczny, dostarczając wniosków i rekomendacji dla działań edukacyjnych, społecznych i interwencyjnych. Wyniki mogą przyczynić się do poprawy zdrowia psychicznego i jakości życia w Polsce.

METODOLOGIA BADANIA

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone **w ostatnim kwartale 2024 roku** w formie ankiety online, z wykorzystaniem metody CAWI (*Computer Assisted Web Interview*), na ogólnopolskim panelu badawczym. Celem było uzyskanie danych od reprezentatywnej próby dorosłych Polek i Polaków, dobranej z uwzględnieniem kryteriów demograficznych takich jak płeć, wiek oraz miejsce zamieszkania (wieś, miasta o różnej liczbie mieszkańców). **Próba badawcza obejmowała 647 osób.**

Aby zwiększyć komfort uczestniczek i uczestników badań oraz zminimalizować efekt zmęczenia, proces zbierania danych podzielono na dwa etapy. Respondenci uzyskiwali dostęp do drugiej części badania po upływie około 24 godzin od ukończenia pierwszej części. Takie rozwiązanie pozwoliło na bardziej rzetelne odpowiedzi, ponieważ badani mieli czas na regenerację przed kontynuacją. Obie części badania zostały skonstruowane w taki sposób, aby każda z nich zawierała porównywalną liczbę pytań. Cały proces realizacji badania przebiegał z zachowaniem anonimowości uczestniczek i uczestników, co dodatkowo sprzyjało wiarygodności uzyskanych wyników.

Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z zasadami etyki badań naukowych, a jego realizacja uzyskała zgodę Komisji do spraw Etyki Badań w Instytucie Psychologii PAN na podstawie decyzji nr 31/X/2024 z dnia 10 października 2024 roku.

PRÓBA BADAWCZA

N = 647

PŁEĆ I WIEK



48%
kobiet



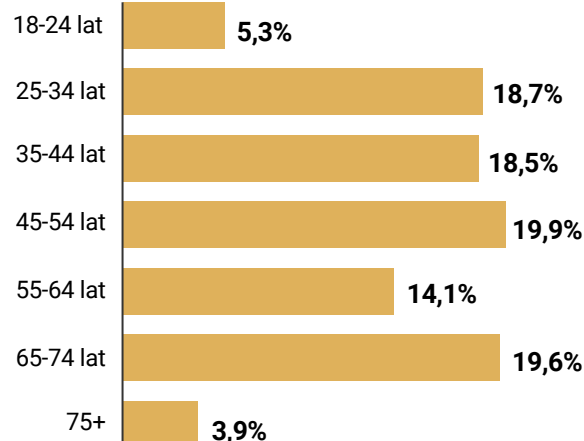
51,5%
mężczyzn



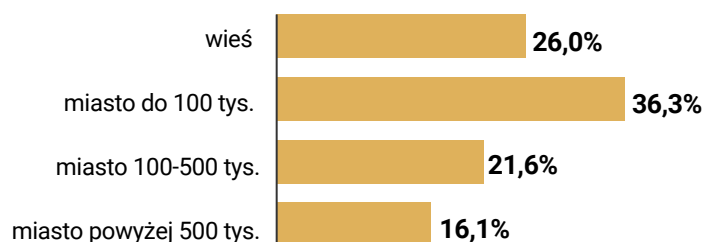
0,5% osób
niebinarnych

w wieku od 18 do 99 lat
 $M = 48.7, SD = 16.19$

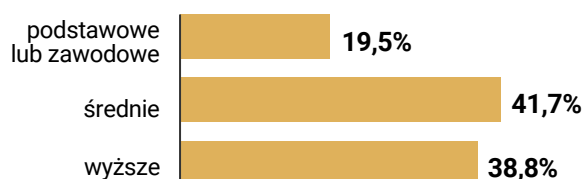
WIEK (PRZEDZIAŁY)



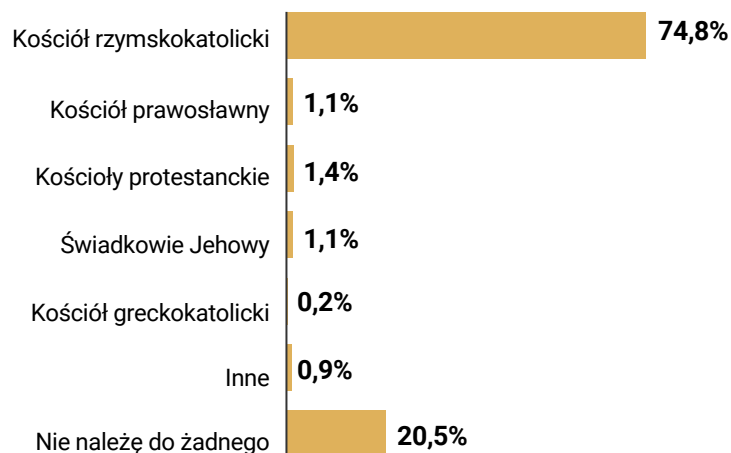
MIEJSCE ZAMIESZKANIA



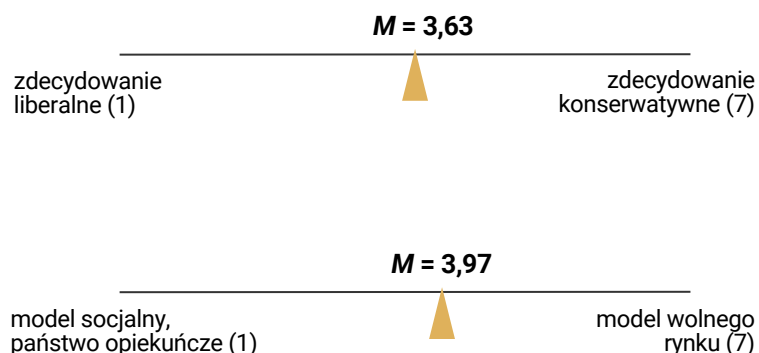
WYKSZTAŁCENIE



WYZNANIE RELIGIJNE



POGLĄDY POLITYCZNE



1

2

**FUNKCJONOWANIE
PSYCHOSPOŁECZNE
I DOBROSTAN
POLEK POLAKÓW**

3

4

5

WNIOSKI

FUNKCJONOWANIE PSYCHOSPOŁECZNE I DOBROSTAN POLEK POLAKÓW

W tej części naszego raportu analizujemy, jak Polki i Polacy postrzegają swoje zdrowie psychiczne, dobrostan oraz poczucie bezpieczeństwa w dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości. Nasze badanie ukazuje zarówno kluczowe zmagania w relacjach społecznych, jak i obawy dotyczące przyszłości.

Na poziomie deklaratywnym Polacy twierdzą, że ich zdrowie psychiczne jest w lepszym stanie, aniżeli ich ogólny stan zdrowia. Tę opinię wyrażają zwłaszcza mężczyźni, osoby lepiej zarabiające oraz osoby starsze. Wśród osób najmłodszych zaobserwować można różne oznaki problemów ze zdrowiem psychicznym (np. istotnie wyższe nasilenie objawów depresji). Dodatkowo, młodsze osoby wykazują wyższe nasilenie objawów astenii, co podkreśla potrzebę działań profilaktycznych oraz edukacyjnych skierowanych szczególnie do młodszych grup wiekowych w celu wsparcia ich zdrowia psychicznego.

Analizy dotyczące poziomu dobrostanu wskazały na konkretne obszary, z których Polacy nie są w pełni zadowoleni. Dotyczy to przede wszystkim **życia społecznego**. Istotna część badanych wyraziła wątpliwości co do tego, czy ludzie są zasadniczo dobrzy, czy funkcjonowanie społeczeństwa ma sens oraz, czy oni sami wnoszą coś istotnego do wspólnoty. Ponad połowa respondentów przyznała, że w ciągu ostatniego miesiąca **tęskniła za obecnością bliskich osób**. Dla 20% badanych poczucie szczęścia to stan, którego w ciągu ostatniego miesiąca doświadczyli jedynie dwa razy lub rzadziej.

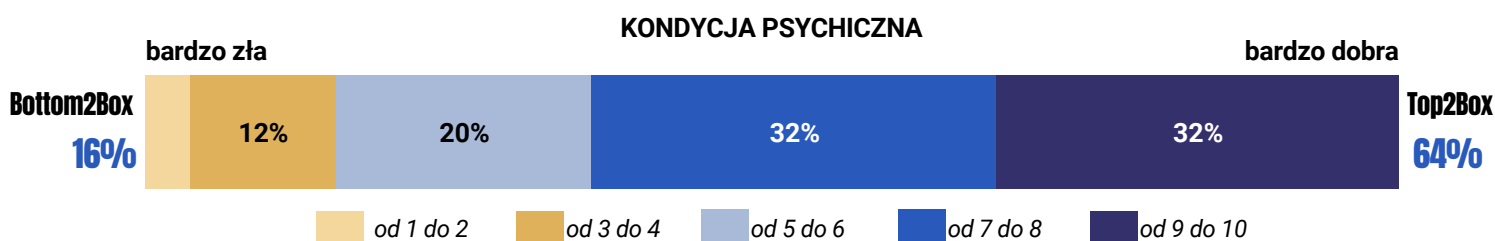
Analizie poddaliśmy także aspekty związane z przewlekłym uczuciem zmęczenia (astenią), której to - przynajmniej czasami - w ciągu ostatniego miesiąca doświadczał/a co drugi/a respondent/ka. **Zdrowie okazało się również jednym z najważniejszych zmartwień związanych z przyszłością.** Temat ten wiązał się z silniejszym poczuciem zagrożenia niż kwestie bezpieczeństwa, zmiany klimatyczne, czy osobista sytuacja finansowa.

Pogłębione analizy wykazały istotną rolę wykształcenia i zarobków w ocenie dobrostanu oraz powiązanych z nim czynników. Wyższe zarobki wiązały się z lepszą oceną własnej kondycji psychicznej i mniejszym poczuciem samotności. Osoby z wykształceniem podstawowym odczuwały silniejsze zgeneralizowane poczucie zagrożenia niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym. Dodatkowo to młodsze osoby wykazują wyższe nasilenie objawów astenii i obniżonego dobrostanu, co podkreśla potrzebę działań profilaktycznych oraz edukacyjnych skierowanych szczególnie do młodszych grup wiekowych w celu wsparcia ich zdrowia psychicznego.

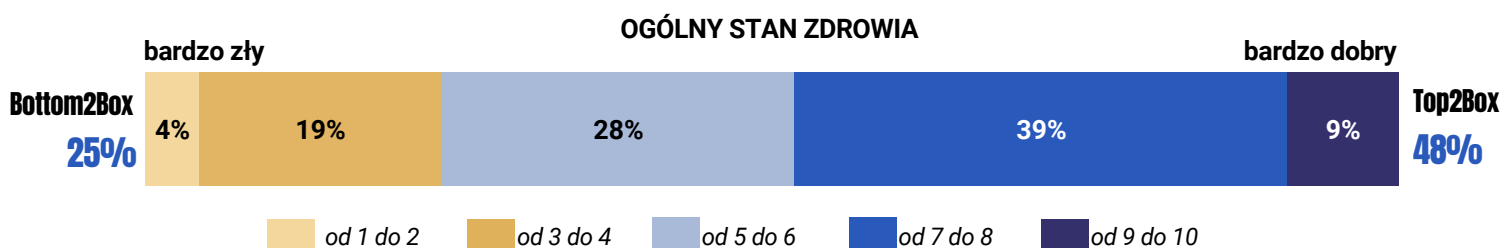
JAK POLKI I POLACY OCENIAJĄ SWOJĄ KONDYCJĘ PSYCHICZNĄ I ZDROWIE?

Na wstępie naszego raportu wskazaliśmy na pogłębiające się problemy dotyczące kondycji psychicznej wśród Polek i Polaków. Diagnoza zdrowia psychicznego, jak i ogólnego stanu zdrowia, wymaga wiedzy eksperckiej (tj. lekarzy, psychologów). Interesowało nas jednak, jak sami Polacy postrzegają swój ogólny stan zdrowia – jak zapytani *tu i teraz*, bez głębszej refleksji, określą swoją kondycję psychiczną w porównaniu do ogólnego stanu zdrowia. Poniżej znajdują się deklaracje dotyczące tej kwestii. Stanowią preludium do dalszej części raportu, pogłębiającej psychiczną kondycję Polaków.

Poprosiliśmy badanych o samoocenę ogólnej kondycji psychicznej. W tym celu zadano respondentom pytanie: **Jak oceniałaby Pani/oceniliby Pan swoją ogólną kondycję psychiczną?** Uczestnicy udzielali odpowiedzi, korzystając ze skali od 1 – *bardzo zła* do 10 – *bardzo dobra*. Wyniki zaprezentowano na wykresie poniżej.



Aby zbadać, jak respondenci oceniają swój ogólny stan zdrowia, poprosiliśmy ich o udzielenie odpowiedzi na pytanie: **Jak oceniałaby Pani/oceniliby Pan ogólny stan swojego zdrowia?** Zadaniem respondentów było wskazanie odpowiedzi na skali od 1 – *bardzo zły* do 10 – *bardzo dobry*. Wyniki zaprezentowano na wykresie poniżej.



Respondenci zadeklarowali wyższe wyniki przy ocenie swojej kondycji psychicznej (stan dobry: 64% versus zły: 16%), aniżeli ogólnego stanu zdrowia (stan dobry: 48% versus zły: 25%). Wyniki te – na pierwszy rzut oka – mogą sugerować, że respondenci lepiej oceniają swoje zdrowie psychiczne, aniżeli ogólny stan zdrowia. Zalecamy jednak zachowanie szczególnej ostrożności przy ich interpretacji.

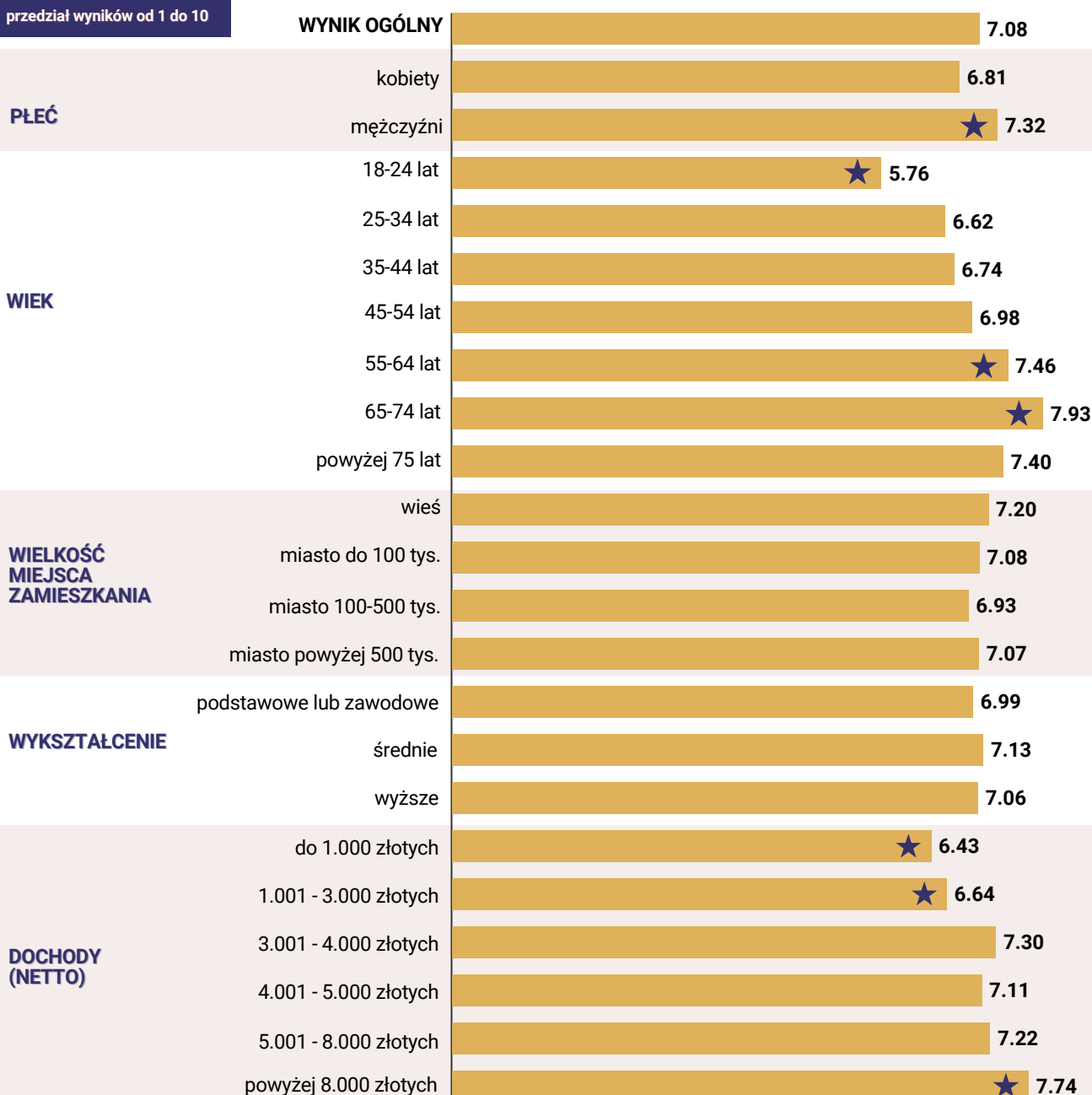
Zdrowie fizyczne jest często oceniane na podstawie obiektywnych wskaźników, takich jak obecność chorób czy dolegliwości somatycznych, które są łatwo zauważalne i mierzalne. W konsekwencji, nawet drobne dolegliwości mogą prowadzić do niższej samooceny stanu fizycznego. Zdrowie psychiczne opiera się na subiektywnych odczuciach, takich jak samopoczucie emocjonalne czy poziom stresu, które mogą być mniej oczywiste i trudniejsze do oceny. Dodatkowo, społeczne postrzeganie i akceptacja problemów psychicznych mogą wpływać na to, że osoby niechętnie przyznają się do trudności w tej sferze (nawet przed samymi sobą), co może prowadzić do zawyżonej samooceny zdrowia psychicznego.

JAK POLKI I POLACY OCENIAJĄ SWOJĄ OGÓLNA KONDYCJĘ PSYCHICZNĄ?

Na poniższym wykresie zaprezentowano średnie wyniki oceny ogólnej kondycji psychicznej Polaków i Polek w podziale na zmienne demograficzne. **Przeprowadzone analizy statystyczne wskazują, że mężczyźni oceniali swoją kondycję psychiczną istotnie lepiej niż kobiety. Dodatkowo osoby w wieku 55-74 lat, wykazywały istotnie lepszą ocenę swojej kondycji psychicznej w porównaniu do najmłodszej grupy wiekowej (18-24 lata).** Nie zaobserwowano istotnych różnic w ocenie kondycji psychicznej w zależności od poziomu wykształcenia ani wielkości miejsca zamieszkania. Zaobserwowano natomiast istotne różnice ze względu na dochody. **Osoby, których dochody wynosiły do 3 tys. złotych oceniali swoją kondycję psychiczną istotnie gorzej niż osoby zarabiające najwięcej (powyżej 8 tys. złotych).**

Średnie wyniki w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 1 do 10

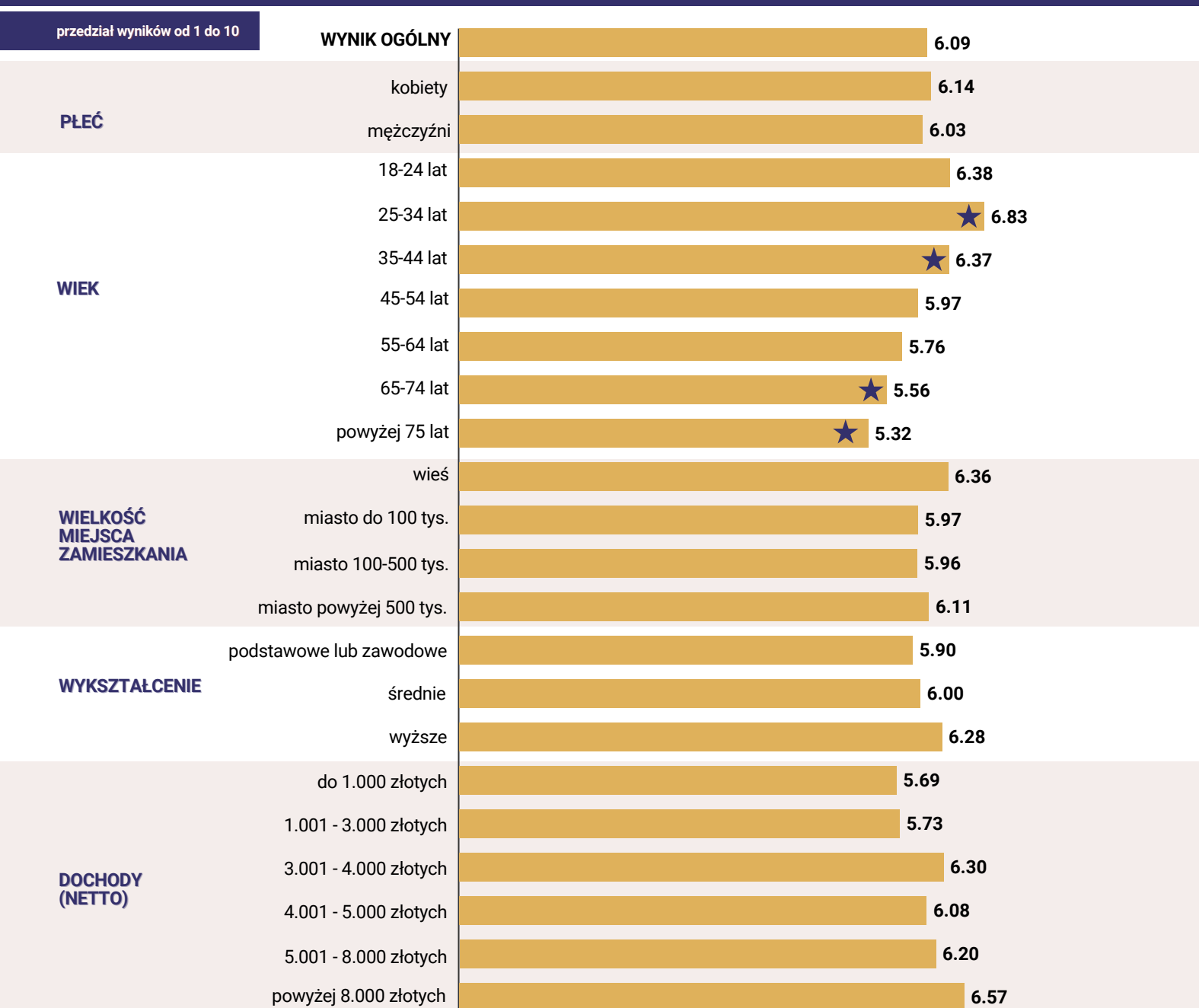


★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

JAK POLKI I POLACY OCENIAJĄ SWÓJ OGÓLNY STAN ZDROWIA?

Na poniższym wykresie zaprezentowano średnie wyniki oceny ogólnego stanu zdrowia Polaków i Polek w podziale na zmienne demograficzne. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenach ze względu na płeć, poziom wykształcenia, wielkość miejsca zamieszkania oraz dochody. Natomiast **osoby w wieku 65-74 lat oceniały swój stan zdrowia istotnie gorzej niż osoby młodsze w przedziałach 25-34 i 35-44 lata**. Wynik ten może być związany z naturalnymi procesami starzenia się, które wpływają na ogólne fizyczne samopoczucie. Dodatkowo osoby starsze mogą porównywać swój obecny stan zdrowia z okresem młodości, co może pogłębiać poczucie pogorszenia zdrowia.

Średnie wyniki w podziale ze względu na zmienne demograficzne



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW

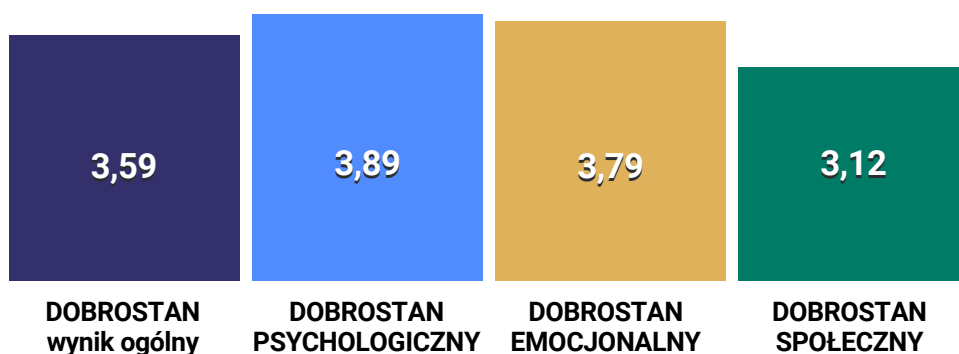
Dobrostan psychiczny stanowi kluczowy element zdrowia publicznego, uznawany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO, 2021) za integralną część ogólnego dobrostanu człowieka. WHO definiuje zdrowie psychiczne jako stan, w którym jednostka realizuje swój potencjał, radzi sobie z codziennym stresem, efektywnie pracuje i przyczynia się do życia społeczności (WHO, 2021). Pomimo relatywnie wysokiego ogólnego poziomu zadowolenia z życia Polaków, wynoszącego 75% według badań CBOS z 2022 roku, zauważalny jest spadkowy trend w deklaracjach satysfakcji z życia, szczególnie wśród młodszych grup wiekowych. Główne wyzwania, takie jak inflacja, kryzys energetyczny oraz wojna w Ukrainie, wywarły wpływ na nastrój społeczny, co szczególnie uwidacznia się w pogarszających się ocenach perspektyw na przyszłość i sytuacji materialnej.

W niniejszym badaniu dobrostan psychiczny oceniono za pomocą kwestionariusza *Mental Health Continuum – Short Form* (MHC-SF; Keyes, 2002; polska adaptacja: Karaś i in., 2014), który obejmuje trzy kluczowe wymiary: dobrostan psychologiczny, dobrostan emocjonalny oraz dobrostan społeczny. Dobrostan psychologiczny odnosi się do pozytywnego funkcjonowania jednostki, w tym samoakceptacji, autonomii, relacji z innymi, celu w życiu, rozwoju osobistego i kontroli nad otoczeniem. Dobrostan emocjonalny obejmuje doświadczanie pozytywnych emocji, satysfakcji z życia i ogólnego poczucia szczęścia. Z kolei dobrostan społeczny skupia się na poczuciu przynależności do społeczeństwa, znaczeniu relacji z innymi, akceptacji różnorodności oraz wkładzie w społeczność. Keyes podkreśla znaczenie harmonii między tymi trzema wymiarami w osiągnięciu pełnego dobrostanu jednostki.

Respondenci odpowiadali na pytania dotyczące tego, **jak często w ciągu ostatniego miesiąca doświadczali określonych pozytywnych stanów emocjonalnych, relacji społecznych oraz satysfakcji psychologicznej**. Odpowiedzi udzielano na skali od 1 – *nigdy* do 6 – *codziennie*. Poniżej przedstawiono wyniki w poszczególnych wymiarach dobrostanu oraz porównania średnich dla podskal między wybranymi grupami demograficznymi.

Średnie wyniki dla ogólnego dobrostanu oraz jego trzech wymiarów w całej próbie

wynik średni: od 1 do 6



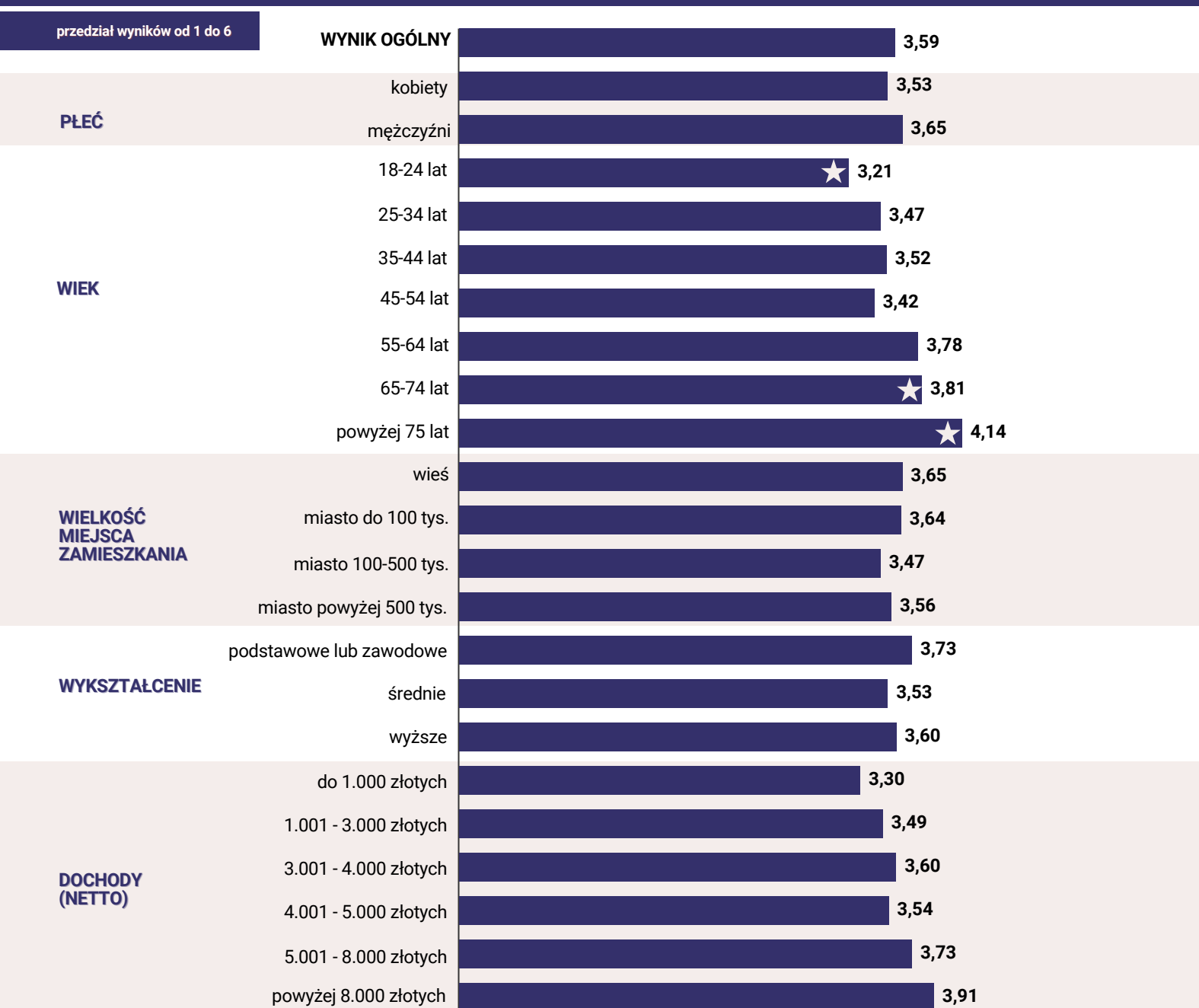
Na wykresie przedstawiono średnie wyniki dla czterech wskaźników dobrostanu: wyniku ogólnego oraz trzech wymiarów dobrostanu: psychologicznego, emocjonalnego oraz społecznego. Analizy statystyczne wykazały, że zarówno dobrostan psychologiczny, jak i emocjonalny charakteryzują się istotnie wyższym nasileniem niż dobrostan ogólny, podczas gdy dobrostan społeczny wykazuje istotnie niższe nasilenie w porównaniu z ogólnym poziomem dobrostanu. Ponadto dobrostan społeczny wyróżnia się najniższym nasileniem spośród analizowanych wymiarów, osiągając istotnie niższe wyniki w porównaniu z dobrostanem psychologicznym i emocjonalnym. Dodatkowo, dobrostan psychologiczny wykazuje istotnie wyższe nasilenie w porównaniu z dobrostanem emocjonalnym. **Wyniki te podkreślają zróżnicowanie między wymiarami dobrostanu, przy czym dobrostan społeczny, jako obniżony w sposób istotny, może wskazywać na specyficzne trudności w obszarze relacji społecznych i funkcjonowania w kontekście społecznym**

DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW

WYNIK OGÓLNY

Na poniższym wykresie zaprezentowano średnie wyniki ogólnego dobrostanu dla całej próby, uwzględniając zróżnicowanie według zmiennych demograficznych. **Osoby starsze (65+) oceniały swój ogólny dobrostan istotnie wyżej niż osoby w najmłodszej grupie wiekowej (18-24 lata).** Płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie różnicowały poziomu ogólnego dobrostanu, co sugeruje, że wiek jest kluczowym czynnikiem różnicującym wyniki. Zaobserwowano również istotne statystycznie różnice w poziomie ogólnego dobrostanu w zależności od poziomu dochodów. Testy post-hoc nie wykazały jednak istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami.

Średnie wyniki dla wyniku ogólnego dobrostanu podziale ze względu na zmienne demograficzne



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW

DOBROSTAN PSYCHOLOGICZNY

Na poniższym wykresie przedstawiono średnie wyniki w zakresie dobrostanu psychologicznego w podziale na różne grupy demograficzne. **Osoby starsze (65+) oceniały swój dobrostan psychologiczny istotnie wyżej niż osoby w najmłodszej grupie wiekowej (18-24 lata).** Płeć, wykształcenie i miejsce zamieszkania nie różnicowały poziomu dobrostanu psychologicznego, co sugeruje, że wiek jest kluczowym czynnikiem różnicującym wyniki. **Zaobserwowano również różnice w poziomie dobrostanu psychologicznego w zależności od zarobków – osoby zarabiające najmniej (do 3 tys. zł) oceniały swój dobrostan niżej niż osoby zarabiające najwięcej (powyżej 8 tys. zł).** Testy post-hoc wykazały, że różnica ta była bliska istotności statystycznej ($p = 0.056$).

Średnie wyniki dla dobrostanu psychologicznego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 1 do 6

WYNIK OGÓLNY

3,84

PLEĆ

kobiety

3,84

mężczyźni

3,95

WIEK

18-24 lat

★ 3,41

25-34 lat

3,66

35-44 lat

3,83

45-54 lat

3,74

55-64 lat

4,12

65-74 lat

★ 4,20

powyżej 75 lat

★ 4,48

WIELKOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA

wieś

3,89

miasto do 100 tys.

3,96

miasto 100-500 tys.

3,81

miasto powyżej 500 tys.

3,88

WYKSZTAŁCENIE

podstawowe lub zawodowe

4,03

średnie

3,84

wyższe

3,90

3,90

DOCHODY (NETTO)

do 1.000 złotych

3,64

1.001 - 3.000 złotych

★ 3,75

3.001 - 4.000 złotych

3,91

4.001 - 5.000 złotych

3,83

5.001 - 8.000 złotych

4,03

powyżej 8.000 złotych

★ 4,31

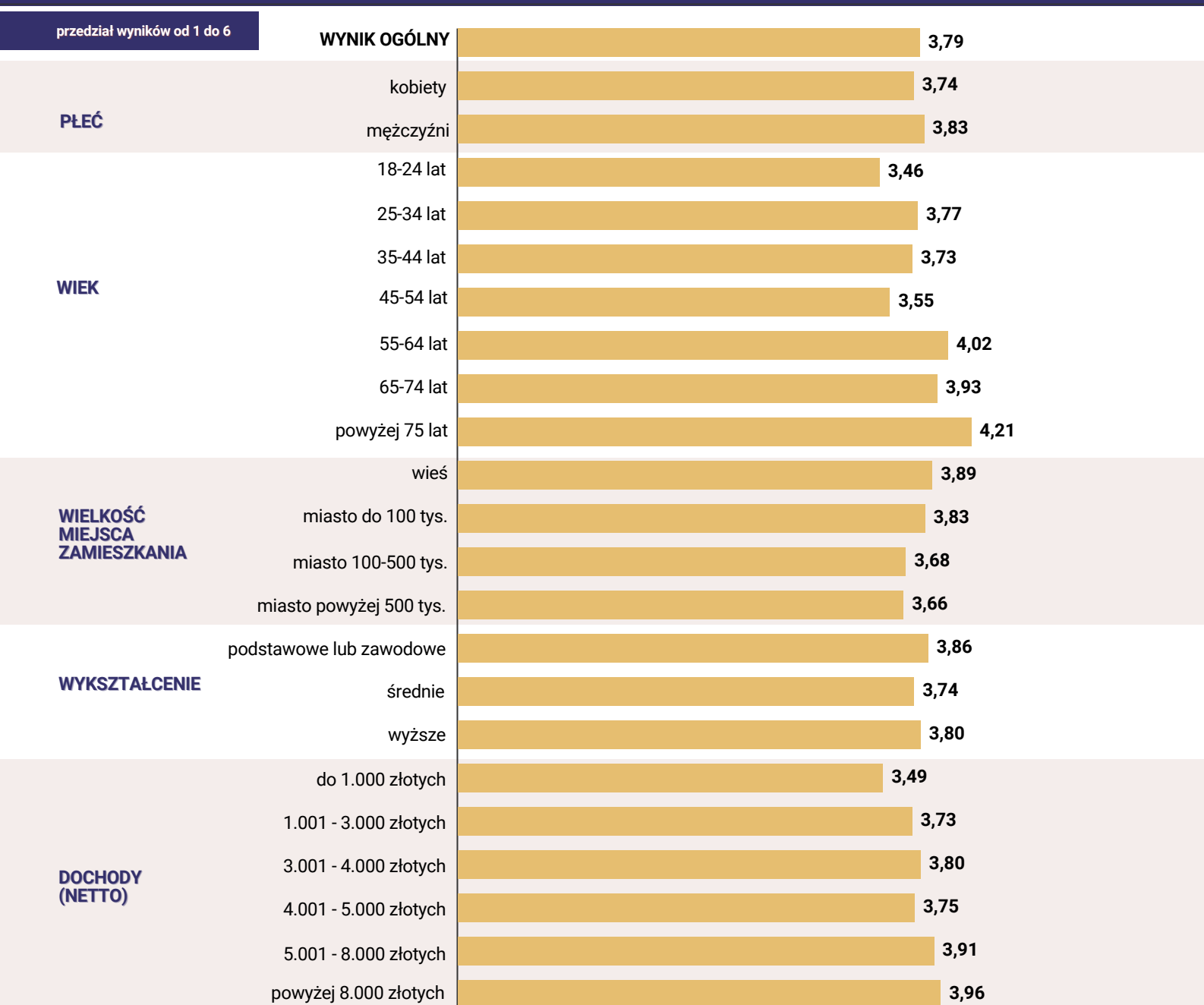
★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW

DOBROSTAN EMOCJONALNY

Na poniższym wykresie zaprezentowano średnie wyniki w zakresie dobrostanu emocjonalnego w odniesieniu do zmiennych demograficznych. **Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz poziom dochodów nie różnicowały poziomu dobrostanu emocjonalnego, co sugeruje, że te zmienne raczej nie wpływają na ten obszar dobrostanu.**

Średnie wyniki dla dobrostanu emocjonalnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne



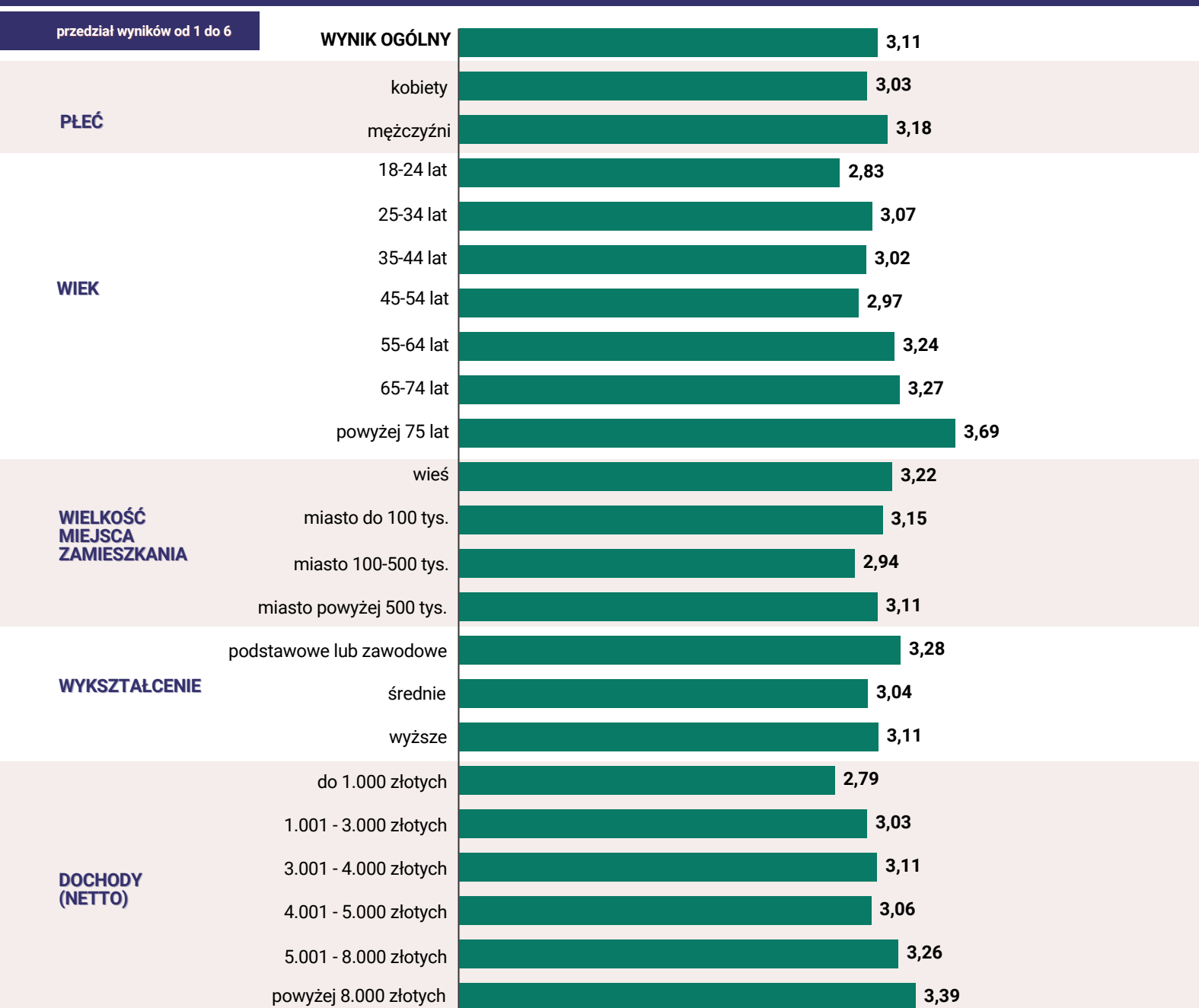
★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

DOBROSTAN POLEK I POLAKÓW

DOBROSTAN SPOŁECZNY

Na poniższym wykresie przedstawiono średnie wyniki dobrostanu społecznego, uwzględniając różnice między grupami demograficznymi. **Wiek, płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania oraz poziom dochodów również nie różnicowały wyników w zakresie dobrostanu społecznego, co wskazuje na niewielki wpływ tych zmiennych na ten obszar dobrostanu.**

Średnie dla dobrostanu psychologicznego w podziale ze względu na zmienne demograficzne



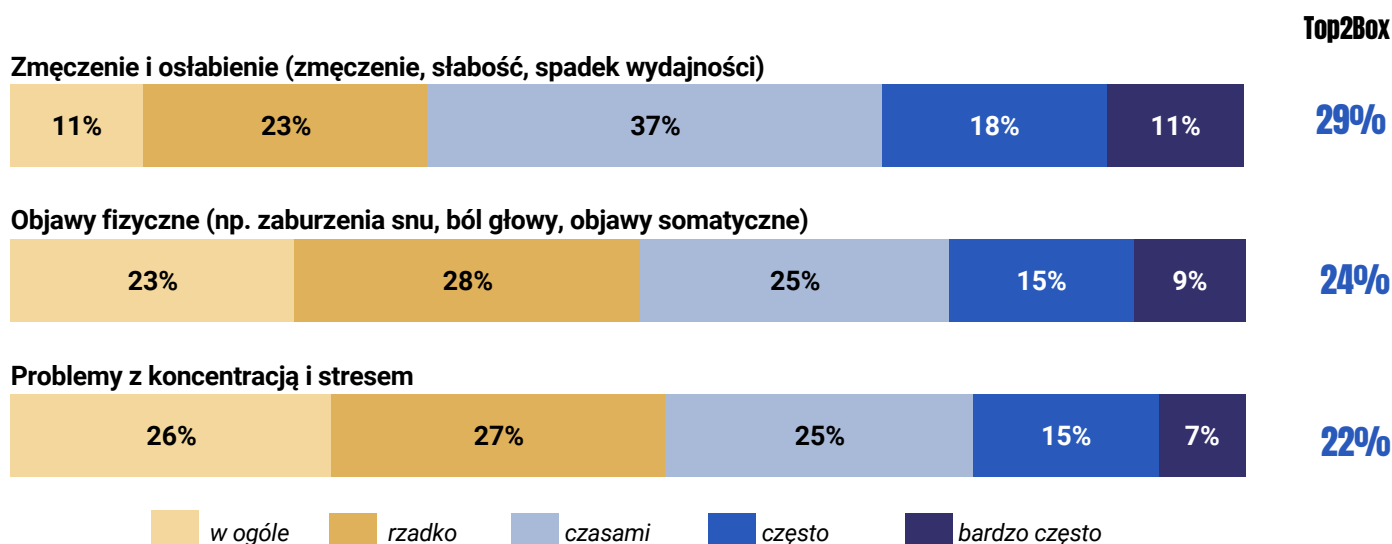
★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

ASTENIA JAKO WSKAŹNIK DOBROSTANU PSYCHOFIZYCZNEGO

Astenia to stan przewlekłego obniżenia energii i sił witalnych, który nie ustępuje po odpoczynku. Charakteryzuje się ciągłym zmęczeniem, osłabieniem fizycznym, problemami z koncentracją oraz obniżoną wydolnością poznawczą i emocjonalną. W przeciwieństwie do zwykłego zmęczenia i osłabienia, astenia często ma złożone podłoże, obejmujące zarówno czynniki psychologiczne (stres, obciążenie emocjonalne), jak i somatyczne (choroby przewlekłe, zaburzenia hormonalne czy skutki długotrwałego obciążenia organizmu). **Choć intensywność tych objawów może być różna, nawet ich epizodyczne występowanie potrafi znacząco obniżyć jakość życia i zwiększać ryzyko rozwoju przewlekłych problemów zdrowotnych.**

W badaniu posłużono się autorską, skróconą skalą oceny astenii (Pochwatko i in., 2023). Respondenci oceniali nasilenie objawów w trzech wymienionych obszarach na pięciostopniowej skali od 0 (w ogóle) do 4 (bardzo często) w odniesieniu do ostatnich czterech tygodni. Podejście to pozwala na uchwycenie zarówno intensywnych, jak i umiarkowanych czy okazjonalnych przejawów astenii.

W jakim stopniu doświadczył/a Pan/i następujących objawów w ciągu ostatnich czterech tygodni?



Badani w istotnym stopniu zgłaszają występowanie objawów związanych z astenicznym funkcjonowaniem. Częste zmęczenie i osłabienie deklaruje 29% respondentów, objawy fizyczne (np. bóle głowy czy zaburzenia snu) 24%, a problemy z koncentracją i stresem 22%. Wyniki te mogą wskazywać na powszechność doświadczania objawów astenii w odniesieniu do różnych obszarów. **Doświadczanie astenii przynajmniej czasami w ciągu ostatnich 4 tygodni zadeklarowało około 50% badanych Polek i Polaków.** W celu uzyskania bardziej kompleksowego obrazu doświadczeń astenii postanowiliśmy również uwzględnić odpowiedź *czasami* jako istotny element analizy. Takie podejście pozwala lepiej zrozumieć skalę zjawiska, ponieważ epizodyczne występowanie objawów, choć mniej intensywne, może znacząco wpływać na jakość życia i wskazywać na potencjalne ryzyko rozwoju przewlekłych problemów zdrowotnych. Odpowiedź *czasami* stanowi ważny wskaźnik, który umożliwia objęcie analizą większej grupy osób, u których objawy nie są na tyle nasilone, by być zgłaszane jako *częste* lub *bardzo częste*, ale mimo to są regularnie odczuwane. Uwzględniając tę kategorię, wyniki wskazują, że zmęczenie i osłabienie w ciągu ostatnich 4 tygodni zadeklarowało przynajmniej czasami 66% badanych. Objawy fizyczne, takie jak bóle głowy czy zaburzenia snu, zgłosiło przynajmniej czasami 49% respondentów, natomiast problemy z koncentracją i stresem zadeklarowało w tej kategorii 47% badanych.

Astenia jest ważnym wskaźnikiem dobrostanu psychofizycznego społeczeństwa. Systematyczne monitorowanie objawów astenii pozwala wcześniej identyfikować grupy szczególnie narażone (np. młode osoby wchodzące w dorosłość); projektować działania profilaktyczne i ocenić wpływ zmian społecznych i ekonomicznych na zdrowie psychiczne i fizyczne społeczeństwa. Wczesne wykrywanie i łagodzenie objawów astenii może przyczynić się do poprawy jakości życia oraz zmniejszenia długofalowego obciążenia systemu zdrowia publicznego.

ASTENIA JAKO WSKAŹNIK DOBROSTANU PSYCHOFIZYCZNEGO

Analizy wykazały, że istnieje istotna różnica w poziomie astenii między kobietami a mężczyznami, przy czym **kobiety charakteryzują się wyższym średnim poziomem astenii**. Wykazano również, że **młodsze grupy wiekowe** cechują się istotnie wyższym poziomem astenii w porównaniu do starszych grup. Największe różnice zaobserwowano między najmłodszymi osobami (18-24 lata) a najstarszymi (65-74 lata oraz powyżej 75 lat). Nie zaobserwowano istotnych różnic w ocenie kondycji psychicznej w zależności od poziomu wykształcenia, wielkości miejsca zamieszkania oraz dochodów.

Średnie wyniki w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 0 do 4

WYNIK OGÓLNY

1,69

PLEĆ

kobiety

★ 1,89

mężczyźni

1,49

WIEK

18-24 lat

★ 2,32

25-34 lat

2,04

35-44 lat

1,93

45-54 lat

1,71

55-64 lat

1,47

65-74 lat

★ 1,21

powyżej 75 lat

★ 1,05

WIELKOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA

wieś

1,70

miasto do 100 tys.

1,63

miasto 100-500 tys.

1,75

miasto powyżej 500 tys.

1,69

WYKSZTAŁCENIE

podstawowe lub zawodowe

1,76

średnie

1,62

wyższe

1,72

DOCHODY (NETTO)

do 1.000 złotych

1,95

1.001 - 3.000 złotych

1,79

3.001 - 4.000 złotych

1,58

4.001 - 5.000 złotych

1,69

5.001 - 8.000 złotych

1,62

powyżej 8.000 złotych

1,61

★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

POCZUCIE SAMOTNOŚCI

Monitorowaliśmy także poziom samotności, rozumianej jako poczucie braku bliskich relacji lub intymności z innymi (uczucie pustki, tęsknota za ludźmi i odczuwanie odrzucenia), jak i niedostatek szerszej sieci społecznej. W celu zbadania tych aspektów wykorzystaliśmy skróconą wersję skali poczucia samotności (De Jong Gierveld i Van Tilburg, 2006).

Osoby badane zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na pięć pytań testowych dotyczących częstości takich doświadczeń, jak ogólne poczucie pustki czy uczucie bycia odrzuconym. Udzielane odpowiedzi oceniano za pomocą 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało *nigdy*, a 5 – *cały czas*.

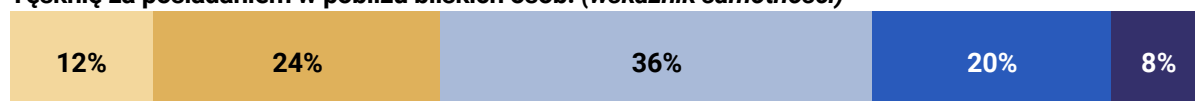
W jakim stopniu doświadczył/a Pan/i następujących objawów w ciągu ostatnich czterech tygodni?

Bottom2Box

Top2Box

Tęsknię za posiadaniem w pobliżu bliskich osób. (wskaźnik samotności)

36%



28%

Odczuwam ogólne poczucie pustki. (wskaźnik samotności)

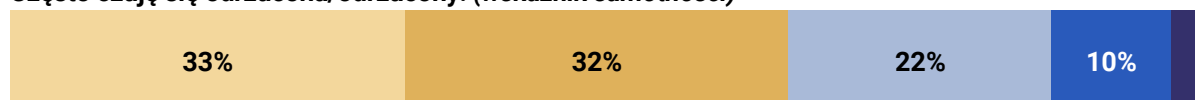
56%



16%

Często czuję się odrzucona/odrzucony. (wskaźnik samotności)

65%



13%

Mam wystarczająco dużo bliskich osób. (wskaźnik braku samotności)

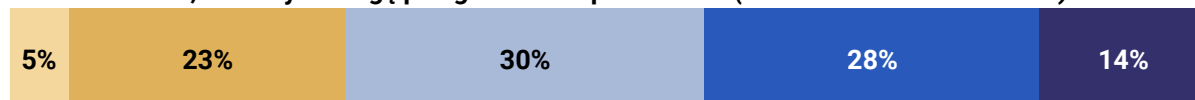
27%



48%

Jest wiele osób, na których mogę polegać w razie problemów. (wskaźnik braku samotności)

28%



42%

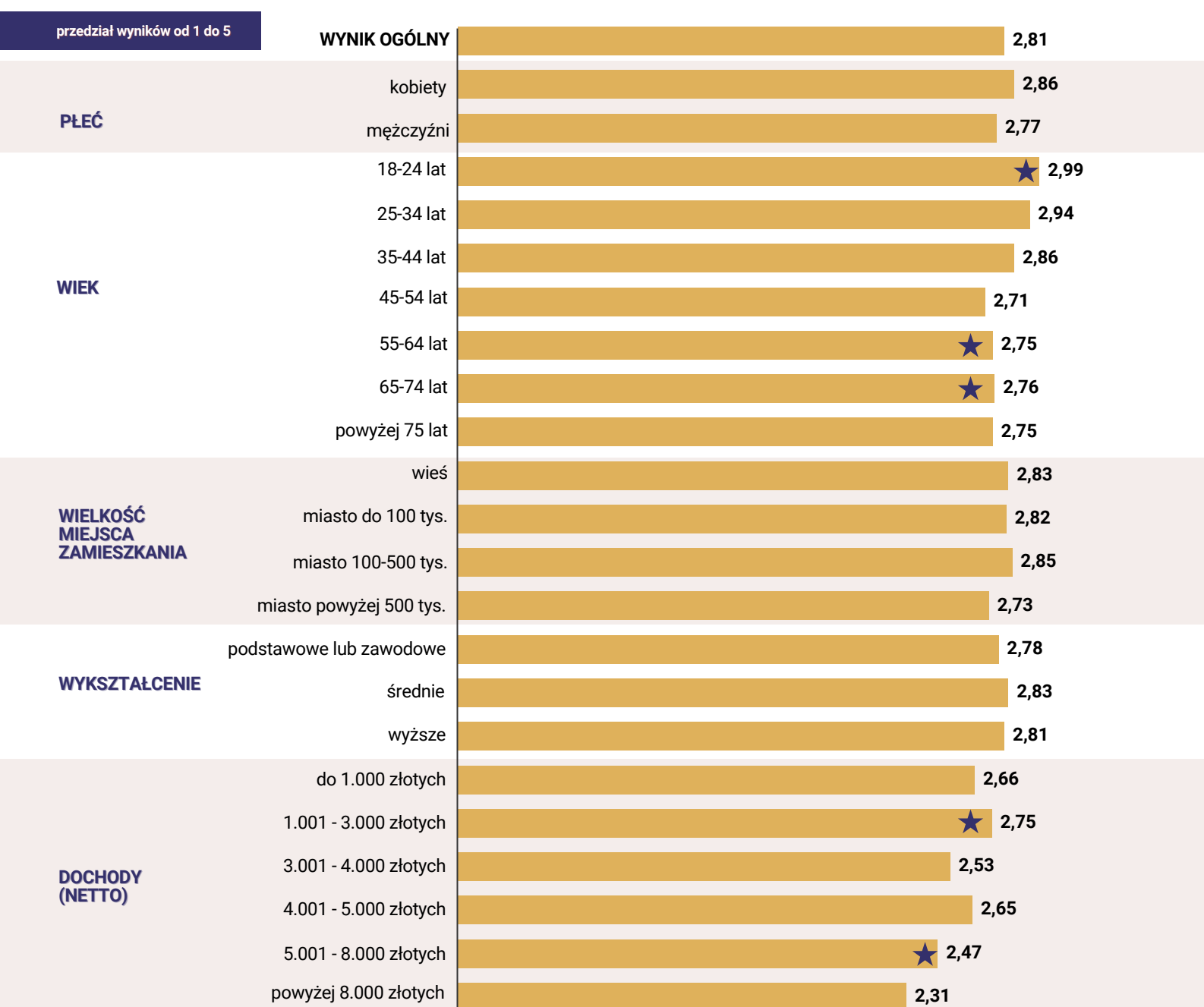
nigdy rzadko czasami często cały czas

Wyniki pokazują, że niemal połowa respondentów (48%) deklaruje, że ma wystarczającą liczbę bliskich osób, a 42% może liczyć na wsparcie w razie problemów. Z drugiej strony, samotność wciąż dotyka istotnej części badanych: 28% respondentów w ciągu ostatniego miesiąca tęskniło za posiadaniem w pobliżu bliskich osób, 16% towarzyszyło poczucie pustki, a 13% zadeklarowało poczucie bycia odrzuconym/odrzuconą.

POCZUCIE SAMOTNOŚCI

Nie wykazano istotnych różnic w poziomie samotności w zależności od płci, wykształcenia ani miejsca zamieszkania. Najwyższy poziom samotności **wykazano w grupie młodych dorosłych w wieku 18-24 lata**, który był istotnie wyższy niż w starszych grupach wiekowych (55-64 lat, 65-74 lat oraz powyżej 75 lat). Wyniki wskazują, że poziom poczucia samotności malał wraz z wiekiem. Dodatkowo, **osoby zarabiające w przedziale 1-3 tys. zł miesięcznie wykazują istotnie wyższe poczucie samotności w porównaniu do osób osiągających dochody powyżej 8 tys. zł miesięcznie**.

Średnie dla wyniku ogólnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

POCZUCIE ZAGROŻENIA

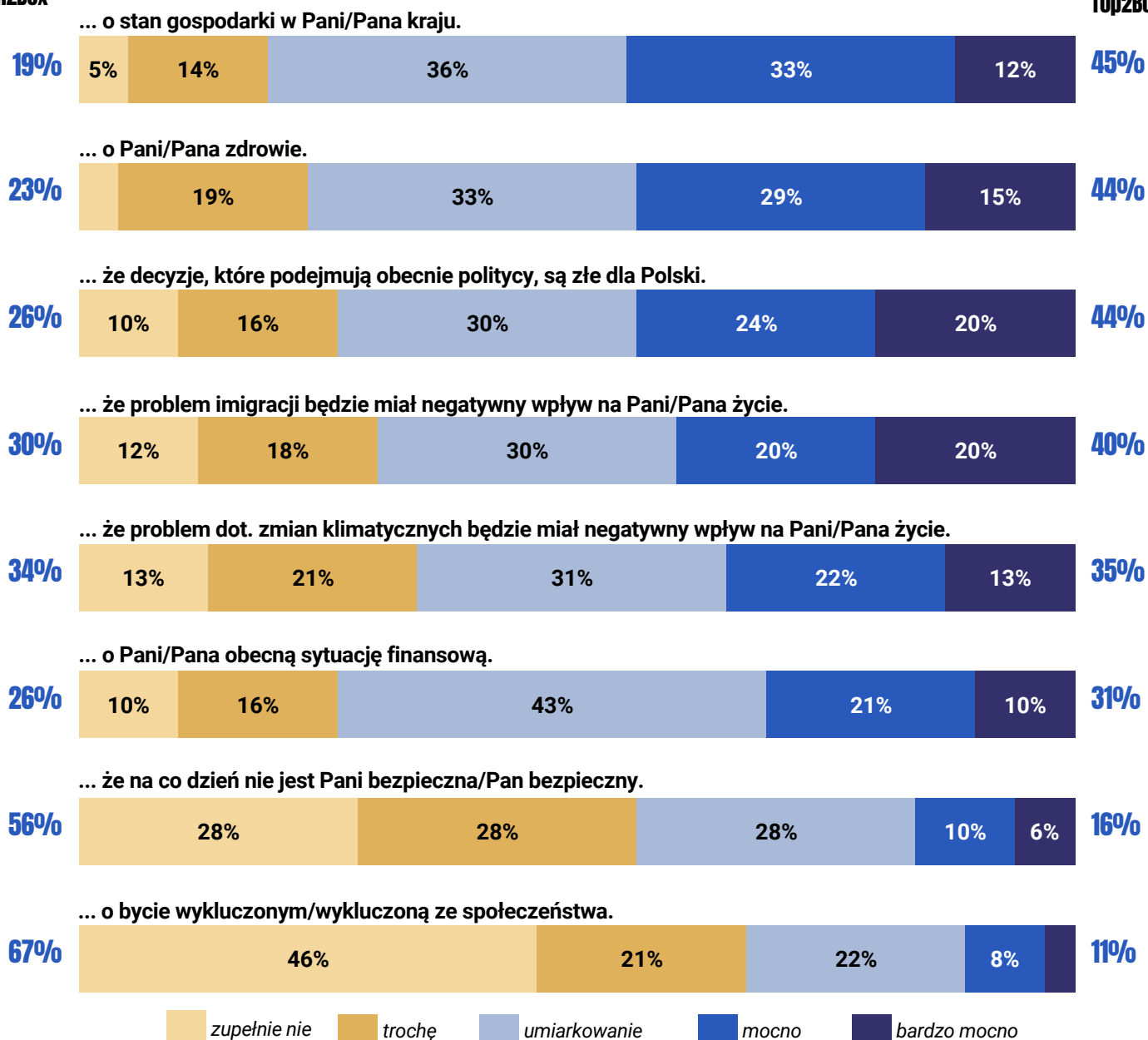
OBAWY ZWIĄZANE Z PRZYSZŁOŚCIĄ

Postanowiliśmy także sprawdzić nasilenie poczucia zagrożenia w różnych obszarach życia Polek i Polaków. W tym celu stworzyliśmy osiem pytań, dotyczących spraw finansowych, gospodarczych, politycznych, społecznych oraz zdrowotnych. Osoby badane zostały poproszone o określenie w jakim stopniu martwią się o powyższe kwestie, udzielając odpowiedzi na skali od 1 (*zupełnie nie*) do 5 (*bardzo mocno*).

W jakim stopniu martwi się Pani/Pan...?

Bottom2Box

Top2Box



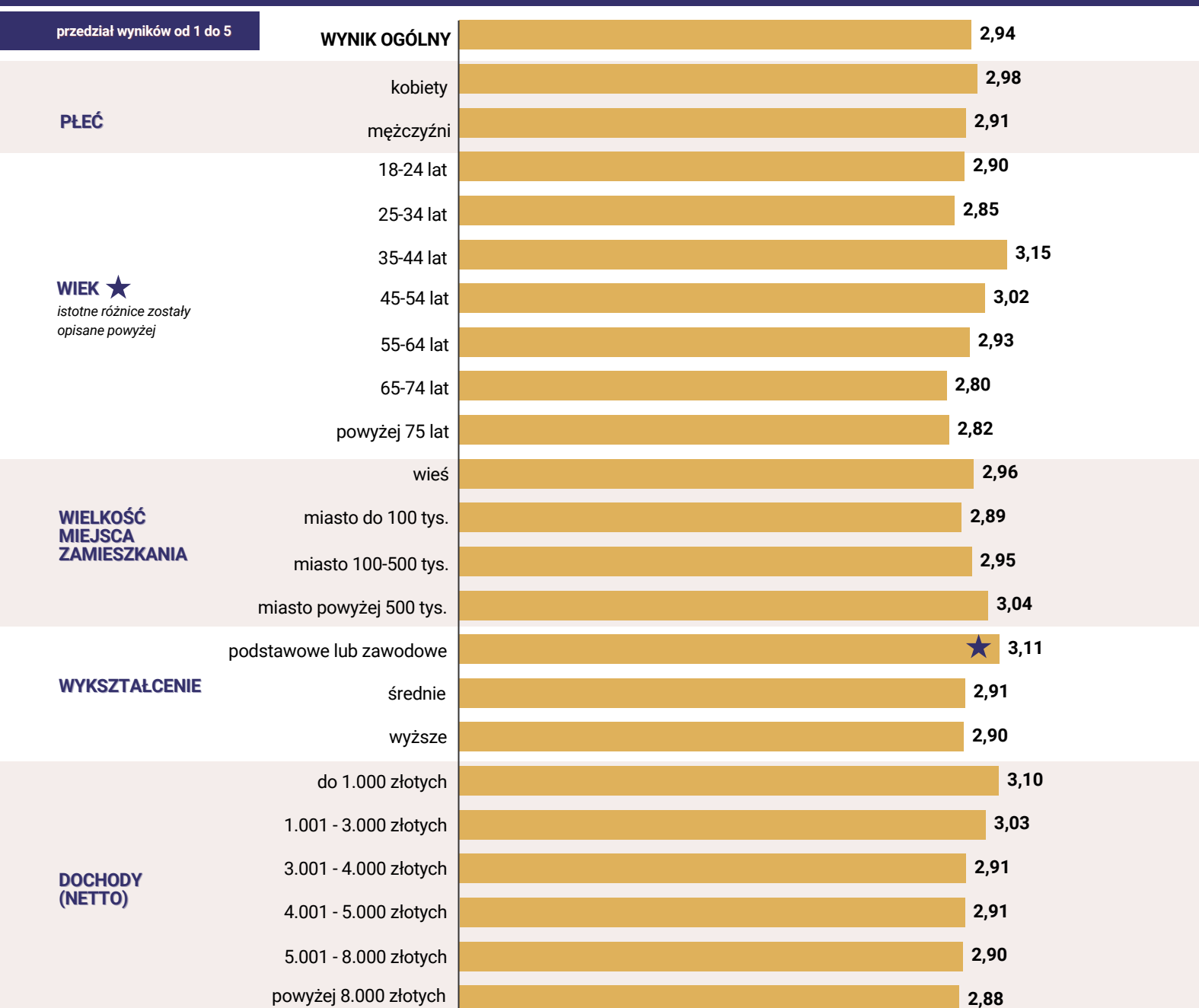
Wyniki wskazują, że Polki i Polacy odczuwają obawy w różnych obszarach życia, przy czym największe poczucie zagrożenia dotyczy problemów, takich jak stan gospodarki, **obawy o własne zdrowie** i słuszność decyzji politycznych. Relatywnie najmniej osób martwi się o swoje codzienne bezpieczeństwo oraz wykluczenie społeczne.

POCZUCIE ZAGROŻENIA

OBAWY ZWIĄZANE Z PRZYSZŁOŚCIĄ

Powyższy wykres przedstawia średnie poziomy poczucia zagrożenia w podziale na zmienne demograficzne. Nie zaobserwowano istotnych różnic w poziomie poczucia zagrożenia ze względu na płeć, miejsce zamieszkania ani dochody. Istotne różnice zaobserwowano jednak w odniesieniu do wieku i poziomu wykształcenia. **Osoby w wieku 35-54 lata deklarowały istotnie wyższy poziom poczucia zagrożenia niż osoby młodsze (18-34 lata) oraz starsze (55+ lat), co może wynikać z ich sytuacji życiowej lub zawodowej.** Ponadto **osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym odczuwały istotnie wyższe poczucie zagrożenia niż osoby z wykształceniem średnim i wyższym.**

Średnie wyniki w podziale ze względu na zmienne demograficzne



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

1

2

**3 OCENA ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
POLEK I POLAKÓW**

4

5

WNIOSKI

OCENA ZDROWIA PSYCHICZNEGO POLEK I POLAKÓW

Zaburzenia psychiczne stanowią coraz bardziej widoczny problem zdrowotny i społeczny, wymagający wszechstronnych analiz i działań profilaktycznych. Zrozumienie zasięgu oraz charakterystyki tych trudności w kontekście specyficznym dla polskiego społeczeństwa staje się kluczowym elementem działań na rzecz zdrowia publicznego.

Ta część prezentowanego raportu skupiona będzie na analizie kondycji psychicznej dorosłych Polek i Polaków. Jak wcześniej wspomniano, jednym z celów naszego projektu jest analiza dobrostanu psychicznego Polek i Polaków. Choć większość badanych zadeklarowała brak zdiagnozowanego zaburzenia psychicznego lub psychologicznego (85%), statystyki dotyczące wzrostu częstości i tempa rozwoju doświadczanych trudności natury psychologicznej są alarmujące. Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w ciągu najbliższych kilku lat depresja będzie najczęściej występującą chorobą na świecie.

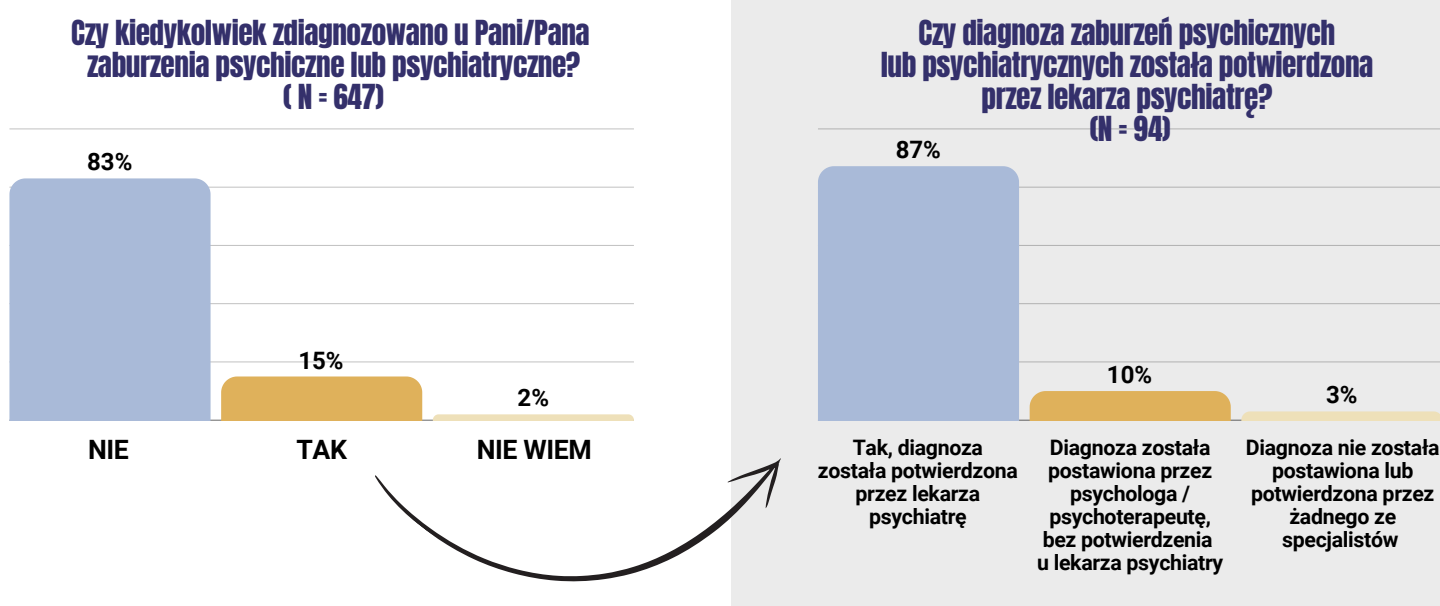
Przeprowadzone przez nas analizy potwierdziły, że depresja znalazła się wśród najczęściej wskazanych zaburzeń w przebadanej przez nas próbie respondentów. Na drugim miejscu wśród najczęściej występujących zaburzeń uplasowały się te o charakterze lękowym. **Półowa respondentów przyznała, że doznała w życiu uczucia bycia na stałe przygnębionym lub depresyjnym, zmniejszone zainteresowanie większością spraw oraz mniejszą zdolność do odczuwania radości. W chwili badania stan taki zadeklarowało 23% osób.**

Prawie co trzeci badany zadeklarował, że zdarzyło mu się doznać myśli o byciu obiektem spisków i prześladowań, doświadczeń podobnych do halucynacji - słuchowych lub wzrokowych - oraz przekonań, że ktoś z zewnątrz kontroluje. Podobny odsetek dotyczył także **myśli natrętnych i objawów lęku przestrzennego (agorafobii).** Co trzeci badany deklarował także te trudności psychologiczne związane z nadużywaniem **alkoholu**, które dotyczyły **potrzeby wypicia jego większej ilości, by uzyskać ten sam efekt, co dawniej.**

Przedstawione wyniki wskazują, że zaobserwowanie u siebie różnych symptomów zaburzeń psychologicznych może dotyczyć sporej części Polek i Polaków. Wnioski te wskazują na konieczność zintensyfikowania działań mających na celu wczesne rozpoznanie problemów psychicznych, dostęp do terapii oraz zwiększenie świadomości społecznej na temat zdrowia psychicznego.

DIAGNOZA PSYCHIATRYCZNA

W celu lepszego zrozumienia i oceny zdrowia psychicznego osób badanych, w badaniu ujęto pytania dotyczące doświadczeń respondentów związanych z diagnozowaniem problemów natury psychicznej. Kluczowym elementem tej części analizy było ustalenie, **jak wiele osób kiedykolwiek otrzymało diagnozę zaburzenia psychicznego, a także jakie były źródła tych diagnoz.** Wyniki dostarczają istotnych informacji na temat zarówno skali problemu, jak i roli specjalistów w procesie diagnozowania.



Badania wykazały, że zdecydowana większość respondentów (83%) nigdy nie została zdiagnozowana pod kątem zaburzeń psychicznych lub psychiatrycznych, zaś 15% badanych potwierdziło, że otrzymało taką diagnozę. **Spośród osób, które otrzymały diagnozę (N = 94), 87% potwierdziło, że była ona postawiona przez lekarza psychiatrę.** Jedynie 10% respondentów wskazało, że diagnoza została postawiona przez psychologa lub psychoterapeutę, bez potwierdzenia przez lekarza psychiatrę. Zaledwie 3% badanych przyznało, że diagnoza nie była postawiona przez żadnego specjalistę.

RODZAJ DIAGNOZY PSYCHIATRYCZNEJ

W kolejnym etapie badania osoby, które zadeklarowały posiadanie diagnozy zaburzeń psychicznych lub rozwojowych ($N = 94$), zostały zapytane o szczegóły dotyczące rodzajów zaburzeń, jakie zostały u nich zdiagnozowane. Respondenci mieli możliwość wskazania wielu odpowiedzi, aby odzwierciedlić pełen zakres diagnoz, które mogły być u nich postawione.

Wyniki pokazują, że najczęściej wskazywanymi przez badanych diagnozami zaburzeń były **depresja (77%) oraz zaburzenia lękowe (55%)**. Te dane potwierdzają, że problemy emocjonalne o charakterze depresyjnym i lękowym stanowią największe wyzwanie w obszarze zdrowia psychicznego wśród badanych. Pozostałe diagnozy były znacznie rzadsze, ale również istotne w kontekście analizy. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (10%), uzależnienie od alkoholu (10%), zespół stresu pourazowego (PTSD, 10%) oraz zaburzenia odżywiania (9%) i zaburzenia osobowości (9%) wskazano jako kolejne najczęściej występujące problemy. Znacznie rzadziej badani wskazywali na schizofrenię lub inne zaburzenia psychiatryczne (6%), czy uzależnienie od substancji psychoaktywnych (5%) oraz chorobę afektywną dwubiegunową (4%). Dodatkowo, część respondentów zgłosiła zaburzenia ze spektrum autyzmu (7%) oraz zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, 7%), co wskazuje na obecność także diagnoz dotyczących trudności neurorozwojowych.

Jakie zaburzenia psychiczne, psychiatryczne lub rozwojowe zostały u Pani/Pana zdiagnozowane? (możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi)

N = 94



NASILENIE OBJAWÓW

*Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

Pytania, na podstawie których określony został stopień nasilenia objawów konkretnych chorób i zaburzeń psychicznych, pochodzą z ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego - Mini Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny (MINI) (Sheehan i in., 1998). Narzędzie to zostało stworzone w celu **przesiewowego badania** szeregu chorób i zaburzeń psychicznych. Składa się z pytań głównych, tzw. „diagnostycznych”, oraz pytań dodatkowych, uszczegóławiających, zadawanych wtedy, kiedy na pytania diagnostyczne odpowiedź jest twierdząca. Wszystkie pytania w wywiadzie MINI dotyczą kryteriów diagnostycznych poszczególnych chorób lub zaburzeń, określonych w manualu klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

W tej części badania, respondenci zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi tylko na pytania główne (przesiewowe). Badanie miało charakter samoopisowy, co oznacza, że pytania nie były zadawane przez badaczy w formie wywiadu klinicznego, a zadaniem osób badanych było samodzielne udzielenie odpowiedzi na zadawane pytania – „Tak”, jeśli osoba badana doświadczyła opisanych symptomów, lub „Nie”, jeśli osoba badana nigdy nie miała takich doświadczeń. Oznacza to, że poniższe wyniki prezentują obecność wybranych objawów, charakteryzujących poszczególne zaburzenia psychiczne. Nie są jednak równoznaczne z pełną, kliniczną diagnozą zaburzenia, gdyż posiadane informacje nie są wystarczające, aby takie rozpoznanie postawić.

Niemniej jednak, w tej części raportu, zaprezentowane zostanie nasilenie charakterystycznych objawów, występujących w takich zaburzeniach jak depresja, dystymia, zespół lęku napadowego, agorafobia, fobia społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (OCD), zespół lęku uogólnionego, zaburzenia psychotyczne oraz nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Przedstawione zostaną również statystyki dotyczące myśli samobójczych. Wszystkie pytania dotyczą doświadczeń owych symptomów kiedykolwiek w życiu oraz obecnie.

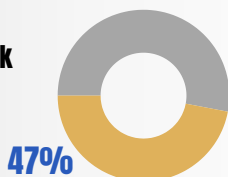
Czy doświadczał/a Pan/i danych trudności psychicznych?

N = 647

OBJAWY OBNIŻONEGO NASTROJU

utrzymujące się uczucie bycia stale przygnębionym lub depresyjnym, zmniejszone zainteresowanie większością spraw, mniejsza zdolność do odczuwania radości

kiedykolwiek



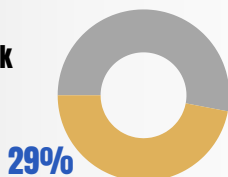
w ostatnim czasie



OBJAWY ZAKŁÓCONEGO POSTRZEGANIA RZECZYWISTOŚCI

przekonania dotyczące bycia obiektem spisków i prześladowań, doświadczenia halucynacji słuchowych lub wzrokowych, przekonania że ktoś lub coś z zewnątrz kontroluje nasze myśli lub działania

kiedykolwiek



w ostatnim czasie



NASILENIE OBJAWÓW

*Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

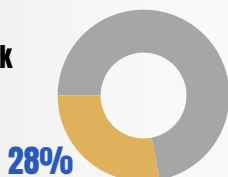
Czy doświadczał/a Pan/i danych trudności psychicznych?

N = 647

OBJAWY MYŚLI NATRĘTNYCH I ZACHOWAŃ KOMPULSYJNYCH

niepokojące, powracające myśli lub wyobrażenia, które były niechciane, natrętne lub stresujące; przymus powtarzania wybranych czynności, mające zapobiec niechcianym wydarzeniom, rytuały

kiedykolwiek



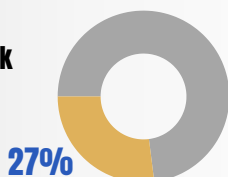
w ostatnim czasie

13%

OBJAWY LĘKU PRZESTRZENNEGO (AGORAFOBIA)

silne uczucie niepokoju lub strachu w miejscach, z których ucieczka byłaby trudna, a pomoc nieosiągalna, np. w tłumie, w komunikacji miejskiej

kiedykolwiek



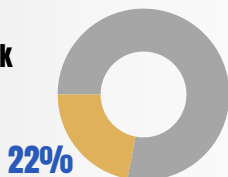
w ostatnim czasie

7%

OBJAWY LĘKU SPOŁECZNEGO

silne uczucie lęku lub zawstyżenia, obawa przed upokorzeniem, będąc w centrum uwagi otoczenia, np. przebywanie w towarzystwie innych osób, jedzenie w miejscach publicznych, publiczne przemawianie

kiedykolwiek



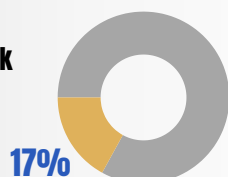
w ostatnim czasie

10%

OBJAWY SILNEGO LĘKU

pojawiające się częściej niż jednorazowo okresy lub ataki wzmożonego poczucia lęku, niepokoju lub przerażenia, wraz z towarzyszącymi objawami somatycznymi, np. kołatanie serca, potliwość, ból w klatce piersiowej.

kiedykolwiek



w ostatnim czasie

3%

NASILENIE OBJAWÓW

*Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

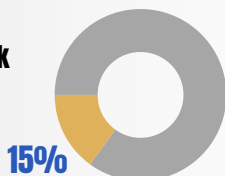
Czy doświadczała Pani/Pan danych trudności psychicznych?

N = 647

OBJAWY NADMIERNEGO ZAMARTWIANIA SIĘ

długotrwałe uczucie nadmiernego lęku lub zamartwiania się z kilkunastu różnych przyczyn

kiedykolwiek



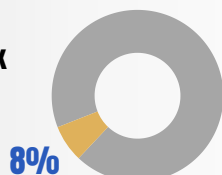
w ostatnim czasie



DŁUGOTRWALE OBNIŻONY NASTRÓJ

utrzymujące się przez większość czasu uczucie bycia smutnym lub depresyjnym, bez dłuższych okresów dobrego samopoczucia

kiedykolwiek



w ostatnim czasie

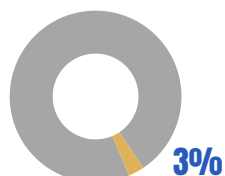


MYŚLI SAMOBÓJCZE

kiedykolwiek



w ostatnim czasie



Wyniki wskazują, że objawy obniżonego nastroju są najczęściej deklarowanymi trudnościami psychicznymi zarówno w ciągu całego życia (47%), jak i w ostatnim czasie (23%). Objawy zakłóconego postrzegania rzeczywistości (29% w ciągu całego życia, 14% w ostatnim czasie) oraz myśli natrętne (28% w ciągu całego życia, 13% w ostatnim czasie) również stanowią znaczną część zgłaszanych doświadczeń. Nadmierne zamartwianie się utrzymuje się na podobnym poziomie w obu okresach (15% w ciągu całego życia, 13% w ostatnim czasie), co może sugerować jego bardziej trwały charakter. Trudności takie jak lęk społeczny (22% w ciągu całego życia, 10% w ostatnim czasie) czy lęk przestrenny (27% w ciągu całego życia, 7% w ostatnim czasie) występują z mniejszą częstotliwością, szczególnie w ostatnim czasie. Najrzadziej deklarowane są objawy silnego lęku, które zgłaszało 17% badanych w ciągu całego życia, lecz jedynie 3% w ostatnim czasie. Długotrwałe obniżony nastrój utrzymuje się na względnie stabilnym poziomie (7% w ciągu całego życia, 8% w ostatnim czasie). Dodatkowo wyniki wskazują, że myśli samobójcze zgłosiło 25% respondentów jako doświadczenie z przeszłości, podczas gdy obecnie objaw ten dotyczy 3% badanych (należy tu podkreślić, że to deklaracje badanych, według ich rozumienia pytań). Podsumowując, wyniki badania wskazują na różnice w częstości zgłaszanych i doświadczanych przez respondentów objawów psychicznych. **Najczęściej raportowane były objawy związane z obniżonym nastrojem, myślami natrętnymi oraz lękiem, które większa część respondentów wskazywała jako obecne w przeszłości niż w ostatnim czasie.** Wyższa częstość zgłaszanych objawów w przeszłości może wynikać z efektów leczenia, zmniejszenia intensywności objawów z biegiem czasu lub naturalnego przebiegu tych trudności. Należy również pamiętać, że badanie było badaniem online i nie miało charakteru wywiadu klinicznego.

NASILENIE OBJAWÓW

NADUŻYWANIE ALKOHOLU

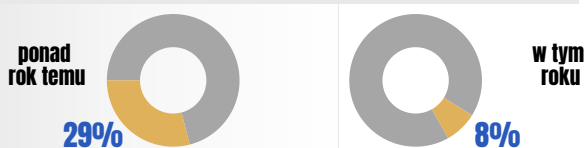
* Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

W kolejnej części badania przeanalizowano objawy związane z nadużywaniem alkoholu zgłaszane przez grupę 279 osób, które zadeklarowały co najmniej jeden tego rodzaju objaw. Respondenci odpowiadali na pytania dotyczące występowania tych objawów zarówno ponad rok temu, jak i w ciągu ostatniego roku. Najczęściej zgłaszanym symptomem była potrzeba spożycia większej ilości alkoholu, aby osiągnąć ten sam efekt – objaw ten wskazało 29% badanych w odniesieniu do okresu sprzed ponad roku oraz 8% w ostatnim roku. Wypicie większej ilości alkoholu, niż pierwotnie zakładano, deklarowało odpowiednio 14% i 12% respondentów. Objawy odstawienne oraz nieudane próby ograniczenia picia były zgłaszane przez 6–8% badanych, natomiast zmniejszenie czasu przeznaczanego na pracę lub kontakty społeczne zadeklarowało 4–5% respondentów.

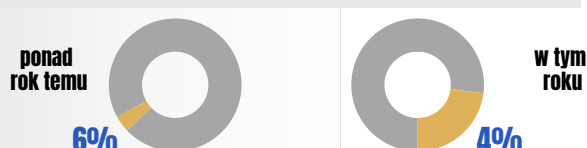
Czy doświadczał/a Pan/i danych trudności psychicznych (związanych z nadużywaniem alkoholu)?

N = 279

Potrzeba wypicia większej ilości alkoholu, aby uzyskać ten sam efekt co na początku



Objawy odstawienne po przerwaniu picia alkoholu



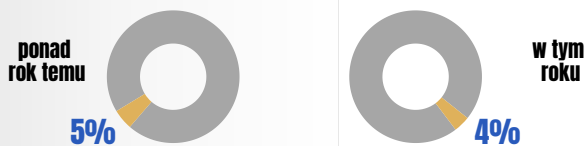
Wypicie większej ilości alkoholu, niż początkowo zaplanowano



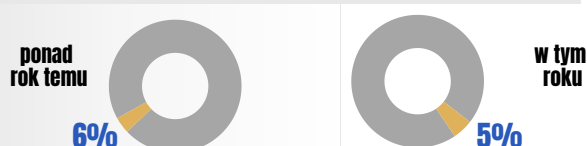
Nieudana próba zmniejszenia ilości lub zakończenia picia alkoholu



Mniejsza ilość czasu poświęcona pracy, zainteresowaniom i kontaktom społecznym, z powodu picia alkoholu



Potrzeba kontynuacji picia alkoholu, aby uniknąć objawów odstawiennych



SYMPTOMY DEPRESJI

ANALIZA POZIOMU NASILENIA ZE WZGLĘDU NA ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

* Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

Niezwykle istotne w kontekście tego badania było dokładniejsze sprawdzenie nasilenia objawów depresji. W tym celu wykorzystaliśmy Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta-9 (PHQ-9; Kroenke i in., 2001), służący do przesiewowego badania symptomów depresji. Osoby badane zostały poproszone o zaznaczenie, jak często w ciągu ostatnich dwóch tygodni towarzyszyły im następujące problemy, tj. uczucie smutku, kłopoty ze snem, zmiany apetytu, itp. Kwestionariusz składa się z dziewięciu pytań oraz 4-stopniowej skali odpowiedzi – od 0 (problemy wcale nie dokuczały) do 3 (problemy dokuczały niemal codziennie).

Jak często w ciągu ostatnich 2 tygodni dokuczały Pani/Panu następujące problemy?

N = 647

Uczucie zmęczenia lub brak energii.

Top2Box

23%

47%

18%

12%

30%

Kłopoty z zaśnięciem lub przerywany sen, albo zbyt długi sen.

39%

35%

14%

11%

25%

Niewielkie zainteresowanie lub odczuwanie przyjemności z wykonywania czynności.

46%

34%

15%

6%

21%

Uczucie smutku, przygnębienia lub beznadziejności.

44%

38%

11%

7%

18%

Poczucie niezadowolenia z siebie - lub uczucie, że jest się do niczego, albo że zawiodła Pani/zawiodł Pan siebie lub rodzinę.

56%

26%

11%

7%

18%

Brak apetytu lub przejadanie się.

62%

22%

10%

7%

17%

Problemy ze skupieniem się na przykład przy czytaniu gazety lub oglądaniu telewizji.

58%

27%

9%

6%

15%

Poruszanie się lub mówienie tak wolno, że inni mogliby to zauważyć? Albo wręcz przeciwnie – niemożność usiedzenia w miejscu lub podenerwowanie powodujące ruchliwość znacznie większą niż zwykle.

83%

10%

5%

7%

Myśli, że lepiej byłoby umrzeć, albo chęć zrobienia sobie jakiejś krzywdy.

84%

9%

5%

7%

wcale

kilka dni

więcej niż połowę dni

niemal codziennie

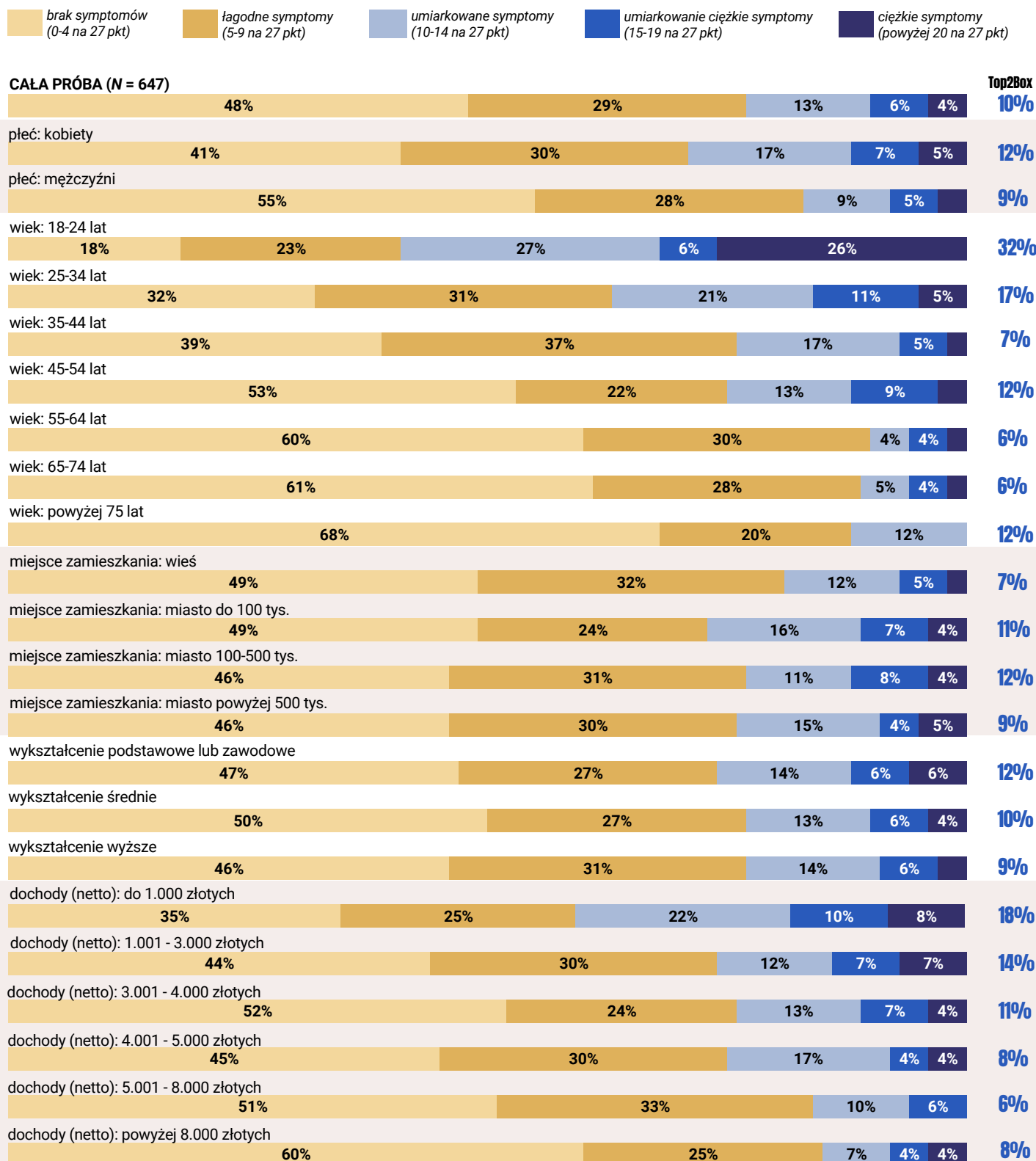
Najczęściej deklarowanymi objawami depresyjnego funkcjonowania były uczucie zmęczenia lub brak energii (30%) oraz problemy ze snem (25%). Mniej osób zgłaszało takie symptomy jak brak zainteresowania lub przyjemności (21%), uczucie smutku i beznadziejności (18%) oraz poczucie niezadowolenia z siebie (18%). Objawy takie jak brak apetytu (17%), trudności z koncentracją (15%) czy zmiany w ruchliwości (7%) występowały rzadziej. Najrzadziej badani wskazywali odpowiedzi związane z myślami, że lepiej byłoby umrzeć, lub chęcią zrobienia sobie krzywdy (7%). **Analiza tych wyników wskazuje, że choć intensywność objawów depresyjnych może być różna, to ich powszechność sugeruje potrzebę uwzględnienia wsparcia psychologicznego w codziennym funkcjonowaniu zwłaszcza w kontekście najczęściej występujących problemów, takich jak zmęczenie czy zaburzenia snu.**

SYMPTOMY DEPRESJI

ANALIZA POZIOMU NASILENIA ZE WZGLĘDU NA ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

* Prezentowane trudności nie stanowią informacji o diagnozie zaburzeń psychicznych, a jedynie wskazują na występowanie tendencji do obniżonego nastroju, czy innych trudności psychicznych

Na poniższym wykresie zaprezentowano poziom nasilenia symptomów depresji w badanej próbie, uwzględniając różne stopnie nasilenia objawów oraz podział na zmienne demograficzne.



SYMPTOMY DEPRESJI

ANALIZA POZIOMU NASILENIA ZE WZGLĘDU NA ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

Średni poziom nasilenia symptomów depresyjnych w badanej próbie wynosił 6,2. Najwyższy poziom zaobserwowano u osób w wieku 18-24 lata, a nieco niższy, lecz nadal wyższy niż w starszych grupach, w grupie 25-34 lata. Nasilenie objawów malało wraz z wiekiem. Kobiety zgłaszały istotnie wyższy poziom symptomów depresyjnych niż mężczyźni. Nie stwierdzono różnic ze względu na poziom wykształcenia i wielkość miejsca zamieszkania. Natomiast osoby zarabiające do 1 tys. zł wykazywały wyższe nasilenie symptomów depresyjnych w porównaniu do osób zarabiających 5-8 tys. zł miesięcznie.

Dodatkowe analizy liczby zgłaszanych symptomów pokazały, że 12% badanych nie doświadczało żadnych symptomów depresyjnych, natomiast 11% wskazało na obecność jednego symptomu. Dwa lub trzy symptomy depresyjne zgłosiło 22% uczestników, natomiast aż 55% badanych deklarowało cztery lub więcej symptomów depresyjnych. Dane te wskazują, że znaczna część badanej próby doświadczała wielu symptomów, co może świadczyć o poważniejszym poziomie nasilenia trudności depresyjnych.

1

2

3

4

**CZY POLKI I POLACY
KORZYSTAJĄ Z POMOCY
PSYCHOLOGICZNEJ?**

5

WNIOSKI

KORZYSTANIE Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Zdrowie psychiczne ma kluczowe znaczenie dla jakości życia, wpływając na funkcjonowanie społeczne, zawodowe i osobiste. Zaburzenia psychiczne, takie jak depresja czy zaburzenia lękowe, mogą prowadzić do poważnych konsekwencji, w tym trudności w relacjach interpersonalnych, izolacji społecznej czy nawet zachowań samobójczych. Właściwa interwencja psychologiczna, dostęp do psychoterapii lub konsultacji psychiatrycznych są nie tylko niezbędne w kryzysach psychicznych, ale pełnią także funkcję prewencyjną, wspierając dobrostan psychiczny i zapobiegając rozwijaniu się pełnoobjawowych zaburzeń. **W związku z tym celem badania było zrozumienie, w jaki sposób i w jakim stopniu Polacy korzystają z dostępnych form pomocy psychologicznej, jakie czynniki wpływają na decyzję o ich podjęciu oraz które grupy społeczne najczęściej sięgają po tego rodzaju wsparcie.**

Prawie połowa respondentów zadeklarowała, iż rozważali skorzystanie z pomocy psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego. Wśród nich 68% przyznało, że miało takie myśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co wskazuje na rosnącą otwartość na profesjonalne wsparcie. Jednocześnie 38% badanych zadeklarowało, że faktycznie kiedykolwiek skorzystało z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Najczęściej wybierano bezpłatne formy pomocy psychologicznej i psychiatrycznej (np. oferowane przez NFZ, fundacje czy ośrodki interwencji kryzysowej), chociaż w przypadku psychoterapii różnice między korzystaniem z usług bezpłatnych a prywatnych były mniej wyraźne, co może wynikać z ograniczonej dostępności psychoterapii w ramach świadczeń publicznych.

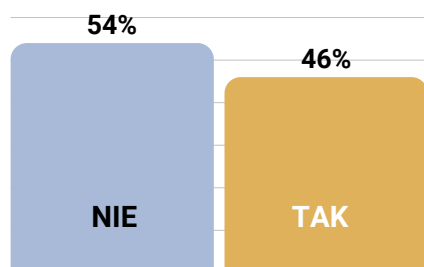
Kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Osoby młode (w wieku 18–24 lata) również wykazywały większą skłonność do szukania wsparcia w porównaniu z innymi grupami wiekowymi. Alternatywne, formy pomocy, takie jak wsparcie duchownych, bioenergoterapeutów czy astrologów, były wykorzystywane sporadycznie – zaledwie 13% respondentów zadeklarowało kiedykolwiek korzystanie z takich usług.

Wyniki te podkreślają rosnące znaczenie profesjonalnej pomocy psychologicznej w Polsce, ale wskazują także na konieczność dalszego zwiększania dostępności takich usług, zwłaszcza w ramach bezpłatnych świadczeń, by lepiej odpowiadać na potrzeby społeczeństwa.

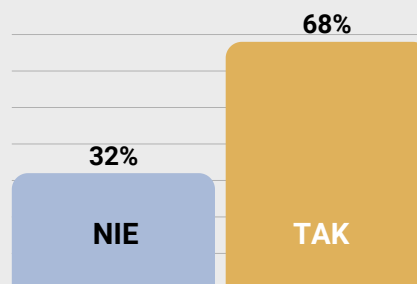
KORZYSTANIE Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

W ramach badania analizowano gotowość respondentów do skorzystania z pomocy psychologicznej, psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej w sytuacji doświadczanego dyskomfortu psychicznego. Respondentów zapytano zarówno o myśli dotyczące poszukiwania pomocy kiedykolwiek w przeszłości, jak i – w przypadku osób, które potwierdziły takie rozważania – o ich doświadczenia z ostatnich 12 miesięcy. Uzyskane wyniki pozwalają lepiej zrozumieć, w jakim stopniu respondenci byli otwarci na poszukiwanie profesjonalnego wsparcia psychicznego.

Czy kiedykolwiek, z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, myślał/a Pan/i o skorzystaniu z usług psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty?
(N = 647)



Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy, z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, myślał/a Pan/i o skorzystaniu z usług psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty?
(N = 300)

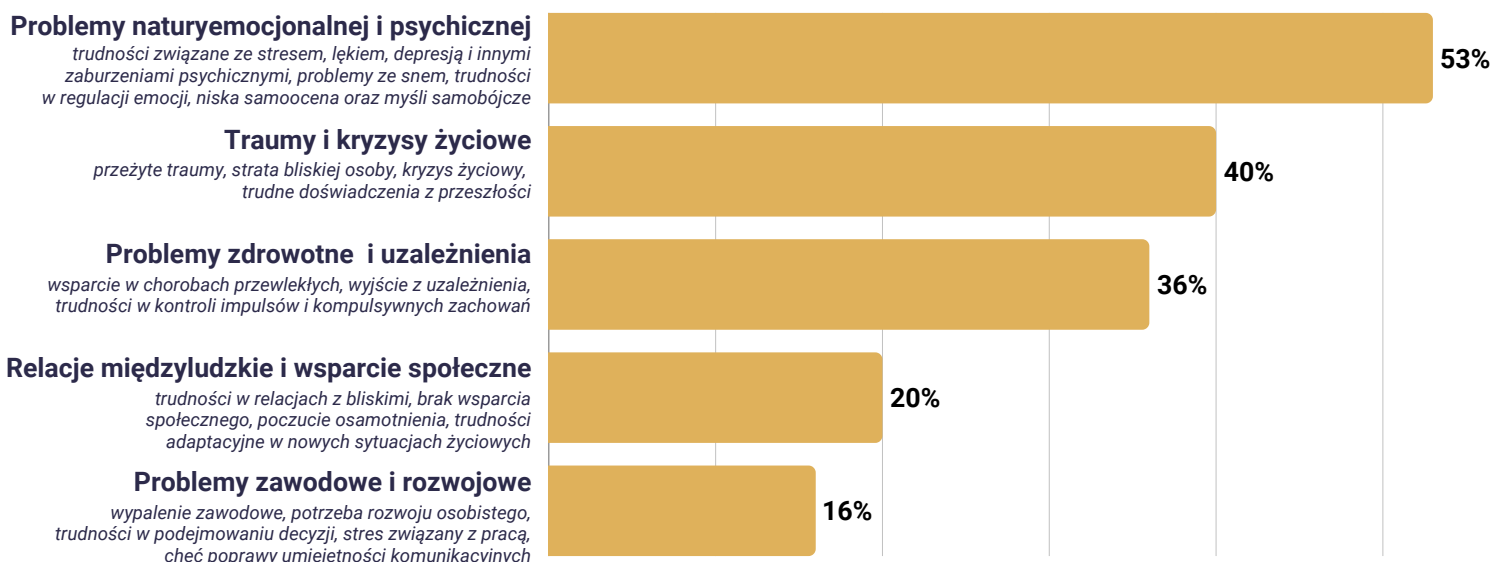


Pierwsze pytanie, skierowane do wszystkich respondentów (N = 647), wykazało, że 46% badanych zadeklarowało, że kiedykolwiek rozważało skorzystanie z pomocy psychologa, psychiatry lub psychoterapeuty z powodu doświadczanego dyskomfortu psychicznego, podczas gdy 54% stwierdziło, że nigdy nie miało takich myśli. Kobiety rozważały skorzystanie z usług psychologa lub psychiatry istotnie częściej niż mężczyźni (40% vs 60%). Wiek również był istotnym czynnikiem - osoby w wieku 25-54 lata rozważały wizytę u specjalisty najczęściej ze wszystkich grup wiekowych - częściej niż młodszy i starsi. Wykształcenie, miejsce zamieszkania i dochód nie były istotnymi czynnikami różnicującymi badanych w tej kwestii.

Drugie pytanie dotyczyło wyłącznie osób, które potwierdziły, że „kiedykolwiek” rozważały skorzystanie z pomocy (N = 300). W tej grupie odsetek osób, które miały takie myśli w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wyniósł 68%, podczas gdy 32% odpowiedziało przecząco. W tym przypadku płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania i zarobki nie były istotnymi czynnikami różnicującymi. Natomiast zaobserwowano, że osoby w wieku 25-34 lata rozważały wizytę u specjalisty częściej niż osoby z pozostałych grup wiekowych (31%).

MOTYWACJE DO SKORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Respondentów (N = 647) zapytano również, które z wymienionych trudności psychologicznych mogłyby skłonić ich do skorzystania z pomocy specjalisty. Respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi, co pozwoliło określić główne obszary, w których odczuwają potrzebę wsparcia.



Wyniki wskazują, że najczęstszą motywacją do skorzystania z pomocy psychologicznej były problemy natury emocjonalnej i psychicznej, które wskazało 53% respondentów. Na kolejnych miejscach znalazły się traumy i kryzysy życiowe (40%) oraz problemy zdrowotne i uzależnienia (36%). Relacje międzyludzkie i wsparcie społeczne stanowiły motywację dla 20% badanych, a problemy zawodowe i rozwojowe dla 16% uczestników. **Jednocześnie 16% respondentów zadeklarowało, że żadna z wymienionych trudności nie skłoniłaby ich do skorzystania z pomocy psychologicznej.** Wyniki te sugerują, że największa część respondentów dostrzega potrzebę wsparcia psychologicznego w obszarach związanych z kondycją emocjonalną i psychiczną, podczas gdy trudności zawodowe i rozwojowe rzadziej stanowią impuls do skorzystania z pomocy specjalistycznej.

W kolejnej części badania respondenci zostali poproszeni o uporządkowanie czterech potrzeb w kolejności od najważniejszej do najmniej istotnej w kontekście decyzji o skorzystaniu z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Wyniki wskazują, że najczęściej jako kluczową motywację respondenci wskazywali potrzebę poradenia sobie z doświadczanymi trudnościami w celu poprawy jakości własnego życia (dla własnego dobra) – wybrało ją 46% badanych. Kolejne pod względem częstości były: potrzeba poprawy jakości relacji z innymi osobami (22%) oraz potrzeba zmiany pewnych aspektów życia w celu uniknięcia negatywnych konsekwencji, takich jak odpowiedzialność karna czy niszczenie relacji (20%). Najrzadziej jako kluczową motywację wskazywano potrzebę spełnienia próśb innych osób, które uważają, że dana osoba powinna skorzystać z pomocy psychologicznej – tę opcję, jako najważniejszą motywację wybrało jedynie 10% badanych. **Analiza odpowiedzi dotyczących najmniej istotnej motywacji wskazuje na odwrotną tendencję. Najczęściej na ostatnim miejscu plasowano potrzebę spełnienia próśb innych osób – takiej odpowiedzi udzieliło 51% respondentów.**

Podsumowując, w podejmowaniu decyzji o skorzystaniu z pomocy psychologicznej respondenci najczęściej kierują się własnym dobrem i indywidualnymi trudnościami przy podejmowaniu decyzji o skorzystaniu z pomocy psychologicznej, podczas gdy motywacje związane z oczekiwaniami otoczenia mają zdecydowanie mniejsze znaczenie.

KORZYSTANIE Z RÓŻNYCH FORM POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

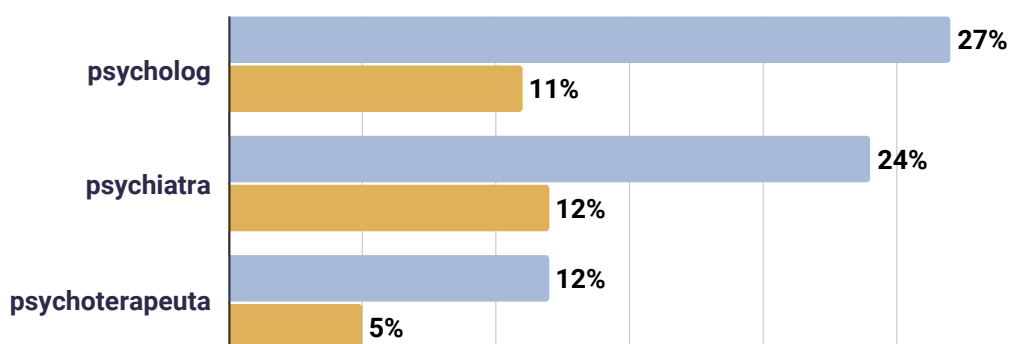
W tej części badania analizowano korzystanie z profesjonalnych form wsparcia psychologicznego, takich jak pomoc psychologów, psychiatrów czy psychoterapeutów

Korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej

N = 647

■ *kiedykolwiek*
■ *ostatnie 12 miesięcy*

Czy kiedykolwiek korzystał/a Pan/i z poniżej wymienionych usług, w celu otrzymania pomocy psychologicznej?



Przedstawione wyniki wskazują, że 27% respondentów zadeklarowało, że w ciągu całego życia korzystało z usług psychologa w celu otrzymania pomocy psychologicznej. W ciągu ostatnich 12 miesięcy z usług psychologa korzystało 11% badanych. Jeśli chodzi o psychiatrę, 24% respondentów zadeklarowało korzystanie z takiej pomocy w jakimkolwiek momencie swojego życia, a 12% w ostatnich 12 miesiącach. Z kolei z usług psychoterapeuty skorzystało 12% respondentów w ciągu swojego życia, natomiast w ciągu ostatniego roku jedynie 5% badanych. **Wyniki te wskazują, że pomoc psychologiczna w postaci usług psychologów jest najczęściej wybierana spośród analizowanych form wsparcia, zarówno w perspektywie całego życia, jak i ostatnich 12 miesięcy. Pomoc psychiatry oraz psychoterapeuty jest wykorzystywana rzadziej, przy czym w przypadku psychoterapeutów widać najmniejsze odsetki korzystających.**

Warto jednak zwrócić uwagę, że psycholog mógł być najczęściej wybieraną odpowiedzią, ponieważ badani mogą nie zawsze zdawać sobie sprawę z różnic między rodzajami oferowanego wsparcia psychologicznego. Psycholog wydaje się dla wielu najbardziej intuicyjnym wyborem. Podkreśla to potrzebę edukacji na temat różnorodności dostępnych form pomocy psychologicznej, co mogłoby pomóc w świadomym wyborze odpowiedniego wsparcia.

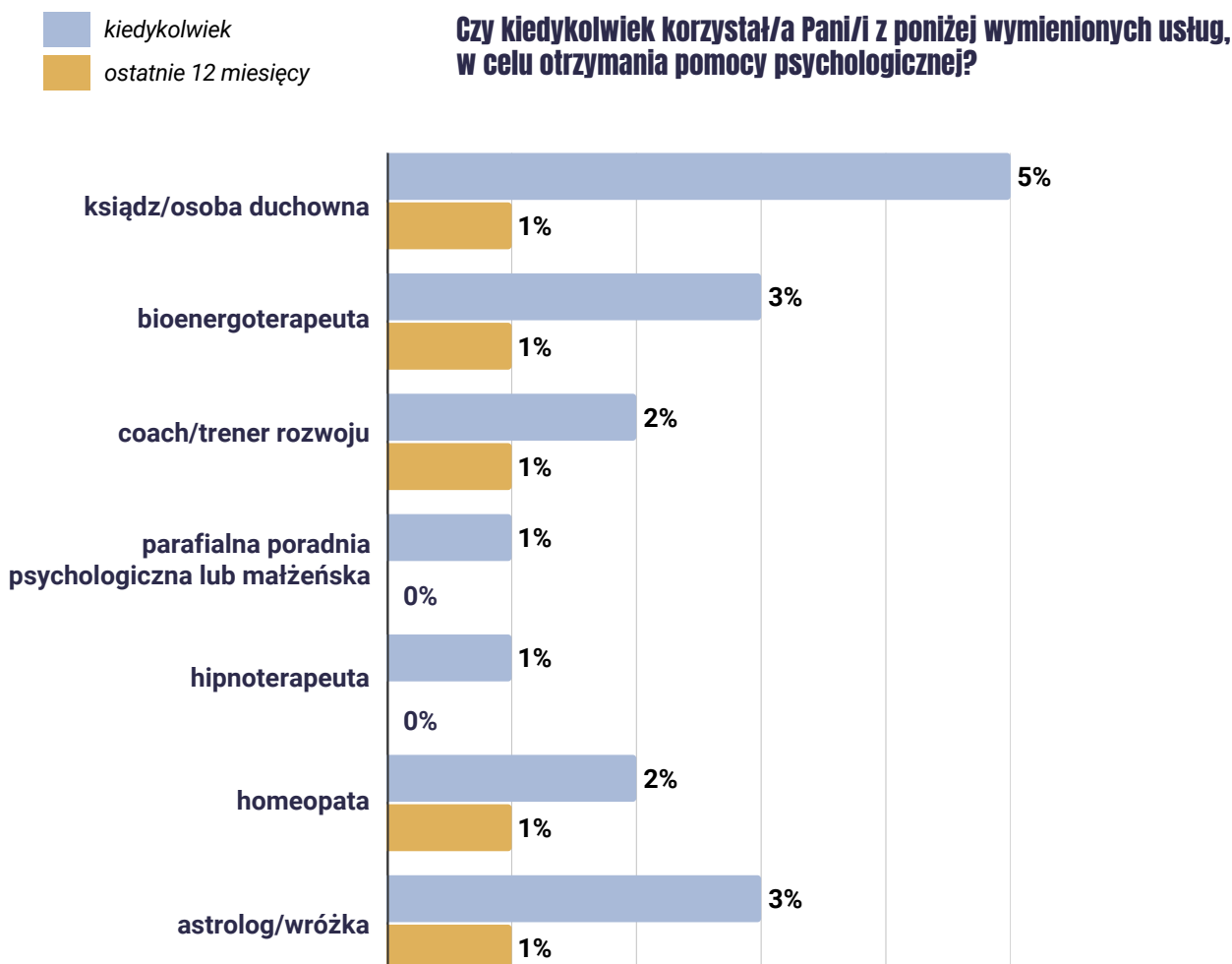
Analiza wykazała, że kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z tego rodzaju pomocy w ciągu swojego życia. Pod względem wieku, osoby w przedziale wiekowym 18-24 lata częściej korzystały z profesjonalnego wsparcia psychologicznego niż większość innych grup wiekowych, z wyjątkiem grupy 25-34 lata, gdzie różnice nie były widoczne. Jednocześnie nie zaobserwowano istotnych różnic w korzystaniu z profesjonalnej pomocy w zależności od wykształcenia ani miejsca zamieszkania respondentów.

KORZYSTANIE Z RÓŻNYCH FORM POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

W tej części badania analizowano korzystanie z alternatywnych form wsparcia, w celu uzyskania pomocy psychologicznej, takich jak pomoc duchownych, bioenergoterapeutów czy astrologów.

Korzystanie z alternatywnych form pomocy psychologicznej

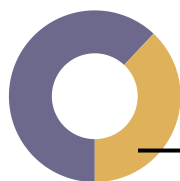
N = 647



Wyniki wskazują, że alternatywne formy pomocy psychologicznej, takie jak wsparcie ze strony duchownych, bioenergoterapeutów, coachów, homeopatów czy astrologów, były wybierane przez respondentów znacznie rzadziej niż profesjonalne usługi psychologiczne, psychiatryczne czy psychoterapeutyczne. Odsetki osób deklarujących korzystanie z takich form wsparcia były niewielkie, zarówno w odniesieniu do całego życia, jak i ostatnich 12 miesięcy. Dane te pokazują, że tego typu alternatywne metody wsparcia mają marginalne znaczenie w porównaniu do pomocy oferowanej przez specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Dodatkowo w niniejszym badaniu **58% osób badanych zadeklarowało, że nigdy nie korzystali z żadnej formy wsparcia psychologicznego.**

W przypadku tych form pomocy nie odnotowano różnic międzypłciowych. Nie zaobserwowano również istotnych różnic między grupami wiekowymi ani w zależności od poziomu wykształcenia czy miejsca zamieszkania.

KORZYSTANIE Z RÓŻNYCH FORM POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

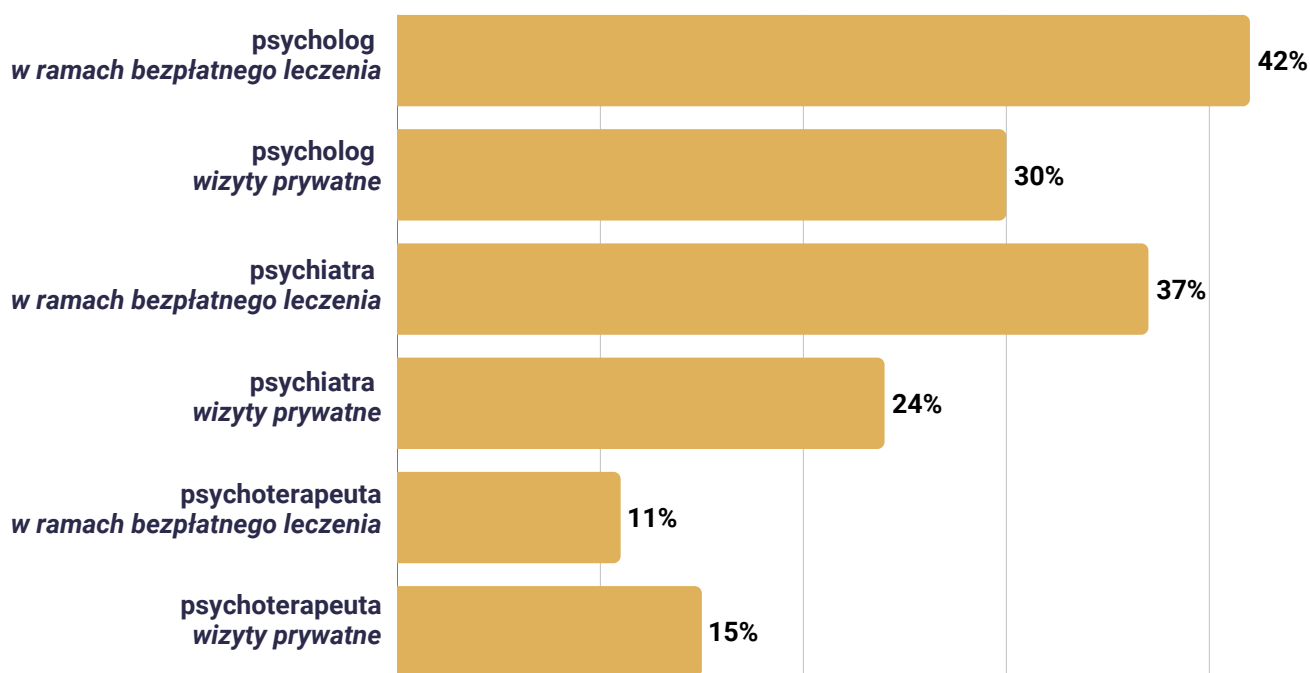


38% grupy badanej
osoby korzystające z profesjonalnej
pomocy psychologicznej

Osoby, które zadeklarowały korzystanie z profesjonalnej pomocy psychologicznej (tj. psycholog, psychiatra, psychoterapeuta), zapytano o szczegóły dotyczące sposobu korzystania z usług – czy były to wizyty w ramach bezpłatnego leczenia (np. NFZ, fundacje, ośrodki interwencji kryzysowej), czy usługi prywatne (płatne). Respondenci mieli możliwość wyboru wielu odpowiedzi, aby lepiej odzwierciedlić swoje doświadczenia z różnymi formami wsparcia.

Formy korzystania z pomocy psychologicznej: wizyty prywatne czy pomoc bezpłatna?

N = 245

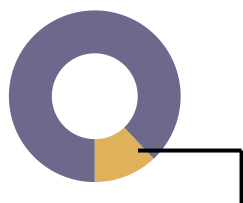


Wyniki wskazują, że respondenci częściej korzystali z pomocy psychologicznej w ramach bezpłatnego leczenia niż w formie prywatnej. 42% badanych deklaruje, że korzystało z usług psychologa w ramach systemu bezpłatnego leczenia, natomiast 30% wskazało na wizyty prywatne u psychologa.

Podobny trend zauważono w przypadku korzystania z pomocy psychiatrycznej. 37% badanych korzystało z usług psychiatry w ramach bezpłatnego leczenia, podczas gdy 24% wybierało prywatne wizyty u psychiatry. W przypadku psychoterapii różnice były bardziej wyrównane, ale odsetek osób korzystających z usług prywatnych był nieco wyższy. 15% respondentów korzystało z prywatnych usług psychoterapeuty, a 11% zadeklarowało korzystanie z pomocy psychoterapeuty w ramach bezpłatnego leczenia.

Bezpłatne usługi psychologiczne i psychiatryczne, oferowane przez NFZ, fundacje czy ośrodki interwencji kryzysowej, były nieco bardziej popularne w porównaniu do wizyt prywatnych. W przypadku psychoterapii różnica była mniejsza, co może wynikać z ograniczonej dostępności tej formy wsparcia w ramach bezpłatnych świadczeń. Wyniki te podkreślają wagę darmowej pomocy psychologicznej (i psychiatrycznej), a tym samym wskazują na konieczność poszerzania dostępu do tych usług.

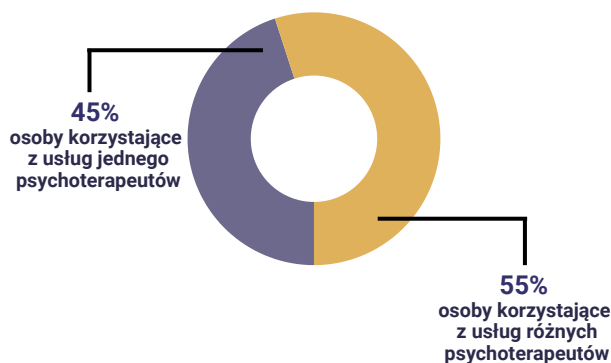
KORZYSTANIE ZE WSPARCIA PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO



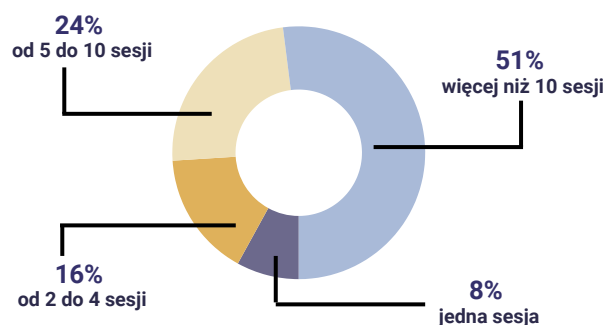
12% grupy badanej
osoby korzystające
z usług psychoterapeuty
N = 77

Postanowiliśmy pogłębić wątek korzystania z usług psychoterapeutycznych wśród osób, które mają jakiekolwiek doświadczenie z tą formą pomocy (12% całej próby, $N = 77$). Te osoby zostały poproszone o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań uszczegóławiających dotyczących psychoterapii, na przykład o liczbę sesji, nurt (modalność) psychoterapii, liczbę terapeutów czy formę psychoterapii (online/stacjonarnie).

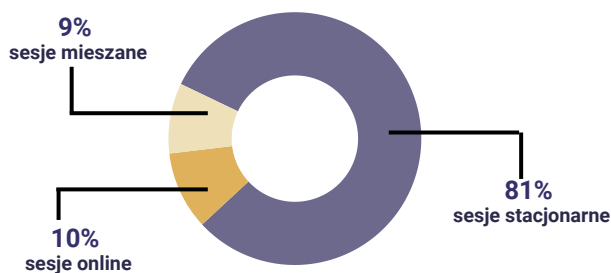
Korzystanie z usług psychoterapeutycznych: jeden psychoterapeuta czy różni specjaliści?



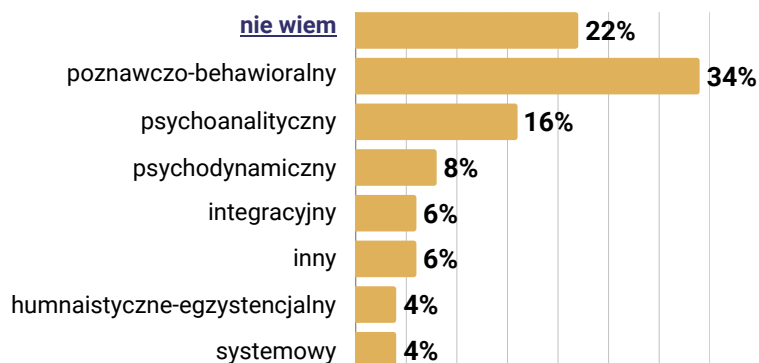
Liczba odbytych sesji psychoterapeutycznych w ciągu całego życia



Forma sesji terapeutycznych



Nurt terapeutyczny



Wśród osób korzystających z usług psychoterapeutycznych, 55% korzystało z usług różnych psychoterapeutów, a 45% pozostało przy jednym specjalście. Większość sesji odbywała się stacjonarnie (81%), podczas gdy sesje online stanowiły tylko 10%, a mieszane 9%. Pod względem liczby odbytych sesji, 51% badanych miało więcej niż 10 sesji, 24% od 5 do 10, a tylko 8% ograniczyło się do jednej sesji. Najczęściej wskazywanym nurtem terapeutycznym był poznawczo-behawioralny (34%), przy czym 22% badanych nie wiedziało, w jakim nurcie odbywała się ich terapia.

Wyniki wskazują na przewagę stacjonarnych form terapii oraz znaczną popularność nurtu poznawczo-behawioralnego, przy jednoczesnej dużej różnorodności w liczbie sesji i korzystaniu z różnych specjalistów.

POSTAWY WOBEC KORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

W niniejszym badaniu postanowiliśmy również zidentyfikować czynniki sprzyjające poszukiwaniu pomocy, jak i te, które mogą je ograniczać. W tym celu zastosowaliśmy Kwestionariusz Postaw wobec Poszukiwania Profesjonalnej Pomocy Psychologicznej w wersji skróconej (ATSPPH-SF, Fisher i Farina, 1995). Skala składa się z 10 pozycji ocenianych przez osoby badane na czteropunktowej skali Likerta (0 - *zdecydowanie się nie zgadzam*, 3 - *zdecydowanie się zgadzam*). Kwestionariusz umożliwia ocenę trzech głównych obszarów (podskal), które pomagają lepiej zrozumieć postawy badanych wobec pomocy psychologicznej. Pierwsza podskala dotyczy otwartości na poszukiwanie profesjonalnej pomocy i mierzy gotowość do korzystania z pomocy psychologicznej w sytuacjach kryzysowych. Druga podskala koncentruje się na wartości profesjonalnej pomocy psychologicznej, odzwierciedlając przekonania dotyczące korzyści i skuteczności psychoterapii. Trzecia podskala odnosi się do preferencji samodzielnego radzenia sobie z problemami, czyli tendencji do unikania profesjonalnej pomocy na rzecz rozwiązywania trudności we własnym zakresie.

W analizie danych uwzględniony został również wynik całkowity (*total score*), który powstaje przez zsumowanie odpowiedzi na wszystkie pozycje kwestionariusza. Wyższe wyniki wskazują na bardziej pozytywne postawy wobec pomocy psychologicznej.

Otwartość na poszukiwanie profesjonalnej pomocy

Gdybym przeżywała/przeżywał poważny kryzys emocjonalny, byłabym/byłbym pewien/na, że psychoterapia jest przydatna.

Top2Box



Rozmawianie o problemach z psychologiem wydaje mi się kiepskim sposobem na pozbycie się problemów emocjonalnych.



Biorąc pod uwagę ilość czasu i pieniędzy związanych z psychoterapią, nie jestem pewna/pewien, czy przyniosłaby ona korzyści komuś takiemu jak ja.



nie zgadzam się raczej się nie zgadzam raczej się zgadzam zgadzam się

Znaczna większość badanych (80%) deklaruje, że w razie przeżywania poważnego kryzysu, psychoterapia byłaby dla nich przydatna. Jednocześnie aż 74% uważa, że rozmawianie o problemach z psychologiem nie jest najlepszym sposobem na pozbycie się problemów emocjonalnych. Obawy związane z korzyściami psychoterapii w odniesieniu do ilości czasu i pieniędzy jakie trzeba na nią przeznaczyć deklaruje ponad połowa (53%) badanych.

POSTAWY WOBEK KORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

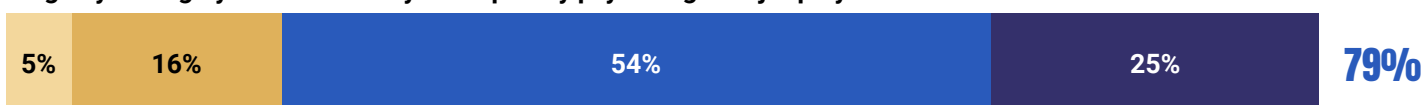
Przypisywanie wartości profesjonalnej pomocy psychologicznej

Top2Box

Osoba z problemem emocjonalnym prawdopodobnie nie rozwiąże go sama; jest bardziej prawdopodobne, że rozwiąże go z profesjonalną pomocą.



Mogłabym/Mógłbym chcieć skorzystać z porady psychologicznej w przyszłości.



Gdybym myślała/myślał, że przechodzę załamanie psychiczne, moją pierwszą myślą byłoby zwrócenie się o pomoc do specjalisty.



Chciałabym/Chciałbym skorzystać z pomocy psychologicznej, gdybym była/był zmartwiona/zmartwiona lub zdenerwowana/zdenerwowany przez dłuższy czas.



nie zgadzam się raczej się nie zgadzam raczej się zgadzam zgadzam się

Mimo pewnych obaw związanych z korzystaniem z pomocy psychologicznej, 81% badanych uważa, że prawdopodobieństwo rozwiązania problemów emocjonalnych z pomocą profesjonalisty jest wyższe niż poradzenie sobie z nimi samemu. Jednocześnie 75% sądzi, że w razie załamania psychicznego ich pierwszą myślą byłoby zwrócenie się o pomoc do specjalisty, a 79% mogłoby skorzystać z porady psychologicznej w przyszłości. Dodatkowo 63% badanych zgadza się ze stwierdzeniem, że chciałoby skorzystać z pomocy psychologicznej, gdyby przez dłuższy czas byli zmartwieni lub zdenerwowani.

POSTAWY WOBEK KORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Preferencja samodzielnego radzenia sobie z problemami

Podziwiam ludzi, którzy są gotowi poradzić sobie ze swoimi problemami i lękami bez szukania profesjonalnej pomocy.

Top2Box



Ludzie powinni sami rozwiązywać swoje problemy, zatem skorzystanie z porady psychologa powinno być dla nich ostatecznością.



Problemy osobiste i emocjonalne, jak większość rzeczy w życiu, zwykle rozwiązują się same.



nie zgadzam się raczej się nie zgadzam raczej się zgadzam zgadzam się

Pod względem preferencji samodzielnego radzenia sobie z problemami, opinie badanych wydają się być podzielone. Z jednej strony 75% badanych podziwia ludzi, którzy są gotowi poradzić sobie ze swoimi problemami bez szukania profesjonalnego pomocy. Jednocześnie mniej niż połowa zgadza się ze stwierdzeniem, że ludzie powinni sami rozwiązywać swoje problemy, a skorzystanie z porady psychologa powinno być dla nich ostatecznością. Natomiast 34% badanych twierdzi, że problemy osobiste i emocjonalne zwykle rozwiązują się same.

POSTAWY WOBEC KORZYSTANIA Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Kobiety prezentowały bardziej pozytywne postawy wobec korzystania z pomocy psychologicznej niż mężczyźni. Osoby w najstarszej grupie wiekowej (75+) charakteryzowały się mniej pozytywnymi postawami wobec pomocy psychologicznej (w tym większą skłonnością do samodzielnego radzenia sobie w trudnych sytuacjach). Podobne preferencje samodzielności były bardziej widoczne u osób z podstawowym lub zawodowym wykształceniem w porównaniu do osób z wyższym wykształceniem. Nie odnotowano istotnych różnic w postawach wobec pomocy psychologicznej w zależności od miejsca zamieszkania czy sytuacji materialnej. Chociaż analiza wskazała na potencjalne różnice w wymiarze otwartości, szczegółowe porównania międzygrupowe nie potwierdziły ich istotności.

Średnie dla wyniku całkowitego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 0 do 30

WYNIK OGÓLNY

17,94

PLEĆ

kobiety

★ 18,97

mężczyźni

16,98

WIEK

18-24 lat

19,18

25-34 lat

18,90

35-44 lat

17,23

45-54 lat

17,55

55-64 lat

19,05

65-74 lat

17,52

powyżej 75 lat

★ 15,20

WIELKOŚĆ MIEJSCA ZAMIESZKANIA

wieś

18,17

miasto do 100 tys.

17,63

miasto 100-500 tys.

18,13

miasto powyżej 500 tys.

18,05

WYKSZTAŁCENIE

podstawowe lub zawodowe

★ 17,50

średnie

17,67

wyższe

★ 18,46

DOCHODY (NETTO)

do 1.000 złotych

18,33

1.001 - 3.000 złotych

18,20

3.001 - 4.000 złotych

16,99

4.001 - 5.000 złotych

17,53

5.001 - 8.000 złotych

18,62

powyżej 8.000 złotych

18,74

★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

1

2

3

4

5

**CO UTRUDNIA
POLKOM I POLAKOM
KORZYSTANIE Z POMOCY
PSYCHOLOGICZNEJ?**

WNIOSKI

BARIERY W KORZYSTANIU Z POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

W części piątej analizowaliśmy bariery, które utrudniają dostęp do pomocy psychologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem postaw społecznych wobec osób korzystających z tego rodzaju wsparcia. Zwracamy także uwagę na postawy wobec specjalistów zdrowia psychicznego oraz na powszechnie występujące mity i przekonania, które mogą wpływać na decyzję o skorzystaniu z pomocy. Zrozumienie tych mechanizmów ma na celu wskazanie kluczowych obszarów, w których należy podjąć działania edukacyjne, aby poprawić skuteczność pomocy psychologicznej oraz zmniejszyć uprzedzenia wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Oprócz obiektywnych czynników zniechęcających do podjęcia profesjonalnej pomocy psychologicznej (np. brak środków na opłacenie wsparcia; 48%), badani najczęściej wskazywali na te, który łączyły się z ich sposobem myślenia o swojej sytuacji. Najwięcej osób powstrzymywało poczucie, że poradzą sobie sami z problemem (54%) lub że rozwiąże się on sam (44%). Istotna była także niechęć związana z opowiadaniem innym o swoich problemach (47%) i ogólny lęk dotyczący metod stosowanych przez osoby udzielające profesjonalnego wsparcia (44%) i ten związany z ewentualnym umieszczeniem w szpitalu wbrew woli (40%). Rzadziej deklarowane, choć nadal dotyczące ok. 30% respondentów bariery łączyły się z reakcją otoczenia na to, że ktoś korzysta z profesjonalnej pomocy psychologicznej. Znaczenie barier związanych z **lękiem przed stygmatyzacją oraz odrzuceniem społecznym** zobrazowały pytania dotyczące wyobrażonej sytuacji, w której respondenci zachorowaliby psychicznie. **W grupie, u której nie zdiagnozowano tej choroby, dominowało przekonanie, że czuliby się zawstydzeni (71%), ignorowani przez innych (71%) oraz postrzegani przez społeczeństwo jako osoby, które nie są w stanie osiągnąć zbyt wiele (69%).** Co ciekawe, wśród badanych, u których rzeczywiście stwierdzono chorobę psychiczną, wyniki te były niższe: poczucie zawstydzenia wynosiło 27%, bycie ignorowanym przez społeczeństwo 23%, a ocena jako niezdolni do osiągnięcia sukcesów - 60% (choć nadal wysoka).

Analiza percepcji piętna i dyskryminacji wykazała, że istotny odsetek osób z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych unika mówienia o tym, że leczy się psychiatrycznie (41%) i obawia się, że zostanie źle oceniony przez innych z powodu swojej diagnozy (27%). Tylko 20% z nich odczuwało wsparcie ze strony pracowników i przełożonych w związku ze swoją chorobą. Choć wyniki te nie napawają optymizmem, w przypadku większości analizowanych wskaźników zaobserwowano, że wyobrażenia na temat sytuacji osób z diagnozą zaburzeń psychicznych wśród „osób bez diagnozy” są znacznie bardziej negatywne niż te, które deklarują osoby z taką diagnozą. **Demonizowanie przez respondentów potencjalnej diagnozy może mieć istotny wpływ na ogólną (nie)chęć skorzystania z profesjonalnego wsparcia psychologicznego.**

Postawy wobec specjalistów zajmujących się zdrowie psychicznym okazały się pozytywne. Zdecydowanie pozytywne postawy respondenci mieli także wobec osób korzystających z psychoterapii (84%), ale już niekoniecznie przebywających w szpitalach/na oddziałach psychiatrycznych (68%; vs. przebywających w szpitalach innych niż psychiatryczne: 81%), a także diagnozą zaburzeń psychicznych (66%). Około 20% badanych osób zadeklarowało jednoznacznie negatywne emocje wobec osób z diagnozą zaburzeń psychicznych i tych, które znajdują się w szpitalach/oddziałach psychiatrycznych.

Skrajnie negatywne postawy względem psychologii oraz psychiatrii dotyczyły ok. 10% respondentów, którzy uznali wspomniane grupy zawodowe za spiskujące przeciwko społeczeństwu (ogłupiające je, manipulujące nim i wykorzystujące leki psychotropowe, by zyskać kontrolę nad pacjentami). Tego typu myślenie dominowało u osób mniej zarabiających i gorzej wykształconych.

Analiza poziomu wiedzy psychologicznej wskazała na konkretne obszary wymagające wprowadzenia działań edukacyjnych. Na przykład, 41% Polaków uważa, że ukończenie jednolitych studiów magisterskich jest równoznaczne z byciem certyfikowanym psychoterapeutą, a 28% sądzi, że umożliwia przepisywanie recept na leki psychotropowe. 27% respondentów uznało, że studia psychologiczne uczą tego, jak czytać innym w myślach, a 21% sądzi, że choroby psychiczne mają wyłącznie biologiczne podłoże. Wyższe wyniki w teście wiedzy psychologicznej osiągały osoby o wyższych zarobkach.

Dalsze analizy wykazały, że choć ponad połowa Polaków deklaruje zainteresowanie psychologią i psychiatrią i większość traktuje je jako pełnowartościową naukę, nie idą za tym konkretne działania (np. aktywne poszukiwanie informacji w tej dziedzinie).

BARIERY W KORZYSTANIU Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Niezwykle ważne było dla nas **poznanie czynników, które powstrzymują Polki i Polaków przed korzystaniem z pomocy psychologicznej**. W celu pomiaru barier przed korzystaniem z profesjonalnej pomocy zastosowaliśmy kwestionariusz *Barriers to Access to Care Evaluation scale* (BACE; Clement i in., 2012). Kwestionariusz składa się z 30 pozycji opisujących czynniki, które mogły powstrzymać, opóźnić lub zniechęcić badanych do korzystania z pomocy psychologicznej. Badani udzielają odpowiedzi na skali od 0 (*to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE*) do 3 (*to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło BARDZO*).

Odpowiedzi dotyczące barier analizowaliśmy w podziale opartym na liczbie wskazań, które odzwierciedlają stopień istotności danej bariery w odbiorze badanych. Dzięki temu możliwe było wyodrębnienie barier najbardziej powszechnych (najwyższe wartości Top2Box) oraz tych, które dotyczą specyficznych grup lub sytuacji. Trzy grupy wyznaczają różne poziomy trudności w korzystaniu z pomocy psychologicznej: od kluczowych przeszkód, przez bariery psychospołeczne, po bariery sytuacyjne.

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Pana/Panią do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło NIEZNACZNIE to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło BARDZO

BARIERY KLUCZOWE

Chęć samodzielnego rozwiązania problemu.

Top2Box



54%

Brak możliwości poniesienia związanych z tym kosztów finansowych.



48%

Niechęć do mówienia o swoich uczuciach, emocjach lub myślach.



47%

Myślenie, że problem sam się rozwiąże.



44%

Obawy dotyczące dostępnych metod leczenia (np. skutków ubocznych leków).



44%

Pierwsza wyodrębniona grupa to kluczowe bariery, ponieważ zostały wskazane jako najczęstsze czynniki powstrzymujące, opóźniające lub zniechęcające do korzystania z pomocy psychologicznej. Te bariery wskazują na podstawowe trudności w korzystaniu z pomocy psychologicznej. Obejmują one zarówno praktyczne trudności (np. koszty finansowe), jak i pewne postawy (np. unikanie problemu, niechęć do rozmowy o emocjach). Silna potrzeba samodzielności oraz wiara w samoistne rozwiązanie problemu mogą wynikać z kulturowych norm promujących niezależność i unikanie stygmatyzacji. Jednocześnie obawy o skutki uboczne leczenia i koszty finansowe podkreślają konieczność zwiększenia dostępności przystępnych cenowo usług psychologicznych.

BARIERY W KORZYSTANIU Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Pana/Panią do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło NIEZNACZNIE

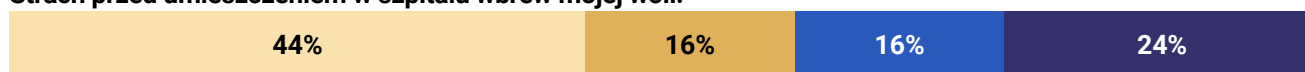
to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

BARIERY UMIARKOWANE (1/2)

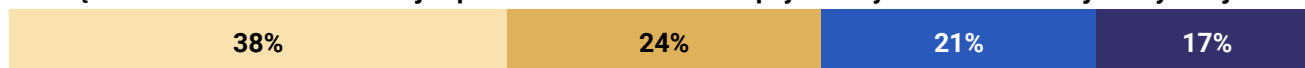
Strach przed umieszczeniem w szpitalu wbrew mojej woli.

Top2Box



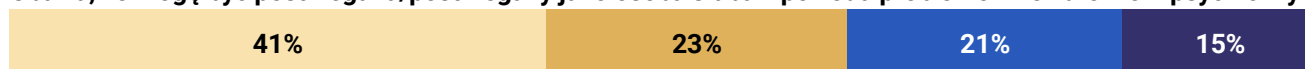
40%

Niechęć do umieszczania informacji o problemach ze zdrowiem psychicznym w dokumentacji medycznej.



38%

Obawa, że mogę być postrzegana/postrzegany jako osoba słaba z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym.



36%

Obawa, że mogę być postrzegana/postrzegany jako "wariatka/wariat".



35%

Poczucie zażenowania lub wstydu.



35%

Obawa o to, co ludzie w pracy mogą pomyśleć, powiedzieć lub zrobić.



35%

Brak pewności, gdzie udać się po profesjonalną pomoc.



35%

Myślenie, że nie mam problemu.



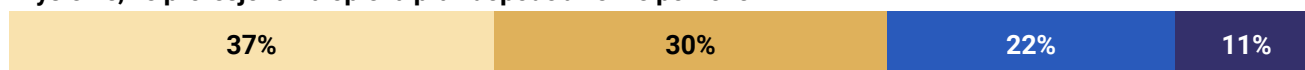
34%

Obawa, że może to zmniejszyć moje szanse przy ubieganiu się o pracę.



34%

Myślenie, że profesjonalna opieka prawdopodobnie nie pomoże.



33%

BARIERY W KORZYSTANIU Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Pana/Panią do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło NIEZNACZNIE

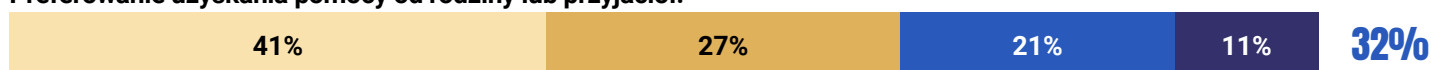
to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

BARIERY UMIARKOWANE (2/2)

Preferowanie uzyskania pomocy od rodziny lub przyjaciół.

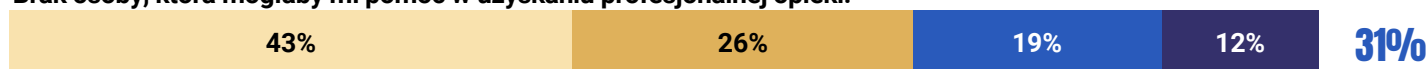
Top2Box



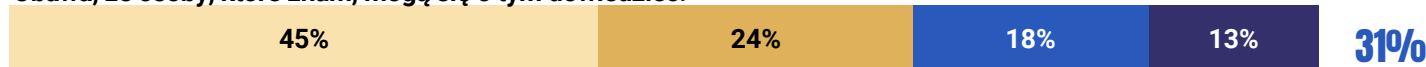
Obawa, że moje dzieci mogą trafić do opieki lub że mogę stracić do nich dostęp lub opiekę nad nimi bez mojej zgody.



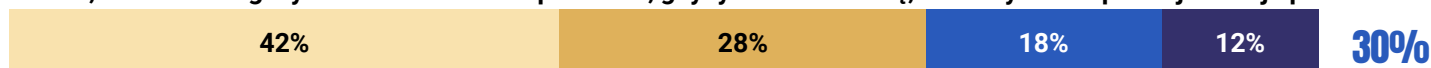
Brak osoby, która mogłaby mi pomóc w uzyskaniu profesjonalnej opieki.



Obawa, że osoby, które znam, mogą się o tym dowiedzieć.



Obawa, że ludzie mogliby nie traktować mnie poważnie, gdyby dowiedzieli się, że korzystam z profesjonalnej opieki.



Wyróżnione przez nas bariery umiarkowane obejmują przeszkody związane zarówno z psychospołecznymi aspektami zdrowia psychicznego, jak i codziennymi trudnościami. Najczęściej wskazywane bariery to strach przed umieszczeniem w szpitalu wbrew własnej woli (40%) oraz niechęć do ujawniania informacji o problemach psychicznych w dokumentacji medycznej (38%). Wysokie wartości osiągnęły również obawy przed stygmatyzacją społeczną, takie jak lęk przed byciem postrzeganym jako „słaba osoba” (36%) lub „wariat” (35%), a także poczucie zażenowania i wstydu (35%).

Wyniki wskazują na złożoność barier, które mają zarówno charakter społeczny, jak i indywidualny. Lęk przed stygmatyzacją oraz negatywną oceną otoczenia odzwierciedla utrzymujące się w społeczeństwie stereotypy dotyczące zdrowia psychicznego, ograniczając otwartość w poszukiwaniu wsparcia. Obawy związane z ujawnieniem informacji w dokumentacji medycznej i potencjalnymi konsekwencjami zawodowymi wskazują na brak zaufania oraz brak poczucia bezpieczeństwa. Niektóre bariery, takie jak preferowanie wsparcia od rodziny i przyjaciół, sugerują niski poziom świadomości na temat korzyści wynikających z profesjonalnej pomocy. Dodatkowo, wskazywany brak osoby, która mogłaby pomóc w kontakcie z profesjonalistami, oraz brak wiary w skuteczność leczenia wskazują na potrzebę lepszego informowania i ułatwiania dostępu do pomocy.

BARIERY W KORZYSTANIU Z PROFESJONALNEJ POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ

Czy którykolwiek z tych czynników kiedykolwiek powstrzymał, opóźnił lub zniechęcił Pana/Panią do skorzystania lub kontynuowania korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej?

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło W OGÓLE

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło NIEZNACZNIE

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

to mnie powstrzymało, opóźniło lub zniechęciło TROCHĘ

BARIERY RZADSZE

Obawa o to, co może pomyśleć, powiedzieć, zrobić lub poczuć moja rodzina.

Top2Box



29%

Problemy z opieką nad dziećmi podczas korzystania z profesjonalnej opieki.



29%

Obawa, że mogę być postrzegana/postrzegany jako zły rodzic.



29%

Trudności z wzięciem wolnego w pracy.



28%

Obawa o to, co mogą pomyśleć, powiedzieć lub zrobić moi znajomi.



28%

Zbyt złe samopoczucie, by prosić o pomoc.



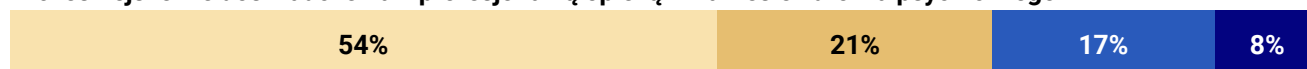
28%

Problemy z transportem lub dojazdem na wizyty.



25%

Wcześniejsze złe doświadczenia z profesjonalną opieką w zakresie zdrowia psychicznego.



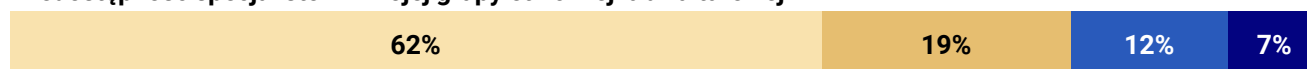
25%

Preferowanie alternatywnych form opieki (np. metody naturalne/religijne lub terapie alternatywne /uzupełniające).



22%

Niedostępność specjalistów z mojej grupy etnicznej lub kulturowej.



21%

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

W celu opisu nasilenia autostygmatyzacji związanej z zaburzeniami psychicznymi, zastosowaliśmy Skalę Zinternalizowanego Piętna Choroby Psychiczej (ISMI; Boyd i in., 2014). Skala składa się z 16 stwierdzeń, na które badani udzielają odpowiedzi od 1 (zdecydowanie nie zgadzam się) do 4 (zdecydowanie zgadzam się). Poszczególne odpowiedzi tworzą pięć podskal, opisujących różne obszary autostygmatyzacji: **wyobcowanie, uznanie stereotypów, doświadczanie dyskryminacji, wycofanie społeczne, odporność na stygmatyzację.**

Odpowiedzi udzielone przy wykorzystaniu tej skali analizowaliśmy w podziale na dwie grupy: osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych oraz osoby bez diagnozy. Taki podział umożliwił dokładniejsze zrozumienie różnic w postrzeganiu i doświadczaniu autostygmatyzacji. W przypadku osób z diagnozą analiza pozwoliła na uchwycenie faktycznych doświadczeń związanych ze zinternalizowaną stygmatyzacją, podczas gdy w grupie osób bez diagnozy badanie koncentrowało się na wyobrażeniach i przewidywanych reakcjach w hipotetycznej sytuacji leczenia psychiatrycznego. Aby to umożliwić treść pytań została odpowiednio dostosowana.

WYOBcowANIE

zdecydowanie nie zgadzam się nie zgadzam się zgadzam się zdecydowanie zgadzam się

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Czuję się w świecie niekomfortowo, ponieważ choruję psychicznie.

Top2Box

22%

43%

25%

10%

35%

Jestem zakłopotana/zakłopotany lub zawstydzony/a faktem, że choruję psychicznie.

33%

40%

21%

6%

27%

Jestem rozczarowana/rozczarowany sobą z powodu mojej choroby psychicznej.

33%

34%

22%

11%

33%

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

Gdybym chorowała/chorował psychicznie...

... czułabym/czułbym się w świecie niekomfortowo.

20%

59%

18%

77%

... byłabym zakłopotana/byłbym zakłopotany lub zawstydzona/zawstydzony.

26%

56%

15%

71%

... byłabym rozczarowana/byłbym rozczarowany sobą.

6%

35%

45%

14%

59%

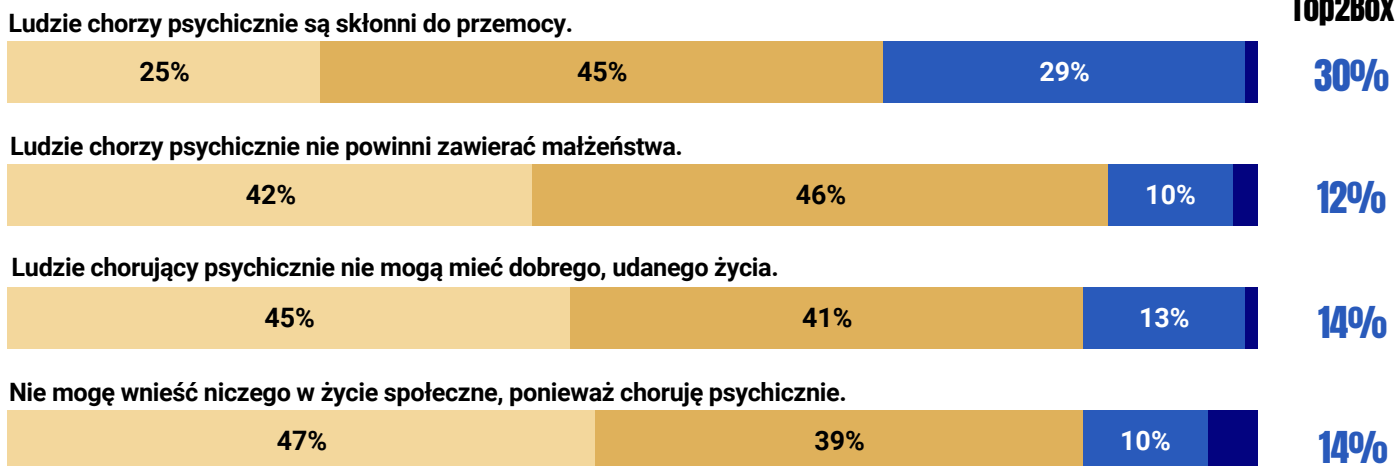
Analiza częstości odpowiedzi ujawnia różnice w postrzeganiu wyobcowania między osobami z diagnozą zaburzeń psychicznych a osobami bez diagnozy. **Osoby z diagnozą rzadziej wskazują na poczucie niekomfortu czy zakłopotania w związku z chorobą, podczas gdy osoby bez diagnozy, opierając się na wyobrażeniach, przewidują wyższy poziom wyobcowania w takiej sytuacji.** Wyniki te sugerują wpływ stereotypów i braku doświadczeń na percepcję osób bez diagnozy.

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

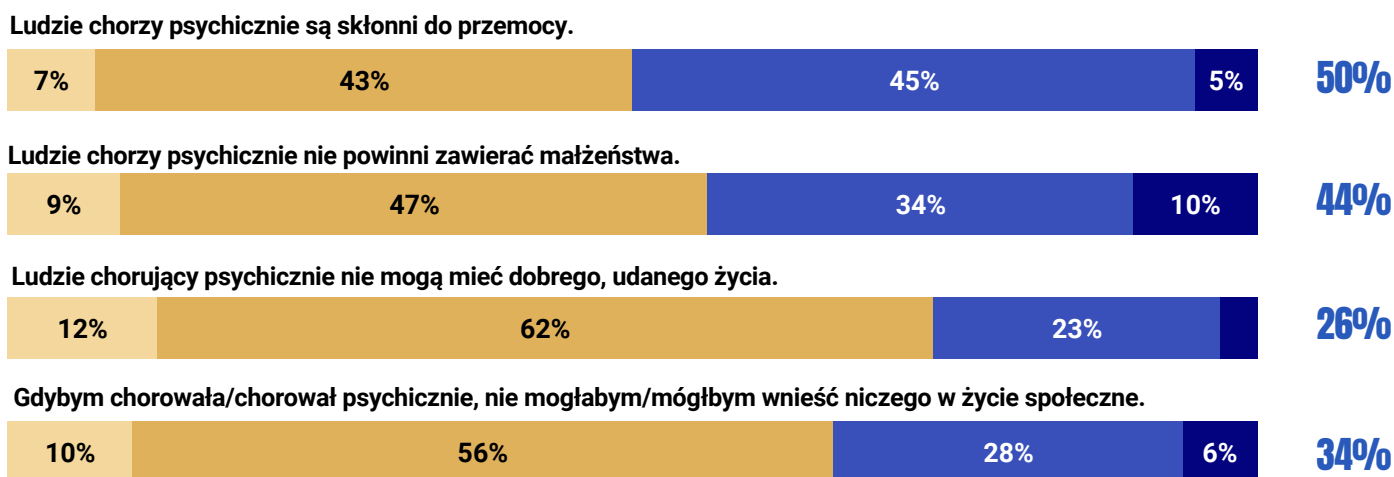
UZNANIE STEREOTYPÓW

zdecydowanie nie zgadzam się nie zgadzam się zgadzam się zdecydowanie zgadzam się

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)



Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)



Analiza najczęstszych odpowiedzi wskazuje, że osoby bez diagnozy znacznie częściej zgadzają się z negatywnymi stereotypami dotyczącymi osób chorujących psychicznie, niż osoby z diagnozą. Aż 50% z nich uważa, że osoby te są skłonne do przemocy, co odzwierciedla głęboko zakorzenione uprzedzenia w społeczeństwie. W tej grupie również 44% osób uważa, że ludzie chorujący psychicznie nie powinni zawierać małżeństwa, a 34% wyraża przekonanie, że osoby chorujące psychicznie nie mogą wnieść niczego wartościowego do życia społecznego. Natomiast w grupie osób z diagnozą odsetek osób zgadzających się z tymi stwierdzeniami jest znacznie niższy – 30% w przypadku skłonności do przemocy i 14% w odniesieniu do życia społecznego. Wyniki te sugerują, że osoby z diagnozą, mając rzeczywiste doświadczenia związane z chorobą psychiczną, rzadziej internalizują negatywne przekonania, podczas gdy osoby bez diagnozy częściej opierają swoje opinie na stereotypach i braku osobistych doświadczeń.

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

DOŚWIADCZENIE DYSKRYMINACJI

zdecydowanie nie zgadzam się

nie zgadzam się

zgadzam się

zdecydowanie zgadzam się

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Top2Box

Ludzie często traktują mnie protekcjonalnie lub tak, jakbym była/był dzieckiem, tylko dlatego, że choruję psychicznie.



Ludzie ignorują mnie lub traktują mnie mniej poważnie, tylko dlatego, że choruję psychicznie.



Nikt nie byłby zainteresowany bliskim kontaktem ze mną, ponieważ choruję psychicznie.



Inni myślą, że nie mogę w życiu wiele osiągnąć, ponieważ choruję psychicznie.



Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

Gdybym chorowała/chorował psychicznie...

... ludzie traktowaliby mnie protekcjonalnie lub tak, jakbym była/był dzieckiem.



... ludzie ignorowaliby mnie lub traktowali mnie mniej poważnie.



... nikt nie byłby zainteresowany bliskim kontaktem ze mną.



... inni myśleliby, że nie mógłbym/mogłabym w życiu wiele osiągnąć.



Analiza wyników dotyczących doświadczeń dyskryminacji wskazuje, że osoby bez diagnozy psychiatrycznej znacznie częściej przewidują występowanie negatywnych zachowań w związku z leczeniem psychiatrycznym niż osoby z diagnozą rzeczywiście zgłaszają takie doświadczenia. W grupie osób bez diagnozy aż 71% uważa, że byłoby traktowane mniej poważnie, a 69% sądzi, że inni przypisałiby im niemożność osiągnięcia sukcesów w życiu. Dodatkowo 60% przewiduje protekcjonalne traktowanie oraz brak zainteresowania ze strony otoczenia. Natomiast w grupie osób z diagnozą zgłaszane wartości są znacznie niższe – 23% deklaruje, że są traktowane mniej poważnie, a 21% wskazuje na protekcjonalne zachowanie ze strony innych. **Chociaż wyobrażona autostygmatyzacja wśród osób bez diagnozy jest wyraźnie wyższa, wyniki wskazują, że realne doświadczenia dyskryminacji w grupie osób z diagnozą również są znaczące, szczególnie w niektórych wskaźnikach.** Sugeruje to potrzebę podejmowania działań na rzecz walki z stereotypami i stygmatyzacją, zarówno w przestrzeni społecznej, jak i w kontekście leczenia psychiatrycznego. Co więcej, wysoka wyobrażona autostygmatyzacja wśród osób bez diagnozy może stanowić istotną barierę przed korzystaniem z pomocy psychologicznej i psychiatrycznej w razie potrzeby, co podkreśla konieczność edukacji i zmniejszania wpływu negatywnych stereotypów.

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

WYCOFANIE SPOŁECZNE

zdecydowanie nie zgadzam się nie zgadzam się zgadzam się zdecydowanie zgadzam się

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Top2Box

Unikam bliskich kontaktów z ludźmi, którzy nie chorują psychicznie, żeby uniknąć odrzucenia.



20%

Nie utrzymuję tylu kontaktów towarzyskich co kiedyś, ponieważ z powodu mojej choroby psychicznej mógłbym/mogłabym wyglądać lub zachowywać się "dziwacznie".



27%

Przebywając wśród ludzi, którzy nie chorują psychicznie, czuję się nie na miejscu lub nieadekwatnie.



22%

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

Gdybym chorowała/chorował psychicznie...

... unikałabym/unikałbym bliskich kontaktów z ludźmi, którzy nie chorują psychicznie, żeby uniknąć odrzucenia.



50%

... nie utrzymywałabym/utrzymywałbym tylu kontaktów towarzyskich co kiedyś, ponieważ z powodu mojej choroby psychicznej mogłabym/mógłbym wyglądać lub zachowywać się "dziwacznie".



63%

... przebywając wśród ludzi, którzy nie chorują psychicznie, czułabym/czułbym się nie na miejscu lub nieadekwatnie.



59%

W ramach analizy podskali dotyczącej wycofania społecznego, będącej elementem tego samego narzędzia badawczego, zaobserwowano istotne różnice między osobami z diagnozą a osobami bez diagnozy. W grupie osób **bez diagnozy** 63% wyraziło przekonanie, że w przypadku leczenia psychiatrycznego unikałoby kontaktów towarzyskich z powodu obawy przed oceną jako „dziwaczni”, a 50% uważa, że unikałoby bliskich relacji, aby zapobiec odrzuceniu. Dodatkowo, 59% respondentów z tej grupy zadeklarowało, że czułoby się nieadekwatnie w towarzystwie osób niechorujących psychicznie.

Z kolei w grupie osób **z diagnozą** wartości te są znacznie niższe - 27% wskazuje na ograniczanie kontaktów z powodów związanych z oceną społeczną, a 20% deklaruje unikanie bliskich relacji. Wyniki te podkreślają różnice w percepcji i rzeczywistym doświadczeniu wycofania społecznego - osoby bez diagnozy często wyolbrzymiają potencjalne skutki stygmatyzacji, podczas gdy osoby z diagnozą zdają się lepiej adaptować do wyzwań społecznych związanych z chorobą psychiczną. To wskazuje na potrzebę edukacji społecznej mającej na celu ograniczenie wyobrażeń opartych na stereotypach i promowanie akceptacji.

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

ODPORNOŚĆ NA STYGMATYZACJĘ

zdecydowanie nie zgadzam się

nie zgadzam się

zgadzam się

zdecydowanie zgadzam się

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Nie przeszkadza mi, gdy jestem widziana/widziany w miejscu publicznym w towarzystwie osoby ewidentnie chorej psychicznie.

Top2Box



68%

Mogę mieć dobre, spełnione życie, pomimo mojej choroby psychicznej.



75%

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

Nie przeszkadza mi, gdy jestem widziana/widziany w miejscu publicznym w towarzystwie osoby ewidentnie chorej psychicznie.



73%

Gdybym chorowała/chorował psychicznie, mógłbym/mogłabym mieć dobre, spełnione życie, pomimo choroby.



67%

Wyniki dotyczące odporności na stygmatyzację wskazują, że różnice między osobami z diagnozą zaburzeń psychicznych a osobami bez diagnozy są **wyraźnie mniejsze niż w innych podskalach tego kwestionariusza**. W grupie osób z diagnozą aż 75% uważa, że mimo choroby mogą prowadzić dobre, spełnione życie, podczas gdy w grupie osób bez diagnozy odsetek ten wynosi 67%. Również w przypadku braku dyskomfortu związanego z publicznym widzeniem w towarzystwie osoby chorej psychicznie wartości te są zbliżone – 68% w grupie osób z diagnozą oraz 73% w grupie bez diagnozy.

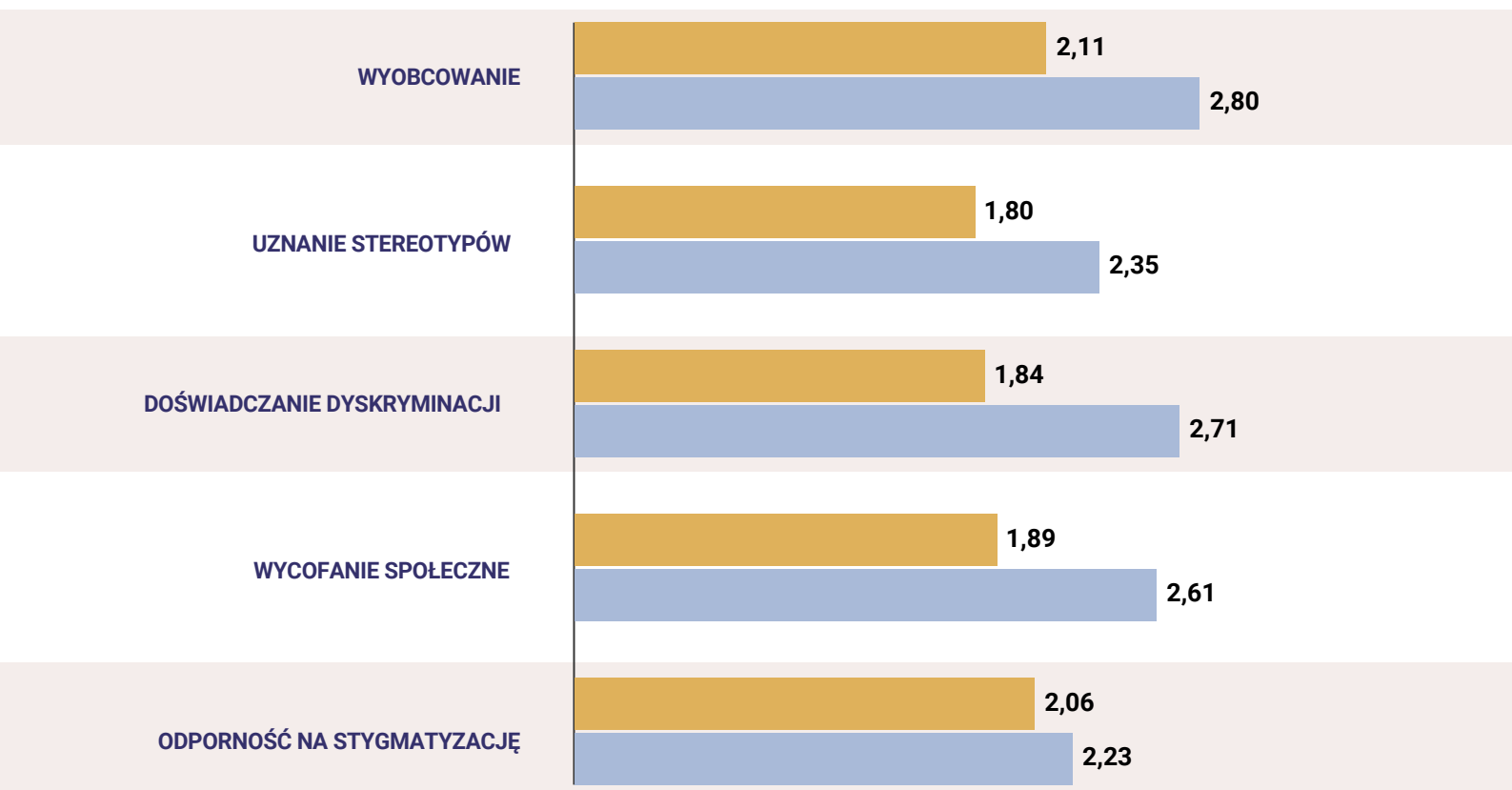
Te wyniki mogą sugerować, że przekonanie o możliwości prowadzenia spełnionego życia oraz akceptacja dla sytuacji społecznych związanych z chorobą psychiczną są stosunkowo silne w obu grupach, co wskazuje na pewien poziom odporności na piętno i stygmatyzację.

ZINTERNALIZOWANA STYGMATYZACJA

Średnie dla podskal w podziale ze względu na zmienną “diagnoza psychiatryczna”

osoby z diagnozą (N = 94)

osoby bez diagnozy (N = 537)



Osoby z diagnozą oraz bez diagnozy psychiatrycznej wykazały istotne różnice we wszystkich podskalach. Osoby z bez diagnozy psychiatrycznej zadeklarowały istotnie wyższy poziom wyobcowania, uznania stereotypów, doświadczania dyskryminacji oraz wycofania społecznego w porównaniu z osobami z diagnozą. Osoby bez diagnozy uzyskały również wyższe wyniki w zakresie odporności na stygmatyzację. Warto jednak zwrócić uwagę, że nierównoliczność grup (N = 94 dla osób z diagnozą, N = 537 dla osób bez diagnozy) może wpływać na wiarygodność porównań międzygrupowych, co należy uwzględnić przy interpretacji wyników statystycznych.

NAPIĘTNOWANIE I DYSKRYMINACJA

Kwestionariusz Piętna i Dyskryminacji (Świtaj i in., 2013) to narzędzie służące do oceny doświadczeń piętna u osób korzystających z opieki psychiatrycznej. Skrócona wersja kwestionariusza składa się z 7 pytań, które dotyczą m.in. unikania ujawniania leczenia psychiatrycznego, odczuwania odrzucenia oraz traktowania jako mniej kompetentnego przez innych. Odpowiedzi udzielane są na pięciopunktowej skali, gdzie 1 oznacza *nigdy*, a 5 – *bardzo często*. Na podstawie uzyskanych odpowiedzi obliczany jest ogólny wskaźnik piętna i dyskryminacji.

Tutaj również postanowiliśmy przeanalizować odpowiedzi dla tej skali w dwóch grupach: osób z diagnozą zaburzeń psychicznych oraz osób bez diagnozy, aby dokładniej zbadać różnice w percepcji piętna i stygmatyzacji. Dzięki temu podziałowi możemy nie tylko lepiej zrozumieć faktyczne doświadczenia piętna u osób z diagnozą, ale także przeanalizować, jak osoby bez diagnozy wyobrażają sobie, że zachowywałyby się lub byłyby traktowane w przypadku leczenia psychiatrycznego. W celu uzyskania rzetelnych wyników odpowiednio dostosowaliśmy pytania dla obu grup.

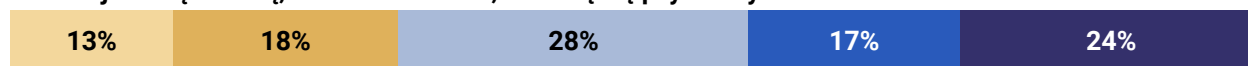
NAPIĘTNOWANIE

 w ogóle  rzadko  czasami  często  bardzo często

Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Top2Box

Poza najbliższą rodziną, unikam mówienia, że lecę się psychiatrycznie.



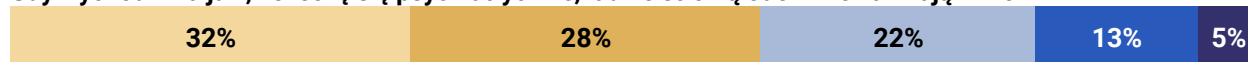
41%

Martwię się, że inni oceniają mnie nieprzychylnie, ponieważ lecę się psychiatrycznie.



27%

Gdy wychodzi na jaw, że lecę się psychiatrycznie, ludzie stronią ode mnie i unikają mnie.

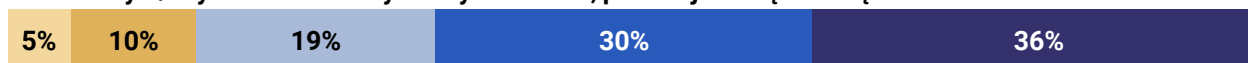


18%

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

Gdybym leczył/a się psychiatrycznie...

... unikałbym/abym mówienia o tym innym ludziom, poza najbliższą rodziną.



66%

... martwiłbym/abym się, że inni ocenialiby mnie nieprzychylnie z tego powodu.



56%

... i to wyszłoby na jaw, ludzie stroniliby ode mnie i unikaliby mnie.

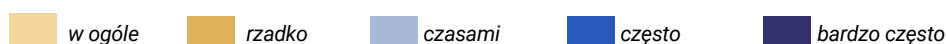


45%

NAPIĘTNOWANIE I DYSKRYMINACJA

Wyniki dotyczące podskali napiętnowania (patrz: poprzednia strona) pokazują różnice w nasileniu obaw dotyczących leczenia psychiatrycznego między osobami z diagnozą zaburzeń psychicznych a osobami bez diagnozy. **Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych często unikają mówienia o swoim leczeniu poza najbliższą rodziną (41%) i obawiają się negatywnej oceny (27%) lub unikania przez innych (18%).** Wyniki te odzwierciedlają realne doświadczenia stygmatyzacji, które utrudniają otwartość i poszukiwanie wsparcia. **Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych wyrażają jeszcze silniejsze hipotetyczne obawy.** Aż 66% unikałoby mówienia o leczeniu psychiatrycznym, 56% obawia się negatywnej oceny, a 45% odrzucenia przez innych. **Wyniki te wskazują, że wyobrażenia o stygmatyzacji są bardziej nasilone niż rzeczywiste doświadczenia osób z diagnozą, co może sugerować potencjalnie silne bariery w sięganiu po pomoc psychologiczną ze względu na obawy związane z ewentualną dyskryminacją.**

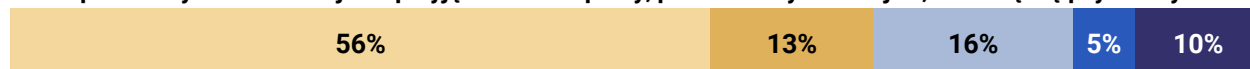
DYSKRYMINACJA



Osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 94)

Top2Box

Mimo posiadanych kwalifikacji nie przyjęto mnie do pracy, ponieważ wyszło na jaw, że leczę się psychiatrycznie.



15%

Współpracownicy i przełożeni w pracy chętnie pomagali i wspierali mnie, gdy dowiedzieli się, że leczę się psychiatrycznie. (pozycja odwrócona)



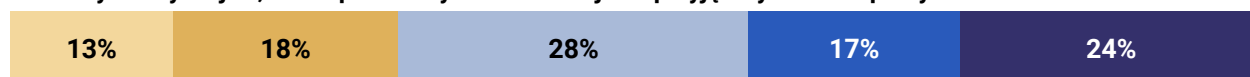
20%

Bottom2Box - 51%

Osoby bez diagnozy zaburzeń psychicznych/psychiatrycznych (N = 537)

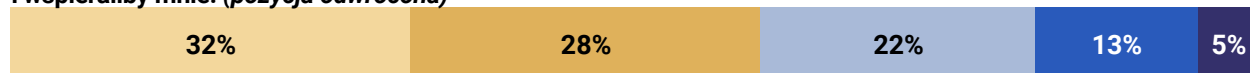
Gdybym leczył/a się psychiatrycznie...

... i to wyszłoby na jaw, mimo posiadanych kwalifikacji nie przyjęłoby mnie do pracy.



41%

... i dowiedzieliby się o tym moi współpracownicy i przełożeni w pracy, chętnie pomagiliby mi i wspieraliby mnie. (pozycja odwrócona)



18%

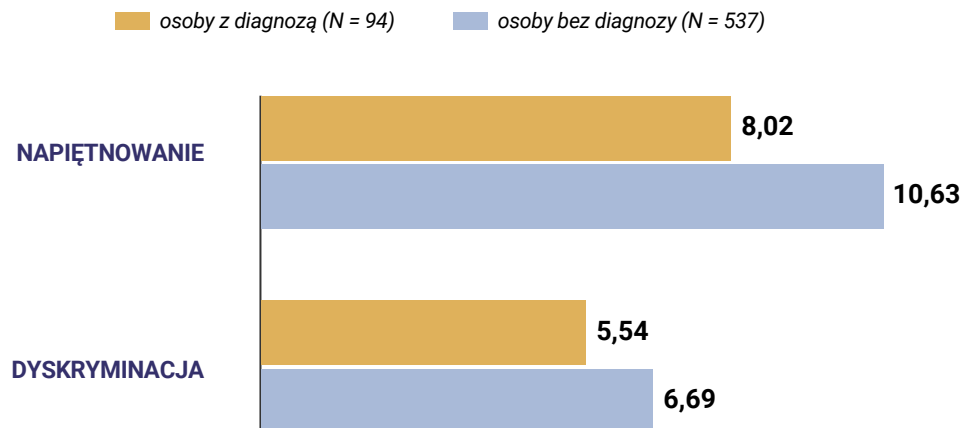
Bottom2Box - 61%

Wyniki dotyczące podskali dyskryminacji wskazują, że osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych rzadziej deklarują doświadczenie dyskryminacji w pracy z powodu leczenia psychiatrycznego (15%) niż osoby bez diagnozy przewidują taką możliwość w sytuacji hipotetycznej (41%). Jednocześnie zarówno osoby z diagnozą, jak i bez niej podobnie oceniają brak wsparcia ze strony współpracowników i przełożonych.

Wyniki sugerują, że społeczne obawy i stereotypy dotyczące leczenia psychiatrycznego są silniejsze niż rzeczywiste doświadczenia dyskryminacji.

NAPIĘTNOWANIE & I DYSKRYMINACJA

Średnie dla podskal w podziale ze względu na zmienną "diagnoza psychiatryczna"



Osoby z diagnozą oraz bez diagnozy psychiatrycznej wykazały istotne różnice w wynikach na podskalach Dyskryminacja i Napiętnowanie. Osoby bez diagnozy, odpowiadając na pytania hipotetycznie, *co byliby gdyby leczyły się psychiatrycznie*, zadeklarowały wyższy poziom zarówno potencjalnie doświadczanej Dyskryminacji, jak i Napiętnowania w porównaniu do osób z diagnozą, które rzeczywiście korzystały z leczenia psychiatrycznego. Wyniki te sugerują, że osoby bez diagnozy mogą mieć bardziej negatywne wyobrażenia dotyczące potencjalnych doświadczeń związanych z leczeniem psychiatrycznym, w porównaniu do rzeczywistych doświadczeń osób z diagnozą.

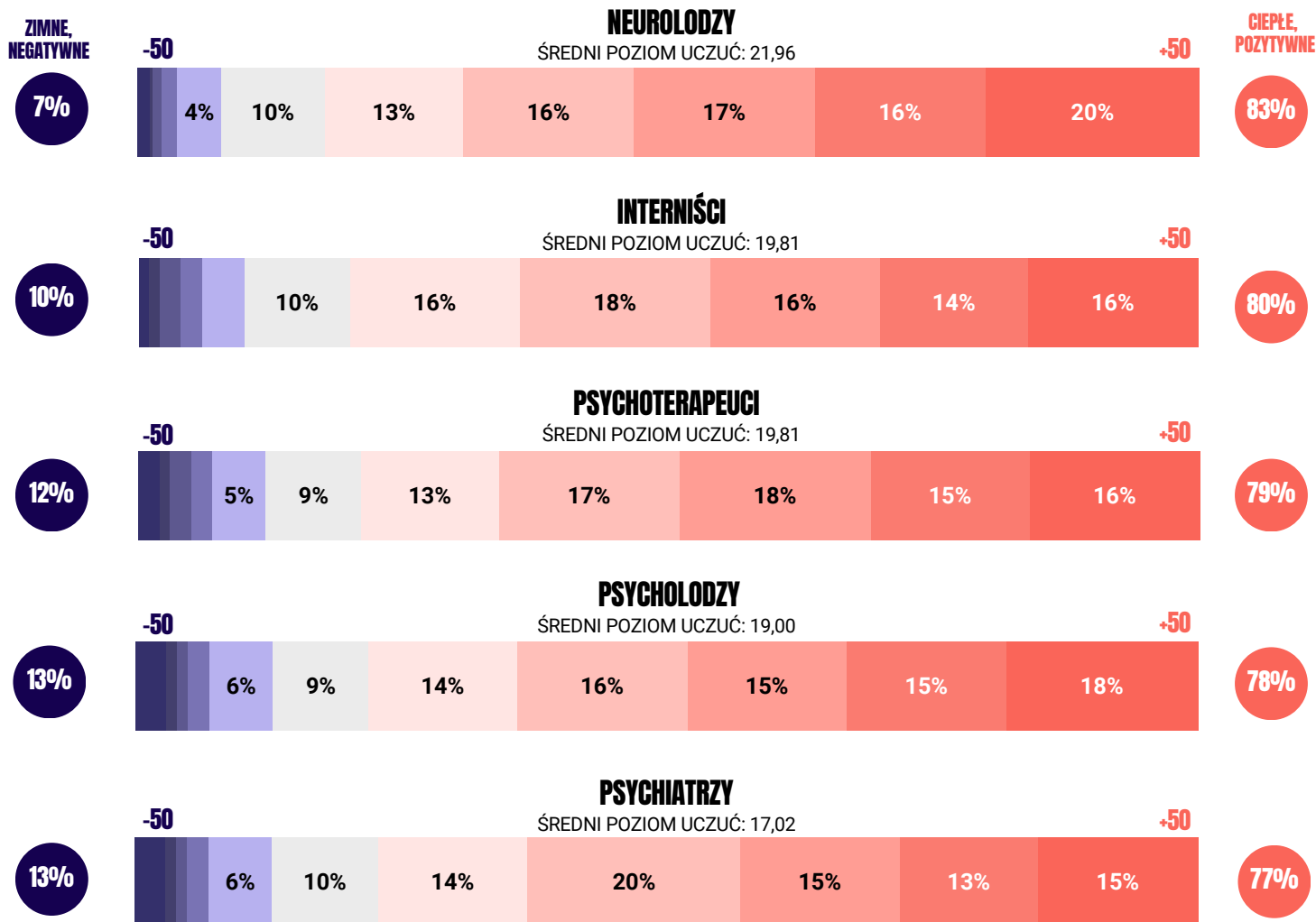
TERMOMETRY UCZUĆ

LEKARZE I SPECJALIŚCI

Badanie za pomocą termometru uczuć miało na celu ocenę emocjonalnych postaw respondentów wobec różnych grup związanych z ochroną zdrowia psychicznego oraz opieką medyczną, jak i osób korzystających z ich wsparcia, pomocy i usług. Respondenci określali temperaturę swoich uczuć na skali od -50 do 50, gdzie -50 oznaczało skrajnie *negatywne* emocje, 0 *neutralność*, a 50 *skrajnie pozytywne* uczucia. Poniżej zaprezentowane zostały rozkłady wyników dla poszczególnych grup.

Proszę określić temperaturę swoich uczuć wobec wymienionych niżej grup.

do -40 do -30 do -20 do -10 do -1 0 do 10 do 20 do 30 do 40 do 50



Badanie termometrem uczuć wykazało ogólnie pozytywne nastawienie społeczne wobec lekarzy i specjalistów, przy czym najwyższe wyniki uzyskali neurologi i interniści, co może świadczyć o wysokim zaufaniu do specjalistów zajmujących się zdrowiem somatycznym. **Specjaliści związani ze zdrowiem psychicznym, tacy jak psychoterapeuci, psycholodzy i psychiatry, również otrzymali pozytywne oceny, choć nieco niższe, co może wskazywać na istniejące w społeczeństwie stereotypy lub mniejsze zrozumienie ich roli.** Jednocześnie psycholodzy i psychiatry uzyskali najwyższy procent wskazań zimnych uczuć na poziomie 13%, co może świadczyć o utrzymujących się w społeczeństwie uprzedzeniach i stereotypach dotyczących zdrowia psychicznego.

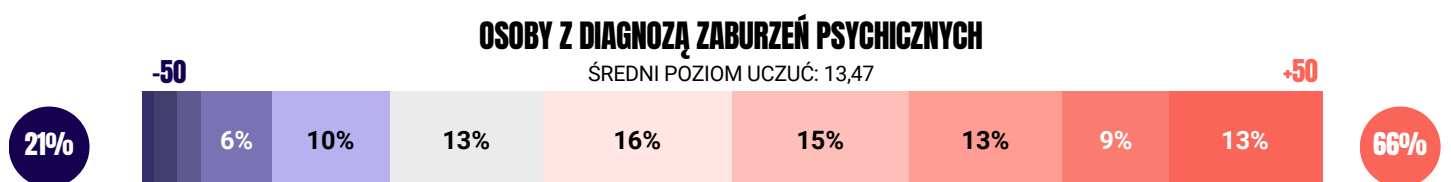
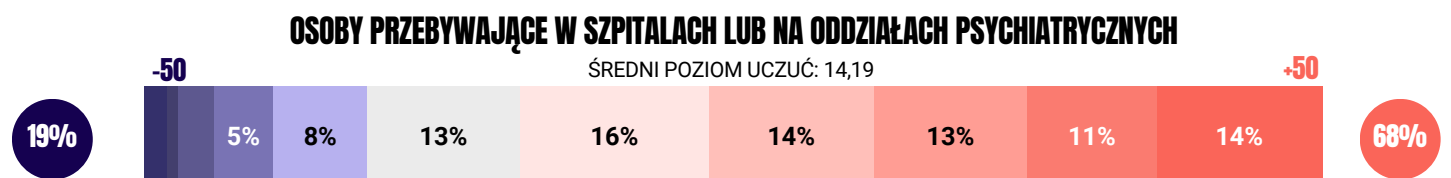
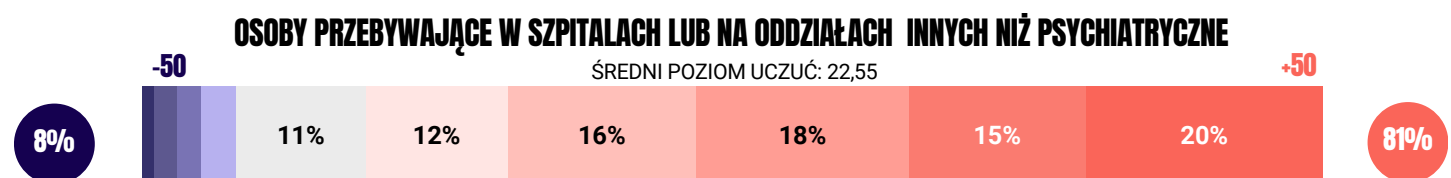
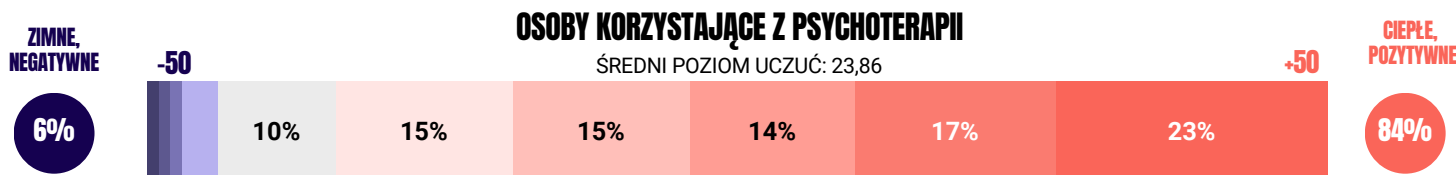
TERMOMETRY UCZUĆ

OSOBY KORZYSTAJĄCE ZE WSPARCIA I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Ta część badania skoncentrowana była również na ocenie tego, jak społeczeństwo postrzega osoby korzystające z pomocy terapeutycznej oraz osoby przebywające w różnych typach placówek szpitalnych. Wyniki wskazują na wyraźne zróżnicowanie w poziomie akceptacji i sympatii wobec tych grup.

Proszę określić temperaturę swoich uczuć wobec wymienionych niżej grup:

do -40 do -30 do -20 do -10 do -1 0 do 10 do 20 do 30 do 40 do 50



Najcieplejsze uczucia wyrażono wobec osób korzystających z psychoterapii oraz osób przebywających w szpitalach na oddziałach innych niż psychiatryczne. Wyniki te sugerują większą akceptację dla osób postrzeganych jako aktywnie poszukujące pomocy i dla tych, których leczenie jest związane z problemami fizycznymi, a nie psychicznymi. Najniższy odsetek wskazań ciepłych uczuć odnotowano wobec osób przebywających w szpitalach psychiatrycznych oraz osób z diagnozą zaburzeń psychicznych. Te dwie grupy uzyskały także wyższy odsetek wskazań na zimne uczucia, co może być wynikiem utrzymującej się stygmatyzacji chorób psychicznych oraz stereotypowego postrzegania osób hospitalizowanych psychiatrycznie jako zagrożenia.

Podsumowując, wykazano pozytywne nastawienie wobec lekarzy i osób korzystających z pomocy zdrowotnej w obszarze zdrowia somatycznego. Niższe oceny oraz większy odsetek zimnych uczuć odnotowano wobec osób z diagnozami psychicznymi, co wskazuje na utrzymujące się uprzedzenia dotyczące tej grupy.

TERMOMETRY UCZUĆ

RÓŻNICE W ŚREDNICH W PODZIALE NA ZMIENNE DEMOGRAFICZNE

Analiza wyników wskazuje, że postawy wobec różnych grup związanych z opieką zdrowotną i wsparciem psychologicznym wykazują istotne różnice demograficzne. Pod względem płci i miejsca zamieszkania nie zaobserwowano znaczących różnic w ocenach poziomu uczuć wyrażanych wobec tych grup.

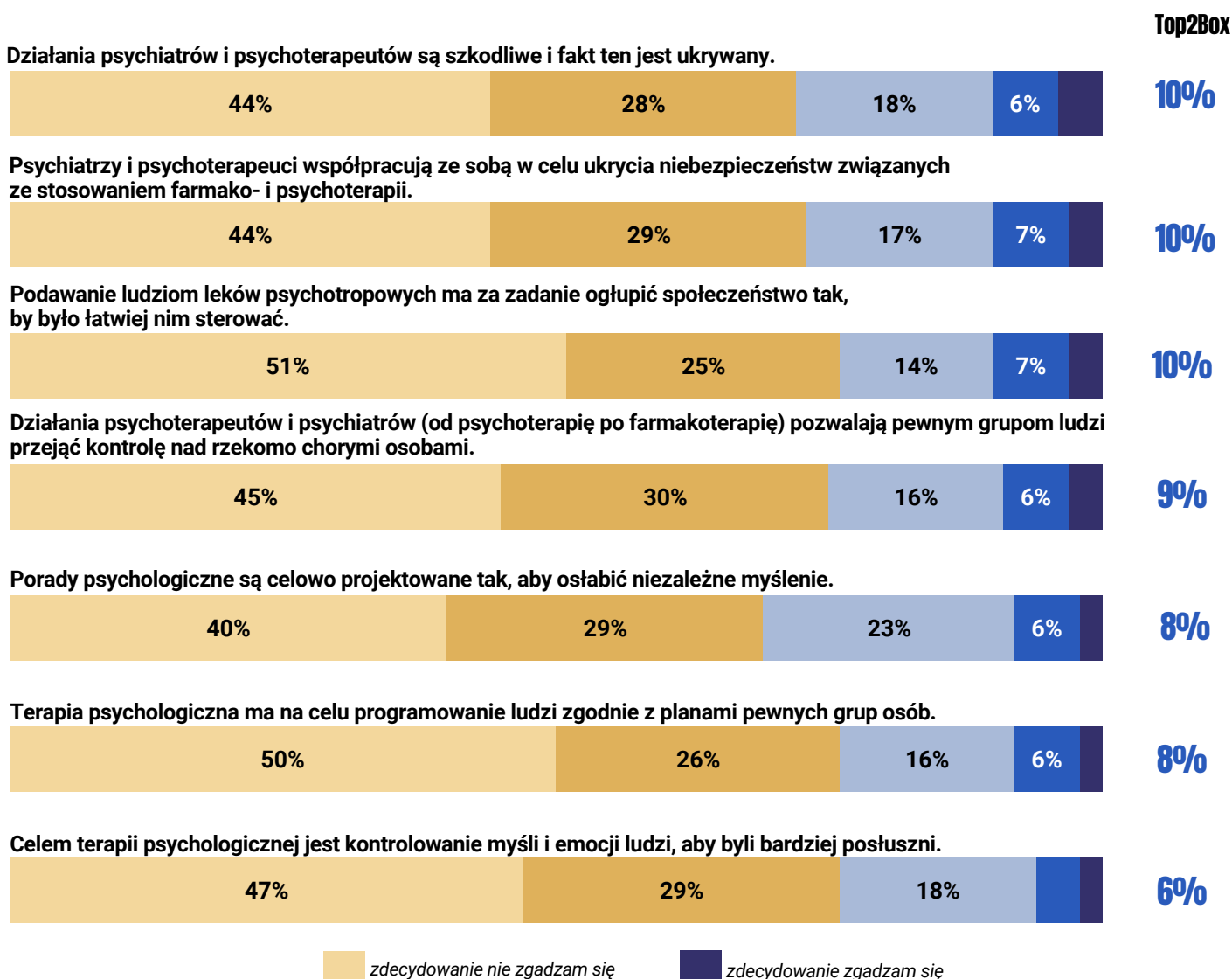
Natomiast zarobki i wykształcenie różnicują wyniki wyłącznie w przypadku termometru emocji dotyczącego pacjentów szpitali innych niż psychiatryczne. W tym obszarze osoby o wyższym statusie społeczno-ekonomicznym wyrażały cieplejsze uczucia.

Wiek okazał się kluczowym czynnikiem różnicującym postawy. Osoby w wieku 35–44 lata wyrażały istotnie mniej ciepłe uczucia wobec osób korzystających z psychoterapii w porównaniu z osobami starszymi, w szczególności w przedziale 65–74 lata. W przypadku pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz ogólnych (innych niż psychiatryczne), osoby starsze (55+) wykazywały bardziej pozytywne nastawienie niż młodsze grupy wiekowe.

Wyniki te wskazują, że wiek oraz status społeczno-ekonomiczny wpływają na postrzeganie osób korzystających z opieki psychologicznej i zdrowotnej. Wyraźniejsza akceptacja i cieplejsze uczucia wśród starszych grup wiekowych mogą być związane z ich większym doświadczeniem życiowym i empatią wobec osób potrzebujących pomocy. Jednocześnie relatywnie chłodne uczucia wśród młodszych osób mogą sugerować istnienie barier związanych z postrzeganiem terapii psychologicznej, co podkreśla potrzebę działań edukacyjnych i promujących otwartość wobec wsparcia psychologicznego.

WIARA W TEORIE SPISKOWE ZWIĄZANE Z PSYCHOLOGIĄ I PSYCHIATRĄ

Sprawdziliśmy, jak powszechna jest wśród polskiego społeczeństwa wiara w teorie spiskowe związane z psychologią i psychiatrą, czyli przekonania zakładające istnienie złowieszczego działania psychologów i psychiatrów, mającego na celu sekretną kontrolę i manipulację pewnych wydarzeń, instytucji lub społeczeństwa jako całości. Badani określali, na ile zgadzają się z siedmioma stwierdzeniami, używając skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Odpowiedzi na poszczególne pozycje następnie uśredniono, a wyższy wynik oznaczał wyższą wiarę w teorie spiskowe związane z psychologią i psychiatrą.



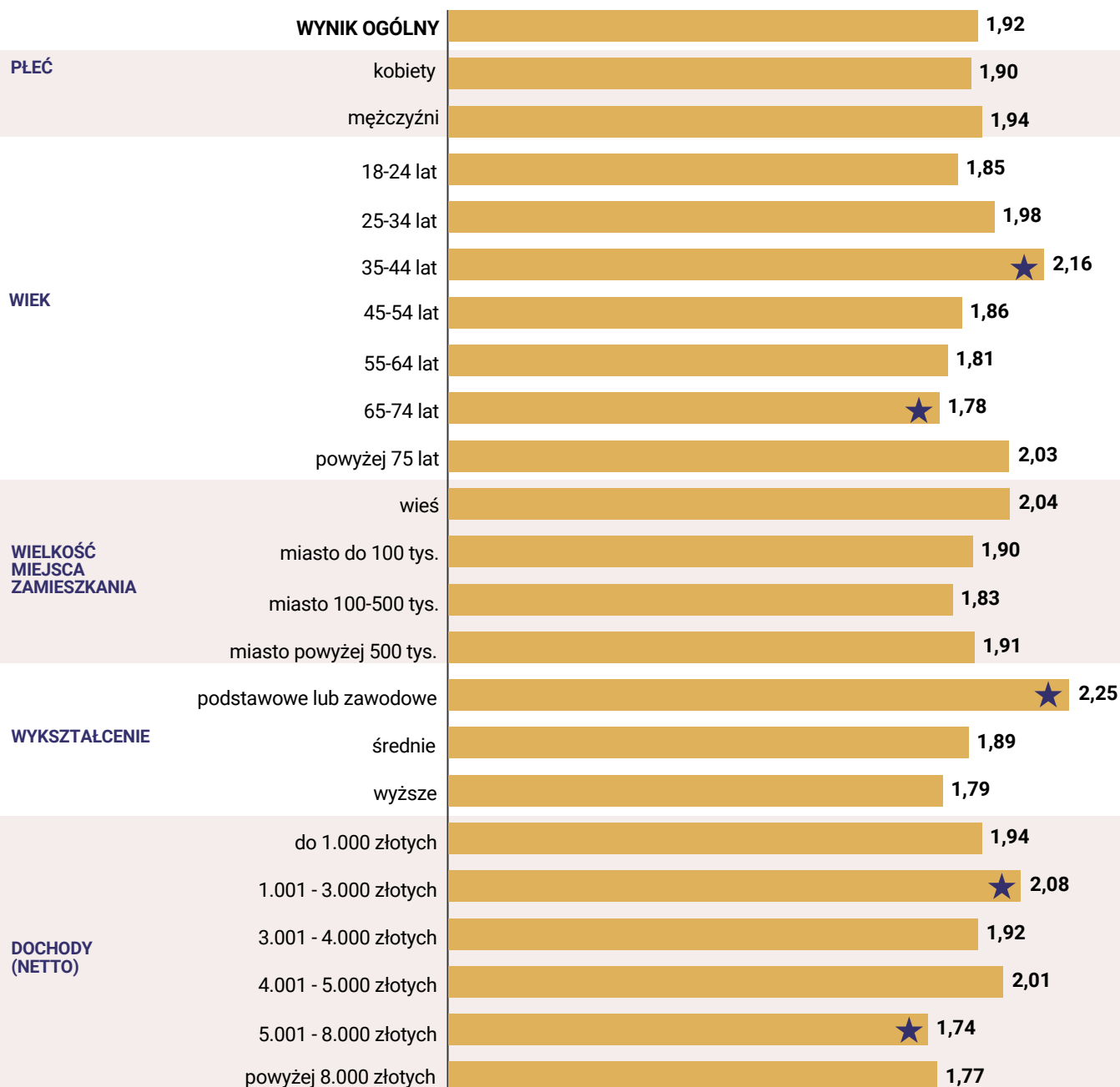
Powyżej zaprezentowane wyniki wskazują, że wiara w teorie spiskowe związane z psychologią i psychiatrą jest obecna w polskim społeczeństwie, choć odsetek osób deklarujących zgodę z tego typu twierdzeniami jest raczej niski. **Największą zgodę odnotowano dla stwierdzeń sugerujących szkodliwość działań psychiatrów i psychoterapeutów oraz rzekome ukrywanie tych informacji, jak również dla przekonania, że leki psychotropowe są stosowane w celu manipulacji społeczeństwem.** Najmniej osób zgodziło się ze stwierdzeniem o kontrolowaniu myśli i emocji w celu zwiększenia posłuszeństwa pacjentów. Choć te odsetki są stosunkowo niewielkie, wyniki sugerują, że w społeczeństwie występuje pewien poziom sceptycyzmu wobec działań specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Może to wynikać z braku wiedzy na temat funkcjonowania terapii i farmakoterapii oraz rozpowszechnienia mitów i stereotypów.

WIARA W TEORIE SPISKOWE ZWIĄZANE Z PSYCHOLOGIĄ I PSYCHIATRĄ

Analiza średniego poziomu wiary w teorie spiskowe dotyczące psychologii i psychiatrii wykazała brak istotnych różnic w zależności od miejsca zamieszkania. Natomiast, wiek był istotnym czynnikiem – **osoby w wieku 35-44 lata wykazywały wyższy poziom myślenia spiskowego** niż osoby w wieku 65-74 lata, co może wskazywać na różnice pokoleniowe w postrzeganiu psychologii i psychiatrii. Różnice zaobserwowano także w zależności od poziomu wykształcenia. **Osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym charakteryzowały się wyższym poziomem wiary w teorie spiskowe w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim lub wyższym.** Ponadto dochody miały znaczenie – **osoby zarabiające w przedziale 1-3 tys. zł osiągały wyższe średnie wyniki** niż osoby o dochodach w przedziale 5-8 tys. zł.

Średnie dla wyniku ogólnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 1 do 5



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

WIEDZA PSYCHOLOGICZNA

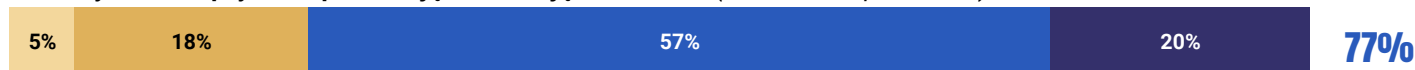
Postanowiliśmy sprawdzić, jak prezentuje się stan wiedzy Polek i Polaków na temat profesjonalnej pomocy psychologicznej. W tym celu stworzyliśmy 10 stwierdzeń dotyczących zaburzeń psychicznych, leczenia farmakologicznego, psychoterapii i studiów psychologicznych. Badani byli proszeni o zaznaczenie, które ze stwierdzeń są według nich fałszywe lub prawdziwe, używając skali od 0 (zdecydowanie fałsz) do 3 (zdecydowanie prawda). Wyniki następnie uśredniono, tworząc wskaźnik wiedzy z obszaru pomocy psychologicznej - wyższy wynik oznaczał wyższy poziom wiedzy.

Osoby nieposiadające diagnozy zaburzeń psychicznych, ani niezmagające się z poważnymi problemami psychologicznymi, również mogą skorzystać z usług psychoterapeutów. (stwierdzenie prawdziwe)

Top2Box



Nie wszystkie leki psychotropowe mają uzależniające działanie. (stwierdzenie prawdziwe)



Psychoterapia nie jest równoważna z rozmową z kimś bliskim o doświadczanych trudnościach. (stwierdzenie prawdziwe)



Ukończenie magisterskich studiów psychologicznych nie daje możliwości przepisywania recept na leki psychotropowe. (stwierdzenie prawdziwe)



Osoby, które ukończyły studia jednolite magisterskie psychologiczne nie są certyfikowanymi psychoterapeutami. (stwierdzenie prawdziwe)



Studia psychologiczne uczą tego, jak czytać innym w myślach. (stwierdzenie fałszywe)



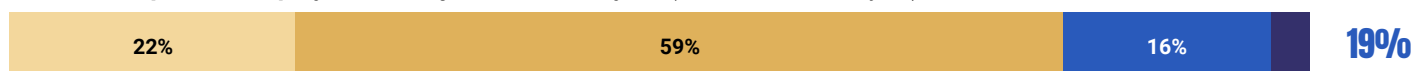
Zaburzenia psychiczne mają wyłącznie biologiczne podłoże (np. geny, neuroporządkowniki, choroba mózgu). (stwierdzenie fałszywe)



Tylko osoby z poważnymi chorobami psychicznymi potrzebują profesjonalnego wsparcia, reszta może i powinna poradzić sobie sama. (stwierdzenie fałszywe)



Farmakoterapia zawsze przynosi więcej szkód niż korzyści. (stwierdzenie fałszywe)



Wszystkie zaburzenia psychiczne są nieuleczalne. (stwierdzenie fałszywe)



zdecydowanie fałsz raczej fałsz raczej prawda zdecydowanie prawda

WIEDZA PSYCHOLOGICZNA

Wyniki badania wskazują, że Polacy w dużej mierze poprawnie identyfikują prawdziwe stwierdzenia dotyczące zdrowia psychicznego, psychoterapii i farmakoterapii. Aż 94% respondentów uznało za prawdziwe, że osoby nieposiadające diagnozy zaburzeń psychicznych ani niezmagające się z poważnymi problemami również mogą korzystać z usług psychoterapeutów, co świadczy o wysokiej świadomości dostępności psychoterapii. Ponadto, 77% badanych zgodziło się z twierdzeniem, że nie wszystkie leki psychotropowe mają uzależniające działanie, co wskazuje na stosunkowo dobrą znajomość specyfiki farmakoterapii. 73% respondentów poprawnie wskazało, że psychoterapia nie jest równoznaczna z rozmową z kimś bliskim, co podkreśla ich zrozumienie różnicy między profesjonalną pomocą a wsparciem społecznym. Dodatkowo 72% badanych poprawnie uznało, że ukończenie magisterskich studiów psychologicznych nie daje możliwości przepisywania recept, a 59% wskazało, że osoby z takim wykształceniem nie są automatycznie certyfikowanymi psychoterapeutami.

Z drugiej strony, respondenci wykazali mniej trafności w rozpoznawaniu fałszywych stwierdzeń, co wskazuje na pewne luki w wiedzy i obecność stereotypów. Aż 27% badanych uważało błędnie, że studia psychologiczne uczą, jak czytać innym w myślach, co świadczy o utrzymywaniu się pewnych mitów na temat psychologii. 21% respondentów uznało, że zaburzenia psychiczne mają wyłącznie biologiczne podłoże, co odzwierciedla niepełne zrozumienie wieloczynnikowej natury tych zaburzeń. 20% osób, uważało, że tylko osoby z poważnymi chorobami psychicznymi potrzebują profesjonalnego wsparcia, co sugeruje niedostateczną świadomość potrzeby wsparcia w mniej poważnych problemach psychicznych. Co więcej, 19% respondentów stwierdziło, że farmakoterapia zawsze przynosi więcej szkód niż korzyści, co wskazuje na negatywne przekonania wobec leczenia farmakologicznego. Jedynie 8% badanych uznało, że wszystkie zaburzenia psychiczne są nieuleczalne, co sugeruje, że wiedza o możliwościach leczenia w tym zakresie jest coraz powszechniejsza. **Te wyniki podkreślają potrzebę dalszej edukacji społeczeństwa, szczególnie w zakresie obalania stereotypów i mitów dotyczących zdrowia psychicznego.**

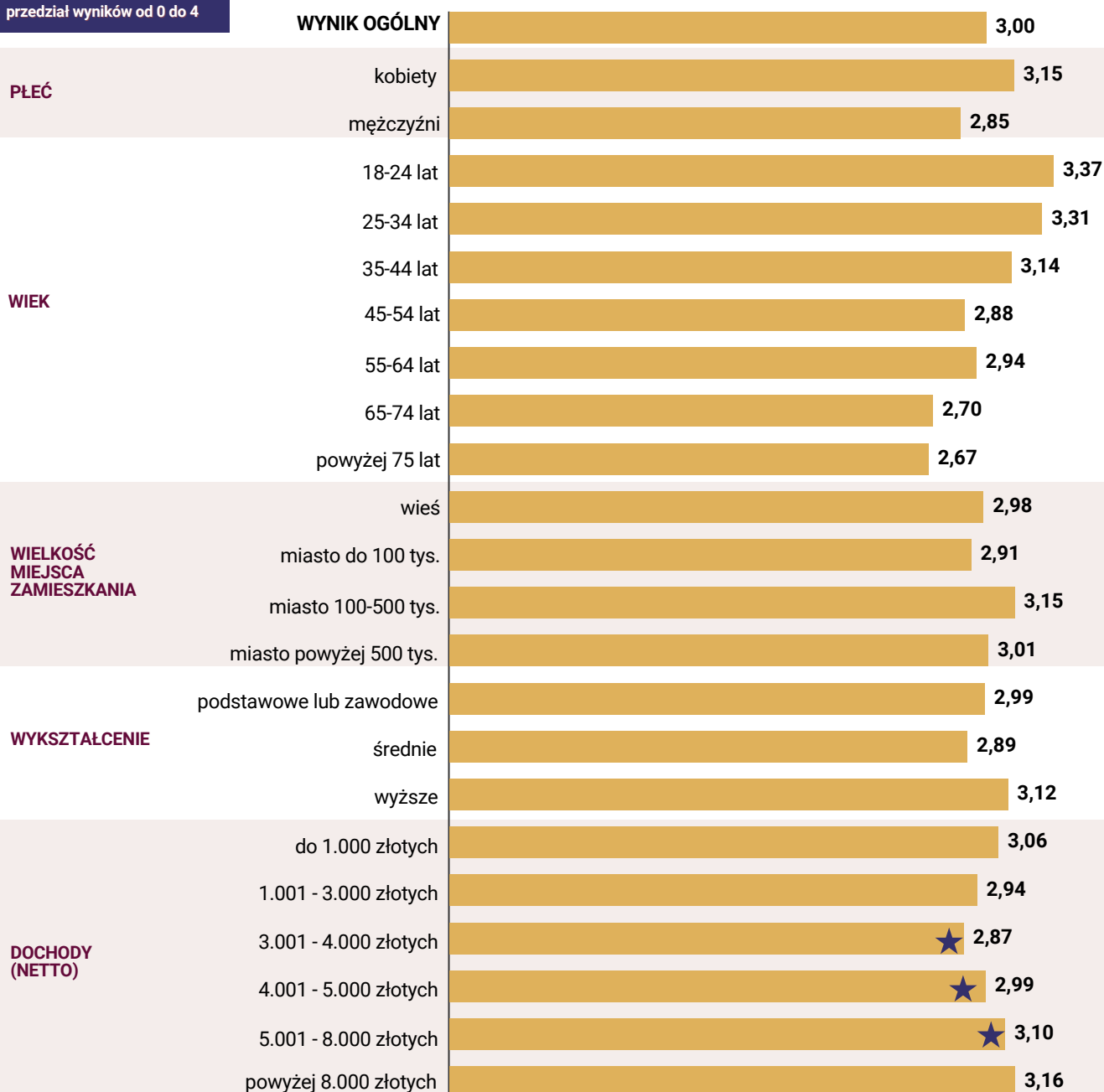
WIEDZA PSYCHOLOGICZNA

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w poziomie wiedzy psychologicznej w zależności od dochodów badanych. **Osoby zarabiające w przedziale 3-5 tys. zł wykazywały niższy poziom tej wiedzy w porównaniu z grupą uzyskującą dochody w zakresie 5-8 tys. zł.** Wyniki te mogą sugerować, że wyższy poziom dochodów jest związany z lepszym dostępem do edukacji, większym zainteresowaniem rozwojem osobistym lub częstszym korzystaniem z materiałów związanych z psychologią.

Średnie dla wyniku ogólnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 0 do 4

WYNIK OGÓLNY



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

ZAINTERESOWANIE PSYCHIATRIĄ I PSYCHOLOGIĄ

Postanowiliśmy sprawdzić jak duże jest zainteresowanie Polek i Polaków psychologią. W tym celu stworzyliśmy 6 pozycji testowych, do których badani ustosunkowywali się używając skali od 1 (zdecydowanie się nie zgadzam) do 5 (zdecydowanie się zgadzam). Wyniki następnie uśredniono, tworząc ogólny wskaźnik zainteresowania tematyką pomocy psychologicznej i zdrowia psychicznego - wyższy wynik oznaczał wyższy poziom zainteresowania.

Top2Box

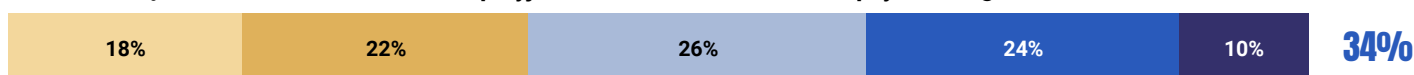
Wiedza na temat zdrowia psychicznego jest dla mnie interesująca.



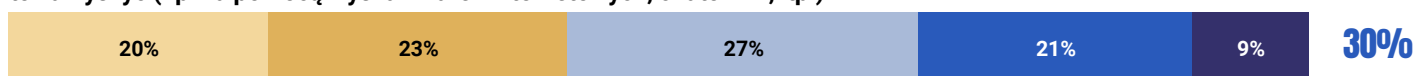
Zdarza mi się szukać informacji (np. w internecie/książkach) na temat tego, jak mogę poprawić swoją kondycję psychiczną



Zdarza mi się rozmawiać z moimi bliskimi/przyjaciółmi na temat ich zdrowia psychicznego.



Zdarza mi się szukać informacji na temat potencjalnych zaburzeń/problemów psychicznych, jakie mogą mi towarzyszyć (np. za pomocą wyszukiwarek internetowych, chatów AI, itp.).



Szkoda mi czasu na zbieranie informacji na temat tego, jak działa ludzka psychika.



zdecydowanie nie zgadzam się zdecydowanie zgadzam się

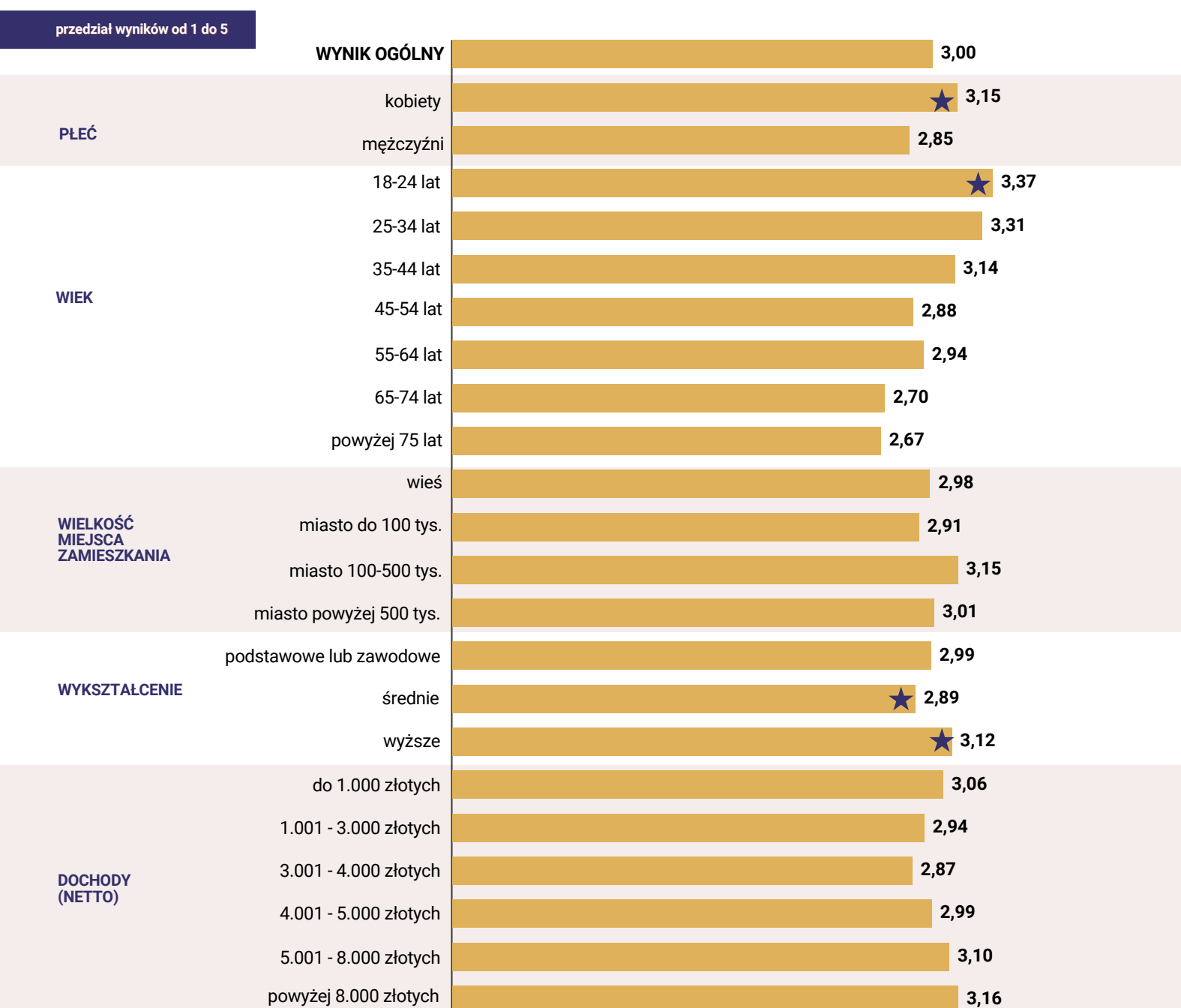
Analiza wyników wskazuje, że wiedza na temat zdrowia psychicznego budzi zainteresowanie wśród ponad połowy respondentów (54%). Jednak zainteresowanie to nie zawsze wiąże się z aktywnym poszukiwaniem informacji czy podejmowaniem konkretnych działań w tym obszarze. Tylko 39% badanych deklaruje, że stara się pogłębiać swoją wiedzę na temat poprawy kondycji psychicznej, a 34% angażuje się w rozmowy na ten temat z bliskimi lub przyjaciółmi. Ponadto 30% respondentów poszukuje informacji o potencjalnych problemach psychicznych. Jednocześnie jedynie 18% ankietowanych zadeklarowało brak zainteresowania zgłębianiem wiedzy o psychice ludzkiej, co sugeruje, że społeczna obojętność wobec tej tematyki jest stosunkowo niska. Wyniki te wskazują, że zdrowie psychiczne jest tematem, który budzi zainteresowanie, jednak nie zawsze prowadzi do aktywnego poszukiwania wiedzy czy podejmowania działań. Sugeruje to, że ludzie mogą interesować się tą dziedziną z różnych powodów – nie tylko w obliczu osobistych trudności, ale także z potrzeby lepszego zrozumienia siebie i innych.

ZAINTERESOWANIE PSYCHIATRIĄ I PSYCHOLOGIĄ

Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w poziomie zainteresowania psychologią w zależności od płci badanych - kobiety wykazywały wyższy poziom zainteresowania niż mężczyźni. Podobnie, wiek był istotnym czynnikiem – osoby młodsze wykazywały wyższy poziom zainteresowania psychologią niż osoby starsze. Istotnym czynnikiem okazało się być także wykształcenie – osoby z wykształceniem wyższym interesowały się psychologią istotnie bardziej niż osoby z wykształceniem średnim.

Średnie dla wyniku ogólnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

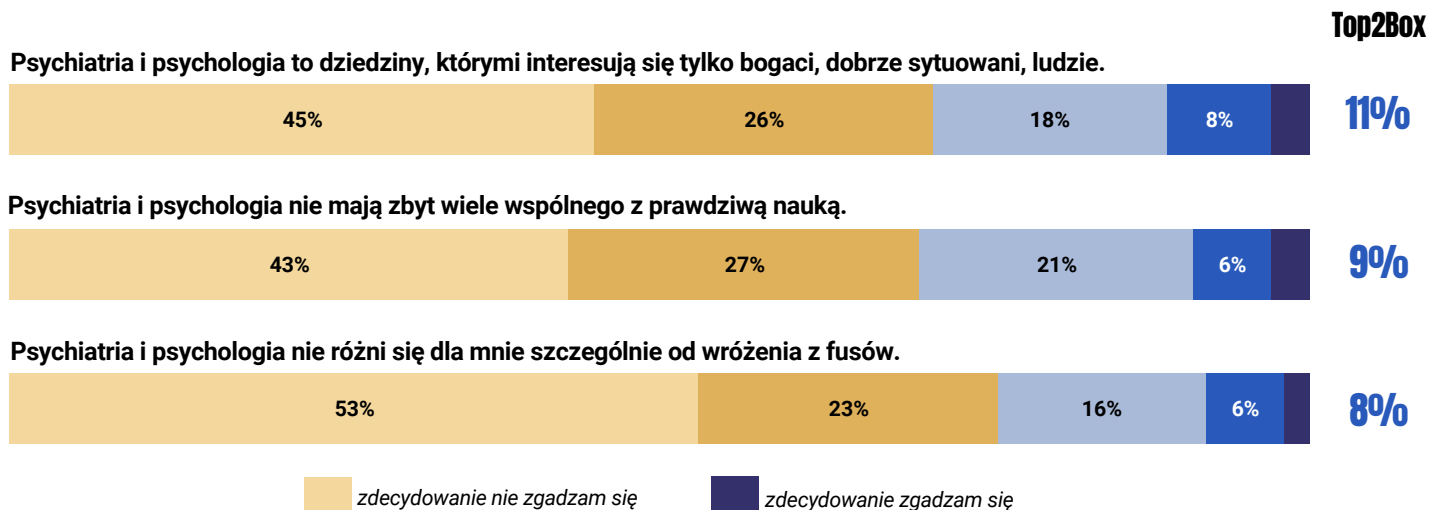
przedział wyników od 1 do 5



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

SCEPCYTYZM ZWIĄZANY Z PSYCHIATRIĄ I PSYCHOLOGIĄ

Sprawdziliśmy także, na ile Polki i Polacy są sceptycznie nastawieni do pomocy psychologicznej. W tym celu stworzyliśmy trzy pozycje testowe, do których badani ustosunkowywali się używając skali od 1 (*zdecydowanie się nie zgadzam*) do 5 (*zdecydowanie się zgadzam*). Wyniki następnie uśredniono, tworząc ogólny wskaźnik sceptycyzmu w stosunku do psychiatrii i psychologii.



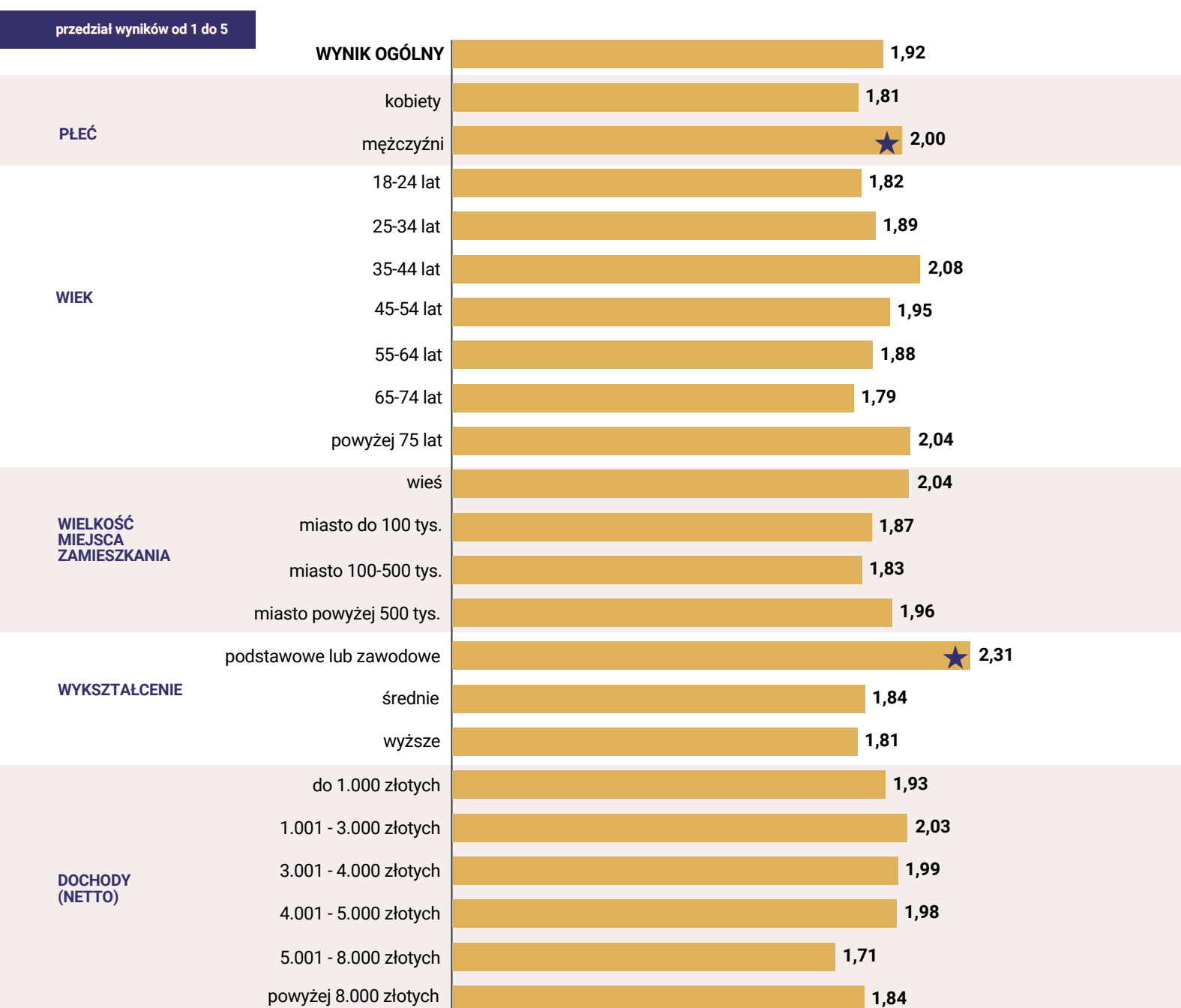
Wyniki badania wskazują na niski poziom sceptycyzmu wobec psychiatrii i psychologii. Wydaje się zatem, że ogólnie społeczne postawy wobec psychiatrii i psychologii są raczej neutralne lub pozytywne.

SCEPCYTYZM ZWIĄZANY Z PSYCHIATRIĄ I PSYCHOLOGIĄ

Mężczyźni osiągnęli istotnie wyższy średni poziom sceptycyzmu dotyczącego psychiatrii i psychologii w porównaniu z kobietami. Podobnie, poziom wykształcenia był istotnym czynnikiem – osoby z wykształceniem podstawowym lub zawodowym charakteryzowały się wyższym poziomem sceptycyzmu w porównaniu z osobami z wykształceniem średnim lub wyższym.

Średnie dla wyniku ogólnego w podziale ze względu na zmienne demograficzne

przedział wyników od 1 do 5



★ Gwiazdką oznaczono wartości, które różnią się istotnie między grupami w obrębie tej samej kategorii

BIBLIOGRAFIA

- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., Peters, T. (2014). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 221–231.
- CBOS. (2021). Opinie Polaków na temat korzystania z pomocy psychologicznej. Komunikat z badań, nr 134/2021. Centrum Badań Opinii Społecznej. <https://www.cbos.pl>
- Clement, S., Brohan, E., Jeffery, D., Henderson, C., Hatch, S. L., Thornicroft, G. (2012). Development and psychometric properties the Barriers to Access to Care Evaluation scale (BACE) related to people with mental ill health. *BMC Psychiatry*, 12, 1–11.
- De Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G. (2006). A 6-item scale for overall, emotional, and social loneliness: Confirmatory tests on survey data. *Research on Aging*, 28(5), 582–598.
- Eurostat. (2024). Polska na końcu rankingu pod względem liczby psychiatrów. Pozyskano z <https://www.polaneis.pl>
- Fisher, E. H., Farina, A. (1995). Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help: A shortened form and considerations of research. *Journal of College Student Development*, 36, 368–373. <https://doi.org/10.1037/t05375-000>
- Flap, H. (2002). No man is an island: The research programme of a social capital theory. W O. Favereau i E. Lazega (Red.), *Conventions and structures: Markets, networks and hierarchies* (s. 29–59). Edward Elgar.
- Pochwatko, G., Cieślík, M., Wolska, A., Majkowski, R., Piotrowski, M., Podleśny, P., Doroz, R. (2023). Well-being in isolation: Exploring artistic immersive virtual environments in a simulated lunar habitat to alleviate asthenia symptoms. 2023 IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality (ISMAR), 185–194. <https://doi.org/10.1109/ISMAR59233.2023.00033>
- Karaś, D., Ciecuch, J., Keyes, C. L. M. (2014). The Polish adaptation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences*, 69, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.05.008>
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- WHO. (2021). World mental health report: Transforming mental health for all. Światowa Organizacja Zdrowia. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
- OECD. (2021). Health at a Glance: Europe 2021 – State of Health in the EU Cycle. Paryż: Wydawnictwo OECD. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Pochwatko, G., Kopec, W., Świderak, J., Jaskulska, A., Skorupska, K. H., Karpowicz, B., Wawruch, S., Karwowski, W., Nilsson, T. (2023, październik). Well-being in isolation: Exploring artistic immersive virtual environments in a simulated lunar habitat to alleviate asthenia symptoms. W 2023 IEEE International Symposium on Mixed and Augmented Reality (ISMAR) (ss. 185–194). IEEE. <https://doi.org/10.1109/ISMAR55625.2023.00031>
- Styła, R. (2009). Kwestionariusz do Pomiaru Indywidualnego Kapitału Społecznego (KPIKS) – wstępna propozycja oparta na idei generatora zasobów Toma Snijdersa. *Psychologia Społeczna*, 10(1/2), 67–77.
- Świtaj, P., Grygiel, P., Wciórka, J., Humenny, G., Anczewska, M. (2013). The Stigma subscale of the Consumer Experiences of Stigma Questionnaire (CESQ): a psychometric evaluation in Polish psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 54(6), 713–719. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.03.001>
- WHO. (2017). Depression and other common mental disorders: Global health estimates. Genewa: Światowa Organizacja Zdrowia. <https://www.who.int/publications/i/item/depression-and-other-common-mental-disorders-global-health-estimates>

