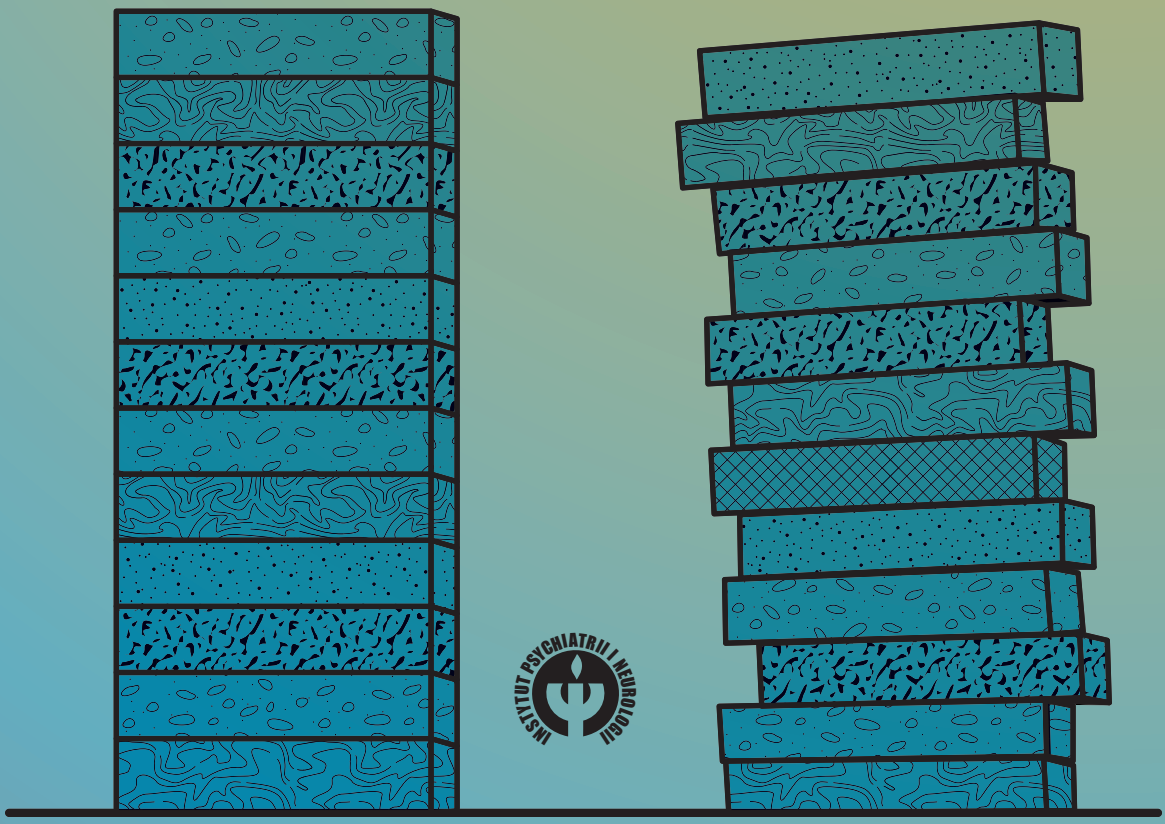
Dorota Cianciara
Daria Biechowska

Podręcznik do ewaluacji programów profilaktycznych

w zakresie zdrowia psychicznego



Dorota Cianciara
Daria Biechowska

Podręcznik do ewaluacji programów profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa 2026

Copyright © Minister Zdrowia, Warszawa 2026

Redaktorka prowadząca: Małgorzata Choszcz
Redakcja i korekta: Anna Witek
Projekt okładki, opracowanie graficzne,
projekt typograficzny i skład: Prześwit
Druk i oprawa: Pozkal

ISBN 978-83-61705-64-2
Wydanie pierwsze, Warszawa 2026

Wydawca:
Instytut Psychiatrii i Neurologii
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa
wydawnictwo@ipin.edu.pl

Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2026, finansowanego przez Ministra Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

NPZ
NARODOWY PROGRAM ZDROWIA

Dorota Cianciara
Daria Biechowska

Podręcznik do ewaluacji programów profilaktycznych

w zakresie zdrowia psychicznego

Instytut Psychiatrii i Neurologii
Warszawa 2026

Spis treści

Wykaz skrótów 9

Streszczenie 11

Spis rysunków i zestawień 15

Rysunki 15

Zestawienia 16

1. Wprowadzenie (*D. Cianciara, D. Biechowska*) 19
1.1. Uzasadnienie 19
1.2. Cele i zamierzenia 23
1.3. Adresaci i wykorzystanie 23

2. Zdrowie psychiczne (*D. Biechowska*) 25
2.1. Charakterystyka 25
2.1.1. Definicje 26
2.1.2. Zdrowie psychiczne jako kontinuum 27
2.1.3. Model biopsychospołeczny i społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia psychicznego 29
2.2. Determinanty zdrowia psychicznego 32
2.2.1. Indywidualne 32
2.2.2. Rodzinne i relacyjne 33
2.2.3. Społeczno-ekonomiczne 34
2.2.4. Środowiskowe 34
2.2.5. Czynniki ryzyka i chroniące 35
2.3. Zaburzenia i problemy zdrowia psychicznego 36
2.3.1. Klasyfikacje (ICD-11, DSM-5-TR – w ujęciu syntetycznym) 36
2.3.2. Obciążenie społeczne i epidemiologia 38

2.3.3. Najczęstsze grupy zaburzeń: depresyjne, lękowe, uzależnienia, zaburzenia psychotyczne, zachowania samobójcze 39
2.3.4. Problemy zdrowia psychicznego niebędące zaburzeniami 40
2.4. Podejścia do zdrowia psychicznego 41
2.4.1. Podejście kliniczne 41
2.4.2. Podejście rozwojowe i edukacyjne 41
2.4.3. Podejście społeczne i socjalne 42
2.4.4. Podejście zdrowia publicznego 42
2.4.5. Podejście zorientowane na zdrowienie (*recovery-oriented approach*), *empowerment* 43
2.5. Ramy systemowe i znaczenie zdrowia psychicznego 44
2.5.1. Zdrowie psychiczne jako element zdrowia populacji 44
2.5.2. Konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia 44
2.5.3. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne 45
2.5.4. Znaczenie w politykach zdrowotnych i międzysektorowych 45
2.5.5. Miejsce zdrowia psychicznego w strategiach WHO, UE, OECD 46
2.6. Podsumowanie 50

3. Zdrowie publiczne (*D. Cianciara*) 53
3.1. Charakterystyka 53
3.1.1. Definicja 54
3.1.2. Funkcje 57
3.1.3. Świadczenia 58
3.1.3.1. Ochrona zdrowia 59
3.1.3.2. Promocja zdrowia 60
3.1.3.3. Zapobieganie chorobom i ich wczesne wykrywanie 63
3.2. Podejście 64
3.2.1. Etapowość 68
3.2.2. Dalsze determinanty zdrowia 68
3.2.3. Pod prąd 70
3.2.4. Siła wpływu 71
3.2.5. Sprawiedliwość w zdrowiu 72
3.2.6. Proporcjonalny uniwersalizm 73
3.2.7. Zaangażowanie społeczności 74
3.2.8. Zasady etyczne 76
3.2.9. Oparcie na teoriach i dowodach 79
3.2.10. Monitorowanie i ewaluacja 82
3.2.11. Inne zasady 82

3.3. Interwencje 83
3.3.1. Polityki publiczne 84
3.3.2. Programy zdrowotne 87
3.4. Znaczenie zdrowia publicznego w systemie zdrowia i społeczeństwie 90

4. Zdrowie psychiczne z perspektywy zdrowia publicznego (*D. Cianciara*) 95
4.1. Aktualne spojrzenie na zdrowie psychiczne 95
4.2. Ewolucja spojrzenia 97
4.2.1. Badania epidemiologiczne 99
4.2.2. Polityki i programy 101
4.2.3. Badania ewaluacyjne 105
4.2.4. Terminologia 106
4.2.5. Integracja zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego 108
4.3. Podejście, interwencje 111
4.3.1. Interwencje na poziomie krajowym 115
4.4. Metody 122
4.4.1. Ochrona zdrowia psychicznego 122
4.4.2. Promocja zdrowia psychicznego 123
4.4.3. Zapobieganie problemom zdrowia psychicznego 128
4.4.4. Inne metody 131
4.5. Podsumowanie 132

5. Ewaluacja programów zdrowotnych (*D. Cianciara*) 135
5.1. Charakterystyka 135
5.1.1. Definicja 138
5.1.2. Cykl życia programu 139
5.1.3. Procesy iteracyjne 141
5.1.4. Model logiczny programu 142
5.1.5. Rodzaje ewaluacji 148
5.1.5.1. Ewaluacja formatywna 150
5.1.5.2. Ewaluacja procesu/realizacji 150
5.1.5.3. Ewaluacja wyników 151
5.1.5.4. Ewaluacja wpływu 152
5.1.5.5. Ewaluacja ekonomiczna 153
5.2. Standardy 154
5.2.1. Użyteczność 154
5.2.2. Wykonalność 154
5.2.3. Wiarygodność 155

5.2.4. Jawność 155
5.2.5. Inne standardy i zasady 155
5.3. Koszt 157

6. Etapy planowania programu dotyczącego zdrowia psychicznego (*D. Cianciara*) 159
6.1. Zespół planujący 159
6.2. Ocena potrzeb 160
6.3. Wybór priorytetu 161
6.4. Określenie celu 163
6.5. Opracowanie modelu logicznego 165
6.6. Określenie zadań 168
6.7. Określenie wskaźników 170

7. Etapy ewaluacji programu dotyczącego zdrowia psychicznego (*D. Cianciara*) 173
7.1. Przygotowanie, ocena kontekstu 173
7.2. Opisanie programu 176
7.3. Określenie celu, postawienie pytań ewaluacyjnych 178
7.4. Wybór schematu badawczego, plan badania ewaluacyjnego 182
7.5. Zebranie i opracowanie danych, analiza, sformułowanie wniosków i rekomendacji 185
7.6. Wykorzystanie ustaleń 186

8. Ewaluacja polityk publicznych (*D. Cianciara*) 189
8.1. Ewaluacja procesu tworzenia i treści polityki dotyczącej zdrowia psychicznego 191
8.2. Ocena wpływu na zdrowie 196
8.3. Ewaluacja polityki promocji zdrowia psychicznego prowadzonej w sektorach rządowych 198

9. Podsumowanie (*D. Cianciara, D. Biechowska*) 207

Przypisy 209

Wykaz skrótów

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Centra kontroli chorób i zapobiegania im
EPHOs	Essential Public Health Functions, podstawowe funkcje zdrowia publicznego
HIA	Health Impact Assessment, ocena wpływu na zdrowie
HiAP	Health in All Policies, zdrowie we wszystkich politykach
IPiN	Instytut Psychiatrii i Neurologii
JST	jednostki samorządu terytorialnego
KCPU	Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NGOs	Non-governmental organizations, organizacje pozarządowe
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPZ	Narodowy Program Zdrowia
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development, Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju
ORE	Ośrodek Rozwoju Edukacji
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PPZ	program polityki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
PTE	Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne
UE	Unia Europejska
WHO	World Health Organization, Światowa Organizacja Zdrowia

Streszczenie

Podłożem tego opracowania są wnioski z analizy oraz porównania anglo- i polskojęzycznego piśmiennictwa poświęconego działalności w zakresie umacniania i poprawy zdrowia psychicznego. Szczególną uwagę zwrócono na zagadnienia planowania i ewaluacji programów profilaktyki uniwersalnej i selektywnej oraz promocji zdrowia psychicznego.

Spośród literatury anglojęzycznej analizowano przede wszystkim pozycje, które ukazały się w Europie, Ameryce Północnej, Oceanii oraz zostały opublikowane przez World Health Organization (WHO), amerykańską agencję Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oraz Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD).

Spośród piśmiennictwa polskiego wykorzystano przede wszystkim pozycje poświęcone profilaktyce problemów zdrowia psychicznego, głównie dotyczące uzależnień[1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Dodatkowo analizowano opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) na temat planowania i ewaluacji programów polityki zdrowotnej (PPZ)[11, 12]. Ponadto analizą objęto opracowania na temat ewaluacji interwencji publicznych, w tym opracowanie polecane przez Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej[13], a także inne prace, np. publikację Fundacji Stocznia[14].

Porównanie to prowadzi do dwóch zasadniczych wniosków. Po pierwsze – w piśmiennictwie międzynarodowym problematyka umacniania i poprawy zdrowia psychicznego coraz częściej jest poruszana w kontekście pracy zdrowia publicznego, czyli nauki i sztuki zapobiegania chorobom, wydłużania życia i promowania zdrowia poprzez zorganizowane wysiłki społeczeństwa. Zdrowie publiczne w takim podejściu jest skupione na zdrowiu psychicznym (*mental public health*), a zwłaszcza na promocji zdrowia psychicznego

(*mental health promotion*). W Polsce jest to stosunkowo rzadziej spotykane, a problematyka zdrowia psychicznego jest raczej traktowana jako specyficzny, profilaktyczny nurt działalności. Źródłem tej różnicy jest optyka rozwiązywania problemów zdrowia psychicznego. W optyce promocji zdrowia chodzi przede wszystkim o poprawę warunków życia, upodmiotowienie oraz rozwój kompetencji, a w optyce profilaktyki – o zmniejszenie ryzyka i/lub ekspozycji oraz wzmocnienie czynników chroniących, zwłaszcza w grupach osób o podwyższonym ryzyku problemów zdrowia psychicznego – inaczej mówiąc, osób podatnych, wrażliwych. Dla jak najlepszych rezultatów powinno się działać w obu kierunkach i taki jest punkt widzenia w zdrowiu publicznym.

Po drugie – w literaturze międzynarodowej zalecenia dotyczące planowania i ewaluacji programów zdrowotnych w zakresie zdrowia psychicznego nie odbiegają od zasad przyjętych w stosunku do programów zdrowia publicznego. Wprawdzie w programach dotyczących zdrowia psychicznego występują niuanse i specyficzne szczegóły (np. wskaźniki czy pytania ewaluacyjne), ale tok postępowania jest taki sam jak w zdrowiu publicznym.

W krajowej literaturze obserwuje się bardziej zróżnicowany obraz. Z jednej strony istnieje silny i spójny nurt ewaluacji programów profilaktycznych w zakresie zdrowia psychicznego, propagowany przez System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. W dużej mierze system ten jest oparty na źródłach zagranicznych, jednak odstaje od najnowszego podejścia do ewaluacji. Z drugiej zaś strony, równolegle, do ewaluacji programów zdrowotnych stosowane są odmienne podejścia. Na przykład AOTMiT w stosunku do PPZ, realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST), wyznaczyła określone zasady. Bywa, że ewaluacja programów profilaktycznych (zwłaszcza zewnętrzna) odbywa się w oparciu o zasady dotyczące interwencji publicznych, które wynikają z ustaleń UE. To wszystko tworzy zagmatwany obraz tego, czym jest ewaluacja i czego powinna dotyczyć. Istniejący stan rzeczy budzi uzasadnione obawy o skuteczność programów. Należy ujednolicić terminologię, sformułować spójne zasady i uprościć podejście do zagadnienia.

Cele niniejszego opracowania to:

1. Omówienie problematyki zdrowia psychicznego.
2. Objaśnienie działalności zdrowia publicznego jako podbudowy działań skierowanych na utrzymanie i poprawę zdrowia psychicznego.

3. Omówienie zasad planowania oraz ewaluacji programów zdrowotnych poświęconych profilaktyce problemów zdrowia psychicznego oraz promocji zdrowia psychicznego.

W rozdziale 1. (Wprowadzenie) omówiono podłoże tego opracowania, w tym założenia teoretyczne i techniczne, cele i zamierzenia, adresatów i kwestie dotyczące wykorzystania opracowania. W rozdziale 2. skoncentrowano się na problematyce zdrowia psychicznego. W rozdziałach 3. oraz 4. scharakteryzowano działalność zdrowia publicznego, także w odniesieniu do zdrowia psychicznego. Rozdział 5. jest poświęcony ogólnym zasadom prowadzenia ewaluacji programów zdrowotnych. Zaproponowano 5-częściowy model logiczny programu (opcjonalnie 6-częściowy). Na jego tle wykazano cele i zadania programu oraz różne rodzaje ewaluacji. Opisano cztery jej główne rodzaje, tj. formatywną, procesu, wyników i wpływu. Zwrócono uwagę, że ocena potrzeb jest czasem uznawana za specyficzny rodzaj ewaluacji. Omówiono też standardy ewaluacji oraz koszt jej przeprowadzenia. W rozdziałach 6. i 7. omówiono etapy planowania i etapy ewaluacji programów w kontekście problematyki zdrowia psychicznego. Opracowanie kończy się (rozdział 8.) informacjami na temat ewaluacji polityk publicznych, które są odmiennym od programów rodzajem interwencji zdrowia publicznego. Rozdział 9. jest podsumowaniem niniejszego opracowania. Stwierdzono tam, że:

- Prawidłowe planowanie programu zmniejsza ryzyko porażki.
- Model logiczny jest powszechnie zalecanym narzędziem do przeprowadzenia planowania i ewaluacji.
- Podczas planowania programu należy uwzględniać planowanie ewaluacji.
- Planowanie i ewaluacja są wyrazem odpowiedzialności twórców programu za swoją pracę.
- Planowanie i ewaluacja powinny odbywać się z udziałem interesariuszy, czyli zainteresowanych stron.
- Ewaluacja pozwala realizatorom wyciągać wnioski z popełnionych błędów, a innym twórcom programów umożliwia korzystanie ze sprawdzonej wiedzy.
- Rodzaj i zakres ewaluacji są uzależnione od wielu czynników, w tym od struktury i kontekstu programu, możliwości ewaluacyjnych i gotowości interesariuszy, czyli zainteresowanych stron.

Spis rysunków i zestawień

Rysunki

1. Model zdrowia i zaburzeń psychicznych
2. Społeczno-środowiskowy (społeczno-ekologiczny) model zdrowia
3. Podstawowe funkcje (operacje) zdrowia publicznego według WHO Regional Office for Europe, 2012
4. Uaktualnione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego
5. Etapowość w rozwiązywaniu problemów przez zdrowie publiczne
6. Społeczne uwarunkowania zdrowia
7. Piramida siły wpływu na zdrowie
8. Czynniki warunkujące sprawiedliwość w zdrowiu
9. Rodzaje zaangażowania społeczności
10. Struktura *Public health code of ethics*
11. Czynniki, które mają wpływ na podejmowanie decyzji w oparciu o dowody
12. Rodzaje polityk związanych ze zdrowiem
13. Cykl zdrowia publicznego
14. Wartość zdrowia psychicznego
15. Relacje między różnymi koncepcjami dotyczącymi stanów zdrowia psychicznego
16. Obszary działań na rzecz zdrowia psychicznego
17. Podejście zdrowia publicznego do problematyki zdrowia psychicznego
18. Projektowanie oraz wdrażanie polityki (planu) dotyczącej zdrowia psychicznego

19. Spektrum działań w stosunku do zaburzeń zdrowia psychicznego
20. Cykl życia programu zdrowotnego z uwzględnieniem kontekstu
21. Cykl życia programu zdrowotnego z uwzględnieniem kluczowych czynności
22. Charakterystyka kroków w procesie iteracyjnym
23. Proces iteracyjny
24. Przykłady struktury modelu logicznego
25. Proponowany model logiczny programów zdrowotnych
26. Związek modelu logicznego z celem programu i zadaniami
27. Logika „do przodu" w modelu logicznym
28. Rodzaje ewaluacji w powiązaniu z modelem logicznym
29. Matryca wykonalność-wpływ do wyboru priorytetu programu
30. Podstawowe schematy badawcze stosowane w ewaluacji
31. Omówione rodzaje ewaluacji polityk według rodzajów ewaluacji programów zdrowotnych

Zestawienia

1. Znaczenia pojęć: podejście, strategia, interwencja, metoda, forma i technika przyjęte w tym opracowaniu
2. Charakterystyka działalności zdrowia publicznego
3. Różnice między podejściem oddolnym a odgórnym
4. Zasady zdrowia publicznego
5. Zasady, cele główne i wykonawcy działań na rzecz zdrowia psychicznego
6. Przegląd niektórych teorii wykorzystywanych w profilaktyce
7. Cele i zadania krajowego planu promocji zdrowia w Irlandii na lata 2024–2030
8. Kierunki polityki mające na celu ochronę i promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu we wszystkich sektorach rządowych
9. Charakterystyka oraz przykładowe kierunki działań promocji zdrowia psychicznego
10. Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania samobójstwom
11. Charakterystyka oraz przykładowe kierunki działań profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej

12. Logika odwrócona „od tyłu” w modelu logicznym
13. Standardy ewaluacji według Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego
14. Potencjalne cele programu z obszaru zdrowia psychicznego
15. Potencjalny program wsparcia uczniów w szkole według elementów modelu logicznego
16. Potencjalny program budowania sieci społecznościowej na rzecz promocji zdrowia psychicznego w gminie według modelu logicznego
17. Potencjalny profil zadań programu promocji zdrowia psychicznego według przyjętej strategii działania
18. Potencjalne wskaźniki ewaluacji programu zdrowotnego
19. Kryteria ewaluacji programu zdrowotnego pod względem etycznym
20. Przykłady pytań ewaluacyjnych
21. Lista kontrolna do ewaluacji procesu tworzenia i treści polityki dotyczącej zdrowia psychicznego
22. Schemat postępowania w procesie przeprowadzania oceny wpływu na zdrowie
23. Strategie i wskaźniki dotyczące polityki promocji zdrowia w rządowych sektorach edukacji, zdrowia oraz rozwoju obszarów miejskich i wiejskich

1. Wprowadzenie

1.1. Uzasadnienie

Charakter i cel tego opracowania wynikają z analizy oraz porównania anglojęzycznego i polskiego piśmiennictwa poświęconego działalności w zakresie umacniania i poprawy zdrowia psychicznego, ze szczególnym uwzględnieniem planowania i ewaluacji programów profilaktyki uniwersalnej i selektywnej oraz promocji zdrowia psychicznego.

W piśmiennictwie międzynarodowym jest kilka bardzo widocznych trendów, które nie są tak silnie zaznaczone w piśmiennictwie krajowym. Warto zwrócić na nie uwagę.

- W odbiorze społecznym i profesjonalnym (wśród badaczy i praktyków) znacząco rośnie zainteresowanie problematyką zdrowia psychicznego. Obecnie jest wiele sygnałów, że wzrasta fala problemów związanych ze zdrowiem psychicznym. Jest to związane z występowaniem tzw. polikryzysu, czyli sytuacji, w której dochodzi do interakcji pojedynczych kryzysów, takich jak geopolityczny, migracyjny, ekonomiczny, środowiskowy, społeczny, epidemiczny, polityczny czy technologiczny. Społeczeństwa, badacze i praktycy coraz lepiej rozumieją znaczenie zdrowia psychicznego, przyczyny i skalę występowania problemów. Coraz dobitniej mówi się o bezpośrednich i obustronnych związkach zdrowia psychicznego ze zdrowiem w wymiarze fizycznym.
- Nasilają się dążenia do podjęcia zdecydowanych działań na rzecz utrzymania i poprawy zdrowia psychicznego. Rośnie świadomość, że klasyczne, biomedyczne podejście do problemów zdrowia psychicznego (tj. diagnostyczne i lecznicze ukierunkowane na jednostki) jest w naszych czasach niewystarczające. Liczne

są opinie, że podejście do problematyki zdrowia psychicznego przez pryzmat profilaktyki zaburzeń, w tym związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, również jest niewystarczające. Ponadto rośnie zainteresowanie zdrowiem psychicznym w znaczeniu pozytywnym, tzn. zdrowiem, które nie polega na braku choroby czy zaburzenia, ale jest dobrostanem i zasobem potrzebnym do dobrego życia.

- W dążeniu do utrzymania i poprawy zdrowia psychicznego coraz większe znaczenie przypisuje się czynnikom społecznym i ekonomicznym, warunkom życia oraz działaniom w wymiarze całych społeczności, a nie tylko skierowanym do jednostek i osób najbliższych. Jest to spójne z ideą przewodnią oraz metodami działalności zdrowia publicznego (nauki i sztuki zajmującej się zdrowiem zbiorowości), zwłaszcza dotyczących promocji zdrowia, które opierają się na społeczno-środowiskowym modelu zdrowia. Model ten jest obecnie przyjmowany za podłoże umacniania i poprawy zdrowia psychicznego.
- W obrębie zdrowia publicznego wyróżniono gałąź pn. *mental public health*, czyli zdrowia publicznego skupionego na zdrowiu psychicznym, oraz promocję zdrowia psychicznego (*mental health promotion*). Badacze i praktycy z obszaru zdrowia psychicznego mają specjalistyczną wiedzę dotyczącą biologicznych, medycznych i psychologicznych jego aspektów oraz doświadczenie w pracy z poszczególnymi osobami. Badacze i praktycy zdrowia publicznego mają zaś wiedzę na temat społecznych aspektów różnych chorób i problemów zdrowotnych, w tym problemów zdrowia psychicznego, oraz doświadczenie w pracy ze społecznościami. Obie grupy mogą razem wnieść cenny wkład w umacnianie i poprawę zdrowia psychicznego.

Niniejsze opracowanie opiera się na następujących założeniach teoretycznych:

- Zdrowie psychiczne to coś więcej niż brak zaburzeń psychicznych; to dobrostan psychiczny, który pozwala radzić sobie ze stresem, wykorzystywać swój potencjał oraz aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym z korzyścią dla siebie i zbiorowości; zdrowie psychiczne jest integralną częścią zdrowia, prawem człowieka i zasobem do życia.
- Problematyka umacniania i poprawy zdrowia psychicznego zasługuje na większe niż obecnie zainteresowanie, a działania praktyczne powinny być zintensyfikowane i skuteczne.

- Uwarunkowania zdrowia psychicznego wyjaśnia model społeczno-środowiskowy; do uwarunkowań tych zalicza się czynniki: (a) strukturalne i systemowe (polityczne, kulturowe, ekonomiczne), (b) środowiskowe (warunki życia, pracy, wypoczynku), (c) społeczne (normy i zwyczaje społeczne, funkcjonowanie instytucji i organizacji), (d) poznawcze i behawioralne (wiedza, postawy, przekonania, zachowania), a także czynniki wrodzone; model ten jest powszechnie stosowany w działaniach zdrowia publicznego w odniesieniu do różnorodnych problemów związanych ze zdrowiem.
- Korzystne jest, aby umacnianie i poprawę zdrowia psychicznego wpisać w idee i instrumenty pracy zdrowia publicznego.
- Umacnianie i poprawa zdrowia psychicznego z perspektywy zdrowia publicznego to głównie profilaktyka uniwersalna i selektywna oraz promocja zdrowia psychicznego interpretowana zgodnie z Kartą Ottawską z 1986 r. (profilaktyka wskazująca i wczesna interwencja oraz leczenie nie są przedmiotem tego opracowania).
- Skuteczne działania zdrowia publicznego mają układ systemowy, na który składają się: (a) identyfikacja problemu, (b) analiza jego przyczyn, (c) opracowanie interwencji, sprawdzenie, jak ona działa (monitorowanie i ewaluacja), udoskonalenie, (d) upowszechnienie; układ ten jest nazywany cyklem życia programu.
- Zdrowie publiczne wykorzystuje dwa rodzaje interwencji: polityki zdrowotne i programy zdrowotne.
- Program zdrowotny jest zbiorem działań zaplanowanych na określony czas (krótko-, średnio-, długoterminowy) w celu osiągnięcia określonego, korzystnego celu (celów) dotyczącego (dotyczących) zdrowia, i jest bardziej szczegółowy niż polityka.
- Planowanie i ewaluacja programów zdrowotnych dotyczących zdrowia psychicznego odbywa się w sposób typowy dla zdrowia publicznego, chociaż może wymagać wiedzy specjalistycznej dotyczącej zdrowia psychicznego.
- W odniesieniu do programów zdrowotnych stosuje się ewaluację formatywną, procesu, wyników, wpływu oraz efektywności.
- Planowanie i ewaluacja programów zdrowotnych wymaga zaangażowania interesariuszy.

Opracowanie to jest też reakcją na wnioski z analizy piśmiennictwa poświęconego planowaniu i ewaluacji programów zdrowotnych.

W Polsce mamy do czynienia ze wstępną fazą rozwoju kultury ewaluacyjnej i widoczne są następujące problemy:

- Najlepiej rozwinięte podejście do ewaluacji programów jest obecne w *Systemie programów rekomendowanych z obszaru zdrowia psychicznego*, jednak różni się ono od najnowszego stanowiska na temat ewaluacji programów zdrowia publicznego.
- Nie wykorzystuje się modelu logicznego, który jest obecnie rutynowym narzędziem do planowania i ewaluacji.
- W krajowym podejściu do planowania i ewaluacji dominuje stanowisko prezentowane przez AOTMiT wobec PPZ realizowanych przez JST lub ministrów, które nie uwzględnia specyfiki promocji zdrowia i jako takie nie jest odpowiednie dla potrzeb tego opracowania.
- W ewaluacji programów zdrowotnych o dużym zasięgu (np. wojewódzkich) wykorzystuje się podejścia stosowane wobec interwencji publicznych, które są inne niż zasady przyjęte w zdrowiu publicznym.
- Brakuje spójnego podejścia, metod i terminologii dotyczących ewaluacji programów.
- Często prowadzi się wyłącznie ewaluację procesu z pominięciem ewaluacji wyników.

W związku z tym przyjęto następujące założenia techniczne:

- Zastosowano ujednolicenie i uproszczenie podejścia do planowania i ewaluacji programów profilaktycznych oraz promocji zdrowia psychicznego.
- Zamieszczone propozycje planowania i ewaluacji programów są wypośrodkowaniem generycznych (uogólniających) podejść do planowania i ewaluacji prezentowanych w piśmiennictwie anglojęzycznym i polskim, ze szczególnym uwzględnieniem najnowszego opracowania pt. *CDC Program Evaluation Framework* (26.09.2024).
- Podstawą planowania oraz ewaluacji jest tzw. model logiczny, w skład którego wchodzi pięć lub sześć elementów.
- W strukturze programu występują zadania, a nie cele szczegółowe, co podkreśla kluczowe znaczenie zadań w programie.
- Niniejsze opracowanie obejmuje tylko zarys metodyki badań ewaluacyjnych oraz ewaluacji efektywności.

1.2. Cele i zamierzenia

Celami niniejszego opracowania są:
1. Omówienie problematyki zdrowia psychicznego.
2. Objaśnienie działalności zdrowia publicznego jako podbudowy działań skierowanych na utrzymanie i poprawę zdrowia psychicznego.
3. Omówienie zasad planowania oraz ewaluacji programów zdrowotnych poświęconych profilaktyce problemów zdrowia psychicznego oraz promocji zdrowia psychicznego.

Zamierzeniem tego opracowania jest, aby:
- w programach uwzględniać społeczne uwarunkowania zdrowia i kwestię sprawiedliwości w zdrowiu, czyli patrzeć na problematykę zdrowia psychicznego z szerokiej perspektywy;
- zachęcić przedstawicieli administracji publicznej, instytucji i organizacji do poszukiwania rozwiązań przełamujących wertykalne bariery administracyjne pomiędzy podmiotami, dyscyplinami i programami oraz uwrażliwić ich na współpracę międzysektorową i interdyscyplinarną;
- poprawić jakość poszczególnych programów, w tym ujednolicić terminologię, upowszechnić użycie modelu logicznego, rzetelnie prowadzić ewaluację, co pozwoli na porównywanie poszczególnych programów;
- budować bazy krajowych dowodów oraz dobrych praktyk w zdrowiu publicznym zogniskowanym na zdrowiu psychicznym, udzielać rekomendacji oraz gromadzić argumenty na rzecz wsparcia i większego finansowania działalności profilaktycznej i promocji zdrowia psychicznego;
- przygotować podłoże do ewaluacji efektywności ekonomicznej programów zdrowotnych.

1.3. Adresaci i wykorzystanie

Niniejsze opracowanie jest adresowane przede wszystkim do tych osób, które w pracy zawodowej lub społecznej zajmują się problematyką zdrowia psychicznego i tych, które powinny się nią zająć w nurcie promocji zdrowia psychicznego. Powstało z myślą o osobach, które nie mają jeszcze wiedzy o działaniach zdrowia publicznego ani

doświadczenia w takiej pracy, nie mają przygotowania zawodowego i nie zajmowały się planowaniem i ewaluacją programów zdrowotnych. Dlatego w publikacji poświęcono sporo miejsca informacjom o zakresie i specyfice działania zdrowia publicznego. Doświadczeni planiści i ewaluatorzy zaś zwrócą uwagę na specyfikę programów zdrowotnych. Opracowanie może być pomocą dla osób pracujących w nowym zawodzie pn. profilaktyk. Może być także wykorzystywane do przeprowadzania szkoleń.

Publikacja jest przeznaczona dla przedstawicieli administracji rządowej i samorządowej, szkół i placówek oświatowych, podmiotów prowadzących działalność leczniczą, a także instytucji i organizacji zaangażowanych w szeroko rozumianą pomoc społeczną i działania społeczne.

W zależności od indywidualnych potrzeb Czytelnika można z tego opracowania wybierać poszczególne rozdziały. W wielu miejscach dodano w ramkach komentarze, których rolą jest przekazanie dodatkowych informacji lub porównanie treści z opracowania z innymi informacjami obecnymi w piśmiennictwie. Komentarze te są adresowane głównie do tych osób, które dysponują większym doświadczeniem w omawianych obszarach. Przy wielu rysunkach i zestawieniach podano informację, że są to opracowania własne na podstawie danego źródła. W większości przypadków oznacza to autorską modyfikację informacji zawartych w wymienionym źródle.

W publikacji (zwłaszcza w rozdziałach 4.3.1, 6., 7., 8.) posługiwano się przykładami, które dotyczą różnych aspektów planowania i ewaluacji interwencji zdrowia publicznego skupionego na zdrowiu psychicznym. Przykłady te są bardzo różnorodne i nie są wzorcem postępowania w jakimś określonym zagadnieniu. Mają charakter ilustracyjny, a nie demonstracyjny, tj. są impulsem i wskazówką do namysłu, a nie wzorcem. Zarówno w planowaniu, jak i ewaluacji potrzebna jest pomysłowość i elastyczność, a nie posługiwanie się szablonem.

Niektóre terminy lub zwroty w tekście zostały zaznaczone czcionką pogrubioną, aby ułatwić odszukanie fragmentów tekstu.

W przypisach podawano informację o źródłach z numerem DOI (unikalny cyfrowy identyfikator dokumentu elektronicznego) lub linkiem do publikacji. Skoncentrowano się na źródłach zagranicznych i dostępnych *online*. Informacje o źródłach mogą się powtarzać w przypisach na różnych stronach.

2. Zdrowie psychiczne

W rozdziale omówiono współczesne ujęcia zdrowia psychicznego, w tym jego definicje, modele teoretyczne oraz charakterystykę jako dynamicznego kontinuum obejmującego dobrostan, stany ryzyka i zaburzenia. Przedstawiono biopsychospołeczny i środowiskowy model zdrowia psychicznego oraz szeroki zakres jego determinant – od indywidualnych, rodzinnych i społeczno-ekonomicznych po czynniki środowiskowe. Zaprezentowano syntetyczny przegląd zaburzeń i problemów zdrowia psychicznego, uwzględniając klasyfikacje ICD-11 i DSM-5-TR, epidemiologię oraz najczęstsze kategorie kliniczne. Zaprezentowano **różnorodne podejścia do zdrowia psychicznego** – kliniczne, rozwojowe, edukacyjne, społeczne i zdrowia publicznego – oraz współczesne koncepcje *recovery* i *empowerment*, podkreślające podmiotowość i autonomię osób korzystających z opieki. Rozdział kończy omówienie systemowego znaczenia zdrowia psychicznego w politykach zdrowotnych i społecznych, a także jego miejsca w międzynarodowych strategiach WHO, UE i OECD.

2.1. Charakterystyka

Zdrowie psychiczne stanowi jeden z kluczowych wymiarów zdrowia człowieka. Jest nierozerwalnie związane z jego funkcjonowaniem biologicznym, psychologicznym, społecznym i środowiskowym[15]. Współczesne podejścia odchodzą od prostego utożsamiania zdrowia psychicznego z brakiem zaburzeń, akcentując znaczenie dobrostanu, odporności psychicznej (*resilience*) i zdolności do adaptacji[16, 17].

Zdrowie psychiczne należy postrzegać jako dynamiczny stan, który zmienia się w odpowiedzi na wydarzenia życiowe, obciążenia, relacje społeczne, warunki materialne oraz czynniki biologiczne[18].

Jest to konstrukcja wielowymiarowa, obejmująca m.in. procesy poznawcze, emocjonalne i regulacyjne, relacje interpersonalne oraz poczucie sprawczości i sensu życia[19].

Z perspektywy zdrowia publicznego zdrowie psychiczne nie jest wyłącznie kwestią indywidualną – jest zjawiskiem silnie zakorzenionym w uwarunkowaniach społecznych, ekonomicznych, kulturowych i środowiskowych[20]. Dlatego jego ochrona i wzmacnianie wymagają zintegrowanego podejścia łączącego interwencje indywidualne, społecznościowe, systemowe i polityczne[21].

Podstawę współczesnego rozumienia zdrowia psychicznego stanowią definicje WHO oraz modele teoretyczne opisujące zdrowie psychiczne jako ciągłość (kontinuum), przechodzącą od dobrostanu, przez stany ryzyka, po zaburzenia psychiczne[22]. Kluczowe znaczenie mają także koncepcje tzw. pozytywnego zdrowia psychicznego, które zwracają uwagę na rozwój zasobów, mocnych stron i umiejętności adaptacyjnych, obok redukcji objawów i cierpienia[23,24].

2.1.1. Definicje

Według najczęściej przywoływanej definicji zdrowia psychicznego, pochodzącej od Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zdrowie psychiczne jest stanem dobrostanu, w którym jednostka[25]:

- potrafi realizować swój potencjał;
- radzi sobie z typowymi stresami życiowymi;
- może pracować produktywnie i owocnie;
- jest zdolna do wnoszenia wkładu w życie swojej społeczności.

Definicja WHO wyraźnie podkreśla funkcjonalny i społeczny aspekt zdrowia psychicznego – nie tylko brak choroby, ale także zdolność do efektywnego i satysfakcjonującego funkcjonowania[26].

Modele dobrostanu

W literaturze coraz większe znaczenie zyskują modele, które opisują zdrowie psychiczne poprzez dobrostan:

- **model hedoniczny** (dobrostan emocjonalny): koncentruje się na doświadczaniu pozytywnych emocji i satysfakcji z życia;
- **model eudaimoniczny** (dobrostan psychologiczny): obejmuje poczucie sensu, rozwój osobisty, autonomię i pozytywne relacje[27];
- **model PERMA (Seligman)**: podkreśla rolę pozytywnych emocji, zaangażowania, relacji, sensu i osiągnięć w kształtowaniu dobrostanu[28].

Modele te wzmacniają przekonanie, że zdrowie psychiczne nie jest jedynie „brakiem choroby", lecz złożonym stanem, w którym istotne są zarówno poziom dobrostanu, jak i poziom objawów[29].

Podejście pozytywne i koncepcja dwóch kontinuów

Współczesne ujęcie zdrowia psychicznego zakłada istnienie dwóch niezależnych, ale powiązanych kontinuów:

- **kontinuum zaburzeń psychicznych** – od braku objawów do nasilonych zaburzeń;
- **kontinuum dobrostanu** – od niskiego do wysokiego poziomu dobrostanu.

Oznacza to, że osoba może nie doświadczać zaburzenia, a jednocześnie mieć niski dobrostan, lub przeciwnie – mieć zdiagnozowane zaburzenie, ale funkcjonować na wysokim poziomie w innych wymiarach dzięki wsparciu, terapii i zasobom[30].

Podejście pozytywne podkreśla:

- rozwijanie kompetencji psychospołecznych;
- budowanie odporności psychicznej;
- wzmacnianie czynników chroniących;
- redukcję stygmatyzacji;
- wspieranie środowisk sprzyjających zdrowiu[31].

Takie rozumienie zdrowia psychicznego jest spójne z założeniami zdrowia publicznego i umożliwia projektowanie interwencji obejmujących zarówno osoby zdrowe, jak i osoby doświadczające trudności czy zaburzeń[32].

2.1.2. Zdrowie psychiczne jako kontinuum

Współczesne podejścia do zdrowia psychicznego odchodzą od jego dychotomicznego rozumienia jako stanu „zdrowia" lub „choroby". Zamiast tego coraz częściej traktuje się je jako kontinuum, które zmienia się w czasie i jest kształtowane przez interakcję czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych[33]. Podejście to lepiej oddaje rzeczywistość kliniczną i społeczną: większość osób doświadcza zarówno okresów wysokiego dobrostanu, jak i okresów obniżonej kondycji psychicznej. Zaburzenia psychiczne nie pojawiają się nagle, lecz są poprzedzone fazami ryzyka oraz narastającymi trudnościami w funkcjonowaniu[34].

Kontinuum zdrowia psychicznego: od dobrostanu do zaburzeń

Kontinuum obejmuje trzy główne obszary:

- **dobrostan psychiczny** (wysoki poziom funkcjonowania emocjonalnego, psychologicznego i społecznego);
- **stany ryzyka** (obniżony dobrostan, trudności adaptacyjne, objawy subkliniczne);
- **zaburzenia psychiczne** (spełniające kryteria diagnostyczne ICD/DSM, znacząco wpływające na funkcjonowanie).

Między tymi obszarami nie ma wyraźnych granic. Osoba może przemieszczać się po kontinuum w ciągu życia w zależności od zasobów, stresu, wsparcia społecznego czy wydarzeń życiowych[35].

Model Keyesa – koncepcja dwóch kontinuów (dual-continua)

Jednym z najbardziej wpływowych modeli opisujących kontinuum zdrowia psychicznego jest model **Coreya L. Keyesa**, który pokazuje, że dobrostan psychiczny i zaburzenia psychiczne są **dwiema odrębnymi, choć powiązanymi osiami:**

- **kontinuum 1: od braku zaburzeń do ciężkich zaburzeń psychicznych** – opisuje poziom objawów – ich nasilenie, częstotliwość i wpływ na funkcjonowanie;
- **kontinuum 2: od niskiego do wysokiego dobrostanu** – obejmuje trzy komponenty dobrostanu:
  - **emocjonalny** (pozytywne emocje, satysfakcja z życia),
  - **psychologiczny** (poczucie sensu, autonomia, rozwój),
  - **społeczny** (relacje, zaangażowanie, poczucie przynależności).

W modelu Keyesa można wyróżnić cztery podstawowe stany:

- ***flourishing*** – wysoki dobrostan; osoba może mieć nawet łagodne objawy, ale funkcjonuje bardzo dobrze;
- **zmaganie się (*struggling*)** – wysoki dobrostan; osoba funkcjonuje z trudnościami;
- ***languishing*** – niski dobrostan; osoba nie spełnia kryteriów zaburzenia, ale funkcjonuje słabo (wysokie ryzyko pogorszenia);
- **zaburzenia psychiczne** – objawy spełniające kryteria diagnostyczne, niezależnie od poziomu dobrostanu[36].

Model ten wyjaśnia, dlaczego możliwe jest współistnienie:

- zaburzenia psychicznego **przy wysokim dobrostanie** (np. osoba z depresją w remisji, dobrze funkcjonująca dzięki terapii i wsparciu);
- braku zaburzenia **przy niskim dobrostanie** (np. osoby w chronicznym stresie, izolacji, wypaleniu – tzw. „ciche cierpienie").



Rysunek 1. Model zdrowia i zaburzeń psychicznych. Opracowanie własne według Keyes, Lopez, 2002

Znaczenie podejścia kontinuum dla praktyki i zdrowia publicznego

Ujęcie zdrowia psychicznego jako kontinuum:

- pozwala włączyć działania **profilaktyczne i promocyjne do głównego nurtu polityki zdrowotnej**;
- podkreśla znaczenie **wczesnej identyfikacji sygnałów pogorszenia (subklinicznych objawów, obniżonego dobrostanu)**;
- wzmacnia ideę ***resilience* i koncentracji na zasobach, a nie tylko na objawach**;
- redukuje stygmatyzację, bo pokazuje, że każdy może przemieszczać się po kontinuum;
- sprzyja projektowaniu interwencji wielopoziomowych – odpowiadających na różne stany (od promocji dobrostanu po leczenie).

W podejściu tym zdrowie psychiczne staje się procesem – **dynamicznym, zmiennym i podatnym na interwencje** – co jest kluczowe dla planowania działań zarówno na poziomie indywidualnym, jak i populacyjnym[37].

2.1.3. Model biopsychospołeczny i społeczno-środowiskowe uwarunkowania zdrowia psychicznego

Biopsychospołeczny model zdrowia psychicznego stanowi obecnie najbardziej uznane i kompleksowe podejście do wyjaśniania

przyczyn, przebiegu i dynamiki zdrowia psychicznego[38]. Model ten zakłada, że funkcjonowanie psychiczne jednostki jest rezultatem wzajemnego oddziaływania czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych oraz środowiskowych. Łączą się one i wpływają na siebie nawzajem na różnych etapach życia człowieka. Model biopsychospołeczny przeciwstawia się redukcjonistycznym wyjaśnieniom, uwzględnia wielowymiarowość oraz kontekstualność zdrowia psychicznego.

Uzupełnieniem tej perspektywy jest podejście środowiskowe, zwracające uwagę na znaczenie fizycznych i organizacyjnych warunków życia człowieka. Do czynników środowiskowych wpływających na zdrowie psychiczne należą między innymi warunki mieszkaniowe, jakość i bezpieczeństwo najbliższego otoczenia, dostęp do terenów zielonych i usług publicznych, warunki pracy i nauki, poziom hałasu i zanieczyszczenia środowiska, a także skutki zmian klimatycznych. Czynniki te mogą oddziaływać na jednostkę bezpośrednio, na przykład poprzez przewlekły stres, lub pośrednio, wpływając na relacje społeczne, możliwości podejmowania aktywności oraz dostęp do zasobów wspierających zdrowie.

Czynniki biologiczne

Czynniki biologiczne obejmują uwarunkowania wrodzone i nabyte, które mogą wpływać na podatność na zaburzenia psychiczne oraz sposób reagowania na stres. Należą do nich m.in.:

- predyspozycje genetyczne i rodzinne;
- neurobiologiczne mechanizmy regulacji emocji;
- funkcjonowanie neuroprzekaźników i układów hormonalnych (m.in. oś HPA);
- rozwój i plastyczność mózgu;
- choroby somatyczne oraz stan zdrowia fizycznego;
- wpływ leków, substancji psychoaktywnych, zaburzeń snu czy przewlekłego bólu.

Czynniki te nie determinują zdrowia psychicznego w sposób bezpośredni; raczej zwiększają lub zmniejszają podatność, która ujawnia się w interakcji z doświadczeniami życiowymi i środowiskiem[39].

Czynniki psychologiczne

Czynniki psychologiczne odnoszą się do indywidualnych właściwości, procesów i umiejętności, które kształtują sposób interpretacji i reagowania na wydarzenia. Obejmują one m.in.:

- temperament i cechy osobowości;
- style radzenia sobie ze stresem;
- przekonania o sobie, świecie i innych;
- umiejętności regulacji emocji;
- poczucie własnej skuteczności oraz kontroli;
- doświadczenia z wczesnego dzieciństwa, w tym style przywiązania;
- odporność psychiczną (*resilience*) i zasoby osobiste.

Z perspektywy zdrowia publicznego czynniki psychologiczne stanowią ważny obszar interwencji promocji zdrowia psychicznego, wzmacniania zasobów i rozwijania kompetencji emocjonalnych[40].

Czynniki społeczne

Zdrowie psychiczne jednostki jest silnie zakorzenione w relacjach i strukturach społecznych. Do najważniejszych czynników społecznych należą:

- jakość i dostępność wsparcia społecznego;
- relacje rodzinne i partnerskie;
- warunki pracy, stabilność zatrudnienia i poziom stresu zawodowego;
- doświadczenie ubóstwa i nierówności społecznych;
- poziom kapitału społecznego i poczucie przynależności;
- doświadczenie dyskryminacji, przemocy, wykluczenia czy stygmatyzacji;
- normy kulturowe i oczekiwania społeczne.

Czynniki te determinują zarówno możliwości budowania zasobów psychologicznych, jak i ryzyko wystąpienia trudności emocjonalnych.

Czynniki środowiskowe

Współczesne ujęcia podkreślają znaczenie środowiska fizycznego i wirtualnego jako elementów kształtujących zdrowie psychiczne. Czynniki środowiskowe obejmują:

- warunki mieszkaniowe, gęstość zaludnienia, infrastrukturę;
- dostęp do terenów zielonych i przestrzeni sprzyjających aktywności;
- jakość powietrza, hałas, zanieczyszczenia;
- doświadczenia związane z katastrofami naturalnymi i zmianami klimatu;
- środowisko cyfrowe: media społecznościowe, dostęp do informacji, prywatność i cyberbezpieczeństwo.

Wpływ środowiska fizycznego i cyfrowego jest szczególnie istotny w kontekście zdrowia publicznego, gdyż obejmuje czynniki

modyfikowalne, których regulacja na poziomie polityk publicznych może realnie poprawić zdrowie populacji.

Interakcje między czynnikami
Kluczową cechą modelu biopsychospołecznego jest wzajemne oddziaływanie wszystkich wymiarów. Ten sam czynnik – np. stres, kryzys zdrowotny, strata czy konflikt – u różnych osób może prowadzić do różnych konsekwencji psychologicznych w zależności od predyspozycji biologicznych człowieka, jego zasobów osobistych, dostępnego wsparcia społecznego i jakości środowiska życia.

Takie podejście pozwala odejść od myślenia w kategoriach liniowych przyczyn na rzecz złożonych, wielokierunkowych interakcji, które lepiej odzwierciedlają rzeczywistą dynamikę zdrowia psychicznego.

2.2. Determinanty zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne jest kształtowane przez złożone oddziaływanie czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych[41]. Determinanty te nie działają w izolacji, lecz tworzą dynamiczny system wzajemnych wpływów, który zmienia się w trakcie życia, a jego efekt zależy od indywidualnych predyspozycji, doświadczeń oraz dostępnych zasobów. Zrozumienie tych uwarunkowań jest kluczowe dla projektowania skutecznych interwencji zdrowia publicznego i klinicznych strategii wsparcia.

2.2.1. Indywidualne

Determinanty indywidualne obejmują cechy i procesy wewnętrzne, które decydują o sposobie, w jaki jednostka przetwarza informacje, reguluje emocje i reaguje na stresory. Należą do nich:

- **temperament i cechy osobowości** – predyspozycje temperamentalne wpływają na podatność na stres oraz strategie radzenia sobie;
- **procesy poznawcze** – sposób interpretacji doświadczeń oraz wzorce myślenia mogą chronić lub zwiększać podatność na zaburzenia;

- **umiejętności emocjonalne** – deficyty regulacji emocji są powiązane z ryzykiem kryzysów, impulsywnością i objawami klinicznymi;
- **historia życia i doświadczenia wczesnodziecięce** – styl przywiązania oraz jakość relacji wczesnodziecięcych wpływają na odporność psychiczną i podatność na zaburzenia;
- **zasoby zdrowia fizycznego** – zdrowie somatyczne, sen, aktywność fizyczna i równowaga metaboliczna wpływają na funkcjonowanie emocjonalne i poznawcze[42].

2.2.2. Rodzinne i relacyjne

Relacje rodzinne i społeczne stanowią podstawowe środowisko rozwoju emocjonalnego. Ich jakość decyduje o poczuciu bezpieczeństwa, tożsamości i zdolności do budowania więzi.

- **Funkcjonowanie rodziny**
  Stabilność emocjonalna, przewidywalność, jasne granice i wsparcie są czynnikami sprzyjającymi zdrowiu psychicznemu. Dysfunkcyjne systemy rodzinne – chaotyczne, przemocowe, nadmiernie kontrolujące – zwiększają ryzyko zaburzeń.
- **Styl przywiązania i wczesne więzi**
  Bezpieczny styl przywiązania sprzyja rozwijaniu zdrowych relacji, regulacji emocji i odporności. Style lękowe lub unikowe mogą wiązać się z trudnościami interpersonalnymi i podatnością na zaburzenia nastroju.
- **Relacje partnerskie**
  Satysfakcjonujące i stabilne związki chronią zdrowie psychiczne, natomiast przewlekłe konflikty, niewierność, uzależnienia czy przemoc stanowią silne czynniki ryzyka.
- **Wsparcie społeczne**
  Siła i dostępność wsparcia społecznego wpływają na zdolność radzenia sobie w kryzysach. Brak wsparcia, izolacja lub toksyczne relacje znacząco zwiększają ryzyko depresji, lęku i zachowań samobójczych.
- **Obciążenia opiekuńcze**
  Osoby pełniące funkcję opiekunów (np. rodziców, osób z niepełnosprawnością lub przewlekłą chorobą) doświadczają wyższego ryzyka wypalenia, stresu i depresji[43].

2.2.3. Społeczno-ekonomiczne

Czynniki społeczno-ekonomiczne kształtują warunki życia, szanse rozwojowe i dostęp do usług. Ich wpływ na zdrowie psychiczne jest dobrze udokumentowany epidemiologicznie.

- **Ekonomiczna stabilność i bezpieczeństwo**
  Brak stabilności finansowej, zadłużenie, niepewne zatrudnienie czy ubóstwo zwiększają stres i poczucie zagrożenia. Stabilność dochodów i możliwość planowania są ochroną przed przewlekłym stresem.
- **Poziom wykształcenia**
  Wyższy poziom edukacji wiąże się z lepszymi kompetencjami psychospołecznymi, większą elastycznością zawodową i lepszym dostępem do informacji o zdrowiu.
- **Warunki pracy**
  Przewlekły stres zawodowy, mobbing, niskie poczucie kontroli czy brak równowagi między życiem zawodowym a prywatnym są ważnymi determinantami zaburzeń psychicznych. Praca wspierająca, stabilna i przewidywalna redukuje ryzyko.
- **Nierówności społeczne i marginalizacja**
  Nierówności ekonomiczne, ograniczony dostęp do zasobów i doświadczenie wykluczenia (np. mniejszości etniczne, osoby z niepełnosprawnościami) zwiększają podatność na problemy zdrowotne i ograniczają możliwości uzyskania pomocy.
- **Dostęp do opieki zdrowotnej i usług społecznych**
  Systemowe bariery – brak dostępności, koszty, stygmatyzacja – opóźniają korzystanie z pomocy, zwiększając ryzyko pogorszenia zdrowia.

2.2.4. Środowiskowe

Środowisko fizyczne i cyfrowe stanowi tło dla codziennego funkcjonowania i może wspierać lub osłabiać zdrowie psychiczne.

- **Jakość i stabilność otoczenia zamieszkania**
  Przeludnienie, brak prywatności, hałas, niebezpieczna okolica i częste przeprowadzki mogą powodować chroniczny stres. Stabilne i bezpieczne środowisko mieszkaniowe sprzyja dobrostanowi.
- **Infrastruktura i dostęp do usług**
  Dostęp do terenów zielonych, przestrzeni rekreacyjnych, transportu publicznego i miejsc wspólnotowych wspiera zdrowie

psychiczne poprzez zwiększenie aktywności fizycznej i kontaktów społecznych.

- **Czynniki środowiskowe i klimatyczne**
  Zanieczyszczenia powietrza, hałas, ekstremalne temperatury oraz zagrożenia klimatyczne (powodzie, susze, katastrofy naturalne) wpływają na regulację stresu, nastroju oraz poczucia bezpieczeństwa.
- **Środowisko cyfrowe**
  Nadmierna ekspozycja na media społecznościowe, dezinformację, cyberprzemoc oraz brak higieny cyfrowej obniżają dobrostan. Jednocześnie środowisko cyfrowe może pełnić funkcję chroniącą, oferując dostęp do wsparcia i zasobów.

2.2.5. Czynniki ryzyka i chroniące

Czynniki ryzyka zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia trudności psychicznych, a czynniki chroniące wzmacniają odporność i sprzyjają zdrowiu.

- **Czynniki ryzyka:**
  - przewlekły stres i przeciążenie;
  - izolacja, samotność, wykluczenie;
  - doświadczenie przemocy i traumy;
  - ubóstwo, nierówności społeczne, bezrobocie;
  - zaburzenia zdrowia fizycznego i przewlekły ból;
  - uzależnienia, nadużywanie substancji;
  - brak kompetencji emocjonalnych, impulsywność;
  - wczesne doświadczenia zaniedbania lub braku bezpieczeństwa;
  - bariery w dostępie do opieki.
- **Czynniki chroniące:**
  - stabilne i wspierające relacje;
  - bezpieczne środowisko dzieciństwa;
  - poczucie sensu, tożsamości i celu;
  - kompetencje psychospołeczne i regulacyjne;
  - aktywność fizyczna i zdrowy styl życia;
  - bezpieczeństwo ekonomiczne;
  - wspólnotowość i zaangażowanie społeczne;
  - dostępna i responsywna opieka zdrowotna;
  - możliwość rozwijania swoich zasobów i talentów.

Wzajemna relacja czynników ryzyka i zasobów decyduje o poziomie odporności psychicznej (*resilience*) i zdolności do radzenia sobie z trudnościami życiowymi[44].

2.3. Zaburzenia i problemy zdrowia psychicznego

Zaburzenia i problemy zdrowia psychicznego stanowią zróżnicowaną kategorię zjawisk, które obejmują zarówno klinicznie definiowane zaburzenia psychiczne, jak i trudności emocjonalne, kryzysy oraz problemy funkcjonalne, niekoniecznie spełniające formalne kryteria diagnostyczne. Z perspektywy zdrowia publicznego ważne jest zarówno rozpoznawanie zaburzeń psychicznych, jak i identyfikowanie szerszego spektrum problemów, które wpływają na funkcjonowanie jednostek i społeczności, generując obciążenia zdrowotne, społeczne i ekonomiczne.

2.3.1. Klasyfikacje (ICD-11, DSM-5-TR – w ujęciu syntetycznym)

W praktyce klinicznej najczęściej stosuje się dwie klasyfikacje zaburzeń psychicznych:

- **ICD-11 (Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób WHO)[45]:**
  - obowiązuje w Polsce jako standard opisu rozpoznań zdrowotnych;
  - obejmuje szeroki zakres zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
  - wprowadza nowe kategorie, m.in. zaburzenia zachowania samobójczego oraz uporządkowane podejście do zaburzeń związanych z używaniem substancji i zachowań uzależniających (np. *gaming disorder*);
  - akcentuje funkcjonalne i kulturowe aspekty diagnozy.
- **DSM-5-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA)[46]**:
  - klasyfikacja dominująca w badaniach naukowych i w praktyce klinicznej w wielu krajach;
  - w DSM zaburzenia są pogrupowane według wspólnych cech objawowych i etiologicznych;
  - „TR" (*text revision*) zawiera zaktualizowane kryteria i opisy kliniczne;
  - DSM często dostarcza bardziej szczegółowych opisów niż ICD, co wspiera diagnostykę w kontekstach badawczych.

Obie klasyfikacje podkreślają, że diagnoza zaburzeń psychicznych opiera się nie tylko na obecności objawów, ale także na ich **czasie trwania**, **nasileniu** oraz **wpływie na codzienne funkcjonowanie jednostki**.

Międzynarodowe systemy klasyfikacji zaburzeń psychicznych stanowią podstawę diagnozy klinicznej, planowania leczenia, prowadzenia badań oraz monitorowania stanu zdrowia populacji. Obecnie dwa najważniejsze systemy to ICD-11 opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) oraz DSM-5-TR wydawany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Choć oba systemy służą temu samemu celowi – uporządkowaniu i nazwaniu zaburzeń psychicznych – różnią się zakresem, celem i szczegółowością.

ICD-11, obecnie obowiązująca wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, została zaprojektowana jako uniwersalne narzędzie dla całych systemów zdrowotnych. Jej konstrukcja jest bardziej funkcjonalna i praktyczna niż DSM, a kluczowym założeniem jest zapewnienie globalnej spójności oraz możliwości stosowania w zróżnicowanych systemach opieki zdrowotnej. ICD-11 wprowadza modułową, bardziej przejrzystą strukturę, ułatwiającą kodowanie, analizę epidemiologiczną i integrację z elektroniczną dokumentacją medyczną. WHO podkreśla w niej znaczenie funkcjonowania społecznego i zawodowego jako jednego z głównych kryteriów rozpoznania zaburzeń psychicznych. ICD-11 integruje również kontekst kulturowy, co jest szczególnie istotne w obszarach, gdzie ekspresja cierpienia psychicznego przyjmuje odmienne formy.

W aktualnej wersji (wcześniej obowiązywała ICD-10) wprowadzono szereg zmian: zaktualizowano podejście do zaburzeń osobowości, odchodząc od wielu odrębnych kategorii na rzecz modelu opartego na poziomie nasilenia oraz dodatkowych cechach osobowości; uporządkowano zaburzenia związane z traumą i stresem, uwzględniając na przykład kompleksowe PTSD; rozszerzono kategorię zaburzeń związanych z uzależnieniami, włączając w nią także zachowania nałogowe, w tym *gaming disorder*. Nowością jest ujęcie zachowań samobójczych jako osobnej jednostki diagnostycznej, co ma znaczące implikacje dla monitorowania epidemiologicznego i planowania działań prewencyjnych.

DSM-5-TR pełni funkcję przede wszystkim kliniczną i badawczą. Jest to system bardziej szczegółowy, oparty na precyzyjnych zestawach kryteriów diagnostycznych, określających liczbę, typ i czas trwania objawów koniecznych do postawienia diagnozy. Wersja *Text Revision* stanowi aktualizację DSM-5 z 2013 roku, wzbogaconą o nowe dane epidemiologiczne i etiologiczne oraz dopracowane opisy zaburzeń. DSM-5-TR zawiera bogate opisy kliniczne, czynniki ryzyka i różnicowania diagnostycznego, co czyni go szczególnie

użytecznym w badaniach i w praktyce klinicznej, gdzie kluczowa jest precyzja diagnostyczna.

W DSM więcej miejsca poświęca się ocenie przebiegu zaburzeń i uwarunkowaniom kulturowym. Choć podejście kulturowe jest w DSM odrębnym modułem (Cultural Formulation Interview), oba systemy przybliżyły się do siebie, uznając znaczenie kontekstu społecznego i środowiskowego. DSM zachowuje klasyczny podział zaburzeń osobowości, ale równocześnie przedstawia alternatywny model oparty na ocenie funkcjonowania i cechach patologicznych – bardzo zbliżony do modelu ICD-11, co pokazuje kierunek ujednolicania podejścia.

Różnice między ICD-11 i DSM-5-TR wynikają głównie z przeznaczenia tych systemów klasyfikacji. ICD jest narzędziem globalnym, stworzonym na potrzeby systemów zdrowia publicznego, statystyki i administracji. DSM natomiast koncentruje się na opisie klinicznym i precyzyjnych kryteriach, co sprzyja badaniom naukowym i szczegółowej diagnostyce. ICD jest więc bardziej praktyczny, DSM – bardziej szczegółowy i kliniczny. Mimo tych różnic oba systemy wzajemnie się uzupełniają i coraz bardziej do siebie zbliżają. Odchodzą od sztywnych kategorii na rzecz podejścia funkcjonalnego, transdiagnostycznego i uwzględniającego kontinuum zdrowia psychicznego.

2.3.2. Obciążenie społeczne i epidemiologia

Zaburzenia psychiczne należą do najbardziej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych współczesnych społeczeństw. Według danych WHO:

- około **1 na 8 osób na świecie doświadcza zaburzenia psychicznego**;
- zaburzenia psychiczne odpowiadają za **prawie 1/3 całkowitego obciążenia chorobami nieinfekcyjnymi**;
- depresja jest jedną z głównych przyczyn niezdolności do pracy (według wskaźników DALY, YLD);
- zachowania samobójcze stanowią **jedną z głównych przyczyn zgonów wśród młodzieży i młodych dorosłych**.

Obciążenie społeczne obejmuje nie tylko konsekwencje zdrowotne, ale również:

- koszty leczenia i opieki;
- utratę produktywności i absencję w pracy;
- obciążenia rodzin i opiekunów;

- koszty społeczne wynikające z wykluczenia, bezdomności i uzależnień.

Szczególnie istotne jest to, że duża część osób z zaburzeniami psychicznymi nie korzysta z profesjonalnej pomocy z powodu barier dostępności, stygmatyzacji czy braku rozpoznania.

2.3.3. Najczęstsze grupy zaburzeń: depresyjne, lękowe, uzależnienia, zaburzenia psychotyczne, zachowania samobójcze

Zaburzenia psychiczne są zróżnicowane, jednak epidemiologicznie najczęściej występują następujące grupy:

- **Zaburzenia depresyjne**
  Należą do najczęstszych zaburzeń psychicznych. Charakteryzują się obniżeniem nastroju, utratą zainteresowań, zaburzeniami snu, brakiem energii, negatywnymi przekonaniami o sobie i przyszłości. Depresja często współwystępuje z zaburzeniami lękowymi i uzależnieniami. Wysokie ryzyko nawrotów sprawia, że jest to istotne wyzwanie dla zdrowia publicznego.
- **Zaburzenia lękowe**
  Obejmują m.in. uogólnione zaburzenie lękowe (GAD), fobię społeczną, specyficzne fobie, zaburzenia paniczne czy zaburzenie lękowe separacyjne. Zaburzenia lękowe znacząco wpływają na jakość życia i funkcjonowanie, często zaczynają się wcześnie i mają przewlekły przebieg.
- **Uzależnienia (substancje i zachowania)**
  Obejmują zaburzenia związane z używaniem alkoholu, narkotyków, leków oraz zachowania uzależniające, takie jak hazard czy granie. Uzależnienia mają znaczący wpływ na zdrowie somatyczne, relacje i funkcjonowanie społeczne, a ich leczenie wymaga zintegrowanego podejścia.
- **Zaburzenia psychotyczne**
  Zaburzenia takie jak schizofrenia charakteryzują się obecnością objawów pozytywnych (urojenia, halucynacje), negatywnych (wycofanie emocjonalne, spadek aktywności) oraz zaburzeń funkcji poznawczych. Choć występują rzadziej niż zaburzenia lękowe czy depresyjne, generują znaczne obciążenie dla jednostki, rodzin i systemu zdrowia.
- **Zachowania samobójcze**
  W ICD-11 opisane jako *suicidal behaviour disorder*. Obejmują myśli, plany i próby samobójcze. Zachowania samobójcze są ważnym

wskaźnikiem kryzysu zdrowia psychicznego oraz jednym z najpoważniejszych zagrożeń życia. Z perspektywy zdrowia publicznego wymagają kompleksowych działań obejmujących profilaktykę, interwencję i postwencję.

2.3.4. Problemy zdrowia psychicznego niebędące zaburzeniami

Nie wszystkie trudności psychiczne spełniają kryteria diagnostyczne, jednak mogą znacząco wpływać na jakość życia i funkcjonowanie. Do najważniejszych należą:

- **Dystres**
  Odnosi się do intensywnego napięcia emocjonalnego, stresu, lęku lub smutku, które mogą wynikać z trudnych wydarzeń życiowych, przeciążenia lub zmian rozwojowych. Dystres jest zjawiskiem powszechnym i często przemijającym, ale przewlekły dystres może prowadzić do rozwoju zaburzeń.
- **Kryzysy psychologiczne**
  Kryzysy pojawiają się w sytuacjach przekraczających dotychczasowe zasoby i umiejętności radzenia sobie. Mogą być sytuacyjne (np. utrata pracy, rozstanie), rozwojowe (np. trudności adolescencji) lub traumatyczne. Wymagają interwencji i wsparcia, ale nie są same w sobie zaburzeniem psychicznym.
- **Problemy funkcjonalne**
  Obejmują trudności w codziennym funkcjonowaniu emocjonalnym, społecznym lub poznawczym, które nie spełniają kryteriów diagnostycznych. Przykłady to: wypalenie zawodowe, spadek motywacji, trudności w koncentracji, zaburzenia snu czy obniżenie aktywności.
- **Objawy subkliniczne**
  Są to symptomy, które nie są na tyle nasilone lub długotrwałe, by stanowić zaburzenie, ale mogą sygnalizować ryzyko jego rozwoju. Obszar ten ma kluczowe znaczenie dla wczesnego wykrywania zaburzeń i działań profilaktycznych.

Problemy te są ważne z perspektywy zdrowia publicznego, ponieważ dotyczą dużej części populacji i mogą prowadzić do dezorganizacji funkcjonowania, absencji zawodowej, pogorszenia relacji i obniżonej jakości życia. Wcześnie podjęta interwencja może zapobiec rozwojowi pełnoobjawowego zaburzenia.

2.4. Podejścia do zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne jest zjawiskiem wielowymiarowym, dlatego może być analizowane z różnych perspektyw teoretycznych i praktycznych. Współczesne podejścia do zdrowia psychicznego uwzględniają zarówno perspektywę kliniczną i indywidualną, jak i czynniki społeczne, środowiskowe oraz strukturalne. Różnorodność ujęć ma kluczowe znaczenie dla doboru adekwatnych interwencji i kompleksowej oceny stanu zdrowia populacji. Poniżej omówiono najczęściej stosowane podejścia, wzajemnie uzupełniające się w systemie opieki.

2.4.1. Podejście kliniczne

Podejście kliniczne koncentruje się na identyfikowaniu, diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych. Oparte jest na kryteriach klasyfikacyjnych takich jak ICD-11 i DSM-5-TR, a także na badaniu objawów, funkcjonowania oraz czynników ryzyka. W praktyce klinicznej szczególnie istotne są:

- ocena nasilenia objawów;
- analiza przebiegu problemów psychicznych;
- rozpoznanie współwystępujących zaburzeń;
- ustalenie planu leczenia – farmakoterapii, psychoterapii, terapii środowiskowej;
- monitorowanie efektów i zapobieganie nawrotom.

Podejście kliniczne jest fundamentem opieki psychiatrycznej, ale nie wyczerpuje wszystkich aspektów zdrowia psychicznego. Jego mocną stroną jest precyzja diagnostyczna i skuteczność w leczeniu zaburzeń, natomiast ograniczeniem – skupienie na jednostce i patologiach, co może pomijać szerszy kontekst społeczny i środowiskowy.

2.4.2. Podejście rozwojowe i edukacyjne

Perspektywa rozwojowa koncentruje się na tym, jak zdrowie psychiczne kształtuje się od wczesnego dzieciństwa do starości. Uwzględnia etapy rozwoju psychicznego, neurobiologicznego i społecznego, a także specyficzne potrzeby rozwojowe jednostki.

Z kolei podejście edukacyjne podkreśla rolę edukacji, profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego w środowisku szkolnym, akademickim i zawodowym. W tym ujęciu zdrowie psychiczne jest kompetencją, którą można rozwijać poprzez:

- uczenie umiejętności regulacji emocji i radzenia sobie ze stresem;
- wspieranie kompetencji społecznych i komunikacyjnych;
- budowanie odporności psychicznej (*resilience*);
- tworzenie przestrzeni edukacyjnych sprzyjających dobrostanowi;
- wczesną identyfikację trudności u dzieci i młodzieży.

Podejście rozwojowo-edukacyjne ma duże znaczenie w prewencji zaburzeń, ponieważ wzmacnia zasoby i umiejętności jeszcze przed pojawieniem się problemów klinicznych.

2.4.3. Podejście społeczne i socjalne

Podejście społeczne podkreśla rolę relacji, struktur społecznych i warunków życia w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Zakłada, że kondycja psychiczna jednostki jest nierozerwalnie związana z jej miejscem w społeczeństwie i jakością otaczających ją systemów.

W centrum tego podejścia znajdują się:

- wsparcie społeczne i sieci relacyjne;
- funkcjonowanie rodziny i środowiska lokalnego;
- warunki mieszkaniowe, edukacyjne i zawodowe;
- nierówności społeczne, ubóstwo i marginalizacja;
- doświadczenia dyskryminacji, wykluczenia i przemocy.

W praktyce podejście społeczne wiąże się z rozwojem usług środowiskowych, wsparciem mieszkaniowym, pracą socjalną, interwencjami rodzinnymi i projektami miejskimi, które poprawiają jakość życia. W tym ujęciu zdrowie psychiczne nie jest wyłącznie kwestią indywidualną, lecz także efektem polityk społecznych i organizacji życia społecznego.

2.4.4. Podejście zdrowia publicznego

Podejście zdrowia publicznego traktuje zdrowie psychiczne jako element zdrowia populacji i analizuje je w kontekście populacyjnym. W centrum zainteresowania znajduje się nie tylko leczenie zaburzeń, lecz także promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie problemom i ograniczanie ich skutków. To podejście opiera się na analizie:

- determinant zdrowia psychicznego (biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych);
- nierówności zdrowotnych;
- danych epidemiologicznych i obciążenia chorobami;
- skuteczności interwencji na poziomie populacyjnym;
- jakości systemów opieki, dostępności usług, ciągłości wsparcia;
- roli polityk publicznych i działań międzysektorowych.

Rozdział 4. szerzej omawia integrację zdrowia psychicznego ze zdrowiem publicznym, pokazując, że promowanie dobrostanu i zapobieganie zaburzeniom wymaga współpracy wielu sektorów – zdrowia, edukacji, pracy, środowiska, transportu, polityki społecznej i cyfrowej.

2.4.5. Podejście zorientowane na zdrowienie (*recovery-oriented approach*), *empowerment*

Podejście zorientowane na zdrowienie (*recovery-oriented*) koncentruje się na odzyskiwaniu jakości życia, poczucia sensu i sprawczości, niezależnie od obecności lub braku objawów. W odróżnieniu od tradycyjnych modeli klinicznych zdrowienie nie jest tu rozumiane jako „wyleczenie", lecz jako proces indywidualny, obejmujący rozwój zasobów, budowanie relacji i osiąganie osobistych celów. Najważniejsze założenia tego podejścia to:

- szacunek dla autonomii osoby doświadczającej trudności;
- partnerska relacja między pacjentem a profesjonalistą;
- koncentracja na mocnych stronach i zasobach;
- wspieranie decyzji podejmowanych przez tę osobę;
- podkreślanie roli nadziei, sprawczości i wolności wyboru.

Blisko powiązanym pojęciem jest ***empowerment*** rozumiany jako wzmacnianie poczucia wpływu jednostki na swoje życie oraz jej udziału w decyzjach dotyczących opieki i leczenia. W praktyce obejmuje to udział osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego w projektowaniu i ewaluacji usług, rozwój ruchów samorzecznictwa (*self-advocacy*) oraz promowanie modeli wsparcia rówieśniczego (*peer support*).

Podejście *recovery* i *empowerment* stanowi ważny element współczesnych strategii opieki psychiatrycznej i zdrowia publicznego, ponieważ wzmacnia podmiotowość osób korzystających z opieki i zwiększa efektywność działań poprzez lepsze dopasowanie do ich potrzeb oraz preferencji.

2.5. Ramy systemowe i znaczenie zdrowia psychicznego

Zdrowie psychiczne stanowi kluczowy element zdrowia populacji i jest jednym z najważniejszych obszarów współczesnej polityki zdrowotnej. W ujęciu systemowym obejmuje ono nie tylko leczenie zaburzeń, ale również promocję dobrostanu, zapobieganie problemom, ochronę praw osób korzystających z opieki oraz zapewnienie ciągłości wsparcia na różnych etapach życia. Jego znaczenie wynika zarówno z wpływu na funkcjonowanie jednostek, jak i z konsekwencji społecznych, ekonomicznych i strukturalnych dla całych społeczeństw.

2.5.1. Zdrowie psychiczne jako element zdrowia populacji

Zdrowie psychiczne jest integralną częścią zdrowia publicznego. Wpływa na funkcjonowanie emocjonalne, poznawcze, relacyjne i zawodowe jednostek, a tym samym na potencjał społeczny i kapitał ludzki.

Współczesne podejście traktuje zdrowie psychiczne jako zjawisko populacyjne – kształtowane przez determinanty społeczne, ekonomiczne i środowiskowe – a nie tylko problem indywidualny. Jego stan w populacji wpływa na:

- poziom dobrostanu społecznego;
- produktywność i jakość pracy;
- rozwój dzieci i młodzieży;
- relacje społeczne i spójność wspólnot lokalnych;
- bezpieczeństwo publiczne i stabilność społeczną.

Dobre zdrowie psychiczne populacji jest warunkiem rozwoju gospodarczego i społecznego, a jego zaniedbanie prowadzi do strat trudnych do odrobienia na poziomie makrospołecznym.

2.5.2. Konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia

Zaburzenia psychiczne należą do najpowszechniejszych i najbardziej obciążających problemów zdrowotnych. System ochrony zdrowia musi zmagać się z:

- wysoką częstością występowania zaburzeń;
- współwystępowaniem problemów psychicznych i somatycznych;
- przewlekłym przebiegiem niektórych chorób;

- dużym zapotrzebowaniem na opiekę ambulatoryjną i środowiskową;
- niedoborem kadr medycznych i specjalistów zdrowia psychicznego.

Wymaga to:

- zwiększania dostępności usług;
- integracji opieki psychiatrycznej z opieką podstawową;
- rozwoju opieki środowiskowej, zespołów mobilnych i wsparcia kryzysowego;
- monitorowania wyników leczenia i jakości opieki;
- wprowadzania modeli współpracy międzysektorowej.

Jednym z kluczowych wyzwań jest zapewnienie kompleksowej, ciągłej i zintegrowanej opieki, która odpowiada na potrzeby zarówno osób z zaburzeniami umiarkowanymi, jak i ciężkimi.

2.5.3. Konsekwencje społeczno-ekonomiczne

Zaburzenia psychiczne generują znaczące koszty, które ponoszą jednostki, rodziny, systemy zdrowia oraz gospodarki. Wśród najważniejszych konsekwencji znajdują się:

- utrata produktywności i niezdolność do pracy;
- absencja i prezenteizm;
- zwiększone korzystanie z usług zdrowotnych i społecznych;
- obciążenia rodzin wynikające z opieki;
- ubóstwo i marginalizacja osób z ciężkimi zaburzeniami;
- koszty pośrednie związane z zachowaniami samobójczymi, uzależnieniami i bezdomnością.

Według szacunków OECD zaburzenia psychiczne pochłaniają od 3 do 4% PKB w krajach rozwiniętych, przy czym znaczna część tych kosztów wynika z utraconej produktywności, a nie z bezpośrednich wydatków na leczenie.

Konsekwencje społeczne obejmują zaburzenia relacji, spadek kapitału społecznego, izolację oraz obniżenie jakości życia całych rodzin i społeczności.

2.5.4. Znaczenie w politykach zdrowotnych i międzysektorowych

Zdrowie psychiczne jest obszarem, którego skuteczne wsparcie wymaga działań obejmujących wiele sektorów jednocześnie.

Odpowiedzialność za zdrowie psychiczne populacji nie spoczywa wyłącznie na sektorze zdrowia, lecz również na:

- edukacji (szkoły, uczelnie, systemy wsparcia);
- rynku pracy (warunki pracy, polityki pracownicze);
- politykach społecznych (świadczenia, wsparcie rodzin i opiekunów);
- środowisku lokalnym (planowanie przestrzenne, dostęp do usług);
- wymiarze sprawiedliwości (system więziennictwa, interwencje kryzysowe);
- sektorze cyfrowym (media społecznościowe, cyfrowy dobrostan, cyberbezpieczeństwo).

Polityki zdrowotne muszą więc uwzględniać współpracę międzysektorową, integrację danych, monitorowanie populacyjne oraz działania ukierunkowane na wyrównywanie nierówności społecznych.

W ostatnich latach obserwuje się zwiększone uznanie zdrowia psychicznego jako obszaru kluczowego dla trwałego rozwoju, co znajduje odzwierciedlenie w strategiach międzynarodowych.

2.5.5. Miejsce zdrowia psychicznego w strategiach WHO, UE, OECD

Zdrowie psychiczne w ostatnich latach stało się jednym z kluczowych obszarów globalnych i europejskich strategii zdrowotnych, rozwojowych i społecznych. Zarówno WHO, jak i Unia Europejska oraz OECD podkreślają, że zdrowie psychiczne stanowi fundament dobrostanu społecznego, zrównoważonego rozwoju oraz odporności społeczności na kryzysy. W dokumentach tych coraz bardziej widoczne jest odejście od wąskiego podejścia klinicznego na rzecz szerokiej, holistycznej i międzysektorowej perspektywy.

WHO – ramy globalne i regionalne, najważniejsze dokumenty

Światowa Organizacja Zdrowia od ponad dekady wyznacza globalny kierunek zmian w obszarze zdrowia psychicznego, koncentrując się na reformie systemów, integracji opieki, promocji zdrowia psychicznego i redukcji zachowań samobójczych.

- **Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030**[47] – podstawowy dokument polityczny WHO. Wskazuje cztery strategiczne cele:
  - wzmocnienie przywództwa i *governance* w obszarze zdrowia psychicznego;
  - rozwój usług opartych na społeczności;

- promocję i prewencję zaburzeń psychicznych;
- wzmocnienie systemów informacji, badań i monitoringu.

- **WHO European Framework for Action on Mental Health 2021–2025**[48] – dokument regionalny dla Europy, kładący nacisk na:
  - poprawę dostępności usług;
  - rozwój społecznościowych centrów zdrowia psychicznego;
  - prewencję samobójstw;
  - włączenie zdrowia psychicznego do wszystkich polityk publicznych (*mental health in all policies*, MHiAP).
- **WHO Mental Health Atlas** (2011, 2014, 2017, 2020, 2024)[49] – regularny raport monitorujący zasoby, infrastruktury, kadry i finanse systemów zdrowia psychicznego na całym świecie.
- **LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention**[50] – globalne wytyczne WHO dotyczące prewencji samobójstw, zalecające:
  - ograniczanie dostępu do środków;
  - odpowiedzialne relacjonowanie w mediach;
  - wczesne wykrywanie i interwencję;
  - wsparcie po próbie (postwencja).
- **mhGAP Intervention Guide**[51]– podstawa do budowania pakietów usług w krajach o ograniczonych zasobach; aktualnie stosowana również w systemach rozwiniętych (np. adaptacje: mhGAP-HIG, mhGAP for digital).
- **WHO's QualityRights on mental health**[52] – globalna inicjatywa dotycząca praw człowieka w opiece psychiatrycznej; promuje opiekę bez przemocy, zgodną z Konwencją ONZ o prawach osób niepełnosprawnych.
- **WHO Special Initiative for Mental Health (SIMH): 2019–2023**[53] – program zwiększający dostęp do opieki psychiatrycznej w 12 krajach pilotażowych – dowody dla reform systemowych.
- **Guidelines on Mental Health at Work (2022)**[54] – pierwsze globalne rekomendacje WHO dotyczące zdrowia psychicznego w miejscu pracy.
- **Global Strategy on Digital Health 2020–2025**[55] – wskazuje kierunki wykorzystania technologii cyfrowych do monitorowania i wspierania zdrowia psychicznego.

Kluczowe przesłanie WHO

Zdrowie psychiczne to fundament zdrowia publicznego, wymagający **systemowej transformacji**, odchodzenia od opieki instytucjonalnej, integracji z podstawową opieką zdrowotną i rozwijania opieki środowiskowej.

Unia Europejska – polityki zdrowotne, społeczne i prawne, kluczowe dokumenty i inicjatywy

UE w ostatniej dekadzie przesunęła zdrowie psychiczne w centrum swoich strategii – od ochrony zdrowia, przez rynek pracy, edukację, po bezpieczeństwo cyfrowe.

- **A Comprehensive Approach to Mental Health (2023)**[56] – najważniejszy współczesny dokument UE. Przyjęto w nim zasadę ***mental health in all policies*** **(MHiAP)**.
  Opiera się na trzech filarach:
  - promocja zdrowia psychicznego,
  - wczesna interwencja,
  - zapewnienie dobrej jakości opieki.
- **EU Pact for Mental Health and Well-Being (2008–2011)**[57] – jedna z pierwszych kompleksowych inicjatyw Unii Europejskiej w obszarze zdrowia psychicznego, zapoczątkowana w 2008 r. Koncentrowała się na pięciu priorytetowych obszarach: zapobieganiu depresji i samobójstwom, zdrowiu psychicznym dzieci i młodzieży oraz edukacji, zdrowiu psychicznym w miejscu pracy, zdrowiu psychicznym osób starszych, a także przeciwdziałaniu stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.
- **European Pillar of Social Rights (2017)**[58] – zawiera zapisy o prawie do zdrowia, usług, wsparcia środowiskowego i pomocy dla grup zagrożonych wykluczeniem.
- **EU4Health Programme 2021–2027**[59] – przyznaje środki na wzmocnienie systemów zdrowia psychicznego, szkolenia, działania prewencyjne i cyfryzację (m.in. eHealth, aplikacje wspierające zdrowie psychiczne).
- **EU Care Strategy (2022)**[60] – podkreśla rolę usług opiekuńczych (dla dzieci, seniorów i osób zależnych) jako kluczowych dla dobrostanu psychicznego opiekunów.
- **Digital Services Act (2022)**[61] – dotyczy regulacji platform internetowych; wywiera wpływ na zdrowie psychiczne poprzez ograniczanie szkodliwych treści, dezinformacji i cyberprzemocy.
- **EU Youth Strategy 2019–2027**[62] – jednym z głównych obszarów jest wspieranie dobrostanu psychicznego młodzieży.
- **Wytyczne i rezolucje Parlamentu Europejskiego dotyczące:**
  - zdrowia psychicznego młodzieży (2022),
  - zdrowia psychicznego dzieci po pandemii,
  - zapobiegania samobójstwom i ograniczania dostępu do szkodliwych treści w internecie (*harmful content*) (2023).

Kluczowy przekaz UE:

Zdrowie psychiczne to nie tylko kompetencja zdrowia – to kwestia **praw człowieka, zatrudnienia, edukacji, sprawiedliwości społecznej i cyfryzacji**.

OECD – podejście ekonomiczne i systemowe, najważniejsze dokumenty

OECD analizuje zdrowie psychiczne przede wszystkim z perspektywy ekonomicznej, produktywności, rynku pracy i efektywności usług. Jej raporty mają ogromny wpływ na polityki krajowe, zwłaszcza reformy systemów ochrony zdrowia.

- **Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work (2015)**[63] – raport o wpływie problemów psychicznych na rynek pracy i produktywność – fundament polityk aktywizacyjnych i wsparcia pracowników.
- **Health at a Glance: Europe (kolejne edycje)**[64] – regularne analizy danych epidemiologicznych, finansowych i systemowych o zdrowiu psychicznym w Europie.
- **Tackling Harmful Alcohol Use**[65] – analizy dotyczące uzależnień jako kluczowych determinant zdrowia psychicznego.
- **A New Benchmark for Mental Health Systems (2021)**[66] – ocena systemów opieki psychiatrycznej w krajach OECD. Wskazuje na konieczność:
  - wczesnej interwencji,
  - opieki środowiskowej,
  - redukcji hospitalizacji,
  - integracji opieki somatycznej i psychicznej.
- **Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response (2021–2022)**[67] – raporty o skutkach pandemii dla zdrowia psychicznego i dla systemów opieki.
- **Working Better with Age**[68] – analizy dotyczące zdrowia psychicznego w starzejących się społeczeństwach i zmieniających się warunków pracy.

Przekaz OECD:

Zdrowie psychiczne to kluczowy czynnik wpływający na **PKB, produktywność, zatrudnienie, edukację i stabilność społeczną**. Inwestycje w zdrowie psychiczne zwracają się wielokrotnie.

Wspólne kierunki strategiczne – WHO, UE, OECD

Analiza dokumentów wskazuje na wyraźną konwergencję podejść. Wszystkie trzy organizacje akcentują:

- przejście od opieki instytucjonalnej do środowiskowej;
- integrację zdrowia psychicznego z opieką podstawową;
- wczesną interwencję i działania prewencyjne;
- promocję dobrostanu psychicznego przez całe życie;
- redukcję nierówności i walkę ze stygmatyzacją;
- współpracę międzysektorową (*mental health in all policies*);
- wzmocnienie systemów danych, monitorowania i badań;
- znaczenie zdrowia psychicznego w miejscach pracy, szkołach i środowiskach cyfrowych.

Wspólna jest także narracja o zdrowiu psychicznym jako fundamencie odporności społecznej na kryzysy: pandemie, konflikty, migracje, kryzys klimatyczny i cyfrowy.

2.6. Podsumowanie

Zdrowie psychiczne stanowi kluczowy element zdrowia człowieka, a jego rozumienie wymaga spojrzenia wielowymiarowego i zintegrowanego. Współczesne podejścia odchodzą od redukcjonistycznych ujęć, w których zdrowie psychiczne utożsamiano z brakiem zaburzeń. Coraz większy nacisk kładzie się na dobrostan, zdolności adaptacyjne, kompetencje emocjonalne oraz warunki sprzyjające zdrowiu na poziomie jednostki, rodziny, społeczności i całego systemu.

Zdrowie psychiczne funkcjonuje w **dynamicznym kontinuum**, w którym jednostki doświadczają zmian pod wpływem czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych i środowiskowych. Model biopsychospołeczny, uzupełniony o kontekst środowiskowy i cyfrowy, stanowi fundament nowoczesnych interwencji oraz analiz populacyjnych. Determinanty zdrowia psychicznego obejmują zarówno cechy indywidualne, jak i warunki życia, relacje, sytuację ekonomiczną, jakość środowiska oraz dostępność usług – wszystkie te elementy wymagają uwzględnienia w planowaniu polityk publicznych i działań profilaktycznych.

Zaburzenia psychiczne i problemy emocjonalne występują powszechnie i stanowią jedno z największych obciążeń zdrowotnych oraz ekonomicznych współczesnych społeczeństw. Klasyfikacje ICD-11 i DSM-5-TR umożliwiają ich diagnozowanie, monitorowanie

i analizowanie, ale jednocześnie wskazują na konieczność uwzględniania funkcjonowania jednostki i kontekstu kulturowego. Znacząca część trudności nie spełnia formalnych kryteriów diagnostycznych, lecz wpływa na jakość życia – podkreślając znaczenie wczesnej interwencji, promocji zdrowia i działań środowiskowych.

3. Zdrowie publiczne

W tym rozdziale przedstawiono ogólną charakterystykę zdrowia publicznego, w tym jego definicję i atrybuty, a także funkcje oraz świadczenia. Następnie omówiono podejście do działań zdrowia publicznego (zasady) oraz opisano interwencje. Na zakończenie wskazano znaczenie zdrowia publicznego w systemie zdrowia i społeczeństwie jako łącznika między światem medycyny a życiem społecznym.

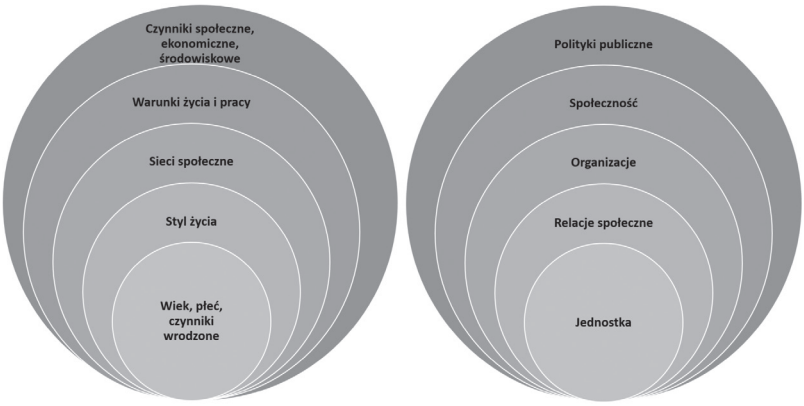
3.1. Charakterystyka

Zdrowie publiczne jako system (nauka i praktyka oraz organizacja władz publicznych) zaczęło kształtować się w XVIII i XIX w. Początkowo działalność była nakierowana na zapobieganie epidemiom, zgonom oraz poprawę warunków sanitarnych w wymiarze populacyjnym. W wieku XX, zwłaszcza po II wojnie światowej, znacząco wzrosło zainteresowanie opieką zdrowotną obejmującą poszczególne osoby. Pod koniec XX w. doszło do kryzysu finansowania opieki zdrowotnej. Równocześnie przybywało twardych dowodów, że sytuacja zdrowotna jest silniej kształtowana przez warunki życia niż opiekę zdrowotną i doszło do renesansu zdrowia publicznego[69,70] (patrz rozdział 3.4). Historia zatoczyła koło: **etap zdrowotności (ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa lub jego poszczególnych grup) ustąpił miejsca etapowi zdrowia osobistego, aby powrócić do etapu zdrowotności.** Towarzyszyła temu zmiana głównych wykonawców działań zdrowia publicznego. Początkowo byli to reformatorzy społeczni, lekarze i zespoły charytatywne, następnie lekarze, a obecnie społeczeństwo. Mówi się, że zdrowie publiczne łączy nas wszystkich[71] i należy do społeczności[72].

3.1.1. Definicja

Zdrowie publiczne jest rozumiane jako **nauka i sztuka zapobiegania chorobom, wydłużania życia oraz promowania zdrowia za pomocą zorganizowanych wysiłków społeczeństwa**. W 2012 r. taką definicję przyjęto w Regionie Europejskim Światowej Organizacji Zdrowia (WHO)[73], do którego należą 53 kraje, w tym Polska. Definicja ta jest powtórzeniem roboczej definicji przyjętej na pierwszym posiedzeniu członków angielskiego komitetu pn. Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function w 1988 r., który pracował pod przewodnictwem Sir Donalda Achesona[74]. Z tego powodu jest znana pod nazwą **definicji Achesona**. Wybór definicji, którą przyjęto w Regionie Europejskim, był poprzedzony analizą wielu definicji lub wykładni, które powstały w różnych latach i w różnych gremiach. Na korzyść definicji Achesona przemawiało to, że jest powszechnie znana i akceptowana oraz wszechstronna: ogólna, a więc elastyczna, odwołująca się do nauki, teorii i badań oraz do praktyki, a także do głównych celów i metod działalności[75].

Podstawą działania zdrowia publicznego jest **społeczno-środowiskowy** (społeczno-ekologiczny) **model zdrowia** (rys. 2) wzorowany na ekologicznej teorii rozwoju Uriego Bronfenbrennera. **Zdrowie według definicji WHO z 1946 r. jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub ułomności (*infirmity*)[76]**. W ostatnich dekadach zawraca się uwagę na dodatkowy, **duchowy wymiar zdrowia[77] bądź na duchowość jako uwarunkowanie zdrowia[78]**.



Rysunek 2. Społeczno-środowiskowy (społeczno-ekologiczny) model zdrowia. Opracowanie własne

W aktualnym piśmiennictwie model społeczno-środowiskowy występuje w licznych postaciach graficznych, z których chyba najbardziej znany jest rysunek zaproponowany przez Görana Dahlgrena i Margaret Whitehead w 1991 r. Potocznie jest nazywany modelem Dahlgrena i Whitehead lub **modelem tęczowym**, ponieważ kolejne warstwy determinantów zdrowia zostały w nim przedstawione na podobieństwo łuków tęczy[79]. W 2023 r. autorzy tego modelu zwrócili uwagę, że nie obrazuje on mechanizmów powstawania niesprawiedliwości w zdrowiu, nie uwzględnia wertykalnych mechanizmów, które decydują o pozycji społecznej, a także komercyjnych uwarunkowań zdrowia oraz dyskryminacji i stygmatyzacji na podłożu rasowym[80].

Model społeczno-środowiskowy ma mocne podstawy w danych historycznych i aktualnych[81]. Społeczny gradient umieralności i długości życia jest znany od wieków i masa dowodów pokazuje niezmiennie, że u osób z niższej klasy społecznej występuje większa częstość umieralności, chorobowości i niepełnosprawności[82]. Gradient taki był przedmiotem troski towarzystw społecznych i osób zainteresowanych higienizacją i zdrowiem ludu. Ten punkt widzenia został zignorowany w mainstreamie po II wojnie światowej. Wiązało się to między innymi z epokowymi postępami w medycynie. W latach 70. XX w. ponownie zwrócono uwagę na zróżnicowanie sytuacji zdrowotnej w różnych grupach ludności. Dowody epidemiologiczne gromadzone w kolejnych latach stworzyły podwaliny pod model społeczno-środowiskowy. Model ten wskazuje, że największy wpływ na zdrowie ma najdalszy krąg uwarunkowań zdrowia, ponieważ tam zapadają decyzje o warunkach życia. Te zaś wpływają na relacje instytucjonalne i normy społeczne, które następnie wywierają wpływ na styl życia większości ludzi. A styl życia odpala „ładunek wybuchowy" zawarty w genach. Kręgi uwarunkowań zdrowia są wzajemnie powiązane, toteż dążenie do jego poprawy powinno polegać na działaniach we wszystkich kręgach.

Zdrowie publiczne dąży do **sprawiedliwości społecznej**, pokonuje siły, które podważają przyszłe bezpieczeństwo ludzi – rodzin i społeczności[83]. Do atrybutów zdrowia publicznego należą:

- szeroko zakrojone zadania, tj. poprawa zdrowia, zapobieganie chorobom, wydłużanie życia – co wymaga modyfikacji różnych uwarunkowań zdrowia oraz wykorzystania szerokiego wachlarza metod i form działania;
- ukierunkowanie na zbiorowość społeczną;

- akcentowanie wspólnotowej natury zdrowia i odpowiedzialności za zdrowie, co wymaga szerokiej współpracy i partnerstwa dla zdrowia;
- systemowość (struktura i organizacja), co dowodzi kluczowej roli państwa w zapewnieniu ram formalno-prawnych i finansowania w tym obszarze.

Zdrowie publiczne jest działalnością prospołeczną, polityczną[84, 85, 86, 87] (zarówno w znaczeniu tworzenia polityki publicznej, jak i procedur politycznych), która powinna być zbudowana na teoriach i dowodach naukowych[88] oraz na podłożu aksjologicznym[89, 90].

Zadaniem zdrowia publicznego jest identyfikacja problemów zdrowotnych oraz znalezienie rozwiązań tych problemów[91]. Dlatego kompetencje pracowników zdrowia publicznego koncentrują się wokół metod identyfikacji oraz rozwiązywania problemów, a nie wokół klinicznej charakterystyki chorób czy problemów zdrowotnych[92].

Zdrowie publiczne jest obszarem dynamicznego rozwoju zarówno pod względem nauki, jak i sztuki. Z każdym rokiem przybywa nowych podejść i narzędzi (form działalności).

Komentarz:

→ Termin „zdrowie publiczne" bywa rozumiany jako **„zdrowie społeczeństwa"**.

→ Podobny dualizm występuje w języku angielskim w odniesieniu do terminu *public health,* ale nie stwarza to problemu interpretacyjnego, ponieważ termin jest znany od dawna, a odróżnienie znaczeń wynika z kontekstu.

→ Inaczej jest w Polsce, gdzie termin „zdrowie publiczne" wszedł do użycia dopiero przed akcesją do UE, co wynikało z konieczności przestrzegania wspólnego dorobku prawnego (*acquis communautaire*).

→ W okresie II Rzeczypospolitej „zdrowie publiczne" znaczyło zdrowie ludności, a do opisu działań używano określeń takich jak **higiena, higiena społeczna, higiena publiczna**; w okresie PRL-u działalność taką nazywano często nadzorem sanitarno-epidemiologicznym.

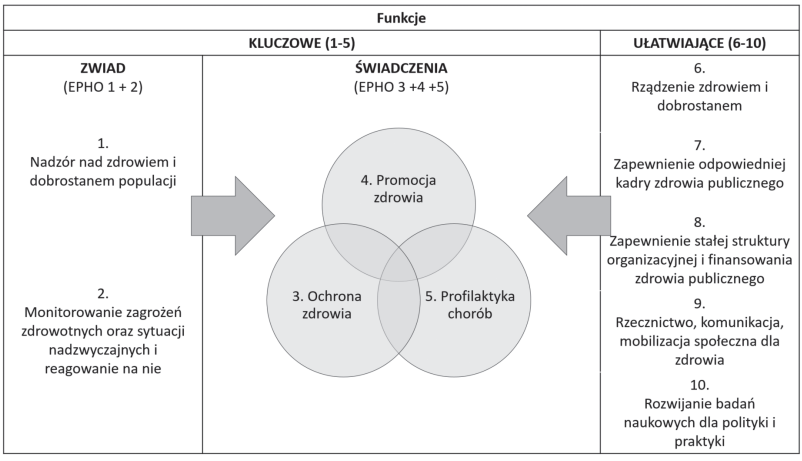
→ Z powodu stosunkowo młodego rodowodu terminu „zdrowie publiczne" w języku polskim wskazane jest, aby używać go w kontekście działalności (nauki i sztuki), a nie stanu zdrowia społeczeństwa.

→ Do opisu stanu zdrowia społeczeństwa należy używać określeń takich jak sytuacja zdrowotna ludności, zdrowotność.

→ Ponadto w piśmiennictwie naukowym oraz w dokumentach programowych licznych organizacji sformułowano koncepcje zdrowia publicznego: nowego, nowej ery, globalnego, międzynarodowego, ekologicznego, planetarnego, lateralnego oraz opartego na dowodach.

3.1.2. Funkcje

Chociaż zdrowie publiczne ma długą historię, to zakres takiej działalności został sprecyzowany stosunkowo późno. Po raz pierwszy doszło do tego w 1998 r., kiedy amerykański komitet pn. Committee for the Study of the Future of Public Health stwierdził, że rdzeniem zdrowia publicznego są trzy **funkcje**: ocena sytuacji zdrowotnej, tworzenie polityk publicznych oraz zapewnienie regulacji lub usług niezbędnych do osiągnięcia celów[93]. Od tego czasu w niektórych krajach i na forum międzynarodowym zdecydowano się na opracowanie odrębnych list podstawowych funkcji zdrowia publicznego[94]. Niektóre z list podlegały modyfikacjom i na przykład w USA kolejne listy, składające się z 10 elementów, powstały w 1994 i 2020 r. W Regionie Europejskim WHO w 2012 r., równolegle z definicją zdrowia publicznego według Achesona, przyjęto rezolucję na temat wzmocnienia potencjału zdrowia publicznego w regionie. Wskazano w niej 10 funkcji, tzw. **operacji zdrowia publicznego** (*essential public health operations*, EPHOs) (rys. 3)[95, 96].



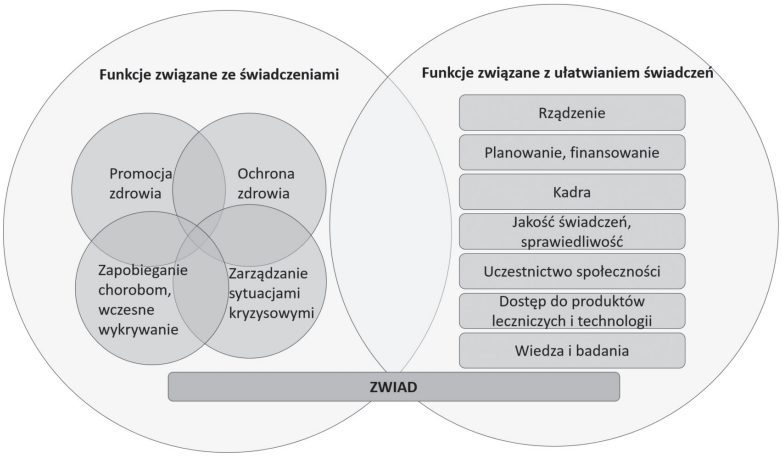
Rysunek 3. Podstawowe funkcje (operacje) zdrowia publicznego według WHO Regional Office for Europe, 2012. Opracowanie własne

Komentarz:

→ Rządzenie (*governance*), nazywane po polsku także dobrym rządzeniem lub ładem, różni się od zarządzania (*management*). Rządzenie dotyczy nakreślenia wizji działania (co, dlaczego), podczas gdy zarządzanie określa sprawy wykonawcze (jak).

W 2021 r. centrala WHO zaproponowała **uaktualnioną listę 12 podstawowych funkcji zdrowia publicznego** (*essential public health functions*, EPHFs)[97, 98, 99] z zamiarem wykorzystania jej jako minimalnego zakresu pracy we wszystkich 194 państwach członkowskich WHO (rys. 4)[100] w celu poprawy pracy zdrowia publicznego i poprawy zdrowia w wymiarze globalnym. EPHFs są uznawane za kluczowy czynnik w dążeniu do odporności systemu zdrowia[101].

Podstawowy dokument na ten temat ma bardzo złożoną konstrukcję, szczegółowo wyliczono w nim funkcje, podfunkcje i ich przykłady, wzajemne powiązania i związki z podstawową opieką zdrowotną, a także zakres pracy nad włączeniem EPHFs do krajowych systemów zdrowia[102]. Na odnowionej liście znalazły się dwie funkcje, których wcześniej nie uwzględniano w Regionie Europejskim WHO, tj. zarządzanie sytuacjami kryzysowymi oraz zapewnienie dostępu do produktów leczniczych i technologii. Miało to związek z doświadczeniami wyniesionymi z pandemii COVID-19.



Rysunek 4. Uaktualnione przez WHO podstawowe funkcje zdrowia publicznego. Opracowanie własne według Zhang Y. i wsp., 2023

3.1.3. Świadczenia

Wśród świadczeń zdrowia publicznego kluczowe są ochrona zdrowia, promocja zdrowia oraz zapobieganie chorobom, które są ze sobą ściśle powiązane. W bezpośredni sposób służą ludności i to one mają doprowadzić do osiągnięcia celu zdrowia publicznego, czyli

poprawy zdrowia zbiorowości[103]. Zarządzanie sytuacjami nadzwyczajnymi w znacznym stopniu opiera się na mechanizmach dostarczania wyżej wymienionych świadczeń. Rolą zwiadu epidemiologicznego (nadzór epidemiologiczny i monitorowanie sytuacji zdrowotnej) jest dostarczanie informacji potrzebnych do wykonania pozostałych świadczeń.

Komentarz:
- → Ochrona zdrowia, promocja zdrowia i zapobieganie chorobom są świadczeniami, z którymi ludzie mają bezpośredni kontakt, mogą z nich korzystać i odnieść wymierne korzyści, nierzadko nie zdając sobie z tego sprawy.
- → Pozostałe świadczenia (zarządzanie sytuacjami kryzysowymi, zwiad oraz funkcje ułatwiające realizację świadczeń) są mniej rozpoznawalne; z perspektywy badaczy i osób zarządzających systemem zdrowia są równie ważne.

3.1.3.1. Ochrona zdrowia

Ochrona zdrowia w interpretacji WHO i kontekście funkcji zdrowia publicznego to **instytucjonalna zdolność do tworzenia regulacji** i mechanizmów egzekwowania prawa, a także przygotowania działań, aby chronić społeczeństwo przed różnymi rodzajami zagrożeń płynącymi ze środowiska, warunków pracy, konsumpcji żywności, używania produktów konsumenckich itd. Oznacza to również przegląd i ocenę prawa. Więcej informacji na ten temat podano w rozdziale 4.4.1.

Ochrona zdrowia polega też na **monitorowaniu i kontrolowaniu zagrożeń**, a więc łączy się z zarządzaniem sytuacjami kryzysowymi dla zdrowia. Polega to m.in. na przygotowywaniu planów działania w sytuacjach kryzysowych (zapobieganie, przygotowanie, reagowanie, odbudowa), szybkim reagowaniu (np. w ogniskach chorób zakaźnych), zarządzaniu przypadkami, a także na symulacjach zdarzeń nadzwyczajnych.

Komentarz:
- → W kontekście funkcji zdrowia publicznego ochrona zdrowia polega na wielokierunkowej ochronie przez zagrożeniami zdrowia i życia.
- → W Polsce ochrona zdrowia definiowana jest jako „wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom”[104]. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, że: „Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”.

3.1.3.2. Promocja zdrowia

Zgodnie z wykładnią Karty Ottawskiej na temat promocji zdrowia proklamowanej pod egidą WHO w 1986 r.[105] promocja zdrowia jest procesem, który umożliwia ludziom sprawowanie kontroli nad zdrowiem/uwarunkowaniami zdrowia, dzięki czemu mogą mieć wpływ na swoje zdrowie oraz poprawiać je. **Wymiarami** tego procesu (kierunkami pracy) są:

- polityka prozdrowotna, czyli tworzenie sektorowych polityk publicznych na różnych poziomach w sposób, który uwzględnia i wzmacnia zdrowie;
  - pod pojęciem „polityka" należy rozumieć formalny plan, procedurę lub zobowiązanie do działania powstające w organach administracji państwowej, instytucjach publicznych, firmach i organizacjach o różnym profilu działalności (np. transport, edukacja, mieszkalnictwo);
- tworzenie środowisk sprzyjających zdrowiu (zamieszkania, pracy, nauki, wypoczynku);
- upodmiotowienie, wzmocnienie, zaangażowanie społeczności;
- kształtowanie indywidualnych umiejętności korzystnych dla zdrowia;
- reorganizacja świadczeń leczniczych poprzez uspołecznienie i skierowanie na działania w zakresie promocji zdrowia.

Wymiary te są ściśle powiązane z warstwami społeczno-środowiskowego modelu zdrowia. Od czasu proklamowania Karty Ottawskiej WHO niezmiennie podtrzymuje swoje stanowisko wobec wymienionych pięciu wymiarów tego procesu.

Promocja zdrowia, w kontekście funkcji zdrowia publicznego, polega na projektowaniu, wdrażaniu i ewaluacji działań zmierzających do korzystnej dla zdrowia zmiany warunków społecznych i środowiskowych, zachowań, stylu życia i praktyk. Akcentuje się działania, które są ukierunkowane na osiąganie sprawiedliwości w zdrowiu i odnoszą się do dalszych/szerszych uwarunkowań zdrowia (z wyższych kręgów społeczno-środowiskowego modelu zdrowia). Są to działania, które wymagają podejścia nazywanego **„cały rząd" i „całe społeczeństwo"**. Podkreśla się konieczność działań rzeczniczych, współpracy i budowania zaufania społecznego, a także monitorowania i ewaluacji różnorodnych prowadzonych przedsięwzięć[106].

Komentarz:

- → Termin „promocja zdrowia" nie jest równoznaczny z „promowaniem zdrowego stylu życia", z terminem „profilaktyka" czy „edukacja zdrowotna".
- → W piśmiennictwie istnieją interpretacje promocji zdrowia, które różnią się od podejścia WHO.
- → Obserwuje się również spłycanie idei WHO; chociaż pod względem idei promocja zdrowia jest procesem, który polega na działaniach w pięciu wymienionych wymiarach, to bardzo często w rzeczywistych działaniach pod tą nazwą główny akcent pada na zmianę stylu życia, a więc na odpowiedzialność jednostki; zjawisko to jest nazywane **dryfowaniem stylu życia**.

Skupianie się na prozdrowotnym stylu życia abstrahuje od faktu, że styl życia jednostek zależy od szeroko rozumianych warunków środowiskowych, społecznych i strukturalnych. Zmiana warunków środowiskowych jest podstawą do zmiany stylu życia. Dryfowanie stylu życia oznacza odchodzenie od właściwego i pożądanego kierunku działalności na rzecz poprawy zdrowia.

Od proklamowania promocji zdrowia w 1986 r. doszło do wielu zmian w globalnej sytuacji politycznej, gospodarczej, społecznej i zdrowotnej. Obecnie bardziej niż kiedykolwiek widoczne jest znaczenie współpracy międzynarodowej oraz wspólnych wysiłków rządów, środowiska akademickiego, sektora prywatnego, organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych i ogółu społeczeństwa. Pandemia COVID-19 powinna być nauczką dla wszystkich, że konieczne są różnorodne działania proaktywne, wyprzedzające, a skupienie się na indywidualnej odpowiedzialności i działaniach edukacyjnych nie wystarcza do rozwiązania złożonych problemów zdrowotnych[107].

Edukacja zdrowotna

Prowadzenie edukacji zdrowotnej jest jednym z pięciu kierunków działań w promocji zdrowia, który dotyczy kształtowania indywidualnych umiejętności korzystnych dla zdrowia. **Edukacja zdrowotna jest elementem, a nie ekwiwalentem promocji zdrowia**.

Rodowód edukacji zdrowotnej wywodzi się z czasów starożytnych. Strukturalizacja takiej działalności rozpoczęła się w XIX w. Współcześnie w piśmiennictwie obecnych jest dużo różnorodnych definicji edukacji zdrowotnej[108], niemniej w definicjach tych występują takie cechy edukacji, które się powtarzają. Do powtarzających się cech (atrybutów) należą[109]:

- proces uczenia się;
- zorientowanie na zdrowie;
- wielowymiarowość;
- skoncentrowanie na osobie;
- partnerstwo;
- **proces w trakcie całego życia**.

Tak rozumiany proces edukacji ma prowadzić do wzrostu wiedzy, zmiany postaw, poprawy lub nabycia umiejętności, zmiany zachowań na korzystne dla zdrowia, zwiększenia możliwości indywidualnych oraz upodmiotowienia (*empowerment*). Przyczynia się to do poprawy zdrowia (np. poprzez adherencję, radzenie sobie, poprawę samooceny) i ma wpływ na szersze aspekty społeczno-ekonomiczne (np. korzystanie ze świadczeń, farmakoterapia, wielochorobowość).

Edukację zdrowotną można prowadzić w stosunku do poszczególnych osób (edukacja pacjenta, poradnictwo, coaching, mentoring), a także w stosunku do grup i społeczności, co jest pierwszoplanowym zadaniem promocji zdrowia. Każda z dróg ma określone zadania i zakres odpowiedzialności. Grupowy wymiar edukacji obrazują amerykańskie opracowania National Commission for Health Education Credentialing[110, 111].

W kontekście edukacji zdrowotnej poruszana jest kwestia **kompetencji zdrowotnych** (*health literacy*), które w języku polskim są też nazywane alfabetyzmem zdrowotnym. Termin ten, wprowadzony w latach 70. XX w., bywa różnie interpretowany. W ujęciu grupy pracującej w ramach projektu UE uzyskanie kompetencji zdrowotnych jest procesem, który wymaga czterech kompetencji:

- zdolności do poszukiwania, znajdowania i uzyskiwania informacji (na temat leczenia, profilaktyki i promocji zdrowia);
- zrozumienia tych informacji;
- interpretowania i oceny tych informacji m.in. pod kątem wiarygodności oraz przydatności;
- zastosowania i podejmowania decyzji dla swoich (lub swoich bliskich) potrzeb[112].

Oznacza to, że edukacja zdrowotna powinna pomóc w uzyskaniu tych kompetencji. Uzyskanie kompetencji zdrowotnych nie jest wyłącznie wynikiem edukacji zdrowotnej. Jest ono zależne od wielu innych czynników[113], w tym od funkcjonowania systemu zdrowia, a zwłaszcza placówek/podmiotów leczniczych[114, 115]. Wyróżnia się zatem **osobiste oraz instytucjonalne kompetencje zdrowotne**.

3.1.3.3. Zapobieganie chorobom i ich wczesne wykrywanie

Termin **„profilaktyka chorób"** (*prevention, disease prevention*) ma inne znaczenie w języku potocznym i profesjonalnym, medycznym. W znaczeniu potocznym profilaktyka ma zapobiec chorobie, czyli nie dopuścić do jej powstania. Takie rozumienie profilaktyki jest obecne zarówno w języku polskim[116, 117], jak i angielskim[118, 119].

W znaczeniu profesjonalnym profilaktyka ma szerszy wymiar – ma nie dopuścić do powstania choroby, a jeśli nie jest to możliwe (z różnych względów), to jej rolą jest opóźnianie postępu choroby i niepełnosprawności[120] oraz łagodzenie ich skutków. Najbardziej znana profesjonalna interpretacja profilaktyki obejmuje trzy fazy (etapy): profilaktykę pierwotną (niedopuszczenie do choroby poprzez redukcję czynników ryzyka i ograniczenie ekspozycji), wtórną (wczesne wykrywanie) i trzeciorzędową (leczenie i rehabilitacja). Współcześnie istnieje wiele innych podejść do profilaktyki chorób i problemów zdrowotnych, a sens tego terminu jest niejasny[121].

W odniesieniu do problematyki zdrowia psychicznego najczęściej stosuje się podział na **profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą**. Niemniej wykorzystuje się też koncepcję profilaktyki pierwotnej (patrz rozdział 4.4.3).

W kontekście funkcji zdrowia publicznego lepiej jest używać określenia **„zapobieganie chorobom oraz ich wczesne wykrywanie"** niż „profilaktyka chorób". Określenie to jest złotym środkiem między interpretacją potoczną i profesjonalną, co pozwala uniknąć nieporozumień. W języku polskim „prewencja" oznacza zapobieganie naruszeniu norm prawnych, toteż termin „prewencja chorób" może być mylący.

W piśmiennictwie międzynarodowym podkreśla się, że priorytetami powinny być działania zapobiegawcze, które są:

- populacyjne pod względem zasięgu;
- ukierunkowane na redukcję ryzyka i ograniczanie ekspozycji oraz wzmacnianie zasobów i czynników chroniących;
- ukierunkowane na dalsze/szersze uwarunkowania zdrowia[122];
- zintegrowane (łączenie wielu czynników ryzyka);
- wielosektorowe (wiele podmiotów) i wielopoziomowe (kraj, region, społeczność).

Nie przekreśla to potrzeby prowadzenia działań indywidualnych, ukierunkowania pracy na bliższe uwarunkowania zdrowia

(zachowania, praktyki) czy wybrane czynniki ryzyka, a także prowadzenia działań jednosektorowych.

Profilaktyka chorób wyrosła na gruncie biomedycznym i optyki zwalczania choroby czy problemu. Promocja zdrowia powstała zaś na gruncie społeczno-środowiskowego modelu zdrowia i dąży do zmiany środowiska (siedliska), warunków życia, norm i praktyk grupowych. Pod względem ideowym są to różne strategie, niemniej w realnych działaniach współwystępują, nakładają się i mieszają.

Patrząc logicznie, można realizować promocję zdrowia bez profilaktyki chorób. Na przykład zorganizowanie banku czasu (bezgotówkowa wymiana usług) jest działaniem w duchu promocji zdrowia, ale nie służy zapobieganiu jakiejś chorobie. Najczęściej jest jednak tak, że gdy realizuje się promocję zdrowia, to w celu zapobiegania danej chorobie[123]. Trudno byłoby natomiast prowadzić profilaktykę w wymiarze populacyjnym i ukierunkowaną na modyfikację dalszych/szerszych uwarunkowań zdrowia bez udziału promocji zdrowia. Takie podejście do profilaktyki wymagałoby np. edukacji dzieci od najmłodszych lat, stworzenia systemu wielokierunkowej komunikacji, ulg podatkowych, pożyczek na remont domu itp. przedsięwzięć strukturalnych[124]. A te należą do typowego instrumentarium promocji zdrowia.

3.2. Podejście

Działalność zdrowia publicznego jest opisywana w literaturze fachowej pod różnymi kątami i przy użyciu różnych terminów, takich jak funkcje i świadczenia (np. według WHO), podejścia, strategie, metody, interwencje czy środki. Niestety nie ma zgodności poglądów ani jednorodnej nomenklatury. Aby pogodzić różne warianty, w tym opracowaniu przyjęto podział zaprezentowany w zestawieniu 1.

Nadrzędnym sposobem ujmowania pracy w zdrowiu publicznym jest: **nie szkodzić**. Niekompetentny lekarz może szkodzić jednostkom, czasem dziesiątkom, a rzadko setkom pacjentów. Niekompetentny pracownik zdrowia publicznego może szkodzić dziesiątkom, setkom, tysiącom, a nawet milionom osób. Wynika to ze skali działania zdrowia publicznego. Potencjalne szkody wywołane nieodpowiednim postępowaniem w zdrowiu publicznym

można podzielić na bezpośrednie – zdrowotne oraz pośrednie – psychologiczne, pogłębiające niesprawiedliwości w zdrowiu[125], zbyt głęboko ingerujące w normy społeczne i kulturowe[126,127,128]. Szkody mogą ponosić także wykonawcy – w postaci przeciążenia pracą, stresu i frustracji[129].

Zestawienie 1. Znaczenia pojęć: podejście, strategia, interwencja, metoda, forma i technika przyjęte w tym opracowaniu

Termin używany w tym opracowaniu	Znaczenie	Przykład
Podejście	Sposób ujmowania czegoś, zasada, ważna cecha	Etapowość, dalsze determinanty zdrowia, pod prąd, itd. (patrz rozdziały 3.2.1–3.2.11)
Strategia	Przemyślany plan działań	Indywidualna, interpersonalna, w społeczności, instytucjonalna / organizacyjna, społeczna, polityczna, środowiskowa, biomedyczna – wykorzystywane pojedynczo lub łącznie
Interwencja	Działanie w celu wywierania wpływu, aby osiągnąć cel i uzyskać określony (przemyślany) efekt	Polityki publiczne, programy zdrowotne
Metoda	Sposób postępowania mający doprowadzić do celu i efektu	Ochrona zdrowia, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie (świadczenia zdrowia publicznego)
Forma	Zespół użytych środków odpowiednich do metody	Regulacje, edukacja, poradnictwo, marketing społeczny, rzecznictwo, usługi, inicjatywy społeczne itp.
Technika	Aspekty realizacji, budulec formy	Wykłady, informacje w mediach, budowanie koalicji, networking itp.

Charakterystykę pracy zdrowia publicznego podano w zestawieniu 2. Podane zasady i cechy działalności nie są rozłączne i często się przenikają.

Zestawienie 2. Charakterystyka działalności zdrowia publicznego. Opracowanie własne

Aspekt	Zasady i cechy działalności
Kto	• Administracja rządowa i samorządowa w roli regulacyjnej, organizacyjnej, finansującej, kontrolno-nadzorczej, prognostycznej, a także wykonawczej (także państwowe jednostki organizacyjne) • Akredytowane podmioty realizujące zadania zdrowia publicznego • Narodowe instytuty zdrowia publicznego • Sektor prywatny • Społeczeństwo, jednostki i grupy, NGOs
Co	• Tzw. zdrowie pozytywne • Złożona natura zdrowia i jego uwarunkowań, społeczności i siedlisk (interesariusze, procesy) • Podmiotem bardziej społeczność, grupa, populacja niż poszczególne osoby
Po co	• Poprawa zdrowia • Zmniejszenie niesprawiedliwości w zdrowiu • Zrównoważenie i odporność systemu zdrowia
Jak – idea	• **Etapowość, proces czterostopniowy** • **Dalsze/szersze determinanty zdrowia** • **Działania pod prąd (upstream)** • **Uwzględnianie siły wpływu działalności** • **Sprawiedliwość w zdrowiu** • **Proporcjonalny uniwersalizm**
Jak – metoda	• Łączenie idei, teorii i wiedzy z różnych dyscyplin naukowych i dziedzin życia, interdyscyplinarność • Wielosektorowość i międzysektorowość, polityka prozdrowotna, zdrowie we wszystkich politykach, cały rząd dla zdrowia, całe społeczeństwo dla zdrowia, sieci • Łączenie wielu metod i form oddziaływania • **Zaangażowanie społeczności** • **Poszanowanie zasad etycznych** • **Praktyka oparta na teoriach i dowodach** • **Odpowiedzialność, monitorowanie i ewaluacja (M&E)** • Przywództwo, rzecznictwo, partnerstwo • Myślenie krytyczne i refleksyjne • Projektowanie interwencji według istniejących schematów planowania i ewaluacji • Stosowanie metod dostosowanych do potrzeb odbiorców, tzw. szytych na miarę
Gdzie	• Interwencje poza podmiotami leczniczymi, blisko ludzi • Integracja z POZ
Kiedy	• Na wszystkich etapach życia ludzi • Trwałość (długotrwałość) interwencji

Cechy związane z wykonawcami/realizatorami (aspekt „kto") wskazują, że w zdrowiu publicznym potrzebne są połączone wysiłki różnych podmiotów i osób. Według stanowiska międzynarodowego stowarzyszenia pn. International Association of National Public Health Institutes, z sekretariatem zlokalizowanym we Francji, **narodowe instytuty zdrowia publicznego** powinny zapewnić oparte na dowodach przywództwo, rzeczoznawstwo oraz koordynację działań krajowych. Niezależnie od tego, czy są to pojedyncze agencje rządowe, czy sieć powiązanych instytucji, powinny pełnić funkcje badawcze, szkoleniowe, wykonawcze, zarządcze i aktywizujące[130]. W Polsce struktura organizacyjna zdrowia publicznego jest solidna, niestety, głównie na papierze[131], a nie w praktyce.

Do cech dotyczących celu działalności zdrowia publicznego (aspekt „po co") zalicza się wzmocnienie systemu zdrowia poprzez zapewnienie jego równowagi i odporności[132]. Kwestia ta nabrała szczególnego znaczenia w wyniku doświadczeń związanych z pandemią COVID-19. Przyjmuje się, że **zrównoważenie systemu zdrowia** (*health system sustainability*) zapewnia poprawę zdrowia populacji oraz nieprzerwane pełnienie funkcji systemu (udostępnianie świadczeń, wytwarzanie zasobów, finansowanie, zarządzanie) z uwzględnieniem sprawiedliwości w finansowaniu, dostępności, responsywności (reagowanie na potrzeby niekliniczne), wydajności opieki, a także dbałości o środowisko[133, 134]. **Odporność systemu zdrowia** (*health system resilience*) to zdolność zapobiegania ostrym i przewlekłym kryzysom (m.in. pandemiom, zmianom klimatu, gospodarczym i technologicznym), reagowania na nie, zarządzania nimi, minimalizowania ich krótko- i długoterminowych skutków dla zdrowia oraz dobrostanu społecznego i ekonomicznego.

Stan zrównoważenia i odporności systemu zdrowia można osiągnąć m.in. poprzez skierowanie uwagi na społeczne uwarunkowania zdrowia i niesprawiedliwości w zdrowiu oraz objęcie działaniami populacji szczególnie podatnych na zagrożenia dla zdrowia (np. dzieci, osoby starsze, kobiety, ludność rdzenna, osoby z niepełnosprawnościami).

Komentarz:

→ W działalności zdrowia publicznego mówi się też o odporności (*resilience*) w innym znaczeniu.

→ Określenie „**odporność społeczności**" (*community resilience*) lub „odporna społeczność" *(resilient community*) dotyczy zdolności społeczności do wykorzystywania dostępnych zasobów w celu trwałej zdolności do reagowania

na niekorzystne sytuacje, zwłaszcza kryzysowe, funkcjonowania w nich, wytrzymywania presji oraz odbudowy[135].

→ Wyróżnikami odporności społeczności jest zdolność adaptacji, łączenia się, transformacji, samoorganizacji, przewidywania, przygotowania, zapobiegania, absorbowania, włączania się, radzenia sobie[136].

→ Koncepcja odporności społeczności jest powiązana z koncepcją kapitału społecznego[137].

→ Odporność społeczności nie jest sumą odporności indywidualnej[138], czyli zachowań, myśli i działań, dzięki którym jednostki mogą względnie dobrze przystosować się do sytuacji niekorzystnych i zagrożeń[139, 140].

Poniżej omówiono cechy działalności dotyczące aspektu „jak – idea" oraz wybrane aspekty „jak – metoda", które w zestawieniu 2. zaznaczono czcionką pogrubioną.

3.2.1. Etapowość

Działania zdrowia publicznego są procesem, na który składają się cztery etapy (rys. 5):

- identyfikacja i zdefiniowanie problemu poprzez gromadzenie danych i informacji z różnych źródeł;
- określenie wszystkich możliwych przyczyn problemu (czynników ryzyka) oraz czynników chroniących poprzez analizę danych, informacji i przegląd piśmiennictwa;
- zaprojektowanie interwencji na podstawie danych, informacji i piśmiennictwa, przeprowadzanie ewaluacji formatywnej takiego projektu, pilotażowe wdrożenie go w niewielkiej skali oraz ewaluacja procesu/wdrożenia i wyników w badaniu ewaluacyjnym;
- zwiększanie skali/zasięgu interwencji, z ewentualnymi adaptacjami, jeśli pilotaż wykaże, że jest skuteczna i nie wywołuje działań niepożądanych, oraz prowadzenie ewaluacji wyników i wpływu oraz efektywności finansowej wdrożeń w większej skali.

3.2.2. Dalsze determinanty zdrowia

Determinanty zdrowia dzieli się na **bliższe (proksymalne)**, które bezpośrednio oddziałują na zdrowie, oraz **dalsze/szersze (dystalne)**, które oddziałują w sposób pośredni. Determinanty bliższe to czynniki indywidualne, demograficzne i płynące z najbliższego otoczenia,



Rysunek 5. Etapowość w rozwiązywaniu problemów przez zdrowie publiczne. Opracowanie własne według Kutash K, 2006[141]

a dalsze, to głównie krajowe polityki, warunki społeczno-ekonomiczne, strukturalne oraz kulturowe[142]. Determinanty dalsze są przedstawiane na zewnętrznych kręgach społeczno-środowiskowego modelu zdrowia. Zazwyczaj nazywa się je społecznymi uwarunkowaniami zdrowia. Na rysunku 6. przedstawiono społeczne determinanty zdrowia w warunkach amerykańskich[143]. Używa się też określenia **„przyczyny przyczyn"** (*causes of the causes*)[144].

Stabilność finansowa gospodarstwa domowego	**Sąsiedztwo, środowisko fizyczne**	**Wykształcenie**	**Żywność**	**Kontekst społeczny**	**System zdrowia**
• Zatrudnienie • Dochód • Wydatki • Długi • Rachunki za leczenie • Wsparcie	• Warunki mieszkaniowe • Transport Bezpieczeństwo • Parki • Place zabaw • Warunki do chodzenia piechotą i spacerowania • Rejon/kod pocztowy	• Piśmienność • Język • Wczesna edukacja dzieci • Szkolenie zawodowe • Wykształcenie wyższe	• Głód • Dostęp do zdrowej żywności	• Integracja społeczna • System wsparcia • Zaangażowanie społeczności • Dyskryminacja • Stres	• Ubezpieczenie zdrowotne • Dostępność lekarza /placówki • Kompetencje kulturowe i językowe pracownika placówki • Jakość opieki
Wyniki zdrowotne Umieralność, chorobowość, oczekiwane trwanie życia, wydatki na leczenie, stan zdrowia, ograniczenia w funkcjonowaniu					

Rysunek 6. Społeczne uwarunkowania zdrowia. Opracowanie własne według Artiga S, Hinton E, 2018

Coraz więcej uwagi poświęca się **komercyjnym determinantom** zdrowia, które zalicza się do determinantów społecznych. Odnoszą się one do warunków, działań i zaniechań podmiotów komercyjnych, takich jak tzw. Big Food, Big Alco, Big Tobacco, Big Pharma, które mają bezpośredni i pośredni wpływ na zdrowie. Firmy kształtują nasze otoczenie społeczne (np. reklamy, marketing, lobbing, presja społeczna) i fizyczne (np. łańcuchy dostaw, dostępność produktów, uproszczone informacje dla konsumenta, dodatki do żywności, warunki pracy, ingerencja w środowisko przyrodnicze)[145, 146, 147, 148].

Uwagę przyciągają też **uwarunkowania cyfrowe** związane z technologiami informacyjno-komunikacyjnymi – dostępem do sprzętu i internetu szerokopasmowego, kompetencjami użytkowników do poruszania się w świecie cyfrowym[149, 150, 151], a także z oddziaływaniem technologii w szerszej skali. Czynniki te mają dwojaki związek ze zdrowiem. Z jednej strony dotyczą korzystania przez ludzi z cyfrowych rozwiązań w systemie zdrowia, które mają ulepszyć opiekę zdrowotną (e-zdrowie), a z drugiej wpływają na inne determinanty zdrowia, takie jak czynniki polityczne, ekonomiczne, kulturowe i komercyjne[152, 153, 154].

3.2.3. Pod prąd

Działania pod prąd (*upstream*) podejmuje się w celu oddziaływania na dalsze/szersze determinanty zdrowia, takie jak uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, których zmiana przerasta możliwości pojedynczych osób. Są to **działania podejmowane u źródeł problemu, czyli „w górnym biegu rzeki".**

Istotę tego podejścia przedstawił w latach 70. XX w. Irving Zola, socjolog medycyny, w formie opowieści lekarza o dylematach współczesnej medycyny: „Wiesz, czasami mam takie wrażenie, że stoję gdzieś nad brzegiem rwącej rzeki i słyszę krzyk tonącego człowieka. Wskakuję więc do rzeki, łapię go, wyciągam na brzeg i robię sztuczne oddychanie. A gdy już zaczyna oddychać, to słychać kolejne wołanie o pomoc. To znowu wskakuję do rzeki, łapię człowieka, wyciągam, robię sztuczne oddychanie, a gdy już zaczyna oddychać, znowu jest wołanie o pomoc. Więc znowu skaczę do rzeki, sięgam, wyciągam, ratuję, a tu kolejny krzyk. I znowu, znowu, bez końca, ta sama sekwencja. Wiesz, jestem tak zajęty wskakiwaniem do wody, wyciąganiem ludzi na brzeg i stosowaniem

sztucznego oddychania, że nie mam czasu zobaczyć, co spycha ich do wody"[155].

Według takiej metafory działania w górnym biegu rzeki, pod prąd, dotyczą fundamentalnej zmiany czynników, które mają wpływ na całą społeczność, takich jak polityki i stosunki społeczne. Działania w środkowym biegu rzeki (*midstream*) dotyczą redukcji czynników ryzyka, poprawy czynników materialnych i mechanizmów osobistych, w tym stylu życia. Działania w dolnym biegu, z prądem (*downstream*), polegają na podjęciu leczenia i opieki medycznej nad osobami, które „wpadły do rwącej rzeki życia"[156, 157].

Komentarz:

- → Pomimo rosnącej świadomości znaczenia czynników społecznych i ekonomicznych dla zdrowia, a także wagi działań pod prąd, obserwuje się zjawisko **dryfowania stylu życia** (*lifestyle drift*).
- → Przejawia się to tendencją – zwłaszcza w polityce – do deklaratywnego popierania działań w górnym biegu, ale usilnego propagowania zmian w stylu życia, czyli dryfowania w dół biegu rzeki.
- → Uważa się, że zdrowie publiczne musi stawić czoła temu dryfowi i nie powinno sięgać po tzw. nisko wiszące owoce[158, 159], które wydają się łatwe do zerwania.

3.2.4. Siła wpływu

Zasada ta jest silnie związana z dwiema poprzednimi i polega na tym, aby przy wyborze strategii i metod postępowania **kierować się potencjalnym wpływem interwencji**. Obrazuje ją pięciopoziomowa piramida (rys. 7). U jej podstawy leżą działania, które mają potencjalnie największy wpływ na poprawę sytuacji zdrowotnej ludności. Korzyści, które wynikają z takich działań, docierają do szerokich warstw społeczeństwa. Są podane na tacy, więc od ludzi nie wymaga się szczególnych starań i wysiłków. Im bliżej szczytu piramidy, tym mniejszy wpływ na sytuację zdrowotną całej populacji, ponieważ interwencje z tych poziomów nie są dostępne dla wszystkich, a ponadto wymagają świadomego i aktywnego udziału potencjalnych beneficjentów[160]. Na takim podejściu opiera się amerykańska **inicjatywa pn. Health Impact in 5 Years**[161].

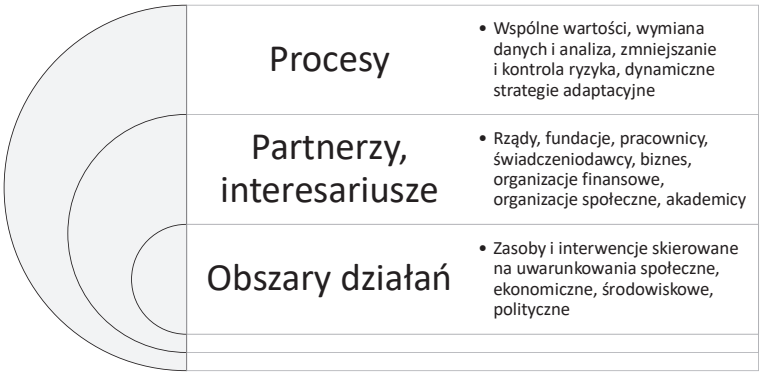


Rysunek 7. Piramida siły wpływu na zdrowie. Opracowanie własne według Frieden TR, 2020

3.2.5. Sprawiedliwość w zdrowiu

Sprawiedliwość w zdrowiu (*health equity*) to sytuacja, w której każdy ma szanse na uczciwe i sprawiedliwe osiągnięcie najwyższego poziomu zdrowia[162]. To brak możliwych do uniknięcia lub zniwelowania niesprawiedliwych różnic między grupami ludzi, niezależnie od tego, czy są one definiowane ze względu na czynniki społeczne, ekonomicznie, demograficznie, geograficznie, płeć, płeć kulturową, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność lub orientację seksualną. To sytuacja, w której społeczeństwo postępuje *fair* w stosunku do zdrowia różnych osób oraz grup.

Zdrowie i sprawiedliwość w zdrowiu są determinowane przez warunki, w których ludzie rodzą się, dorastają, żyją, pracują, bawią się i starzeją, a także przez uwarunkowania biologiczne. Kluczowe znaczenie mają czynniki strukturalne (polityczne, prawne, ekonomiczne) oraz normy społeczne i procesy instytucjonalne (formalizujące i utrwalające reguły działania), które decydują o dystrybucji zasobów[163]. Dążenie do sprawiedliwości w zdrowiu wymaga integracji procesów, interesariuszy i zasobów (rys. 8)[164].



Rysunek 8. Czynniki warunkujące sprawiedliwość w zdrowiu. Opracowanie własne według Prentice KR et al., 2024

Komentarz:
- → W piśmiennictwie anglojęzycznym występują dwa terminy: *equality* oraz *equity*, przy czym w nowszych publikacjach zdecydowanie przeważa *equity*. Czasem bywają używane zamiennie, ale mają różne znaczenia.
- → *Equality* oznacza równość, w tym kontekście równą dystrybucję zasobów w społeczeństwie, a *equity* – sprawiedliwość, dystrybucję według potrzeb; równość nie jest tożsama ze sprawiedliwością.
- → W polskim piśmiennictwie przeważa określenie „**nierówności w zdrowiu**".

3.2.6. Proporcjonalny uniwersalizm

Koncepcja proporcjonalnego uniwersalizmu dotyczy zmniejszania niesprawiedliwości w zdrowiu i polega na tworzeniu zasobów oraz dostarczaniu usług/świadczeń dla całej populacji, ale w powiązaniu ze skalą potrzeb w podgrupach tej populacji, tj. proporcjonalnie do potrzeb w podgrupach [165, 166]. Podejście to wywodzi się z nauk społecznych.

Zazwyczaj podejście to jest społecznie postrzegane jako bardziej *fair*, nie budzi ostrych sprzeciwów i zwykle cieszy się poparciem politycznym. Jego dobrą stroną jest też to, że nie stygmatyzuje członków społeczności oraz nie wymaga rozbudowanego wykonawczego aparatu administracyjnego[167]. Mankamentem jest to, że nie ma jednoznacznych wskazówek co do praktycznego zastosowania takiego podejścia. Podnoszona jest kwestia niepewności przy projektowaniu takich interwencji oraz ich ewaluacji[168]. Uważa się, że proporcjonalny uniwersalizm powinien być wzbogacony o **selektywizm** (dodatkowe

usługi i zasoby dla określonych grup), a nawet **partykularyzm** (indywidualizacja, konkretne usługi dla wybranych osób/grup)[169, 170]. Zwraca się uwagę, że teoria ta skupia się na podmiotach rządowych oraz gospodarczych, ale ignoruje rolę stowarzyszeń dobrowolnych, kościołów i organizacji wyznaniowych[171]. W piśmiennictwie toczy się dyskusja nad wyborem najlepszych podejść do rozwiązania kwestii niesprawiedliwości w zdrowiu.

3.2.7. Zaangażowanie społeczności

Aktywny udział wszystkich interesariuszy (w tym beneficjentów, społeczności) w działalności zdrowia publicznego przynosi różnorodne korzyści: sprzyja lepszemu dostosowaniu pracy do realnych potrzeb społecznych oraz możliwości, zwiększa skuteczność usług, pomaga w dokonywaniu zmian, przyczynia się do zmniejszenia niesprawiedliwości w zdrowiu, umożliwia kontynuację działań po zaprzestaniu finansowania, a ponadto wspiera mechanizmy demokratyczne[172]. Koncepcja zaangażowania, współuczestnictwa, nie jest nowa. Na przykład w 1954 r. pisano, że zasadą prowadzenia edukacji zdrowotnej jest planowanie jej razem z ludźmi, praca z lokalnymi liderami, lekarzami i innymi profesjonalistami[173].

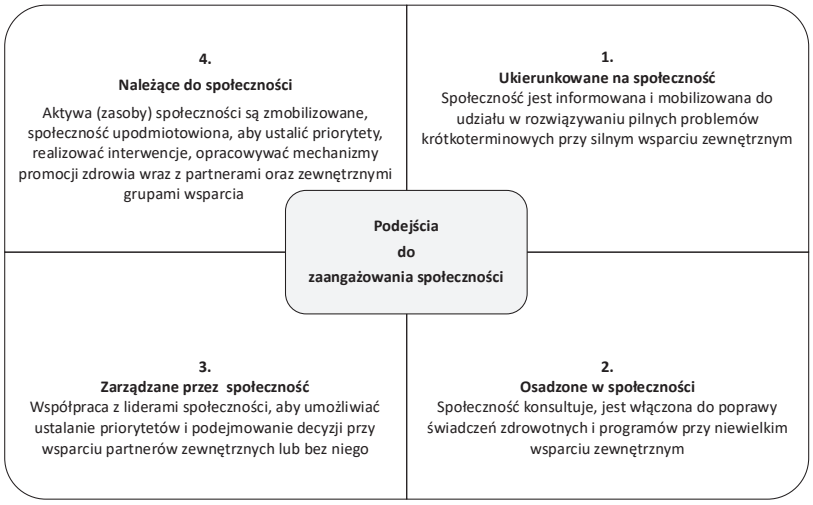
Komentarz:

- → Obecnie w piśmiennictwie anglojęzycznym najczęściej używa się terminu **„zaangażowanie"** (*engagement*).
- → Istnieje wiele pojęć i terminów związanych z tą problematyką, takich jak: koalicje, partnerstwo, partycypacja, uczestnictwo, włączenie, mobilizacja, upodmiotowienie (*empowerment*), poczucie własności (*ownership*)[174], działania oddolne (*bottom-up*), badania w działaniu (*action research*), badania partycypacyjne w społeczności (*community based participatory research*, CBPR), współprojektowanie (*co-design*) oraz koprodukcja (*co-production*)[175].

Aktualnie nie ma jednolitego wzorca postępowania w celu zaangażowania społeczności[176]. Są interpretacje oparte na drabinie partycypacji obywatelskiej (manipulacja, terapia, informowanie, konsultowanie, łagodzenie, partnerstwo, delegowanie władzy, kontrola obywatelska)[177, 178], na modelu organizacji społeczności (rozwój lokalny/rozwój społeczności, akcja społeczna, planowanie społeczne)[179], a także na kontinuum zaangażowania (informowanie, konsultowanie, włączenie, współpraca, wspólne przywództwo)[180]. Kontinuum to zakłada,

że każdy wyższy stopień zaangażowania wymaga zapewnienia zaangażowania na stopniu niższym. Poza tym istnieją inne podejścia[181, 182].

W 2020 r. WHO zaproponowała podział zaangażowania społeczności w oparciu o kryterium stopnia i celu zaangażowania (rys. 9)[183]. Podejście ukierunkowane na społeczność jest odpowiednie do zmiany czynników behawioralnych, społecznych i kulturowych dotyczących wiedzy, świadomości i zachowań. Podejście osadzone w społeczności – do zmiany funkcjonowania świadczeń zdrowotnych i systemu zdrowotnego. Zarządzane przez społeczność – do współpracy z liderami społecznymi w celu wyboru priorytetów pracy. Należące do społeczności, oparte na najwyższym stopniu zaangażowania – do upodmiotowienia społeczności, mobilizacji zasobów i działania samodzielnego.



Rysunek 9. Rodzaje zaangażowania społeczności. Opracowanie własne według WHO, 2020.

Teoretyczne podstawy zaangażowania społeczności wywodzą się z socjologii, antropologii kulturowej, psychologii, psychologii społecznej, nauk politycznych oraz nauk o organizacji. Problematyka ta poszerza się o coraz nowsze i bardziej dynamiczne modele i koncepcje oraz coraz większą bazę dowodów naukowych na temat korzystnych wyników. Zyskuje też coraz większe poparcie, włącza się w nią coraz więcej dyscyplin naukowych i sektorów społeczeństwa. Coraz silniejszy akcent pada na **etyczne podłoże zaangażowania**[184].

Proces zaangażowania społeczności przebiega w kilku etapach[185]:

- określenie głównego problemu i celu działania, a także celu zaangażowania potencjalnych interesariuszy;
- określenie poziomu zaangażowania interesariuszy, ich roli;
- wybór metody zaangażowania (np. panel, badanie Delphi, wywiady, *photovoice* (dokumentacja codziennego życia w fotografiach[186]), współtworzenie i wiele innych[187];
- opracowanie planu postępowania (harmonogram, rekrutacja, komunikacja, gratyfikacja dla uczestników);
- wykonanie (budowanie relacji i zaufania, przełamywanie barier, warsztaty);
- ewaluacja procesu i wyników.

Na rzecz zaangażowania przemawia doświadczenie i zdrowy rozsądek. Nie istnieje populacja generalna, ale są różne grupy społeczne[188]. Oznacza to, że stworzenie interwencji w jednym rozmiarze, która byłaby właściwa dla wszystkich (*one-size-fits-all*) jest problematyczne. Trzeba pracować z ludźmi, ponieważ oni wiedzą, co jest potrzebne, możliwe i akceptowalne.

Zauważalne są coraz większe wysiłki, aby do badań, wyboru priorytetów politycznych, planowania działalności opieki zdrowotnej włączać osoby marginalizowane oraz te, które doświadczyły problemów zdrowia psychicznego[189, 190].

Z pojęciem zaangażowania związana jest koncepcja **działań oddolnych** (*bottom-up*) w odróżnieniu od **odgórnych** (*top-down*)[191] (zestawienie 3). Uważa się, że najbardziej obiecujące są **podejścia hybrydowe**, które wymagają konsultacji i współpracy twórców polityk, decydentów, praktyków, badaczy oraz członków społeczności[192].

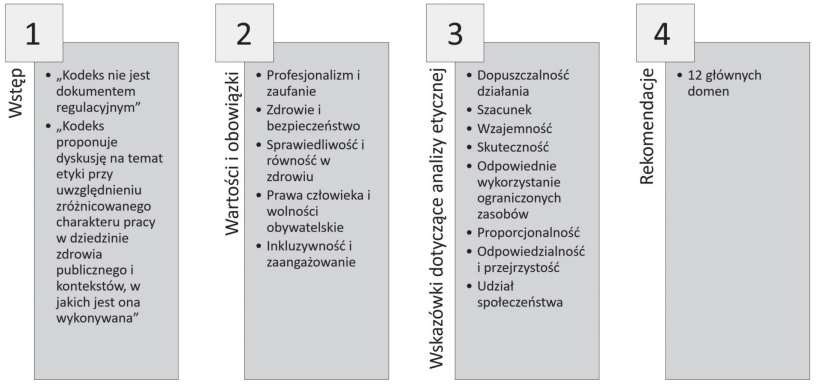
3.2.8. Zasady etyczne

Działania zdrowia publicznego dotyczą żywotnych interesów jednostek i społeczności, toteż istotne jest wyznaczenie standardów etycznych tej działalności (badawczej i praktycznej). Istnieje bogate piśmiennictwo poświęcone temu tematowi, w tym także pod postacią kodeksów etycznych. Przykładem jest **Kodeks etyki zdrowia publicznego** pt. *Public health code of ethics* opublikowany przez American Public Health Association w 2019 r.[193, 194], który jest rozwiniętą i poszerzoną wersją zasad etycznej praktyki w zdrowiu publicznym opracowanych w 2002 r. przez Public Health Leadership Society[195, 196]. Struktura kodeksu jest rozbudowana (rys. 10), toteż wskazane jest, aby sięgnąć do całego dokumentu.

Zestawienie 3. Różnice między podejściem oddolnym a odgórnym. Opracowanie własne

Zmienna	Podejście	
	oddolne (*bottom-up*)	**odgórne (*top-down*)**
Kto definiuje przedmiot działalności	Społeczność	Podmiot zewnętrzny, np. agencja rządowa
Postrzeganie przedmiotu działalności	Mocne strony, zasoby, zwiększanie kompetencji i możliwości	Problem/deficyt/słabość, redukcja, eliminacja
Rola podmiotu zewnętrznego	Reagowanie na potrzeby społeczności	Dostarczanie usług, finansowanie, nadzór
Główny decydent	Interesariusze, liderzy społeczni	Przedstawiciele podmiotu zewnętrznego, liderzy biznesu, inni liderzy
Akcent	Upodmiotowienie, kompetencje, wpływ na zmianę sytuacji	Odpowiedzialność jednostek
Główna strategia	Zbiorowa w społeczności (do zmiany społecznej, ekonomicznej, politycznej)	Indywidualna (edukacja, zmiana stylu życia), interpersonalna, biomedyczna (poprawa dostępności, jakości świadczeń)
Poczucie własności w społeczności	Duże	Małe
Ewaluacja	Pluralistyczna metoda oceny i dokumentowania zmian	Ocena czynników ryzyka, mierzalne cele i wyniki
Plusy	Umożliwia znalezienie rozwiązań dostosowanych do potrzeb, kulturowo akceptowalnych	Wykorzystanie zasobów centralnych, względna spójność z innymi działaniami, działalność skoordynowana
Minusy	Utrudnia podejmowanie problemów o szerokim zasięgu, ogólnokrajowych; może wymagać znacznie więcej czasu i wysiłku przy koordynacji	Brak reakcji na lokalne potrzeby, kontekst kulturowy, percepcję społeczności; może prowadzić do odrzucenia propozycji działań, do podważenia zaufania do władz

Stwierdzono w nim m.in., że zdrowie publiczne powinno zajmować się przede wszystkim podstawowymi przyczynami chorób oraz warunkami dla zdrowia, mając przy tym na celu zapobieganie wystąpieniu negatywnych skutków zdrowotnych w populacji. I dalej, że dbając o zdrowie społeczności, powinno się szanować prawa jednostek, a polityki, programy i priorytety powinny być wypracowane i oceniane za pomocą procesów, które zapewniają możliwość udziału (zaangażowania) członków społeczności. Stwierdzono też, że należy: „**Opierać działania promocji zdrowia na poszanowaniu godności jednostek, ich możliwości, a nie na strategiach stygmatyzacji, apelach lękowych, obrzydzaniu czy zawstydzaniu**". Formy agresywne, jeśli w ogóle przynoszą jakieś korzyści behawioralne, są krótkotrwałe, a nadużywają zaufania, co uniemożliwia współpracę na wielu polach.



Rysunek 10. Struktura *Public health code of ethics*. Opracowanie własne według APHA, 2019

Ponadto istnieją dokumenty, opracowane przez różne podmioty, dotyczące zasad etycznych w promocji zdrowia[197], w edukacji zdrowotnej oraz lekarskiej opiece zapobiegawczej. **Kodeks etyki w edukacji zdrowotnej,** w wersji przyjętej w 2020 r. przez amerykańską komisję National Commission for Health Education Credentialing, stwierdza m.in., że: „Specjaliści ds. edukacji zdrowotnej, aby **chronić jednostki, grupy, społeczeństwo przed szkodami**, są świadomi kwestii społecznych, rasowych, związanych z wiarą oraz różnorodnością kulturową w trakcie oceny potrzeb i zasobów, planowania i wdrażania programów oraz prowadzenia ewaluacji"[198].

Kodeks etyki medycznej przyjęty przez American Medical Association, którego ostatnia rewizja miała miejsce w 2016 r.[199], w części 8.11 pt. *Health Promotion and Preventive Care* stwierdza, że aczkolwiek główne etyczne obowiązki lekarzy dotyczą poszczególnych pacjentów, to mają oni również obowiązek chronić zdrowie ludności i muszą brać pod uwagę podwójne obowiązki. Stwierdzono, że promocja zdrowia powinna być procesem opartym na współpracy, skupionym na pacjencie, promującym zaufanie, uznającym autonomię pacjentów. Wymieniono osiem zadań dla lekarza jako jednostki oraz pięć kolejnych dla lekarza jako członka społeczności lekarskiej. Odnośnie do zadań kolektywu lekarskiego wymieniono m.in. wsparcie dla szkoleń oraz badań w obszarze zapobiegania chorobom i promocji zdrowia oraz rzecznictwo zdrowotne.

Komentarz:

→ W polskim Kodeksie etyki lekarskiej, ważnym od 1 stycznia 2025 r., w rozdziale VII pt. *Lekarz a społeczeństwo*, w art. 78, ust. 1, stwierdzono, że: „Lekarz powinien zwracać uwagę społeczeństwa, władz i każdego pacjenta na znaczenie ochrony zdrowia, a także na zagrożenie ekologiczne"[200].

Niektórzy autorzy są sceptyczni co do roli kodeksów w promowaniu etycznego postępowania zawodowego. Samo ogłoszenie na piśmie kodeksów etycznych nie jest wystarczające do tego, aby zapewnić profesjonalizm w praktyce zdrowia publicznego. Potrzebne jest również solidne wykształcenie w obszarze zdrowia publicznego oraz usuwanie wpływów systemowych i instytucjonalnych (bezwładność biurokracji), kulturowych (uprzedzenia) i psychologicznych (myślenie tunelowe). Niemniej ważne jest, aby profesjonaliści za pomocą kodeksów etycznych komunikowali, jakie mają oczekiwania wobec przedstawicieli swojego zawodu. Opracowywanie lub rewizja kodeksów etycznych mogą motywować do autorefleksji, uwrażliwienia i budowania etosu pracy[201].

3.2.9. Oparcie na teoriach i dowodach

Działania zdrowia publicznego powinny być oparte na teoriach i dowodach. Teorię definiuje się jako zbiór powiązanych ze sobą koncepcji, definicji i twierdzeń, które wyjaśniają lub przewidują zdarzenia lub sytuacje poprzez określenie relacji między zmiennymi. Termin

„dowody" odnosi się do wiedzy, którą można uzasadnić za pomocą pewnych dowodów naukowych.

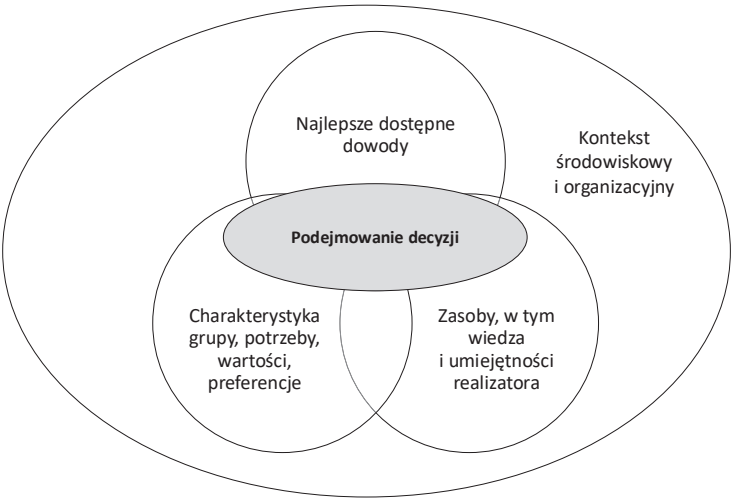
Teorie użyteczne w promocji zdrowia i zapobieganiu chorobom dotyczą przede wszystkim genezy/zmiany zachowań[202,203,204,205,206,207,208,209] oraz planowania strategicznego (*theory of change*)[210]. W piśmiennictwie z lat 1977–2012 zidentyfikowano użycie 82 teorii dotyczących zachowań. W artykułach (przeglądowych i oryginalnych) najczęściej odwoływano się do czterech (63%). Były to: model transteoretyczny (33%), teoria planowanego zachowania (13%), teoria społeczno-poznawcza (11%) oraz model informacja-motywacja-zachowania/umiejętności (7%)[211]. Dwie pierwsze, najczęściej wykorzystywane teorie należą do grupy teorii intrapersonalnych, ukierunkowanych na czynniki indywidualne (wiedza, postawy, przekonania, motywacja, doświadczenie, umiejętności)[212]. Z punktu widzenia społeczno-środowiskowego modelu zdrowia **bardziej odpowiednie byłoby używanie teorii interpersonalnych (np. społeczno-poznawcza) oraz społecznych (np. dyfuzja innowacji).** Przegląd piśmiennictwa z lat 2014–2024 potwierdził popularność trzech pierwszych z wymienionych powyżej teorii. Ustalono przy tym, że najczęściej stosowane są teorie mieszane[213].

Komentarz:

- → W 1998 r. dla potrzeb promocji zdrowia opracowano schemat planowania programów, odwołujący się jednocześnie do teorii i dowodów, pn. **mapowanie interwencji** (*intervention mapping*).
- → Schemat ten charakteryzuje się podejściem społeczno-ekologicznym oraz udziałem wszystkich interesariuszy.
- → W serii sześciu iteracyjnych kroków, podzielonych na szczegółowe zadania, schemat ułatwia zaplanowanie zmiany zachowania, które jest odpowiednie do lokalnego kontekstu i zwiększa prawdopodobieństwo uzyskania oczekiwanych wyników.
- → Metoda ta znajduje coraz więcej zastosowań[214,215].

Zdrowie publiczne oparte na dowodach (*evidence-based public health*; EBPH) polega na tym, aby w procesie planowania i realizacji działań stosować narzędzia (strategie, interwencje, metody, formy), co do których istnieją dowody, że są one skuteczne pod względem uzyskania korzystnych wyników zdrowotnych i nie czynią szkody, oraz uwzględnić preferencje danej społeczności bądź populacji. Wskazane jest, aby były to narzędzia efektywne finansowo. Przy

podejmowaniu decyzji o planowanych działaniach trzeba również brać pod uwagę kontekst, czyli warunki społeczne, ekonomiczne, organizacyjne czy polityczne, które mogą mieć wpływ na realizację przedsięwzięcia (rys. 11)[216].



Rysunek 11. Czynniki, które mają wpływ na podejmowanie decyzji w oparciu o dowody. Opracowanie własne według Satterfield JM, 2009

Do atrybutów zdrowia publicznego opartego na dowodach należą:

- podejmowanie decyzji na podstawie najlepszych dostępnych dowodów naukowych (z badań ilościowych i jakościowych);
- wykorzystywanie danych i informacji w sposób systematyczny;
- używanie schematów planowania programów;
- włączanie/angażowanie społeczności w analizę sytuacji i podejmowanie decyzji;
- prowadzenie solidnej, rzetelnej ewaluacji;
- rozpowszechnianie informacji wśród interesariuszy i decydentów;
- łączenie umiejętności badawczych (naukowych), efektywnej komunikacji, zdrowego rozsądku i przenikliwości politycznej w podejmowaniu decyzji[217].

Realizacja poszczególnych polityk czy programów zdrowotnych w oparciu o dowody wymaga przede wszystkim wyszukiwania piśmiennictwa i jego analizy, umiejętnego oceniania jakości i wiarygodności badań oraz interpretowania siły wyników[218]. Następnie należy wybrać opcje i wdrożyć je pod postacią interwencji[219].

Wyszukiwanie i wnioskowanie może być łatwiejsze, gdy dostępne są syntezy dowodów. Trudniejsze jest wprowadzenie EBPH do funkcjonowania systemu zdrowia. Wymaga to m.in. wsparcia dla realizacji programów, ich ewaluacji i upowszechniania otrzymanych wyników, syntezy gromadzonych dowodów oraz ich okresowej rewizji, a także stworzenia procesów i mechanizmów sprzyjających wykorzystaniu zgromadzonej wiedzy. Do tego potrzebne są działania systemowe, także w obszarze polityki naukowej, i duża kultura ewaluacyjna.

Teorie i dowody mogą pomóc w planowaniu interwencji. Zwiększają szansę na jej skuteczność, ale nie dają gwarancji. Podejście takie niesie wiele wyzwań, którymi mogą być brak dowodów, ich niespójność czy konkurencyjność teorii[220].

3.2.10. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie interwencji (polityki lub programu) służy do bieżącej analizy postępów i korekty działalności. Jest ono elementem zarządzania interwencją i należy do zadań realizatorów.

Ewaluacja jest natomiast oceną, refleksją nad wynikami, nad tym, co udało się osiągnąć (bądź nad tym, czego się nie udało i dlaczego). Ustalenia te pozwalają politykom, menedżerom, beneficjentom, partnerom, darczyńcom oraz innym interesariuszom uczyć się na doświadczeniach, aby ulepszać daną interwencję lub przyszłe interwencje[221]. Wyniki ewaluacji służą do tworzenia baz dowodów na skuteczność interwencji oraz baz dobrych praktyk. Prowadzenie solidnej ewaluacji interwencji jest dowodem na odpowiedzialność ich twórców i realizatorów.

Proces ewaluacji powinien być zaplanowany podczas planowania interwencji i spójny z architekturą polityki czy programu. Istnieje wiele szkół ewaluacji, w tym podejść do jej rodzajów i kryteriów, metod badawczych, a także wykonawców. Problematyka ta została omówiona w rozdziale 5.

3.2.11. Inne zasady

W piśmiennictwie wymieniane są również inne zasady (lub inaczej sformułowane), które podano w zestawieniu 4[222].

Zestawienie 4. Zasady zdrowia publicznego. Opracowanie własne według Atlantic Provinces Public Health Collaboration, 2007

Zasada	Opis
Użyteczność	Obowiązek maksymalizacji korzyści, czynienia największego dobra dla największej liczby ludzi
Transparentność	Wszystkie decyzje powinny być jasne i przejrzyste oraz podejmowane razem z interesariuszami
Ostrożność	W przypadku braku kompletnych dowodów można podjąć działania, gdy sytuacja stanowi poważne zagrożenie o nieodwracalnych skutkach
Najmniej restrykcyjne środki	Działania restrykcyjne (np. regulacje) można podejmować tylko wtedy, gdy wdrożone wcześniej działania nierestrykcyjne (np. edukacja) nie przyniosły efektu. Ważne jest podejmowanie działań zgodnych z prawem i chroniących przed dyskryminacją
Szkodliwość	Rządy mają możliwość podejmowania decyzji restrykcyjnych, gdy jest to niezbędne dla dobra wspólnego i ochrony ludności
Wzajemność	Działania, które nakładają restrykcje na ludzi, powinny być rekompensowane (np. pomoc w dostępie do usług)

Zasada dotycząca szkodliwości jest oparta na modelu *parens patriae* (państwo jako ojciec/opiekun) wykorzystywanym w zdrowiu publicznym od wielu lat. Model ten spotkał się z poważnymi zarzutami w czasie pandemii COVID-19[223], ale jest też dyskutowany w odniesieniu do innych sytuacji i problemów.

3.3. Interwencje

W tym opracowaniu przyjęto, że termin „interwencja" (zdrowia publicznego) obejmuje **polityki publiczne i programy**, których celem jest zmiana rozkładu ryzyka zdrowotnego w społeczności czy populacji (bądź ekspozycji na to ryzyko), modyfikacja szeroko rozumianych warunków – społecznych, ekonomicznych i środowiskowych, oraz świadomości społecznej. Polityki i programy mogą być zaprojektowane w sektorze zdrowia, a także w innych sektorach, takich jak edukacja, transport, mieszkalnictwo lub

zatrudnienie[224, 225]. Mogą wyznaczać różne formy postępowania (np. edukacja, poradnictwo, marketing społeczny, rzecznictwo, usługi/świadczenia określonego rodzaju itp.) oraz techniki ich realizacji (np. sesje edukacyjne, poradnictwo, konsultacje eksperckie, informacje w mediach, budowanie koalicji, networking, pisanie listów do posłów, rozpowszechnianie informacji wśród specjalistów i administratorów, tworzenie społeczności praktyków, badania naukowe, opracowywanie wytycznych, wsparcie kliniczne itp.).

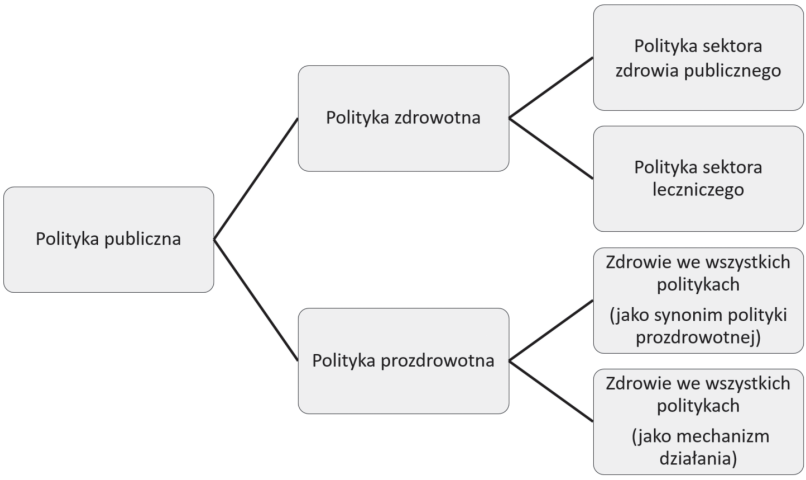
Komentarz:

- → W piśmiennictwie zarówno polskim, jak i anglojęzycznym termin „interwencja" (*intervention*) występuje powszechnie, ale nie ma ustalonej definicji ani typologii[226].
- → Przyjęta w tym opracowaniu interpretacja terminu „interwencja" ma charakter ogólny i jest spotykana w piśmiennictwie anglojęzycznym.
- → W systemie **ProfiBaza,** w którym gromadzone są informacje o realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, wyróżniono następujące ścieżki interwencji[227]: działania prozdrowotne, PPZ, program zdrowotny finansowany przez NFZ, interwencja programowa jednostek PIS, interwencja nieprogramowa jednostek PIS, inne działania prozdrowotne, badania naukowe, nadzór sanitarno-epidemiologiczny, monitorowanie i ocena stanu zdrowia populacji, kształcenie kadr ochrony zdrowia, monitorowane i zarządzanie zasobami kadrowymi ochrony zdrowia, legislacja. Stanowią one odpowiednik kierunku/strategii.
- → Według AOTMiT w odniesieniu do PPZ, opracowanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez ministra albo JST, interwencja jest materialnym elementem programu, który dostarcza się odbiorcy (np. świadczenie medyczne, szkolenie); interwencją są zarówno świadczenia medyczne (diagnostyczne i terapeutyczne), jak i działania edukacyjne i społeczne; PPZ może zawierać jedną lub więcej interwencji, które mogą być od siebie niezależne lub łączyć się i wzajemnie uzupełniać [228]; wymienione interwencje są odpowiednikiem metod realizacji w rozumieniu tego opracowania.

3.3.1. Polityki publiczne

Termin polityka (*policy*) dotyczy działań lub świadomych zaniechań podmiotu rządzenia[229]. Polityki publiczne powiązane ze zdrowiem dzieli się na zdrowotne (*health policy*), powstające w sektorze

zdrowia z jednoznacznym celem zdrowotnym, oraz **prozdrowotne** (*healthy public policy*), które powstają w innych sektorach społecznych (np. produkcja żywności, transport) i uwzględniają wpływ na zdrowie[230] (rys. 12). Od 2006 r. upowszechniło się określenie „**zdrowie we wszystkich politykach**" (*health in all policies*, HiAP)[231, 232], które wprowadzono w kręgach UE. W WHO używa się także określeń takich jak „**cały rząd dla zdrowia**" i „**całe społeczeństwo dla zdrowia**"[233]. Oba rodzaje polityk mogą powstawać na różnych poziomach – w poszczególnych instytucjach czy organizacjach oraz na poziomie lokalnym, regionalnym, krajowym i międzynarodowym.



Rysunek 12. Rodzaje polityk związanych ze zdrowiem. Opracowanie własne według Carey G i wsp., 2014

Według WHO **polityka zdrowotna** (*health policy*) „jest zbiorem decyzji lub zobowiązań do realizacji kierunków działalności, które mają na celu osiągnięcie określonych celów dotyczących poprawy zdrowia"[234]. Opiera się ona na konkretnych wartościach lub wskazuje wartości, jakie będzie promować. Może określać źródła finansowania, a także role różnych podmiotów w dążeniu do zamierzonego celu, ale nie jest to warunkiem koniecznym[235]. Jest planem działania, który określa wizję przyszłości, oczekiwany stan i priorytety, czyli obszary działalności. Pełni rolę zarówno informacyjną, jak i przewodnią. W tym opracowaniu przyjęto, że polityka publiczna to **formalny plan, procedura lub zobowiązanie do działania**, które powstaje w organach administracji państwowej, instytucjach publicznych,

firmach i organizacjach o różnym profilu działalności (np. transport, edukacja, mieszkalnictwo).

Istnieją dwa główne modele tworzenia polityki, tj. **linearny i nielinearny**[236]. Podejście linearne zakłada, że w procesie tym jest kilka faz, które w logiczny, racjonalny sposób następują po sobie i są wzajemnie zależne. Podejście nielinearne przyjmuje, że procesy kształtowania polityki są trudne do przewidzenia, a fazy jej powstawania nie muszą przebiegać chronologicznie i często są trudne do rozdzielenia.

Uproszczony model liniowy zakłada, że proces ten zaczyna się od określenia problemu, który wymaga rozwiązania. Następnie dokonuje się analizy danych, informacji i opcji, formułuje politykę, przeprowadza konsultacje, podejmuje końcową, racjonalną decyzję, opartą na istniejących teoriach, dowodach naukowych i wartościach, oraz formalnie określa zasady implementacji polityki. Następnie dochodzi do wdrożenia, monitorowania i ewaluacji, a w ich wyniku do korekty polityki.

W zdrowiu publicznym proces ten jest najczęściej przedstawiany jako cykl następujących po sobie etapów. Według CDC cykl ten (tzw. **cykl życia polityki**, proces polityczny) obejmuje następujące etapy:

- identyfikacja problemu;
- analiza opcji polityki, okoliczności (kontekstu), wybór rozwiązań skutecznych i efektywnych finansowo (priorytetów);
- opracowanie projektu polityki i strategii wdrożenia;
- uchwalenie/ogłoszenie/zatwierdzenie polityki;
- wdrożenie polityki i jej monitorowanie;
- ewaluacja polityki.

Na każdym etapie powinno dochodzić do zaangażowania oraz edukacji interesariuszy[237]. Model ten abstrahuje od dynamiki procesu tworzenia polityki, zakłóceń i oddziaływań wewnętrznych (jak np. motywy i mechanizmy władzy) oraz zewnętrznych (np. wpływ interesariuszy i lobbystów).

W rzeczywistości **cykl ten ulega wielu zakłóceniom.** Wynika to między innymi z faktu, że w tworzeniu polityki uczestniczy wiele grup, które mają swoje potrzeby, oczekiwania i interesy. W przypadku polityk rządowych są to[238]:

- twórcy polityk, rząd, ministrowie, urzędnicy wysokiego szczebla – głównie politycy;
- eksperci, specjaliści rządowi i zewnętrzni;

- organizacje, stowarzyszenia, grupy interesów i lobbyści;
- obywatele, reprezentanci społeczeństwa;
- producenci, usługodawcy, dostawcy;
- środki masowego przekazu;
- sądownictwo.

W piśmiennictwie najczęściej pojawiają się informacje o polityce tworzonej na poziomie rządowym, jednakże coraz intensywniej promuje się tworzenie polityk zdrowotnych na poziomie lokalnym, na przykład w miastach[239]. WHO udostępnia internetowe repozytorium narzędzi, które mają pomóc organom ochrony zdrowia, zarówno na szczeblu krajowym, jak i niższym, w opracowywaniu polityk, strategii i planów zdrowotnych[240]. Są też liczne propozycje narzędzi do oceny procesu tworzenia polityki[241] oraz jej wdrożenia[242]. Niektóre z nich zostały opracowane specjalnie dla potrzeb zdrowia publicznego[243], w tym metoda oceny wpływu/odziaływania na zdrowie (*health impact assessment*, HIA)[244,245] (patrz rozdział 8.2) oraz oceny wpływu na sprawiedliwość w zdrowiu[246].

3.3.2. Programy zdrowotne

Termin „program zdrowotny" należy interpretować szeroko, tak aby objąć różne rodzaje inicjatyw, które zależą od tematyki, kontekstu i możliwości wykonawczych. W tym opracowaniu przyjęto, że jest to aktywność (lub zbiór aktywności), czyli przedsięwzięcie, które:

- Dotyczy zdrowia i jego uwarunkowań w szerokim znaczeniu.
- Może dotyczyć różnych problemów zdrowotnych oraz różnych determinantów, w tym przyrodniczych i antropogenicznych, behawioralnych, psychospołecznych, społeczno-ekonomicznych i politycznych.
- Jest autonomiczną odpowiedzią (reakcją) na niekorzystną sytuację zdrowotną i/lub społeczną, bądź jest powiązane z nadrzędną polityką publiczną, strategią lub programem.
- W założeniu ma przynosić **korzystny wynik zdrowotny** i nie może przynosić szkód.
- Zostało **zaplanowane** w profesjonalny sposób oraz **poddane monitorowaniu i rzetelnej ewaluacji**.
- Przebiega w następujących po sobie etapach, zgodnie z tzw. cyklem życia programu.

- Wykorzystuje określone zasoby ludzkie (wiedzę oraz umiejętności twórców i realizatorów), finansowe, rzeczowe (materiały i sprzęt) oraz informacyjne (dane).
- Ma **etyczne, racjonalne oraz naukowe uzasadnienie**, zgodne z wartościami i zasadami zdrowia publicznego opartego na teoriach i dowodach bądź opiera się na mocnych przesłankach, wnioskowaniu oraz skrupulatnej analizie stosunku korzyści do ryzyka.
- Jest **skierowane do zbiorowości** – grupy osób, społeczności, populacji (beneficjentów).
- Włącza i **angażuje** interesariuszy.
- **Nie może być jednorazowe, krótkotrwałe, zwłaszcza jeśli ma dotyczyć uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz zmiany kontekstu organizacyjnego.**
- Nie musi dotyczyć świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych[247] (nie musi być PPZ w rozumieniu tej ustawy); może polegać na różnych **działaniach „miękkich"**, takich jak:
  - bezpośrednia usługa (np. prowadzenie poradnictwa, zorganizowanie grup wsparcia, banków czasu, banków żywności itp.);
  - informacja, edukacja, szkolenie (np. rozwijanie umiejętności rodziców);
  - komunikacja, marketing społeczny;
  - rzecznictwo zdrowotne;
  - panel sąsiedzki.
- Może polegać na działaniach badawczych, technicznych, prawnych, administracyjnych, organizacyjnych i koordynujących.

Program zdrowotny może być przedsięwzięciem „małym" (lokalnym, w społeczności) lub „dużym" (ogólnokrajowym), prostym lub złożonym, krótko- lub długoterminowym. W tym opracowaniu skoncentrowano się na programach „małych", o relatywnie niewielkim zasięgu, które nie wymagają politycznego zobowiązania interesariuszy na wysokich szczeblach władzy.

Komentarz:

→ W ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wyróżnia się dwa rodzaje programów.

→ Program zdrowotny to zespół zaplanowanych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i realizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz

poprawie stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców; program jest opracowywany, wdrażany, realizowany i finansowany przez NFZ.

→ Realizacja PPZ jest obwarowana licznymi warunkami, w tym koniecznością opiniowania projektów takich programów przez Prezesa AOTMiT.

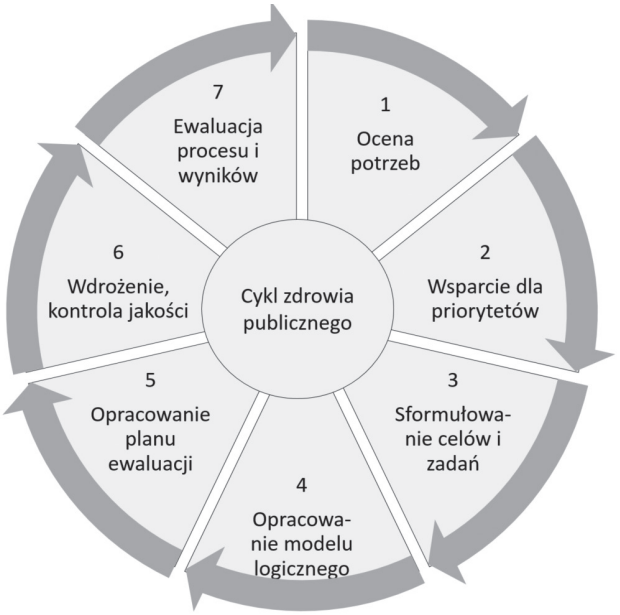
→ Wzór PPZ oraz wzór raportu końcowego z jego realizacji został podany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia[248].

→ Zgodnie z opiniami Departamentu Prawnego MZ z 2013 r. przepisy ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych nie znajdują zastosowania do samorządowych programów w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, rozwiązywania problemów alkoholowych, przeciwdziałania narkomanii, przeciwdziałania nikotynizmowi i ochrony zdrowia psychicznego, które wynikają z innych ustaw, a więc programy takie nie podlegają obligatoryjnej ocenie Agencji[249, 250].

Do atrybutów programów zdrowotnych zalicza się[251]:

- innowacje, dzięki którym tworzy się bazę dowodów na skuteczność działań;
- pakiet techniczny, czyli wybraną grupę interwencji, które są oparte na dowodach oraz mają wysoki priorytet i stanowią trzon pracy;
- zarządzanie, w tym zwłaszcza rygorystyczne monitorowanie, ewaluację i doskonalenie programów w czasie rzeczywistym;
- partnerstwo, współpracę i koalicje z organizacjami sektora publicznego i prywatnego;
- komunikację wielopoziomową i wielokierunkową;
- zaangażowanie polityczne administracji państwowej w celu wsparcia skutecznych działań, które sprzyjają postępowi.

Polityki i programy są ze sobą powiązane, ale odgrywają różne role. Zasadniczą rolą polityki jest wyznaczanie dalekosiężnych celów i kierunków zmian systemowych oraz wskazanie wartości, do których zmierza się w perspektywie długoterminowej. Rolą programów natomiast jest bieżące przełożenie polityki na działania praktyczne, wykonanie przedsięwzięcia, osiągnięcie określonego celu oraz pomoc ludziom w uporaniu się z aktualnymi problemami. Program ma bardziej „podręczny" charakter i nie zawsze jest reakcją na wyraźnie wyartykułowaną politykę. Może być działalnością samodzielną. Procesy tworzenia i realizacji programu oraz polityki w zdrowiu publicznym są podobne i obejmują analogiczne etapy. Nazywa się te procesy **cyklem zdrowia publicznego** (rys. 13)[252]. Opracowanie modelu logicznego zostało omówione w rozdziale 5.1.4.



Rysunek 13. Cykl zdrowia publicznego. Opracowanie własne według Haveman-Nies (red.), 2010

3.4. Znaczenie zdrowia publicznego w systemie zdrowia i społeczeństwie

Zdrowie publiczne, lecznictwo (medycyna naprawcza) i opieka nad osobami przewlekle chorymi i niesamodzielnymi to trzy główne filary systemu zdrowia. Sukcesy i porażki działań zdrowia publicznego mają wpływ na zakres i charakter pracy pozostałych segmentów systemu zdrowia. Sukcesy zmniejszają pule problemów i osób, które wymagają działań ze strony innych segmentów. Porażki zwiększają te pule. Relacje między zdrowiem publicznym a medycyną naprawczą i opieką są jednak dwukierunkowe. Problemy, których nie rozwiązuje lecznictwo i opieka, wpływają na ustalenie wiodącego kierunku działalności zdrowia publicznego, zakres, intensywność i pilność pracy. System zdrowia wymaga równowagi i zgodności między tymi elementami. Świadomość tych związków nie była i nie jest powszechna.

W XX w. w krajach wysokorozwiniętych doszło do tzw. przejścia epidemiologicznego, w którym wyróżnia się **ery zdrowia**. Pierwsza era (zapoczątkowana w XIX w.) koncentrowała się na kontroli chorób

zakaźnych, które wówczas były głównym zagrożeniem dla zdrowia. Ówczesne działania zdrowia publicznego skupiały się na działaniach sanitarnych i przeciwepidemicznych. Rolą chorego (użytkownika sytemu) było ścisłe przestrzeganie zaleceń profesjonalistów. Z czasem, wraz z poprawą warunków życia oraz upowszechnieniem antybiotyków, większą uwagę zwrócono na choroby niezakaźne. W połowie XX w. weszliśmy w drugą erę, która dotyczyła kontroli tych właśnie chorób. Wraz z wprowadzeniem wielu nowych leków (np. przeciw nadciśnieniu tętniczemu) medycyna i lecznictwo nabrały dużego znaczenia. Rosła rola edukacji pacjentów prowadzonej z pozycji i pod kierunkiem medycyny, chociaż zaczęto uznawać autonomię pacjenta w procesie leczniczym. Powoli dochodziło do coraz większego rozłamu między rangą zdrowia publicznego i medycyny[253]. Zapobieganie, tak deklarowane jako niezwykle istotne, w praktyce zostało zmarginalizowane. Złożyło się na to wiele przyczyn, oto niektóre z nich[254]:

- Oczekiwania polityczne, aby profilaktyka przyniosła finansowe zyski netto, podczas gdy od zabiegów chirurgicznych i leczenia oczekiwano, aby były bezpieczne i skuteczne.
- Sukces szeroko rozumianej profilaktyki jest niewidoczny, ponieważ jest pozbawiony dramaturgii.
- Statystyki podające wielkie liczby i skumulowane dane na temat chorób i zgonów nie wywołują reakcji emocjonalnych.
- Przeciwdziałanie problemom zdrowotnym wymaga trwałej zmiany, toteż sukcesy działań są odroczone w czasie.
- Płatnik świadczeń zdrowotnych (ubezpieczyciel) nie odnosi mierzalnych korzyści z finansowania zapobiegania.
- Ryzyko związane z ekspozycją na czynniki szkodliwe (w tym wynikające z zachowań) jest akceptowane w populacji.
- Profesjonalne porady dotyczące pożądanych zachowań i zmian w środowisku są często niespójne, niezrozumiałe bądź niemożliwe do realizacji.
- Przekonania osobiste, kulturowe lub religijne mogą kolidować z profesjonalnymi zaleceniami.

Każda z tych er odniosła pewne sukcesy w postaci przyczynienia się do poprawy stanu zdrowia wielu populacji i obecnie ludzie żyją dłużej niż kiedyś. Trudno jest obwieścić ich definitywny sukces, dlatego wysiłki podejmowane w celu kontroli chorób zakaźnych i niezakaźnych są i powinny być kontynuowane.

W ostatnich dekadach minionego wieku wkroczyliśmy w **trzecią erę**, w której ośrodkiem zainteresowania nie jest już wyłącznie „walka z chorobami". Obecnie bardziej koncentrujemy się na dobrym

funkcjonowaniu i samopoczuciu, na jakości życia[255]. Zależy nam na zdrowiu w znaczeniu zasobu życiowego, ale nie celu autotelicznego. W trzeciej erze istotne stały się działania proaktywne, zmiany w środowisku, budowanie zasobów korzystnych dla zdrowia[256] oraz współpracy i partnerstwa. Logiczną tego konsekwencją jest traktowanie wszystkich ludzi jako współtwórców zdrowia – własnego, swoich bliskich, a także osób nieznanych i mieszkających w najdalszych zakątkach. Doprowadziło to do relatywnego zwiększania rangi zdrowia publicznego. Zmieniło się też postrzeganie mechanizmów działania systemu zdrowia. W pierwszej erze systemy zdrowia były chorobocentryczne, w drugiej pacjentocentryczne, a w trzeciej powinny stać się **skoncentrowane na społeczności,** czyli społecznościocentryczne[257]. Jednak w rzeczywistości obserwuje się lukę między teorią a praktyką i wiele krajowych systemów zdrowia funkcjonuje na starych zasadach.

Trzecia era zdrowia została zapoczątkowana w latach 80. XX w. Dokonano wtedy rozróżnienia między zdrowiem publicznym (dotychczasowym – „starym") a **nowym zdrowiem publicznym**. To nowe różniło się od „starego" odmiennym podejściem do analizy i oceny uwarunkowań zdrowia oraz rozwiązywania problemów zdrowotnych[258]. W perspektywie nowego zdrowia publicznego kluczowe znaczenie dla zdrowia mają czynniki społeczne, a więc inwestycje w polityki publiczne, programy i usługi wspierające warunki życia, a także upodmiotowienie osób i społeczności, mobilizacja społecznych zasobów oraz styl życia. Twórczym wkładem nowego zdrowia publicznego do „starego" były promocja zdrowia według Karty Ottawskiej z 1986 r. oraz społeczno-środowiskowy model zdrowia, który jest też nazywany społeczno-ekologicznym. Twórcy idei nowego zdrowia publicznego wyrażali opinię, że odróżnienie „starego" od nowego przestanie być potrzebne, gdy nowe podejście wejdzie do głównego nurtu działań w zdrowiu publicznym[259]. Przez pierwsze lata idee nowego zdrowia publicznego przedostawały się do mainstreamu ze znacznym trudem, ale w XXI w. są już akceptowane i coraz częściej wdrażane. Doszło do renesansu zdrowia publicznego w systemach zdrowia. Wzmocnienie i poprawa działalności zdrowia publicznego jest aktualnie bardzo silną tendencją w poszczególnych krajach oraz na forum międzynarodowym. Szczególnie widoczne stało się to po doświadczeniach związanych z pandemią COVID-19.

Lecznictwo dla większości ludzi jest ważne od czasu do czasu, ale zdrowie publiczne jest niezbędne dla nas wszystkich i przez cały

czas. Zdrowie publiczne broni interesów i potrzeb społeczeństwa w celu zapewnienia korzystnych warunków życia i zachowania zdrowia[260]. Wypracowuje ono i reprezentuje to stanowisko w środowisku społecznym, łącząc świat medycyny z realnym życiem.

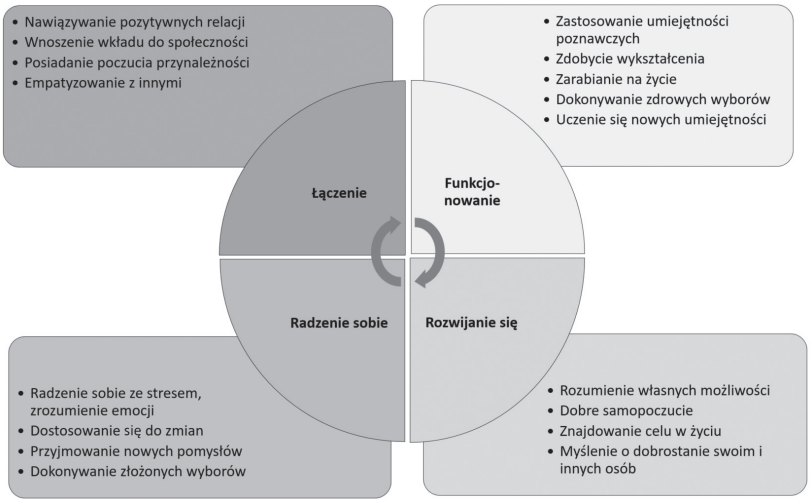
Na fali odnowy zdrowia publicznego widoczna jest m.in. tendencja do integrowania problematyki zdrowia psychicznego ze zdrowiem publicznym. W działaniach WHO tendencja ta ujawniła się w latach 90. minionego wieku[261]. W Polsce także mówi się o tym coraz częściej[262].

4. Zdrowie psychiczne z perspektywy zdrowia publicznego

W tym rozdziale omówiono obecne postrzeganie zdrowia psychicznego jako istotnego obszaru działalności zdrowia publicznego, co uzupełniono informacjami na temat kamieni milowych, które doprowadziły do aktualnej interpretacji. Następnie przedstawiono podejścia i interwencje oraz zasadnicze metody pracy w obszarze zdrowia psychicznego z perspektywy zdrowia publicznego.

4.1. Aktualne spojrzenie na zdrowie psychiczne

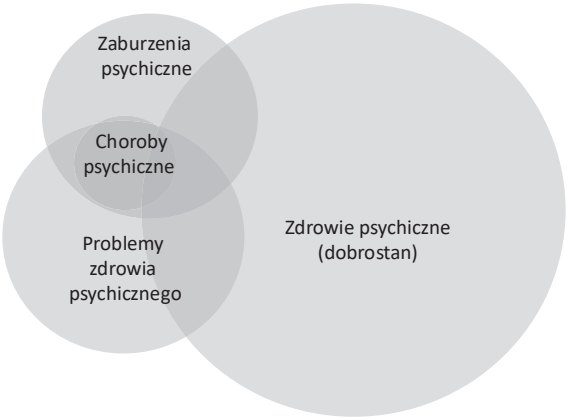
Zdrowie psychiczne (*mental health*) definiuje się jako **stan dobrego samopoczucia psychicznego (dobrostanu)**, który umożliwia ludziom radzenie sobie ze stresem, wykorzystywanie swoich umiejętności, naukę i pracę oraz taki udział w życiu społeczności, który jest satysfakcjonujący dla wszystkich. Zdrowie psychiczne jest integralną częścią zdrowia i dobrego samopoczucia. To coś więcej niż tylko brak zaburzeń psychicznych. Zdrowie psychiczne jest podstawowym **prawem człowieka**. Dla jednostki jest wartością samą w sobie, ale ma też wartość instrumentalną pozwalającą osiągnąć **korzyści w życiu osobistym i społecznym**[263, 264, 265] (rys. 14). Dla społeczeństwa jest ważne, ponieważ przyczynia się do budowania kapitału społecznego[266] i ma wymierną **wartość ekonomiczną**[267, 268]. Jest postrzegane jako wynik złożonych interakcji czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych.



Rysunek 14. Wartość zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według WHO, 2022[269]

American Psychological Association definiuje zdrowie psychiczne jako stan umysłu charakteryzujący się dobrym samopoczuciem emocjonalnym, dobrym dostosowaniem behawioralnym, względnym brakiem lęku i objawów zaburzeń adaptacyjnych oraz zdolnością do budowania konstruktywnych relacji, a także radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami i stresem[270].

Odróżnienie zdrowia psychicznego od problemów zdrowia psychicznego, zaburzeń psychicznych i chorób nie jest jednoznaczne. W tym opracowaniu kierowano się założeniem, że koncepcje te częściowo się pokrywają (rys. 15)[271]. Jest to związane z faktem, że zdrowie psychiczne (podobnie jak zdrowie w wymiarze fizycznym) nie jest stanem stałym, a zmienia się i występuje w **kontinuum**: dobrostan (doskonałe radzenie sobie) – łagodne i odwracalne problemy (dobre radzenie sobie) – poważniejsze problemy i zaburzenia (słabe radzenie sobie) – choroby psychiczne (brak radzenia sobie, niesprawne mechanizmy radzenia sobie)[272]. Interpretacja ta jest związana z **teorią salutogenezy**[273, 274], której słuszność wykazano np. w stosunku do osób dotkniętych uzależnieniem od substancji psychoaktywnych[275].



Rysunek 15. Relacje między różnymi koncepcjami dotyczącymi stanów zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według Grunlund M, et al., 2021

Komentarz:

- → W piśmiennictwie anglojęzycznym występują również terminy inne niż „zdrowie psychiczne".
- → Termin **„zdrowie behawioralne"** (*behavioral health*) dotyczy zachowań, nawyków, praktyk kulturowych, strategii radzenia sobie w kontekście zaburzeń zachowania, np. takich jak nadużywanie substancji psychoaktywnych, uzależnienie od hazardu, samookaleczanie, zaburzenia odżywiania. Zdrowie behawioralne różni się od zdrowia psychicznego, które dotyczy stanów, takich jak poczucie tożsamości, percepcje, emocje, moralność, empatia, odporność, funkcje poznawcze i choroby (np. depresja, zaburzenia lękowe, choroba afektywna dwubiegunowa, schizofrenia)[276, 277]. Odróżnia się opiekę nad zdrowiem behawioralnym[278] od opieki nad zdrowiem psychicznym.
- → Termin **„zdrowie psychospołeczne"** (*psychosocial health)* najczęściej jest używany intuicyjnie; bywa definiowany jako dynamiczny stan wynikający z interakcji pomiędzy osobą a jej środowiskiem[279, 280] albo charakteryzowany jako satysfakcja z życia (seksualna, emocjonalna, społeczna, środowiskowa, poznawcza, religijna, moralna i duchowa danej osoby)[281].

4.2. Ewolucja spojrzenia

Zdrowie psychiczne znajduje się w obszarze zainteresowań zdrowia publicznego od dawna. Na przykład w USA higiena społeczna

i **higiena psychiczna** (*mental hygiene*) zostały włączone do programu studiów kandydatów do stopnia doktora zdrowia publicznego w 1920 r.[282]. Artykuły na temat problemów psychicznych zamieszczono już w 1911 r. w pierwszym numerze czasopisma „American Journal of Public Health". W następnych latach dochodziło do wzrostów i spadków liczby publikacji na ten temat. Przypuszczalnie miało to związek ze zmianami w poziomie federalnego finansowania badań nad problemami tym obszarze[283]. Termin „zdrowie psychiczne" (*mental health*) został wprowadzony do języka angielskiego przez WHO dopiero w dekadach lat 50. i 60. XX w. W tym czasie w języku francuskim nadal mówiono o higienie psychicznej[284]. W 1996 r. terminu *mental public health* użyto w opracowaniu WHO[285].

Z czasem zmieniał się paradygmat myślenia o zdrowiu psychicznym. Stare podejście **biomedyczne, dominujące i redukcjonistyczne** ustępowało miejsca podejściu **biopsychospołecznemu**, które po raz pierwszy opisał George Engel w 1977 r.[286]. Z czasem i ono zostało poddane krytyce[287], i choć jest nadal żywotne w sferze leczenia, to w sferze zapobiegania przewagę zyskał **model społeczno-środowiskowy**.

Liczne prace wykazywały wieloaspektowy charakter przyczyn zaburzeń psychicznych oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych, co inspirowało do poszukiwania nowych sposobów analizy problemów oraz podejmowania innych niż dotąd przedsięwzięć. Prowadziło to m.in. do uwzględniania czynników społecznych oraz kulturowych w diagnozie i leczeniu zaburzeń psychicznych[288] oraz odstąpienia od restrykcji na rzecz zapobiegania. Zaczęto tworzyć oddziały psychiatryczne w szpitalach ogólnych, część działalności leczniczej i rehabilitacyjnej włączono do podstawowej opieki zdrowotnej, zapoczątkowano opiekę środowiskową. Do działań włączano przedstawicieli wielu zawodów, opiekunów chorych, a wreszcie także samych zainteresowanych i społeczeństwo obywatelskie. Zaakcentowano konieczność połączenia opieki nad zdrowiem fizycznym i psychicznym poprzez wielodyscyplinarną pracę zespołową w społeczności[289] oraz koordynację usług[290]. W ostatnich dekadach problematyka ta została jednoznacznie włączona do zakresu działań zdrowia publicznego, w tym promocji zdrowia. Obecnie, wraz z nasileniem się ruchów na rzecz sprawiedliwości w zdrowiu, dominującą tendencją jest dążenie do **sprawiedliwości w zakresie zdrowia psychicznego**. Wiąże się to z troską o strukturalne i polityczne uwarunkowania zdrowia psychicznego, takie jak dyskryminacja, rasizm czy ubóstwo.

Dorobek wielu dziedzin życia społecznego i obszarów badawczych przyczynił się do zmian w postrzeganiu charakteru zdrowia psychicznego, jego uwarunkowań, metod zachowania i poprawy, a także do modyfikacji terminologii. Zmiany nie były jednorazowymi aktami, ale procesami, które wymagały czasu. Niektóre posunięcia trudno uznać za rewolucyjne. Na przykład w 2001 r. WHO poświęciła problematyce zdrowia psychicznego *World Health Report*, a jego publikację poprzedziły obrady okrągłego stołu ministrów zdrowia z krajów członkowskich WHO[291]. Raport był opatrzony optymistycznym podtytułem „Nowe rozumienie, nowa nadzieja"[292]. Nadzieję pokładano w rekomendowanych działaniach, takich jak np. edukacja społeczeństwa, włączenie społeczności, rodzin i konsumentów, opracowanie polityk i programów czy współpraca z innymi sektorami – a więc typowych działaniach z zakresu zdrowia publicznego. Mimo to raport spotkał się z krytyką, ponieważ główny akcent położono w nim na kwestie lecznicze[293]. Niemniej przysłużył się rosnącemu zainteresowaniu zdrowiem psychicznym.

Poniżej omówiono kilka kamieni milowych, które odegrały rolę w zmianie postrzegania zdrowia psychicznego.

4.2.1. Badania epidemiologiczne

W poszczególnych krajach i w skali międzynarodowej przybywało badań epidemiologicznych na temat stanu zdrowia psychicznego i jego korelatów. Badania te konsekwentnie wykazywały silny związek pomiędzy niekorzystnymi warunkami społecznymi i złym stanem zdrowia psychicznego. Ubóstwo, trudne dzieciństwo, przemoc to czynniki związane z gorszym stanem zdrowia psychicznego, który w kolei wiąże się z trudnościami w zdobyciu wykształcenia, mniejszymi możliwościami zatrudnienia i utratą dochodów[294].

Przykładem badań z ostatnich lat w Polsce są badania EZOP I (*Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej*)[295], realizowane w latach 2009–2012, oraz **EZOP II**, przeprowadzone w latach 2018–2021. Oba badania zostały oparte na metodologii WHO oraz konsorcjum World Mental Health (WMH), w tym na kwestionariuszu diagnostycznym pn. *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI).

Wśród rekomendacji z badania EZOP II (będących powtórzeniem rekomendacji z EZOP I) znalazły się między innymi następujące stwierdzenia[296]:

- „Kondycja psychiczna Polaków jest nie tylko kwestią ochrony zdrowia. Skala zaburzeń i ich złożone uwarunkowania, tkwiące daleko poza granicami ochrony zdrowia, wymagają wspólnego wysiłku wszystkich organów państwa, administracji rządowej i samorządowej, pracodawców, organizacji pracowników najemnych i organizacji pozarządowych. **Jest więc klasyczną kwestią zdrowia publicznego**".
- „Ochrona zdrowia nie jest w stanie w sposób decydujący wpłynąć na stan zdrowia psychicznego ludności. Skupia uwagę na działaniach medycznych, lecz jej wpływ na źródła niezadowalającej kondycji psychicznej jest ograniczony. Jej działania muszą być zdecydowanie dopełnione konsekwentnym programem promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych. Bez przełomu w tej dziedzinie będzie narastać liczba obywateli z trudnymi doświadczeniami psychicznymi, które mogą prowadzić do poważnych zaburzeń psychicznych".
- „Promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki nie można ograniczać tylko do wymienionych form działań publicznych. Kwestie zdrowia psychicznego należy uwzględnić w **programach rozwoju społeczno-gospodarczego kraju**, w reakcjach na przemiany cywilizacyjne i poziom bezpieczeństwa publicznego, podobnie jak uwzględnia się wpływ takich procesów na środowisko naturalne. Oprócz działań adresowanych do ogółu ludności konieczne są modelowe programy promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki dla społeczności lokalnych, zakładów pracy, szkół i uczelni, a także dla środowisk i osób o niższym kapitale społecznym, jak osoby bez pracy – bezrobotni, ale także emeryci, renciści, prowadzący gospodarstwa domowe, osoby o niestabilnych relacjach rodzinnych i społecznych. Nową kartę zapisują teraz skutki pandemii COVID-19".

W skali międzynarodowej przykładem jest badanie globalnego obciążenia chorobami z 1996 r., z którego wynikało, że problemy neuropsychiatryczne stanowiły 10,5% światowych DALY, czyli utraconych lat życia skorygowanych niepełnosprawnością[297]. W ostatnim badaniu globalnego obciążenia zaburzeniami psychicznymi i ich kosztów ekonomicznych opublikowanego w 2022 r. oszacowano, że w 2019 r. 418 milionów utraconych lat życia (DALY) można przypisać zaburzeniom psychicznym, czyli aż 16% globalnych DALY. Wartość ekonomiczną związaną z tym obciążeniem oszacowano na około 5 bilionów dolarów (USD). Na poziomie regionalnym straty mogą stanowić od 4% PKB we wschodniej Afryce Subsaharyjskiej do 8% w Ameryce Północnej, czyli w kraju o wysokich dochodach. Badanie

podsumowano stwierdzeniem, że obciążenie problemami zdrowia psychicznego, zarówno pod względem strat zdrowotnych, jak i ekonomicznych, może być znacznie większe niż oceniano to wcześniej za pomocą metod konwencjonalnych[298]. Badanie spotkało się z krytyką aktywistów i badaczy z powodu medykalizacji problematyki zdrowia psychicznego[299].

4.2.2. Polityki i programy

Pod ciężarem danych epidemiologicznych zaczęto uznawać zdrowie psychiczne za priorytet zdrowotny w skali świata[300]. Znalazło to m.in. wyraz w deklaracji Zgromadzenia Ogólnego ONZ z 2018 r.[301]. Obecnie, w wyniku pandemii COVID-19, a także wydarzeń geopolitycznych i zmian środowiska, jest to podkreślane jeszcze dobitniej. W 2023 r. zdrowie psychiczne umieszczono na drugim, a nadużywanie substancji psychoaktywnych na trzecim miejscu wśród 10 najważniejszych wyzwań zdrowotnych[302], a w 2024 r. (odpowiednio) na czwartym i piątym miejscu[303]. W 2025 r. problemy zdrowia psychicznego wymieniono na drugim miejscu[304]. W reakcji na jasno postawiony cel powstawały krajowe, a także międzynarodowe polityki, plany i programy działań na rzecz umacniania oraz poprawy zdrowia psychicznego.

W Polsce przykładem są **Narodowe Programy Zdrowia**. W NPZ na lata 2007–2015 wyznaczono cel strategiczny pn. „Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne"[305]. Kolejne edycje tego programu powstawały na mocy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym[306]. Jako rozporządzenia Rady Ministrów były źródłem prawa powszechnie obowiązującego. W NPZ na lata 2016–2020 wyznaczono cel operacyjny pn. „Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa"[307], a w NPZ na lata 2021–2025 cel operacyjny pn. „Promocja zdrowia psychicznego"[308]. Pomimo krytycznej oceny Najwyższej Izby Kontroli na temat realizacji i ewaluacji obu tych programów[309], nie sposób zaprzeczyć, że miały one wpływ na świadomość społeczną. Problematyka zdrowia psychicznego zaczęła być postrzegana w kontekście zdrowia publicznego.

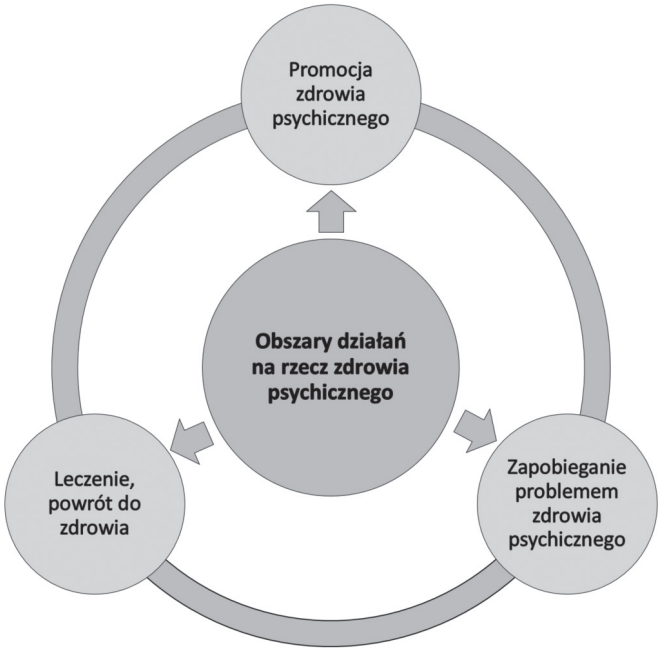
Przykładem planów na rzecz poprawy zdrowia psychicznego na arenie międzynarodowej są liczne opracowania WHO. Można wymienić przynajmniej:

- kolejne edycje atlasów zdrowia psychicznego opublikowane w 2001, 2005, 2011, 2014, 2017, 2020 oraz 2024 r.[310], w których

przedstawiono aspekty takie jak systemy informacji, rządzenie (czyli wyznaczanie priorytetowych kierunków pracy), badania naukowe, zasoby ludzkie i finansowe, działania związane ze zdrowiem psychicznym w regionach WHO;
- globalny plan działania zdrowia publicznego na lata 2017–2025 w związku z demencją[311];
- inicjatywę na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2019–2023 polegającą na udostępnianiu jakościowo dobrej opieki psychologicznej/psychiatrycznej wszystkim osobom, które jej potrzebują, i tak, aby jednocześnie nie były narażone na bariery finansowe w korzystaniu z niej (według zasady ***universal health coverage***)[312];
- **kompleksowy plan działania na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030**[313] przyjęty w maju 2013 r. na 66. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia;
- światowy raport pod hasłem „zdrowie psychiczne dla wszystkich" z 2022 r.[314];
- program działań (tzw. *mental health gap*; **mhGAP**) ukierunkowanych na zaburzenia psychiczne, neurologiczne i związane z używaniem substancji psychoaktywnych (*mental, neurological and substance use*, MNS) opublikowany w 2023 r., powiązany z wyżej wymienionymi planami[315];
- globalny plan działania na lata 2022–2030 dotyczący alkoholu[316].

Komentarz:
- → *Universal health coverage* (UHC) to **powszechne zabezpieczenie zdrowotne,** co oznacza, że wszyscy mają dostęp do pełnego zakresu wysokiej jakości usług zdrowotnych (takich, które są im potrzebne) bez narażenia na trudności finansowe.
- → Oznacza to posiadanie ubezpieczenia zdrowotnego oraz zabezpieczenia społecznego.
- → UHC obejmuje pełen zakres podstawowych usług zdrowotnych: od promocji zdrowia, przez profilaktykę, leczenie, rehabilitację, aż po opiekę paliatywną.
- → Aby to było możliwe, kraje muszą dysponować silnymi, wydajnymi i sprawiedliwymi systemami opieki zdrowotnej zakorzenionymi w społecznościach, którym służą.
- → POZ jest najskuteczniejszym i najbardziej ekonomicznym sposobem osiągnięcia tego celu[317].
- → W maju 2005 r. wszystkie państwa członkowskie WHO zobowiązały się do zapewnienia UHC[318].
- → UHC zostało zaaprobowane przez Zgromadzenie Ogólne ONZ[319] i jest jednym z Celów Zrównoważonego Rozwoju[320].

W **kompleksowym planie działań** na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030 stwierdzono, że z powodu licznych uwarunkowań zdrowia psychicznego niezbędne są **działania całego rządu** z wykorzystaniem strategii promocji zdrowia, zapobiegania, leczenia i powrotu do zdrowia (rys. 16). Podejście pn. *Cały rząd dla zdrowia* oznacza działania międzysektorowe, które pierwotnie zaanonsowano w Karcie Ottawskiej z 1986 r. na temat promocji zdrowia[321]. W planie znajduje się wiele szczegółów dotyczących proponowanej linii postępowania, w tym zasady, cele główne i zadania, wykonawcy (zestawienie 5.) oraz zbiór wskaźników globalnych do pomiaru postępów, w tym metody ich weryfikacji. Myśl przewodnia dokumentu i jego konstrukcja są charakterystyczne dla praktyki zdrowia publicznego.



Rysunek 16. Obszary działań na rzecz zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według WHO, 2021

Zestawienie 5. Zasady, cele główne i wykonawcy działań na rzecz zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według WHO, 2021

Zasady	Cele **główne**	Wykonawcy
• Powszechne zabezpieczenie zdrowotne (*universal health coverage*) • Prawa człowieka • Praktyka oparta na dowodach • Podejście w tzw. cyklu życia • Upodmiotowienie osób z zaburzeniami i niepełnosprawnością psychospołeczną	• Zapewnić przywództwo i rządzenie • Dostarczyć kompleksowych, zintegrowanych i responsywnych usług/świadczeń dot. zdrowia psychicznego i opieki społecznej • Wdrożyć strategie zapobiegania i promocji zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego • Wzmocnić systemy informacyjne, dowody i badania w obszarze zdrowia psychicznego	• Kraje członkowskie WHO • Sekretariat WHO • Partnerzy krajowi i międzynarodowi

Komentarz:

→ Rolą programu **mhGAP** jest asystowanie krajom członkowskim WHO, zwłaszcza tym o niskich i średnich dochodach, w działaniach dot. MNS realizowanych przez pracowników ochrony zdrowia niebędących specjalistami zdrowia psychicznego.

→ Obejmuje to m.in. lekarzy, pielęgniarki i innych pracowników systemu zdrowia zatrudnionych w POZ.

→ Program mhGAP wdrożyło ponad 100 krajów. Polska jest ostatnim, który dołączył do tej grupy w Regionie Europejskim[322].

Kolejnym przykładem polityk w skali międzynarodowej jest stanowisko **UE**. Przed pandemią COVID-19 jedna na sześć osób w UE doświadczała problemów psychicznych. Sytuacja uległa pogorszeniu wraz z bezprecedensowymi kryzysami (w tym kryzysem finansowym w strefie euro, kryzysem migracyjnym i klimatycznym), jakie miały miejsce w ostatnich latach. Pandemia wywarła dodatkową presję na zdrowie psychiczne, zwłaszcza wśród osób młodych i tych, u których wcześniej wystąpiły tego typu problemy. W badaniu pn. *Headway – Mental Health Index* z 2023 r., przeprowadzonym w 27 krajach UE dla think-tanku European House-Ambrosetti, ustalono, że:

- 62% obywateli EU-27 odczuwało psychiczne skutki tzw. polikryzysu (zmiany geopolityczne, napięcia społeczne, zmiana klimatu, koszty życia, spowolnienie wzrostu gospodarczego);

- 25% zaznało trudności w dostępie do opieki nad zdrowiem psychicznym dla siebie lub członka rodziny;
- 77% było przekonanych, że pacjenci z problemami zdrowia psychicznego są przez społeczeństwo traktowani inaczej niż inni pacjenci;
- wyniki uzyskane w polskiej populacji były wyższe niż średnia EU-27 i wynosiły odpowiednio: 70%, 28%, 78%[323].

Aby zaradzić temu kryzysowi, Komisja Europejska, uznając zdrowie psychiczne za integralną część zdrowia, ogłosiła 20 inicjatyw w zakresie zdrowia psychicznego, a na ich finansowanie w najbliższych latach przeznaczyła 1,23 miliarda euro z różnych instrumentów finansowych. Przyjęto przy tym trzy zasady przewodnie: odpowiednia i skuteczna profilaktyka, dostęp do jakościowo dobrej i niedrogiej opieki medycznej oraz powrót do zdrowia i społeczeństwa[324, 325].

4.2.3. Badania ewaluacyjne

Implementacja i ewaluacja polityk, planów i programów dostarcza wiedzy oraz dowodów na temat skuteczności prowadzonych interwencji. W 2002 r. WHO udostępniła opracowanie, w którym silny akcent położono na metody badawcze służące do oceny wyników interwencji w zakresie zdrowia psychicznego[326]. Jedno z pierwszych opracowań podsumowujących koncepcje i skuteczność działań w promocji zdrowia psychicznego pochodzi z 2005 r.[327]. W 2007 r. w serii pięciu artykułów opublikowanych w czasopiśmie „The Lancet" dokonano syntezy dziesięcioleci interdyscyplinarnych badań i praktyki w różnych obszarach[328].

W ostatnich kilku latach notuje się wzrost liczby nowych publikacji poświęconych skuteczności różnych działań na rzecz zdrowia psychicznego, w tym przeglądów systematycznych. Mimo że przybywa dowodów na temat skuteczności i efektywności finansowej interwencji, to **potrzebne są dalsze badania**. Na przykład kanadyjskie stowarzyszenie Canadian Mental Health Association w 2019 r. rekomendowało, aby szybko zająć się powiększeniem i wzmocnieniem bazy dowodowej, w tym wsparciem dla ewaluacji działań oraz analizy ekonomicznej[329]. O wzmocnieniu bazy dowodów pisano w kompleksowym planie działania WHO na lata 2013–2030. W raporcie WHO z września 2025 r. podano, że w latach 2015–2019 zdecydowaną większość światowych nakładów na badania w obszarze zdrowia

psychicznego skierowano na badania podstawowe i na temat etiologii chorób (56%) oraz zagadnienia kliniczne (36,9%). **Na badania nad profilaktyką wydano zaledwie 7,1% środków[330].**

Zwraca się uwagę na **potrzebę wyznaczenia priorytetów badawczych[331]**. Na przykład w Wielkiej Brytanii zaproponowano 4 priorytety badań na dekadę lat 20. XXI w. Są to badania ukierunkowane na zmniejszenie o połowę liczby dzieci, u których występują przewlekłe problemy ze zdrowiem psychicznym, lepsze zrozumienie powiązań zdrowia fizycznego i psychicznego, a także poświęcone metodom i dostępowi do leczenia, wsparcia i innych form postępowania[332]. Wyznaczanie priorytetów jest zależne od danego kontekstu. Jest też związane z optyką osób je wyznaczających. Naukowcy większą wagę przywiązują do terapii, diagnozy, metod i standardów, a potencjalni beneficjenci do badań nad terapiami, standardami, edukacją, psychologią zaburzeń. Z tego powodu ważne są partycypacyjne metody badawcze i zaangażowanie społeczności w projektowanie badań[333].

4.2.4. Terminologia

W piśmiennictwie anglojęzycznym najwcześniej pojawił się termin ***mental health promotion***, czyli **promocja zdrowia psychicznego**. Często był definiowany jako echo promocji zdrowia w rozumieniu Karty Ottawskiej i proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem psychicznym oraz jego uwarunkowaniami, a tym samym poprawę zdrowia psychicznego[334].

Od 1998 r. wydawane jest czasopismo „International Journal of Mental Health Promotion". W jego pierwszym numerze podano następującą definicję promocji zdrowia psychicznego: proces poprawy zdolności jednostek i społeczności do podjęcia kontroli nad swoim życiem i poprawy zdrowia psychicznego. Proces opiera się na strategiach wspierania odporności osób i środowiska z poszanowaniem kultury, równości, sprawiedliwości społecznej, interakcji oraz godności osobistej[335].

Artykuły na temat promocji zdrowia psychicznego od dawna ukazują się we flagowych pismach dotyczących promocji zdrowia „Health Promotion International" oraz „International Journal of Health Promotion and Education", a także w innych periodykach naukowych związanych z tą dyscypliną.

Komentarz:

→ Promocja zdrowia psychicznego bywa interpretowana w różny sposób[336]:
  - jako działanie, którego celem jest poprawa zdrowia psychicznego społeczeństwa poprzez wzmocnienie dobrostanu (*well-being*) zarówno w perspektywie hedonistycznej (szczęście, przyjemność), jak i eudajmonistycznej (odporność, poczucie panowania nad własnym losem, poczucie koherencji, samorealizacja)[337, 338];
  - jako proces zwiększania potencjału jednostek i społeczności do sprawowania kontroli nad własnym życiem oraz poprawy zdrowia psychicznego poprzez zwiększanie poczucia własnej wartości, nabywanie umiejętności radzenia sobie oraz budowania więzi społecznych[339].

→ Bywają definicje, które zrównują promocję zdrowia psychicznego z profilaktyką, jak np. ta: działanie, które ma na celu poprawę dobrostanu społecznego, duchowego i emocjonalnego poprzez tworzenie sprzyjających warunków życia i środowisk, które wzmacniają więzi międzyludzkie, budowanie siły powrotu do zdrowia oraz kompetencji i odporności jednostek i społeczności; kluczowym komponentem promocji zdrowia psychicznego są strategie profilaktyczne[340].

→ W NPZ na lata 2021–2025 wśród zadań służących realizacji celu operacyjnego 3: Promocja zdrowia psychicznego wskazano realizację projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej"[341].

Stosunkowo niedawno zaczęto używać terminu ***mental public health***, co można dosłownie przetłumaczyć na język polski jako „psychiczne zdrowie publiczne" albo – w wolnym tłumaczeniu – jako **zdrowie publiczne skupione na zdrowiu psychicznym**. Taką gałąź zdrowia publicznego definiuje się następująco:

- sztuka, nauka i polityka budowania społeczeństwa, które jest psychicznie zdrowe[342];
- sztuka i nauka poprawy zdrowia i dobrostanu psychicznego oraz zapobiegania chorobom psychicznym poprzez zorganizowane wysiłki i świadome wybory społeczeństwa, organizacji publicznych i prywatnych, społeczności i jednostek[343];
- działalność polegająca na promocji zdrowia psychicznego, zapobieganiu zaburzeniom psychicznym i samobójstwom, zmniejszaniu nierówności dotyczących zdrowia psychicznego oraz organizowaniu podaży odpowiednich świadczeń zdrowotnych i współrządzeniu[344];

- działalność, która wykorzystuje populacyjne podejście do zdrowia psychicznego i obejmuje leczenie, zapobieganie zaburzeniom oraz promocję zdrowia psychicznego przy wykorzystaniu oceny potrzeb (diagnoza), planowania, wdrożenia i ewaluacji[345].

W ostatniej definicji jednoznacznie stwierdzono, że zdrowie publiczne skupione na zdrowiu psychicznym obejmuje leczenie chorób. Różni się to od klasycznego ujęcia zdrowia publicznego, w którym nie stawia się bezpośrednich celów terapeutycznych. Zarazem jest to zgodne z opinią WHO zawartą w planie działań na rzecz zdrowia psychicznego na lata 2013–2030[346].

Ponadto często używany jest termin ***global mental health***, a więc **globalne zdrowie psychiczne**. Jest to dziedzina badań i praktyki, której celem jest zapobieganie zaburzeniom, leczenie zaburzeń psychicznych i związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, a także promowanie zdrowia psychicznego jednostek i społeczności na całym świecie. Podejście to eksponuje sprawiedliwość w zakresie zdrowia psychicznego. Opiera się na wielu dziedzinach i dyscyplinach, takich jak neuronauka, genomika, nauki społeczne (zwłaszcza psychologia, antropologia medyczna, socjologia), epidemiologia, badania świadczeń zdrowotnych i wdrożeniowe oraz na translacji wiedzy[347,348].

Ten obszar działalności związanej ze zdrowiem psychicznym jest odpowiednikiem **globalnego zdrowia publicznego**, które dąży do poprawy zdrowia ludności w skali świata, skupiając się na czynnikach w sposób bezpośredni lub pośredni przekraczających granice państw i wymagających globalnej współpracy. W 2018 r. komisja pn. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development zaproponowała interpretowanie globalnego zdrowia publicznego w zgodzie z paradygmatem zrównoważonego rozwoju oraz Celami Zrównoważonego Rozwoju (Sustainable Development Goals)[349]. Celów tych nie można osiągnąć, jeśli zdrowie psychiczne nie zostanie uznane za kluczowy priorytet globalny[350]. Głównym celem jest sprawiedliwość i solidarność między narodami[351], a zdrowie psychiczne jest rozumiane jako globalne dobro publiczne.

4.2.5. Integracja zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego

W piśmiennictwie podkreśla się **potrzebę integracji zdrowia psychicznego i zdrowia publicznego**[352], w tym łączenia problematyki

zdrowia psychicznego i fizycznego. Zdrowie publiczne zakłada szerokie spojrzenie na zdrowie psychiczne i oferuje znaczne możliwości wyjścia poza poziom indywidualny. Profesjonaliści z obszaru zdrowia psychicznego mogliby zyskać nową perspektywę, szersze instrumentarium dla swojej pracy i szersze grono odbiorców. Profesjonaliści zdrowia publicznego mogliby zdobyć nową wiedzę i nowe doświadczenia. Jednak w praktyce wciąż dominuje podejście zmedykalizowane, w którym głównym kierunkiem pracy jest wyeliminowanie różnic w procesie leczenia[353, 354]. Aspekty społeczne, ekonomiczne, strukturalne oraz polityczne nadal są uwzględniane w niewystarczającym stopniu.

Zarazem w ciągu ostatnich dwudziestu lat doszło do dwóch rewolucyjnych zmian w krajobrazie kulturowym. Po pierwsze, nastąpiły zmiany w świadomości społecznej i wzrost rzecznictwa w sprawie zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia. Chociaż zjawisko to wystąpiło w krajach Globalnej Północy, wywarło ono presję polityczną na rządy i instytucje w innych krajach na całym świecie. Po drugie, doszło do ukształtowania się bardziej otwartej postawy wobec problemów takich jak depresja, zwłaszcza wśród milenialsów (urodzeni w latach 1981–1996) i w pokoleniu Z (urodzeni w latach 1997–2012). Skutkuje to m.in. częstszym poszukiwaniem pomocy profesjonalnej, ale też oczekiwaniem wsparcia od rodziny, przyjaciół i społeczności[355].

W piśmiennictwie widoczne są opinie, że praktyczne **włączenie tematyki zdrowia psychicznego do obszaru zdrowia publicznego i połączenie ich jest powolne oraz niewystarczające**. Dla przykładu, w 2023 r. opublikowano wyniki przeglądu systematycznego piśmiennictwa, w którym szacowano udział tematyki dotyczącej profilaktyki pierwotnej problemów psychicznych w publikacjach poświęconych zdrowiu psychicznemu, które ukazały się w czasopismach związanych z dziedziną zdrowia publicznego. Stwierdzono, że pozycje poświęcone metodom profilaktyki pierwotnej stanowiły zaledwie 2,2% piśmiennictwa o zdrowiu psychicznym w czasopismach z dziedziny zdrowia publicznego. Wskazuje to, że **czasopisma związane ze zdrowiem publicznym nie są szerokim polem wymiany doświadczeń oraz dowodów** na temat wdrażania i skuteczności interwencji tego rodzaju[356]. Przeważająca większość publikacji na temat zdrowia psychicznego dotyczyła spraw ogólnych – informacji epidemiologicznych, klinicznych, o dostępie do usług itp. Autorzy artykułu podsumowali te wyniki

stwierdzeniem, że dziedzina zdrowia publicznego musi włożyć więcej wysiłku w zachęcanie do badań nad profilaktyką pierwotną chorób psychicznych. Wyniki te pokazują również, że **badania z obszaru zdrowia psychicznego są publikowane głównie w czasopismach branżowych.**

Powolność integracji ma liczne przyczyny. Generuje to straty dla obu dziedzin.

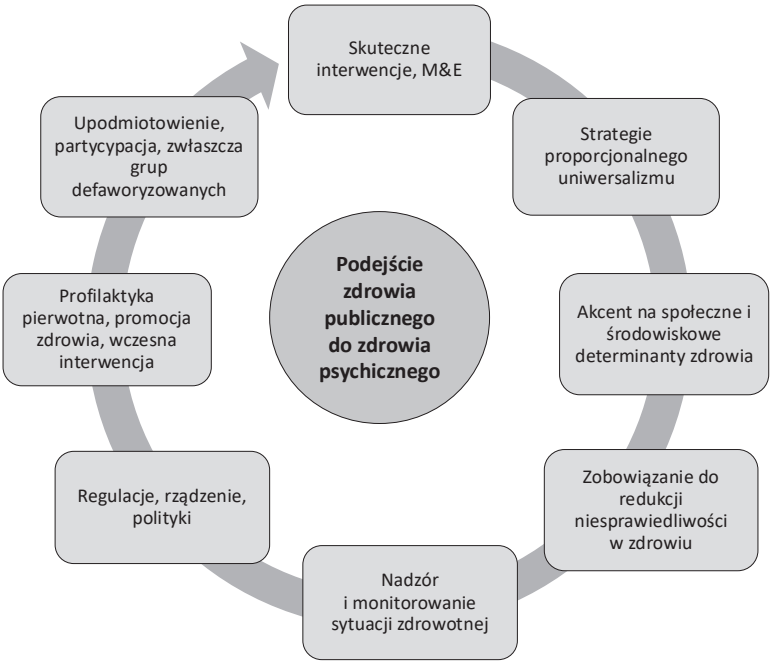
Komentarz:

→ Brak integracji między zdrowiem publicznym a zdrowiem psychicznym opisano w październiku 2025 r. na blogu Global Mental Health Action Network w następujący sposób:

„Zróżnicowana, globalna grupa ekspertów klinicznych, akademickich i z zakresu zdrowia publicznego, specjalistów ds. polityki i wdrażania, darczyńców i ekspertów przez doświadczenie zebrała się [...] w Nowym Jorku w kwietniu 2025 r., aby omówić, w jaki sposób zintegrowana profilaktyka i opieka w zakresie zdrowia psychicznego i chorób niezakaźnych mogą stać się rzeczywistością na całym świecie. Ten okrągły stół (odbywający się na marginesie wielostronnego posiedzenia ONZ na temat chorób niezakaźnych i zdrowia psychicznego) został poprowadzony przez Global Mental Health Action Network oraz World Federation of Public Health Associations [...]. Jednak zamiast z nadzieją i optymizmem (co było naszym zamiarem), opuściliśmy spotkanie z frustracją. Źródło naszej frustracji było oczywiste: na całym świecie (w krajach o niskich, średnich i wysokich dochodach) wielu praktyków i badaczy wykonuje skuteczną pracę, integrując profilaktykę i opiekę nad osobami zagrożonymi lub żyjącymi z problemami zdrowia psychicznego i fizycznego. Jednak skala tych programów, ich świadomość i finansowanie, a także zaangażowanie w nie są ograniczone. Innymi słowy, istnieją skuteczne interwencje wspierające, zapobiegające cierpieniu i niwelujące rosnące nierówności wśród osób żyjących z chorobami niezakaźnymi i zaburzeniami psychicznymi. Jednak wdrażanie takich interwencji jest znikome nawet w krajach o wysokich dochodach. Ten brak wdrażania narusza prawo do zdrowia i prowadzi do cierpienia na skalę całej populacji, któremu można zapobiec, szeroko zakrojonych negatywnych skutków i związanych z tym kosztów ekonomicznych”[357].

4.3. Podejście, interwencje

Podejście zdrowia publicznego do rozwiązywania problemów zdrowotnych, które opisano w rozdziale 3.2, dotyczy również problematyki zdrowia psychicznego. W nieco innym ujęciu przedstawiono je na rysunku 17. Szczególnym wyzwaniem w tym obszarze jest zapobieganie stygmatyzacji[358] i dyskryminacji zarówno ze strony społeczeństwa[359, 360, 361], jak i profesjonalistów[362].



Rysunek 17. Podejście zdrowia publicznego do problematyki zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według Victorian Government, 2021[363]

W obszarze zdrowia psychicznego od dawna dużą wagę przykłada się do opierania działań na **teoriach i dowodach.** Aspekty te uwzględniono np. w opracowaniu pt. *Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków*[364] oraz pt. *Oddziaływać skutecznie. Profilaktyka oparta na podstawach naukowych i dowodach*[365]. W Europejskim Programie Profilaktyki[366] zaprezentowano wybrane **teorie** użyteczne w pracy profilaktycznej (zestawienie 6.).

Zestawienie 6. Przegląd niektórych teorii wykorzystywanych w profilaktyce. Źródło: Ostaszewski K i wsp., 2022

Teorie mające zastosowanie w profilaktyce	
Teoria społecznego uczenia się (Bandura, 1977)	Ludzie uczą się zachowań poprzez obserwację, naśladowanie oraz zapamiętanie danego zachowania i wypróbowanie go we własnym działaniu. Zjawisko to zwane jest modelowaniem
Teoria zachowań problemowych (Jessor i Jessor, 1977)	Wiele zachowań problemowych ma taki sam bądź wspólny „rdzeń" lub podstawę, która jest wynikiem interakcji cech jednostki i jej środowiska
Ekologiczna teoria rozwoju (Bronfenbrenner, 1979)	Zewnętrzne systemy lub kontekst społeczny, w których jednostka funkcjonuje, wpływają istotnie na jej zachowanie
Teoria planowanego zachowania (Ajzen, 1991)	Postawy i zachowania są powiązane ze sobą, trzy grupy przekonań/postaw kształtują zachowanie: przekonania na temat skutków lub konsekwencji danego zachowania; przekonania normatywne dotyczące stopnia rozpowszechnienia i społecznej akceptacji danego zachowania; przekonania dotyczące tego, na ile łatwo bądź trudno będzie podjąć dane zachowanie
Teorie specyficzne dla profilaktyki	
Teoria triadycznego wpływu (Flay i Petraitis, 2003)	Trzy rodzaje wpływów przyczyniają się do pojawiania się zachowań ryzykownych: czynniki kulturowe (np. postrzegana tolerancja dla picia alkoholu przez młodzież w okresie dorastania); czynniki społeczne lub interpersonalne (np. posiadanie rodziców, którzy używają substancji psychoaktywnych); czynniki jednostkowe (np. słaba kontrola nad zachowaniami impulsywnymi)
Czynniki ryzyka i czynniki chroniące (Hawkins i wsp., 1992)	Czynniki ryzyka i czynniki chroniące związane z używaniem substancji psychoaktywnych dzielą się na czynniki społeczne i kulturowe, które są źródłem prawnych i normatywnych oczekiwań dotyczących zachowania, a także na czynniki wewnętrzne i interpersonalne (rodzina, klasa szkolna i rówieśnicy)

Koncepcja pozytywnego rozwoju młodzieży (Catalano i wsp., 1999)	Istotne jest wzmacnianie prorozwojowych zasobów i wspieranie pozytywnego rozwoju młodych ludzi
Teoria *resilience* (Werner i wsp., 1989)	Niektórzy ludzie dobrze się rozwijają, poprawnie funkcjonują i osiągają sukcesy mimo niekorzystnej sytuacji lub trudnych warunków życiowych i/lub traumatycznych zdarzeń
Teoria wychowującego środowiska (Biglan i Hinds, 2009)	Łączy wiele aspektów przytoczonych wyżej teorii, skupiając się na redukcji ryzyka oraz promowaniu procesów *resilience* i pozytywnych czynników

Amerykańska agencja CDC do teorii mających zastosowanie w odniesieniu do samobójstw zalicza model przekonań zdrowotnych, teorię społeczno-poznawczą oraz model transteoretyczny (stadiów zmiany)[367].

Dowody skuteczności metod skierowanych na zapobieganie problemom zdrowia psychicznego (także podejmowanych w zaburzeniach i chorobach psychicznych) można znaleźć w anglojęzycznym internecie, np. na stronach **National Institute for Health and Care Excellance (NICE), Community Preventive Services Task Force (Community guide), US Preventive Task Force, Cochrane Collaboration (Cochrane Library), Campbell Collaboration**.

W poszukiwaniu dowodów przydatne jest narzędzie **Conceptual Framework for Public Mental Health**[368]. Jest to interaktywne narzędzie internetowe, w którym zgromadzono dowody z badań akademickich, raportów oraz konsultacji z praktykami i społeczeństwem dotyczące czynników związanych ze zdrowiem psychicznym. Zamieszczono w nim także aktywne linki do odpowiedniego piśmiennictwa na temat doświadczeń i dowodów. Narzędzie zostało opracowane przez National Institute for Health and Care Research (NIHR), School for Public Health w programie pn. Research Public Mental Health Programme w 2021 r.[369]. W ramach NIHR działa partnerstwo dziewięciu wiodących ośrodków doskonałości akademickich badań nad zdrowiem publicznym w Anglii[370].

Agencja UE ds. Narkotyków (EUDA) prowadzi portal najlepszych praktyk i bazę dowodów[371].

Liczne wskazówki dotyczące skutecznych metod w działaniach profilaktycznych, które wyodrębniono w doświadczeniach międzynarodowych, znajdują się we wspomnianym opracowaniu

pt. ***Europejski Program Profilaktyki*** oraz w publikacji pt. ***Standardy profilaktyki***[372]. Dwa opracowania australijskie pt. *Evidence-based mental health promotion resource* zawierają przegląd dowodów skuteczności w promocji zdrowia psychicznego oraz wyjaśnienia dotyczące różnych strategii działania[373, 374].

Komentarz:

- → **Adaptacja do własnych warunków cudzych programów**, których skuteczność wykazano w miejscu ich realizacji, nie daje gwarancji sukcesu.
- → Adaptacja wymaga dużej rozwagi przy implementacji[375, 376, 377, 378, 379, 380] oraz – bezwarunkowo – rygorystycznej ewaluacji.
- → W 2008 r. przedstawiono schemat (tzw. model) PRISM, który ma na celu usprawnienie translacji (przeniesienia) działań sprawdzonych w badaniach do praktyki.
- → Obecnie model PRISM/RE-AIM zyskuje coraz więcej zastosowań[381, 382, 383].

Informacji na temat skutecznych programów dotyczących zdrowia psychicznego zrealizowanych w Polsce dostarcza ***System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego***[384]. System działa od 2010 roku w wyniku współpracy Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (powstałego z połączenia Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych), Ośrodka Rozwoju Edukacji oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Inicjatywa służy do oceny programów promocji zdrowia psychicznego, profilaktyki uzależnień (narkomanii, problemów alkoholowych) oraz programów profilaktyki innych zachowań problemowych dzieci i młodzieży. Do oceny programów stosowane są określone standardy i kryteria oceny jakości[385]. Programy, które spełniają warunki, mogą być zakwalifikowane jako obiecujące, dobre praktyki bądź programy modelowe[386].

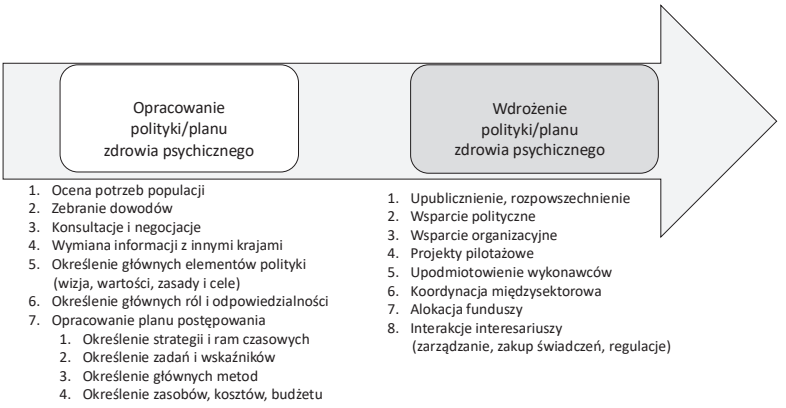
Interwencje (polityki i programy) opisane w rozdziale 3.3 znajdują zastosowanie w obszarze zdrowia psychicznego.

Według WHO polityka dotycząca zdrowia psychicznego to zorganizowany zbiór wartości, zasad i celów ukierunkowanych na poprawę zdrowia psychicznego i zmniejszenie obciążenia chorobami psychicznymi w populacji. Określa ona główny kierunek przyszłej pracy. Natomiast program koncentruje się na konkretnych problemach zdrowia psychicznego, które wymagają działań skoncentrowanych (np. przemoc domowa). Przybiera on formę, w której szczegółowo opisuje się sposoby implementacji. Polityki i programy mogą

poprawić jakość i dostępność usług, opiekę społeczną, udział pacjentów i ich rodzin oraz poziom zdrowia psychicznego populacji[387].

Procesy planowania interwencji (polityk, programów) związanych ze zdrowiem psychicznym (rys. 18) są bliźniaczo podobne do procesów w zdrowiu publicznym. Zarówno programy, które są relatywnie krótkotrwałą inicjatywą, jak i polityki, mają swój cykl życia i wymagają równie starannego zaplanowania. Dotyczy to m.in.:

- wyboru strategii i ram czasowych na podłożu istniejących teorii, dowodów naukowych i informacji;
- zdefiniowania zadań i wskaźników;
- określenia głównych działań i sposobu ich realizacji;
- ustalenia zakresu i sposobu monitorowania oraz ewaluacji.



Rysunek 18. Projektowanie oraz wdrażanie polityki (planu) dotyczącej zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według WHO, 2005

4.3.1. Interwencje na poziomie krajowym

Poniżej podano dwa przykłady interwencji narodowych. Pierwszy dotyczy krajowego planu promocji zdrowia w Irlandii na lata 2024–2030[388]. Drugi – to wytyczne WHO mające na celu ochronę oraz promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu poprzez działania we wszystkich sektorach administracji publicznej[389]. Wytyczne te, opublikowane 25 listopada 2025 r., stanowią drogowskaz dla krajów członkowskich WHO, jak w praktyce zrealizować zasadę HiAP.

W planie irlandzkim, który liczy 30 stron, znalazły się m.in.:

- uzasadnienie dla planu;
- sposób jego opracowania i uzgodnienia;

- misja („Zdrowa Irlandia, w której pozytywne zdrowie psychiczne (*positive mental health*), czyli zasób wspierający adaptację, a nie brak choroby czy zaburzenia, oraz dobrostan są aktywnie promowane, wspierane i uznawane za wartość w społeczeństwie i całym rządzie");
- cele i zadania;
- sposoby implementacji (przywództwo, partnerstwo, badania i dowody);
- działania w obrębie poszczególnych zadań wraz ze wskazaniem lidera (instytucji wiodącej) oraz partnerów wspierających.

Opracowanie to stanowi podstawę do dalszych ogólnokrajowych kroków, w tym badań oraz tworzenia precyzyjnych polityk i programów. Cele i zadania w nim wymienione podano w zestawieniu 7.

Zestawienie 7. Cele i zadania krajowego planu promocji zdrowia w Irlandii na lata 2024–2030. Opracowanie własne według Government of Ireland, Department of Health, 2024

Cel	Zadanie
Wzmocnić fundamenty pozytywnego zdrowia psychicznego we wczesnych latach życia	Zwiększyć dostęp do wsparcia przedporodowego i poporodowego, które poprawia dobrostan psychiczny matki i dziecka
	Zidentyfikować czynniki wspomagające i wspierające, które wpływają na korzystny rozwój społeczny i emocjonalny niemowląt we wczesnych latach życia, aby wykorzystać to do polityki i praktyki
	Dążyć do włączenia pozytywnego podejścia do zdrowia psychicznego w inicjatywy wsparcia rodziców
Wspierać rozwój społeczny i emocjonalny dzieci i młodzieży	Zwiększać możliwości rozwoju zawodowego specjalistów pracujących w zakresie wczesnej edukacji i opieki, edukacji podstawowej, ponadpodstawowej, szkolnictwa wyższego oraz działających wolontaryjnie w usługach dla młodzieży, aby lepiej wspierać rozwój społeczny i emocjonalny dzieci i młodzieży
	Poprawić możliwości rozwoju społecznego i emocjonalnego dzieci i młodzieży poprzez realizację ustawowych i pozaustawowych powszechnych programów oraz wsparcie
	Zapewnić ukierunkowane wsparcie społeczne, emocjonalne i behawioralne, niezbędne do opieki nad zdrowiem psychicznym i dobrostanem dzieci i młodych osób najbardziej narażonych na rozwój problemów ze zdrowiem psychicznym
	Promować korzyści płynące z uczenia się przez całe życie, gdyż wspiera to zdrowie psychiczne i dobrostan

Cel	Zadanie
Wzmocnić poczucie przynależności do społeczności, relacje i więzi społeczne	Promować pozytywne zdrowie psychiczne i dobrostan w całym cyklu życia poprzez programy zaangażowania społeczności i upodmiotowienia, zwłaszcza w odniesieniu do grup podatnych (wrażliwych)
	Rozszerzyć zakres przepisywania społecznego (recepty społecznej, *social prescribing*) jako narzędzia poprawy zdrowia psychicznego dla zmarginalizowanych i wrażliwych grup w społeczności
	Współpracować po partnersku z kluczowymi interesariuszami w społeczności, aby wdrożyć różne rozwiązania w zakresie sieci społecznościowych, kapitału społecznego i innych form wsparcia, które promują zdrowie psychiczne i dobrostan dzięki zaangażowaniu społeczności
	Opracowywać i wdrażać wsparcie cyfrowe w celu promowania zdrowia psychicznego w całym cyklu życia
Zintegrować promocję zdrowia z miejscem pracy	Wspierać zdrowe miejsca pracy poprzez integrację promocji zdrowia psychicznego z inicjatywami na rzecz zdrowia i dobrostanu w miejscu pracy
	Zachęcać do tworzenia środowisk pracy sprzyjających zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi poprzez odpowiednie inicjatywy polityczne oraz ułatwiać ich tworzenie
	Zwiększać dostęp do wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego w miejscu pracy dla pracowników doświadczających problemów ze zdrowiem psychicznym, aby pomóc im w utrzymaniu miejsc pracy
	Wspierać doskonalenie polityki zabezpieczenia społecznego i programów Aktywnego Rynku Pracy dla osób bezrobotnych
Zająć się społecznymi uwarunkowaniami zdrowia psychicznego i zmniejszyć nierówności w zakresie zdrowia psychicznego, zwłaszcza w przypadku grup defaworyzowanych, zmarginalizowanych, wrażliwych	Zwiększać skalę istniejących inicjatyw na rzecz promocji zdrowia psychicznego dla grup ludności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji, zmarginalizowanych i wrażliwych, a także wzmocnić te inicjatywy
	Przeciwdziałać negatywnemu wpływowi dyskryminacji, rasizmu i wykluczenia społecznego na zdrowie psychiczne i dobrostan ludności poprzez działania podejmowane przez odpowiednie resorty rządowe
	Wzmocnić ochronę socjalną, opiekę społeczną i upodmiotowienie, aby wspierać grupy ludności żyjące w ubóstwie i zwiększać dostęp do kompleksowego wsparcia, które będzie promować i chronić zdrowie psychiczne i dobrostan osób i rodzin o niskich dochodach

Cel	Zadanie
	Promować znaczenie dostępu do wysokiej jakości mieszkań i środowiska domowego, aby wspierać pozytywne zdrowie psychiczne i dobrostan
Umieścić promocję zdrowia psychicznego w głównym nurcie polityk i programów rządowych	Wzmocnić integrację promocji zdrowia psychicznego z takimi politykami i planami krajowymi oraz lokalnymi, które mają wpływ na zdrowie i dobrostan
	Opracować międzysektorowe podejście do zwiększania świadomości społecznej na temat zdrowia psychicznego i dobrostanu poprzez krajowe kampanie komunikacyjne
	Zapewnić integrację promocji zdrowia psychicznego z rutynową opieką zdrowotną

Wytyczne WHO także są przykładem myślenia i działania zgodnie z zasadami promocji zdrowia. Można je interpretować jak uszczegółowienie planu irlandzkiego. W wytycznych, które liczą 207 ponumerowanych stron, znalazły się informacje wprowadzające, w tym dotyczące wymagań, które powinny być spełnione, aby w poszczególnych krajach utworzyć odpowiednie polityki, wdrożyć je i poddać ewaluacji (wola polityczna, zaangażowanie interesariuszy, zasoby finansowe, mechanizmy, które zapewnią odpowiedzialną działalność). Wymieniono też osiem etapów tworzenia polityk krajowych. Następnie wskazano cel, zakres i zastosowania wytycznych, a także sposób opracowania tego materiału.

W zasadniczej części opisano i wymieniono kierunki polityczne (dyrektywy) i strategie działania zalecane dla poszczególnych sektorów administracji rządowej (zestawienie 8.). Łącznie wytyczne obejmują 10 sektorów administracji rządowej, wskazują 44 kierunki pracy oraz 156 strategii działania. W odniesieniu do każdej strategii określono przykładowe wskaźniki do ewaluacji oraz podano ich definicje i sugerowane źródło danych. W zestawieniu 8. podano kierunki polityki zalecane dla poszczególnych sektorów (resortów) oraz liczbę wskazanych strategii działania i wskaźników do ewaluacji. Więcej informacji na ten temat podano w rozdziale 8.

Zestawienie 8. Kierunki polityki mające na celu ochronę i promowanie zdrowia psychicznego i dobrostanu we wszystkich sektorach rządowych. Opracowanie własne według WHO, 2025

Sektor	Kierunki polityki	Liczba strategii i wskaźników
Między-sektorowe inicjatywy rządu	Nadać priorytet zdrowiu psychicznemu w agendzie politycznej	4
	Objąć przywództwo i podjąć odpowiedzialność za poprawę zdrowia psychicznego w kraju	3
	Zobowiązać się do zapewnienia odpowiedniego budżetu na zdrowie psychiczne	3
Kultura, sztuka, sport	Wykorzystać dziedzictwo kulturowe i podejścia oparte na kulturze, aby stawić czoła wyzwaniom, które wpływają na zdrowie psychiczne i dobrostan społeczności	5
	Promować działalność kulturalną i artystyczną w celu zwiększenia integracji społecznej, zdrowia psychicznego i dobrostanu oraz zwiększać świadomość na temat problemów ze zdrowiem psychicznym	4
	Wspierać sport i aktywność fizyczną w celu promowania zdrowia psychicznego i dobrostanu, zachęcać do udziału w różnych formach ruchu	7
Obrona narodowa, weterani	Wdrożyć środki zapobiegające nękaniu, przemocy i nadużyciom oraz zwalczać stygmatyzację i dyskryminację	3
	Zająć się problemami zdrowia psychicznego, promować dobrostan żołnierzy, weteranów i ich rodzin	8
	Zapewnić różne świadczenia socjalne i wsparcie ze strony społeczności dla weteranów i ich rodzin	3
Edukacja	Wdrożyć systemowe reformy w celu stworzenia bezpiecznego środowiska, promowania integracji, przeciwdziałania dyskryminacji oraz budowania zdrowia psychicznego i dobrostanu	5
	Tworzyć sprzyjające środowiska w placówkach edukacyjnych, aby promować integrację, społeczno-emocjonalne uczenie się, umiejętności życiowe, zdrowie psychiczne i dobrostan oraz podnosić kulturę pracy	3

Sektor	Kierunki polityki	Liczba strategii i wskaźników
	Wszystkim uczniom i pracownikom zapewnić różne, dostępne i dobre jakościowo, usługi w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołecznego	2
Praca	Promować inkluzywność, zapobiegać dyskryminacji, dbać o poszanowanie praw człowieka	4
	Oceniać czynniki ryzyka zawodowego w środowiskach pracy w różnych organizacjach, firmach i przedsiębiorstwach, zapobiegać im i zarządzać nimi	5
	Rozwijać kulturę pracowników i miejsca pracy, aby sprzyjać zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi	5
	Zachęcać do wczesnego poszukiwania pomocy w przypadku pracowników doświadczających trudności emocjonalnych oraz ułatwiać jej poszukiwanie, a także wspierać powrót do zdrowia	3
Ochrona środowiska, zmiana klimatu	Zwiększać znaczenie zagadnień zdrowia psychicznego w kierownictwie sektora ochrony środowiska i przeciwdziałania zmianom klimatu	3
	Wdrażać środki mające na celu ochronę środowiska, przeciwdziałanie zmianom klimatu i wspieranie zdrowia psychicznego i dobrostanu	4
	Współpracować z sektorem zdrowia psychicznego w celu tworzenia zrównoważonych usług i rozwiązywania problemów klimatycznych i środowiskowych	2
	Współpracować z lokalnymi społecznościami w celu rozwiązywania problemów zdrowia psychicznego związanych ze środowiskiem i zmianami klimatu	3
Zdrowie	Wzmocnić rządzenie w zakresie zdrowia psychicznego	4
	Utworzyć kompleksowe usługi w zakresie zdrowia psychicznego i zapewnić wsparcie dla tej części systemu zdrowia	5
	Wprowadzić szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego dla pracowników służby zdrowia i skupić się na tym	4

Sektor	Kierunki polityki	Liczba strategii i wskaźników
Sprawy wewnętrzne	Zreformować role organów ścigania i służb ratunkowych, które interweniują w kryzysach zdrowia psychicznego	3
	Promować zdrowie psychiczne i dobrostan wśród policji, straży pożarnej i innych służb ratowniczych, zapewnić programy, usługi i wsparcie	2
	Chronić i promować zdrowie psychiczne migrantów, uchodźców i osób ubiegających się o azyl	5
	Podjąć wielosektorowe podejście do zdrowia psychicznego i wsparcia psychospołecznego w sytuacjach kryzysów humanitarnych i katastrof	6
Sprawiedliwość	Wdrożyć kompleksowe reformy prawne i polityczne w celu promowania dostępu do wymiaru sprawiedliwości i ochrony praw człowieka	4
	Ustanowić mechanizmy monitorowania naruszeń praw człowieka i dyskryminacji oraz zapewnić ścieżki zadośćuczynienia i odszkodowań	3
	Chronić i promować zdrowie psychiczne osób aresztowanych i osadzonych, a także personelu więziennego	6
	Zapewnić dobre jakościowo usługi w zakresie zdrowia psychicznego i wsparcia oparte na prawach osób uwięzionych i aresztowanych oraz personelu więziennego	3
	Ułatwiać integrację społeczną osobom opuszczającym areszty, więzienia i inne zakłady, jak placówki resocjalizacyjno-wychowawcze	4
Ochrona socjalna	Promować równe szanse i integrację społeczną w celu ochrony i promowania zdrowia psychicznego	4
	Wdrożyć środki mające na celu zwalczanie ubóstwa	2
	Opracować programy zatrudnienia i świadczenia chroniące jednostki przez całe życie, również w czasie kryzysów	3
	Tworzyć programy zapewniające opiekę społeczną i wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego	6

Sektor	Kierunki polityki	Liczba strategii i wskaźników
Rozwój obszarów miejskich i wiejskich	Stworzyć bezpieczne, niedrogie i dostępne mieszkania	5
	Tworzyć zdrowe, bezpieczne i inkluzywne środowiska, które sprzyjają zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi, na obszarach miejskich i wiejskich	4
	Planować angażowanie społeczności, dostęp do usług, rozwijanie świadomości zdrowia psychicznego i ogólną integrację	4

4.4. Metody

Opisane poniżej metody działania w zakresie zdrowia psychicznego są odpowiednikiem świadczeń z obszaru zdrowia publicznego (ochrona zdrowia, promocja zdrowia, zapobieganie chorobom), które zamieszczono w rozdziale 3.1.3.

4.4.1. Ochrona zdrowia psychicznego

Literalna interpretacja wykładni WHO wskazuje, że ochrona zdrowia psychicznego to głównie **domena działań prawnych.** Przykładami są: ochrona prawna osób z zaburzeniami psychicznymi, ochrona przed dyskryminacją i stygmatyzacją, zapewnienie możliwości korzystania w pełni z praw obywatelskich, politycznych, gospodarczych, społecznych i kulturalnych, w tym prawa do wczesnej interwencji i profesjonalnej opieki, zgodnie z prawem międzynarodowym. Podobne znaczenie mają regulacje dotyczące np. eksmisji, przeciwdziałania przemocy domowej czy handlu narkotykami. W odniesieniu do dzieci przykładem są regulacje na temat ich nielegalnego transferu i nielegalnego wywozu za granicę, prawa do wypowiadania się czy ochrony przed znęcaniem się. **Działania prawne mają też służyć rozwiązaniom systemowym i zarządczym**, jak np. tworzenie środowisk wspierających zdrowie psychiczne oraz

infrastruktury dla zdrowia (np. poradnictwa) oraz prowadzenie pracy międzysektorowej zgodnie z podejściem HiAP i w oparciu o ramy prawne.

Komentarz:

- → W Polsce termin „ochrona zdrowia psychicznego" jest interpretowany różnorodnie.
- → Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego definiuje ją jako promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę zburzeń, dostęp do opieki oraz kształtowanie postaw antydyskryminacyjnych[390].
- → W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 sformułowano cele główne, które dotyczą zapewnienia osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej opieki adekwatnej do ich potrzeb, a także prowadzenia działań na rzecz zapobiegania ich stygmatyzacji i dyskryminacji[391].
- → W Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030 wyznaczono podobne cele główne, tj. zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb oraz prowadzenie działań na rzecz zapobiegania ich stygmatyzacji i dyskryminacji[392].

4.4.2. Promocja zdrowia psychicznego

Zgodnie z wykładnią WHO promocja zdrowia to proces, który pozwala ludziom zwiększać kontrolę nad zdrowiem, jego uwarunkowaniami, a poprzez to umożliwia jego poprawę[393, 394, 395]. **Powinien on toczyć się w pięciu kierunkach.** Do osiągnięcia sukcesu niezbędne jest tworzenie polityki prozdrowotnej i wspierających środowisk, wzmocnienie i upodmiotowienie społeczności, rozwijanie umiejętności jednostek oraz reorientacja świadczeń zdrowotnych/systemu zdrowia. Strategie te są współzależne. Najbardziej skuteczne są działania kompleksowe, które wykorzystują kombinację wszystkich pięciu strategii[396]. Promocja zdrowia jest przede wszystkim procesem społecznym i politycznym. Pogląd ten dotyczy także problematyki zdrowia psychicznego (zestawienie 9.).

Zestawienie 9. Charakterystyka oraz przykładowe kierunki działań promocji zdrowia psychicznego. Opracowanie własne

Charakterystyka promocji zdrowia	Przykładowe kierunki działań
• Poprawa warunków stanowiących czynniki ochronne oraz ograniczanie społecznych i strukturalnych czynników ryzyka • Zwiększenie potencjału do uzyskania kompetencji, aby podejmować korzystne działania na rzecz zdrowia psychicznego własnego i społeczności • Skierowana do ogółu danej społeczności lub populacji, w tym osób doświadczających problemów zdrowia psychicznego • Działania nieformalne oraz formalne ze strony społeczności • Uzasadniona przy dużym znaczeniu problemu, zainteresowaniu nim i akceptacji adresatów • Wymaga podłoża teoretycznego, planowania i przeprowadzenia ewaluacji	• Polityki publiczne dotyczące dostępności środków psychoaktywnych • Polityki wewnętrzne i regulaminy pracy w przedsiębiorstwach i szkołach, nastawione na przeciwdziałanie stresowi i innym czynnikom ryzyka • Programy wsparcia społecznego, budowania więzi, poradnictwo, zwiększanie dostępności usług • Kampanie społeczne: · na temat dobrego, godnego życia, · antydyskryminacyjne, · motywujące do radzenia sobie z problemami, · motywujące do przeprowadzania zmian w środowisku, w organizacjach • Rzecznictwo w obszarze zdrowia psychicznego w życiu społeczności, dbanie o dobrą komunikację • Programy realizowane w szkołach, domach kultury, klubach seniora i innych lokalnych placówkach, ułatwiające nabycie kompetencji emocjonalnych i społecznych, zwiększające samokontrolę, pozwalające uzyskać zdolności do rozwiązywania problemów i radzenia sobie

Promocję zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego (podobnie jak ogólną promocję zdrowia) często realizuje się w kontekście określonego problemu czy zaburzenia. Stanowisko takie jest obecne np. w opracowaniu amerykańskim z 2023 r. na temat **promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania samobójstwom** (zestawienie 10.). Proponowane tam strategie dotyczą promowania dobrostanu oraz zwiększenia wsparcia[397]. Innym przykładem jest profilaktyka używania substancji psychoaktywnych poprzez kształtowanie środowiska społecznego proponowana w Europejskim Programie Profilaktyki z 2019 r.[398].

Zestawienie 10. Działania na rzecz promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania samobójstwom. Opracowanie własne według CDC 2023

Promowanie dobrostanu	Poprawa dostępu do wsparcia i tworzenie korzystnych warunków
• Promowanie środowisk ochronnych i powiązań społecznych • Poprawa podstawowych warunków niezbędnych dla zdrowia i dobrostanu, jak stabilność ekonomiczna, zaangażowanie obywatelskie; odniesienie się do polityk i praktyk, które są nie fair i mogą być szkodliwe dla zdrowia specyficznych grup społecznych • Poprawa systemu zbierania danych, aby lepiej odzwierciedlić doświadczenia życiowe oraz różnice w stanie zdrowia psychicznego i ocenić powiązane z nimi skutki dla społeczności • Umożliwienie skutecznej i odpowiedniej pod względem kulturowym komunikacji • Ograniczanie stygmatyzacji związanej ze zdrowiem psychicznym i poszukiwaniem pomocy	• Wspierające relacje • Szkolenia w celu oceny ryzyka samobójstwa, rozpoznawania zagrożenia oraz interweniowania w kryzysie zdrowia psychicznego • Zasoby, które wspierają jednostki, bliskich i społeczności w przypadku ryzyka samobójstwa, próby samobójczej, śmierci lub innego kryzysu zdrowia psychicznego • Redukcja szkód • System opieki zdrowotnej, w tym medycyna zachodnia, opieka duchowa i kulturowa

Komentarz:

→ Punktem wyjścia w działaniach na rzecz promocji zdrowia są niekorzystne warunki życia. Poprawa niepokojącej sytuacji powinna być pod kontrolą laików, a adresatów powinny łączyć poczucie tożsamości, więzi społeczne i relacje.

→ Punktem wyjścia w działalności zapobiegawczej jest choroba lub problem zdrowotny. Poprawa niepokojącej sytuacji jest pod kontrolą profesjonalistów, a adresaci działań zachowują autonomię.

→ W języku angielskim najczęściej używa się scalającego określenia *health promotion and disease prevention*, ponieważ rozdzielenie tych działań w skali społeczności czy populacji jest często problematyczne.

→ W obszarze zdrowia psychicznego widoczne jest także łączenie się promocji zdrowia i zapobiegania chorobom z ich leczeniem.

Promocja zdrowia, także psychicznego, nie musi być ukierunkowana na określony problem zdrowotny i związaną z nim metodę zapobiegania. Przykładem jest bank czasu czy ogrodnictwo społeczne.

Bank czasu to metoda promująca zaangażowanie społeczne oraz samopomoc[399], a także wsparcie finansowe i poprawę kondycji ekonomicznej społeczności[400, 401, 402]. Uczestnicy banku, w zależności od swoich umiejętności i zasobów, deklarują, jakie rodzaje usług mogą świadczyć na rzecz innych osób. Koordynatorzy działalności kierują taką pomoc do potrzebujących. Usługi świadczone na rzecz innych członków banku czasu są odnotowywane. Zazwyczaj jednostką rozliczeniową jest godzina zegarowa, niezależnie od wartości rynkowej usługi. „Zarobione" w ten sposób godziny można następnie „wydać" na pomoc, której potrzebuje się w danym momencie, a udzieli jej inna osoba należąca do banku czasu[403].

Taka inicjatywa jest potencjalnie użytecznym narzędziem do uzyskania poprawy w zdrowiu fizycznym, psychicznym, dobrostanie emocjonalnym, jakości życia i warunkach ekonomicznych[404] poprzez uaktywnienie społeczności, budowanie tożsamości, ograniczenie izolacji społecznej[405]. Niemniej jednak ewaluacja skuteczności banków czasu, gdyby próbować mierzyć ją „twardymi" i obiektywnymi wskaźnikami dotyczącymi zdrowia fizycznego i psychicznego, jest trudna. Bardziej odpowiednia wydaje się ocena: nawiązanych więzi, poprawy poczucia własnej wartości, pewności siebie, skorzystania z danych usług, uzyskania korzyści, zwiększenia dostępu do usług.

Organizacja banków czasu stwarza wyzwania. Wymienia się wśród nich psychologiczne (np. brak motywacji i zaufania, negatywne nastawienie), strukturalne i technologiczne (np. brak zasad, nieintuicyjna platforma), społeczne (np. brak doświadczeń w wolontariacie), a także ekonomiczno-polityczne (np. brak zewnętrznego wsparcia finansowego, opodatkowanie usługi i „zarobku")[406].

Ogrodnictwo społeczne należy do szerszej koncepcji określanej jako *social and therapeutic horticulture*. Zarówno definicje, jak i zakres tych działań są różnie interpretowane[407]. Ogrodnictwo, jako działalność, w której ludzie uprawiają i pielęgnują rośliny w celach niekomercyjnych w ogrodach przydomowych, działkowych i społecznościowych (*community gardens*), ma pozytywny wpływ na zdrowie. Zaobserwowano m.in. redukcję smutku[408], objawów depresji i lęku, stresu, nasilenia zaburzeń nastroju i spadek wskaźnika BMI,

a także poprawę jakości życia, wzrost poczucia wspólnoty, poziomu aktywności fizycznej i funkcji poznawczych[409].

Ogrodnictwo społeczne może przybierać formę bierną (pobyt w parkach i ogrodach) oraz czynną (np. tworzenie ogrodów społecznych, uczestnictwo w warsztatach florystycznych, uprawa ogródka)[410, 411]. Skłania ono do przebywania na świeżym powietrzu, co wiąże się z ekspozycją na światło słoneczne, do aktywności fizycznej, kontaktu z przyrodą i ludźmi. Pozwala zdobywać nową wiedzę i nowe umiejętności, nadaje sens staraniom, zwiększa poczucie samoskuteczności, buduje więzi sąsiedzkie. Jedną z korzyści jest zwiększenie konsumpcji warzyw i owoców[412].

Komentarz:

- → Można wyróżnić trzy główne odłamy hortikultury. Są to: ogrodnictwo społeczne, ogrodnictwo terapeutyczne i terapia ogrodnicza (hortiterapia).
- → Ogrodnictwo terapeutyczne polega na profesjonalnym planowaniu kontaktu z roślinnością (czynnego lub biernego) dla określonych grup i ma wyznaczone cele.
- → Terapia ogrodnicza najczęściej odbywa się w szpitalach i centrach rehabilitacji, jest prowadzona przez odpowiednich specjalistów i jest częścią planu leczniczego, w którym mierzy się postępy.
- → Istnieją podręczniki do profesjonalnego zaplanowania programu hortiterapeutycznego oraz oceny tej działalności[413].
- → Terapia ogrodnicza może mieć znaczenie terapeutyczne m.in. w schizofrenii[414], depresji, zaburzeniach lękowych[415], redukcji stresu[416], terminalnej opiece nad chorymi na raka[417], demencji[418], a także poprawiać funkcjonowanie psychospołeczne osób starszych z prawidłowymi funkcjami poznawczymi[419].
- → Uważa się, że tkwi w niej duży potencjał[420], niemniej jednak formalne zlecanie hortiterapii i zwiększanie jej skali powinno być poprzedzone dobrze zaprojektowanymi badaniami eksperymentalnymi.
- → W Polsce ogrodnictwo terapeutyczne jest dziedziną w początkowym etapie rozwoju. Elementy hortiterapii są oferowane w niektórych placówkach leczniczych[421], domach opieki, gospodarstwach agroturystycznych.
- → W wielu krajach zachodnich hortiterapia jest szeroko praktykowana i cieszy się uznaniem.

Ogrodnictwo społeczne i terapeutyczne jest zalecane przez NHS England (*National Health Service*) w ramach tzw. przepisywania społecznego (*social prescribing*)[422]. Uważa się, że skala wykorzystania ogrodnictwa społecznego i terapeutycznego w opiece psychiatrycznej nie jest wystarczająca[423].

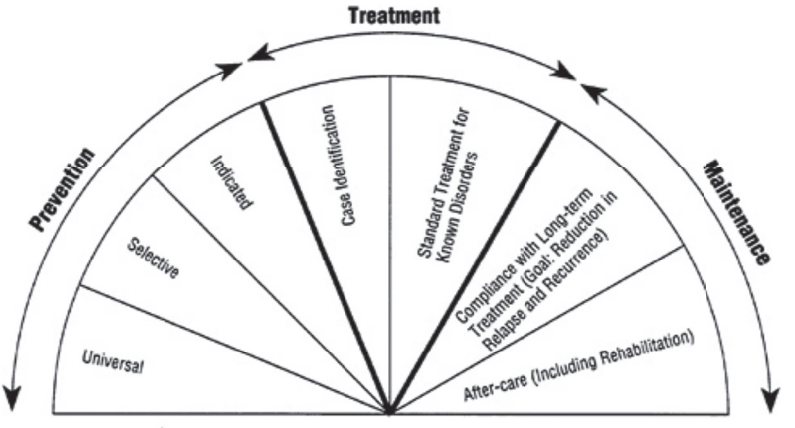
Przepisywanie społeczne, w Polsce nazywane też receptą społeczną, jest elementem opieki spersonalizowanej i skoncentrowanej na społeczności. Lokalne agencje (organizacje charytatywne, opieka społeczna, podmioty lecznicze) kierują pacjentów do koordynatora ds. recept społecznych. Koordynatorzy po rozpoznaniu cech pacjentów, ich potrzeb i zainteresowań kierują ich do różnych usług i aktywności dostępnych w społeczności, np. ogrodniczych, sportowych, rekreacyjnych, tanecznych, literackich, malarskich, teatralnych itp. Obecnie recepta społeczna jest wykorzystywana w wielu krajach i są solidne podstawy, aby sądzić, że może przynieść korzyści społeczne i zdrowotne. Niemniej potrzebne są dalsze badania.

Stosowanie takich rozwiązań wpisuje się w nurt promocji zdrowia psychicznego[424, 425]. W jego obrębie mieszczą się także różne formy działań psychospołecznych[426] oraz wiele inicjatyw społecznych[427], w tym całkowicie oddolnych, w których obywatele postanawiają samodzielnie wprowadzić jakieś ulepszenia w sąsiedztwie. A po wsparcie zwracają się dopiero wtedy, gdy napotkają poważne przeszkody, finansowe lub inne. Jest to nazywane samoorganizacją lub oddolnymi innowacjami lub inicjatywami. Inicjatywy te dają nadzieję na rozwiązanie pewnych problemów, jednak bywają przedmiotem krytyki, m.in. z powodu częstego powielania układów i struktur władzy[428].

4.4.3. Zapobieganie problemom zdrowia psychicznego

W działalności zapobiegawczej w obszarze zdrowia psychicznego obecne są dwie koncepcje. Pierwsza pochodzi z 1994 r. i jest propozycją Institute of Medicine (IOM), niezależnej amerykańskiej organizacji *non-profit*. Spektrum działań związanych ze zdrowiem psychicznym podzielono na zapobieganie (*prevention*), leczenie (*treatment*) oraz opiekę podtrzymującą (*maintenance*). W obrębie zapobiegania, przy częściowym wykorzystaniu propozycji Roberta Gordona z 1983 r.[429], zaproponowano **podział na profilaktykę uniwersalną, selektywną i wskazującą** (rys. 19)[430]. Autorzy tej koncepcji stwierdzili, że ich propozycja jest alternatywą w stosunku do klasycznej interpretacji zakresu profilaktyki podzielonej na trzy fazy. Zaproponowany podział jest stosowany do dzisiaj[431] i jest najczęściej wykorzystywany w Polsce, na przykład w odniesieniu do profilaktyki uzależnień w ostatnich NPZ-ach na lata 2026–2020

oraz 2021–2025. Ogólną charakterystykę profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej oraz przykładowe kierunki działań przedstawiono w zestawieniu 11.



Rysunek 19. Spektrum działań w stosunku do zaburzeń zdrowia psychicznego. Źródło: IOM, 1994

Zestawienie 11. Charakterystyka oraz przykładowe kierunki działań profilaktyki uniwersalnej, selektywnej i wskazującej. Opracowanie własne

Charakterystyka	Przykładowe kierunki działań
Profilaktyka uniwersalna	
• Skierowana do całych grup, w których nie identyfikuje się ryzyka indywidualnego; najlepiej jest, gdy działanie obejmuje wszystkich członków danej grupy • Nastawiona na eliminowanie lub zmniejszanie czynników ryzyka i wzmacnianie czynników chroniących, które wspierają zdrowy rozwój i styl życia • Uzasadniona przy niskich kosztach, potwierdzonej skuteczności, akceptacji przez adresatów oraz małym ryzyku działań niepożądanych	• Programy dla wszystkich uczniów wchodzących w wiek pierwszych eksperymentów z substancjami psychoaktywnymi, mające na celu opóźnienie inicjacji alkoholowej lub nikotynowej • Programy dla wszystkich rodziców uczniów dotyczące skutecznej komunikacji z dziećmi oraz przeciwdziałania używaniu substancji psychoaktywnych

Charakterystyka	Przykładowe kierunki działań
Profilaktyka selektywna	
• Skierowana do tych osób lub grup, u których ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych jest wyższe niż przeciętne • Obejmuje grupy ryzyka wyodrębnione na podstawie uwarunkowań biologicznych, psychologicznych lub społecznych, o których wiadomo, że są powiązane z wystąpieniem zaburzeń psychicznych, emocjonalnych lub behawioralnych • Stanowi rodzaj „szczepionki społecznej", sprzyja ochronie przed niekorzystnymi wpływami społecznymi, zmniejszeniu ryzyka, podejmuje działania wyprzedzające • Stawia na działania sformalizowane, jak usługi w społeczności, w systemie zdrowia, edukacji, opiece społecznej • Uzasadniona przy umiarkowanych kosztach, braku ryzyka działań niepożądanych oraz małym ryzyku skutków negatywnych	• Programy dla dzieci narażonych na czynniki ryzyka (np. śmierć rodzica lub bliskiego krewnego, choroba psychiczna rodzica, rozwód rodziców, molestowanie, nękanie) • Poradnictwo rodzinne, dla dzieci, pomoc społeczna • Telefony zaufania • Programy wsparcia i mentoringu w społeczności • Programy pomocy w znalezieniu pracy, szkolenia zawodowe, szkolenia w miejscu pracy
Profilaktyka wskazująca	
• Skierowana do osób z wysokim ryzykiem powstawania zaburzeń, u których zidentyfikowano minimalne, ale wykrywalne objawy zapowiadające zaburzenia psychiczne, emocjonalne lub behawioralne lub markery biologiczne wskazujące na predyspozycję do takich zaburzeń, ale niespełniające kryteriów diagnostycznych • Nastawiona na działania specjalistyczne, w dużej mierze ze strony systemu zdrowia, wczesna interwencja • Uzasadniona nawet przy dużych kosztach, a także przy ryzyku działań niepożądanych	• Działania profesjonalne, np. pomoc dla dzieci przejawiających zachowania agresywne, stany lękowe • Terapia rodzinna • Poradnictwo i terapia dla nastolatków • Interwencja kryzysowa

Druga koncepcja wywodzi się z **klasycznego trzyfazowego podziału profilaktyki na pierwotną, wtórną i trzeciorzędową**. W profilaktyce pierwotnej celem jest zapobieganie powstaniu choroby. W profilaktyce wtórnej celem jest wczesne wykrycie choroby, aby rozpocząć leczenie i minimalizować jej skutki. W profilaktyce trzeciorzędowej prowadzi się leczenie istniejącej choroby, zazwyczaj przewlekłej, aby zapobiec powikłaniom.

W kontekście zdrowia psychicznego zapobieganie oznacza przede wszystkim profilaktykę pierwotną, tj. ograniczanie lub eliminowanie czynników ryzyka, ograniczanie ekspozycji oraz wspieranie czynników chroniących[432]. Przykładami są działania prawne i regulacyjne (np. dotyczące przemocy), inicjatywy w obrębie instytucji i organizacji (np. szkolenie liderów, wprowadzenie elastycznego czasu pracy w firmie), programy adresowane do dzieci i rodziców (np. edukacja, wizyty domowe, wsparcie, wczesna interwencja)[433]. W warunkach amerykańskich zwrócono uwagę na zmianę podejść do profilaktyki używania narkotyków – od moralizowania, stygmatyzacji, upolitycznienia, rasizmu, przez medykalizację (np. zwiększone przepisywanie opioidów), aż do podejścia społeczno-ekologicznego, które uznaje, że ludzie tworzą miejsca, a miejsca tworzą ludzi[434].

4.4.4. Inne metody

Wczesna interwencja jest częścią spektrum działań w obszarze zdrowia psychicznego i obejmuje profilaktykę wskazującą, identyfikację przypadku oraz wczesne leczenie[435]. W piśmiennictwie używa się często określenia „profilaktyka i wczesna interwencja" (*prevention and early intervention*).

Wczesna interwencja może być przeprowadzona w stosunku do małych dzieci z problemami behawioralnymi, nastolatków w okresie dojrzewania w celu zapobiegania depresji, osób dorosłych doświadczających silnego stresu w pracy czy osób, u których wystąpił pierwszy epizod psychotyczny. Najczęściej jest wykorzystywana w stosunku do dzieci. Rozpoczyna się od identyfikacji czynników ryzyka dla rozwoju dzieci i młodych osób lub rozpoznania problemów rozwojowych, które już wystąpiły. Następnym krokiem jest udzielenie pomocy dzieciom i rodzinom, aby zapobiec wystąpieniu problemów lub przeciwdziałać ich utrwaleniu czy nasileniu. Dzięki temu możliwe jest wspieranie rozwoju fizycznego, emocjonalnego i społecznego, funkcji poznawczych oraz kształtowania zachowań[436].

Pomimo bogatego doświadczenia historycznego, sięgającego dziewiętnastowiecznych ruchów filantropijnych, i wielu aktualnych wysiłków w tym kierunku stosunkowo niewiele wiadomo o skuteczności i efektywności finansowej stosowanych metod. Częściowo wynika to z konieczności prowadzenia długofalowej obserwacji uzyskiwanych wyników[437].

Redukcja szkód obejmuje zarówno zapobieganie, jak i promocję zdrowia, a także elementy ochrony zdrowia. Początkowo redukcja szkód dotyczyła osób uzależnionych od narkotyków i koncentrowała się na leczeniu substytucyjnym oraz wymianie igieł i strzykawek, aby pomagać osobom uzależnionym i ich bliskim. Celem była ochrona przed przedawkowaniem i przenoszeniem chorób zakaźnych, a także poprawa samopoczucia oraz funkcjonowania społecznego. Obecnie działania są poszerzane o różne rodzaje terapii oraz wsparcia. Coraz częściej mówi się o stosowaniu tej metody także wobec osób uzależnionych od alkoholu[438, 439] i tytoniu[440].

Organizacje, które stosują redukcję szkód, powinny docierać do kandydatów w miejscu ich życia, uznawać ich autonomię, pracować na ich warunkach, bez przymusu, a także torować im drogę do dodatkowych usług zdrowotnych i socjalnych[441]. Metoda ta wykazuje liczne podobieństwa do promocji zdrowia, na przykład poprzez korzystanie z zasobów dla zdrowia, partycypację, etapowość postępów i wyznaczanie realistycznych celów[442].

4.5. Podsumowanie

W wyniku globalnego kryzysu zdrowia psychicznego rośnie liczba propozycji i wytycznych mających na celu naprawę sytuacji. Gremia krajowe i międzynarodowe, badacze i ośrodki naukowe akcentują różne aspekty niezbędnych działań. W części opracowań wskazywano ogólne kierunki działań[443, 444], a w innych sformułowano strategie i plany pracy[445, 446, 447]. Organizacja OECD opublikowała analizy dotyczące dobrych praktyk zdrowia publicznego w obszarze zdrowia psychicznego[448, 449]. WHO udostępniła w 2025 r. pięcioczęściowy poradnik tworzenia polityk w obszarze zdrowia psychicznego[450]. Ponadto widoczne są inicjatywy dotyczące problemów zdrowia psychicznego, grup społecznych, metod działania (np. zaangażowanie osób młodych[451] oraz osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego[452]) oraz uwzględniające różne perspektywy badawcze.

Przy dużej różnorodności propozycji widoczna jest tendencja do zdynamizowania działań na rzecz promocji zdrowia i pozytywnej koncepcji zdrowia psychicznego[453]. Najczęściej działania te są realizowane ze skromnych środków publicznych, dlatego podejmowane interwencje powinny być skuteczne i efektywne kosztowo. Powinny respektować zasadę neutralności, czyli skoncentrować się

na zdolnościach i możliwościach ludzi, a nie na popieraniu konkretnej, normatywnie kontrowersyjnej, koncepcji stylu życia. Podkreśla się takie wymiary pracy, jak kompetencje zdrowotne, samoocena, umiejętności poznawcze, wydajność (szkolna i zawodowa), emocje, samokontrola, umiejętności społeczne, relacje rodzinne i społeczne[454]. **W działaniach trzeba uważać na nieumyślne zmedykalizowanie problemów zdrowia psychicznego**[455].

5. Ewaluacja programów zdrowotnych

W tym rozdziale przedstawiono charakterystykę ewaluacji programów zdrowotnych w rozumieniu zdrowia publicznego, zaczynając od aspektów historycznych i definicji. Następnie omówiono miejsce ewaluacji w cyklu życia programu oraz powtarzalność czynności (iteracje) w procesach planowania i ewaluacji. Dalej przedstawiono model logiczny programu, który jest podstawowym narzędziem do planowania i ewaluacji programu, a także rodzaje ewaluacji. Rozdział kończy się informacjami o standardach ewaluacji oraz kosztach wykonania ewaluacji.

Wyeksponowano powiązania między planowaniem a ewaluacją programów zdrowotnych. Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego odbywa się zgodnie z podejściem zdrowia publicznego[456].

5.1. Charakterystyka

Idea oceny działalności (cudzej lub własnej) jest bardzo stara. Ewaluacja jest więc starą praktyką, ale młodą dyscypliną. Jej dynamiczny rozwój, zmierzający do utworzenia samodzielnej dyscypliny badawczej i zawodu, zaczął się w latach 70. XX w. głównie w Stanach Zjednoczonych[457,458]. Z biegiem czasu ewaluacja zaczęła znajdować zastosowanie w kolejnych obszarach życia społecznego i gospodarczego w odpowiedzi na specyficzne potrzeby różnych podmiotów i dziedzin. Na jej ukształtowanie wpływały złożoność programów, postęp w metodach oraz zmiany priorytetów społecznych. Obecnie OECD wyróżnia ponad 30 rodzajów ewaluacji i analiz o podobnym charakterze[459]. Nadal pojawiają się nowe koncepcje, takie jak np. ewaluacja planu programu[460].

Jedną z istotnych zmian, jakie dokonały się w obrębie ewaluacji, było **przejście od ewaluacji zewnętrznej do podejść bardziej partycypacyjnych**[461]. Podejście tradycyjne pozycjonowało ewaluatorów jako zewnętrznych ekspertów przy minimalnym zaangażowaniu interesariuszy. Podejście partycypacyjne aktywnie angażuje w proces ewaluacji interesariuszy programu, w tym personel, uczestników i członków społeczności. Wzmacnia to poczucie odpowiedzialności, odzwierciedla zróżnicowane perspektywy i zaspokaja różne oczekiwania wobec ewaluacji. Inną ważną zmianą było wprowadzenie ewaluacji przed podjęciem działań oraz w ich trakcie, a nie tylko na koniec pracy.

Rozwój teorii i praktyki ewaluacji w obszarze zdrowia publicznego można datować na lata 80. i 90. XX w. Rozwój nie przebiegał synchronicznie, tj. nie odbywał się jednocześnie w różnych krajach. Nie wszyscy badacze, ewaluatorzy, akademicy, przedstawiciele instytucji i organizacji stosowali taką samą metodologię i nazewnictwo. Nie było symetrii w ewaluacji polityk i programów, ponieważ więcej wysiłku wkładano w ewaluację programów.

Przykładem stosunkowo wcześnie podjętej ewaluacji w obszarze zdrowia publicznego jest ewaluacja programu WHO na temat kontroli chorób biegunkowych (*Program for the Control of Diarrheal Diseases*, CDD). Program był zainicjowany w 1978 r., a narzędzia do jego ewaluacji opracowano w latach 1980–1996[462]. Innym przykładem jest ewaluacja wyników obowiązku używania kasków przez rowerzystów, który wprowadzono w 1990 r. w australijskim stanie Wiktoria[463].

W połowie lat 90. nad problematyką ewaluacji w promocji zdrowia zaczęła pracować grupa robocza WHO składająca się z przedstawicieli agencji rządowych z USA, Kanady i Wielkiej Brytanii. Pierwsze opracowania WHO dotyczące ewaluacji programów promocji zdrowia ukazały się w 1998 i 2001 r.[464, 465].

W 1999 r., po rocznych przygotowaniach, wywiadach, konsultacjach i szkoleniach, amerykańska agencja Centers for Disease Control and Prevention (CDC) opublikowała rekomendowany schemat ewaluacji programów zdrowia publicznego[466]. Schemat ten był często wykorzystywany w USA i innych krajach. Jednak nawet w obrębie samej agencji CDC dochodziło do różnic w podejściach do ewaluacji. W rezultacie 25-letnich doświadczeń różnych krajów we wrześniu 2024 r., po długotrwałych konsultacjach, CDC przedstawiła zaktualizowany schemat ewaluacji[467].

Ewaluacja działalności w obszarze zdrowia psychicznego została zapoczątkowana jako ocena szpitalnej opieki psychiatrycznej w drugiej połowie lat 60. XX w[468]. W latach 80. w Szwecji dokonywano oceny szkolenia lekarzy rodzinnych (*general practitioners*) z zakresu zaburzeń depresyjnych[469]. Zainteresowanie ewaluacją w zapobieganiu uzależnieniom od alkoholu i narkotyków przypada na lata 80.[470, 471, 472, 473]. W tamtym czasie programy przeciwdziałania zachowaniom szkodliwym dla zdrowia akcentowały głównie znaczenie czynników intrapersonalnych (wewnętrznych) oraz interpersonalnych. W 1999 r. badacze z Finlandii i innych krajów europejskich zalecili prowadzenie ewaluacji promocji zdrowia psychicznego w UE[474]. W 2002 r. WHO opublikowała dokument, w którym opisano metody gromadzenia dowodów na skuteczność zapobiegania i promocji zdrowia w obszarze zdrowia psychicznego, a więc metody ewaluacji[475]. To tylko niektóre przykłady.

Dzisiaj ewaluacja interwencji z obszaru zdrowia publicznego i psychicznego jest traktowana jako **konieczność i obowiązek**. Ma zapewnić większą skuteczność i efektywność działań, ale też skłonić twórców i realizatorów do brania odpowiedzialności za wykonywaną pracę i zdrowie ludzi.

W niniejszym opracowaniu opierano się przede wszystkim na zaktualizowanym schemacie ewaluacji, opublikowanym przez CDC w 2024 r. Aczkolwiek są opinie, że w Polsce mamy do czynienia z dojrzewającą kulturą ewaluacyjną[476], to jest ona wciąż w początkowej fazie rozwoju[477] i nie dorównuje doświadczeniom i praktykom w USA. Wykorzystano także informacje z opracowań z Australii, Kanady, Hiszpanii, USA[478, 479, 480, 481, 482] oraz anglojęzycznych podręczników akademickich[483, 484, 485]. Podejścia te porównywano z zasadami ewaluacji stosowanymi w Polsce[486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501]. Prezentowane podejście do ewaluacji jest wypośrodkowaniem różnych stanowisk. W całym opracowaniu zastosowano jednorodną terminologię.

Komentarz:

→ Istnieją różne definicje kultury ewaluacyjnej, zwłaszcza w kontekście organizacji, np.:
- zaangażowanie w ewaluację w procesie podejmowania decyzji[502];
- stan, w którym dowody i ewaluacja są cenione, co pomaga ulepszać praktyki[503].

→ Organizacja o silnej kulturze ewaluacyjnej cechuje się tym, że:
- jest autorefleksyjna i świadomie stosuje samoocenę (monitorowanie i ewaluację), poszukuje dowodów na to, co osiąga; wykorzystuje informacje o wynikach, aby weryfikować i wspierać to, co robi; ceni szczerość, wyzwania i autentyczny dialog;
- uczy się w oparciu o dowody (w uporządkowany sposób przeznacza czas na naukę; wyciąga wnioski z błędów i słabych wyników; ułatwia wymianę wiedzy);
- zachęca do eksperymentowania i zmiany (wspiera świadome podejmowanie ryzyka; poszukuje nowych sposobów prowadzenia działalności)[504].

5.1.1. Definicja

W kontekście ewaluacji termin **„program"** oznacza przedmiot oceny, którym może być dowolne zorganizowane działanie w obszarze zdrowia publicznego, w tym społecznościowe, szkoleniowe i edukacyjne, kampania medialna i komunikacja, system nadzoru, dochodzenie epidemiologiczne w ognisku epidemicznym, diagnostyka laboratoryjna, projekt infrastrukturalny, system administracyjny, inicjatywa badawcza. Program jest interpretowany jako zbiór powiązanych ze sobą przedsięwzięć nastawionych na zmianę w szeroko rozumianym środowisku i/lub organizacji, wprowadzonych po to, aby osiągnąć wyznaczony cel i uzyskać oczekiwane efekty. W podejściu CDC z 2024 r. programem jest również opracowanie i wdrożenie polityki.

Z technicznego punktu widzenia program jest zestawem działań, który ma ustaloną strukturę i jest nastawiony na osiągnięcie określonego celu w wybranej grupie docelowej w zaplanowanym czasie. Cechami charakteryzującymi program są: wyznaczony cel, spójność elementów, dążenie do zmiany społecznej i/lub organizacyjnej, umożliwienie uczenia się wszystkim zainteresowanym stronom, wykorzystanie zasobów, a także odpowiedzialność wobec interesariuszy. Programy są znacznie bardziej precyzyjne niż polityki. Programy mogą być pracą samodzielną albo uzupełnieniem i rozwinięciem konkretnej polityki.

Czasem **w obrębie programów wyróżnia się projekty**, które są elementami struktury programu, są relatywnie krótkotrwałe i wymagają (najczęściej) osobnego zarządzania. W piśmiennictwie polskim rzadko występuje termin „projekt", a w piśmiennictwie anglojęzycznym odróżnienie programów od projektów jest

niejednoznaczne. Zasadniczo program jest strukturą nadrzędną wobec projektu. W tym opracowaniu nie brano pod uwagę projektów. Nie uwzględniono też problematyki ogólnokrajowych, wieloletnich i wielotematycznych programów zdrowotnych, które wymagają uzgodnień i zaangażowania na wysokim szczeblu administracyjnym. W nomenklaturze WHO są często nazywane **planami zdrowotnymi**[505]. Niniejsze opracowanie dotyczy programów o stosunkowo wąskiej tematyce i niewielkim zasięgu oraz krótkotrwałych.

Ewaluacja to ocena, która polega na systematycznym zbieraniu danych na temat programu, polityki lub organizacji, a także na analizie tych danych w celu oszacowania ich **skuteczności** (*effectiveness*) **i efektywności** (*efficiency*)[506,507,508]. Zebrane dane i informacje umożliwiają podejmowanie decyzji o dalszych losach programu – jego kontynuacji, modyfikacji bądź zakończeniu. Skuteczność odnosi się do osiągania wyników i wywierania wpływu, a efektywność do kwestii ekonomicznych.

Ewaluacja jest rodzajem badania naukowego, ale służy innym celom niż badanie jako takie. Koncentruje się ona na określeniu wartości lub znaczenia programu, służy do opracowania rekomendacji pomocnych w jego poprawie oraz wskazówek dla twórców kolejnych programów oraz decydentów. Badanie naukowe jest ukierunkowane na uogólnienie wiedzy i testowanie hipotez. Ewaluacja różni się od nadzoru, czyli ciągłego gromadzenia danych, analizy i interpretacji, oraz pomiaru wydajności (*performance measurement*), czyli ciągłego monitorowania i raportowania osiągnięć programu[509].

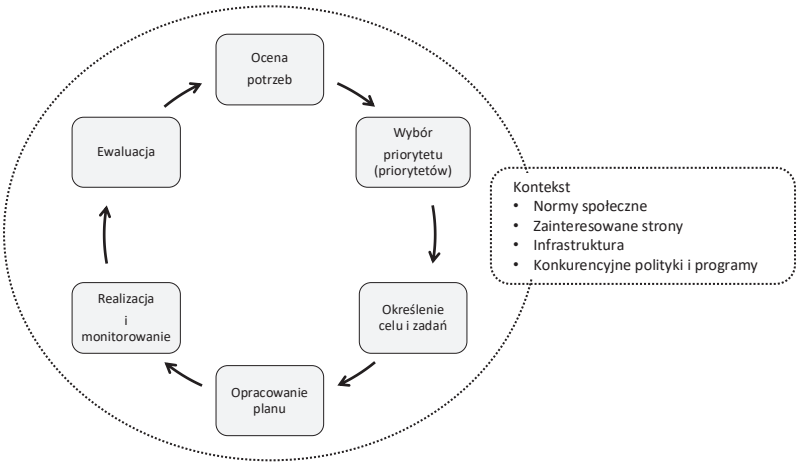
Programy zdrowotne są na początku przedsięwzięciem czysto teoretycznym, zamiarem, ideą i rodzajem hipotezy w wymiarze społecznym. Ewaluacja to testy tej hipotezy, które wyjaśniają, co przyczyniło się do uzyskania wyników – zamierzonych lub niezamierzonych – a także do wywarcia realnego wpływu.

Ewaluacja programu jest istotną praktyką w zdrowiu publicznym. Jest ona najbardziej skuteczna wtedy, gdy jest zintegrowana z cyklem życia programu oraz dysponuje odpowiednimi zasobami.

5.1.2. Cykl życia programu

Tworzenie programów zdrowotnych jest złożonym przedsięwzięciem, ponieważ składają się one z wielu elementów, między którymi

dochodzi do licznych interakcji. Programy są organizmem społecznym, który z jednej strony rządzi się swoimi regułami, a z drugiej podlega różnorodnym wpływom otoczenia. Do reguł wewnętrznych należy powtarzalność – program zaczyna się od planowania, aby wejść w stadium realizacji, a następnie ewaluacji (która ma zweryfikować i ewentualnie poprawić planowanie, aby wdrożyć nowszą wersję programu). Stadia te opisywane są jako **cykl życia programu**. Graficznie jest to przedstawiane w różny sposób, mniej lub bardziej szczegółowo (rys. 20, 21). Inne nazwy to cykl planowanie-ewaluacja oraz cykl zdrowia publicznego (patrz rys. 13).



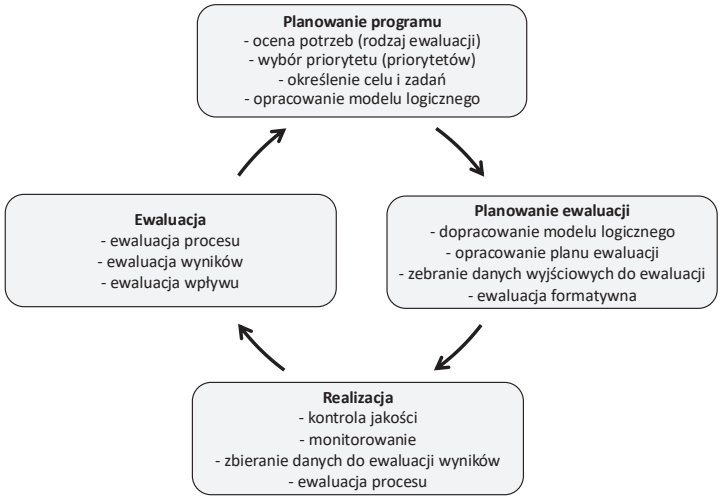
Rysunek 20. Cykl życia programu zdrowotnego z uwzględnieniem kontekstu. Opracowanie własne

Komentarz:

→ Na rysunku 20. do typowej prezentacji cyklu życia programu dodano **kontekst** (warunki, w których realizowany jest program) i wymieniono niektóre składowe kontekstu.

→ Czynniki kontekstowe, w tym kulturowe[510], wpływają na przebieg programu i jednocześnie wywołują problem, który ma zostać rozwiązany w wyniku programu.

→ Kontekst wywiera presję na wszystkie etapy cyklu życia programu zdrowotnego.



Rysunek 21. Cykl życia programu zdrowotnego z uwzględnieniem kluczowych czynności. Opracowanie własne

Komentarz:

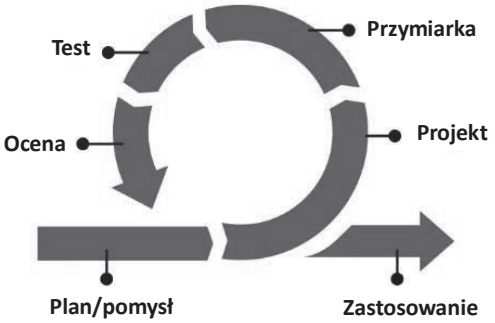
→ Na rysunku 21. pokazano, że proces ewaluacji jest ściśle powiązany z procesem planowania i realizacji; ewaluacja jest obecna zarówno w czasie planowania, jak i realizacji, a nie tylko na zakończenie programu.

→ **Planowanie ewaluacji rozpoczyna się od wczesnych faz planowania programu.**

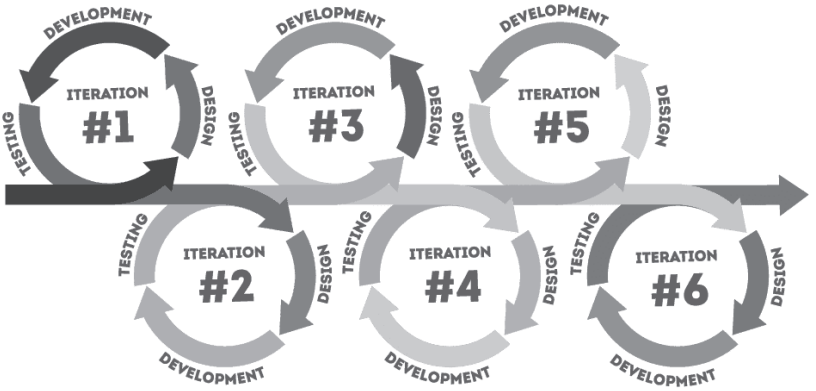
5.1.3. Procesy iteracyjne

Planowanie i ewaluacja programu zdrowotnego nie są zwykłymi procesami liniowymi, w których pokonanie pierwszego etapu umożliwia przejście do drugiego, a następnie do kolejnych, co ostatecznie prowadzi do finalizacji. Zarówno w planowaniu, jak i ewaluacji dochodzi do powrotów do etapów wcześniejszych, aby je udoskonalić albo poprawić. **Koncepcje określone w planowaniu rzutują na plan ewaluacji. Zależnie od możliwości przeprowadzenia ewaluacji plan bywa korygowany lub radykalnie zmieniany.** Planowanie i ewaluacja są procesami iteratywnymi. Każdy element programu opracowuje się w **iteracjach** – w cyklu pomysł, projekt, przymiarka,

test, ocena. Odbywa się to metodą prób i błędów. Można powiedzieć, że w procesie tym zatacza się liczne pętle (rys. 22, 23). Iteracyjność procesów planowania i ewaluacji stwarza trudność przy ich opisywaniu, ponieważ wiele elementów należałoby omawiać wielokrotnie.



Rysunek 22. Charakterystyka kroków w procesie iteracyjnym. Opracowanie własne



Rysunek 23. Proces iteracyjny. Źródło: Pacific Research Laboratories[511]

5.1.4. Model logiczny programu

Ewaluacja programów oparta na teorii to podejście, w którym do przeprowadzenia ewaluacji wykorzystuje się teorię zmiany bądź model logiczny[512]. Model logiczny pokazuje zależności między składowymi programu, które wynikają ze związków przyczynowo-skutkowych. Przedstawia proces, który prowadzi do wyników, czyli

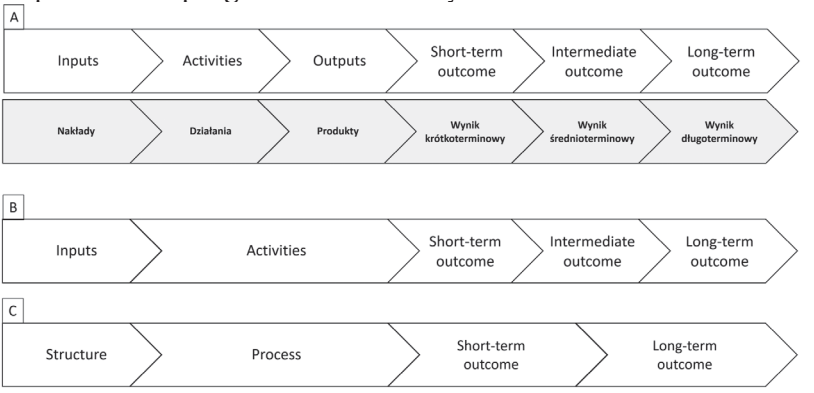
zmiany. Teoria zmiany pokazuje szerszy obraz i informuje, dlaczego dochodzi do zmiany[513, 514, 515]. Podejście do ewaluacji programów przez pryzmat teorii zmiany jest dość rozpowszechnione w publikacjach naukowych z dziedziny zdrowia publicznego, jednak jest zróżnicowane[516].

W aktualnym piśmiennictwie z obszaru zdrowia publicznego, w odniesieniu do planowania i ewaluacji programów zdrowotnych, powszechnie rekomenduje się stosowanie modelu logicznego. Jest to narzędzie, które teoretycznie przedstawia sposób działania programu i łańcuch przyczyn oraz ich skutków. **Model ten informuje, w jaki sposób program generuje wyniki.**

Komentarz:

- → Równolegle istnieją podejścia o innych nazwach i różnym rozłożeniu akcentów.
- → W literaturze anglojęzycznej używane są określenia: *theory of change* (teoria zmiany), *program roadmap*, *theory of cause, theory of action*, *concept/conceptual maps, outcome maps, logical frameworks (LogFrames)*[517].

W opracowaniach zagranicznych występują modele logiczne, które charakteryzują się nieco odmienną strukturą, różnym poziomem szczegółowości i różnymi nazwami poszczególnych elementów modelu (rys. 24). Niemniej wszystkie pokazują drogę od nakładów do wyników. W Polsce model logiczny nie został upowszechniony do planowania programów zdrowotnych.



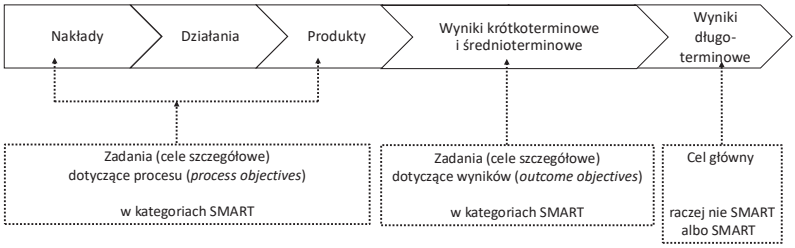
Rysunek 24. Przykłady struktury modelu logicznego. Opracowanie własne według CDC, 2005[518], 2024[519]; Eberhart NK. et al., 2015[520]

Komentarz:
→ W projektach UE produkty nazywają się *deliverables*.
→ W nomenklaturze UE *milestones* odnoszą się do punktów kontrolnych, czyli czasu, w którym mają być osiągnięte poszczególne etapy pracy, co pozwala śledzić postępy. Kamienie milowe mogą być związane z czasem uzyskania produktów albo rezultatów (rezultatami są wyniki krótko- i średnioterminowe).

W tym opracowaniu **posługiwano się modelem składającym się z pięciu elementów** (rys. 25, 26), który opcjonalnie można rozwinąć do sześciu elementów.



Rysunek 25. Proponowany model logiczny programów zdrowotnych. Opracowanie własne



Rysunek 26. Związek modelu logicznego z celem programu i zadaniami. Opracowanie własne

W proponowanym modelu logicznym wyróżniono:
- nakłady, czyli zasoby potrzebne do zrealizowania programu;
- działania, czyli co będzie przeprowadzone;
- produkty, czyli namacalne wytwory działań;
- łącznie wyniki krótkoterminowe i średnioterminowe, czyli zmiany, do których doszło w stosunkowo krótkim czasie, pośredniczące w drodze do osiągnięcia wyników długoterminowych:
  - w zależności od konstrukcji programu mogą być rozdzielone na wyniki krótko- i średnioterminowe;
  - dotyczą wykonania zadań skupionych na wynikach programu (*outcome objectives*; patrz rozdział 6.5);
  - stanowią odpowiednik **rezultatów miękkich** z interpretacji przyjętej w *Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*;

  - stanowią odpowiednik **rezultatów** w podejściu do interwencji publicznych (patrz komentarz poniżej);
- wyniki długoterminowe, czyli zmiany odległe w czasie, określone w celu programu:
  - dotyczą osiągnięcia celu programu;
  - mogą być niemożliwe do zmierzenia, jeśli konieczny jest długi czas obserwacji;
  - stanowią odpowiednik **rezultatów twardych** z interpretacji przyjętej w systemie programów rekomendowanych;
  - stanowią odpowiednik wpływu w podejściu do interwencji publicznych (patrz komentarz poniżej).

Komentarz:

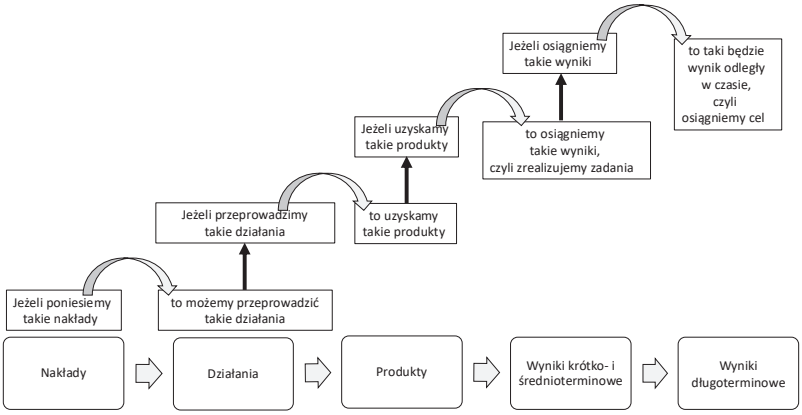
→ Proponowany model logiczny różni się od wersji wykorzystywanych w Polsce.

→ W modelu logicznym obecnym w *Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*[521, 522] nie umieszczono najważniejszych elementów, które pokazują relacje między nakładami koniecznymi do realizacji programu, działaniami, które trzeba przeprowadzić oraz wynikami, które chce się osiągnąć, i z tego powodu model ten nie wyjaśnia, jak działa program.

→ W modelu logicznym opisanym w poradnikach dla administracji publicznej na temat ewaluacji interwencji publicznych wyróżnia się: nakłady, działania, produkty, rezultaty (czyli wyniki krótko- i średnioterminowe) oraz wpływ (wyniki długoterminowe). Przysparza to problemów z odróżnieniem dwóch znaczeń terminu „wpływ". Z punktu widzenia interwencji publicznej wpływ to wynik długoterminowy, ale z punktu widzenia ewaluacji programu zdrowotnego pojęcie „wpływ" oznacza dowód, że zaobserwowana zmiana (wynik) jest spowodowana programem[523, 524].

→ W podejściu AOTMiT do ewaluacji PPZ nie występuje model logiczny.

Model logiczny opracowuje się za pomocą stwierdzenia **„jeżeli ... to ..."** (rys. 27). Opracowanie modelu w taki sposób, czyli zaczynając od nakładów, idąc od lewej do prawej strony, nazywane jest logiką „do przodu". Można również tworzyć model za pomocą logiki odwróconej (od tyłu), zaczynając od wyników długoterminowych, poprzez stawianie pytania **„ale jak?"** (zestawienie 12.). Model można tworzyć w obie strony albo w kombinacji obu sposobów. Jednakże do sprawdzenia programu, jego spójności i korekty najlepsza jest droga „do przodu".



Rysunek 27. Logika „do przodu" w modelu logicznym. Opracowanie własne

Zestawienie 12. Logika odwrócona „od tyłu" w modelu logicznym. Opracowanie własne

Krok	Pytania i decyzje w kolejnych krokach	Komentarz
1	Co ma się zmienić (poprawić) po wprowadzeniu programu? Sformułować wynik, który chce się osiągnąć w perspektywie długoterminowej	• Wynik długoterminowy odpowiada celowi programu • Cel może, ale nie musi, być sformułowany według kryteriów SMART • Wynik długoterminowy należy wpisać do modelu logicznego • Celu nie wpisuje się do modelu logicznego
2	Jak osiągnąć taki wynik długoterminowy, jakie są potrzebne wyniki pośrednie? Określić, co powinno się zmienić w perspektywie średnioterminowej i/lub krótkoterminowej, aby można było osiągnąć zakładany wynik długoterminowy	• Wyniki średnioterminowe i/lub krótkoterminowe są związane z zadaniami dotyczącymi wyników (*outcome objectives*) • Ten rodzaj zadań powinien być sformułowany według kryteriów SMART, co będzie możliwe w trakcie dalszej pracy • Wyniki średnioterminowe i/lub krótkoterminowe należy wpisać do modelu logicznego • Zadań dotyczących wyników nie wpisuje się do modelu logicznego

Krok	Pytania i decyzje w kolejnych krokach	Komentarz
3	Jak osiągnąć takie wyniki średnioterminowe i/lub krótkoterminowe? Określić, co namacalnego, konkretnego musi powstać wcześniej, aby możliwe było wykonanie zadań dotyczących wyników	• Namacalne wytwory programu odpowiadają produktom • Produktami mogą być np. wydrukowane materiały, opracowane scenariusze, uruchomiona diagnostyka, nawiązana współpraca • Produkty odpowiadają zadaniom dotyczącym procesu (*process objectives*) • Ten rodzaj zadań powinien być sformułowany według kryteriów SMART, co będzie możliwe w trakcie dalszej pracy • Zadania dotyczące procesu mogą dotyczyć także działań i nakładów • Produkty należy wpisać do modelu logicznego • Zadań dotyczących procesu nie wpisuje się do modelu logicznego
4	Jak wytworzyć takie produkty? Określić, co trzeba przeprowadzić, aby powstały namacalne produkty	• To, co trzeba przeprowadzić, odpowiada działaniom • Działaniami mogą być np. opracowanie, testowanie i wyprodukowanie materiałów, opracowanie i zrecenzowanie scenariuszy, opracowanie metod diagnostycznych i stworzenie warunków do prowadzenia testów, opracowanie mapy interesariuszy • Działania są związane z zadaniami dotyczącymi procesu (*process objectives*) • Ten rodzaj zadań powinien być sformułowany według kryteriów SMART, co będzie możliwe w trakcie dalszej pracy • Działania należy wpisać do modelu logicznego • Zadań dotyczących procesu nie wpisuje się do modelu logicznego

Krok	Pytania i decyzje w kolejnych krokach	Komentarz
5	Jak można przeprowadzić takie działania, co trzeba mieć? Określić, jakie siły i środki są potrzebne	• Zasoby niezbędne do przeprowadzenia działań odpowiadają nakładom • Nakładami mogą być np. kadra, eksperci, wolontariusze, dostęp do internetu, laptopy, aparaty fotograficzne, transport/samochód, nawigacja GPS • Nakłady są związane z zadaniami dotyczącymi procesu (*process objectives*) • Ten rodzaj zadań powinien być sformułowany według kryteriów SMART, co będzie możliwe w trakcie dalszej pracy • Nakłady należy wpisać do modelu logicznego • Zadań dotyczących procesu nie wpisuje się do modelu logicznego

Opracowanie modelu logicznego programu przynosi liczne korzyści, ponieważ:

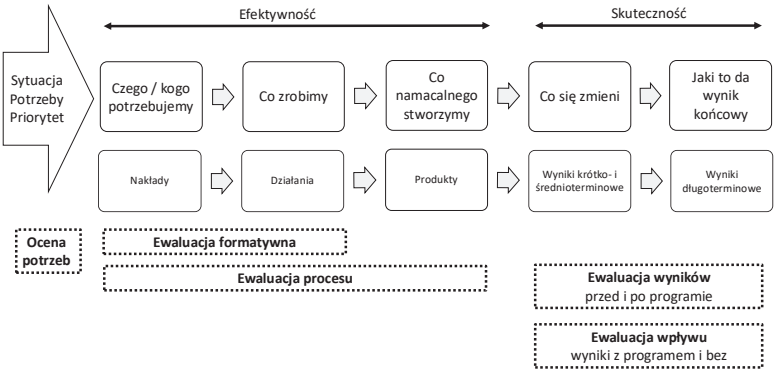
- porządkuje proces planowania programu;
- pomaga twórcom, realizatorom i interesariuszom zrozumieć główny kierunek pracy;
- obrazuje przebieg programu, pokazuje zależności pomiędzy jego elementami oraz podpowiada rodzaje ewaluacji;
- ułatwia znalezienie niespójności i błędów w planie programu;
- pomaga ustalić wskaźniki i zakres danych niezbędnych do ewaluacji;
- ułatwia dokonanie poprawek w planie ewaluacji;
- ułatwia prezentację programu interesariuszom, pomaga w ich zaangażowaniu zarówno w planowanie, jak i ewaluację;
- buduje partnerstwo.

5.1.5. Rodzaje ewaluacji

Obecnie CDC wyróżnia następujące rodzaje ewaluacji programów zdrowotnych:

- formatywną (*formative evaluation*);
- procesu/realizacji (*process/implementation evaluation*);
- wyników (*outcome evaluation*);
- wpływu (*impact evaluation*);
- ekonomiczną/efektywności (*economic evaluation*).

Wymienione rodzaje ewaluacji dotyczą oceny różnych elementów programu wyrażonych w modelu logicznym (rys. 28.). Na rysunku zaznaczono także ocenę potrzeb, którą nierzadko uznaje się za rodzaj ewaluacji (tzw. ex ante, czyli wykonanej przed programem).



Rysunek 28. Rodzaje ewaluacji w powiązaniu z modelem logicznym. Opracowanie własne

Komentarz:

→ W Polsce obecnych jest kilka nurtów ewaluacji, które różnią się od podejścia CDC z 2024 r.

→ Zróżnicowanie podejść do ewaluacji, które są stosowane w Polsce, w tym nakładanie się terminów, może być mylące.

→ Ewaluacja programów z obszaru zdrowia psychicznego, używana w *Systemie rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego*, jest najbardziej podobna do schematu CDC z 2024 r.:
  - stosuje się ewaluację formatywną, procesu i wyników, ale z pominięciem ewaluacji wpływu;
  - terminologia zastosowana w systemie nie jest spójna: w informacjach o strukturze programu używany jest termin „rezultaty miękkie" oraz „rezultaty twarde", a w informacjach o ewaluacji stosowany jest termin „ewaluacja wyników".

→ Popularny nurt dotyczy ewaluacji interwencji publicznych i jest związany z działaniami dofinansowanymi ze środków UE i innych źródeł zagranicznych:

- w tym podejściu stosowane są rodzaje ewaluacji, których zazwyczaj nie stosuje się w odniesieniu do programów zdrowotnych i które nie zostały uwzględnione przez CDC;
- używany jest termin „wpływ" lub „odziaływanie", który dotyczy wyników długoterminowych, a więc ma inne znaczenie niż w ewaluacji programów zdrowotnych.

→ AOTMiT w odniesieniu do PPZ przyjmuje, że ewaluację prowadzi się po zakończeniu PPZ w oparciu o „mierniki efektywności", czyli „efekty zdrowotne uzyskane i utrzymujące się po zakończeniu programu" (np. odsetek nowo zdiagnozowanych chorych, odsetek osób, u których obniżono masę ciała itp.);
- w tym podejściu ewaluacja PPZ ogranicza się do jednego rodzaju ewaluacji (tj. ewaluacji wyników), a właściwy termin „skuteczność" został zastąpiony terminem „efektywność".

→ Formą ewaluacji jest też np. sprawozdanie z działalności oświatowo-zdrowotnej i promocji zdrowia na druku MZ-49 oraz roczna informacja o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. W tym podejściu ewaluacja ogranicza się do ewaluacji procesu.

5.1.5.1. Ewaluacja formatywna

Ten rodzaj ewaluacji ma związek z procesem formowania programu. Polega na ocenie planowanego programu i jego elementów pod kątem tego, czy są wykonalne, odpowiednie i akceptowane. **Jest wykonywana w czasie planowania oraz na początku wdrożenia programu, zanim działania rozwiną się na szeroką skalę.** Dzięki temu można wprowadzić poprawki w planie, które ulepszą projekt programu, usprawnią jego realizację oraz zwiększą szansę na sukces. Może ona dotyczyć zarówno programu nowego, oryginalnego, jak i modyfikowanego. Może mieć różne cele i skupić się na przykład na sprawdzeniu procesów czy przekazów i materiałów informacyjnych. Do metod, które można wykorzystać, należą sondaże, wywiady, zogniskowane wywiady grupowe (FGI, tzw. fokusy) i obserwacje. Ważne jest wstępne określenie celu ewaluacji formatywnej, metody, wielkości próby badawczej, sposobu analizy danych, zakresu zaangażowania interesariuszy oraz alokacji środków.

5.1.5.2. Ewaluacja procesu/realizacji

Ten rodzaj ewaluacji polega na ocenie sposobu wdrażania i realizacji programu w stosunku do modelu logicznego. Służy aktualnej i przyszłej poprawie realizacji programu. **Wykonuje się ją od początku**

wdrożenia do zakończenia programu. Pozwala to ocenić na przykład dostępność działań programowych, zgodność przebiegu z harmonogramem, wykonanie produktów czy satysfakcję beneficjentów. Badane aspekty mogą dotyczyć struktury, procesu, czasu, treści, ilości czy jakości. Do przeprowadzenia takiej ewaluacji można wykorzystać metody ilościowe i jakościowe, takie jak analiza dokumentów, opisy przypadku, sondaże, wywiady, zogniskowane wywiady grupowe (tzw. fokusy), obserwację, obserwację uczestniczącą, analizę sieci społecznych.

Ewaluacja procesu jest powiązana z monitorowaniem oraz ewaluacją wyników. Monitorowanie dostarcza danych do ewaluacji procesu, ta zaś może dostarczyć cennych danych do ewaluacji wyników[525]. Ewaluacja procesu jest szczególnie ważna w przypadku programów niedojrzałych, to jest takich, w których wiadomo (na podstawie teorii i dowodów), na czym ma polegać program i co należy zrobić, ale nie ma jasności, jak to zrealizować w praktyce.

5.1.5.3. Ewaluacja wyników

Ten rodzaj ewaluacji polega na ocenie, czy program osiągnął zakładane wyniki krótkoterminowe, średnioterminowe bądź długoterminowe. Jest elementem oceny skuteczności programu. **Porównuje się stan przed programem i po programie.** Stan przed programem jest wyznaczany poprzez ocenę potrzeb (diagnozę sytuacji wyjściowej), a stan po programie jest wyrażany wskaźnikiem wyników krótko-, średnio- bądź długoterminowych. Charakter wskaźników zależy od tematyki i struktury danego programu. Dane zbiera się od momentu pierwszych kontaktów beneficjentów z działaniami przewidzianymi w programie do zakończania działań, a ostateczną ocenę przeprowadza się po zakończeniu programu. Wykorzystuje się przede wszystkim badania ilościowe, nieeksperymentalne (tzw. obserwacyjne), np. testy czy sondaże. Badania takie nie pozwalają na określenie przyczynowości, czyli wykazanie związku przyczyna-skutek (tj. program-wynik programu). **Ewaluacja wyników nie dostarcza dowodów, że stwierdzona zmiana jest efektem programu.** Jest jednak łatwiejsza do przeprowadzenia niż ewaluacja wpływu.

Wskaźniki wyników krótko- i średnioterminowych mogą dotyczyć np. poprawy wiedzy, świadomości, zmiany procedur, poprawy środowiska, wzrostu podaży usług i uczestnictwa. Podział na wskaźniki krótko- i średnioterminowe jest dość płynny i w dużym stopniu zależy od charakteru i struktury programu.

Wskaźniki wyników długoterminowych dotyczą zazwyczaj trwałych zmian w zachowaniu (np. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, większe regularne spożycie warzyw) oraz poprawy jakości życia i stanu zdrowia (np. wzrost samooceny, spadek chorobowości).

Nie każdy program określa wyniki w trzech horyzontach czasowych, tj. wyniki krótko-, średnio- i długoterminowe. **Ewaluacja wyników długoterminowych może być trudna do przeprowadzenia, ponieważ wymaga długotrwałej obserwacji, nawet po zakończeniu programu i ustaniu finansowania**. Ponadto do momentu ostatniej obserwacji mogą wystąpić różne okoliczności, które wpłyną na ostateczne wyniki. Dlatego często w programach zdrowotnych nie określa się wyników długoterminowych i nie opisuje celu w kategoriach SMART.

Ewaluacja wyników jest ważna w przypadku programów relatywnie dojrzałych, tj. prowadzonych przez jakiś czas. Może mieć duże znaczenie w odniesieniu do programów innowacyjnych, otwierających zupełnie nowe ścieżki postępowania.

5.1.5.4. Ewaluacja wpływu

Ten rodzaj ewaluacji **służy rzeczywistej ocenie skuteczności** programu i polega na sprawdzeniu, czy osiągnięcie zakładanych wyników krótkoterminowych, średnioterminowych bądź długoterminowych jest spowodowane działaniem programu. **Porównuje się stan przed i po, z programem i bez programu.** Pozwala to ocenić zdolność programu do zmiany sytuacji. Wykonuje się badania eksperymentalne i quasi-eksperymentalne, które dowodzą przyczynowości, czyli związku przyczyna-skutek (tj. program-wynik programu). Taka ewaluacja jest przeprowadzana na zakończenie programu, czasem w odpowiednich interwałach w trakcie jego trwania. Ewaluacja wpływu powinna być szczegółowo zaplanowana na długo przed wdrożeniem programu. Po jego wdrożeniu będzie za późno na zebranie danych wyjściowych lub przeprowadzenie własnych pomiarów oraz utworzenie odpowiednich grup kontrolnych lub porównawczych[526]. Nie bez znaczenia są też kwestie finansowe, tj. przygotowanie odpowiednich funduszy na taką ewaluację oraz uzyskanie wsparcia finansowego ze strony interesariuszy.

Ewaluacja wpływu ma szczególne znaczenie w przypadku programów dojrzałych, które trwają już jakiś czas, były poddawane ewaluacji wyników i modyfikowane zgodnie z jej wynikami.

Komentarz:

→ W wielu starszych anglojęzycznych opracowaniach dotyczących ewaluacji programów zdrowotnych ewaluacja wpływu jest interpretowana jako ocena uzyskania wyników długoterminowych.

5.1.5.5. Ewaluacja ekonomiczna

Ta ewaluacja polega na badaniu produktów i wyników programu w odniesieniu do jego kosztów. Typowe podejścia obejmują analizę kosztów, analizę kosztów i korzyści, analizę kosztów i efektywności oraz analizę kosztów i użyteczności[527]. Ten rodzaj ewaluacji nie jest przedmiotem tego opracowania.

Komentarz:

→ W piśmiennictwie międzynarodowym występują również inne rodzaje ewaluacji niż wymienione w tym opracowaniu, a także – dodatkowo – oceny (*assessment, appraisal*) dotyczące programów.

→ OECD wyróżnia ewaluacje ex ante, ex durante oraz ex post, które wykonuje się odpowiednio: przed wdrożeniem, w trakcie realizacji i po interwencji[528].

→ Odróżnienie ewaluacji od oceny nie jest jednoznaczne, ale można przyjąć, że główna różnica między nimi polega na tym, że ewaluacja jest określeniem wartości jakiejś całości, a ocena jest opinią, diagnozą stawianą w danym momencie.

→ W piśmiennictwie anglojęzycznym wśród ocen dotyczących interwencji zdrowotnych dużą rangę mają: ocena potrzeb zdrowotnych (*health needs assessment,* HNA)[529] oraz ocena wpływu na zdrowie (*health impact assessment,* HIA)[530], które zasadniczo wykonuje się przed interwencją, a także ocena wpływu na niesprawiedliwości w zdrowiu (*health inequalities assessment*)[531], którą wykonuje się przed interwencją i po niej.

→ W Polsce ocena potrzeb zdrowotnych jest zazwyczaj utożsamiana z oceną sytuacji zdrowotnej (epidemiologicznej), a więc jest przeprowadzana w mniejszym zakresie, niż jest to zalecane. Natomiast HIA i ocena wpływu na niesprawiedliwości w zdrowiu nie są realizowane.

→ Do ocen wykonywanych w Polsce można zaliczyć np. Ocenę Skutków Regulacji[532, 533], opinię prezesa AOTMiT o projekcie PPZ[534], wyniki uzgodnień międzyresortowych i konsultacji społecznych aktów prawnych, a także ekspertyzę[535], którą wykonuje się przed wdrożeniem interwencji; ponadto okresową wewnętrzną lub zewnętrzną kontrolę jakości pracy i superwizje, które wykonuje się w trakcie interwencji.

5.2. Standardy

W piśmiennictwie anglojęzycznym w opisach ewaluacji programów zdrowotnych wymieniane są różne standardy postępowania. Często pod odmiennymi nazwami kryją się takie same cechy czy domeny. Poniżej zaproponowano cztery standardy ewaluacji, które są syntezą różnych podejść.

5.2.1. Użyteczność

Użyteczność ewaluacji polega na tym, że odnosi się ona do kwestii przydatnych z punktu widzenia interesariuszy, czyli jest dla nich pożyteczna. Kwestie poddane ewaluacji powinny mieć znaczenie (być ważne, a nie marginalne) ze względu na ogólny cel ewaluacji. Ważne jest też, aby w ewaluacji uwzględniać problematykę sprawiedliwości w zdrowiu oraz oceniać niepożądane skutki programu, dyskryminację grup nieuprzywilejowanych i podatnych na utratę zdrowia na podłożu czynników społeczno-ekonomicznych. W planowaniu ewaluacji, jej przeprowadzeniu i podsumowaniu powinni uczestniczyć interesariusze. Wyniki i wnioski należy zaprezentować w sposób jasny, zrozumiały i praktyczny, a także udostępnić wszystkim zainteresowanym stronom. Wskazane jest rozpowszechnienie ich wśród innych twórców i realizatorów programu oraz udostępnienie szerszemu audytorium praktyków, badaczy i decydentów. Raporty z ewaluacji mogą przybierać różną formę w zależności od adresatów.

5.2.2. Wykonalność

Wykonalność oznacza, że ewaluacja powinna być realistyczna, czyli uwzględniać zarówno potrzeby, jak i możliwości, w tym czas wykonania oraz posiadane zasoby ludzkie i finansowe. Oznacza to, że trzeba zdecydować, czy ewaluację można przeprowadzić samodzielnie, czy we współpracy z konsultantem – ekspertem do spraw ewaluacji (lub innych kwestii, np. ds. zmiany zachowań, statystyki). Eksperta można zatrudnić bądź zlecić pracę ewaluatorowi zewnętrznemu. Należy zastanowić się nad mocnymi i słabymi stonami każdego z tych rozwiązań. Niezbędna jest wymiana informacji między wykonawcami ewaluacji, współpraca, uzgodnienia, koordynacja procesu ewaluacji i zarządzanie nim. Istotne jest również wykorzystanie

takich metod, które nie wywołują konfliktu interesów oraz napięć między zainteresowanymi stronami, mogących wynikać z różnych oczekiwań wobec ewaluacji.

5.2.3. Wiarygodność

Wiarygodność obejmuje bezstronność, obiektywizm, niezależność, rygor naukowy, uczciwość, dokładność oraz względy etyczne i prawne. Ważne jest, żeby ewaluacja była wolna od wstępnych założeń i uprzedzeń. Badanie powinno obiektywnie mierzyć proces i wyniki, a także wpływ programu. Ewaluacja powinna być przeprowadzona zgodnie z właściwą dla danego programu metodyką badawczą przez osoby posiadające odpowiednią wiedzę oraz wymagane umiejętności. Istotne jest, by pamiętać o zasadach etycznych i wymaganiach dotyczących badań z udziałem ludzi. Należy rzetelnie udokumentować plan ewaluacji, metody, wyniki i wnioski oraz bezstronnie je zinterpretować. Raport z ewaluacji powinien zawierać informacje o ograniczeniach przeprowadzonego procesu. Wyniki i wnioski nie mogą spotykać się z zarzutem stronniczości. Będą one podstawą do poprawy programu oraz planowania kolejnych programów przez inne podmioty.

5.2.4. Jawność

Jawność to transparentność postępowania i odpowiedzialność za przebieg oraz wyniki ewaluacji. Planowanie i przeprowadzenie ewaluacji, a także dokumentowanie i raportowanie, powinny być jawne. Nie należy ujawniać danych osobowych. Raport z ewaluacji powinien być udostępniony zainteresowanym stronom tak szybko, jak jest to możliwe, bez zbędnej zwłoki. Nie wolno zatajać informacji o niekorzystnych wynikach ewaluacji, które wskazują na niepowodzenie programu.

5.2.5. Inne standardy i zasady

W piśmiennictwie anglojęzycznym dotyczącym ewaluacji wymienia się różne standardy[536, 537, 538, 539, 540, 541], np. (w kolejności alfabetycznej):

- bezstronność i niezależność (*impartiality and independence*);
- dokładność (*accuracy*);

- etyka (*ethics*);
- jakość (*quality*);
- jawność (*transparency*);
- niezależność i obiektywizm (*independence and objectivity*);
- odpowiedzialność (*accountability*);
- partycypację (*participation*);
- rygor (*rigor*);
- sprawiedliwość (*equity*);
- stosowność (*propriety*);
- użyteczność (*utility*);
- współpracę (*collaboration*);
- wykonalność (*feasibility*);
- względy etyczne i prawne (*ethics and legality*);
- znaczenie i użyteczność (*relevance and utility*).

W niektórych opracowaniach sformułowano „podstandardy", czyli dokonano uszczegółowienia. Na przykład w opracowaniu CDC z 1999 r. wyróżniono cztery standardy nadrzędne (użyteczność, wykonalność, stosowność, dokładność), aby następnie każdemu z nich przypisać standardy szczegółowe (odpowiednio w liczbie: 7, 3, 8, 12). Standardy CDC z 1999 r. są powtórzeniem standardów dotyczących ewaluacji w edukacji[542].

W najnowszym opracowaniu CDC z 2024 r. podano pięć standardów (znaczenie i użyteczność, rygor, niezależność i obiektywizm, jawność, etyka) bez uszczegółowienia. Są one kopią standardów ewaluacji działań federalnych w USA[543]. W opracowaniu tym, poza pięcioma standardami, wskazano również działania przekrojowe (*cross-cutting actions*), które należy uwzględnić na każdym etapie planowania i przeprowadzania ewaluacji. Są to: współpraca, wspieranie sprawiedliwości w zdrowiu, uczenie się i wykorzystywanie spostrzeżeń.

W Polsce w 2008 r. sformułowano standardy ewaluacji (zestawienie 13.) wynikające z doświadczeń zebranych przy ewaluacji zewnętrznej (niezależnej od zleceniodawcy i programu) interwencji publicznych, ale mogą być one wykorzystane w ewaluacjach prowadzonych w sektorze prywatnym oraz pozarządowym[544]. Można je także zastosować w **ewaluacji wewnętrznej**, czyli wykonywanej przez podmiot związany ze zleceniodawcą, ale niezależny od programu. W niewielkim stopniu pasują do autoewaluacji, czyli ewaluacji wykonywanej przez podmiot związany z programem.

Zestawienie 13. Standardy ewaluacji według Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego

Lp.	Standard
	Planowanie ewaluacji
1	Zasadność podejmowania ewaluacji
2	Precyzyjne określenie celu, przedmiotu i zakresu badania
3	Realistyczne określenie sposobu przeprowadzenia ewaluacji
4	Określenie przejrzystych kryteriów wyboru ewaluatora
5	Zapewnienie niezależności ewaluacji
6	Zapewnienie zgodności z zasadami etycznymi
	Realizacja ewaluacji
7	Zapewnienie wysokiej jakości ewaluacji
8	Zapewnienie trafności i rzetelności badań ewaluacyjnych
9	Dbanie o partycypacyjność i jakość współpracy w procesie ewaluacji
10	Przestrzeganie warunków umowy
11	Dbanie o jakość relacji ewaluator – badani
	Komunikowanie i wykorzystanie wyników ewaluacji
12	Zachowanie przejrzystości struktury i języka raportu ewaluacyjnego
13	Zapewnienie rzetelności raportu ewaluacyjnego
14	Formułowanie precyzyjnych wniosków i rekomendacji
15	Konsultowanie wniosków i rekomendacji
16	Wykorzystanie rekomendacji

5.3. Koszt

Do pomiaru wyników i wpływu niezbędne są dane wyjściowe opisujące stan przed programem (stan ten może równać się zeru). Niektóre dane mogą być dostępne w istniejących zbiorach, inne należy zgromadzić lub stworzyć. Zebranie danych dostępnych (zastanych) może być bezpłatne, ale trzeba liczyć się z koniecznością poniesienia jakiejś opłaty. Przeprowadzenie własnych badań zawsze generuje koszty. Ponadto wyniki ewaluacji powinny zostać udokumentowane i rozpowszechnione, co również wymaga odpowiednich środków finansowych.

Zwyczajowo przyjmuje się, że 5, 7 lub 10% budżetu przedsięwzięcia należy przeznaczyć na ewaluację[545]. Jednak przepowadzenie rygorystycznej ewaluacji, obejmującej ewaluację formatywną, procesu, wyników oraz wpływu (prowadzenie badań eksperymentalnych i quasi-eksperymentalnych) wymaga większych nakładów, które mogą sięgać 15–20% budżetu. W przypadku bardziej rozbudowanych badań nakłady te osiągają 25% budżetu lub nawet przekraczają tę granicę[546]. Cel i metodyka (schemat badawczy i metody badania) każdej ewaluacji powinny być dopasowane do charakteru programu oraz oczekiwań interesariuszy. Jednakże jej realny zakres jest wynikiem kompromisu między potrzebami i możliwościami, w tym finansowymi.

6. Etapy planowania programu dotyczącego zdrowia psychicznego

W tym rozdziale omówiono siedem etapów planowania programu:
- utworzenie zespołu planującego;
- ocena potrzeb;
- wybór priorytetowego kierunku pracy;
- określenie celu;
- opracowanie modelu logicznego;
- określenie zadań;
- określenie wskaźników.

Planowanie programu oraz planowanie i przeprowadzanie ewaluacji wymagają zapewnienia określonych warunków, takich jak włączenie interesariuszy, zorganizowanie szkoleń, przygotowanie oferowanej usługi, koordynacja działań oraz ocena ich jakości. Obrazuje to np. narzędzie do oceny procesu planowania i ewaluacji działalności dotyczącej zdrowia psychicznego w szkołach opracowane przez amerykańskie stowarzyszenie National Assembly on School-Based Health Care[547]. Zespół projektujący program może zaplanować też ewaluację albo powinien ściśle współpracować z zespołem, który ją planuje.

6.1. Zespół planujący

Co do zasady w planowaniu, realizowaniu i ewaluacji programów zdrowotnych biorą udział przedstawiciele instytucji lub organizacji inicjującej, w tym wykonawcy programu, a także inni realizatorzy (np. lekarze, trenerzy) i pozostali interesariusze. Interesariusze

to osoby, instytucje czy organizacje, które mogą wpływać na kształt programu, być pod jego wpływem i odczuwać jego skutki albo jedynie tak uważać.

W piśmiennictwie istnieją różne podziały osób i instytucji, które są związane z realizacją programu zdrowotnego i należą do jego interesariuszy. Zalicza się do nich planistów, wykonawców, osoby, które będą zarządzać programem (zarządzanie wymaga nieco innych umiejętności niż planowanie), członków społeczności (beneficjentów), partnerskie instytucje i organizacje (np. NGOs, stowarzyszenia), fundatorów, konsultantów i ekspertów zewnętrznych, polityków. Decyzja o tym, kogo traktować jako stronę zainteresowaną, w znacznym stopniu zależy od specyfiki programu i zakładanego celu pracy.

W podejściu odgórnym, typowo związanym z profilaktyką, charakter interesariuszy i ich liczba są stosunkowo łatwe do określenia. **W programach oddolnych**, bliższych działaniom z zakresu promocji zdrowia, cel programu jest wybierany w wyniku uzgodnień między stronami, co wymaga utworzenia dobrej reprezentacji różnych środowisk oraz określenia metod pracy w zespole (obejmujących np. system komunikacji czy metody podejmowania decyzji dotyczących celów lub priorytetów). Decyzja, kto będzie interesariuszem, zależy też od czasu, jaki można poświęcić na planowanie, od dostępności danych i posiadanych zasobów. Nie wszyscy potencjalni interesariusze muszą być bezpośrednio włączeni w tok pracy. Ich rolą może być tylko wspieranie programu, toteż powinni zostać poinformowani o danej inicjatywie[548,549]. Uczestnikom zespołu planującego należy zapewnić wsparcie w tej pracy, np. poprzez jakąś formę szkolenia.

6.2. Ocena potrzeb

Planowanie programu rozpoczyna się od oceny potrzeb zdrowotnych (*health needs assessment*, HNA), która polega na oszacowaniu sytuacji zdrowotnej i społecznej wybranej grupy lub społeczności oraz oczekiwań interesariuszy. Ocena taka powinna być prowadzona we współpracy z interesariuszami. Ma ona dostarczyć danych wyjściowych do przeprowadzenia ewaluacji. Zwyczajowo etap ten nazywano diagnozą sytuacji, zwłaszcza w programach odgórnych, gdy koncentrowano się na ocenie epidemiologicznej.

Istnieje wiele podejść do zakresu i metod oceny potrzeb. W kompleksowym podejściu ocena potrzeb obejmuje rozpoznanie sytuacji epidemiologicznej oraz czynników behawioralnych, społecznych, ekonomicznych, kulturowych i politycznych, które mają związek z sytuacją, w tym czynników ryzyka i ochronnych. Dąży się do identyfikacji niesprawiedliwości w zdrowiu występujących w danej grupie. Ocena obejmuje kontekst sytuacji, zasoby grupy lub społeczności oraz bariery w jej funkcjonowaniu. Uwzględnia się identyfikację najbardziej obiecujących strategii poprawy sytuacji, co powinno wynikać z przeglądu piśmiennictwa i być poparte teoriami oraz dowodami. Uwzględnia się także wybór priorytetu pracy, co ma związek z możliwościami wykonawczymi. W kompleksowym ujęciu ocena potrzeb zdrowotnych może być interpretowana jako ewaluacja ex ante (przed działalnością). Tak szeroko rozumiana ocena powinna być stosowana do planowania działalności na szerszą skalę, prowadzonej na rozległym terenie i adresowanej do większych grup[550]. W przypadku programów zdrowotnych o stosunkowo niewielkiej skali, a zwłaszcza odgórnych, raczej nie prowadzi się tak wielowymiarowej oceny potrzeb, ponieważ wymaga to czasu i znacznych nakładów, a linia programowa jest wcześniej odgórnie ustalona. W piśmiennictwie anglojęzycznym obecnych jest wiele ciekawych opracowań dotyczących oceny potrzeb w obszarze zdrowia psychicznego[551, 552, 553] oraz potrzeb osób z zaburzeniami psychicznymi[554, 555].

6.3. Wybór priorytetu

Wybór priorytetu dotyczy wyboru problemu, który będzie przedmiotem programu. W programach odgórnych jest to z góry ustalone. W programach oddolnych wybór priorytetu może następować w trakcie oceny potrzeb lub tuż po niej. **Wyboru dokonuje się na podstawie kryteriów, które trzeba określić w kontekście danego programu.** Do potencjalnych kryteriów wyboru można zaliczyć następujące:

- skala rozpowszechnienia problemu;
- znaczenie, „ciężkość" problemu;
- chęć interesariuszy czy społeczności do zajęcia się problemem;
- udowodniony badaniami wpływ na zmianę sytuacji;
- wykonalność;
- kontynuacja poprzednich działań i programów;
- związek z innymi równoległymi działaniami i politykami.

Decyzję dotyczącą kryteriów wyboru podejmują twórcy programu i interesariusze. Wybór priorytetu następuje w wyniku otwartego dialogu pomiędzy różnymi uczestnikami[556]. Do wyboru priorytetu potrzebne jest szerokie rozeznanie (wśród wszystkich zainteresowanych grup) w sytuacji epidemiologicznej i społecznej, posiadanych zasobach, dowodach z piśmiennictwa oraz kontekście, w jakim będzie realizowany program. Może to być uświadamiane podczas szkoleń zespołu planującego. W relatywnie niewielkich programach wybiera się jeden priorytet, w większych może być ich kilka.

Istnieje sporo metod wyboru priorytetu, poczynając od stosunkowo prostych, jak np. wielokrotne głosowanie oraz **matryca strategiczna** (rys. 29), a kończąc na bardzo złożonych, jak technika grupy nominalnej czy metoda Hanlona[557, 558]. W matrycy strategicznej często stosuje się kryteria wykonalności i siły wpływu na zmianę sytuacji. W takiej konfiguracji kryteriów do dalszej pracy wybiera się to, co jest wykonalne i ma potencjalnie duży wpływ na zmianę, tj. poprawę sytuacji. Można stosować inne kryteria. Jednak wykonalność jest bardzo ważnym kryterium wyboru, ponieważ tylko to, co jest możliwe do zrealizowania, można poddać rzetelnej ewaluacji.



Rysunek 29. Matryca wykonalność-wpływ do wyboru priorytetu programu. Opracowanie własne

Komentarz:

→ W trakcie planowania programu zdrowotnego zazwyczaj dochodzi do dwukrotnego wyboru priorytetu.

→ Pierwszy wybór dotyczy problemu, który będzie przedmiotem programu, co zostało opisane powyżej.
→ Drugi wybór dotyczy kierunku postępowania, czyli wyznaczenia celu, strategii i zadań programu.
→ Postępowanie w obu przypadkach jest podobne.

6.4. Określenie celu

Po wyborze priorytetowego problemu, na którym skupi się program, następuje etap wyboru kierunku postępowania (celu programu), a następnie strategii i zadań. Wybór ten jest najczęściej poprzedzony analizą tzw. **drzewa problemu oraz drzewa celów**[559].

Drzewo problemu to graficzna prezentacja:

- skutków danego (priorytetowego) problemu pod postacią konarów, gałęzi i gałązek;
- przyczyn danego problemu pod postacią korzeni drzewa i ich odnóg (tzw. przyczyn pierwotnych).

Tak skonstruowane drzewo problemu zamienia się na drzewo celów. Do programu najczęściej wybiera się takie cele, które rokują największą szansę na sukces i są wykonalne. Dlatego „przycina się" koronę drzewa, aby wybrać odpowiedni cel programu. W konsekwencji przycina się też korzenie i zostawia te, które są powiązane z celem. Wykonanie drzewa problemu i drzewa celów pokazuje, że niewielkie programy zdrowotne koncentrują się zaledwie na niektórych przyczynach i skutkach problemu, zatem nie mają możliwości, aby dokonać radykalnej zmiany sytuacji i wyeliminować problem.

Wybrany cel **(cel główny)** programu zdrowotnego jest deklaracją. Jest ogólnym sformułowaniem tego, co chce się osiągnąć w perspektywie długoterminowej. Jest zorientowany na przyszłość. W sformułowaniu celu powinna znaleźć się informacja dotycząca grupy docelowej, do której program jest adresowany i w której ma dojść do zmiany[560]. Często nie jest wymagane, aby cel został sformułowany według kryteriów SMART, ale jest to możliwe. W niewielkich programach często nie wyznacza się mierzalnych, długoterminowych celów *stricte* zdrowotnych, czyli definiujących konkretną poprawę parametrów zdrowotnych.

Cel programu zdrowotnego, także z obszaru zdrowia psychicznego, może dotyczyć różnych strategii oddziaływania, poczynając od indywidualnego, a kończąc na politycznym. Często strategie

te są ze sobą powiązane[561]. Przykładowe cele programu z obszaru zdrowia psychicznego przedstawiono w zestawieniu 14.

Zestawienie 14. Potencjalne cele programu z obszaru zdrowia psychicznego. Opracowanie własne

Strategia/poziom oddziaływania	Przykładowy cel
Indywidualna	Zwiększyć świadomość problemów zdrowia psychicznego wśród osób dorosłych, mieszkańców ...
	Zwiększyć odporność nastoletnich uczniów szkół ...
	Zwiększyć samoskuteczność partnerów i bliskich osób pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, będących pod opieką ...
Interpersonalna	Ukształtować pozytywną postawę mieszkańców ... wobec osób z zaburzeniami psychicznymi
Organizacyjna	Wprowadzić w firmie ... działania przeciwko wypaleniu zawodowemu
	Wprowadzić podejście „cała szkoła, cała społeczność, całe dziecko" [562]do szkół ...
Społecznościowa	Zbudować sieć na rzecz promocji zdrowia psychicznego w społeczności lokalnej ...
	Zmniejszyć występowanie i nasilenie zachowań agresywnych w szkole ...
	Zwiększyć wsparcie dla osób po doświadczeniu zaburzeń psychicznych w mieście ...
	Zbudować wsparcie społeczne w środowisku rodzinnym uczniów szkoły ...
Polityki publicznej	Ukształtować pozytywną postawę wobec opieki środowiskowej wśród parlamentarzystów

Przy formułowaniu celu należy wybrać formę rzeczownika odczasownikowego (np. zbudowanie sieci) lub bezokolicznika (np. zbudować sieć). Bezokolicznik lepiej obrazuje cel działania i jego wynik. Przekonujący cel programu, taki, który skutecznie dociera do beneficjentów i innych interesariuszy, powinien być[563]:

- zwięzły;
- zrozumiały i wolny od fachowego żargonu;
- deklaratywny;
- wskazujący zakres działania;

- wskazujący ostateczny cel, ale bez proponowania konkretnej strategii, metody czy formy działalności.

6.5. Opracowanie modelu logicznego

Pracę nad modelem logicznym warto zaczynać na wczesnym etapie planowania programu. Pierwsze wersje nie będą precyzyjne, ale są podstawą do dalszej pracy.

Przykładowe zarysy modeli logicznych dla dwóch programów przedstawiono w zestawieniach 15. oraz 16. Są to pierwsze pomysły na program profilaktyki przemocy wśród uczniów i promocji zdrowia psychicznego w gminie. W zamierzeniu żaden z nich nie jest ani wyczerpujący, ani ostateczny. Nie sprawdzano, czy programy takie będą wykonalne, odpowiednie i akceptowane. Wśród działań nie uwzględniono na przykład przeglądu literatury, który powinien wskazać, jakie działania są rzeczywiście skuteczne. W pierwszym programie nie wpisano metod oceny występowania przemocy wśród uczniów, potrzeb uczniów, rodziców, nauczycieli czy psychologów. Nie uwzględniono przeprowadzenia ewaluacji formatywnej w stosunku do planowanych materiałów pomocniczych i informacyjno-edukacyjnych. W drugim programie dotyczącym networkingu specjalnie wpisano, że akces do sieci może być uznany zarówno za produkt, jak i wynik krótkoterminowy. Pokazuje to różne możliwości konstruowania programu i elastyczność planowania. Co ważne – poszczególne **działania mają wytworzyć produkty**, ale nie każdy produkt generuje wyniki.

Zarys modelu logicznego będzie weryfikowany i zmieniany w kolejnych etapach planowania, a zwłaszcza w momencie, w którym dochodzi do określenia wskaźników ewaluacji. To wtedy często okazuje się, że nie ma możliwości zmierzenia poziomu osiągnięcia zakładanych wyników, co skutkuje tym, że trzeba inaczej określić wyniki. W ślad za tym nierzadko trzeba zmienić zadania programu.

Najczęściej model przedstawia się w formie graficznej, jednak może być on opracowany w formie opisowej. Zalecana jest maksymalna zwięzłość i zmieszczenie modelu na jednej kartce formatu A4.

Zestawienie 15. Potencjalny program przeciwdziałania przemocy i wsparcia uczniów w szkole według modelu logicznego. Opracowanie własne

Nakłady	Działania	Produkty	Wyniki krótko- i średnioterminowe	Wyniki długoterminowe
• Kadra nauczycieli i psychologów szkolnych • Kadra ekspertów zewnętrznych • Materiały biurowe, wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych • Koszty • Czas	• Zanalizować i ocenić zjawisko przemocy wśród uczniów szkoły • Ocenić potrzeby uczniów • Ocenić potrzeby rodziców/opiekunów • Ocenić potrzeby nauczycieli i psychologów szkolnych	• Liczba rozmów i ankiet • Raport na temat zjawiska przemocy wśród uczniów • Raporty na temat potrzeb uczniów, rodziców/opiekunów, nauczycieli, psychologów	• Poprawa umiejętności nauczycieli i psychologów szkolnych • Poprawa umiejętności asertywnych, wzrost odporności uczniów • Odczuwane przez uczniów wsparcie społeczne	• Spadek liczby incydentów przemocy w szkole • Poprawa wyników w nauce • Mniejsze wykorzystanie świadczeń specjalistycznych
	• Opracować standardy pracy nauczycieli i psychologów	• Opracowane i udostępnione standardy pracy		
	• Opracować kryteria oraz metody naboru nauczycieli i psychologów (liderów programu)	• Opracowane i udostępnione informacje o kryteriach naboru nauczycieli i psychologów • Przeprowadzony nabór		
	• Przeszkolić nauczycieli i psychologów	• Przeszkoleni nauczyciele • Opracowane materiały pomocnicze dla nauczycieli i psychologów		
	• Opracować metody superwizji dla nauczycieli i psychologów	• Zorganizowana superwizja		
	• Współpracować w grupach liderów, uczniów, rodziców/opiekunów, pozostałych nauczycieli	• Opracowane materiały informacyjno-edukacyjne dla wszystkich zainteresowanych stron • Niebieskie skrzyneczki zdrowia psychicznego obecne w szkole • Problematyka zdrowia psychicznego i przemocy obecna na radach pedagogicznych, wywiadówkach, lekcjach		
	• Wspierać uczniów, rodziców/opiekunów, stworzyć system odsyłania do specjalistów	• Indywidualne rozmowy z uczniami, rodzicami/opiekunami • Informacja zwrotna od uczniów • Polityka antyprzemocowa obecna w szkole • Satysfakcja uczniów, rodziców/opiekunów, nauczycieli		

Zestawienie 16. Potencjalny program budowania sieci społecznościowej na rzecz promocji zdrowia psychicznego w gminie według modelu logicznego. Opracowanie własne

Nakłady	Działania	Produkty	Wyniki krótko- i średnioterminowe	Wyniki długoterminowe
• Kadra • Kompetencje miękkie • Dostęp do internetu i telefonu • Materiały biurowe • Koszty • Czas	• Opracować mapę interesariuszy • Nawiązać kontakty • Zidentyfikować uczestników	• Liczba kontaktów, akces do sieci	• Akces do sieci • Protokół uzgodnień (*Memorandum of understanding*) • Realne uczestnictwo w działaniu sieci • Rezygnacje z udziału w sieci, powody rezygnacji • Rozwój sieci, wzrost liczby kontaktów • Wykonana analiza i ocena stanu promocji zdrowia psychicznego w gminie, identyfikacja „wąskich gardeł” • Opracowane i udostępnione wytyczne, repozytorium dobrych praktyk w promocji zdrowia psychicznego w gminie	• Zaufanie do wytycznych, repozytorium • Dostęp do oferty lub usługi dla ludności • Jakość oferty lub usługi dla ludności • Utworzenie społeczności praktyków (w przyszłości)
	• Zorganizować spotkanie wstępne • Ustalić cel i zakres działania sieci • Ustalić zasady współpracy	• Liczba uczestników spotkania wstępnego • Ustalony cel i zakres działania oraz zasady współpracy • Ustalona konkretna oferta lub usługa dla ludności gminy		
	• Zorganizować wydarzenia networkingowe • PR • Dokonać analizy i oceny stanu promocji zdrowia psychicznego w gminie • Opracować materiały informacyjno-edukacyjne dla ludności	• Liczba uczestników wydarzeń • Ocena inicjatywy przez uczestników sieci • Informacje o sieci obecne w lokalnych mediach • Przeprowadzone szkolenia i warsztaty dla uczestników sieci • Opracowane materiały informacyjno-edukacyjne dla ludności • Satysfakcja ludności		

6.6. Określenie zadań

Zadania programu (*objectives*) są uszczegółowieniem jego celu – w opracowanym wcześniej drzewie celów są celami niższego rzędu. **W polskim piśmiennictwie zadania są najczęściej nazywane celami szczegółowymi.** Zadania wskazują konkretny kierunek pracy i wiążą się z zakładaną strategią działania programu[564]. Zazwyczaj w programach wykorzystuje się kilka strategii. Pierwszym krokiem jest dość ogólne określenie zakładanych kierunków (zestawienie 17.).

Zestawienie 17. Potencjalny profil zadań programu promocji zdrowia psychicznego według przyjętej strategii działania. Opracowanie własne według VicHealth, 2005

Strategia			
Indywidualna	**Organizacyjna**	**W społeczności**	**Społeczna**
Zadania krótko- i średnioterminowe			
• Zwiększyć wiedzę, zmienić postawy • Zmienić zachowania • Poprawić samoocenę i samoskuteczność • Osiągnąć samostanowienie • Zwiększyć kompetencje w zakresie zdrowia psychicznego	• Stworzyć nową organizację włączającą, responsywną, wspierającą i stabilną • Zmodyfikować własną organizację, aby była włączająca, responsywna, wspierająca i stabilna • Zwiększyć współpracę międzysektorową • Wprowadzić do pracy organizacji podejścia oparte na teoriach i dowodach	• Włączyć do pracy społeczność, grupy • Zwiększyć aktywność osób, grup w kwestii poprawy środowiska • Uzyskać lub poprawić spójność społeczną i poczucie tożsamości grupowej • Poprawić świadomość społeczną na temat zdrowia psychicznego i dobrostanu • Poprawić dostęp do szkolenia zawodowego • Udostępnić wsparcie	• Zainicjować rzecznictwo na temat określonych zmian w środowisku • Przygotować i wdrożyć zintegrowane, trwałe, wspierające polityki i programy • Stworzyć platformy tematyczne, ukierunkować już istniejące • Wyłonić przywództwo, stworzyć struktury i zasoby do działania
Zadania długoterminowe			
• Zwiększyć poczucie przynależności • Zmniejszyć subiektywnie odczuwane występowanie lub nasilenie czynników stresogennych • Zmniejszyć użycie substancji psychoaktywnych	• Powiększyć zasoby przeznaczone na współpracę międzysektorową	• Poprawić warunki środowiska materialnego • Zmniejszyć stygmatyzację i dyskryminację w społeczności • Zmniejszyć przemoc • Zwiększyć produktywność organizacji	• Zmniejszyć niesprawiedliwości w zdrowiu • Poprawić jakość życia • Przyczynić się do wzrostu oczekiwanej długości życia

Następnym krokiem jest sprecyzowanie zadań, co wiąże się z określeniem wskaźników. **Od zadań, w odróżnieniu od celu, bezwzględnie wymaga się, aby były sformułowane zgodnie z kryteriami SMART. Tak opisane** zadania są podstawą do zaprojektowania ewaluacji.

Zasada SMART oznacza, że zadania mają być[565]:

- ***S**pecific* – specyficzne, jasno, precyzyjnie zdefiniowane, dzięki czemu wiadomo, co chce się osiągnąć;
- ***M**easurable* – mierzalne, wskazujące, co ma się zmienić, o ile, u kogo, gdzie i w jakim czasie;
- ***A**chievable* – możliwe do osiągnięcia, realistyczne w danych okolicznościach;
- ***R**elevant* – istotne w stosunku do tego, co chce się osiągnąć;
- ***T**ime-bound* – określone w czasie.

W wersji polskojęzycznej zasada ta mówi, że zadania mają być specyficzne, mierzalne, adekwatne, realistyczne i terminowe.

Komentarz:

→ W niniejszym opracowaniu stosowano termin „zadanie", a nie „cel szczegółowy", aby umożliwić wielopoziomową budowę celów programu (np. przypisać go do celów sformułowanych w NPZ) i podkreślić szczególne znaczenie zadań, które zawsze powinny być opisane według kryteriów SMART.

→ Jest to spójne z literaturą anglojęzyczną, w której zasada SMART obowiązuje zawsze w stosunku do *objectives*.

Zadania programu mogą dotyczyć procesu (*process objectives*) oraz wyników (*outcome objectives*) (patrz rys. 26). **Przykładami precyzyjnie sformułowanych zadań dotyczących procesu** (nakładów, działań, produktów) są:

- Opracować, przetestować i wydrukować 100 sztuk ulotek na temat … adresowanych do … w terminie do … (źródło danych: dokumentacja programu, w tym informacje od wydawcy).
- Przeprowadzić warsztat na temat … wśród personelu … szkół … w liczbie … osób w terminie do … (źródło danych: dokumentacja programu, w tym lista uczestników).
- Wykonać mapę potencjalnych interesariuszy sieci dotyczącej …, wytypować 10 potencjalnych interesariuszy w terminie do … (źródło danych: dokumentacja programu, w tym notatki służbowe).
- Sformułować, przetestować i rozesłać list intencyjny w sprawie stworzenia sieci dotyczącej … do 10 potencjalnych interesariuszy w terminie do … (źródło danych: dokumentacja programu, w tym notatki służbowe z komentarzem dotyczącym kontaktu i odpowiedzi adresatów).

- W ciągu … tygodni dokonać przeglądu piśmiennictwa na temat …

Zadania dotyczące procesu wymagają przynajmniej sprecyzowania tego, co i kiedy chce się uzyskać.

Zadania, które dotyczą wyników, wymagają podania większej liczby szczegółów. Powinny **zawierać informacje o tym, co ma się zmienić, o ile, u kogo, gdzie i kiedy (po jakim czasie).** Takie sformułowanie zadań odbywa się metodą kolejnych przybliżeń i wymaga określenia wskaźników do ewaluacji. Przy formułowaniu zadań warto podać stan wyjściowy oraz źródło danych do pomiaru zmiany, przy czym stan wyjściowy może równać się zeru. Nierzadko jednak tak szczegółowe sformułowanie zadań jest bardzo trudne.

Przykładami zadań, opisanych ściśle według kryteriów SMART, dotyczących wyników, są:

- Zmniejszyć o 3 punkty procentowe (p.p.) odsetek uczniów szkół … w wieku …, którzy palili papierosy w okresie ostatnich … dni, do/po … (dane wyjściowe: 16%, źródło danych: własne badanie sondażowe wśród uczniów szkół … w wieku …).
- Zwiększyć o 10 p.p. odsetek osób dorosłych w wieku …, mieszkańców …, które umieją samodzielnie wskazać pięć objawów depresji, do/po … (dane wyjściowe: 2%, źródło danych: własne badanie sondażowe wśród dorosłych w wieku …).

Zadania dotyczące wyników mogą dotyczyć wyników krótkoterminowych i średnioterminowych. Zadania dotyczące wyników krótkoterminowych mogą odnosić się na przykład do wiedzy, zmiany otoczenia społecznego i materialnego, a średnioterminowych – do zmiany zachowania[566].

Ponadto zadania powinny być tak sformułowane, aby były zrozumiałe dla twórców, realizatorów, beneficjentów i innych interesariuszy, z użyciem prostego języka bez żargonu. W literaturze anglojęzycznej zwraca się uwagę, aby zadania były opisane w motywujący sposób, np. jako zwrot „zwiększyć …" lub „zwiększy się …" zamiast „zwiększenie …".

6.7. Określenie wskaźników

Wskaźnik (*indicator*) to zmienna ilościowa lub jakościowa, umożliwiająca zaobserwowanie lub pomiar zmiany, która ma być wynikiem programu[567]. W polskiej literaturze występują określenia „miernik"

i „wskaźnik", które są różnie definiowane, a czasem uznawane za synonimy. W tym opracowaniu przyjęto, że miernik jest narzędziem, kategorią do pomiaru jakiegoś zjawiska[568, 569] (np. zakresu wiedzy, jakości relacji społecznych). Natomiast **wskaźnik to mierzalne stwierdzenie o skali danego zjawiska** (np. samodzielne wymienienie X objawów chorobowych przez X% uczestników szkolenia, wzrost o X punktów procentowych odsetka osób starszych, które zgłaszają bliską więź z co najmniej jedną osobą w społeczności po X miesiącach). W tej fazie planowania programu zazwyczaj dochodzi do określenia tego, co ma być mierzone (mierników) bez wskazania skali zmiany (wskaźników). Do uściśleń może dochodzić przy planowaniu ewaluacji. W rozdziale 6.6 podano przykłady zadań sformułowanych z uwzględnieniem wskaźników.

Wskaźniki stosowane w programach zdrowotnych dotyczą elementów modelu logicznego (zestawienie 18.).

Wskaźniki, które dotyczą procesu (nakładów, działań i produktów), mogą być zarówno ilościowe, jak i jakościowe. Służą do oceny realizacji zadań dotyczących procesu, umożliwiają sprawdzenie, czy program przebiegał w zakładany sposób oraz dlaczego nie zakończył się sukcesem lub porażką.

Wskaźniki dotyczące wyników mają charakter ilościowy. Służą do oceny realizacji zadań dotyczących wyników, czyli do ewaluacji wyników i wpływu. Powinny odzwierciedlać zmianę czegoś, u kogoś, gdzieś, w określonym czasie. Wskaźniki te mogą być wyrażone liczbami, odsetkami lub – w przypadku różnicy między dwoma punktami pomiarowymi – punktami procentowymi (p.p).

Wyniki programu są dużo trudniejsze do zdefiniowania i zmierzenia niż produkty, ponieważ wymaga to posiadania danych wyjściowych, czyli wglądu w istniejący system informacyjny lub rejestr (tzw. dane zastane) lub przeprowadzenia własnych badań dla celów danego programu (tzw. dane wywołane). Z tego powodu wiele programów ogranicza zakres ewaluacji do produktów. Ale ewaluacja taka nie daje informacji o skuteczności. Należy dążyć do tego, aby w ewaluacji programów koniecznie uwzględnić przynajmniej wyniki krótkoterminowe i/lub średnioterminowe – sprawdzić, czy zostały osiągnięte.

Szczególne trudności dotyczą pomiaru wyników długoterminowych, który wymaga długotrwałej obserwacji. Ponadto wyniki uzyskane po długim czasie nie muszą być skutkiem działania programu.

Zestawienie 18. Potencjalne wskaźniki ewaluacji programu zdrowotnego. Opracowanie własne

Element modelu logicznego	Wskaźniki
Nakłady	Ilościowe dotyczą liczby/ilości: zasobów ludzkich, rodzaju kwalifikacji realizatorów, sprzętu, materiałów, partnerstw, funduszy, danych wyjściowych (np. z nadzoru epidemiologicznego lub badania), funduszy itp.
	Jakościowe dotyczą: kadry, sprzętu, materiałów edukacyjnych itp.
Działania, produkty	Ilościowe dotyczą terminowości, liczby uczestników, szkoleń, wizyt terenowych, przebadanych osób, diagnoz, wyprodukowanych materiałów, przetestowanych materiałów, rozdysponowanych materiałów, unikalnych, aktywnych i lojalnych użytkowników w grupie na fb, odsetka rezygnacji z udziału itp.
	Jakościowe dotyczą: opinii, oceny, satysfakcji uczestników, realizatorów i interesariuszy, charakterystyki partnerów, czynników zewnętrznych, które miały wpływ na realizację itp.
Wyniki krótkoterminowe i średnioterminowe	Ilościowe dotyczą zmian: wzrostu wiedzy, poprawy postaw, nabycia lub wykorzystania umiejętności, zwiększenia kompetencji, zwiększenia udziału w zajęciach, poprawy relacji społecznych, zmiany w środowisku itp.
Wyniki długoterminowe	Ilościowe dotyczą: poprawy jakości życia, spadku zapadalności i chorobowości, ograniczenia przemocy itp.

7. Etapy ewaluacji programu dotyczącego zdrowia psychicznego

W tym rozdziale opisano sześć etapów pracy przy ewaluacji programu:
- przygotowanie ewaluacji i ocena kontekstu;
- opisanie programu;
- określenie celu i postawienie pytań ewaluacyjnych;
- wybór schematu badania i opracowanie planu badania ewaluacyjnego;
- zebranie i opracowanie danych, analiza, sformułowanie wniosków i rekomendacji;
- wykorzystanie ustaleń.

7.1. Przygotowanie, ocena kontekstu

Etap ten służy do rozpoznania kontekstu, czyli okoliczności, które towarzyszą realizacji programu oraz mają wpływ na ewaluację. Trzeba wziąć pod uwagę zróżnicowane potrzeby, możliwości i ograniczenia związane z programem i ewaluacją, dzięki czemu można będzie lepiej zaprojektować ewaluację oraz trafniej zinterpretować wyniki. Przygotowania te koncentrują się na czterech powiązanych aspektach:
- oszacowanie gotowości do ewaluacji;
- rozpoznanie interesariuszy i ich stanowisk oraz włączenie ich przedstawicieli do dalszej pracy;
- charakterystyka otoczenia programu;
- potencjał (zasoby i możliwości) instytucji lub organizacji inicjującej program do wykonania i wykorzystania ewaluacji.

Oszacowanie gotowości (chęci do ewaluacji, wyobrażenia o niej) polega na analizie założeń i wstępnego planu ewaluacji we współpracy z interesariuszami. Obejmuje wspólny przegląd dokumentacji programu, w tym struktury, elementów, dostępnych danych oraz zasobów pod kątem potencjalnych celów ewaluacji. Korzystny jest wspólny namysł nad potrzebą i możliwością zebrania dodatkowych informacji i danych. Etap ten przebiega pod postacią konsultacji z interesariuszami, aby wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom wobec celu ewaluacji[570]. Dzięki temu można wybrać rozwiązania, które ułatwią kolejne kroki, etap 2. (opisanie programu), 3. (określenie celu) oraz 4. (wybór schematu badawczego, plan badania ewaluacyjnego).

Częścią przygotowań do ewaluacji jest zrozumienie, kim są **interesariusze ewaluacji.** Zalicza się do nich osoby lub podmioty, które można podzielić na cztery grupy:

- osoby, które bezpośrednio korzystają z usług programu (beneficjenci) oraz osoby, które mogą korzystać z usług (np. korzystające z poprawy zasobów społeczności) i które odczują skutki programu;
- osoby planujące program (twórcy) i wdrażające program (wykonawcy);
- osoby, które mogą wykorzystywać wyniki ewaluacji: bezpośredni zwierzchnicy twórców i realizatorów, a także decydenci wyższego szczebla, nawet z innego obszaru działalności, oraz twórcy i realizatorzy innych programów;
- osoby sceptycznie lub antagonistycznie nastawione do programu, wyrażające poglądy kontrastujące czy konkurencyjne.

Daną osobę lub grupę można przypisać do więcej niż jednej kategorii. Uwzględnienie tego aspektu polega na rozpoznaniu i zrozumieniu różnych spojrzeń na program oraz cel i zakres ewaluacji, a także na znalezieniu wspólnego stanowiska. Należy określić charakter i zakres współpracy, a także nieprzekraczalne granice (np. czas albo budżet).

W opracowaniu kanadyjskim z 2016 r. dokonano podziału interesariuszy na cztery grupy zróżnicowane pod względem zakresu i rodzaju udziału w ewaluacji[571]. Są to interesariusze:

- kluczowi, czyli bezpośrednio włączeni w planowanie i realizację programu oraz ewaluację;
- włączeni, czyli konsultanci (wewnętrzni i zewnętrzni) w sprawach planowania i ewaluacji;
- wspierający, czyli pomagający na przykład w zbieraniu danych, upowszechnieniu wyników ewaluacji;
- poboczni, których trzeba poinformować o prowadzeniu ewaluacji.

Obecnie jednoznacznie uznaje się, że włączenie interesariuszy jest elementem planowania, realizacji oraz ewaluacji. W przypadku ewaluacji jest to nazywane ewaluacją partycypacyjną[572, 573]. Ten rodzaj ewaluacji wymaga nakładów pracy i czasu, co trzeba uwzględnić w budżecie i harmonogramie programu. Zarazem podejście to stwarza szansę na uzyskanie bardziej wszechstronnych, rzetelnych i użytecznych wyników ewaluacji, na ich szersze wykorzystanie oraz na budowanie dobrych relacji wśród interesariuszy. Otwiera to drogę do dalszych wspólnych działań, w tym kontynuacji programu po ustaniu finansowania. W schemacie zaprezentowanym przez CDC w 1999 r. sugerowano, aby unikać nadmiernej liczby interesariuszy, ponieważ może to utrudniać proces ewaluacji[574]. Im większa liczba uczestników zespołu, tym większa liczba relacji między nimi. W grupie 5-osobowej dochodzi do 10 relacji, a w 9-osobowej – do 28. Dlatego mniejsze zespoły są zazwyczaj bardziej prężne niż duże.

Zwraca się uwagę na potrzebę rzeczywistego i uczciwego zaangażowania interesariuszy w miejsce **tokenizmu**, czyli symbolicznych gestów włączenia ich przedstawicieli[575]. Coraz powszechniej mówi się o **współtworzeniu** (*co-creation*) programów zdrowotnych, które wiąże się z zespołowym i kreatywnym rozwiązywaniem problemów. W podejściu tym różni interesariusze są zaangażowani na wszystkich etapach działania, poczynając od określania i definiowania problemu, a kończąc na ewaluacji – w tym także w procesy badawcze. Współtworzenie składa się ze współprojektowania (*co-design*) oraz koprodukcji (*co-production*)[576]. Jest ono rekomendowane także w obszarze zdrowia psychicznego[577].

Kolejnym aspektem przygotowania ewaluacji jest **oszacowanie środowiska** programu, czyli **zrozumienie specyfiki miejsca**, w którym będzie realizowany program oraz cech samego programu. Miejsce programu to historyczna i kulturowa charakterystyka społeczności, struktura i dynamika władzy w danym miejscu, istniejące struktury społeczne i aktywność społeczna. Znaczenie mogą mieć czynniki takie jak zaufanie do władzy, wykształcenie i kompetencje zdrowotne (*health literacy*) adresatów, bezrobocie, dominujący charakter pracy wśród adresatów, obecność transportu publicznego czy widoczność i intensywność działań konkurencyjnych i kontrkulturowych. Czynniki te mogą powodować brak zaangażowania w planowanie programu ze strony osób defaworyzowanych, wykluczonych, nieuwzględnienie ich potrzeb i możliwości w planie, a w konsekwencji brak ich udziału w programie. Kwestie te, dotyczące roli i udziału w programie osób wrażliwych na utratę zdrowia na podłożu warunków społecznych, powinny

być uwzględnione na 3. (określenie celu) oraz 4. (wybór schematu badawczego, plan badania ewaluacyjnego) etapie planowania ewaluacji.

Ostatni aspekt – **potencjał do ewaluacji** – to możność przeprowadzenia ewaluacji z perspektywy instytucji lub organizacji inicjującej program. Ważnymi kwestiami do namysłu są: czy cała instytucja, a nie tylko jej odłam odpowiedzialny za dany program, szanuje znaczenie ewaluacji, czy charakteryzuje się kulturą ewaluacji[578]? Czy realne jest przeprowadzenie **ewaluacji wewnętrznej**, czy trzeba myśleć o zewnętrznej? Czy zespół programu ma odpowiednie zasoby (ludzkie, finansowe, czas, metodykę i technologię, dane, wolontariuszy), czy ma doświadczenie w ewaluacji, czy wypracował odpowiednie mechanizmy ewaluacji, czy jest zdolny do współpracy w ewaluacji, czy ma sprawdzonych partnerów? Trzeba przemyśleć potrzebę nawiązania współpracy lub zatrudnienia konsultantów (np. ds. ewaluacji, zmiany zachowań, statystyki) w powiązaniu z posiadanym funduszem. Przydatnym narzędziem do analizy własnego potencjału jest analiza SWOT, czyli mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń.

Trzeba ustalić, co interesariusze mogą wnieść do procesu ewaluacji (np. pieniądze, czas, kompetencje badawcze), pamiętając przy tym, że mogą mieć różne doświadczenia, możliwości i partykularne interesy. Zastanowienia wymaga organizacja pracy, ustalenie ról i zakresu odpowiedzialności w pracy grupowej, sposób komunikacji i podejmowania decyzji.

7.2. Opisanie programu

Ten etap ma doprowadzić do uporządkowania zaplanowanego programu, w tym dokładnego określenia oczekiwanych wyników, a więc także zadań. Opis programu jest podstawą kolejnych kroków ewaluacji, w nim zawiera się sedno tego procesu. Najczęściej opisem tym jest **model logiczny programu**, który przybiera jednostronicową formę graficzną. Model powinien być tworzony stosunkowo wcześnie w trakcie planowania programu, tj. już na etapie określania celu i zadań. Model jest „żywym" narzędziem, ponieważ w miarę postępów prac nad kształtem programu dokonuje się w nim różnych zmian i korekt. I taka jest jego rola. Czas planowania ewaluacji to ostatni moment na przygotowanie modelu logicznego.

Model logiczny jest syntetyczny i nie ma w nim miejsca na szczegóły. Dlatego korzystne jest uzupełnienie go **opisem narracyjnym**.

W opisie takim powinny znaleźć się scalające informacje o potrzebie, którą ma zaspokoić program, a więc o charakterze i skali problemu, jego uwarunkowaniach, grupach dotkniętych problemem, skutkach problemu, tendencjach do jego występowania w czasie. Istotne może być dodanie informacji, że program jest kontynuacją wcześniejszego, względnie uzupełnieniem czy modyfikacją innego programu. Jeśli w pierwszym kroku przygotowawczym stwierdzono, że w historycznym, kulturowym i społecznym otoczeniu programu występują czynniki zakłócające, to warto o tym wspomnieć.

Informacje o poszczególnych działaniach mogą być uzupełnione opisem sprawdzonych i udowodnionych naukowo strategii postępowania (dowodów) oraz teorii, na przykład dotyczących genezy bądź zmiany zachowania. Informacje mogą obejmować założenia organizacyjne, kwestie ryzyka programu oraz sposoby zarządzania ryzykiem. Ważne jest wykazanie kolejności działań, czy przebiegają one równocześnie, czy sekwencyjnie. Można to przedstawić za pomocą wykresu (diagramu) Gantta. Jeśli w programie przewidziano wiele zadań dotyczących procesu, zwłaszcza gdy mają być wykonane przez zewnętrznych partnerów programu (np. przygotowanie materiałów informacyjnych i edukacyjnych), warto wskazać podmioty odpowiedzialne za poszczególne działania. Na tym etapie należy się zastanowić, czy liczba zadań dotyczących procesu nie jest zbyt duża i czy nie należałoby opracować „podprogramu".

Opis oczekiwanych wyników powinien wyraźnie określać wyniki krótko- i średnioterminowe (razem lub osobno) oraz odróżniać je od wyników długoterminowych. Zadania powinny być opisane według kryteriów SMART. Ważne jest podanie wskaźników pomiaru wyników oraz źródeł danych. Można wskazać możliwe do przewidzenia rezultaty niezamierzone, zwłaszcza pod kątem sprawiedliwości w zdrowiu.

Ważne i bardzo pomocne jest **sformułowanie założeń programu** (*assumptions*) dotyczących warunków, które powinny wystąpić, aby program przebiegał zgodnie z planem. Założenia mogą dotyczyć beneficjentów i społeczności, zasobów, otoczenia, samego programu. Oto przykłady założeń:

- Adresaci mają czas na udział w programie.
- Zmiana wiedzy przyczyni się do zmiany postaw.
- Pracodawca udostępni pomieszczenia.
- Społeczność jest zainteresowana budową koalicji na rzecz poprawy sytuacji.
- Wykonawcy są kompetentni i zmotywowani do pracy.
- Udział interesariuszy będzie katalizatorem zmiany.

- Władze lokalne będą wspierać program.
- W otoczeniu programu nie wydarzy się nic, co mogłoby zakłócić przebieg programu.
- Istniejące dowody nie upraszczają procesów zmiany społecznej.

Założenia wymienia się na dole kartki, na której graficznie przedstawia się model logiczny.

Na założeniach opiera się **analizę ryzyka** programu wraz z metodami jego unikania bądź redukcji. Założenia i analizę ryzyka umieszcza się w opisie narracyjnym ewaluacji.

7.3. Określenie celu, postawienie pytań ewaluacyjnych

Na tym etapie trzeba określić cel bądź kilka celów ewaluacji. Jeśli jej celem ma być udoskonalenie programu i poprawa jego przyszłej realizacji, to ważna jest ewaluacja formatywna oraz ewaluacja procesu pod kątem nakładów, działań, produktów. Podejście takie jest odpowiednie, gdy wiadomo, co należałoby zrobić w celu uzyskania zmiany (program ma podbudowę w dowodach naukowych i mocnych teoriach), ale nie ma pewności, jak to przeprowadzić. Metodyka ewaluacji procesu została omówiona w opracowaniu *Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych*[579].

Jeśli celem ewaluacji ma być ocena skuteczności programu, trzeba wykonać ewaluację wyników, czyli poziomu realizacji zadań dotyczących wyników w relacji do wskaźników. Podejście takie jest najbardziej odpowiednie wobec stosunkowo dojrzałych programów, które są już realizowane przez jakiś czas, a nawet były już poddawane ewaluacji. W przypadku niewielkich programów zazwyczaj ewaluacja taka będzie dotyczyć wyników krótko- i/lub średnioterminowych, opisanych według kryteriów SMART. Jeśli cel programu był również opisany według kryteriów SMART, ewaluacja wyników obejmie ocenę uzyskania wyników długoterminowych.

Można rozważać przeprowadzenie ewaluacji wpływu, która dotyczy rzeczywistej oceny skuteczności. Ten rodzaj ewaluacji ma wykazać, że to dany program spowodował osiągnięcie wyników, a nie jakieś inne czynniki. Jest trudniejszy do wykonania, wymaga przygotowania na wczesnym etapie planowania i większych nakładów. Na przykład dobór grup eksperymentalnych oraz kontrolnych czy porównawczych, a także pomiar sytuacji wyjściowej w tych grupach należy wykonać bardzo wcześnie, w trakcie planowania, a nie

w momencie inauguracji programu. Ponadto trzeba kontrolować tzw. trafność wewnętrzną (projekt badania) i zewnętrzną (możliwość uogólnienia wyników). Ewaluację taką można przeprowadzić, gdy istnieją odpowiednie zasoby i w sytuacji, kiedy potrzebne są twarde dowody na siłę sprawczą programu, ponieważ planowane jest jego rozszerzenie na inne środowiska. W przypadku wieloletnich planów i programów wielotematycznych przeprowadzenie ewaluacji wpływu może być trudne, a nawet niemożliwe. Natomiast w przypadku programów niewielkich, „cząstkowych", jest nieproduktywne.

Przed ewaluacją można postawić bardziej złożone cele, takie jak ocena trwałości wyników programu, istotności i adekwatności (trafności) zaplanowanych działań w odniesieniu do problemów, wyzwań i potrzeb[580]. Dotyczy to sytuacji, gdy planowany program jest innowacyjny, nie opiera się na dowodach oraz teoriach naukowych i potrzebne jest ustalenie jego racjonalności. Programy z zakresu zdrowia publicznego mogą być też poddane ewaluacji pod względem etycznym (zestawienie 19.)[581].

Komentarz:

→ Ewaluacja PPZ pod kątem **adekwatności** nie znajduje uzasadnienia.

→ W projekcie PPZ wymagane jest uzasadnienie wprowadzenia programu wraz z danymi epidemiologicznymi i opisem obecnego postępowania, a następnie projekt jest opiniowany przez prezesa AOTMiT.

Zestawienie 19. Kryteria ewaluacji programu zdrowotnego pod względem etycznym. Opracowanie własne, zmienione według Akrami F. et al., 2018

Lp.	Kryterium	Skala oceny		
		Tak	Nieco	Nie
1	Czy podmioty odczuwające wpływ programu brały udział w podejmowaniu decyzji?			
2	Czy przy podejmowaniu decyzji podjęto starania w celu zminimalizowania konfliktu interesów między różnymi grupami i organizacjami (finansującymi i niefinansującymi)?			
3	Czy uzasadniono powody i znaczenie zaangażowania społeczności?			
4	Czy w planowaniu uwzględniono monitorowanie i ewaluację?			
5	Czy trwałość programu zależy od infrastruktury i zasobów?			
6	Czy istniała możliwość zmiany programu?			
7	Czy doszło do zatwierdzenia procedur programu?			

Po ustaleniu celu ewaluacji stawia się **pytania ewaluacyjne,** które precyzują kierunek badania ewaluacyjnego. Pytania te powinny być powiązane z modelem logicznym, co zarazem oznacza, że dotyczą poszczególnych rodzajów ewaluacji (zestawienie 20.). Podane przykładowe pytania stanowią bardziej wskazówkę i inspirację niż wzór. Mogą być modyfikowane i powinny być uściślane.

Zestawienie 20. Przykłady pytań ewaluacyjnych. Opracowanie własne

Przykładowe pytania
Ewaluacja procesu: kontekst, nakłady, działania, produkty oraz elementy ewaluacji ekonomicznej
Czy program był ukierunkowany na zdefiniowane potrzeby?
Czy uzyskano zakładane produkty?
Czy opracowany model logiczny sprawdził się w praktyce? Jakie były błędy albo luki w modelu? Jakie są mocne i słabe strony modelu?
Czy dochodziło do zmian w otoczeniu programu? Czy monitorowano te zmiany?
Czy program wdrożono i realizowano zgodnie z planem? Jakie czynniki pomagały w realizacji, a jakie stanowiły przeszkody?
Czy nakłady i wykorzystane zasoby były wystarczające do realizacji programu?
Czy kwalifikacje realizatorów były zgodne z założeniami? Czy wystąpiły odstępstwa i nieprawidłowości?
Jaka była jakość materiałów wyprodukowanych w programie? Czy były zrozumiałe i akceptowane?
Czy program dotarł do zakładanej grupy adresatów? Jakie czynniki ułatwiały dotarcie, a jakie były przeszkodą?
Czy adresaci byli usatysfakcjonowani przebiegiem programu? Dlaczego tak lub dlaczego nie?
Czy działania uwzględniały eliminację lub ograniczenie niesprawiedliwości w zdrowiu? Jak to zostało przeprowadzone? Czy przyniosło to oczekiwane rezultaty?
Czy interesariusze byli zaangażowani w planowanie i realizację? W jakim stopniu? Jakie są ich opinie o własnym udziale?
Czy są inne grupy interesariuszy, z którymi trzeba było współpracować?
Czy program podlegał monitorowaniu? Czy wykonano ewaluację formatywną?
Co było innowacją w realizacji programu?
Jaki był całkowity koszt programu? Jaki był koszt w przeliczeniu na jednego uczestnika? Jaki był koszt w przeliczeniu na poszczególne zadania?

Przykładowe pytania
Jaki był stosunek nakładów do działań?
Jaki był stosunek nakładów do wyników?
Ewaluacja wyników
Czy program był skuteczny, czy uzyskano zakładane wyniki? Czy całkowicie, czy częściowo?
Które elementy (zadania) były najbardziej skuteczne? Co miało (mogło mieć) na to wpływ? Jakie czynniki sprzyjają większej skuteczności?
Czy wykorzystano strategie, teorie i metody o udowodnionej skuteczności? Jakie to dało rezultaty?
Czy wystąpiły jakieś nieprzewidziane konsekwencje, korzystne lub niekorzystne?
Czy program był właściwą odpowiedzią na potrzeby danej grupy (społeczności)? Czy zmiany są korzystne dla tej grupy?
Jakie były założenia programu? Czy były właściwe i wystarczające?
Czy program można kontynuować? Jeśli tak, to w jakiej formie, zmienionej czy nie?
Ewaluacja wpływu
Czy program miał wpływ na zaobserwowaną zmianę?
W jakim stopniu program przyczynił się do złagodzenia problemu?
Czy zmiana wywołana programem jest trwała? Jakie są ograniczenia?
Czy zmiana wywołana programem jest wartościowa z perspektywy adresatów i innych interesariuszy? Czy są różnice w opiniach?

Kluczowymi czynnikami decydującymi o wyborze pytań ewaluacyjnych są cel ewaluacji, czas i budżet. Podstawowym celem ewaluacji jest ocena skuteczności programu, zwłaszcza ewaluacja wyników. Niemniej w wielu przypadkach równie istotna jest ewaluacja procesu, szczególnie w przypadku programów nieukształtowanych. Ponadto wyniki ewaluacji procesu zazwyczaj są wykorzystywane w ewaluacji wyników. Z tego powodu istotne jest prowadzenie obu rodzajów ewaluacji i zachowanie równowagi między nimi, co wymaga przemyślanego wyboru pytań ewaluacyjnych.

Postawienie pytań powinno odbywać się we współpracy z interesariuszami. Ważne jest, aby różni interesariusze, w tym osoby, które nie są partnerami programu, ale potencjalnymi użytkownikami wyników ewaluacji, mogły postawić własne pytania. Ewaluacja ma dostarczyć wiedzy konkretnym osobom, które będą mogły ją potem wykorzystać. Dlatego w proces formułowania pytań badawczych

warto zaangażować przyszłych odbiorców ewaluacji[582]. Pytania ewaluacyjne powinny uwzględniać różne perspektywy, co można skutecznie wspólnie wypracować. Zrozumiałe jest, że interesariusze mogą (i będą) mieć różne oczekiwania wobec ewaluacji, toteż należy osiągnąć porozumienie co do ograniczenia liczby i charakteru pytań. **Uważa się, że najbardziej trafne pytania ewaluacyjne zadają na ogół osoby spoza jednostki ewaluacyjnej.**

Współpraca z interesariuszami prowadzi do stworzenia listy potencjalnych pytań ewaluacyjnych. Może okazać się, że ich zakres jest szerszy niż zakładany wcześniej cel ewaluacji. Z listy tej trzeba wtedy wybrać pytania priorytetowe. **Liczba pytań ewaluacyjnych powinna być ograniczona do tych, na które można odpowiedzieć w odpowiednim czasie, przy dostępnych zasobach i przy użyciu odpowiednio rygorystycznych metod.** W ustalaniu priorytetów można kierować się na przykład następującymi kryteriami[583]:

- Zgodność z zakładanym celem ewaluacji.
- Sensowność zakładanego celu ewaluacji:
  - Czy czas życia programu jest wystarczający do przeprowadzenia ewaluacji wyników?
  - Czy trzeba więcej wiedzieć o przebiegu programu?
  - Czy odpowiedź na dane pytanie ma kluczowe znaczenie dla kształtu, przebiegu lub wyników programu?
  - Czy odpowiedź na dane pytanie pozwoli uzyskać informacje dotyczące respektowania sprawiedliwości w zdrowiu?
  - Czy prowadzono już wcześniej takie same ewaluacje, z takimi samymi pytaniami (czasem korzystne jest poszerzanie bazy dowodów, czasem nie ma to uzasadnienia)?
- Dostępne zasoby (ludzkie, finansowe, czas) potrzebne do planowania i przeprowadzenia ewaluacji.
- Potencjalni użytkownicy wyników ewaluacji i ich potencjalna motywacja do wykorzystania wyników.

7.4. Wybór schematu badawczego, plan badania ewaluacyjnego

Po ustaleniu pytań ewaluacyjnych należy przejść do **określenia schematu badawczego,** który ma być wykorzystany w ewaluacji. Badania ewaluacyjne odróżnia się od klasycznych badań naukowych[584]. Różnią się celami, ale posługują się tymi samymi metodami.

Wybór schematu badawczego jest pochodną celu ewaluacji, pytań badawczych, przyjętych wskaźników, kontekstu, a także możliwości wykonawczych.

Na tym etapie trzeba ostatecznie ustalić źródła danych zewnętrznych i zastanych. Należy opierać się na źródłach wiarygodnych, które zawierają informacje bezpośrednio dotyczące wskaźników. Warto przemyśleć, jakie dane są niezbędne, a z jakich można zrezygnować.

Konieczne jest opracowanie metod badań własnych. Do ewaluacji wyników potrzebne są dane o sytuacji przed programem i po programie. Porównanie sytuacji „przed" i „po" nie dowodzi przyczynowości, czyli nie dostarcza dowodów, że uzyskana zmiana jest efektem programu. Stosuje się **badania nieeksperymentalne** (rys. 30), tzw. obserwacyjne, jak na przykład sondaże, które należą do **metod ilościowych**. Mogą być prowadzone przez ankietera lub bez jego udziału. Do wyboru są metody:

- CATI (*Computer Assisted Telephone Interviewing*);
- CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*);
- CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*);
- PAPI (*Paper and Pencil Interviewing*).

Komentarz:

→ Typową metodą stosowaną w zdrowiu publicznym do oceny sytuacji i potrzeb są sondaże, które po angielsku nazywają się ***„KAP surveys"***. Badanymi zmiennymi są w nich wiedza (*Knowledge*), postawy (*Attitudes*) oraz praktyki (*Practices*) respondentów, którzy reprezentują grupę docelową[585, 586].

→ Metoda ta jest znana od lat 50. XX w.

→ W badaniach takich zazwyczaj analizuje się związek pojedynczych cech społeczno-demograficznych (np. płeć, wiek, wykształcenie, dochód) z wiedzą, postawami i praktykami (zachowaniami).

→ W ostatnich trzech dekadach, szczególnie w odniesieniu do kwestii niesprawiedliwości w zdrowiu, coraz więcej uwagi poświęca się **intersekcjonalności**.

→ Jest to teoria i koncepcja analityczna, która odnosi się to różnych aspektów tożsamości jednostki (np. tożsamość płciowa, orientacja seksualna, klasa społeczna, niepełnosprawność, warunki geograficzne, status migranta), które nakładają się i krzyżują, a ich kombinacja leży u podstaw zróżnicowanych doświadczeń życiowych, które wywierają wpływ na zdrowie.

→ Jedną z najczęściej stosowanych metod do analizy intersekcjonalności jest metoda regresji liniowej[587].

→ Spojrzenie na piśmiennictwo anglojęzyczne pozwala stwierdzić, że badacze i praktycy dopiero uczą się tego podejścia[588].

Przydatne mogą być **badania jakościowe** (opisowe), takie jak: analiza dokumentacji, pogłębione wywiady indywidualne (IDI), zogniskowane wywiady grupowe (FGI), obserwacje, obserwacje uczestniczące, studium przypadku[589]. Duże znaczenie mogą mieć testy psychologiczne. Każda z metod ma swoje mocne oraz słabe strony i żadna nie daje pełnego obrazu. Warto przemyśleć zalety oraz wady poszczególnych metod i znaleźć podejście odpowiednie do celu, kontekstu i możliwości. Coraz częściej zaleca się stosowanie metod mieszanych, na przykład łączenie sondażu z wywiadami. W badaniach jakościowych zaleca się triangulację, czyli łączenie różnych technik (np. analizy dokumentów, obserwacji uczestniczącej i wywiadu pogłębionego). Konieczne mogą okazać się konsultacje z badaczami z obszaru nauk społecznych, ze statystykami, a także z profesjonalnymi ewaluatorami. Testy psychologiczne mogą być wykonywane tylko przez osoby uprawnione.

Schematy nieeksperymentalne są również przydatne do ewaluacji procesu.

Badania eksperymentalne									
1	**Pretest-posttest**								
	Grupa eksperymentalna	R	O_1	P	O_2				
	Grupa kontrolna	R	O_1		O_2				
2	**Tylko posttest**								
	Grupa eksperymentalna	R		P	O				
	Grupa kontrolna	R			O				
3	**Analiza szeregów czasowych**								
	Grupa eksperymentalna	R	O_1	O_2	O_3	P	O_4	O_5	O_6
	Grupa kontrolna	R	O_1	O_2	O_3		O_4	O_5	O_6
Badania quasi-eksperymentalne									
1	**Pretest-posttest**								
	Grupa eksperymentalna		O_1	P	O_2				
	Grupa porównawcza		O_1		O_2				
2	**Analiza szeregów czasowych**								
	Grupa eksperymentalna		O_1	O_2	O_3	P	O_4	O_5	O_6
	Grupa porównawcza		O_1	O_2	O_3		O_4	O_5	O_6
Badania nieeksperymentalne									
1	**Pretest-posttest**								
	Grupa eksperymentalna		O_1	P	O_2				
2	**Analiza szeregów czasowych**								
	Grupa eksperymentalna		O_1	O_2	O_3	P	O_4	O_5	O_6

R – randomizacja, losowy przydział do grupy eksperymentalnej i kontrolnej
O – obserwacja, wykonanie pomiaru, liczby w indeksie dolnym oznaczają kolejne pomiary
P – program, realizacja programu
– brak danego aspektu

Rysunek 30. Podstawowe schematy badawcze stosowane w ewaluacji. Opracowanie własne

Do ewaluacji wpływu potrzebne są dane o sytuacji z programem i bez programu. Porównanie takie pozwala wnioskować o przyczynowości. Przede wszystkim stosuje się **badania eksperymentalne lub quasi-eksperymentalne.** W pierwszym schemacie dokonuje się losowego przydziału do grupy eksperymentalnej (z programem) oraz kontrolnej (bez programu) i porównuje się sytuację w obu grupach

w tym samym czasie (przed działaniami i po). W drugim schemacie nie stosuje się przydziału losowego, a tworzy się grupę równoważną, porównawczą do grupy kontrolnej, biorąc pod uwagę podobieństwo cech społeczno-demograficznych uczestników. W celu uzyskania równoważności grup używa się technik statystycznych. Jako uzupełnienie stosuje się także badania jakościowe. Wymaga podkreślenia, że do przeprowadzenia ewaluacji wpływu potrzebne jest myślenie o tym już w trakcie planowania programu, zwłaszcza jego elementu dotyczącego zaangażowania interesariuszy[590].

Programy zdrowotne, w tym dotyczące promocji zdrowia, wiążą się z wieloma wyzwaniami etycznymi[591]. Na przykład grupy równoważne nie zostaną objęte pomocą w ramach programu. Ważną kwestią jest potrzeba uzyskania od uczestników świadomej zgody na badanie[592], a także zapewnienia anonimowości i poufności.

Plan badania ewaluacyjnego może obejmować: metody określenia doboru próby badawczej, metody dotarcia do respondentów i zasady komunikacji badaczy z respondentami, zakres szkolenia ankieterów, sposób uzyskania świadomej zgody, procedury zapewnienia anonimowości i poufności, uzyskanie oczekiwanego wskaźnika odpowiedzi (*response rate*), sposób zapisu i kodowania wyników, metody analizy wyników. Niezbędne jest ustalenie harmonogramu pracy.

Procedury i narzędzia powinny zostać poddane pilotażowi, który pozwoli ocenić akceptację i wykonalność metody, znaleźć usterki i poprawić protokół badania. Pilotaż można zacząć od konsultacji wewnątrz zespołu, ale finalnie trzeba go przeprowadzić na małej próbie reprezentantów grupy docelowej badania.

7.5. Zebranie i opracowanie danych, analiza, sformułowanie wniosków i rekomendacji

Postępowanie na tym etapie ma doprowadzić do udzielenia odpowiedzi na pytania ewaluacyjne. Sposób uporządkowania i analizy danych jest związany z rodzajem przeprowadzonego badania. Rozważenia wymaga **forma prezentacji wyników zgodnie z potrzebami poszczególnych interesariuszy**. Użytkownicy wyników ewaluacji mogą oczekiwać jasnej prezentacji, ale różnić się pod względem umiejętności interpretacji metod statystycznych, tabel oraz rycin. Dobrym rozwiązaniem będzie przygotowanie kilku form

prezentacji wyników. Użyteczne mogą być infografiki. W przypadku badań jakościowych ważne jest zamieszczanie cytatów wypowiedzi respondentów.

Wnioski należy formułować we współpracy z interesariuszami. Powinny one dotyczyć zarówno wyników badania i odpowiedzi na postawione pytania ewaluacyjne, jak i nieprzewidzianych zdarzeń oraz ich konsekwencji. Powinny też uwzględnić to, **czego zabrakło w ewaluacji programu albo co zostało wykonane powierzchownie lub niewłaściwie.** Nie może zabraknąć kwestii sprawiedliwości w zdrowiu. Wnioski warto przedstawić w formie listy, która odzwierciedla znaczenie poszczególnych ustaleń.

Rekomendacje stanowią kluczowy składnik ewaluacji. Powinny być sformułowane w taki sposób, aby wiadomo było, co warto kontynuować i co należy zmienić w programie. Korzystne jest uszeregowanie ich według ważności. Raport z ewaluacji powinien zawierać następujące elementy:

- streszczenie;
- wstęp zwierający wyniki oceny potrzeb, przegląd dowodów, sformułowany priorytet;
- opis procesu ewaluacji, w tym skrót programu (model logiczny), pytania ewaluacyjne, metody badawcze;
- wyniki ewaluacji;
- wnioski i rekomendacje;
- ograniczenia, nauka na przyszłość;
- załączniki.

Raporty dostosowane do potrzeb różnych interesariuszy powinny być rozpowszechnione.

7.6. Wykorzystanie ustaleń

Wykorzystanie ustaleń powinno odbywać się w dwóch wymiarach. Po pierwsze poprzez wykorzystanie w odniesieniu do ocenianego programu, a po drugie poprzez wykorzystanie przez innych twórców programów, badaczy czy decydentów.

Wykorzystanie ustaleń **dla własnych potrzeb** to przede wszystkim zbiorowa refleksja nad kontynuacją i udoskonaleniem programu bądź zamknięciem go. W celu udoskonalenia trzeba rozważyć zarówno ważność, jak i wykonalność rekomendacji, a także uporządkować je w kolejności wprowadzania zmian w życie. Warto dokonać

metaewalaucji, czyli systematycznej i metodycznej oceny przeprowadzonej ewaluacji, aby określić jej mocne i słabe strony. Może to być przydatne do podjęcia decyzji o przyjęciu lub odrzuceniu rekomendacji z raportu. Metaewaluacja może być również pomocna przy następnej ewaluacji tego samego programu.

Wykorzystanie ustaleń w szerszym gremium (twórców, badaczy, decydentów itp.) wymaga ustalenia strategii komunikacji. W zależności od tematyki i charakterystyki programu wyniki ewaluacji można upowszechnić podczas wydarzeń lokalnych, na spotkaniach roboczych, seminariach, webinariach i konferencjach, w publikacjach w mediach, artykułach naukowych, na stronach internetowych instytucji (organizacji) wiodącej i partnerów.

8. Ewaluacja polityk publicznych

W tym rozdziale omówiono możliwości przeprowadzenia ewaluacji polityk zdrowotnych dotyczących zdrowia psychicznego oraz polityk sektorowych.

W piśmiennictwie anglojęzycznym zaprezentowano wiele specyficznych podejść do ewaluacji polityk publicznych, w tym zdrowotnych[593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600]. Czasem, jak w przypadku agencji CDC, do ewaluacji polityk zdrowotnych proponowane jest takie samo podejście jak do ewaluacji programów zdrowotnych, czyli przez pryzmat skuteczności i efektywności[601, 602, 603].

Ewaluacja polityki może obejmować szeroki wachlarz zmiennych, czyli dotyczyć:

- zawartości polityki (np. **adekwatność** w stosunku do problemu, spójność z innymi politykami, struktura i treść dokumentu);
- procesu tworzenia polityki (np. mechanizmy planowania);
- procesu realizacji (np. zgodność z mandatem rządowym, akceptowalność, wykonalność, relacje i sieci podmiotów, produkty, liczba wykonanych badań, zmniejszenie liczby osób palących tytoń, koszty)[604, 605];
- ewentualnie wyników i wpływu polityki.

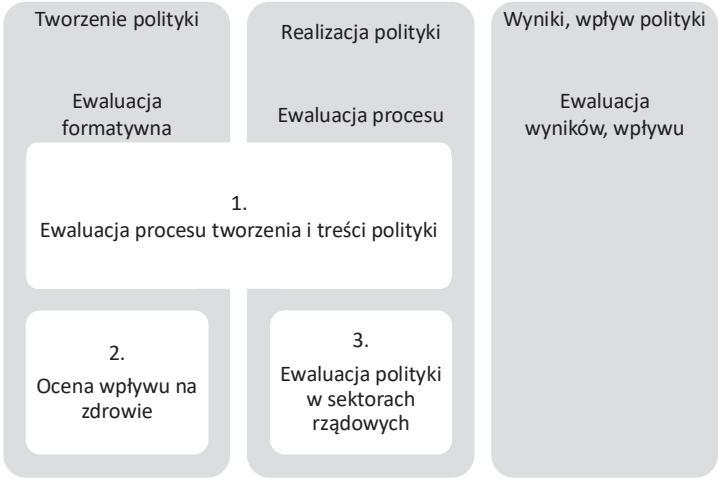
Stosunkowo łatwa do przeprowadzenia wydaje się ewaluacja zawartości i procesu tworzenia polityki. Ewaluacja realizacji polityki jest trudniejsza. Potwierdzają to aktualne publikacje naukowe, z których wynika, że ewaluacje realizacji polityki w zakresie zdrowia psychicznego są prowadzone i opisywane stosunkowo rzadko, metodyka jest uboga oraz słabo udokumentowana. Podkreśla się, że potrzebne są wiarygodne, dobre i praktyczne narzędzia pomiarowe[606, 607].

Najtrudniej jest przeprowadzić ewaluację wyników, a zwłaszcza wpływu polityki. W literaturze zwraca się uwagę na różnorodne problemy z tym związane, m.in. z powodu trudności z odróżnieniem

wyników od szerszych trendów demograficznych, epidemiologicznych i społecznych. Wyniki polityki są zakłócane przez wiele czynników od niej niezależnych. A przeprowadzenie ewaluacji wpływu polityki w schemacie eksperymentalnym bądź quasi-eksperymentalnym jest często nierealne.

Komentarz:

- → W opracowaniu *Ewaluowanie polityki antynarkotykowej* z 2017 r.[608], które jest tłumaczeniem pracy unijnej agencji ds. narkotyków[609], wyróżniono ewaluację wyników i wpływu.
- → Wynik jest tam rozumiany jako „krótko- lub średniookresowy skutek (...) interwencji", a wpływ jako „długofalowe konsekwencje interwencji".
- → Według współczesnej interpretacji ewaluacji długofalowe konsekwencje są wynikiem, a nie wpływem.
- → Zaproponowano w nim prowadzenie ewaluacji pod kątem **adekwatności** interwencji. Taki sposób ujmowania ewaluacji jest odpowiednikiem podejścia UE, które opiera się na wytycznych OECD. W Polsce znajduje zastosowanie wobec interwencji publicznych[610, 611].
- → **Prowadzenie ewaluacji polityki zdrowotnej według kryterium adekwatności** nie znajduje mocnego uzasadnienia, jeśli w trakcie planowania dokonano analizy sytuacji i potrzeb, a przy wyborze priorytetu, celu, strategii czy metod działania kierowano się sprawdzonymi teoriami i dostępnymi dowodami na temat skuteczności.



Rysunek 31. Omówione rodzaje ewaluacji polityk według rodzajów ewaluacji programów zdrowotnych. Opracowanie własne

W tym opracowaniu przedstawiono trzy przykłady ewaluacji polityk (rys. 31). Brano pod uwagę ewaluację polityk z perspektywy ewaluacji programów zdrowotnych, z uwzględnieniem podziału na ewaluację formatywną, procesu, wyników i wpływu. Przykłady 1. oraz 3. dotyczą polityk z zakresu zdrowia psychicznego, czyli polityk zdrowotnych. Przykład 2. (ocena wpływu na zdrowie) jest rodzajem ewaluacji ex ante (przed wdrożeniem). Przeprowadza się ją w odniesieniu do polityk sektorowych, które mają potencjalny wpływ na zdrowie.

8.1. Ewaluacja procesu tworzenia i treści polityki dotyczącej zdrowia psychicznego

Podany niżej przykład pochodzi z opracowań WHO[612, 613]. Dotyczy on polityki, która obejmuje organizację świadczeń, budowanie zasobów ludzkich, zapewnienie jakości świadczeń oraz dostęp do produktów leczniczych i leczenia. Główny akcent tej polityki pada na opiekę leczniczą. **Można wzorować się na tym przykładzie podczas ewaluacji polityki dotyczącej profilaktyki i promocji zdrowia psychicznego.**

W opracowaniach tych omówiono pięć etapów przeprowadzenia ewaluacji polityki, takich jak:

1. Ustalenie celu i zakresu ewaluacji.
2. Wybór ewaluatora, zapewnienie funduszy.
3. Zarządzanie kwestiami etycznymi.
4. Przygotowanie planu ewaluacji.
5. Analiza wyników ewaluacji, w tym niezamierzonych skutków, opracowanie raportu.

Zarządzanie kwestiami etycznymi odnosi się do udzielania świadomej zgody (tzw. poinformowanej), poufności informacji i anonimowości, zaangażowania interesariuszy w projektowanie badania ewaluacyjnego i uzyskanie informacji zwrotnej, a także obiektywizmu ewaluatora.

Podano przykład konstrukcji polityki, w tym przykłady wskaźników produktów, czyli namacalnych wytworów działania. Zastrzeżono, że ewaluacja wyników polityki dotyczącej zdrowia psychicznego może stanowić problem. Przez wyniki należy rozumieć zmianę, jaką daje się zaobserwować między stanem przed wdrożeniem polityki i po jej wdrożeniu. Pomimo trudności w przeprowadzeniu ewaluacji wyników zachęcano do jej zrealizowania, jeśli jest to uzasadnione i możliwe.

Zamieszczono zestaw kwestii, które można poddać ewaluacji procesu tworzenia i treści polityki (zestawienie 21.). Nadano mu formę listy kontrolnej, zawierającej kwestie do zapamiętania, rozważenia lub wykonania. W oryginale lista ta ma bardziej rozbudową postać niż zaprezentowana poniżej, ponieważ każdemu ocenianemu elementowi trzeba przypisać ocenę od 1 do 4, która oznacza:

1 – tak, w dużym stopniu;
2 – tak, w pewnym stopniu;
3 – nie, wcale;
4 – nie wiadomo, trudno powiedzieć.

Ponadto w tabeli umieszczono dodatkową kolumnę, w której należy wpisać komentarz do wystawionej oceny.

Zestawienie 21. Lista kontrolna do ewaluacji procesu tworzenia i treści polityki dotyczącej zdrowia psychicznego. Opracowanie własne według WHO, 2007

Lp.	Kwestie do ewaluacji
	Proces
1a	Czy polityka ma poparcie na wysokim szczeblu (np. ministra zdrowia)?
1b	Na jakim szczeblu była oficjalnie zatwierdzona (np. ministerstwo, rada ministrów, minister)?
2	Czy jest oparta na odpowiednich danych:
	z oceny sytuacji?
	z oceny potrzeb?
3	Czy uwzględniono zasady stosowane w innych państwach, czy analizowano podobieństwo kulturowe i demograficzne?
4	Czy odbył się proces konsultacji z następującymi grupami:
	reprezentantami sektora zdrowia, w tym z działów planowania, farmaceutycznego, rozwoju zasobów ludzkich, epidemiologii i nadzoru, zarządzania kryzysowego?
	reprezentantami ministerstwa finansów?
	reprezentantami departamentów pracy społecznej i mieszkalnictwa?
	reprezentantami wymiaru sprawiedliwości?
	konsumentami lub ich reprezentantami?
	członkami rodzin lub ich reprezentantami?
	innymi NGOs?
	sektorem prywatnym?
	innymi grupami interesariuszy (wymienić, jakimi)?

Lp.	Kwestie do ewaluacji
5	Czy doszło do wymiany informacji z innymi krajami na temat ich polityk i doświadczeń w zakresie zdrowia psychicznego?
6	Czy podjęto specjalne badania w celu utworzenia polityki?
	Treść
1	Czy opisano realistyczną wizję?
2	Czy wyrażono wartości i zasady leżące u podstaw?
3	Czy podkreślono kierowanie się następującymi wartościami lub zasadami albo deklarowano ich promowanie:
	prawa człowieka?
	włączenie społeczne?
	opieka środowiskowa?
	praktyka oparta na dowodach naukowych?
	współpraca międzysektorowa?
	sprawiedliwość w opiece zdrowotnej ukierunkowanej na zdrowie fizyczne?
4	Czy zadania (cele szczegółowe) zostały jasno określone?
5	Czy zadania są spójne:
	z wizją?
	z wartościami i zasadami?
6	Czy jasno opisano obszary działania, czyli główne kierunki polityki, oraz to, co ma być osiągnięte?
7	Czy obszary działania są opisane w sposób zobowiązujący (np. „będzie” zamiast „powinno” albo „chcemy, aby”)?
8	W jakim stopniu obszary działania powiązano z koordynacją i zarządzaniem?
8a	Czy polityka dokładnie określa stanowiska lub działy ministerstwa zdrowia, które będą koordynować działania i świadczenia?
8b	Czy polityka ustanawia wielosektorowy organ koordynujący, który będzie nadzorować najważniejsze decyzje?
9	W jakim stopniu opisano finansowanie obszarów działania?
9a	Czy wskazano, w jaki sposób fundusze będą wykorzystane w celu promowania sprawiedliwych świadczeń związanych ze zdrowiem psychicznym?
9b	Czy polityka stanowi, że zostanie zapewnione sprawiedliwe finansowanie zdrowia psychicznego i fizycznego?

Lp.	Kwestie do ewaluacji
9c	Jeśli istnieje w kraju ubezpieczenie zdrowotne, to czy świadczenia dotyczące zdrowia psychicznego będą jego częścią?
10	W jakim stopniu obszary działania są powiązane z legislacją i/lub prawami człowieka?
10a	Czy polityka promuje prawa człowieka?
10b	Czy polityka promuje tworzenie i wdrażanie prawodawstwa ukierunkowanego na prawa człowieka?
10c	Czy przewiduje się utworzenie organu kontrolnego, który będzie monitorować przestrzeganie różnych aspektów praw człowieka?
11	W jakim stopniu obszary działania dotyczą organizacji świadczeń?
11a	Czy polityka promuje integrację świadczeń dotyczących zdrowia psychicznego z innymi świadczeniami?
11b	Czy polityka promuje podejście zorientowane na społeczność?
11c	Czy polityka promuje deinstytucjonalizację?
12	W jakim stopniu obszary działania obejmują promocję zdrowia psychicznego, profilaktykę i rehabilitację?
12a	Profilaktykę zaburzeń psychicznych?
12b	Interwencje z obszaru promocji zdrowia psychicznego?
12c	Interwencje z obszaru rehabilitacji osób z zaburzeniami psychicznymi?
13	W jakim stopniu obszary działania obejmują rzecznictwo?
13a	Czy polityka wspiera organizacje konsumentów i rodzin?
13b	Czy kładzie nacisk na zwiększanie świadomości społecznej dotyczącej zaburzeń psychicznych i ich skutecznego leczenia?
13c	Czy promuje rzecznictwo w imieniu osób z zaburzeniami psychicznymi?
14	W jakim stopniu obszary działania obejmują poprawę jakości?
14a	Czy polityka zobowiązuje się do zapewnienia jakości interwencji oraz oparcia ich na dowodach naukowych?
14b	Czy włącza procesy pomiaru (oceny) jakości świadczeń oraz jej poprawy?
15	W jakim stopniu obszary działania obejmują kwestie systemów informacyjnych?
15a	Czy zostaną utworzone systemy informacyjne na temat zdrowia psychicznego, które ukierunkują podejmowanie decyzji dotyczących przyszłych polityk i świadczeń?
16	W jakim stopniu obszary działania obejmują kwestię zasobów ludzkich i szkolenia?

Lp.	Kwestie do ewaluacji
16a	Czy polityka zobowiązuje się do zapewnienia odpowiednich warunków pracy podmiotom świadczącym usługi w zakresie zdrowia psychicznego?
16b	Czy omówiono strategie zarządzania kapitałem ludzkim, w tym dotyczące rekrutacji i zatrzymywania pracowników?
16c	Czy szkolenie w zakresie kluczowych umiejętności i kompetencji zostało uznane za podstawę rozwoju zasobów ludzkich?
17	W jakim stopniu obszary działania obejmują badania i ewaluację?
17a	Czy polityka podkreśla potrzebę badań i ewaluacji świadczeń, polityki i planu?
18	W jakim stopniu obszary działania obejmują współpracę międzywydziałową/międzyinstytucjonalną w obrębie sektora zdrowia?
18a	Czy podkreśla znaczenie współpracy z działami planowania, farmaceutycznym, zasobów ludzkich, epidemiologii i nadzoru, HIV/AIDS, zarządzania kryzysowego?
18b	Czy zawiera jasne stwierdzenia na temat roli, jaką działy te będą odgrywać w każdym obszarze działania?
19	W jakim stopniu obszary działania obejmują współpracę międzysektorową?
19a	Czy polityka podkreśla znaczenie współpracy z odpowiednimi departamentami rządowymi?
19b	Czy podkreśla znaczenie współpracy z odpowiednimi NGOs, w tym organizacjami konsumentów i rodzin?
19c	Czy zawiera jasne stwierdzenia na temat roli każdego sektora w każdym obszarze działania?
20	Czy wzięto pod uwagę wszystkie następujące grupy:
	osoby z poważnymi zaburzeniami psychicznymi?
	dzieci i nastolatki?
	osoby starsze?
	osoby z niepełnosprawnością intelektualną?
	osoby uzależnione od środków psychoaktywnych?
	osoby z innymi zaburzeniami psychicznymi?
	osoby doświadczone traumą?

Lp.	Kwestie do ewaluacji
21	Czy w polityce osiągnięto równowagę w działaniach na rzecz wymienionych grup w kontekście dostępnych krajowych zasobów?
22	W jakim stopniu kluczowe kwestie polityki dotyczącej zdrowia psychicznego są zintegrowane z krajowymi politykami i spójne z:
	prawem odnoszącym się do zdrowia psychicznego?
	prawem powszechnym?
	prawami pacjenta?
	prawem odnoszącym się do niepełnosprawności?
	polityką zdrowotną?
	polityką pracy społecznej i opieki?
	polityką redukcji ubóstwa?
	polityką rozwoju?

8.2. Ocena wpływu na zdrowie

Ocena wpływu (oddziaływania) na zdrowie (*Health Impact Assessment*, HIA) to proces, w którym analizuje się i ocenia **potencjalne efekty i skutki zdrowotne polityki, planu lub programu tworzonego w sektorach innych niż zdrowie** (np. rolnictwo, transport, mieszkalnictwo). Rekomendacje z HIA mają dotyczyć poprawy planowanej interwencji, wskazać metody minimalizowania skutków negatywnych i/lub maksymalizowania efektów pozytywnych. HIA prowadzi się przed rozpoczęciem realizacji polityki, planu lub programu. Ma ona służyć pomocą decydentom w podejmowaniu decyzji korzystnych dla zdrowia populacji.

Ocena wpływu na zdrowie ma dość długą tradycję[614] i obecnie stosowane są różne jej warianty. Większość z nich opiera się na tych samych etapach postępowania: przesiew, określenie zakresu, analiza i ocena, raportowanie i rekomendacje oraz dalsze kroki, monitorowanie i ewaluacja. W zestawieniu 22. przedstawiono ogólny schemat postępowania w procesie przeprowadzania HIA, będący kompilacją informacji WHO[615] i CDC[616]. HIA jest narzędziem wykorzystywanym w podejściu pn. zdrowie we wszystkich politykach (*Health in All Policies*, HiAP).

Zestawienie 22. Schemat postępowania w procesie przeprowadzania oceny wpływu na zdrowie. Opracowanie własne według WHO i CDC

Przedmiot HIA		Etapy	Kwestie do rozważenia i oceny	Wykonanie
Polityka, plan, strategia, program lub projekt	Zaangażowanie interesariuszy	Przesiew, wybór przedmiotu HIA (*screening*)	• Co poddać HIA? • Czy przedmiot HIA może mieć wpływ na zdrowie, społeczne determinanty zdrowia? • Kto powinien wybierać?	• Kontakt z interesariuszami • Określenie zasobów • Plan postępowania
		Określenie zakresu HIA (*scoping*)	• Jakie są potencjalne zagrożenia i korzyści dla zdrowia z przedmiotu HIA? • Jakie specyficzne determinanty zdrowia oceniać? • Czy jest ryzyko zwiększania niesprawiedliwości w zdrowiu, jakie, z jakiego powodu? • Jaki obszar brać pod uwagę (zasięg geograficzny HIA)? • Ile jest czasu na HIA? • Jacy interesariusze są niezbędni?	• Określić role i zadania • Wykorzystać lokalne dane, opinie ekspertów • Określić zakres tematyczny i geograficzny
		Analiza i ocena (*assessment*)	• Metoda oceny wpływu przedmiotu HIA • Źródła danych • Identyfikacja osób, grup, populacji, które będą odczuwać wpływ przedmiotu HIA • Rodzaj, wielkość, czas wystąpienia wpływu przedmiotu HIA	• Przegląd literatury • Badania własne • Dokumentacja • Mapowanie w systemie informacji geograficznej (GIS) • Interpretacja wyników • Określenie metod zmniejszania negatywnych skutków, rekomendacje
		Raportowanie, rekomendacje (*reporting, recommendations*)	• Informacje o wątpliwościach, braku pewności co do wyników HIA • Najważniejsze rekomendacje • Spójność rekomendacji z priorytetami w kraju, regionie, na poziomie lokalnym • Adresaci raportu	• Upowszechnienie wyników HIA • Opracowanie przystępnych podsumowań
			Podejmowanie decyzji	
		Dalsze kroki, monitorowanie, ewaluacja (*follow up, monitoring, evaluation*)	• Co monitorować w czasie realizacji przedmiotu HIA i później? • Jakie metody wykorzystać do monitorowania? • Czy doszło do zmian w przedmiocie HIA, czy były zgodne z rekomendacjami?	• Określić cel monitorowania • Ocenić proces prowadzenia HIA • Ustalić, czy HIA miało wpływ na podejmowanie decyzji odnośnie do przedmiotu HIA

Obecnie w Polsce nie ma prawnego obowiązku sporządzania HIA. Teoretycznie aspekty zdrowotne związane z dokumentami strategicznymi i przedsięwzięciami, które mogą mieć znaczący wpływ na środowisko, powinny być ocenianie w ramach kilku rodzajów ocen oddziaływania na środowisko (ocena strategiczna, przedsięwzięcia, oddziaływania na obszar Natura 2000). Praktyka pokazuje, że oceny takie w niewystarczającym stopniu uwzględniają wpływ przedmiotu oceny na zdrowie ludzi[617].

8.3. Ewaluacja polityki promocji zdrowia psychicznego prowadzonej w sektorach rządowych

W najnowszym opracowaniu WHO z listopada 2025 r., tj. **wytycznych dotyczących kierunków polityki promocji zdrowia psychicznego we wszystkich sektorach rządowych**, znalazło się wiele wskazówek dotyczących ewaluacji takiej polityki[618]. Wytyczne opierają się na podejściu HiAP. Wyróżniono tam 10 sektorów administracji i 44 kierunki polityczne, którym przypisano 156 strategii działania i wskaźników do ewaluacji (patrz także rozdział 4.3.1.). W zestawieniu 23. podano strategie i wskaźniki dla trzech sektorów, tj. edukacji, zdrowia oraz rozwoju obszarów miejskich i wiejskich.

Zestawienie 23. Strategie i wskaźniki dotyczące polityki promocji zdrowia w rządowych sektorach edukacji, zdrowia oraz rozwoju obszarów miejskich i wiejskich. Opracowanie własne według WHO, 2025

Sektor rządowy: edukacja	
Kierunek polityki: Wdrożyć systemowe reformy w celu stworzenia bezpiecznego środowiska, promowania integracji, przeciwdziałania dyskryminacji oraz budowania zdrowia psychicznego i dobrostanu	
Strategia	**Wskaźnik**
Wdrożyć zabezpieczenia w celu wyeliminowania przemocy i nadużyć w placówkach edukacyjnych oraz zapewnić wczesną identyfikację i wsparcie uczniom dotkniętym przemocą, w tym przemocą domową i ze względu na płeć	Liczba zarejestrowanych placówek edukacyjnych (od przedszkola do szkolnictwa wyższego), które przyjęły formalne strategie ochrony w celu zapobiegania przemocy i nadużyciom oraz wdrożyły protokoły wczesnego wykrywania i wsparcia dla uczniów dotkniętych przemocą, w tym przemocą domową i przemocą ze względu na płeć

Współpracować w celu opracowania, wdrożenia i wzmocnienia programów nauczania dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego, dostosowanych do wieku i kultury, które eliminują dyskryminację	Odsetek placówek edukacyjnych, które przyjęły i realizują programy nauczania dotyczące zdrowia psychicznego i dobrostanu psychospołecznego dostosowane do wieku i kultury, zgodne z międzynarodowymi standardami praw człowieka i celami antydyskryminacyjnymi
Rozwiązać problem nadmiernej liczby zajęć i sztywnych ram oceny	Liczba zarejestrowanych placówek edukacyjnych, które przyjęły formalną politykę ograniczającą nadmierną liczbę zajęć i modyfikującą sztywne systemy oceniania poprzez wprowadzenie elastycznych, kształtujących metod oceny
Wymagać od placówek edukacyjnych opracowania polityki i strategii dotyczących zdrowia psychicznego i dobrostanu, współtworzonych przez osoby z doświadczeniem życiowym	Liczba zarejestrowanych placówek edukacyjnych, które opracowały i formalnie przyjęły politykę i strategię zdrowia psychicznego i dobrostanu w procesie obejmującym pełny udział osób z doświadczeniem zaburzeń psychicznych
Poszerzać dostęp do systemu edukacji poprzez wdrażanie systemów promujących integrację i dostępność oraz przeciwdziałanie nierównościom	Odsetek zarejestrowanych placówek edukacyjnych, które wdrożyły formalne środki dostępności i integracji (zasady racjonalnego dostosowania, elastyczne ramy oceny, doradztwo i usługi wsparcia, ukierunkowane działania) dla uczniów z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnościami psychospołecznymi lub innych grup ryzyka
Kierunek polityki: Tworzyć sprzyjające środowiska w placówkach edukacyjnych, aby promować integrację, społeczno-emocjonalne uczenie się, rozwój umiejętności życiowych, zdrowie psychiczne i dobrostan oraz podnosić kulturę pracy	
Strategia	**Wskaźnik**
Szkolić nauczycieli do wdrażania zajęć w klasie, które promują zdrowie psychiczne, dobrostan i umiejętności samoopieki u uczniów, a także zachęcać do szkoleń	Odsetek nauczycieli, którzy ukończyli akredytowane programy szkoleniowe poświęcone promowaniu zdrowia psychicznego uczniów

Zająć się palącymi problemami uczniów, jak znęcanie się, samobójstwa, przemoc, molestowanie (seksualne) i używanie substancji psychoaktywnych, a także zmienić podejście do zdrowia psychicznego, eliminując stygmatyzację i dyskryminację	Odsetek placówek edukacyjnych oferujących co najmniej jeden akredytowany program rozwiązujący kluczowe problemy zdrowia psychicznego uczniów, takie jak znęcanie się, samobójstwa, przemoc, nękanie, używanie substancji psychoaktywnych, a także wdrażających co najmniej jedną inicjatywę antystygmatyzacyjną
Wzmocnić poczucie przynależności i wspólnoty w szkołach poprzez ułatwianie interakcji między rówieśnikami i uczniami oraz stwarzanie możliwości nawiązywania kontaktów społecznych	Odsetek placówek edukacyjnych, które przyjęły i wdrożyły ustrukturyzowane programy budowania relacji typu peer-to-peer, aktywności w zakresie sieci społeczno-ściowych lub wydarzenia integracyjne dla uczniów i pracowników
Kierunek polityki: Wszystkim uczniom i pracownikom zapewnić różne, dostępne i dobre jakościowo usługi w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołecznego	
Strategia	**Wskaźnik**
Utworzyć biuro lub ośrodek zdrowia psychicznego i dobrostanu dla uczniów i pracowników pod kierownictwem przeszkolonych specjalistów ds. zdrowia psychicznego, spraw społecznych lub edukacji, lub wyznaczyć punkty kontaktowe ds. zdrowia psychicznego	Odsetek placówek edukacyjnych dysponujących wydzielonym biurem ds. zdrowia psychicznego i dobrostanu, w którym pracują specjaliści ds. zdrowia psychicznego lub przeszkoleni specjaliści ds. społecznych lub edukacji, lub wyznaczonym punktem kontaktowym ds. zdrowia psychicznego
Wdrażać programy mentoringu w placówkach edukacyjnych w celu wspierania zdrowia psychicznego i dobrostanu	Odsetek placówek edukacyjnych oferujących ustrukturyzowane programy mentoringu, w których przeszkoleni mentorzy współpracują z uczniami, aby zapewnić im wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego i dobrostanu
Sektor rządowy: zdrowie	
Kierunek polityki: Wzmocnić rządzenie w zakresie zdrowia psychicznego	
Strategia	**Wskaźnik**
Utworzyć w Ministerstwie Zdrowia zespół, którego zadaniem będzie włączenie kwestii zdrowia psychicznego do wszystkich polityk i inicjatyw zdrowotnych	W MZ oficjalnie powołano formalny zespół lub jednostkę ds. zdrowia psychicznego, zatrudniającą dedykowany personel, i zorganizowano co najmniej jedno spotkanie, na które zwołuje się wiele departamentów w celu zintegrowania zdrowia psychicznego z szerszą polityką i inicjatywami zdrowotnymi

Przeznaczyć wystarczające środki na rozwój usług zdrowia psychicznego w społecznościach i zintegrować zdrowie psychiczne z ogólną opieką zdrowotną	Procent rocznego budżetu MZ przeznaczony konkretnie na rozwój usług z zakresu zdrowia psychicznego w społecznościach i integrację zdrowia psychicznego z ogólną opieką zdrowotną
Zaktualizować systemy ubezpieczeń zdrowotnych w celu wyeliminowania praktyk dyskryminacyjnych i poprawy dostępu do opieki psychiatrycznej	W krajowym systemie ubezpieczeń zdrowotnych wprowadzono prawo, które zabrania dyskryminacji poprzez wykluczanie określonych grup populacji z dostępu do usług zdrowia psychicznego, a systemy zapewniają pokrycie kosztów interwencji psychologicznych
Zintegrować wskaźniki dotyczące zdrowia psychicznego z krajowym systemem informacji zdrowotnej w celu lepszego planowania i ewaluacji	Liczba odrębnych wskaźników zdrowia psychicznego (np. zasięg usług, zachorowalność, wydatki, wskaźniki wyników), które zostały formalnie włączone do podstawowych modułów danych krajowego systemu informacji zdrowotnej
Kierunek polityki: Utworzyć kompleksowe usługi w zakresie zdrowia psychicznego i zapewnić wsparcie dla tej części systemu zdrowia	
Strategia	**Wskaźnik**
Zintegrować zdrowie psychiczne z podstawową opieką zdrowotną i innymi ogólnymi świadczeniami zdrowotnymi, w tym specjalistycznymi	Odsetek placówek POZ i innych ogólnych świadczeń zdrowotnych (w tym specjalistycznych), które wdrożyły szkolenia personelu w zakresie zdrowia psychicznego i zintegrowały interwencje (dotyczące stylu życia, psychologii, spraw społecznych i ekonomicznych) ze świadczonymi usługami lub poprzez system skierowań
Zwiększyć dostępność ogólnych usług zdrowotnych dla osób z problemami ze zdrowiem psychicznym lub niepełnosprawnościami oraz osób doświadczających dyskryminacji	Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które wdrożyły co najmniej jeden środek zapewniający dostępność dla osób z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnościami lub z innych grup ryzyka. Środki te mogą obejmować: utworzenie podjazdu, dostępność toalet, sprzęt adaptacyjny, informacje w dostępnych formatach lub szkolenia personelu w zakresie opieki uwzględniającej osoby z niepełnosprawnościami

Wdrożyć w służbie zdrowia podejście oparte na prawach człowieka i zorientowane na powrót do zdrowia	Odsetek placówek opieki zdrowotnej i zdrowia psychicznego, które przyjęły formalną politykę opartą na prawach, obejmującą zdolność prawną, świadomą zgodę i zerowy przymus, oraz przeprowadziły szkolenia dla personelu z zakresu zdrowia psychicznego zorientowane na prawa i powrót do zdrowia
W ramach świadczonych usług uwzględnić społeczne i strukturalne uwarunkowania zdrowia psychicznego	Odsetek placówek opieki zdrowotnej i zdrowia psychicznego, które wdrożyły formalne procedury przesiewowe wśród użytkowników pod kątem społecznych i strukturalnych uwarunkowań zdrowia (złe warunki mieszkaniowe, niski poziom dochodów, niski poziom wykształcenia, potrzeby prawne) i utrzymują aktywne ścieżki kierowania do odpowiednich służb wsparcia
Wzmacniać więzi społeczne i zapobiegać izolacji	Odsetek placówek opieki zdrowotnej, które wdrożyły ścieżki skierowań do co najmniej jednej zorganizowanej interwencji w zakresie więzi społecznych, takiej jak grupy wsparcia rówieśniczego, zajęcia społecznościowe lub mobilne zespoły wsparcia domowego
Kierunek polityki: Wprowadzić szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego dla pracowników służby zdrowia i skupić się na tym	
Strategia	**Wskaźnik**
Współpracować z sektorem edukacji w celu włączenia wysokiej jakości szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego do programów nauczania dla pracowników służby zdrowia	Odsetek akredytowanych instytucji szkoleniowych z zakresu zdrowia, które włączyły kompleksowe treści dotyczące zdrowia psychicznego do swoich podstawowych programów nauczania, w tym treści dotyczące społecznych i strukturalnych uwarunkowań zdrowia psychicznego, podejścia do opieki opartej na prawach oraz interwencji psychospołecznych
W ramach ogólnych i specjalistycznych usług zdrowotnych zatrudniać personel zajmujący się zdrowiem psychicznym i/lub ułatwiać podział zadań	Odsetek placówek świadczących opiekę zdrowotną, w których pracuje profesjonalna kadra zajmująca się zdrowiem psychicznym lub które posiadają formalne protokoły podziału zadań w zakresie opieki nad zdrowiem psychicznym

Personelowi służby zdrowia zapewniać stałe szkolenia, wsparcie i nadzór	Odsetek personelu pielęgniarskiego w ogólnej służbie zdrowia, który odbył regularne szkolenia, sesje wsparcia i podlega nadzorowi klinicznemu w zakresie zdrowia psychicznego
Szkolić członków społeczności w celu pogłębienia ich wiedzy na temat zdrowia psychicznego i praw człowieka, aby mogli lepiej wspierać osoby w trudnej sytuacji oraz współpracować z nimi	Liczba osób z kluczowych grup społecznych (rodziny, liderzy społeczni i religijni, szkoły, lokalne organizacje), które ukończyły certyfikowane programy szkoleniowe z zakresu zdrowia psychicznego, podejść opartych na prawach człowieka, aby mogły wspierać osoby w trudnej sytuacji
Sektor rządowy: rozwój obszarów miejskich i wiejskich	
Kierunek polityki: Stworzyć bezpieczne, niedrogie i dostępne mieszkania	
Strategia	**Wskaźnik**
Dofinansowywać mieszkania dla gospodarstw domowych o niskich dochodach	Odsetek uprawnionych osób lub gospodarstw domowych, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi lub niepełnosprawnością psychospołeczną, które otrzymują dotacje mieszkaniowe (dopłaty do czynszu, bony mieszkaniowe, mieszkania socjalne lub non-profit) lub inne formy pomocy finansowej na cele mieszkaniowe, mające na celu zapewnienie stabilnych i przystępnych cenowo warunków życia
Stworzyć sprawiedliwe i niedyskryminujące prawo mieszkaniowe, w tym także dla osób z zaburzeniami psychicznymi	Krajowe lub subkrajowe przepisy dotyczące mieszkalnictwa wyraźnie zabraniają dyskryminacji, w tym ze względu na problemy ze zdrowiem psychicznym; ustanowienie dostępnego mechanizmu zgłaszania problemów i dochodzenia roszczeń
Zająć się zagrożeniami dla zdrowia i bezpieczeństwa w mieszkaniach w społecznościach o niskich dochodach lub narażonych na ryzyko, które prowadzi do złego stanu zdrowia psychicznego i fizycznego	Odsetek mieszkań w społecznościach o niskich dochodach lub narażonych na zagrożenia, w których przeprowadzono formalną ocenę stanu zdrowia mieszkańców i bezpieczeństwa oraz w przypadku których wszystkie poważne zagrożenia, zidentyfikowane podczas oceny, zostały w pełni zlikwidowane

Stworzyć programy pomocowe i wsparcia dla osób bezdomnych lub zagrożonych utratą bezpieczeństwa mieszkaniowego	Odsetek osób zidentyfikowanych jako bezdomne lub o niestabilnej sytuacji mieszkaniowej, które otrzymują skoordynowany pakiet usług wsparcia (pomoc społeczna, wsparcie na infolinii kryzysowej, tymczasowe schronienie, skierowanie do zakwaterowania) lub wsparcie psychospołeczne
Stworzyć dostępne mieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnością	Odsetek nowo wybudowanych lub wyremontowanych mieszkań, które spełniają podwyższone standardy przystosowania dla osób z niepełnosprawnościami. Mogą one obejmować zapewnienie podjazdów, wind, drzwi automatycznych i pomoce sensoryczne
Kierunek polityki: Tworzyć zdrowe, bezpieczne i włączające środowiska, które sprzyjają zdrowiu psychicznemu i dobrostanowi na obszarach miejskich i wiejskich	
Strategia	**Wskaźnik**
W mieście zapewnić dostęp do przyrody	Odsetek dzielnic/okolic, w których znajduje się co najmniej jedna publicznie dostępna przestrzeń naturalna (parki, drzewa uliczne, ogród społeczny, nabrzeża, stawy)
Stworzyć dostępne warunki do ćwiczeń i aktywności fizycznej dla wszystkich, w tym dla osób z problemami ze zdrowiem psychicznym lub niepełnosprawnościami	Odsetek dzielnic/okolic, które posiadają co najmniej jedną dostępną usługę lub przestrzeń do ćwiczeń i aktywności fizycznej (ścieżki spacerowe, siłownie na świeżym powietrzu, place zabaw lub boiska sportowe), zaprojektowaną dla wszystkich użytkowników, w tym osób z zaburzeniami psychicznymi i niepełnosprawnościami
Zwiększać bezpieczeństwo poprzez projektowanie miast i wsi	Odsetek dzielnic/okolic, w których przestrzenie publiczne przeszły formalną ocenę bezpieczeństwa oraz wdrożono zalecane usprawnienia środowiskowe (odpowiednie oświetlenie, wyraźne oznakowanie, niezakłócona widoczność, dostępne ścieżki itp.)

Ograniczać zanieczyszczenie środowiska i zwiększać dostęp do zrównoważonych systemów wodno-sanitarnych.	Odsetek dzielnic/okolic, które wdrożyły co najmniej jedną szeroko zakrojoną metodę łagodzenia zanieczyszczenia środowiska (powietrza, hałasem lub światłem) i zapewniają niezawodny dostęp do czystej wody pitnej, bezpiecznych urządzeń sanitarnych oraz zrównoważony system gospodarki odpadami lub recyklingu
Kierunek polityki: Planować zaangażowanie społeczności i dostęp do usług; rozwijać świadomość zdrowia psychicznego i ogólną integrację	
Strategia	**Wskaźnik**
Rozwijać włączający, dostępny sposób poruszania się i orientacji w terenie	Procent dzielnic/okolic, które wdrożyły sieć włączających rozwiązań w zakresie poruszania się i orientacji, mających na celu wspieranie sprawiedliwej mobilności oraz poprawę dobrostanu i zdrowia psychicznego. Mogą to być ciągłe, bezpieczne ścieżki rowerowe, dostępne chodniki, nawierzchnia z możliwością odczytu dotykowego, informacje o transporcie w czasie rzeczywistym, sygnalizacja dźwiękowa na przejściach dla pieszych, czytelne wielojęzyczne oznakowanie oraz mapy publiczne
Wspierać zdrowie psychiczne poprzez zapewnienie dostępnych i dobrze utrzymanych przestrzeni wspólnych oraz poprzez interakcje społeczne	Odsetek dzielnic/okolic z co najmniej jedną publicznie dostępną, dobrze utrzymaną przestrzenią wspólną, taką jak centrum społecznościowe, plac, biblioteka lub sala wielofunkcyjna, w której regularnie odbywają się integracyjne zajęcia mające na celu wspieranie zdrowia psychicznego
Finansowanie opierać na potrzebach, aby rozwiązać problem nierówności w obrębie miast oraz między obszarami miejskimi i wiejskimi	Odsetek obszarów miejskich i wiejskich, w których nie występują znaczące różnice w dostępności geograficznej i dostępie do usług zdrowia psychicznego, zdrowia ogólnego i usług socjalnych między dzielnicami/okolicami
Wdrożyć programy zapobiegania samobójstwom dla grup ryzyka	Odsetek zidentyfikowanych grup wysokiego ryzyka na obszarach wiejskich, odległych i miejskich, mających dostęp do programów zapobiegania samobójstwom dostosowanych do specyficznych potrzeb kulturowych, społecznych i geograficznych

9. Podsumowanie

Współczesne zasady realizacji programów zdrowotnych (tendencje i warsztat) w krajach o dużym potencjale eksperckim w obszarze zdrowia publicznego pozwalają stwierdzić, że:

- Prawidłowe planowanie programu zmniejsza ryzyko porażki.
- Model logiczny jest powszechnie zalecanym narzędziem do przeprowadzenia planowania i ewaluacji.
- Podczas planowania programu należy uwzględniać planowanie ewaluacji.
- Planowanie i ewaluacja są wyrazem odpowiedzialności twórców programu za swoją pracę.
- Planowanie i ewaluacja powinny odbywać się z udziałem interesariuszy, czyli zainteresowanych stron.
- Ewaluacja pozwala realizatorom wyciągać wnioski z popełnionych błędów, a innym twórcom programów umożliwia korzystanie ze sprawdzonej wiedzy.
- Rodzaj i zakres ewaluacji są uzależnione od wielu czynników, w tym struktury i kontekstu programu, możliwości ewaluacyjnych i gotowości interesariuszy, czyli zainteresowanych stron.

Biorąc pod uwagę aktualny stan realizacji programów zdrowotnych w Polsce (tendencje i warsztat), rekomenduje się, aby:

- upowszechnić użycie modelu logicznego;
- dążyć do tego, aby programy poddawano ewaluacji formatywnej, procesu oraz wyników krótkoterminowych i średnioterminowych;
- dążyć do stanu, w którym programy zdrowotne będą stosunkowo długotrwałe, aby otworzyć drogę do ewaluacji wyników długoterminowych;
- pamiętać, że ewaluacja wyników nie daje podstaw do wnioskowania o przyczynowości, a więc nie dowodzi, że stwierdzona zmiana jest efektem programu;

- dążyć do stanu, w którym programy osiągną taki poziom dojrzałości, że zasadne będzie przeprowadzanie ewaluacji wpływu – tam, gdzie ma to uzasadnienie logiczne, naukowe i finansowe;
- pamiętać, że tylko ewaluacja wpływu dowodzi przyczynowości, czyli potwierdza, że zmiana jest efektem działania programu;
- dążyć do ewaluacji ekonomicznej programów zdrowotnych.

Programy zdrowotne są uznawane za złożone interwencje. Składają się z kilku, czasem licznych, wzajemnie oddziałujących komponentów, są pod wpływem stanowiska osób je wprowadzających, a ich wyniki są zależne od kontekstu. Ewaluacja takich programów powinna wykraczać poza pytanie, czy program zadziałał, czyli osiągnął zamierzone wyniki i wpłynął na zmianę sytuacji. Powinno się wziąć pod uwagę szerszy zakres zagadnień, np. opracowywanie teorii działania programu czy zrozumienie interakcji z kontekstem[619, 620]. Obecnie problematyka ewaluacji złożonych interwencji jest coraz częściej podnoszona w piśmiennictwie międzynarodowym[621].

W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na kwestii skuteczności programu o stosunkowo niewielkim zasięgu. Dodano informacje o ewaluacji polityk, niemniej priorytetem jest ewaluacja programów. Zrezygnowano z informacji na temat podejść do ewaluacji złożonych interwencji. Uznano, że w aktualnej sytuacji w Polsce byłoby to przedwczesne. Wybrano rozwiązanie realistyczne.

Przypisy

1 Ostaszewski K. Kompendium wiedzy o profilaktyce. [w:] Węgrzecka-Giluń J. (red.). Przewodnik metodyczny po programach promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki. Warszawa, Fundacja ETOH, 2010: 73–96. https://www.researchgate.net/publication/270745284_Kompendium_wiedzy_o_profilaktyce.

2 System rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego. Warszawa, Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2010. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/system-rekomendacji--programow-profilaktycznych-i-promocji-zdrowia-psychicznego.pdf.

3 Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Podręcznik dla specjalistów profilaktyki uzależnień. Warszawa, Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2011. https://www.kbpn.gov.pl/wydawnictwa_on_line.htm?id=110707.

4 Latkowska J. Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji wewnętrznej programów profilaktycznych. Warszawa, Fundacja Praesterno, 2014. https://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/podrecznik-ewaluacji-programow/.

5 Szymańska J. Programy profilaktyczne. Podstawy profesjonalnej psychoprofilaktyki. Warszawa, Ośrodek Rozwoju Edukacji, 2012. https://pppstarogard.pl/wp-content/uploads/2018/06/programy-profilaktyczne.pdf.

6 Ostaszewski K. Standardy profilaktyki. Warszawa, Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, 2016. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/standardy-profilaktyki.pdf.

7 Rekomendowane programy profilaktyki uzależnień. Warszawa, Fundacja Praesterno, 2016. https://www.profnet.org.pl/rekomendowane-programy-profilaktyki-uzaleznien/.

8 Ewaluowanie polityki antynarkotykowej. Warszawa, Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej, 2017. https://programyrekomendowane.pl/biblioteka/

ewaluowanie-polityki-antynarkotykowej-zlecanie-i-zarzadzanie-ewaluacjami--przewodnik-w-7-krokach/.

9 Borucka A, Kehl B. Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 2021; 20(3): 37–52. https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/viewFile/808/657.

10 Pisarska A. Oddziaływać skutecznie. Profilaktyka oparta na podstawach naukowych i dowodach. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, 2023. https://programyrekomendowane.pl/wp-content/uploads/2023/12/oddzialywac-skutecznie.pdf.

11 Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej. Wersja 1.1. Warszawa, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2016. https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/Instrukcja_PPZ.pdf.

12 Opinie do programów polityki zdrowotnej, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. https://bip.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst.

13 Bienias S, Kupiec T, Strzęboszewski P. (red.) Poradnik ewaluacji dla administracji publicznej. Warszawa, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, 2024. https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/o-ewaluacji/poradnik-ewaluacji/.

14 Ostrowski Ł, Wiśnicka M, Onyszkiewicz M i wsp. Ewaluacja – jak to się robi. Warszawa, Fundacja Stocznia, 2022. https://stocznia.org.pl/wp-content/uploads/2013/02/ewaluacja222www2.pdf.

15 World Health Organization. Mental health: strengthening our response. WHO Fact Sheet, 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

16 Herrman H, Saxena S, Moodie R (eds.). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva, WHO, 2005: 17–29. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43286.

17 Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. European Journal of Psychotraumatology, 2014; 5: 25338. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ejpt.v5.25338.

18 Patel V, Prince M, Saxena S, et al. Mental health of populations: exposure to adversities and interventions. Cambridge University Press, 2018: 1–20. https://www.cambridge.org/core/books/mental-health-of-populations/.

19 Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 2015; 14(2): 231–233. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/.

20 Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health. An Introduction for the 21st Century. 2nd ed. Amsterdam, Elsevier Academic Press, 2009: 1–31. https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123708908/Sample_Chapters/02~Chapter_1.pdf.

21 Barry MM, Clarke AM, Petersen I. Promotion of mental health and prevention of mental disorders. International Journal of Mental Health Systems, 2019; 13: 9. https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-0270-1.

22 World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva, WHO, 2005: 1–12. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943.

23 Keyes CLM. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior, 2002; 43(2): 207–222. https://journals.sagepub.com/doi/10.2307/3090197.

24 Maass R, Lillefjell M, Espnes GA. The Application of Salutogenesis in Cities and Towns. In: Mittelmark, M., et al. The Handbook of Salutogenesis. Springer, Cham, 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_18.

25 World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO, 2005: 1–12. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943.

26 World Health Organization. Mental health: strengthening our response. WHO Fact Sheet, 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

27 Keyes CLM. Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. [w:] Handbook of Salutogenesis. Springer, 2017: 179–192. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-04600-6_18.

28 Seligman MEP. Flourish: A Visionary New Understanding of Happiness and Well--Being. New York: Free Press, 2011.

29 Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 2015; 14(2): 231–233. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4471980/.

30 Keyes CLM. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. Journal of Health and Social Behavior, 2002; 43(2): 207–222. https://journals.sagepub.com/doi/10.2307/3090197.

31 Barry MM, Clarke AM, Petersen I. Promotion of mental health and prevention of mental disorders. International Journal of Mental Health Systems, 2019; 13: 9. https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-019-0270-1.

32 Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier Academic Press, 2009: 1–31. https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123708908/Sample_Chapters/02~Chapter_1.pdf.

33 World Health Organization. Mental health: strengthening our response. WHO Fact Sheet, 2022. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response.

34 Wrona-Polańska H. Zdrowie – psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. Sztuka Leczenia, 2006, XIII(1–2): 19–31.

35 Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry, 2015; 14(2): 231–233. https://doi.org/10.12740/PP/68914.

36 Keyes CLM. The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. Journal of Health and Social Behavior, 2002; 43(2): 207–222.

37 Barry MM, Clarke AM, Petersen I. Promotion of mental health and prevention of mental disorders: priorities for implementation. Eastern Mediterranean Health Journal 2015; 21(7), 503–511. https://doi.org/10.26719/2015.21.7.503.

38 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1977; 196(4286): 129–136. https://science.sciencemag.org/content/196/4286/129.

39 Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. American Journal of Psychiatry, 2005; 162(3): 433–440. https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.162.3.433.

40 World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO, 2005. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943.

41 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 1977; 196(4286): 129–136. https://www.science.org/doi/10.1126/science.847460.

42 World Health Organization. Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO, 2005. https://www.who.int/publications/i/item/9241562943.

43 Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and mental and physical health. Psychological Bulletin, 2002; 128(2): 330–366. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11931522/.

44 Marmot M. The Health Gap: The Challenge of an Unequal World. London: Bloomsbury, 2015.

45 https://rsk3.ezdrowie.gov.pl.

46 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.

47 https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029.

48 https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057813.

49 https://www.who.int/publications/i/item/9789240114487.

50 https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629.

51 https://www.who.int/publications/i/item/9789241549790.

52 https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training.

53 https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health.

54 https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052.

55 https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf.

56 https://commission.europa.eu/topics/public-health/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_en.

57 https://health.ec.europa.eu/latest-updates/european-pact-mental-health-and-well-being-support-statement-mental-and-physical-health-platform-2010-04-15_en.

58 https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/european-pillar-social-rights-building-fairer-and-more-inclusive-european-union_en.

59 https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en.

60 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169.

61 https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/digital-services-act-package.

62 https://youth.europa.eu/strategy_en.

63 https://www.oecd.org/en/publications/fit-mind-fit-job_9789264228283-en.html.

64 https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html.

65 https://www.oecd.org/en/publications/tackling-harmful-alcohol-use_9789264181069-en.html.

66 https://www.oecd.org/en/publications/a-new-benchmark-for-mental-health-systems_4ed890f6-en.html.

67 https://www.oecd.org/en/publications/tackling-the-mental-health-impact-of-the--covid-19-crisis-an-integrated-whole-of-society-response_0ccafa0b-en.html.

68 https://www.oecd.org/en/publications/working-better-with-age_c4d4f66a-en.html.

69 Tulchinsky TH, Varavikova EA. The New Public Health. An Introduction for the 21st Century. 2nd ed. Amsterdam, Elsevier Academic Press, 2009: 1–31. https://booksite.elsevier.com/samplechapters/9780123708908/Sample_Chapters/02~Chapter_1.pdf.

70 Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington (DC), National Academies Press (US), 1988:3. A History of the Public Health System. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218224/.

71 CDC Foundation. Public health in action. What is public health. https://www.cdcfoundation.org/what-public-health.

72 National Association of County & City Health Officials. Mobilizing for Action through Planning and Partnerships: A Community Approach to Health Improvement. February 2008. https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Programs/Public-Health-Infrastructure/MAPP-factsheet-system-partners.pdf.

73 World Health Organization, Regional Office for Europe. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Malta, 10–13 September 2012: 2. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336410/62wd12e-rev1-EAPPublicHealth-121828.pdf?sequence=1&isAllowed=yi.

74 Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. 1988:1. https://wellcomecollection.org/works/wa4arbxy/items?canvas=7.

75 Strengthening Public Health Capacity and Services in Europe A Concept Paper. World Health Organization Regional Office for Europe. https://iris.who.int/items/c52ea156-144c-4dc3-9c3e-0299fd9faa8f.

76 Constitution of the World Health Organization, 22 July 1946. https://apps.who.int/gb/bd/pdf/bd47/en/constitution-en.pdf.

77 Deciding what you need for spiritual health. University of Wisconsin-Madison. UW integrative health, 2019. https://www.fammed.wisc.edu/files/webfm-uploads/documents/outreach/im/handout-SpiritualHealth-Final.pdf.

78 Long KNG, Symons X, VanderWeele TJ, et al. Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems. Health Aff (Millwood). 2024; 43(6):783–790. doi: 10.1377/hlthaff.2023.01643.

79 Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm, Institute for Future Studies, 2007. https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf.

80 Dahlgren G, Whitehead M. The Dahlgren-Whitehead model of health determinants: 30 years on and still chasing rainbows. Public Health. 2021; 199: 20–24. doi: 10.1016/j.puhe.2021.08.009.

81 Milio N. A framework for prevention: changing health-damaging to health--generating life patterns. AJPH 1976; 66(5): 435–439. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1653306/.

82 Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. Am J Epidemiol. 1976 Jul; 104(1):1–8. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a112268.

83 Richard Horton. Offline: Where is public health leadership in England? The Lancet 2011; 378 (9796): 1060. https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60976-8.pdf.

84 Oliver TR. The politics of public health policy. Annu Rev Public Health. 2006; 27:195–233. doi: 10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123126.

85 Brown LD. The political face of public health. Public Health Reviews 2010: 32(1): 155–173. https://publichealthreviews.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1007/BF03391596.pdf.

86 Bekker MPM, Greer SL, Azzopardi-Muscat N, et al. Public health and politics: how political science can help us move forward. European Journal of Public Health 2018; 28(suppl_3):1–2. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky194.

87 Daher-Nashif S. In sickness and in health: The politics of public health and their implications during the COVID-19 pandemic. Sociology Compass 2022:16(1): e12949. https://compass.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/soc4.12949.

88 Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-Based Public Health: A Fundamental Concept for Public Health Practice. Annual Review of Public health 2009; 30: 175–201. https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.publhealth.031308.100134.

89 Shams L, Akbari Sari A, Yazdani S. Values in Health Policy – A Concept Analysis. Int J Health Policy Manag. 2016; 5(11):623–630. doi: 10.15171/ijhpm.2016.102.

90 Brookfield, S. What isn't public health? J Public Health Pol. 2023; 44: 264–275. https://doi.org/10.1057/s41271-023-00404-x.

91 Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington (DC), National Academies Press (US), 1988. 5, Public Health as a Problem-Solving Activity: Barriers to Effective Action. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218227/.

92 Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals. October 2021. https://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2021October.pdf.

93 Committee for the Study of the Future of Public Health, Institute of Medicine. Washington (DC), National Academy Press, 1988: 7–8. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218/pdf/Bookshelf_NBK218218.pdf.

94 Martin-Moreno JM, Harris M, Jakubowski E, et al. Defining and Assessing Public Health Functions: A Global Analysis. Annual Review of Public Health 2016; 37:1: 335–355. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021429.

95 WHO Regional Office for Europe. Resolution European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. EUR/RC62/R5. Malta, 10–13 September 2012. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336533/62rs05e-EAPPublicHealth-122086.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

96 WHO Office for Europe. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Regional Committee for Europe. Malta, 10–13 September 2012. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336410/62wd12e-rev1-EAPPublicHealth-121828.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

97 World Health Organization. Essential public health functions, health systems and health security. Developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva, WHO, 2018. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf?sequence=1.

98 World Health Organization. 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference? Discussion paper. Geneva, WHO, 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351510/9789240038929-eng.pdf?sequence=1.

99 Zhang Y, McDarby G, Seifeldin R, et al. Towards applying the essential public health functions for building health systems resilience: A renewed list and key enablers for operationalization. Front Public Health. 2023; 10:1107192. doi: 10.3389/fpubh.2022.1107192.

100 World Health Organization. Essential public health functions A sustainable approach to ensure multi-sectoral actions for population health. Technical brief. October 2022. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/universal-health-coverage/who-uhl-technical-brief-template-ephf.pdf?sfvrsn=261c680c_3&download=true.

101 Squires N, Garfield R, Mohamed-Ahmed O, et al. Essential public health functions: the key to resilient health systems. BMJ Glob Health. 2023;8(7): e013136. doi: 10.1136/bmjgh-2023-013136.

102 World Health Organization. Application of the essential public health functions an integrated and comprehensive approach to public health. Geneva, WHO, 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/30dd7677-2993-4ad8-8c21-ca1d352d09db/content.

103 Caron RM, Noel K, Reed RN, et al. Health Promotion, Health Protection, and Disease Prevention: Challenges and Opportunities in a Dynamic Landscape. AJPM Focus. 2023; 3(1):100167. doi: 10.1016/j.focus.2023.100167.

104 Encyklopedia PWN. Ochrona zdrowia. https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ochrona-zdrowia;3949681.html.

105 Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health--promotion/charter.pdf.

106 World Health Organization. Defining essential public health functions and services to strengthen national workforce capacity. Geneva, WHO, 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/90d20f6c-34e2-464a-aeba-4c85941d0034/content.

107 Liu S, Sun M, Zhang N, et al. Shaping global health promotion: a comprehensive analysis of the 10 Global Conferences on Health Promotion Conferences (1986–2021). Global Health Journal 2024; 8(2):91–96. https://doi.org/10.1016/j.glohj.2024.05.002.

108 Woynarowska B. Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej. [w:] Woynarowska B. (red.). Warszawa, PWN, 2017: 6.

109 Pueyo-Garrigues M, Whitehead D, Pardavila-Belio MI, et al. Health education: A Rogerian concept analysis. Int J Nurs Stud. 2019;94:131–138. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.005. https://www.academia.edu/38565292/Health_education_A_Rogerian_concept_analysis_to_translate_theory_into_practice.

110 Society for Public Health Education. Areas of responsibilities, and sub--competencies for health education specialist practice analysis II 2020 (HESPA II 2020). https://www.sophe.org/seven-areas-responsibility-health-education-specialists/.

111 National Commission for Health Education Credentialing. Health education code of ethics. https://www.nchec.org/code-of-ethics.

112 Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 2:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3292515/.

113 Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, et al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; Council on Quality of Care and Outcomes Research; and Stroke Council. Health Literacy and Cardiovascular Disease: Fundamental Relevance to Primary and Secondary Prevention: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2018 Jul 10;138(2):e48-e74. doi: 10.1161/CIR.0000000000000579.

114 Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, Kleinman D, Pronk N. Updating Health Literacy for Healthy People 2030: Defining Its Importance for a New Decade in Public Health. J Public Health Manag Pract. 2021;27(Suppl 6):S258-S264. doi: 10.1097/PHH.0000000000001324.

115 Sørensen K, Levin-Zamir D, Duong TV, et al. Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. Health Promot Int. 2021; 36(Supplement_1):i13-i23. doi: 10.1093/heapro/daab153.

116 Słownik Języka Polskiego PWN. Profilaktyka. https://sjp.pwn.pl/slowniki/profilaktyka.html.

117 Słownik Języka Polskiego PWN. Zapobieganie. https://sjp.pwn.pl/slowniki/zapobieganie.html.

118 Oxford Learner's Dictionaries. Prevention. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/prevention?q=prevention.

119 Merriam Webster Dictionary. Prevent. https://www.merriam-webster.com/dictionary/preventing.

120 Porta M. (red.). A dictionary of epidemiology. 6th ed. Oxford, Oxford University Press, 2014: 224.

121 Starfield B, Hyde J, Gérvas J, et al. The concept of prevention: a good idea gone astray? J Epidemiol Community Health. 2008; 62(7): 580–3. doi: 10.1136/jech.2007.071027.

122 World Health Organization. World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Geneva, WHO, 2002: 147–148. https://iris.who.int/items/9410c0ba-caf7-4dd4-b890-93d438060e43.

123 Tengland PA. Health promotion and disease prevention: logically different conceptions? Health Care Anal. 2010; 18(4):323–41. doi: 10.1007/s10728-009-0125-0.

124 Centers for Disease Control and Prevention. Health impact in 5 years. https://www.cdc.gov/policy/hi5/docs/hi5-overview-v7.pdf.

125 Alexander SA, Shareck M. Widening the gap? Unintended consequences of health promotion measures for young people during COVID-19 lockdown. Health Promot Int. 2021; 36(6):1783–1794. doi: 10.1093/heapro/daab015.

126 Lorenc T, Oliver K. Adverse effects of public health interventions: a conceptual framework. J Epidemiol Community Health 2014; 68(3):288–90. doi: 10.1136/jech-2013-203118. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24336237/.

127 Gugglberger L. Can health promotion also do harm? Health Promotion International 2018; 33(4): 557–560. https://doi.org/10.1093/heapro/day060.

128 Msomphora MR, Larsen AIL. Disease Prevention and Health Promotion Strategies: The Possible Side Effects of Their Good Intentions. Global Journal of Health Science 2021;13(12). https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n12p1.

129 Gugglberger L, Flaschberger E, Teutsch F. 'Side effects' of health promotion: an example from Austrian schools. Health Promot Int. 2017; 32(1):157–166. doi: 10.1093/heapro/dau054.

130 International Association of National Public Health Institutes. National Public Health Institutes Core Functions & Attributes. https://www.ianphi.org/_includes/documents/sections/tools-resources/nphi-core-functions-and-attributes.pdf.

131 Kowalska-Bobko I, Gałązka-Sobotko M, Zabdyr-Jamróz M i wsp. Sustainability and Resilience in the Polish Health System. LSE Enterprise Ltd, 2021: 25. https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/WEF_PHSSR_Poland_Report.pdf.

132 World Health Organization. 21st century health challenges. Can the essential public health functions make a difference? Geneva, WHO, 2021. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/726d00c0-e446-47f6-84e2-947162bb38b6/content.

133 Gocke D, Johnston-Webber C, McGuire A, et al. Building Sustainable and Resilient Health Systems. Key findings from country reports. Partnership for Health System Sustainability and Resilience, 2023. https://www3.weforum.org/docs/WEF_PHSSR_Building_Sustainable_and_Resilient_Health_Systems_2023.pdf

134 Kowalska-Bobko I, Gałązka-Sobotka M, Badora-Musiał i wsp. Matryca oceny zrównoważenia i odporności systemu ochrony zdrowia. Uczelnia Łazarskiego. https://izwoz.lazarski.pl/fileadmin/user_upload/user_upload/Raport_PHSSR_PL_2022.pdf.

135 Rand Corporation. Community resilience. https://www.rand.org/topics/community-resilience.html.

136 van Kessel G, Milanese S, Dizon J, et al. Community resilience to health emergencies: a scoping review. BMJ Glob Health 2025;10(4): e016963. doi: 10.1136/bmjgh-2024-016963.

137 Morton MJ, Lurie N. Community resilience and public health practice. Am J Public Health 2013; 103(7):1158–60. doi: 10.2105/AJPH.2013.301354.

138 Eachus P. Community Resilience: Is it Greater than the Sum of the Parts of Individual Resilience? Procedia Economics and Financ 2014; 18: 345–351. https://doi.org/10.1016/S2212–5671(14)00949–6.

139 Borucka A, Ostaszewski K. Koncepcja resilience. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia [Theory of resilience. Key conceptual constructs and chosen issues]. Med Wieku Rozwoj. 2008; 12(2 Pt 1):587–97. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777715/.

140 Shrivastava A, Desousa A. Resilience: A psychobiological construct for psychiatric disorders. Indian J Psychiatry. 2016;58(1):38–43. doi: 10.4103/0019–5545.174365.

141 Kutash K, Duchnowski AJ, Lynn N. School-based mental health. An empirical guide for decision-makers. University of South Florida, 2006: 75–76. http://rtckids.fmhi.usf.edu/rtcpubs/study04/SBMHfull.pdf.

142 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Serv Res. 2003, 38: 831–865. https://doi.org/10.1111/1475–6773.00149.

143 Artiga S, Hinton E. Beyond healthcare: the role of social determinants in promotion health and equity. Health. 2019; 20:1–13. https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/beyond-health-care-the--role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/.

144 Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014; 129 Suppl 2(Suppl 2):19–31. doi: 10.1177/00333549141291S206.

145 Kickbusch I, Allen L, Franz C. The commercial determinants of health. Lancet Glob Health. 2016 Dec;4(12):e895-e896. doi: 10.1016/S2214–109X(16)30217–0.

146 World Health Organization. Commercial determinants of health. 21 March 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health.

147 Galea G, Castro L. Countering corporate tactics for better cancer prevention. Eurohealth 2022; 28(2): 7–10. https://www.lse.ac.uk/lse-health/assets/documents/eurohealth/issues/Eurohealth-28–2–2022-eng.pdf.

148 Stacey LM. Manufacturing Illness: The Role of Big Food and Big Pharma in the Healthcare Crisis and its Soaring Costs. Health Economics and Management Review 2025; 1: 2786–4626, https://armgpublishing.com/wp-content/uploads/2025/04/HEM_1_2025_3.pdf.

149 World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva, WHO, 2021. https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf.

150 Chidambaram S, Jain B, Jain U, et al. An introduction to digital determinants of health. PLOS Digit Health. 2024; 3(1):e0000346. doi: 10.1371/journal.pdig.0000346.

151 Qiu CS, Lunova T, Greenfield G, et al. Determinants of Digital Health Literacy: International Cross-Sectional Study. J Med Internet Res 2025; 27:e66631. doi: 10.2196/66631.

152 WHO Regional Office for Europe. Addressing health determinants in a digital age: project report. Copenhagen, WHO, 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fc127d0a-b51f-4f4d-8971-ce6412f49ddf/content.

153 van Kessel R, Seghers LE, Anderson M, et al. A scoping review and expert consensus on digital determinants of health. Bull World Health Organ 2025; 103:110–125H. https://doi.org/10.2471/blt.24.292057.

154 Holly L, Naing SY, Pitt H, et al. Health promotion and the digital determinants of health. Health Promotion International 2025; 40 (2): daaf033. https://doi.org/10.1093/heapro/daaf033.

155 McKinlay JB. A case for refocusing upstream: the political economy of illness. In: Proceedings of American Heart Association Conferences on Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk. Seattle: American Health Association, 1974:7–17. https://iaphs.org/wp-content/uploads/2019/11/IAPHS-McKinlay-Article.pdf.

156 National Collaborating Centre for Determinants of Health. Let's Talk: Moving upstream. 2014. https://nccdh.ca/resources/entry/lets-talk-moving-upstream.

157 Castrucci B, Auerbach J. Meeting individual social needs falls short of addressing social determinants of health. Health Affairs, January 2019. https://www.healthaffairs.org/content/forefront/meeting-individual-social--needs-falls-short-addressing-social-determinants-health.

158 Popay J, Whitehead M, Hunter DJ. Injustice is killing people on a large scale—but what is to be done about it? Journal of Public Health 2010; 32(2): 148–149. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq029.

159 Williams O, Fullagar S. Lifestyle drift and the phenomenon of'citizen shift' in contemporary UK health policy. Sociol Health Illn. 2019; 41(1):20–35. doi: 10.1111/1467-9566.12783.

160 Frieden TR. A framework for public health action: the health impact pyramid. Am J Public Health. 2010100(4):590–5. doi: 10.2105/AJPH.2009.185652.

161 Centers for Disease Control and Prevention. Health impact in 5 years (HI-5). 2017. https://www.cdc.gov/policy/hi5/docs/hi5-overview-v7.pdf.

162 Centers for Disease Control and Prevention. What is health equity? https://www.cdc.gov/healthequity/whatis/index.html.

163 World Health Organization. Health equity. https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1.

164 Prentice KR, Beitelshees M, Hill A, et al. Defining health equity: A modern US perspective. iScience. 2024; 27(12):111326. doi: 10.1016/j.isci.2024.111326.

165 Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London, London University College, 2010. https://www.instituteofhealthequity.org/resources--reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy--lives-full-report-pdf.pdf.

166 Graham H, Kelly MP. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. London: Health Development Agency, 2004. https://www.researchgate.net/publication/242494475_Health_Inequalities_Concepts_Frameworks_and_Policy.

167 Maini, R, Lunan, C, Strang, E, et al.'Proportionate Universalism': what is it, and how do we apply it? An overview and guide on how to implement proportionate universalism approaches. Public Health Scotland, 2025 https://www.pure.ed.ac.uk/ws/portalfiles/portal/511722348/Proportionate_Universalism_Final.pdf.

168 Francis-Oliviero F, Cambon L, Wittwer J, et al. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. 2020; 44:e110. doi: 10.26633/RPSP.2020.

169 Carey G, Crammond B, De Leeuw E. Towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. 2015; 14:81. doi: 10.1186/s12939-015-0207-6.

170 Mehrara L. Seeking the ideal of universalism within Norway's social reality. Social Inclusion 2-2-; 8(1):133-144. DOI: 10.17645/si.v8iX1.2535.

171 Jedan C. Proportionate Universalism and Public Health. An Analysis of WRR Policy Brief *From Disparity to Potential.* NTT Journal for Theology and the Study of Religion 2021; 75(1): 73-93. DOI: https://doi.org/10.5117/NTT2021.1.005.JEDA.

172 South Cambridgeshire District Council. Community engagement strategy and action plan. 09.06.2023 https://scambs.moderngov.co.uk/documents/s37397/Community%20Engagement%20Strategy%2002072009%20Cabinet.pdf.

173 Technical Report Series no 89. Expert Committee on Heath Education of the Public. Geneva, WHO. 1954. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40254/WHO_TRS_89.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

174 Lund Holm Thomsen L, Andersen CG, et al. Promoting ownership in local community health promotion interventions. Eur J Public Health. 2024; 34(Suppl 3):ckae144.1269. doi: 10.1093/eurpub/ckae144.

175 Messiha K, Chinapaw MJM, Ket HCFF, et al. Systematic Review of Contemporary Theories Used for Co-creation, Co-design and Co-production in Public Health. J Public Health (Oxf). 2023; 45(3):723–737. doi: 10.1093/pubmed/fdad046.

176 Chu C. Community participation in public health: definitions and conceptual framework. [w:] Chu C, Simpson R. Ecological public health: from vision to practice. Centre for Health Promotion, University of Toronto, 1994: 232–237.

177 Arnstein S. A Ladder of Citizen Participation, Journal of the American Planning Association 1969; 35(4): 216–224. A Ladder Of Citizen Participation.

178 Bednarek-Szczepańska M. Przestrzeń (nie)negocjowana. Zasady uczestnictwa społeczności lokalnych w kształtowaniu wiejskiej przestrzeni w polskim prawie. Studia Obszarów Wiejskich 2018; 51:75–98.

179 Stockdale, Jerry D. Community Organization Practice: An Elaboration of Rothman's Typology. The Journal of Sociology & Social Welfare 1976; 3(5): article 5. https://doi.org/10.15453/0191-5096.1146.

180 U.S. Department of Health and Human Services. Principles of Community engagement. 2nd ed. 2011. https://ictr.johnshopkins.edu/wp-content/uploads/2015/10/CTSAPrinciplesofCommunityEngagement.pdf.

181 Pitchford M, Henderson P. Więcej miejsca dla rozwoju społeczności lokalnej. Warszawa, Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej, 2012. https://www.cal.org.pl/wp-content/uploads/2013/01/makieta_wiecej_miejsca.pdf.

182 Szarfenberg R. Ewaluacja organizowania i rozwoju społeczności lokalnej, czyli o odmianach i sprawności trzeciej metody pracy socjalnej. wersja 1.0, 6 sierpnia 2012. http://rszarf.ips.uw.edu.pl/pdf/ewaluacjaOSL.pdf.

183 World Health Organization. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. Geneva, WHO, 2020. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334379/9789240010529-eng.pdf?sequence=1.

184 Centers for Disease Control and Prevention, Agency for Toxic Substarnces and Disease Registry. Principles of Community engagement. 3rd ed., 2025. https://hsc.unm.edu/population-health/_documents/principles-of-community-engagement_3rd-edition.pdf.

185 Houlihan M. How To Guide for Community Engagement in Mental Health Promotion. Prevention United, Melbourne, 2025. https://aapi.org.au/Common/Uploaded%20files/Smart%20Suite/Smart%20Library/7b174311-7fc1-4dba--a128-cdfae417e9bf/Community%20Engagement%20in%20Mental%20Health%20Promotion_%20How%20to%20Guide.pdf.

186 John Hopkins Center for Health Equity. Photovoice. https://publichealth.jhu.edu/center-for-health-equity/photovoice#:~:text=Photovoice%20is%20a%20participatory%20visual,lived%20experiences%2C%20particularly%20those%20from.

187 New Zealand Government. Selecting Methods for Community Engagement Resources for choosing the right engagement methods to support good community engagement planning at each level of the IAP2 Spectrum of Public Participation, October 2023. https://www.dpmc.govt.nz/sites/default/files/2023-10/policy-project--community-engagement-selecting-method-oct23.pdf.

188 Mold A, Clark P, Millward G, et al. The Public and Public Health. [w:] Mold A, Clark P, Millward G, i wsp.(red.). Placing the public in public health in post-war Britain, 1948–2012. Palgrave Macmillan2019: 24. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-18685-2_2.

189 Moitra M, Owens S, Hailemariam M, et al. Global Mental Health: Where We Are and Where We Are Going. Curr Psychiatry Rep. 2023;25(7):301–311. doi: 10.1007/s11920-023-01426-8.

190 Walker S, Barone M, Ng AH. Lived experience: from intention to global action. BMJ. 2025;390:r1228. doi: 10.1136/bmj.r1228. https://www.bmj.com/content/390/bmj.r1228.

191 Laverack G, Labonte R. A planning framework for community empowerment goals within health promotion. Health Policy Plan. 2000;15(3):255–62. doi: 10.1093/heapol/15.3.255.

192 Fry D, Carter S, Rychetnik L, et al. 'Top down Top down' and 'bottom up bottom up' approaches to health approaches to health promotion: are hybrid forms possible? Sydney, NSW Health Promotion Symposium, 15–16 November 2012. https://cityfutures.ada.unsw.edu.au/documents/150/Fry.pdf.

193 American Public Health Association. Public health code of ethics 2019; 23. https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/code_of_ethics.ashx.

194 Lee LM, Ortiz SE, Pavela G, i wsp. Public Health Code of Ethics: Deliberative Decision-Making and Reflective Practice. Am J Public Health. 2020; 110(4):489–491. doi: 10.2105/AJPH.2020.305568. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7067116/.

195 Public Health Leadership Society. Principles of the ethical practice in public health. 2002. https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/ethics_brochure.ashx.

196 Thomas JC, Sage M, Dillenberg J, Guillory VJ. A code of ethics for public health. Am J Public Health. 2002 Jul;92(7):1057–9. doi: 10.2105/ajph.92.7.1057. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447186/.

197 Institute of Health Promotion and Education. IHPE Position Statement: ethics and health promotion. November 2022. https://ihpe.org.uk/wp-content/uploads/2022/11/IHPE-Position-Statement--Ethics-and-Health-Promotion-20th-Nov-2022.pdf.

198 National Commission for Health Education Credentialing. Code of ethics for the health education profession. 2020. https://assets.speakcdn.com/assets/2251/CodeofEthicsfull2020.pdf.

199 American Medical Association. https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/health-promotion-preventive-care.

200 Kodeks etyki lekarskiej. Załącznik do uchwały nr 5 Nadzwyczajnego XVI Krajowego Zjazdu lekarzy z dnia 18 maja 2024 r. https://nil.org.pl/uploaded_images/1723037323_kel-2305.pdf.

201 Jennings B. Ethics codes and reflective practice in public health, Journal of Public Health 2020; 42(1): 188–193. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy140.

202 Glanz K. E-source. Behavioural & Social Sciences Research. National Institutes of health. Office of Behavioural and Social Sciences Research https://obssr.od.nih.gov/sites/g/files/mnhszr296/files/Social-and-Behavioral-Theories.pdf.

203 Darnton A. Practical Guide: An overview of behaviour change models and their uses. Government Social Research Unit, HM Treasury. 2008. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a81954640f0b62305b8fbc2/Behaviour-change_practical_guide_tcm6–9696.pdf.

204 Darnton A. Reference Report: An overview of behaviour change models and their uses. Government Social Research Unit, HM Treasury, 2008. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7f0d5940f0b6230268d23a/Behaviour_change_reference_report_tcm6–9697.pdf.

205 Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. (eds.) 4th ed. Health behavior and health education. Theory, research, and practice. San Francisco, Jossey-Bass, 2008. https://webda.medsab.ac.ir/uploads/1_(8)_46103.pdf.

206 Michie S, van Stralen M.M, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Sci 2011; 6, 42. https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42.

207 Łuszczyńska A. Zmiana zachowań zdrowotnych: dlaczego dobre chęci nie wystarczają. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne (GWP) 2004.

208 Bajcar EA, Abramciów R. Zachowania zdrowotne – rola zmiennych poznawczych w procesie formowania intencji zmiany zachowania. Rocznik Komisji Nauk

Pedagogicznych 2011; LXIV: 175–185.
https://journals.pan.pl/Content/82068/mainfile.pdf?handler=pdf.

209 Ostaszewski K, Pisarska A, Greń J i wsp. Europejski program profilaktyki. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019; Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022: 36–39. Europejski Program Profilaktyki – euda.europa.eu.

210 World Health Organization. How to develop an evidence--informed theory of change for health WHO technical guidance. Geneva, WHO, 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b434899-19fb-4806-bbf5-4d6db72aa0cd/content.

211 Davis R, Campbell R, Hildon Z, et al. Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. Health Psychology Review 2014; 9(3), 323–344. https://doi.org/10.1080/17437199.2014.941722.

212 National Cancer Institute. Theory at a glance. A guide for health promotion practice. 2nd ed. U.S. Department of health and Human Services. 2005. https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/theory.pdf.

213 Koulouvari A-D, Margariti A, Sakellari E, et al. Applications of Behavioral Change Theories and Models in Health Promotion Interventions: A Rapid Review. Behavioral Sciences. 2025; 15(5):580. https://doi.org/10.3390/bs15050580.

214 Kok G, Peters LWH, Ruiter RAC. Planning theory-and evidence-based behavior change interventions: a conceptual review of the intervention mapping protocol. Psicol. Refl. Crít. 2017; 30, 19. https://doi.org/10.1186/s41155-017-0072-x.

215 Fernandez ME, Ruiter RAC, Markham CM, et al. Intervention Mapping: Theory- and Evidence-Based Health Promotion Program Planning: Perspective and Examples. Frontiers in Public Health 2019; 7: 209. doi: 10.3389/fpubh.2019.00209.

216 Satterfield JM, Spring B, Brownson RC, et al. Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice. Milbank Q. Jun 2009;87(2):368–390.

217 Brownson RC, Fielding JE, Maylahn CM. Evidence-based Decision Making to Improve Public Health Practice. Front Public Health Serv Syst Res 2013; 2(2). DOI: 10.13023/FPHSSR.0202.02.

218 Brownson RC, Baker EA. Deshpande AD, et al. Evidence-based public health. 3rd ed. New York, Oxford Academic Press: 2018: 49–74. https://repository.unar.ac.id/jspui/bitstream/123456789/5288/1/Evidence-based%20Public%20Health%20by%20Ross%20C.%20Brownson%2C%20Elizabeth%20A.%20Baker%2C%20Anjali%20D.%20Deshpande%2C%20Kathleen%20N.%20Gillespie%20%28z-lib.org%29.pdf.

219 Langlois ÉV, Akl EA. Fostering the use of evidence synthesis findings in policy and practice. [w:] Langlois ÉV, Daniels K, Akl EA, (eds.). Evidence Synthesis for Health Policy and Systems: A Methods Guide. Geneva, WHO, 2018. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK569584/.

220 Tiitinen S, Ilomäki S, Laitinen J, et al. Developing theory- and evidence-based counseling for a health promotion intervention: A discussion paper. Patient Education and Counseling 2020; 103(1): 234–239. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.08.015.

221 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Project/programme monitoring and evaluation (M&E) guide. Geneva, 2011:13. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-09/IFRC-ME-Guide-8-2011.pdf.

222 Atlantic Provinces Public Health Collaboration. Public health 1010. An introduction to public health. November, 2007:42–44. https://novascotia.ca/dhw/publications/Public-Health-Education/Public-Health-101-An%20Introduction-to-Public-Health.pdf.

223 Harbach MJ. Parens Patriae After the Pandemic (June 2, 2023). North Carolina Law Review 2023; 60(5): article 6. https://ssrn.com/abstract=4702074.

224 Canadian Institutes of Health Research. Population Health Intervention Research Initiative for Canada. https://cihr-irsc.gc.ca/e/38731.html.

225 Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? Can J Public Health. 2009;100(1):I8-I14. doi:10.1007/BF03405503.

226 Litvak E, Dufour R, Leblanc É, et al. Making sense of what exactly public health does: a typology of public health interventions. Can J Public Health. 2020 Feb;111(1):65–71. doi: 10.17269/s41997-019-00268-3.

227 Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego. ProfiBaza e-learning. Sprawozdanie z zadań zdrowia publicznego. Interwencje – działania prozdrowotne. https://profibaza.pzh.gov.pl/strefa-uzytkownika-instytucjonalnego.

228 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej. Wersja 1.1. Warszawa, AOTMiT, 2016: 12. https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/Instrukcja_PPZ.pdf.

229 Szarfenberg R. O bliskim związku i wzajemnych inspiracjach między polityką publiczną i polityką społeczną. Problemy Polityki Społecznej 2013; 22:149–166. http://www.problemypolitykispolecznej.pl/pdf-123091-51249?filename=Close%20relationship%20and.pdf.

230 WHO Regional Office for Europe. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Rgion. Copenhagen, WHO, 1999: 212–213. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

231 Ståhl T, Wismar M, Ollila E, et al. eds. Health in All Policies. Prospects and potentials. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006. https://www.academia.edu/653526/Implementing_and_institutionalizing_health_impact_assessment_in_Europe.

232 Carey G, Crammond B, Keast R. Creating change in government to address the social determinants of health: how can efforts be improved? BMC Public Health 2014; 14, 1087. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1087.

233 Kickbusch I, Gleicher D. (2012). Governance for health in the 21st century. Copenhagen, World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012. https://iris.who.int/handle/10665/326429.

234 World Health Organization. Health 21. The health for all policy framework for the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999: 212. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272657/9789289013499-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y.

235 World Health Organization. Health systems strengthening glossary. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf.

236 Wolniewicz-Slomka K. Projektowanie i implementacja polityki publicznej – przegląd podejść teoretycznych. Studia z Polityki Publicznej 2022; 9(3):65-88. https://doi.org/10.33119/KSzPP/2022.3.4.

237 Centers for Disease Control and Prevention. CDC policy process. https://www.cdc.gov/policy/paeo/process/index.html.

238 Maarse H. Health policy analysis. An introduction. Chapter 5 – Actors in the Health Policy Arena. Maastricht University Press, 2023. https://doi.org/10.26481/mup.2303.

239 World Health Organization. Promoting environment and health policies at local level: a policy brief for decision-makers and practitioners. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2023. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369596/WHO-EURO-2023-7676-47443-69727-eng.pdf?sequence=3.

240 World Health Organization. National health planning tools. https://extranet.who.int/nhptool/default.aspx.

241 Department for Communities and Local Government. Multi-criteria analysis: a manual. London, 2009. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7a17fde5274a34770e434d/Mult-crisis_analysis_a_manual.pdf.

242 Bhuyan A, Jorgensen A, Sharma S. Taking the Pulse of Policy: The Policy Implementation Assessment Tool. Washington (DC), 2020. Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1, 2010. https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadx728.pdf.

243 National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. Public Policy Analysis Tool for Rapid Decision Making in Public Health, 2022. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2022-Public-Policy-Analysis-Tool.pdf.

244 Bhatia R, Gilhuly K, Harris C, et al. MA Health Impact Assessment Toolkit. A Handbook to Conducting HIA, 3rd Edition. Human Impact Partners, February 2011. https://cdn.ymaws.com/www.cpha.info/resource/resmgr/Resources_-_Documents/HIA-Toolkit-Feb-2011-2.pdf.

245 PanAmerican Health Orgnization. Health Impact Assessment: Concepts and Guidelines for the Americas. Washington (DC), 2013. https://www.paho.org/en/documents/health-impact-assessment-concepts-and-guidelines-americas-0.

246 Olyaeemanesh A, Takian A, Mostafavi H, et al. Health Equity Impact Assessment (HEIA) reporting tool: developing a checklist for policymakers. Int J Equity Health 2023; 22, 241. https://doi.org/10.1186/s12939-023-02031-0.

247 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz.U.2004 nr 210 poz.2135. Tekst ujednolicony. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20042102135/U/D20042135Lj.pdf.

248 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2476. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476.

249 Ministerstwo Zdrowia. Opinia dot. zasadności opiniowania przez AOTM projektów samorządowych programów zdrowotnych z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych, ochrony zdrowia psychicznego, ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz przeciwdziałania narkomanii (MZ-PR-WL-024-34994-1/KB/13). https://wwwold.aotm.gov.pl/assets/files/Opinie%20MZ/2013/13.03.21_MZ_opinia_dot_pz_wylaczonych_spod_oceny_AOTM.pdf.

250 Ministerstwo Zdrowia. Opinia dot. zasadności opiniowania przez AOTM projektów samorządowych programów zdrowotnych z zakresu profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych (MZ-ZP-P-075-26022-2/SS/13). https://wwwold.aotm.gov.pl/assets/files/Opinie%20MZ/2013/13.04.19_Radziewicz-Winnicki_MZ_opinia_dot_opiniowania_pz_alkoholowych.pdf.

251 Frieden TR. Six components necessary for effective public health program implementation. Am J Public Health. 2014 Jan;104(1):17-22. doi: 10.2105/AJPH.2013.301608.

252 Haveman-Nies A. (red.) Epidemiology in Public Health Practice. Wageningen Academic Publishers, 2010. https://www.semanticscholar.org/paper/

4-Seven-epidemiological-steps-in-the-public-health-Haveman-Nies/ee3c86b12f8bac6fe42aedd44ab41af4f967785e.

253 Tulchinsky TH, Varavikova EA. A History of Public Health. The New Public Health. 2014:1–42. doi: 10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X.

254 Fineberg HV. The Paradox of Disease Prevention: Celebrated in Principle, Resisted in Practice. JAMA. 2013;310(1):85–90. doi:10.1001/jama.2013.7518.

255 Breslow L. Health measurement in the third era of health. Am J Public Health. 2006; 96(1):17–9. doi: 10.2105/AJPH.2004.055970.

256 Halfon N, Long P, Chang DI, et al. Applying a 3.0 transformation framework to guide large-scale health system reform. Health Aff (Millwood). 2014; 33(11):2003–11. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0485.

257 Public Health England. A guide to community-centred approaches for health and wellbeing Briefing. 2015. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7561a7ed915d7314959860/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing__briefi___.pdf.

258 Mahler H. Towards a new public health. Health Promotion International 1986; 1(1): 1.

259 World Health Organization. Health promotion glossary, WHO, Geneva 1998: 3. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/64546/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf?sequence=1.

260 Institute of Medicine (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. The Future of Public Health. Washington (DC): National Academies Press (US); 1988. 6, Conclusions and Recommendations. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218216/.

261 World Health Organization. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Geneva, WHO, 1996. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63293/WHO_MNH_MND_96.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

262 Konarska I. Potrzebujemy wicepremiera do spraw polityki społecznej i zdrowia publicznego. Menedżer Zdrowia. 04.10.2023. https://www.termedia.pl/mz/Potrzebujemy-wicepremiera-do-spraw-polityki-spolecznej-i-zdrowia-publicznego,53246.html.

263 World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, WHO, 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1.

264 World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva, WHO 2022: xiv. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1.

265 Gautam S, Jain A, Chaudhary J, et al. Concept of mental health and mental well-being, it's determinants and coping strategies. Indian J Psychiatry. 2024; 66(Suppl 2):S231-S244. doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23.

266 Lebenbaum M, Laporte A, de Oliveira C. The effect of mental health on social capital: An instrumental variable analysis. Social Science & Medicine 2021; 272: 113693. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113693.

267 Knapp M, Wong G. Economics and mental health: the current scenario. World Psychiatry. 2020; 19(1):3–14. doi: 10.1002/wps.20692.

268 Kadel R, Stielke A, Ashton K, et al. Social Return on Investment (SROI) of mental health related interventions-A scoping review. Front Public Health. 2022; 10:965148. doi: 10.3389/fpubh.2022.965148.

269 World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva WHO, 2022. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1.

270 APA Dictionary of Psychology. Mental health. https://dictionary.apa.org/mental-health.

271 Granlund M, Imms C, King G, et al. Definitions and Operationalization of Mental Health Problems, Wellbeing and Participation Constructs in Children with NDD: Distinctions and Clarifications. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 1656. https://doi.org/10.3390/ijerph18041656.

272 Government of Canada. The mental health continuum model. https://www.canada.ca/en/department-national-defence/services/benefits-military/health-support/road-to-mental-readiness/mental-health-continuum-model.html.

273 Piotrowicz M, Cianciara D. Teoria salutogenezy – nowe podejście do zdrowia i choroby. Przegl Epodemiol 2011; 65(4): 521–527. https://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/pdf-180008-100586?filename=Salutogenesis%20_%20new.pdf.

274 Vinje HF, Langeland E, Bull T. Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. [w:] Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, et al. (eds.). editors. The Handbook of Salutogenesis [Internet]. Cham (CH): Springer; 2017. Chapter 4. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435860/ doi: 10.1007/978-3-319-04600-6_4.

275 Settley C. Examining salutogenesis and psychological wellbeing in persons affected by substance addiction: A scoping review. Acta Psychologica 2025; 257:105070. https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.105070.

276 Healthline. What's the Difference Between Mental Health and Behavioral Health? https://www.healthline.com/health/mental-health-vs-behavioral-health.

277 University of Massachusetts. Behavioral health vs. mental health: Breaking down the differences. https://www.umassglobal.edu/news-and-events/blog/comparing-behavioral-health-vs-mental-health.

278 American Medical Association. Behavioral Health Integration Compendium, 2021. https://www.ama-assn.org/system/files/bhi-compendium.pdf.

279 Helfer T, Faeh D, Luijckx E. et al. The Connection between Health Promotion, Prevention, and Psychosocial Health: An Innovative Action Model. The Open Public Health Journal 2020; 13(1):850–855. DOI: 10.2174/1874944502013010850.

280 Peter KA, Helfer T, Golz C, et al. Development of an Interrelated Definition of Psychosocial Health for the Health Sciences Using Concept Analysis. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2022; 60(6):19–26. doi: 10.3928/02793695-20211214-02.

281 Husain W. Components of psychosocial health. Health Education 2022; 122(4): 387–401. https://doi.org/10.1108/HE-05-2021-0084.

282 Mandell W. Origins of Mental Health. The realization of an idea. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. https://publichealth.jhu.edu/departments/mental-health/about/origins-of-mental-health.

283 Williams CL, Westermeyer J. Public health aspects of mental health: the last 75 years of the American Journal of Public Health. Am J Public Health. 1985; 75(7):722–6. doi: 10.2105/ajph.75.7.722.

284 Bertolote J. The roots of the concept of mental health. World Psychiatry. 2008;7(2):113–6. doi: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00172.x.

285 World Health Organization. Public mental health: guidelines for the elaboration and management of national mental health programmes. Geneva, WHO, 1996. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/63293/WHO_MNH_MND_96.19.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

286 Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–36. https://www.urmc.rochester.edu/MediaLibraries/URMCMedia/medical-humanities/documents/Engle-Challenge-to-Biomedicine-Biopsychosicial-Model.pdf.

287 Bolton D, Gillett G. The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New Philosophical and Scientific Developments, Cham (CH): Palgrave Pivot; 2019. Chapter 1, The Biopsychosocial Model 40 Years On. 2019 Mar 29. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552030/ doi: 10.1007/978-3-030-11899-0_1.

288 Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), National Institute of Mental Health (US). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration

(US), 2001 Chapter 2 Culture Counts: The Influence of Culture and Society on Mental Health. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44249/.

289 Naylor C, Das P, Ross S, et al. Bringing together physical and mental health. A new frontier for integrated care. The King's Fund, 2016: 50. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf.

290 McBain RK, Eberhart NK, Breslau J, et al. Transforming Mental Health Care in the United States. Santa Monica, CA, RAND Corporation, 2021. https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RBA889-1.html.

291 World Health Organization. Mental health. A call for action by world health ministers. Geneva, WHO, 2001. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO7242/249.pdf.

292 World Health Organization. The World health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva, WHO, 2011. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

293 Sayers J. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope. Bull World Health Organ. 2001;79(11):1085. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/2566704/pdf/0042_9686_79_11_1085.pdf.

294 Lund C, Breen A, Flisher AJ, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. Social Science & Medicine 2010; 71(3): 517-528. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027.

295 EZOP I. Tytuł projektu: Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostępność psychiatrycznej opieki zdrowotnej EZOP-Polska. Rekomendacje. https://ezop.edu.pl/ezop-i/.

296 Wciórka J, Biechowska D, Ostaszewki K i wsp. Rekomendacje dla praktyki i polityki zdrowotnej. [w:]. Moskalewicz J, Wciórka J. (red). Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań – EZOP II. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2021: 755.

297 Murray CJL, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. The Lancet 1997; 349(9063):1436-1442. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(96)07495-8/fulltext.

298 Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. EClinicalMedicine. 2022;54:101675. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101675.

299 Cosgrove L, Mills C, Karter J M, et al. A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm

change. Critical Public Health 2020; 30(5), 624-631. https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1667488.

300 Pike KM, Susser E, Galea S, et al. Towards a Healthier 2020: Advancing Mental Health as a Global Health Priority. Public Health Rev 2013; 35, 7. https://doi.org/10.1007/BF03391692.

301 United Nations General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 10 October 2018. Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases https://digitallibrary.un.org/record/1648984.

302 Lucero-Prisno, DE, Shomuyiwa, DO, Kouwenhoven, MBN, et al. Top 10 public health challenges to track in 2023: Shifting focus beyond a global pandemic. Public Health Chall. 2023; 2:e86. https://doi.org/10.1002/puh2.86.

303 Lucero-Prisno DE, Shomuyiwa DO, Kouwenhoven MBN, et al. Top 10 Public Health Challenges for 2024: Charting a New Direction for Global Health Security. Public Health Chall. 2024 Dec 30;4(1):e70022. doi: 10.1002/puh2.70022.

304 International Multispeciality Journal of Health. Top 10 Public Health Challenges in 2025. https://imjhealth.org/top-10-public-health-challenges-in-2025.

305 Kuszewski K, Goryński P, Wojtyniak B i wsp. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. https://archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2014/03/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf.

306 Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Dz.U. 2015 poz. 1916 z późn. zm. Tekst ujednolicony: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20150001916/U/D20151916Lj.pdf.

307 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20160001492.

308 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021 poz. 642. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642.

309 Najwyższa Izba Kontroli. Realizacja zadań Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. KZD.430.001.2020 Nr ewid. 2/2020/P/19/060/KZD8. NIK. Departament Zdrowia. Warszawa 02.04.2020. https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/19/060/.

310 World Health Organization. Mental health atlas 2024. WHO, Geneva, 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5897b3c7-2848-47a7-ba22-0a7902342a81/content.

311 World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia. Geneva, WHO, 2017. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1.

312 The WHO special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health. WHO 2019. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

313 World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva, WHO, 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1.

314 World Health Organization World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva, WHO, 2022. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1.

315 World Health Organization Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. 3rd ed. Geneva, WHO, 2023. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf?sequence=1.

316 World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva, WHO, 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/26549222-b1d1-4278-abac-19f0275e50d3/content.

317 World Health Organization. Universal health coverage. https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1.

318 World Health Organization. WHA58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/sustainable-health-financing-universal-coverage-and-social-health-insurance.pdf?sfvrsn=f8358323_3PHC.

319 United Nations. Political Declaration of the High-Level Plenary Meeting on Universal Health Coverage: resolution / adopted by the General Assembly. UN. General Assembly, 74th sess.: 2019–2020. https://digitallibrary.un.org/record/3833350?ln=en&v=pdf.

320 Cele Zrównoważonego Rozwoju. Cel 3: Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt. https://www.un.org.pl/cel3.

321 World Health Organization. The 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference.

322 Medycyna Praktyczna. WHO: większa rola POZ w leczeniu problemów psychicznych. 27.12.2023. https://www.mp.pl/pacjent/psychiatria/

aktualnosci/338670,who-wieksza-rola-poz-w-leczeniu-problemow-
-psychicznych.

323 Headway – A new roadmap in Mental Health – Forum 3rd Edition. Headway – Mental Health Index 3.0 Report. Brussels, October 2023. https://healthcare.ambrosetti.eu/it/incontri/view/12938#lg=1&slide=0.

324 European Commission. A comprehensive approach to mental health. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_en.

325 European Commission. Communication from the Commission to European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health. Brussels, 7.6.2023. https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_1_act_en.pdf.

326 World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. Geneva, WHO, 2002. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/51182324-2e32-4001-9aae-578d0e6d7218/content.

327 Herrman H, Saxena S, Moodie R. Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization, 2005. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43286/9241562943_eng.pdf?sequence=1.

328 Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. The Lancet. 2007;370:859–877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0.

329 Canadian Mental Health Association. Cohesive, collaborative, collective: advancing mental health promotion in Canada. 2019. https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/MHP-Full-Paper-FINAL-EN.pdf.

330 World Health Organization. World mental health today: latest data. Geneva, WHO, 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content.

331 Deering K, Brimblecombe N, Matonhodze JC, et al. Methodological procedures for priority setting mental health research: a systematic review summarising the methods, designs and frameworks involved with priority setting. Health Res Policy Syst. 2023; 21(1):64. doi: 10.1186/s12961-023-01003-8.

332 Wykes T, Bell A, Carr S, et al. Shared goals for mental health research: what, why and when for the 2020s. Journal of Mental Health 2021; 32(6), 997–1005. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1898552.

333 Güell E, Benito-Amat C, Molas-Gallart J. Priority setting in mental health research: a scoping review of participatory methods. Mental Health & Prevention 2023; 30: 200279. https://doi.org/10.1016/j.mhp.2023.200279.

334 Prevention United. What is mental health promotion? https://preventionunited.org.au/how-prevention-works/what-is-mental-health-promotion/.

335 Joubert N, Reaburn J. Mental health promotion: people, power and passion. International Journal of Mental health Promotion, inauguration issue, September 1998. https://drnatachajoubert.com/documents/Peoplepowerandpassion.pdf.

336 Yoo L. Health Promotion and Prevention Unit. Centre for Addiction and Mental Health. October 2012. https://en.healthnexus.ca/sites/en.healthnexus.ca/files/u4/definitionsofmhpvsmip.pdf.

337 Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry. 2015;14(1): 36–42. doi: 10.1002/wps.20178.

338 Ilska M, Kołodziej-Zaleska A. Dobrostan hedonistyczny i eudajmonistyczny w sytuacjach kryzysów normatywnych i nienormatywnych. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej w Gliwicach. Seria: Organizacja i Zarządzanie 2018; 123: 155–184. https://core.ac.uk/download/pdf/197756189.pdf.

339 What is mental health promotion? Windsor-Essex County Health Unit. https://www.wechu.org/mental-health/what-mental-health-promotion.

340 The Melbourne Charter for Promoting Mental Health and Preventing Mental and Behavioural Disorders. 2008. https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/Melboure_-Charter_final.pdf.

341 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025. Dz.U. 2021 poz. 642. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000642.

342 Journal of Public Mental Health. https://www.emerald.com/insight/publication/issn/1746-5729.

343 Faculty of Public health. Why public mental health matters. https://www.fph.org.uk/policy-advocacy/special-interest-groups/public-mental-health-special-interest-group/better-mental-health-for-all/why-public-mental-health-matters/.

344 Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry. 2015 Feb;14(1):36–42. doi: 10.1002/wps.20178.

345 Campion J. Public mental health: key challenges and opportunities. BJPsych Int. 2018 Aug;15(3):51–54. doi: 10.1192/bji.2017.11.

346 World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. Geneva, WHO, 2021. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345301/9789240031029-eng.pdf?sequence=1.

347 Patel V, Prince M. Global mental health: a new global health field comes of age. JAMA. 2010 May 19;303(19):1976–7. doi: 10.1001/jama.2010.616.

348 Collins PY. What is global mental health? World Psychiatry. 2020 Oct;19(3):265–266. doi: 10.1002/wps.20728.

349 Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018; 392(10157):1553–1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

350 Izutsu T, Tsutsumi A, Minas H, et al. Mental health and wellbeing in the Sustainable Development Goals. Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1052–4. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00457-5.

351 Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Consortium of Universities for Global Health Executive Board. Towards a common definition of global health. Lancet. 2009;373(9679):1993–5. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60332-9.

352 Satcher D, Druss BG. Bridging mental health and public health. Prev Chronic Dis. 2010;7(1):A03. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2811498/.

353 Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. Lancet. 2018; 392(10157):1553–1598. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

354 Cosgrove L, Mills C, Karter J M, et al. A critical review of the Lancet Commission on global mental health and sustainable development: Time for a paradigm change. Critical Public Health 2020; 30(5), 624-631. https://doi.org/10.1080/09581596.2019.1667488.

355 Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, et al. The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. World Psychiatry. 2024;23(1):58–90. doi: 10.1002/wps.21160.

356 Waechter R, Gallant C, De Wilde K, et al. Prevention of mental illness within public health: An analysis of progress via systematic literature review and a pathway forward. Prev Med Rep. 2023;34:102249. doi: 10.1016/j.pmedr.2023.102249.

357 Global Mental Health Action Network. Physical and Mental Health: The journey to integration. Blogs & News. 2 Oct. Written By Sekretariat. https://gmhan.org/news/journal-of-public-mental-health.

358 Schomerus G, Schindler S, Sander C, et al. Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? Eur Psychiatry. 2022;65(1):e78. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2337.

359 Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry. 2015;14(1):36–42. https://doi.org/10.1002/wps.20178.

360 Rössler W. The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. EMBO Rep. 2016;17(9):1250–3. doi: 10.15252/embr.201643041.

361 Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. World Psychiatry. 2002;1(1):16–20. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/.

362 Jauch M, Occhipinti S, O'Donovan A. The stigmatization of mental illness by mental health professionals: Scoping review and bibliometric analysis. PLoS ONE 2023; 18(1): e0280739. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280739.

363 Royal Commission into Victoria's Mental Health System. Volume 1A new approach to mental health and wellbeing in Victoria. Victorian Government, February 2021: 152. https://finalreport.rcvmhs.vic.gov.au/wp-content/uploads/2021/02/RCVMHS_FinalReport_Vol1_Accessible.pdf.

364 Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii. Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków. Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, 2011: 121–138. https://www.cinn.gov.pl/portal?id=105447.

365 Pisarska A. Oddziaływać skutecznie. Profilaktyka oparta na podstawach naukowych i dowodach. Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, 2023. https://programyrekomendowane.pl/wp-content/uploads/2023/12/oddzialywac-skutecznie.pdf.

366 Ostaszewski K, Pisarska A, Greń J i wsp. Europejski Program Profilaktyki. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019; Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022: 36–39. Europejski Program Profilaktyki – euda.europa.eu.

367 Centers for Disease Control and Prevention. Suicide prevention communication campaign playbook. Appendix I: models and theories. December 2024. https://www.cdc.gov/suicide/playbook/behavior-change.html.

368 Conceptual Framework for Public Mental Health. https://www.publicmentalhealth.co.uk/home.

369 Dykxhoorn J, Fischer L, Bayliss B, et al. Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. BMC Public Health. 2022;22(1):1407. doi: 10.1186/s12889-022-13775-9.

370 NIHR School for Public Health Research. Conceptual Framework for Public Mental Health – launch of a new web-based tool. https://sphr.nihr.ac.uk/news-and-events/conceptual-framework-for-public--mental-health-launch-of-a-new-interactive-web-based-tool/.

371 European Union Drugs Agency (EUDA). Best practice portal – evidence database. https://www.euda.europa.eu/best-practice/evidence-summaries_en.

372 Ostaszewski K. Standardy profilaktyki. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2016. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/standardy-profilaktyki.pdf.

373 Keleher H, Armstrong R. Evidence-based mental health promotion resource. Victorian Government Department of Human Services Melbourne, Victoria, 2005. https://www.researchgate.net/profile/Helen-Keleher/publication/236672093_Evidence-Based_Mental_Health_Promotion_Resource/links/0c960518d556a828b4000000/Evidence-Based-Mental--Health-Promotion-Resource.pdf?origin=scientificContributions.

374 VicHealth. Evidence-based health promotion resource – executive summary. Victorian Government Department of Human Services Melbourne, Victoria 2006. https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/HS591_evidence_based_info_2B.pdf.

375 Card JJ, Solomon J, Cunningham SD. How to adapt effective programs for use in new contexts. Health Promot Pract. 2011 Jan;12(1):25–35. doi: 10.1177/1524839909348592.

376 Movsisyan A, Arnold L, Evans R, et al. Adapting evidence-informed complex population health interventions for new contexts: a systematic review of guidance. Implementation Sci 2019;14, 105. https://doi.org/10.1186/s13012-019-0956-5.

377 National Association of County & City Health Officials. Guidance for Adopting and Adapting Global Health Approaches for U.S. Local Health Departments (v.1) Aug 2020. https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/GuidanceForImplementingGlobalHealthInLHDs_2020.pdf.

378 National Association of County & City Health Officials. Global to Local Toolkit. Adapting Global Interventions for Local Public Health. 2023. https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/NACCHO_Global-to-Local-Toolkit.pdf.

379 Moore G, Campbell M, Copeland L, et al. Adapting interventions to new contexts-the ADAPT guidance. BMJ. 2021;374:n1679. doi: 10.1136/bmj.n1679.

380 Copeland L, Littlecott H, Couturiaux D, et al. The what, why and when of adapting interventions for new contexts: A qualitative study of researchers, funders, journal editors and practitioners' understandings. PLoS ONE 2021; 16(7): e0254020. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254020.

381 Feldstein AC, Glasgow RE. A Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM) for Integrating Research Findings into Practice. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2008; 34(4): 228–243. DOI: 10.1016/s1553-7250(08)34030-6.

382 Gomes R, Battaglia C, Fort M, et al. A guidebook to the Pragmatic and iterative use of the Practical, Robust Implementation and Sustainability Model

(PRISM) & Reach, Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance framework (RE-AIM) for Planning, Implementation, and Sustainment. Colorado Implementaion Science Center for Cancer Control, 2023. https://accords.cuanschutz.edu/docs/librariesprovider94/di-docs/guides-and-tools/iprism-and-reaim-guidebook_wip.pdf.

383 Glasgow RE, Trinkley K, Ford B, et al. The Application and Evolution of the Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM): History and Innovations. Glob Implement Res Appl. 2024;4(4):404–420. doi: 10.1007/s43477–024–00134–6.

384 Programy rekomendowane. https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/o-systemie-rekomendacji/.

385 Standardy i kryteria oceny jakości programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego w ramach systemu rekomendacji. https://www.kbpn.gov.pl/portal?id=106145.

386 Programy rekomendowane. https://programyrekomendowane.pl/.

387 World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes. Updated version 2. Geneva, WHO, 2005. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017–06/MNH%20Policy%20and%20plans_essential%20package.pdf.

388 Government of Ireland, Department of Health. Pathways to wellbeing. National mental health promotion plan 2024–2030. 2024. pathways-to-wellbeing--national-mental-health-promotion-plan-20242030.pdf.

389 World Health Organization. Guidance on policy and strategic actions to protect and promote mental health and well-being across government sectors. Geneva, WHO, 2025 (Mental health and well-being across government sectors). https://www.who.int/publications/i/item/9789240114388.

390 Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz.U. 1994 nr 111 poz. 535 z późn.zm. Tekst ujednolicony: https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19941110535.

391 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022. Dz.U. 2017 poz. 458. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170000458.

392 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030. Dz.U. 2023 poz. 2480. https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230002480.

393 Ottawa Charter for Health Promotion. https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/

ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-
-promotion/charter.pdf.

394 World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, WHO, 1998. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/402acba9-d79c-4dad-89ae-5085cb528400/content.

395 World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva, WHO. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/96da8799-4938-4d66-b171-04770ed4b243/content.

396 World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration.

397 Centers for Disease Control and Prevention. Public health's role in mental health promotion and suicide prevention. CDC, ASTHO 2023. https://www.astho.org/4a4b29/globalassets/report/mental-health-promotion-suicide-prevention-framework.pdf.

398 Ostaszewski K, Pisarska A, Greń J i wsp. Europejski program profilaktyki. Europejskie Centrum Monitorowania Narkotyków i Narkomanii, 2019; Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 2022: 94–103. Europejski Program Profilaktyki – euda.europa.eu.

399 Kościńska E. Czas i doświadczenie to więcej niż pieniądz – banki czasu jako forma aktywizacji seniorów. https://kujawsko-pomorskie.pl/wp-content/uploads/2015/12/Bank_czasu_seniora-a34.pdf.

400 Kakar AK. Investigating factors that promote time banking for sustainable community based socio-economic growth and development. Computers in Human Behavior 2020; 107: 105623. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.07.034.

401 Maharsi G, Badry AH, Sadadi P. Time Banking as an Alternative Social Movement: A CaseStudy of Time Banks in the United Kingdom. International Journal of Social Service and Research 2023; 3(8): 2016–2025. DOI: https://doi.org/10.46799/ijssr.v3i8.487.

402 Manta O, Palazzo M. Transforming Financial Systems: The Role of Time Banking in Promoting Community Collaboration and Equitable Wealth Distribution. FinTech 2024, 3, 407–423. https://doi.org/10.3390/fintech3030022.

403 Wikipedia. Bank czasu. https://pl.wikipedia.org/wiki/Bank_czasu.

404 Lee C, Burgess G, Kuhn I, et al. Community exchange and time currencies: a systematic and in-depth thematic review of impact on public health outcomes. Public Health. 2020;180:117–128. doi: 10.1016/j.puhe.2019.11.011.

405 Michalski M. Timebanking. A currency for stronger communities and social change. Scientific Papers of Silesian University of technology. Organization and Management Series 2024; 205: 337–348. https://managementpapers.polsl.pl/wp-content/uploads/2024/11/205-Michalski.pdf.

406 Azizan NS, Chin CC, Chan CM, et al. Willingness, Motivators and Barriers to Time Bank Participation: A Scoping Review. medRxiv 2025.03.30.25324913; doi: https://doi.org/10.1101/2025.03.30.25324913.

407 Gulczyńska A. Horticultural therapy and gardening – comparison of dimensions. Studia Edukacyjne 2017; 46: 347–356. https://doi.org/10.14746/se.2017.46.22.

408 British Psychological Society. Social and therapeutic horticulture. https://explore.bps.org.uk/content/report-guideline/bpsrep.2014.rep101c/chapter/bpsrep.2014.rep101c.36.

409 Soga M, Gaston KJ, Yamaura Y. Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. Prev Med Rep. 2016 Nov 14;5:92–99. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.11.007.

410 Wojcieszek-Zbierska M. Rola ogrodów społecznych w kształtowaniu relacji społecznych. Turystyka i Rozwój Regionalny 2024; 22: 143–155. https://doi.org/10.22630/TIRR.2024.22.25.

411 Grotowska E, Ruman H. Ogrody społeczne. Bank dobrych praktyk. Wrocławska Rewitalizacja Sp. z o.o. 2019. https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/95443/9_wr_ogrodyspolecznee-book-1.pdf.

412 Hume C, Grieger JA, Kalamkarian A, et al. Community gardens and their effects on diet, health, psychosocial and community outcomes: a systematic review. BMC Public Health 2022; 22, 1247. https://doi.org/10.1186/s12889–022–13591–1.

413 Haller RL, Carpa CL. Horticultural therapy methods. 3rd ed. Boca Raton. CRC Press. 2025.

414 Lee YW, Chen, TT, Hsu CW, et al. Efficacy of Horticultural Therapy on Positive, Negative, and Affective Symptoms in Individuals with Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. Healthcare 2024; 12, 2104. https://doi.org/10.3390/healthcare12212104.

415 Wood CJ, Barton J, Wicks CL. Effectiveness of social and therapeutic horticulture for reducing symptoms of depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychiatry 2025; 15:1507354. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1507354.

416 Shan S, Jianjiao L, Meijing X, et al. Horticultural therapy for stress reduction: A systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology 2023; 14: 1086121. DOI=10.3389/fpsyg.2023.1086121.

417 Kamioka H, Tsutani K, Yamada M, et al. Effectiveness of horticultural therapy: a systematic review of randomized controlled trials. Complement Ther Med. 2014;22(5):930–43. doi: 10.1016/j.ctim.2014.08.009.

418 Giang TA, Cheng JY, Kwok HYF, et al. Effectiveness of Horticultural Therapy in Older Adults without Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc. 2024;25(12):105296. doi: 10.1016/j.jamda.2024.105296.

419 Johandi F, Giang TA, Cheng LJ, et al. Effectiveness of horticultural therapy on the psychosocial and physical function of older adults with normal cognitive function., Age and Ageing 2024; 53: 2197, https://doi.org/10.1093/ageing/afae139.086.

420 Hamal S. Effect of Horticultural Therapy: A Comprehensive Review. Journal of Horticulture 2025; 12: 373. https://www.longdom.org/open-access/effect-of--horticultural-therapy-a-comprehensive-review-1102546.html.

421 Suchocka M, Kosiacka-Beck E, Myszka I, et al. Horticultural therapy as a tool of healing persons with disability on an example of Support Centre in Kownaty. Ecological Questions 2019; 30(2):7–18. DOI 10.12775/EQ.2019.013.

422 NHS England. Green social prescribing. https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/social-prescribing/green-social-prescribing/.

423 Wood, CJ, Morton, G., Rossiter, K. et al. A qualitative study of the barriers to commissioning social and therapeutic horticulture in mental health care. BMC Public Health 2024; 24(1): 1197. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18621-8.

424 Costa L, Costa A, Papartyte L. Social prescribing as a community health--promoting tool: lessons from a country exchange visit. European Journal of Public Health 2023; 33(Suppl 2):ckad160.1645. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1645.

425 Mulligan K, Card KG, Allison S. Social prescribing in Canada: health promotion in action, 50 years after the Lalonde report. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2024;44(6):241–3. https://doi.org/10.24095/hpcdp.44.6.01.

426 Guss R, Middleton J, Slade L, et al. (eds.). A guide to psychosocial interventions in early stages of dementia 2nd ed. British Psychological Society 2022. DOI: https://doi.org/10.53841/bpsrep.2014.rep101c.

427 Europejska Federacja Banków Etycznych i Alternatywnych. Atlas dobrych praktyk inkluzji społecznej i zawodowej. Warszawa 2011. https://fise.org.pl/wp-content/uploads/2018/09/Atlas-Dobrych-Praktyk.pdf.

428 von Schönfeld KC, Tan W. Endurance and implementation in small-scale bottom--up initiatives: How social learning contributes to turning points and critical junctures, Cities 2021; 117:103280. https://doi.org/10.1016/j.cities.2021.103280.

429 Gordon R. An operational classification of disease prevention. Public Health Reports 1983; 98(2): 107–109. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/?page=1.

430 Institute of Medicine (US) Committee on Prevention of Mental Disorders. Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research. Washington (DC), National Academies Press (US); 1994: 19–26. DOI: 10.17226/2139. https://nap.nationalacademies.org/read/2139/chapter/3.

431 National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth, and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions; O'Connell ME, Boat T, Warner KE, editors. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. Washington (DC): National Academies Press (US); 2009. 3, Defining the Scope of Prevention. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32789/.

432 Carbone S. Evidence review: the primary prevention of mental health conditions. For policymakers, researchers and health promotion practicioners. VicHealth 2020. https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/Evidence-review--prevention-of-mental-health-conditions-August-2020.pdf.

433 Carbone S. Evidence review: the primary prevention of mental health conditions. For policymakers, researchers and health promotion practitioners. VicHealth 2020. https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/Evidence-review-prevention-of-mental-health-conditions-August-2020.pdf.

434 Latimore AD, Salisbury-Afshar E, Duff N, et al. Primary, Secondary, and Tertiary Prevention of Substance Use Disorders through Socioecological Strategies. NAM Perspect. 2023;10.31478/202309b. doi: 10.31478/202309b.

435 Toumbourou J, Hartman D, Field K, et al. Strengthening prevention and early intervention services for families into the future. Deakin University and FRSA 2017: 7. https://frsa.org.au/wp-content/uploads/2016/05/FRSA-Research-Report-Printable.pdf.

436 Early Intervention Foundation. What is early intervention? https://www.eif.org.uk/why-it-matters/what-is-early-intervention.

437 Powell T, Gheera M. Early intervention: a background paper. House of Commons Library, August 2021. https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-9292/CBP-9292.pdf.

438 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Incorporating Harm Reduction Into Alcohol Use Disorder Treatment and Recovery. September 7, 2023. https://www.niaaa.nih.gov/news-events/spectrum/volume-15-issue-3-fall-2023/incorporating-harm-reduction-alcohol-use-disorder-treatment-and-recovery.

439 Perrin S, Fillol A, Moriceau S, et al. Exploring and describing alcohol harm reduction interventions: a scoping review of literature from the past decade in the western world. Harm Reduct J. 2024; 21, 207. https://doi.org/10.1186/s12954-024-01105-8.

440 Beaglehole R, Bonita R. Harnessing tobacco harm reduction. The Lancet 2024; 403(10426): 512–514. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00140-5.

441 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Harm reduction framework. SAMHSA 2021. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/harm-reduction-framework.pdf.

442 Gallagher CA, Keehner JR, Hervé-Claude LP, et al. Health promotion and harm reduction attributes in One Health literature: A scoping review. One Health. 2021 Jul 9;13:100284. doi: 10.1016/j.onehlt.2021.100284.

443 Faculty of Public Health. Mental Health Foundation. Better Mental Health For All. A public health approach to mental health improvement. 2016. https://www.fph.org.uk/media/1644/better-mental-health-for-all-final-low-res.pdf.

444 Australian Government. Prevention, compassion, care. National mental health and suicide prevention plan, 2021. https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/05/the-australian-government-s-national-mental-health-and-suicide-prevention-plan-national-mental-health-and-suicide-prevention-plan.pdf.

445 WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.2022. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/391be29a-080a-4caf-8832-6c0cd3c8b165/content.

446 Australian Government. National mental health workforce strategy 2022–2032. https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-10/national-mental-health-workforce-strategy-2022-2032.pdf.

447 PanAmerican Health Organization. Policy for improving mental health. 2023. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57237/OPASNMHMH230002_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

448 McDaid D, Hewlett E, Parka-L. Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness. OECD Health Working Papers No 97, October 2017. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2017/10/understanding-effective-approaches-to-promoting-mental-health-and-preventing-mental-illness_66b117a6/bc364fb2-en.pdf.

449 Organization for Economic Co-operation and Development. Mental health promotion and prevention. Best practices in public health. Paris, OECD, 2025. https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/10/mental-health-promotion-and-prevention_a9090c86/88bbe914-en.pdf.

450 World Health Organization. Guidance on mental health policy and strategic action plans. Geneva, WHO, 2025. https://www.who.int/publications/i/item/9789240106796.

451 WHO Regional Office for Europe. Youth engaged for mental health: A framework for youth participation under the WHO pan-European mental health coalition. Copenhagen, WHO, 2023. https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/euro-health-topics/child-and-adolescent-health/youth-engaged-for-mental-health-eng.pdf?sfvrsn=938e0658_4&download=true.

452 WHO Regional Office for Europe. Transforming mental health through lived experience Roadmap for integrating lived and living experience practitioners into policy, services and community. Copenhagen, WHO, 2025. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/cf631365-4efc-423c-82e4-d397d21d36e2/content.

453 Kobau R, Seligman ME, Peterson C, et al. Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. Am J Public Health. 2011;101(8):e1–9. doi: 10.2105/AJPH.2010.300083.

454 Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, De Micheli A, et al. What is good mental health? A scoping review. Eur Neuropsychopharmacol. 2020; 31:33–46. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.12.105.

455 Varga S, Andersen MM, Anke Bueter A, et al. Mental health promotion and the positive concept of health: Navigating dilemmas. Studies in History and Philosophy of Science 2024; 105: 32–40. https://doi.org/10.1016/j.shpsa.2024.03.002.

456 Suicide Prevention Resource Center. Plan the evaluation. https://sprc.org/effective-prevention/strategic-planning/step-5-plan-the-evaluation/.

457 Hogan R. The Historical Development of Program Evaluation: Exploring Past and Present. Online Journal for Workforce Education and Development 2007, II (4): 1–14. https://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1056&context=ojwed.

458 Crichton M. History of evaluation. https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-assets/110807_book_item_110807.pdf.

459 Organization for Economic Co-operation and Development. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management for Sustainable Development 2nd edition. 2023. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/632da462-en-fr-es.pdf?expires=1730761347&id=id&accname=guest&checksum=D09B3843E9BFFD7B2C58C274354551AC.

460 Chen HT, Morosanu L, Chen VH. Program Plan Evaluation: A Participatory Approach to Bridge Plan Evaluation and Program Evaluation. American Journal of Evaluation 2024; 45(4), 551–561. https://doi.org/10.1177/10982140241231906.

461 Kuş M. Evolution of Program Evaluation: A Historical Analysis of Leading Theorists' Views and Influences. Education Quarterly Reviews, 2025; 8(1), 142–155. http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.5144594.

462 Wolfheim C, Fontaine O, Merson M. Evolution of the World Health Organization's programmatic actions to control diarrheal diseases. J Glob Health. 2019;9(2):020802. doi: 10.7189/jogh.09.020802.

463 Cameron MH, Vulcan AP, Finch CF, et al. Mandatory bicycle helmet use following a decade of helmet promotion in Victoria, Australia--an evaluation. Accid Anal Prev. 1994;26(3):325–37. doi: 10.1016/0001–4575(94)90006-x.

464 WHO Regional Office for Europe. Health promotion evaluation: recommendations to policy makers. Copenhagen, WJO, 1998. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108116/;jsessionid=FEFB0F0FA170B5BEDEA879FA4C7647FE?sequence=1.

465 Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, et al. (eds.) Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. Copenhagen, World Health Organization, 2001. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272659/9789289013598-eng.pdf?sequence=5.

466 Framework for program evaluation in public health. MMWR Recomm Rep. 1999;48(RR-11):1–40. https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr4811.pdf.

467 Kidder DP, Fierro LA, Luna E et al. CDC Program Evaluation Framework, 2024. MMWR Recomm Rep 2024;73(nr RR-6):1–37. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1.

468 Murphy HBM. Methods of evaluating community mental health programs. Canadian Psychiatric Association Journal 1971; 16(6): 525–532. doi: 10.1177/070674377101600608.

469 Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand. 1989; 79(1):19–26. doi: 10.1111/j.1600–0447.1989.tb09229.x.

470 Institute of Medicine (US) Committee to Identify Research Opportunities in the Prevention and Treatment of Alcohol-Related Problems. Prevention and Treatment of Alcohol Problems: Research Opportunities. Washington (DC), National Academies Press (US); 1990. 7, The Social and Historical Context of Alcohol Treatment Research. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235303/.

471 National Research Council (US) Committee on Substance Abuse Prevention Research; Gerstein DR, Green LW, editors. Preventing Drug Abuse: What do we know? Washington (DC), National Academies Press (US); 1993. 3, Evaluating Prevention Program Effects. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK234587/.

472 Hawkins JD., Nederhood B. Handbook for evaluating drug and alcohol prevention programs. U.S. Department of Health and Human Services. Rockville, Maryland, 1987. https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED293053.pdf.

473 Hawkins JD. Nederhood B. Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1994.

474 Lahtinen E, Lehtinen V, Riikonen E, et al. (eds.). Framework for Promoting Mental Health in Europe. Hamina, National Research and Development Center for Welfare and Health, Ministery of Social Affairs and Health, 1999. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf.

475 World Health Organization. Prevention and promotion in mental health. WHO, Geneva, 2002. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42539/9241562161.pdf.

476 Antosz P, Drożdżak Z, Felcis W. Kultura ewaluacyjna w Polsce. Zarządzanie Publiczne, 2012; 18(2): 9–19 https://doi.org/10.4467/20843968ZP.12.007.0531.

477 Jaskuła S. Społeczne zharmonizowanie ewaluacji. Seminare. Poszukiwania Naukowe 2022; 39(3), 129–138. https://doi.org/10.21852/sem.2018.3.10.

478 Victorian Government Department of Human Services. Measuring health promotion impacts: A guide to impact evaluation in integrated health promotion. Melbourne, Victoria 2003. https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/measuring_hp_impacts.pdf.

479 Victorian Government Department of Health. Evaluation framework for health promotion and disease prevention programs. Prevention and Population Health Branch, Melbourne, Victoria, 2010. https://content.health.vic.gov.au/sites/default/files/migrated/files/collections/policies-and-guidelines/e/evaluation-framework-for-health-promotion---pdf.pdf.

480 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Snelling S, Meserve A. Evaluating health promotion programs: introductory workbook. Toronto, ON, 2016. https://www.coursehero.com/file/82082608/Evaluating-Health-Promotion-Programs-Introductory-Workbookpdf/.

481 Ministerio de Sanidad. Deliverable 3: Evaluation framework report for health promotion interventions implemented at municipal level.

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/EvaluationFrameworkHealthPromotion2021_D3.pdf.

482 U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. https://www.wcasa.org/wp-content/uploads/2020/03/Evaluation_Introduction-to-Program-Evaluation-for-Public-Health-Programs_A--Self-Study-Guide-CDC.pdf.

483 Harris MJ. Evaluating Public and community health programs. San Francisco, Jossey-Bass, 2010.

484 McKenzie JF, Pinger RR, Seabert DM. An introduction to community and public health. 9th ed. Jones & Bartlett Learning, Burlington 2018.

485 McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. Planning, implementing, and evaluating health promotion programs. 8th ed. Jones & Barrlett Learning, Burlington; 2023.

486 Hawkins JD, Nederehood B. Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych. Warszawa, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Polskie Towarzystwo Psychologiczne, 1994.

487 Olejniczak K. Wprowadzenie do zagadnień ewaluacji. [w:] Olejniczak K, Kozak M, Lendzion B. (red.) Ewaluacja interwencji publicznych. Podręcznik akademicki. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008.

488 Bartosiewicz-Niziołek M. Ewaluacja programów profilaktycznych realizowanych na terenie dzielnicy Praga-Południe – raport końcowy. Warszawa; grudzień 2011. http://docplayer.pl/9856414-Ewaluacja-programow-profilaktycznych--realizowanych-na-terenie-dzielnicy-praga-poludnie.html.

489 Bienias S, Strzęboszewki P, Opałka E. (red.) Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012: 24. https://www.ewaluacja.gov.pl/media/11102/poradnik_ewaluacji.pdf.

490 Latkowska J. Ewaluacja krok po kroku. Podręcznik ewaluacji wewnętrznej programów profilaktycznych. Fundacja Praesterno 2014. http://www.profnet.org.pl/baza-wiedzy/podrecznik-ewaluacji-programow/.

491 Bartosiewicz-Niziołek M, Nałęcz S, Penza-Gabler Z, Pintera E. Narzędziownik ewaluacyjny. Warszawa, Projekt Youth Impact 2020. https://frdl.org.pl/static/upload/store/frdl/PODRECZNIKI/Narzedziownik_ewaluacyjny.pdf.

492 Ostrowski Ł. Wiśnicka M, Onyszkiewicz M, Pierścińska A. Ewalaucja. Jak to się robi. Poradnik dla programów polsko-amerykańskiej fundacji wolności i innych programów społecznych. Fundacja Stocznia 2022. https://stocznia.org.pl/wp-content/uploads/2013/02/ewaluacja222www2.pdf.77.

493 Bienias S, Kupiec T, Strzęboszewski P. (red.) Poradnik ewaluacji dla administracji publicznej. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Warszawa 20.03.2024. https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/o-ewaluacji/poradnik-ewaluacji/.

494 Programy rekomendowane. https://programyrekomendowane.pl/profilaktyka/ewaluacja/.

495 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2016 r. w sprawie rocznej informacji o zrealizowanych lub podjętych zadaniach z zakresu zdrowia publicznego. Dz.U. 2016 poz. 2216.

496 Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom. Rekomendacje do realizowania i finansowania gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii w 2024 roku. Warszawa 2023. https://kcpu.gov.pl/publikacja/rekomendacje-do-realizowania-i--finansowania-gminnych-programow-profilaktyki-i-rozwiazywania--problemow-alkoholowych-oraz-przeciwdzialania-narkomanii-w-2024-roku/#tresc.

497 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Praktyczne wskazówki dotyczące planowania, wdrażania oraz realizacji programów polityki zdrowotnej. Wersja 1.1. Warszawa, AOTMiT, 2016. https://www.aotm.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/Instrukcja_PPZ.pdf.

498 Abramowicz J, Gołoś A, Grabowska I i wsp. Podręcznik monitoringu i ewaluacji lokalnych strategii rozwoju. Warszawa: Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi, 2017. https://docplayer.pl/107189592-Podrecznik-monitoringu-i-ewaluacji--lokalnych-strategii-rozwoju.html.

499 Minister Inwestycji i Rozwoju. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014–2020. Warszawa; 2019. https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/75502/Wytyczne_zdrowie_zatwierdzone.pdf.

500 Minister Funduszy i Polityki Regionalnej. Wytyczne dotyczące monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021–2027, Warszawa, 12 października 2022 r. https://www.funduszeeuropejskie.gov.pl/media/111528/Wytyczne_monitorowanie_pdf.pdf.

501 Główny Urząd Statystyczny. Informacje o badaniach zgodnie z PBSSP na rok 2024. 1.29 Zdrowie i ochrona zdrowia. https://form.stat.gov.pl/formaty/badanie.php?rok-pbssp=2024&bid=114.

502 Owen JM. Evaluation culture: A definition and analysis of its development within organisations. Evaluation Journal of Australasia 2003; 3(1), 43–47. https://doi.org/10.1177/1035719X0300300107.

503 El-Murr. Building a positive evaluation culture. Australian Government. Australian Institute of Family Studies. 2021. https://aifs.gov.au/sites/default/files/publication-documents/2102_building_a_positive_evaluation_culture_0.pdf.

504 Mayne J. Building an Evaluative Culture for Effective Evaluation and Results Management. ILAC Working Paper 8, 2008. Rome, Institutional Learning and Change Initiative. https://www.focusintl.com/RBM107-ILAC_WorkingPaper_No8_EvaluativeCulture_Mayne.pdf.

505 World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Mental Health Policies and Service Guidance Package Geneva, WHO, 2007. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08c0540f0b6497400f40/WHO-monitoring.pdf.

506 Kidder DP, Fierro LA, Luna E, et al. CDC Program Evaluation Framework, 2024. MMWR Recomm Rep 2024; 73(RR-6):1–37. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1.

507 Harris MJ. Evaluating public and community health programs. 4th ed. Jossey-Bass, San Francisco 2010.

508 U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2011. https://www.wcasa.org/wp-content/uploads/2020/03/Evaluation_Introduction-to-Program-Evaluation-for-Public-Health-Programs_A-Self-Study--Guide-CDC.pdf.

509 CDC's Program Evaluation Framework Action Guide Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Program Evaluation Framework Action Guide. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2024. https://www.cdc.gov/evaluation/media/pdfs/2024/12/FINAL-Action-Guide-for-DFE-12182024_1.pdf.

510 Netting FE, O'Connor MK, Fauri DP. Comparative approaches to program planning. Hoboken, John Wiley & Sons 2008: 213–252. https://lib-pasca.unpak.ac.id/index.php?p=fstream-pdf&fid=3577&bid=15539.

511 Pacific Research Laboratories. What is iterative development and why should you use it. https://www.pacific-research.com/iterative-product-development/.

512 Intrac for civil society. Theory-based evaluation. https://www.intrac.org/wpcms/wp-content/uploads/2017/01/Theory-based-evaluation.pdf.

513 Community Research. What works. Logic models and theory of change. https://whatworks.org.nz/logic-model/.

514 Sharp S. Logic models vs theories of change. Center for Evaluation Research, 2021. https://cere.olemiss.edu/logic-models-vs-theories-of-change/.

515 NHS Midlands and Lancashire. Using Logic Models in Evaluation Briefing. July 2016. https://www.strategyunitwm.nhs.uk/sites/default/files/2017-09/Using%20Logic%20Models%20in%20Evaluation-%20Jul16.pdf.

516 Breuer E, Lee L, De Silva M, Lund C. Using theory of change to design and evaluate public health interventions: a systematic review. Implement Sci. 2016;11:63. doi: 10.1186/s13012-016-0422-6.

517 Centers for Disease Control and Prevention. CDC's Program Evaluation Framework Action Guide. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention; 2024. https://www.cdc.gov/evaluation/media/pdfs/2024/12/FINAL-Action-Guide-for-DFE-12182024_1.pdf.

518 U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Office of the Director, Office of Strategy and Innovation. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2005. https://www.wcasa.org/wp-content/uploads/2020/03/Evaluation_Introduction-to-Program-Evaluation-for-Public-Health-Programs_A-Self-Study-Guide-CDC.pdf.

519 Kidder DP, Fierro LA, Luna E, et al. CDC Program Evaluation Framework, 2024. MMWR Recomm Rep 2024; 73(RR-6):1–37. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1.

520 Eberhart NK, Cerully JL, Shearer AL, et al. Evaluation Approaches for Mental Health Prevention and Early Intervention Programs. Santa Monica, Calif, RAND Corporation, 2017. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1800/RR1882/RAND_RR1882.pdf.

521 Model logiczny. https://programyrekomendowane.pl/system-rekomendacji/logiczny-model-programu/.

522 Borucka A. Logiczny model programu profilaktycznego. Uzależnienia 2017; 1 (77): 20–24. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2022/11/serwis-informacyjny-uzaleznienia-2017-1-77.pdf.

523 Bienias S, Strzęboszewki P, Opałka E. (red.) Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012. https://www.ewaluacja.gov.pl/media/11102/poradnik_ewaluacji.pdf.

524 Bienias S, Kupiec T, Strzęboszewski P. (red.) Poradnik ewaluacji dla administracji publicznej. Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Warszawa 20.03.2024. https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/o-ewaluacji/poradnik-ewaluacji/.

525 Centers for Disease Control and Prevention. Types of Evaluation. https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2021/08/CDC_2017_Types-of-Evaluation.pdf.

526 Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, et al. SUPPORT tools for evidence-informed policymaking in health 18: Planning monitoring and evaluation of policies. Health Res Policy Syst. 2009; 7 Suppl 1(Suppl 1):S18. doi: 10.1186/1478-4505-7-S1-S18.

527 Stoto MA, Cosler LE. Evaluation of public health interventions. [w:] Novick LF, Morrow CB, Mays GP (eds.). Public health administration. Principles for population-based management. 2nd ed. Sadbury, Jones & Bartlett Publishers 2008, Chapter 18: 495–544. https://www.researchgate.net/publication/260386924_Evaluation_of_public_health_interventions.

528 Organization for Economic Co-operation and Development. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based Management for Sustainable Development 2nd edition. 2023. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/632da462-en-fr-es.pdf?expires=1730761347&id=id&accname=guest&checksum=D09B3843E9BFFD7B2C58C274354551AC.

529 Wright J, Cave B. Assessing health needs. [w:] Guest C, Riccardi W, Kawachi I, et al. Oxford handbook of public health practice 3rd ed. Oxford, Oxford University Press, 2013: 38–49. https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/miscellaneous/oxford-handbook-of-public-health-practice-3rd-ed.pdf.

530 World Health Organization. Health impact assessment (HIA) methods. https://www.who.int/tools/health-impact-assessments.

531 National Institute of Health Research. Health inequalities assessment toolkit. HIAT Version 3. 2017. https://arc-nwc.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2020/10/Slide-14-a-HIAT-long-version.pdf.

532 Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. Ocena wpływu w rządowym procesie legislacyjnym. https://www.gov.pl/web/premier/ocena-wplywu-w-rzadowym-procesie-legislacyjnym.

533 Osiecka-Chojnacka J. System oceny skutków regulacji w Polsce. Infos 2008; 2(26). https://orka.sejm.gov.pl/WydBAS.nsf/0/758423231C633D80C12573DF0045CB76/$file/infos_026.pdf.

534 Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Opinie o PPZ. https://www.aotm.gov.pl/polityka-zdrowotna/opinie-o-ppz/.

535 Borucka, A., Kehl, B. (2021). Ewaluacja programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego adresowanych do dzieci i młodzieży – wybrane zagadnienia. Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 20(3), 37–52. https://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/viewFile/808/657.

536 Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly report 1999; 48(RR-11): 1–40. https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4811.pdf.

537 Kidder DP, Fierro LA, Luna E, et al. CDC Program Evaluation Framework, 2024. MMWR Recomm Rep 2024; 73(RR-6):1–37. DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7306a1.

538 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Snelling S, Meserve A. Evaluating health promotion programs: introductory workbook. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2016. https://www.coursehero.com/file/82082608/Evaluating-Health-Promotion-Programs-Introductory-Workbookpdf/.

539 Ministerio de Sanidad. Deliverable 3: Evaluation framework report for health promotion interventions implemented at municipal level. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/docs/EvaluationFrameworkHealthPromotion2021_D3.pdf.

540 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. IFRC framework for evaluation. IFRC Secretariat February 2011. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-09/IFRC-Framework-for-Evaluation.pdf.

541 International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. IFRC framework for evaluation 2024. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2024-06/IFRC%20Framework%20for%20Evaluations%202024.pdf.

542 Sanders JR. The Program Evaluation Standards: How to Assess Evaluations of Educational Programs. 2nd ed. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, SAGE Thousand Oaks 1994. https://books.google.pl/books?id=7IgxKmrcvNwC&pg=PR3&hl=pl&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false.

543 The Office of Management and Budget. Memorandum for heads of executive departments and agencies. https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2020/03/M-20-12.pdf.

544 Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne. Standardy ewaluacji. Warszawa 2008. https://pte.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/Standardy_ewaluacji_PTE.pdf.

545 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Snelling S, Meserve A. Evaluating health promotion programs: introductory workbook. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario; 2016. https://www.coursehero.com/file/82082608/Evaluating-Health-Promotion-Programs-Introductory-Workbookpdf/

546 Social Innovation Fund. Evaluation budgeting quick guide. https://www.memphis.edu/crep/pdfs/resources/sif_evaluation_budgeting_quick_guide.pdf.

547 National Assembly on School-Based Health Care. Mental Health Planning and Evaluation Template (MHPET). http://ww2.nasbhc.org/roadmap/CareManagement/Measuring%20Outcomes/Mental%20Health%20

Planning%20and%20Evaluation%20Template%20Paper%20Tool%20NASBHC.pdf.

548 Centre for Health Promotion, University of Toronto. Introduction to Health Promotion Program Planning Version 3.0, April 2001. http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/introduction-to-health-promotion-program-planning.pdf.

549 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning health promotion programs: introductory workbook. 5th ed. Toronto, ON: 2018. https://lmaloles.vccdigitalmedia.ca/phpkit/wp-content/uploads/2024/11/Planning-Health-Promotion-Programs-Introductory--Workbook.pdf.

550 Cavanagh S, Chadwick. Health needs assessment. A practical guide. Health Development Agency. National Institute for Health and Clinical Excellence 2005. https://ihub.scot/media/1841/health_needs_assessment_a_practical_guide.pdf.

551 Oxfordshire County Council. Mental wellbeing needs assessment. 2021. https://insight.oxfordshire.gov.uk/cms/system/files/documents/MWBNA_Oxon_Dec21_forweb.pdf.
Public Health England. Meeting the need. What makes a'good joint strategic needs assessment for mental health or dementia'. Centre for Mental Health, 2021. https://www.centreformentalhealth.org.uk/wp-content/uploads/2018/09/Centre_for_Mental_Health_Meeting_the_Need_JSNA.pdf.

552 North Western Melbourne. Mental health. Health needs assessment. 2024. https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2024/06/NWMPHN-MH-HNA--FINAL.pdf.

553 Harries B, Barker M, Markwell G, et al. Wandsworth mental health needs assessment. Wandsworth Borough Council. 2022. https://www.wandsworth.gov.uk/media/12915/mental_health_needs_assessment.pdf.

554 Mental health. Health needs assessment. North Western Melbourne Primary Health Network. 2024. https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2024/06/NWMPHN-MH-HNA-FINAL.pdf.

555 Mental health. Health needs assessment. Suplementary file. North Western Melbourne Primary Health Network. 2024.https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2024/06/NWMPHN-MH-HNA_SupplementaryFile_FINAL.pdf.

556 American Hospital Association. Prioritize Community Health Needs and Assets. https://www.healthycommunities.org/resources/toolkit/files/step5-select-priority.

557 National Association of County & City Health Officoals. Guide to prioritization Techniques. https://www.naccho.org/uploads/downloadable-resources/Gudie-to-Prioritization-Techniques.pdf.

558 Thesenvitz J, Hershfield L, MacDonald R. Priority Setting Process Checklist (PSPC). Public Health Ontario, September 2011. https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/P/2014/priority-setting-process.pdf.

559 World Health Organization. WASH and Health working together: a'how-to' guide for neglected tropical disease programmes. Geneva, WHO, 2018: 165–172. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279913/9789241515009-eng.pdf?sequence=1.

560 Centers for Disease Control and Prevention. Developing Program Goals and Measurable Objectives. https://www.texashumanities.org/wp-content/uploads/sites/108/2021/04/Developing-Program-Goals-and-Objectives.pdf.

561 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Planning health promotion programs: introductory workbook. 4th ed. Toronto, ON, 2018. https://www.publichealthontario.ca/en/Health-Topics/Public-Health-Practice/Program-Planning-Evaluation/Planning-Programs.

562 Centers of Disease Control and Prevention. Whole school, whole community, whole child (WSCC). https://www.cdc.gov/whole-school-community-child/about/index.html.

563 Minnesota Department of Health. Objectives and goals: Writing meaningful goals and SMART objectives. https://www.health.state.mn.us/communities/practice/resources/phqitoolbox/objectives.html.

564 VicHealth. Planning, monitoring and evaluating mental health promotion. Melbourne 2005. https://www.vichealth.vic.gov.au/sites/default/files/Mental_Health_Mapping_Tool.pdf.

565 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Settting goals and developing specific, measurable, achievable, relevant and time-bound objectives. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/nc-smart-goals-fact-sheet.pdf.

566 Population health for nurses. 18.3. Developing Program Goals and Measurable Objectives to Demonstrate Outcomes. https://openstax.org/books/population-health/pages/18-3-developing-program-goals-and-measurable--objectives-to-demonstrate-outcomes.

567 Harris MJ. Evaluating public and community health programs. 4th ed. Jossey--Bass, San Francisco 2010: 206.

568 Hoffmann K, Gajda D. Wskaźniki pomiaru efektywności pracy zespołowej. Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach 2015; 230: 146–164.

569 Mazur J. Mierniki zdrowia. [w:] Woynarowska B. (red). Edukacja zdrowotna. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN SA, 2017: 33-36.

570 Leviton LC, Khan LK, Rog D, et al. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. Annu Rev Public Health. 2010;31:213-33. doi: 10.1146/annurev.publhealth.012809.103625.

571 Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Snelling S, Meserve A. Evaluating health promotion programs: introductory workbook. Toronto, ON, 2016. https://www.coursehero.com/file/82082608/ Evaluating-Health-Promotion-Programs-Introductory-Workbookpdf/.

572 Ostrowski Ł. Ewaluacja partycypacyjna w praktyce. Podsumowanie dyskusji w ramach EVALCacefe. Polskie Towarzystwo Ewaluacyjne, Warszawa, 2023. https://pte.org.pl/wp-content/uploads/2024/02/ L.Ostrowski_ewaluacja-partycypacyjna.pdf.

573 Ford TN, Ibe-Lamberts K, Edmond S, et al. Challenges and Opportunities for Participatory Evaluation of Local Public Health Efforts to Address Structural Racism and Advance Health. Journal of Participatory Research Methods 2024; 5 (2). https://doi.org/10.35844/001c.118717.

574 Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly report 1999; 48(RR-11): 1-40. https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/ rr4811.pdf.

575 Attygalle L. How to increase the authenticity of community engagement and eradicate tokenistic community engagement through the meaningful involvement of context experts. Tamarack Institute 2017. https://www.tamarackcommunity.ca/hubfs/Resources/Publications/ The-Context-Experts.pdf?hsLang=en-us.

576 Vargas C, Whelan J, Brimblecombe J, Allender S. Co-creation, co-design, co-production for public health – a perspective on definition and distinctions. Public Health Res Pract. 2022;32(2):3222211. doi: 10.17061/phrp3222211.

577 Mental Health Europe. Toolkit: Co-Creating in Mental Health. December 2022. https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2023/05/ MHE-Co-Creation-Toolkit-FINAL.pdf.

578 El-Murr A. Building a positive evaluation culture. Australian Government. Australian Institute of Family Studies. 2021. https://aifs.gov.au/sites/default/ files/publication-documents/2102_building_a_positive_evaluation_culture_0.pdf.

579 Piasecka M, Kusztal J, Szwejka Ł i wsp. Ewaluacja programów profilaktyki uzależnień behawioralnych. Metodyka ewaluacji procesu. Kraków, Impuls 2023. https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/01/ Ewaluacja-profilaktyki_Impuls.pdf.

580 World Health Organization. Health program evaluation. Guiding principles for its application in the managerial process for national health development. Geneva, WHO, 1981: 32. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/40674/9241800062.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

581 Akrami F, Zali A, Abbasi M, et al. An ethical framework for evaluation of public health plans: a systematic process for legitimate and fair decision-making. Public Health. 2018;164:30–38. doi: 10.1016/j.puhe.2018.07.018.

582 Bienias S, Kupiec T, Strzęboszewski P. (red.) Poradnik ewaluacji dla administracji publicznej. Warszawa, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, 2024. https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/o-ewaluacji/poradnik-ewaluacji/.

583 US AID. Module 5. Defining evaluation questions. https://usaidlearninglab.org/system/files/resource/files/27-mod5_definingevaluationquestions.pdf.

584 Wanzer DL. What Is Evaluation?: Perspectives of How Evaluation Differs (or Not) From Research. American Journal of Evaluation 2021; 42(1): 28–46. https://www.researchgate.net/publication/344886922_What_Is_Evaluation_Perspectives_of_How_Evaluation_Differs_or_Not_From_Research.

585 Yvette Fautsch-Macías Y, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related knowledge, attitudes and practices. KAP manual. Rome, Food and Agriculture Organization of the United Nations, 2014. https://www.fao.org/4/i3545e/i3545e.pdf.

586 Andrade C, Menon V, Ameen S, et al. Designing and Conducting Knowledge, Attitude, and Practice Surveys in Psychiatry: Practical Guidance. Indian J Psychol Med. 2020 Aug 27;42(5):478–481. doi: 10.1177/0253717620946111.

587 Phillips SP, Vafaei A, Yu S, et al. Systematic review of methods used to study the intersecting impact of sex and social locations on health outcomes. SSM Popul Health. 2020 Dec 1;12:100705. doi: 10.1016/j.ssmph.2020.100705.

588 Motley DN, Victorian J, Denis K, et al. Applying an intersectionality framework to health services research. Families, Systems, & Health, 2023; 41(4), 417–424. https://doi.org/10.1037/fsh0000859.

589 Bartosiewicz-Niziołek M, Nałęcz S, Penza-Gabler Z i wsp. Narzędziownik ewaluacyjny. Projekt Youth Impact, Warszawa 2020. https://pte.org.pl/wp-content/uploads/2022/03/PL_EMPLOYMENT_TOOLKIT.pdf.

590 Michel J, Schneider K. Demystifying impact evaluation: an impact evaluation framework. Front Epidemiol. 2025 Mar 18;5:1460997. doi: 10.3389/fepid.2025.1460997.

591 Carter SM, Rychetnik L, Lloyd B, Kerridge IH, Baur L, Bauman A, Hooker C, Zask A. Evidence, ethics, and values: a framework for health promotion. Am J Public Health. 2011;101(3):465–72. doi: 10.2105/AJPH.2010.195545.

592 Liu C. Ethics in health promotion and its evaluation. https://www.aes.asn.au/images/images-old/stories/files/conferences/1999/Liu%20Chaoying%20LS.pdf.

593 Basu S, Meghani A, Siddiqi A. Evaluating the Health Impact of Large-Scale Public Policy Changes: Classical and Novel Approaches. Annu Rev Public Health. 2017;38:351–370. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044208.

594 Cianciara D, Grudziąż-Sękowska J, Lewtak K. Propozycja kryteriów oceny formalnej strony polityki zdrowotnej. Hygeia Public Health 2017, 52(4): 352–359. http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2017/hyg-2017-4-352.pdf.

595 Kaczmarek, K., Romaniuk, P. The use of evaluation methods for the overall assessment of health policy: potential and limitations. Cost Eff Resour Alloc 2020;18, 43. https://doi.org/10.1186/s12962-020-00238-4.

596 Governement of Ireland. Frameworks for Policy planning and evaluation. Minister for Children, Equality, Disability, Integration and Youth, 2021 Frameworks for Policy Planning and Evaluation. https://assets.gov.ie/static/documents/frameworks-for-policy-planning-and-evaluation-may-2021.pdf.

597 Schuler MS, Stuart EA, Griffin BA, et al. How much can you trust the results of this health policy evaluation: A pragmatic guide for state policymakers. Johns Hopkins Bloomberg School of Public health. March 2023. https://americanhealth.jhu.edu/sites/default/files/PolicyEvaluationBasics-OPTIC-BAHI-Schuler-March2023.pdf.

598 Lawless A, Baum F, Delany-Crowe T, et al. Developing a Framework for a Program Theory-Based Approach to Evaluating Policy Processes and Outcomes: Health in All Policies in South Australia. Int J Health Policy Manag. 2018;7(6):510–521. doi: 10.15171/ijhpm.2017.121.

599 World Health Organization. Measuring and maximizing public support for health policies: Behavioural and Cultural Insights policy brief series. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a0b29d47-cc66-4982-8212-e146f7806862/content.

600 Whitsel LP, Honeycutt S, Radcliffe R, et al. Policy implementation and outcome evaluation: establishing a framework and expanding capacity for advocacy organizations to assess the impact of their work in public policy. Health Res Policy Syst. 2024;22(1):27. doi: 10.1186/s12961-024-01110-0.

601 Framework for program evaluation in public health. Morbidity and Mortality Weekly report 1999; 48(RR-11): 1-40. https://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4811.pdf.

602 National Center for Injury Prevention and Control. Step by step. Evaluation Violence and injury prevention policies. Brief 1: overview of policy evaluation.

https://mandeguidelines.iom.int/sites/g/files/tmzbdl2306/files/2023-03/Brief%201-a.pdf.

603 Kidder DP, Fierro LA, Luna E, et al. CDC Evaluation Framework Work Group; CDC Evaluation Framework Work Group Members. CDC Program Evaluation Framework, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024;73(6):1-37. doi: 10.15585/mmwr.rr7306a1.

604 Allen P, Pilar M, Walsh-Bailey C, et al. Quantitative measures of health policy implementation determinants and outcomes: a systematic review. Implementation Sci 2020;15, 47. https://doi.org/10.1186/s13012-020-01007-w.

605 Maarse H. Health policy analysis. An introduction. Chapter 7 – Health policy effects. Maastricht University Press, 2023. https://doi.org/10.26481/mup.2303.

606 Aliev AA, Tomaskova H, Winkler P, et al. Methods and tools to assess implementation of mental health policies and plans: A systematic review. Glob Ment Health (Camb). 2023;10:e12. doi: 10.1017/gmh.2023.3.

607 Pilar M, Jost E, Walsh-Bailey C, et al. Quantitative measures used in empirical evaluations of mental health policy implementation: A systematic review. Implement Res Pract. 2022; 3:26334895221141116. doi: 10.1177/26334895221141116.

608 Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej. Ewaluowanie polityki antynarkotykowej. Warszawa, 2017. https://programyrekomendowane.pl/biblioteka/ewaluowanie-polityki-antynarkotykowej-zlecanie-i-zarzadzanie--ewaluacjami-przewodnik-w-7-krokach/.

609 European Monitoring Centre for Drugs and Drug addiction. Evaluating drug policy: a seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations. 2017. https://www.euda.europa.eu/publications/manuals/evaluating-drug-policy_en.

610 Bienias S, Strzęboszewki P, Opałka E. (red.) Ewaluacja. Poradnik dla pracowników administracji publicznej. Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2012: 24. https://www.ewaluacja.gov.pl/media/11102/poradnik_ewaluacji.pdf.

611 Bienias S, Kupiec T, Strzęboszewski P. (red.) Poradnik ewaluacji dla administracji publicznej. Warszawa, Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej, 2024. https://www.ewaluacja.gov.pl/strony/o-ewaluacji/poradnik-ewaluacji/.

612 World Health Organization. Monitoring and evaluation of mental health policies and plans. Mental Health Policies and Service Guidance Package Geneva, WHO, 2007. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08c0540f0b6497400f40/WHO-monitoring.pdf.

613 Funk M, Freeman M. Framework and methodology for evaluating mental health policy and plans. Int J Health Plann Manage. 2011; 26(2):134–57. doi: 10.1002/hpm.1049.

614 European Centre for Health Policy. Main concepts and suggested approach. Gothenburg consensus paper. December, 1999. https://www.healthedpartners.org/ceu/hia/hia01/01_02_gothenburg_paper_on_hia_1999.pdf.

615 World Health Organization. Health impact assessment (HIA) methods. https://www.who.int/tools/health-impact-assessments.

616 Centers for Disease Control and Prevention. Health impact assessment. https://www.cdc.gov/healthy-places/php/health-planning-tools/health-impact-assessment.html.

617 HEAL Polska. Warszawa, 2017. https://healpolska.pl/wp-content/uploads/2023/02/2017_Ocena-Oddzialywania-na-Zdrowie.pdf.

618 World Health Organization. Guidance on policy and strategic actions to protect and promote mental health and well-being across government sectors. Geneva: WHO; 2025 (Mental health and well-being across government sectors). https://www.who.int/publications/i/item/9789240114388.

619 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, et al. Medical Research Council Guidance. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008;337:a1655. doi: 10.1136/bmj.a1655.

620 Skivington K, Matthews L, Simpson SA, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance. BMJ. 2021 Sep 30;374:n2061. doi: 10.1136/bmj.n2061.

621 Rathod L, Heine M, Boateng D, et al. Process Evaluations for the Scale-Up of Complex Interventions – a Scoping Review. International Journal of Integrated Care, 2024; 24(4): 6, 1–13. DOI: https://doi. org/10.5334/ijic.7600.