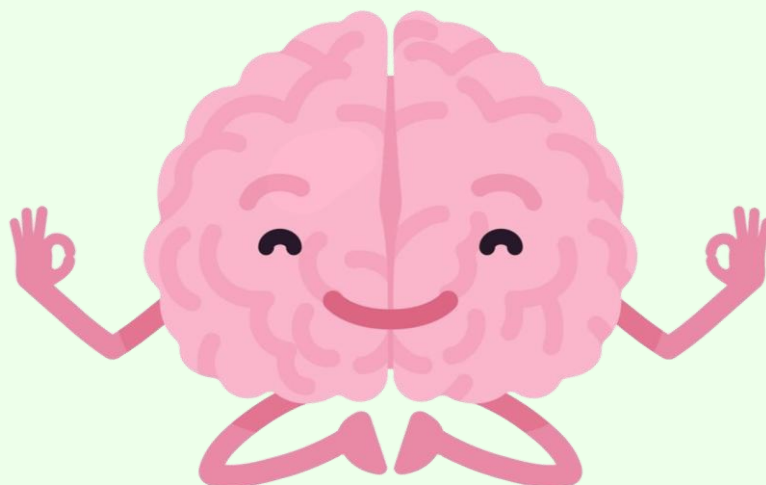




**Kodeks dobrych praktyk w zakresie
ochrony zdrowia psychicznego
doktorantek i doktorantów**



Przygotowanie wstępnej wersji kodeksu: dr Aleksandra Lewandowska

Korekta i ostateczna wersja kodeksu: r.pr. dr Barbara Pietrzyk-Tobiasz

Nadzór merytoryczny i koordynacja: mgr Wojciech Milczarski, mgr Monika Wilanowska

Opracowanie graficzne: mgr Joanna Paprzycka

Kodeks został zrealizowany w ramach projektu „*PhD Well – Zintegrowane działania na rzecz dobrostanu psychicznego i rozwoju środowiska doktoranckiego*” – zadanie finansowane ze środków Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Preambuła

Na podmiotach prowadzących kształcenie doktorantów (uczelniach, instytutach PAN i innych jednostkach) ciąży odpowiedzialność za tworzenie bezpiecznego, inkluzywnego i przewidywalnego środowiska pracy naukowej. Odpowiedzialność ta obejmuje nie tylko zapewnienie warunków do prowadzenia badań i kształcenia, ale również aktywną ochronę dobrostanu psychicznego osób przygotowujących rozprawy doktorskie. Aktualne dane z badań przeprowadzonych w ramach realizacji zadania publicznego pn. *PhDWell - Zintegrowane działania na rzecz dobrostanu psychicznego i rozwoju środowiska doktoranckiego* (dalej: PhD Well), finansowanego ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego (stan na dzień 20 września 2025 r.) potwierdzają skalę wyzwań: około 63% respondentek i respondentów doświadcza wysokiego lub bardzo wysokiego stresu związanego z kształceniem, przy czym poziom ten rośnie wraz z kolejnymi latami nauki. Równolegle odsetek osób deklarujących objawy wypalenia zawodowego przekracza 65%, a w okresie przedłużenia terminu złożenia rozprawy osiąga poziomy ponad 80%. Wyniki te jednoznacznie wskazują na potrzebę systemowych, mierzalnych i dostępnych rozwiązań na płaszczyźnie instytucjonalnej.

Szczególnie alarmująca jest niska rozpoznawalność procedur i kanałów szybkiego wsparcia: jedynie 1,6% badanych wskazało, że w ich jednostce istnieją i są dobrze zakomunikowane procedury postępowania w sytuacji kryzysu psychicznego; równocześnie blisko dwie trzecie nie wie, czy takie procedury w ogóle funkcjonują. Tylko około jedna trzecia osób deklaruje, że czułaby się komfortowo prosząc o pilną pomoc psychologiczną w macierzystej instytucji. Dane te opisują poważną lukę informacyjną i zaufania, która wymaga niezwłocznego domknięcia przez przejrzyste standardy oraz rzetelną komunikację.

Równolegle prowadzone badanie dotyczące działań samorządów doktorantów pokazuje zarówno istniejący potencjał, jak i bariery. Za najbardziej skuteczne formy wsparcia uznawane są indywidualne konsultacje psychologiczne, interwencje kryzysowe i spotkania integracyjne oraz działania budujące więzi i wzajemne wsparcie. Jednocześnie najczęściej raportowane braki dotyczą szkoleń i warsztatów z psychologiem, procedur rozwiązywania konfliktów na linii promotor–doktorant, dostępu do konsultacji indywidualnych oraz pomocy prawnej; jako priorytetową potrzebę wskazuje się również ustanowienie systemu anonimowego zgłaszania problemów. Wskazania te wspiera dodatkowa obserwacja, że skuteczność istniejących działań i ich rozpoznawalność są oceniane umiarkowanie, a zasadniczymi kanałami informacji wymagającymi standaryzacji pozostają mailing i media społecznościowe.

W świetle powyższego, celem przyświecającym opracowaniu Kodeksu dobrych praktyk w zakresie ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów (dalej jako: Kodeks) jest wytyczenie kierunków oraz standardów instytucjonalnych, obejmujących zarówno profilaktykę (edukację, budowanie kompetencji i kultury współpracy), jak i interwencję (standardy postępowania w sytuacjach wymagających natychmiastowej reakcji, dostępność specjalistycznego wsparcia w krótkim czasie czy ochronę sygnalistów) w zakresie zdrowia psychicznego społeczności doktoranckiej. Kodeks opiera się na wnioskach przedstawionych w raportach PhDWell – pt. *Weryfikacja stosowania przez samorzady doktorantów dodatkowych rozwiązań w zakresie ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów oraz Ocena form dostępności doraźnej i awaryjnej pomocy psychologicznej w polskich uczelniach wyższych i instytutach badawczych*. Ma on charakter pragmatyczny - przekuwa zidentyfikowane potrzeby i dobre praktyki w konkretne wymagania organizacyjne, komunikacyjne i jakościowe, które każda jednostka powinna wdrożyć oraz cyklicznie

ewaluować we współpracy z przedstawicielami doktorantów. Tym samym stanowić ma narzędzie polityki jakości i odpowiedzialności instytucjonalnej, nie tylko reagujące na kryzysy, lecz przede wszystkim zapobiegające ich powstawaniu. Podkreślenia również wymaga, iż rekomendacje przedstawione w niniejszym Kodeksie mają charakter generalny, które wymagają odpowiedniego dostosowania do wielkości, zasobów i specyfiki funkcjonowania danego podmiotu doktoryzującego oraz samorządu doktorantów.

Niniejszy Kodeks stanowi systemowy dokument określający standardy i dobre praktyki dla całego ekosystemu kształcenia doktoranckiego. Został opracowany jako podstawa do przygotowania szczegółowych rekomendacji operacyjnych dla poszczególnych grup interesariuszy: podmiotów prowadzących kształcenie doktorantów oraz samorządów doktorantów. Kodeks ustanawia ogólne ramy jakości i opisuje sprawdzone praktyki, podczas gdy szczegółowe zbiory rekomendacji dostarczają konkretnych, priorytetyzowanych wskazówek wdrożeniowych dostosowanych do specyfiki i możliwości poszczególnych odbiorców.

Cel i zakres

Celem Kodeksu jest ustanowienie mierzalnych standardów ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów oraz wytycznych dla ich stałego doskonalenia. Proponowane rozwiązania obejmują całą społeczność szkół doktorskich, tj. doktorantki i doktorantów, pracowników administracji akademickiej oraz osoby powołane do pełnienia funkcji kierowniczych w szczególności w sprawach doktorantów.

Kodeks różni się od szczegółowych zbiorów rekomendacji operacyjnych charakterem i funkcją. Kodeks ustanawia systemowe standardy jakości oraz opisuje sprawdzone praktyki instytucjonalne i samorządowe, podczas gdy rekomendacje operacyjne zawierają konkretne, priorytetyzowane wskazówki wdrożeniowe wraz z dostosowaniem do różnych kontekstów organizacyjnych (np. wielkości samorządu, zasobów instytucji).

Raport prezentuje proponowane rozwiązania na dwóch płaszczyznach – instytucjonalnej (generalnej) oraz samorządowej. Omawiane dobre praktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego zostały dodatkowo wzbogacone o rekomendacje o charakterze formalno-prawnym lub świadomościowo-prawnym, co w założeniu ma kształtować holistyczny i spójny system rozwiązań zapewniający dobrostan społeczności doktoranckiej. Trzeba podkreślić, że nawet rozwinięty system pomocy psychologicznej bez odpowiednich rozwiązań prawnych ukierunkowanych na przeciwdziałanie przemocy w podmiocie kształcącym nie będzie stanowił właściwej odpowiedzi na problemy społeczności doktoranckiej uwidocznione w ww. raportach Krajowej Reprezentacji Doktorantów.

Definicje

1. Kryzys psychiczny

Stan nagłego lub narastającego zagrożenia dla zdrowia i/lub życia wymagający natychmiastowej interwencji specjalistycznej¹.

2. Interwencja natychmiastowa

Zespół działań uruchamianych niezwłocznie po zgłoszeniu zagrożenia, obejmujący ocenę ryzyka, eskalację do właściwych służb oraz plan bezpieczeństwa².

3. Wsparcie długoterminowe

Zaplanowany cykl konsultacji psychologicznych lub psychoterapii oraz działań towarzyszących (mentoring, mediacje, dostosowania dydaktyczne)³.

¹ World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205> (dostęp: 21.10.2025 r.)

² Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, B. P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M., & Ursano, R. J. (2007). *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.

³ Evans, T. M., Bira, L., Gastelum, J. B., Weiss, L. T., & Vanderford, N. L. (2018). *Evidence for a mental health crisis in graduate education. Nature Biotechnology*, 36(3), 282-284.

I. Dobre praktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów na poziomie instytucjonalnym

1.1. Dostęp do pomocy psychologicznej

Założenie ogólne:

Pomoc psychologiczna powinna być dostępna w modelu *pierwszego wyboru* poprzez konsultacje indywidualne z zapewnieniem równoległych kanałów stacjonarnych i zdalnych, przejrzystych informacji oraz przewidywalnych standardów dostępności i jakości.

Założenia efektywnej pomocy psychologicznej



- ✓ Indywidualnie dopasowana do potrzeb
- ✓ Dostępna wielokanałowo i elastyczna
- ✓ Dostępna językowo
- ✓ Prowadzona przez wykwalifikowane kadry
- ✓ Regularnie ewaluowana
- ✓ Bezpieczna, poddawana ochronie i poufności

- a) **Dobra praktyka:** Zapewnienie konsultacji indywidualnych jako podstawowej formy wsparcia w formie stacjonarnej i zdalnej, z elastycznymi terminami i jasnymi zasadami poufności. Jednostka powinna określić model organizacyjny adekwatny do skali potrzeb (np. uczelniane centrum wsparcia psychologicznego, umowa z podmiotem zewnętrznym spełniającym wymagania jakości i poufności, zatrudnienie psychologa / psychoterapeuty). Niezależnie od wybranego modelu powinno zapewnić się kwalifikacje i superwizję kliniczną, zgodność z RODO, dostępność językową, standardy świadczeń zdalnych, a także monitorowanie dostępności i jakości (np. czas do pierwszej konsultacji, satysfakcja).

Uzasadnienie: Indywidualne konsultacje są najczęściej wybieraną i oczekiwaną formą pomocy w środowisku akademickim, co potwierdzają dane z raportu PhDWell: *Ocena form dostępności doraźnej i awaryjnej pomocy psychologicznej w polskich uczelniach wyższych i instytutach badawczych*. Jednocześnie badania wskazują na stały wzrost korzystania z poradnictwa psychologicznego, a formy zdalne, przy zachowaniu standardów, pozwalają obniżyć bariery dostępu bez pogorszenia jakości⁴.

⁴ Lipson, S. K., Lattie, E. G., & Eisenberg, D. (2019). *Increased rates of mental health service utilization by U.S. college students: 10-year population-level trends (2007-2017)*. Psychiatric Services, 70(1), 60-63.

- b) **Dobra praktyka:** Zapewnienie równoległych kanałów dostępu do konsultacji (stacjonarnie i zdalnie) oraz elastycznych godzin przyjęć (w tym pory popołudniowe i wieczorne).

Uzasadnienie: Model mieszany (kontakt bezpośredni i zdalny) ogranicza bariery czasowe i organizacyjne, a przy zachowaniu standardów jakości nie obniża skuteczności pomocy. Jednocześnie badania nad poszukiwaniem pomocy przez młode osoby dorosłe pokazują, że do najczęstszych przeszkód należą kwestie logistyczne (terminy, dostępność), co uzasadnia zróżnicowanie pór przyjęć szczególnie w zróżnicowanych językowo i kulturowo społecznościach doktoranckich⁵.

- c) **Dobra praktyka:** Utrzymanie dostępności językowej usług wsparcia, co najmniej w języku polskim i angielskim obejmującej komunikaty, formularze, informacje o pilnym trybie działania oraz możliwość konsultacji w języku angielskim.

Uzasadnienie: Zróżnicowanie językowe wśród doktorantek i doktorantów tworzy realną barierę dostępu do wsparcia. Równoległa oferta w języku angielskim obniża próg wejścia i sprzyja wcześniejszemu skorzystaniu z pomocy. Rekomendują to uznane standardy jakości i dostępności usług, a badania pokazują, że właściwa obsługa potrzeb językowych poprawia korzystanie z opieki i jakość świadczeń⁶.

- d) **Dobra praktyka:** Ustalenie przewidywalnych standardów dostępu, w tym maksymalnego czasu oczekiwania na pierwszą konsultację w trybie niepilnym (np. do 72 godzin roboczych), z jawną informacją na centralnej stronie informacyjnej.

Uzasadnienie: Jasne standardy skracają czas do rozpoczęcia oddziaływań i redukują niepewność po stronie osób szukających wsparcia. W usługach zdrowotnych czas dostępu jest ważnym składnikiem jakości, a jego standaryzacja poprawia satysfakcję i wykorzystanie świadczeń⁷. W badaniu PhD Well odnotowano znaczne zróżnicowanie postrzeganego czasu oczekiwania, co uzasadnia przyjęcie standardu organizacyjnego.

- e) **Dobra praktyka:** Zapewnienie, aby konsultacje prowadziły osoby o udokumentowanych kwalifikacjach i doświadczeniu pracy w środowisku akademickim, oraz wprowadzenie regularnej superwizji klinicznej i doskonalenia zawodowego zespołu.

Uzasadnienie: Respondenci wskazują postulaty zatrudniania psychologów znających specyfikę kształcenia doktoranckiego. Specyfika kształcenia doktoranckiego (m.in. zależność relacji promotor–doktorant, niepewność ścieżki kariery, wysokie wymagania publikacyjne) wiąże się z podwyższonym ryzykiem problemów w obszarze zdrowia psychicznego, dlatego trafna i bezpieczna pomoc wymaga znajomości kontekstu akademickiego. Jednocześnie superwizja sprzyja utrzymaniu jakości pracy klinicznej i lepszym wynikom organizacyjnym zespołów wsparcia⁸.

⁵ Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review*. BMC Psychiatry, 10, 113.

⁶ Karliner, L. S., Jacobs, E. A., Chen, A. H., & Mutha, S. (2007). *Do professional interpreters improve clinical care for patients with limited English proficiency? A systematic review of the literature*. Health Services Research, 42(2), 727-754.

⁷ Clark, D. M. (2018). *Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: The IAPT programme 10 years on*. The Lancet Psychiatry, 5(11), 993-1002.

⁸ Levecque, K., Anseel, F., De Beuckelaer, A., Van der Heyden, J., & Gisle, L. (2017). *Work organization and mental health problems in PhD students*. Research Policy, 46(4), 868-879.

- f) **Dobra praktyka:** Systematyczne monitorowanie jakości i dostępności: krótka ankieta satysfakcji po zakończeniu cyklu wizyt oraz stałe wskaźniki czasu (czas pierwszej odpowiedzi, czas do konsultacji), z publikacją zagregowanych wyników i działaniami doskonalącymi.

Uzasadnienie: Uczestnicy badania prowadzonego w ramach PhD Well wysoko oceniali jakość i adekwatność otrzymanej pomocy, co uzasadnia wprowadzenie stałych mierników i mechanizmów doskonalenia. Regularne zbieranie opinii użytkowników (akceptowalność, adekwatność) oraz mierników dostępności dostarcza wczesnych sygnałów do usprawnień i sprzyja trwałej poprawie usług. Badania pokazują, że rutynowa informacja zwrotna oparta na prostych narzędziach pomiaru poprawia wyniki interwencji psychologicznych i wspiera podejmowanie decyzji organizacyjnych⁹.

- g) **Dobra praktyka:** Utrzymanie wysokich standardów poufności i ochrony danych oraz ich jasne zakomunikowanie (na etapie zapisów, w trakcie konsultacji i w materiałach informacyjnych).

Uzasadnienie: Obawy o poufność należą do najczęstszych barier zgłaszanych przez młode osoby dorosłe¹⁰. Poczucie bezpieczeństwa informacyjnego zwiększa gotowość do korzystania z pomocy, co ma znaczenie przy niskim deklarowanym komforcie ubiegania się o wsparcie w instytucji.

⁹ Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). *Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(3), 288-301.

¹⁰ Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review*. BMC Psychiatry, 10, 113.

1.2. Interwencja kryzysowa

Założenie ogólne:

Interwencje w sytuacjach nagłych powinny mieć charakter ustrukturyzowany, proporcjonalny do poziomu ryzyka i zapewniający ciągłość opieki, przy jednoznacznym podziale ról oraz ścieżkach eskalacji, w tym poza godzinami pracy.

Założenia efektywnej interwencji kryzysowej



- ✓ Przejrzysty system komunikacji
- ✓ Dedykowany, ustrukturyzowany zestaw pytań
- ✓ Ramy działania zgodne z zasadami pierwszej pomocy psychologicznej
- ✓ Indywidualizacja planu bezpieczeństwa
- ✓ Systematyczne szkolenia kadr pierwszego kontaktu
- ✓ Zwiększenie dostępności dyżurów
- ✓ Standaryzacja i uproszczenie dokumentacji interwencyjnej
- ✓ Monitorowanie procesu



- a) **Dobra praktyka:** Wyznaczenie i jednoznaczne zakomunikowanie kanału pierwszego kontaktu (numer telefonu i adres e-mail w godzinach pracy, wskazanie całodobowych numerów kryzysowych poza godzinami pracy, prosty formularz zgłoszeniowy z potwierdzeniem).

Uzasadnienie: Stała dostępność i czytelna ścieżka dojścia do pierwszej pomocy obniżają barierę wejścia, skracają czas do interwencji i wzmacniają poczucie bezpieczeństwa osób w kryzysie. Badania nad liniami kryzysowymi pokazują spadek nasilenia dystresu i myśli samobójczych już w trakcie oraz po zakończeniu kontaktu, a wytyczne pierwszej pomocy psychologicznej podkreślają znaczenie jasnej informacji i szybkiego dostępu¹¹.

- b) **Dobra praktyka:** Wprowadzenie krótkiego, wystandaryzowanego triażu podczas kontaktu w sytuacji kryzysowej, tj. zestawu ustrukturyzowanych pytań, obejmujących m.in. myśli, zamiar i plan suicydologiczny oraz zasady powtarzania oceny przy każdym nowym

¹¹ Kalafat, J., Gould, M. S., HarrisMunfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). *An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: Nonsuicidal crisis callers. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 322-337.

zgłoszeniu lub zmianie stanu. Zaleca się korzystanie z narzędzi o potwierdzonej trafności (np. C-SSRS – wersja skrócona¹²).

Uzasadnienie: Krótka, ustrukturyzowana ocena ryzyka zwiększa wykrywalność istotnych sygnałów, porządkuje decyzje o eskalacji i zmniejsza ryzyko przeoczeń; C-SSRS ma potwierdzoną trafność i rzetelność oraz przejrzyste progi decyzyjne¹³.

- c) **Dobra praktyka:** Prowadzenie interwencji według uznanych ram wczesnego wsparcia: zapewnienie bezpieczeństwa, uspokojenie, budowanie łączności/wspólnotowości, wzmacnianie sprawczości (poczucia skuteczności) oraz podtrzymywanie nadziei. Działania te powinno się realizować zgodnie z zasadami pierwszej pomocy psychologicznej (*Psychological First Aid* - PFA)¹⁴.

Uzasadnienie: Model pięciu elementów interwencji bezpośredniej po zdarzeniu oraz wytyczne PFA dostarczają spójnego, opartego na dowodach schematu postępowania w pierwszych godzinach sytuacji kryzysowej: porządkują działania, redukują dystres, wspierają poczucie bezpieczeństwa i ułatwiają dalsze kierowanie do właściwej opieki¹⁵.

- d) **Dobra praktyka:** Stosowanie interwencji w postaci indywidualnego planu bezpieczeństwa: krótkiego dokumentu tworzonego wspólnie z osobą w kryzysie, zawierającego własne sygnały ostrzegawcze, sprawdzone strategie samoregulacji, osoby i miejsca wsparcia, kontakty kryzysowe oraz ustalenia dotyczące ograniczenia dostępu do środków wysokiego ryzyka.

Uzasadnienie: Współtworzony z osobą w kryzysie plan zorientowany na sygnały ostrzegawcze, strategie radzenia sobie czy kontakty alarmowe ułatwia samoregulację między spotkaniami redukuje ryzyko ponownych kryzysów i ułatwia samoregulację¹⁶.

- e) **Dobra praktyka:** Zapewnienie bezpośredniego przekazania do dalszej opieki (umówienie kolejnej wizyty i przekazanie informacji specjalistom w porozumieniu z osobą) oraz terminowych kontaktów kontrolnych po interwencji (np. w ciągu 48 godzin i ponownie w 7-14 dni).

Uzasadnienie: Ciągłość opieki i aktywne, zaplanowane kontakty po interwencji zwiększają utrzymanie w leczeniu i zmniejszają ryzyko nawrotu oraz zachowań ryzykownych^{17, 18}.

¹² Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to krótka, ustandaryzowana skala przesiewowa służąca ocenie nasilenia myśli samobójczych i występowania zachowań samobójczych. W wersji skróconej (Screeners) zawiera kilka pytań o obecność myśli, zamiaru i planu oraz o niedawne zachowania, a uzyskane odpowiedzi mapują się na poziomy ryzyka i sugerowane kroki eskalacyjne (np. pilna interwencja, plan bezpieczeństwa, przekazanie do psychiatrii). Narzędzie wspiera triaż i monitorowanie ryzyka, nie zastępuje pełnej diagnozy klinicznej. Jego trafność i rzetelność potwierdzono w badaniach walidacyjnych (zob. Kelly Posner et al., *The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings*, *The American Journal of Psychiatry* 168, nr 12 (2011): 1266–1277).

¹³ Tamże.

¹⁴ Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Ursano, R. J. (2007). *Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence*. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.

¹⁵ Tamże.

¹⁶ Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). *Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256-264.

¹⁷ Luxton, D. D., June, J. D., & Comtois, K. A. (2013). *Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behavior? A review of the evidence*. *Crisis*, 34(1), 32-41.

- f) **Dobra praktyka:** Systematyczne szkolenia zespołów pierwszego kontaktu z pierwszej pomocy psychologicznej, wstępnej oceny ryzyka i komunikacji w kryzysie, z jednoznacznym określeniem granic roli (co wolno, a co wymaga przekazania do specjalisty) oraz standardów poufności.

Uzasadnienie: Szkolenia dla osób pierwszego kontaktu istotnie podnoszą wiedzę, postawy i poczucie skuteczności w rozpoznawaniu sygnałów zagrożenia i kierowaniu do profesjonalnej pomocy, co przekłada się na wyższą jakość interwencji. Wytyczne pierwszej pomocy psychologicznej akcentują także znaczenie jasnych ról, poufności i zasady *nie szkodzić*, co zwiększa bezpieczeństwo procesu¹⁹.

- g) **Dobra praktyka:** Wprowadzenie zwiększonych dyżurów oraz rozszerzonych godzin dostępności w okresach wzmożonych obciążeń akademickich (np. sesje egzaminacyjne, terminy składania rozpraw), z jasną komunikacją zasad szybkiego kontaktu.

Uzasadnienie: W szczytach obciążeń rośnie poziom stresu akademickiego, a dostęp do wsparcia bywa utrudniony. Zwiększenie dyżurów w tych okresach ogranicza luki w dostępności i ułatwia wcześniejszy kontakt z pomocą²⁰.

- h) **Dobra praktyka:** Standaryzacja dokumentacji interwencji kryzysowej w formie krótkiej notatki zawierającej wyłącznie niezbędne informacje (data i powód kontaktu, wynik wstępnej oceny ryzyka, podjęte działania. Notatka nie powinna zawierać szczegółowych treści wrażliwych, a dostęp do niej powinien być ograniczony i ewidencjonowany.

Uzasadnienie: Zwięzła i ujednolicona notatka wspiera ciągłość opieki oraz umożliwia audyt jakości i bezpieczeństwa, a stosowanie zasady minimalizacji danych i jasnych reguł poufności buduje zaufanie oraz zapewnia zgodność z przepisami²¹.

- i) **Dobra praktyka:** Monitorowanie jakości procesu przy użyciu wskaźników operacyjnych, takich jak: czas pierwszej odpowiedzi, czas do interwencji, odsetek zrealizowanych kontaktów kontrolnych oraz ankieta satysfakcja po interwencji wraz z cykliczną prezentacją wyników i podejmowaniem działań korygujących.

Uzasadnienie: Regularny pomiar wskaźników umożliwia wczesne wykrywanie problemów, porównywalność między jednostkami i ciągłe doskonalenie procesu. Ujęcie jakości jako relacji między strukturą, procesem, wynikami oraz rozróżnienie rezultatów wdrożenia (np. akceptowalność, wykonalność, wierność) ułatwia planowanie trafnych korekt w podejmowanych oddziaływaniach²².

¹⁸ Motto, J. A., & Bostrom, A. G. (2001). *A randomized controlled trial of brief contact with patients after discharge from psychiatric care*. Psychiatric Services, 52(6), 828-833.

¹⁹ World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. World Health Organization, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548205> (dostęp: 21.10.2025 r.)

²⁰ Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M., & Sammut, S. (2015). *The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students*. Journal of Affective Disorders, 173, 90-96.

²¹ American Psychological Association. (2007). *Record keeping guidelines*. American Psychologist, 62(9), 993-1004.

²² Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, G. R., Schoenbaum, M., & Harbin, H. T. (2017). *A tipping point for measurement-based care*. Psychiatric Services, 68(2), 179-188.

1.3. Profilaktyka i edukacja

Założenie ogólne:

Profilaktyka powinna mieć charakter systemowy i oparty na dowodach, obejmujący działania edukacyjne dotyczące zdrowia psychicznego, rozwijanie kompetencji osobistych i zespołowych oraz działania komunikacyjne zwiększające gotowość do korzystania ze wsparcia. Rozwiązania muszą być dostępne językowo (tj. z tłumaczeniem na język angielski), osadzone w kalendarzu akademickim i podlegać ewaluacji.

Profilaktyka i edukacja psychologiczna

- ✓ Wielomodułowy program roczny
- ✓ Edukacja zdrowia psychicznego, jako stały element kształcenia I roku
- ✓ Szkolenia kadr i promotorów
- ✓ Warsztaty tematyczne i zajęcia jako element edukacyjny w trakcie kształcenia
- ✓ Prowadzenie kampanii komunikacyjnych i informacyjnych
- ✓ Udostępnianie materiałów i narzędzi samopomocowych
- ✓ Ewaluacja efektów prowadzonych działań



Health
is wealth

- a) **Dobra praktyka:** Ustanowienie rocznego programu profilaktycznego z co najmniej czterema modułami: zarządzanie stresem, higiena pracy badawczej i czasu, odporność psychiczna oraz współpraca i komunikacja - zajęcia prowadzone cyklicznie, z krótkimi materiałami do samodzielnej pracy i możliwością powtórzenia modułów.

Uzasadnienie: Programowe, powtarzalne działania profilaktyczne, w tym treningi umiejętności oraz interwencje oparte na uważności, zmniejszają nasilenie dystresu, lęku i depresji oraz poprawiają funkcjonowanie akademickie, co potwierdzają badania kontrolowane i metaanalizy w populacji akademickiej²³.

- b) **Dobra praktyka:** Wprowadzenie na I roku kształcenia modułu wprowadzającego w obszarze dobrostanu jako elementu programu kształcenia szkoły doktorskiej, z odniesieniem efektów do poziomu 8 Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK). Moduł powinien w sposób krok po kroku przedstawiać: mapę dostępnego wsparcia (konsultacje indywidualne, pomoc doraźna, mediacje, wsparcie rówieśnicze), procedury działania w sytuacji kryzysowej (w tym ścieżkę

²³ Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). *A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students*. Prevention Science, 16(4), 487–507.

interwencyjną poza godzinami pracy jednostki), zasady poufności i ochrony danych oraz kontakty do osób pierwszego kontaktu. Rekomenduje się krótkie scenariusze sytuacyjne i przekazanie zwięzłej karty kontaktowej (w wersji papierowej i elektronicznej). Efekty kształcenia należy opisać w sylabusie z przypisaniem do 8 poziomu PRK w kategoriach: wiedza (np. znajomość ścieżek pomocy i zasad poufności), umiejętności (np. rozpoznanie sytuacji wymagającej interwencji, uruchomienie właściwej ścieżki), kompetencje społeczne (np. odpowiedzialność za bezpieczeństwo własne i innych, świadomość etyczna). Zajęcia powinny być prowadzone zgodnie z poszanowaniem dostępności językowej, tj. w języku polskim i angielskim.

Uzasadnienie: Wczesne podniesienie wiedzy o zdrowiu psychicznym i czytelnych ścieżkach pomocy obniża bariery w szukaniu wsparcia i skraca czas do pierwszego kontaktu. Badania wskazują, że brak wiedzy, niepewność procedur i obawy o poufność należą do głównych przeszkód w korzystaniu z pomocy wśród młodych dorosłych²⁴ jednocześnie programy podnoszące kompetencje w tym obszarze (np. szkolenia zwiększające *mental health literacy*) istotnie poprawiają rozpoznawanie problemów i gotowość do sięgania po pomoc²⁵. Badania przeprowadzone w ramach PhDWell wskazują na potrzebę uporządkowania i ujednolicenia informacji.

- c) **Dobra praktyka:** Organizowanie szkoleń dla kadry dydaktycznej i promotorów uczących: jak rozpoznawać wczesne sygnały ryzyka (np. nagłe wycofanie, dezorganizacja funkcjonowania, wypowiedzi o beznadziei), jak przeprowadzić krótką, wspierającą rozmowę wstępną (użycie prostego języka, aktywne słuchanie, upewnienie się co do bezpieczeństwa) oraz jak poprawnie przekierować osobę do właściwego wsparcia (jasne informacje o poufności i dalszych krokach). Program powinien obejmować mini-scenariusze, odgrywanie ról oraz gotowe materiały: schemat krótkiej oceny, lista kontaktów, instrukcja postępowania w sytuacjach kryzysowych.

Uzasadnienie: Szkolenia dla osób pierwszego kontaktu zwiększają wiedzę, poprawiają postawy wobec kierowania do specjalistycznej pomocy i wzmacniają intencję oraz gotowość do realnego przekierowania. W części badań obserwuje się także wzrost faktycznych skierowań do odpowiednich specjalistów.

- d) **Dobra praktyka:** Prowadzenie krótkich, praktycznych warsztatów umiejętności jako elementu programu kształcenia szkoły doktorskiej, z opisem efektów w odniesieniu do poziomu 8 Polskiej Ramy Kwalifikacji (PRK). Warsztaty powinny obejmować m.in.: techniki regulowania stresu (oddech, planowanie regeneracji), proste ćwiczenia koncentracji, pracę z odkładaniem na później (rozbijanie zadań, plan dnia), komunikację w zespole (jasne role i oczekiwania) oraz udzielanie i przyjmowanie informacji zwrotnej („co działa / co poprawić”).

Uzasadnienie: Programy, które wprost ćwiczą konkretne umiejętności i pozwalają wdrażać je w codziennej pracy akademickiej, prowadzą do spadku nasilenia lęku i depresji oraz poprawy funkcjonowania studentów i doktorantów, co potwierdzają przeglądy i metaanalizy

²⁴ Morgan, A. J., Ross, A., & Reavley, N. J. (2018). *Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour*. PLOS ONE, 13(5), e0197102.

²⁵ Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). *Mental health literacy measures evaluating interventions among youth: A systematic review*. BMC Psychiatry, 15, 291.

interwencji z obszaru zarządzania stresem, uważności oraz krótkich programów umiejętnościowych realizowanych w środowisku szkolnictwa wyższego^{26, 27, 28}.

- e) **Dobra praktyka:** Włączenie profilaktyki do programu kształcenia w szkole doktorskiej wybranych przedmiotów dotyczących szeroko rozumianej profilaktyki zdrowia psychicznego w odniesieniu do specyfiki kształcenia w szkole doktorskiej (np. zarządzanie stresem, komunikacja w sytuacjach trudnych, planowanie pracy badawczej). Zajęcia te powinny uwzględniać wymagane efekty uczenia na poziomie 8 PRK. Uzupełniającą można oferować krótkie moduły certyfikowane potwierdzające nabyte umiejętności.

Uzasadnienie: Gdy treści profilaktyczne stają się elementem programu, rośnie frekwencja, a efekty lepiej się utrzymują. Jednocześnie powiązanie zajęć z realnymi zadaniami badawczymi (np. planem pracy nad rozprawą, treningiem rozmowy o informacji zwrotnej) sprzyja transferowi umiejętności do codziennej praktyki. Skuteczność uniwersalnych programów wspierających dobrostan w środowisku akademickim potwierdzają metaanalizy, a badania nad dydaktyką akademicką pokazują, że zajęcia osadzone w programie zwiększają zaangażowanie i trwałość efektów²⁹. Z kolei literatura o transferze szkoleniowym wskazuje, że najlepsze rezultaty daje nauka ściśle powiązana z kontekstem uczenia się i pracy.

- f) **Dobra praktyka:** Prowadzenie kampanii komunikacyjnych wieloma kanałami (korespondencja e-mailowa, oficjalne profile w mediach społecznościowych, krótkie seminaria informacyjne), zawsze z odesłaniem do centralnego serwisu informacyjnego: jednej, stale aktualnej strony z pełnymi informacjami o wsparciu (także w języku angielskim).

Uzasadnienie: Spójny, scentralizowany przekaz ułatwia zrozumienie treści i skraca drogę do skorzystania z pomocy³⁰. Jednoczesne wykorzystanie różnych kanałów zwiększa zasięg i zaangażowanie w grupie młodych dorosłych³¹. Standardy dostępności cyfrowej (*ang. The Web Content Accessibility Guidelines*, dalej: WCAG) dodatkowo podnoszą realną dostępność informacji (kontrast, napisy, alternatywne opisy, nawigacja klawiaturą)³². Raport z badania PhD Well wskazuje na rozproszenie informacji i potrzebę standaryzacji kanałów (mailing, media społecznościowe).

- g) **Dobra praktyka:** Udostępnianie zasobów samopomocowych w formie cyfrowej: sprawdzonych narzędzi i e-materiałów, krótkich kursów (np. wprowadzających elementy

²⁶ Regehr, C., Glancy, D., & Pitts, A. (2013). *Interventions to reduce stress in university students: A review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 148(1), 1-11.

²⁷ Bamber, M. D., & Schneider, J. K. (2016). *Mindfulness-based meditation to decrease stress and anxiety in college students: A narrative synthesis of the research*. Educational Research Review, 18, 1-32.

²⁸ Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Berking, M., Lehr, D., & Ebert, D. D. (2018). *Internet- and mobile-based interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28(2), e1759.

²⁹ Conley, C. S., Durlak, J. A., & Kirsch, A. C. (2015). *A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students*. Prevention Science, 16(4), 487-507.

³⁰ Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies*. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

³¹ Neiger, B. L., Thackeray, R., Van Wagenen, S. A., Hanson, C. L., West, J. H., Barnes, M. D., & Fagen, M. C. (2012). *Use of social media in health promotion: Purposes, key performance indicators, and evaluation metrics*. Health Promotion Practice, 13(2), 159-164.

³² World Wide Web Consortium. (2018). Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/>

terapii poznawczo-behawioralnej oraz terapii akceptacji i zaangażowania) z bezpośrednim odsyłaczem do zapisu na konsultację

Uzasadnienie: Interwencje internetowe dla studentek, studentów i doktorantów przynoszą umiarkowane, ale istotne klinicznie korzyści (m.in. spadek objawów lęku i depresji) i dobrze skalują się organizacyjnie, stanowiąc dostępne uzupełnienie oferty wsparcia^{33, 34}.

- h) **Dobra praktyka:** Ewaluacja efektów według jasnego modelu (np. model zaproponowany przez Kirkpatrick'a: reakcja – uczenie się – zachowanie – rezultaty), z krótkim i średnim horyzontem pomiaru (np. pre–post oraz po 6–12 miesiącach) oraz z wskaźnikami operacyjnymi (takimi, jak frekwencja, satysfakcja, wykorzystanie ścieżek pomocy).

Uzasadnienie: Spójny model ewaluacji umożliwia porównywalność wyników i systematyczne doskonalenie programu. Ramy Kirkpatricka porządkują ocenę od reakcji uczestników po realne rezultaty organizacyjne, a literatura wdrożeniowa zaleca łączenie tej perspektywy z miarami wdrożenia, co ułatwia podejmowanie decyzji o utrzymaniu lub modyfikacji działań³⁵.

³³ Harrer, M., Adam, S. H., Baumeister, H., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Auerbach, R. P., Kessler, R. C., Bruffaerts, R., Berking, M., & Ebert, D. D. (2019). *Internet- and mobile-based interventions for mental health in university students: A systematic review and meta-analysis*. International Journal of Methods in Psychiatric Research, 28(2), e1759.

³⁴ Davies, E. B., Morriss, R., & Glazebrook, C. (2014). *Computer-delivered and web-based interventions to improve depression, anxiety and psychological well-being of university students: A systematic review and meta-analysis*. Journal of Medical Internet Research, 16(5), e130.

³⁵ Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating Training Programs: The Four Levels* (3rd ed.). San Francisco, CA: Berrett-Koehler Publishers, Inc.

1.4. Kadry i jakość świadczeń

Założenie ogólne:

Wsparcie psychologiczne powinno być świadczone przez kompetentny, nadzorowany zespół, działający według uznanych standardów zawodowych i etycznych, z zapewnieniem odpowiednich zasobów (tj. czas, superwizja, szkolenia) oraz mechanizmami stałego doskonalenia jakości.

Kształtowanie kadr i jakości



- ✓ **Zatrudnianie specjalistycznych kadr, obytych ze środowiskiem naukowym**
- ✓ **Właściwy dobór formy współpracy - zarówno stacjonarnej, jak i zdalnej**
- ✓ **Maksymalizacja jakości przy minimalizacji danych**
- ✓ **Utrzymanie standardów zatrudnienia umożliwiających najlepsze warunki wspierania**

- a) **Dobra praktyka:** Współpraca z psychologami i psychoterapeutami mającymi doświadczenie pracy w środowisku akademickim - w formie zatrudnienia, umów cywilnoprawnych lub kontraktów z podmiotem zewnętrznym (np. klinika/poradnią) - z zapewnieniem regularnej superwizji klinicznej oraz wsparcia merytorycznego zespołu.

Uzasadnienie: Specyfika kształcenia doktoranckiego (m.in. zależność w relacji promotor–doktorant, presja publikacyjna i niepewność w obszarze kariery) wiąże się z podwyższonym ryzykiem problemów w obszarze zdrowia psychicznego, dlatego adekwatna pomoc wymaga znajomości realiów pracy naukowej. Jednocześnie superwizja kliniczna sprzyja utrzymaniu jakości świadczeń i lepszym wynikom organizacyjnym zespołów, a także zmniejsza ryzyko przeciążenia i wypalenia personelu³⁶.

- b) **Dobra praktyka:** Ustalenie standardów świadczeń zdalnych obejmujących: zachowanie poufności, bezpieczeństwo technologiczne (szyfrowanie, kontrola dostępu), kwalifikację spraw adekwatnie do formy kontaktu (decyzja: zdalnie, czy stacjonarnie) oraz rzetelną informację dla osób korzystających o korzyściach i ograniczeniach każdej formy.

³⁶ van Kesteren, N. M. C., Lunenburg, M., Wouters, H., Molema, C. C. M., & Gerritsen, D. L. (2021). *Impact of clinical supervision on healthcare organisational outcomes: A systematic review and meta-analysis*. PLOS ONE, 16(12), e0260156.

Uzasadnienie: Wytyczne zawodowe i przeglądy badań wskazują, że przy zachowaniu wysokich standardów jakości i ochrony danych, skuteczność wielu form pomocy zdalnej jest porównywalna z kontaktem bezpośrednim. Ważne jest przestrzeganie jasnych zasad poufności, właściwy dobór przypadków do trybu zdalnego oraz *poinformowana zgoda*³⁷.

- c) **Dobra praktyka:** Stosowanie ustrukturyzowanego triażu klinicznego podczas pierwszego kontaktu oraz jasnych kryteriów przekierowania (np. do psychoterapii długoterminowej, psychiatrii, poradnictwa specjalistycznego), z wykorzystaniem krótkiego formularza notatki klinicznej prowadzonej według zasady minimalizacji danych.

Uzasadnienie: Ujednolicony triaż porządkuje ścieżkę opieki i skraca czas do właściwej formy pomocy³⁸. Modele stopniowane, które są oparte na dopasowaniu intensywności interwencji do nasilenia problemu, poprawiają dostępność i efektywność, a czytelne zasady przekierowania sprzyjają utrzymaniu w leczeniu³⁹. Zwięzła dokumentacja ograniczona do informacji niezbędnych zapewnia ciągłość opieki i zgodność z zasadami poufności⁴⁰.

- d) **Dobra praktyka:** Dbanie o warunki pracy zespołu: racjonalne obciążenia i grafiki, czas na dokumentację, możliwość doskonalenia zawodowego (w tym coroczne szkolenia z pierwszej pomocy psychologicznej, oceny ryzyka, pracy międzykulturowej) oraz stały dostęp do superwizji.

Uzasadnienie: Międzynarodowe standardy akredytacyjne dla akademickich centrów wsparcia podkreślają wagę wystarczających zasobów kadrowych, kompetencji i rozwoju personelu jako warunku jakości usług⁴¹. Jednocześnie jakość relacji pomocowej i umiejętności kliniczne pozostają jednym z najsilniejszych predyktorów skuteczności interwencji, a odpowiednie warunki pracy sprzyjają utrzymaniu tych standardów⁴².

³⁷ Poinformowana zgoda oznacza przekazanie osobie w zrozumiały sposób informacji o celu i przebiegu świadczenia, możliwych korzyściach i ryzykach, alternatywach, zakresie i ochronie danych, a także o prawie do zadawania pytań i do wycofania zgody bez negatywnych konsekwencji. Warunkiem ważności jest kompetencja decyzyjna, dobrowolność (brak przymusu) oraz zrozumienie przekazanych treści. W usługach zdalnych należy dodatkowo omówić ograniczenia i ryzyka techniczne, zasady poufności w danej technologii, sposób postępowania w razie przerwania połączenia i wskazać dane kontaktowe do pilnego wsparcia. Zob. American Psychological Association. (2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct* (Standards 3.10, 9.03, 10.01); Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.

³⁸ Sands, N. (2007). Mental health triage: *Towards a model for nursing practice*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14(3), 243-249.

³⁹ Bower, P., & Gilbody, S. (2005). *Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency*. The British Journal of Psychiatry, 186(1), 11-17.

⁴⁰ European Parliament, & Council of the European Union. (2016). Regulation (EU) 2016/679 (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union.

⁴¹ International Accreditation of Counseling Services. (2023). IACS accreditation standards for university and college counseling services, <https://www.iacsinc.org/> (dostęp: 21.10.2025 r.)

⁴² Council for the Advancement of Standards in Higher Education. (2020). CAS standards for counseling services, <https://www.cas.edu/standards.html> (dostęp: 21.10.2025 r.)

1.5. Komunikacja i centralizacja informacji

Założenie ogólne:

Informacje o wsparciu powinny być spójne, łatwo dostępne i scentralizowane w jednym miejscu, prowadzone w języku polskim i angielskim, zgodnie z zasadami dostępności cyfrowej i prostego języka, z regularną aktualizacją treści.



Komunikacja

- ✓ Centralny punkt wsparcia z pełnym zakresem obsługi
- ✓ Zapewnienie dostępności cyfrowej
- ✓ Prowadzenie aktywnej komunikacji kanałami informacyjnymi



- a) **Dobra praktyka:** Utrzymywanie jednego centralnego punktu informacyjnego (np. witryna w języku polskim i angielskim) zawierającego: pełną ofertę wsparcia, ścieżki zapisu, tryb natychmiastowy w sytuacjach kryzysowych, aktualne dane kontaktowe, krótkie instrukcje postępowania oraz materiały samopomocowe. Treści powinny być aktualizowane regularnie (np. raz na kwartał) i prowadzone w prostym języku, z przewidywalną nawigacją i zgodnie z zasadami dostępności cyfrowej.

Uzasadnienie: Centralizacja i systematyczna aktualizacja informacji skraca drogę do pomocy i obniża koszt wyszukiwania po stronie użytkownika. Zasady czytelnej komunikacji i dostępności cyfrowej WCAG zalecają prosty język, spójną strukturę treści oraz wersję anglojęzyczną dla społeczności międzynarodowej, co realnie zwiększa dostęp do usług⁴³.

- b) **Dobra praktyka:** Zapewnienie czytelności i dostępności cyfrowej zgodnej z dobrymi praktykami: właściwy kontrast, skalowalna typografia, alternatywne opisy grafik, możliwość nawigacji klawiaturą, logiczna hierarchia nagłówków, a także spójna terminologia z przepisami i dokumentami wewnętrznymi.

⁴³ World Wide Web Consortium. (2018). Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.1. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/> (dostęp: 21.10.2025 r.)

Uzasadnienie: Stosowanie wytycznych WCAG poprawia zrozumiałość treści i zapewnia równy dostęp do usług osobom o zróżnicowanych potrzebach, co jest również wspierane przez europejskie standardy i regulacje dla podmiotów publicznych⁴⁴.

- c) **Dobra praktyka:** Prowadzenie aktywnej komunikacji w kanałach instytucji (korespondencja e-mailowa, oficjalne profile w mediach społecznościowych) we współpracy z samorządem doktorantów i z wykorzystaniem jego kanałów informacyjnych, ze szczególną intensyfikacją w okresach wzmożonych obciążeń (np. w czasie sesji).

Uzasadnienie: Spójna i skoordynowana dystrybucja komunikatów zwiększa rozpoznawalność dostępnych form wsparcia oraz ułatwia szybkie dotarcie do aktualnych procedur. Równoległe wykorzystanie różnych kanałów podnosi zasięg i zaangażowanie, zwłaszcza wśród młodych dorosłych⁴⁵.

⁴⁴ European Commission. (2021). Commission Implementing Decision (EU) 2021/1339 of 11 August 2021 amending Implementing Decision (EU) 2018/2048. Official Journal of the European Union.

⁴⁵ Moorhead, S. A., Hazlett, D. E., Harrison, L., Carroll, J. K., Irwin, A., & Hoving, C. (2013). *A new dimension of health care: Systematic review of the uses, benefits, and limitations of social media for health communication*. Journal of Medical Internet Research, 15(4), e85.

1.6. Ewaluacja i raportowanie

Założenie ogólne:

Ewaluacja powinna obejmować zarówno jakość procesu i dostępności, jak i rezultaty działań, opierać się na uznanych modelach oceny oraz być prowadzona w sposób przejrzysty, z cyklicznym raportowaniem i wykorzystaniem wyników do doskonalenia programu.



- a) **Dobra praktyka:** Przyjęcie spójnego modelu ewaluacji, który łączy wskaźniki struktury i procesu z miarami jakości i efektu (np. według modelu Donabediana⁴⁶) oraz ocenę szkoleń według czterech poziomów Kirkpatricka (reakcja - uczenie się - zachowanie - rezultaty⁴⁷).

Uzasadnienie: Ewaluacja struktury, procesu i wyników pozwala odróżnić samą dostępność od rzeczywistej skuteczności działań. Uzupełnienie o poziomy Kirkpatricka umożliwia

⁴⁶ Model jakości Avedisa Donabediana zakłada, że ocena jakości usług powinna obejmować trzy powiązane ze sobą wymiary: strukturę, proces oraz wyniki. „Struktura” odnosi się do zasobów i warunków organizacyjnych, takich jak kompetencje personelu, jasno zdefiniowane procedury, infrastruktura i systemy informacyjne; „proces” opisuje faktyczny przebieg udzielania wsparcia, w tym dostępność, standardy postępowania, czas reakcji i sposób komunikacji; „wyniki” zaś dotyczą efektów osiąganych przez osoby korzystające i przez instytucję — od poprawy funkcjonowania, przez satysfakcję, po bezpieczeństwo i trwałość zmian. Logika modelu jest teleologiczna: dobrze zorganizowana struktura sprzyja prawidłowym procesom, a te pośrednicząc prowadzą do lepszych wyników.

W realiach Kodeksu oznacza to, że inwestycje w kompetencje i zasoby zespołu oraz w czytelne procedury powinny przekładać się na przewidywalne, rzetelne działania, a w konsekwencji na wymierną poprawę dostępności i jakości wsparcia dla doktorantek i doktorantów. Zob. Donabedian, A. (1988). *The quality of care - How can it be assessed?* JAMA, 260(12), 1743-1748.

⁴⁷ Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd ed.). Berrett-Koehler.

mierzenie przyswojenia wiedzy, transferu do praktyki i rezultatów organizacyjnych, co wspiera podejmowanie decyzji o utrzymaniu i doskonaleniu programu⁴⁸.

- b) **Dobra praktyka:** Ustalenie zestawu wskaźników bazowych publikowanych co kwartał (np. mediana czasu do pierwszej odpowiedzi i czasu do konsultacji, poziom satysfakcji po cyklu wizyt, uczestnictwo w działaniach profilaktycznych) oraz przygotowanie rocznego raportu zawierającego plan działań korygujących.

Uzasadnienie: Systematyczny pomiar i jawne raportowanie wyników wzmacniają odpowiedzialność instytucjonalną i pozwalają na porównywanie jakości usług między jednostkami, co sprzyja doskonaleniu organizacji wsparcia i efektywnemu wykorzystaniu zasobów. Badania wskazują, że instytucje prowadzące regularny monitoring i publiczne raportowanie wskaźników jakości osiągają lepsze rezultaty w obszarze opieki psychologicznej i zdrowia publicznego⁴⁹.

- c) **Dobra praktyka:** Zdefiniowanie progów akceptacji dla kluczowych wskaźników (np. maksymalny czas pierwszej odpowiedzi, czas oczekiwania na konsultację w trybie niepilnym) oraz opracowanie procedury reagowania na odchylenia, obejmującej działania naprawcze, przegląd zasobów i ustalenie priorytetów korekcyjnych

Uzasadnienie: Jasno określone progi i scenariusze korekty przekładają ogólne założenia polityki zdrowia psychicznego na praktykę operacyjną, umożliwiając wczesne reagowanie na problemy i racjonalne planowanie zasobów kadrowych. Wskaźniki z ustalonymi poziomami akceptacji są podstawą skutecznych systemów zarządzania jakością w opiece zdrowotnej i edukacyjnej⁵⁰.

- d) **Dobra praktyka:** Uwzględnianie głosu użytkowników w procesie oceny jakości poprzez regularne badania ankietowe, krótkie wywiady jakościowe oraz analizę wniosków z przeglądów przypadków. Zebrane dane powinny stanowić podstawę corocznej aktualizacji programów i procedur wsparcia.

Uzasadnienie: Opinie i doświadczenia osób korzystających z pomocy są niezbędnym elementem oceny użyteczności i adekwatności działań. Połączenie miar ilościowych (np. czas reakcji, satysfakcja) z danymi jakościowymi (np. opis doświadczeń) pozwala lepiej uchwycić subiektywne aspekty skuteczności, które uykają tradycyjnym wskaźnikom liczbowym. W literaturze podkreśla się, że uwzględnienie perspektywy użytkownika zwiększa trafność ewaluacji i prowadzi do bardziej zrównoważonych decyzji o modyfikacjach programów⁵¹.

⁴⁸ Tamże.

⁴⁹ Fortney, J. C., Unützer, J., Wrenn, G., Pyne, J. M., Smith, G. R., Schoenbaum, M., & Harbin, H. T. (2017). *A tipping point for measurement-based care*. Psychiatric Services, 68(2), 179-188.

⁵⁰ Toulany, A., & Shojania, K. G. (2025). *Measurement for improvement*. In *Elements of Improving Quality and Safety in Healthcare*. Cambridge University Press.

⁵¹ Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2019). *Spreading and scaling up innovation and improvement*. BMJ, 365, 12068.

II. Dobre praktyki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów na poziomie samorządowym

2.1. Edukacja i komunikacja

Założenie ogólne:

Samorząd prowadzi spójny, planowy przekaz o dostępnych formach wsparcia, zawsze odsyłający do miejsca scentralizowanego instytucji. Treści powinny być przygotowywane w wersjach dwujęzycznych (j. polski i j. angielski), w prostym języku i z poszanowaniem zasad dostępności cyfrowej.

Dobre praktyki samorządowe: edukacja i komunikacja

- ✓ Spójny, scentralizowany przekaz z wykorzystaniem elektronicznych środków komunikacji
- ✓ Krótkie, konkretne informacje
- ✓ Cykliczne, otwarte spotkania, seminaria
- ✓ Udostępnianie odpowiedzi na najczęstsze pytania
- ✓ Prowadzenie spójnej, scentralizowanej strony internetowej



- a) **Dobra praktyka:** Prowadzenie skoordynowanej komunikacji w korespondencji e-mailowej i oficjalnych profilach w mediach społecznościowych. Każda publikacja powinna zawierać odnośnik do centralnej strony i informację o *trybie postępowania w sytuacjach kryzysowych*.

Uzasadnienie: Spójny, scentralizowany przekaz podnosi rozumienie informacji o zdrowiu i ułatwia skorzystanie z pomocy. Kanały społecznościowe zwiększają zasięg w grupach młodych dorosłych^{52, 53}.

- b) **Dobra praktyka:** Krótkie kampanie destygmatyzujące i informacyjne (np. *gdzie po pomoc?*) z udziałem ambasaderek/ambasadorów rówieśniczych. Publikacja scenariuszy postępowania *krok po kroku*.

Uzasadnienie: Kontakt z osobami rówieśniczymi i komunikaty oparte na doświadczeniu własnym obniżają uprzedzenia i zwiększają gotowość do poszukiwania pomocy⁵⁴.

⁵² Nutbeam, D. (2000). *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

⁵³ Neiger, B. L., Thackeray, R., Van Wagenen, S. A., Hanson, C. L., West, J. H., Barnes, M. D., & Fagen, M. C. (2012). *Use of social media in health promotion: Purposes, key performance indicators, and evaluation metrics*. Health Promotion Practice, 13(2), 159-164.

- c) **Dobra praktyka:** Prowadzenie cyklu otwartych seminariów dobrostanowych (np. *Tydzień zdrowia psychicznego doktorantów i doktorantek*) oraz stałej rubryki FAQ aktualizowanej np. kwartalnie.

Uzasadnienie: Regularność i przewidywalność kontaktu wzmacniają zaangażowanie odbiorców i zwiększają skuteczność edukacji zdrowotnej⁵⁵.

- d) **Dobra praktyka:** Współtworzenie i opiniowanie centralnej strony informacyjnej o wsparciu razem z jednostką/instytucją.

Uzasadnienie: Centralizacja treści skraca czas dotarcia do pomocy i porządkuje ścieżki działania⁵⁶.

- e) **Dobra praktyka:** Opracowanie i aktualizacja krótkich poradników (np. relacja doktorant–promotor, *gdzie po pomoc*), prostych procedur i anonimowych ankiet oceny współpracy.

Uzasadnienie: Badania pokazują, że klimat zaufania, jasne zasady ochrony i niższe ryzyko odwetu wyraźnie zwiększają skłonność do zgłaszania nieprawidłowości oraz przyspieszają uruchamianie działań naprawczych - brak takich gwarancji hamuje zgłaszanie i sprzyja eskalacji⁵⁷.

2.2. Wsparcie rówieśnicze i integracja

Założenie ogólne:

Samorząd organizuje i wspiera struktury rówieśnicze budujące przynależność i wczesne wsparcie, działa w porozumieniu z jednostkami profesjonalnymi i respektuje zasady poufności.

- a) **Dobra praktyka:** Prowadzenie moderowanych grup wsparcia i programów mentoringu rówieśniczego (parowanie w obrębie dyscypliny i między dyscyplinami). Wprowadzenie krótkiego szkolenia i kodeksu poufności dla prowadzących.

Uzasadnienie: Mentoring i wsparcie rówieśnicze zmniejszają poczucie izolacji, poprawiają dobrostan i sprzyjają retencji, co potwierdzają przeglądy i badania w szkolnictwie wyższym⁵⁸.

- b) **Dobra praktyka:** Cykliczne wydarzenia, takie jak dyżury konsultacyjne samorządu (stacjonarne i online), otwarte spotkania informacyjne *zapytaj bez wstydu*, wspólne sesje pracy nad rozprawą oraz krótkie seminaria o organizacji pracy, z możliwością zadawania anonimowych pytań i - w razie potrzeby - skierowania do właściwych specjalistów.

⁵⁴ Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). *Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies*. Psychiatric Services, 63(10), 963-973.

⁵⁵ Dearing, J. W. (2009). *Applying diffusion of innovation theory to intervention development*. Research on Social Work Practice, 19(5), 503-518.

⁵⁶ World Health Organization Regional Office for South-East Asia. (2015). Health literacy toolkit for low- and middle-income countries, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244> (dostęp: 21.10.2025 r.)

⁵⁷ Mesmer-Magnus, J. R., & Viswesvaran, C. (2005). *Whistleblowing in organizations: An examination of correlates of whistleblowing intentions, actions, and retaliation*. Journal of Business Ethics, 62(3), 277-297.

⁵⁸ Collings, R., Swanson, V., & Watkins, R. (2014). *The impact of peer mentoring on levels of student wellbeing, integration and retention: A controlled comparative evaluation of residential students in UK higher education*. Higher Education, 68, 927-942.

Uzasadnienie: Sieci wsparcia i poczucie przynależności pełnią funkcję czynnika ochronnego dla zdrowia psychicznego i funkcjonowania akademickiego⁵⁹.

- c) **Dobra praktyka:** Utworzenie programu *buddy* dla doktorantów i doktorantek zagranicznych.

Uzasadnienie: Wsparcie rówieśnicze w grupach międzynarodowych ułatwia pokonywanie barier językowo-kulturowych i zwiększa korzystanie z proponowanych aktywności⁶⁰.



Dobre praktyki samorządowe: wsparcie wzajemne i mediacje

- ✓ Budowanie mentoringu i wsparcia rówieśniczego
- ✓ Cykliczne wydarzenia pro-pomocowe
- ✓ Program *buddy* dla osób zza granicy
- ✓ Zachowanie pełnej poufności spraw
- ✓ Oferowanie *cichych interwencji*
- ✓ Prowadzenie standaryzowanych, krótkich dokumentacji



2.3. Mediacje, kanały anonimowe i interwencje dyskretne

Założenie ogólne:

Samorząd zapewnia bezpieczne ścieżki zgłaszania trudności, prowadzi wczesne i nieeskalacyjne interwencje oraz współpracuje z instytucją przy rozwiązywaniu sporów ze szczególnym uwzględnieniem ochrony osób zgłaszających.

- a) **Dobra praktyka:** Utrzymywanie poufnego kanału zgłoszeń (z możliwością anonimowości) oraz wyznaczenie rzecznika/zespołu ds. dobrostanu.

Uzasadnienie: Zaufanie i ochrona osób zgłaszających zwiększają liczbę wczesnych interwencji i ograniczają eskalację problemów⁶¹.

⁵⁹ Astin, A. W. (1999). *Student involvement: A developmental theory for higher education*. Journal of College Student Development, 40(5), 518-529.

⁶⁰ Dennis, C.-L. (2003). *Peer support within a health care context: A concept analysis*. International Journal of Nursing Studies, 40(3), 321-332.

- b) **Dobra praktyka:** Oferowanie *cichych interwencji*, wczesne reagowanie w sporach promotor–doktorant (facylitowanie kontaktu, towarzyszenie, przygotowanie do rozmowy) oraz kierowanie do bezstronnej mediacji po stronie instytucji (w razie, gdy taka możliwość jest przewidziana w podmiocie kształcącym).

Uzasadnienie: Mediacja pozwala rozwiązywać spory ugodowo i przywracać współpracę, zwiększając akceptowalność procesu⁶².

- c) **Dobra praktyka:** Standard krótkiej dokumentacji interwencji (minimalizacja danych, bez treści wrażliwych oraz przekazywanie dalej wyłącznie za zgodą lub w sytuacji zagrożenia życia).

Uzasadnienie: Minimalizacja danych osobowych i jasne reguły poufności wzmacniają zaufanie i zgodność z zasadami ochrony danych⁶³.

⁶¹ Near, J. P., & Miceli, M. P. (1985). *Organizational dissidence: The case of whistle-blowing*. Journal of Business Ethics, 4(1), 1-16.

⁶² Katz, N. H. (2017). *Mediation and dispute resolution services in higher education*. W A. Georgakopoulos (Red.), *The Mediation Handbook: Research, Theory, and Practice* (s. 169-184). Routledge.

⁶³ American Psychological Association. (2007). *Record keeping guidelines*. American Psychologist, 62(9), 993-1004.

2.4. Badania potrzeb i ewaluacja oddolna

Założenie ogólne:

Samorząd prowadzi krótkie, regularne ankiety okresowe i ewaluacje własnych działań, zaprojektowane pod kątem użyteczności decyzji.

Dobre praktyki samorządowe: badania i ewaluacja

- ✓ Kwartalne, krótkie badania ankietowe
- ✓ Panel konsultacyjny
- ✓ Publiczny rejestr działań



- a) **Dobra praktyka:** Prowadzenie kwartalnych, krótkich (≤ 10 pytań) ankiet okresowych dotyczących dostępności wsparcia, barier i priorytetów przy jednoczesnym zapewnieniu doboru próby gwarantującego anonimowość oraz publikowanie zagregowanych wniosków.

Uzasadnienie: Zastosowanie projektowania badań dostosowanego do odbiorców zwiększa rzetelność danych i odsetek odpowiedzi, a zwięzłe raporty zbiorcze ułatwiają podejmowanie decyzji⁶⁴.

- b) **Dobra praktyka:** Panel konsultacyjny doktorantek i doktorantów (grupa fokusowa, np. raz na semestr) do pogłębienia wyników ankiet i wspólnego formułowania zaleceń.

Uzasadnienie: Łączenie danych ilościowych i jakościowych pozwala uchwycić potrzeby, których nie widać w prostych wskaźnikach i szybciej skorygować program⁶⁵.

- c) **Dobra praktyka:** Publiczny *rejestr działań* samorządu (np. co wdrożono, z jakim efektem, co jest do poprawy) powiązany z centralną stroną.

Uzasadnienie: Przezroczystość wzmacnia odpowiedzialność i zaufanie, ułatwiając współpracę z instytucją i społecznością⁶⁶.

⁶⁴ Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, phone, mail, and mixed-mode surveys: The tailored design method* (4th ed.). Wiley.

⁶⁵ Patton, M. Q. (2008). *Utilization-focused evaluation* (4th ed.). Sage.

⁶⁶ Dearing, J. W. (2009). *Applying diffusion of innovation theory to intervention development*. Research on Social Work Practice, 19(5), 503-518.

2.5. Współpraca z jednostkami ds. dostępności

Założenie ogólne:

Samorząd działa w logice projektowania uniwersalnego, współpracując z Biurami ds. Osób ze szczególnymi potrzebami lub Osób z niepełnosprawnościami, przy planowaniu wydarzeń, materiałów i komunikacji tak, aby były dostępne dla wszystkich.

- a) **Dobra praktyka:** Wyznaczenie osoby kontaktowej ds. dostępności oraz stosowanie listy kontrolnej dostępności (np. kontrast, napisy, alternatywne formaty, pętla indukcyjna, dostępność językowa) dla każdego organizowanego wydarzenia.

Uzasadnienie: Projektowanie uniwersalne i stosowanie standardów WCAG 2.1 wzmacniają równość dostępu do wsparcia i informacji⁶⁷.

- b) **Dobra praktyka:** Współtworzenie *mapy barier* (np. architektonicznych, cyfrowych, językowych) i przekazywanie wniosków do instytucji wraz z propozycjami rozwiązań.

Uzasadnienie: Systematyczne przeglądy dostępności i współprojektowanie rozwiązań zwiększają skuteczność wdrożeń i satysfakcję ich użytkowników⁶⁸.



Dobre praktyki samorządowe: współpraca i finansowanie

- ✓ Dedykowana osoba kontaktowa
- ✓ Kontrola dostępności
- ✓ Stosowanie *mapy barier*
- ✓ Planowanie budżetu
- ✓ Pozyskiwanie środków zewnętrznych



2.6. Finansowanie i zasoby

⁶⁷ World Wide Web Consortium. (2018). Web content accessibility guidelines (WCAG) 2.1. <https://www.w3.org/TR/WCAG21/>

⁶⁸ Burgstahler, S. E. (2015). *Universal design in higher education: From principles to practice* (2nd ed.). Harvard Education Press.

- a) **Dobra praktyka:** Planowanie mikro-budżetów na działania dobrostanowe i pozyskiwanie środków zewnętrznych, umowy o współpracy (np. wsparcie IT, rezerwacja sal, tłumaczenia).

Uzasadnienie: Zapewnienie stałego finansowania oraz uporządkowanego planu wdrażania umożliwia realizację cyklicznych działań (np. warsztatów), stabilne zakontraktowanie prowadzących i rzetelne rozliczanie efektów. W przeciwnym razie inicjatywy mają charakter doraźny i nie przekładają się na trwałe wsparcie⁶⁹.

⁶⁹ Scheirer, M. A., & Dearing, J. W. (2011). *An agenda for research on the sustainability of public health programs*. American Journal of Public Health, 101(11), 2059-2067.

III. Dobre praktyki w zakresie prawnych rozwiązań dotyczących przeciwdziałania przemocy: Płaszczyzna instytucjonalna

3.1. Rozwiązywanie sporów na linii doktorant-promotor

Prawidłowa relacja doktoranta i promotora stanowi jeden z gwarantów skuteczności kształcenia doktoranckiego. Z tego względu każdy konflikt na tym polu powinien być traktowany poważnie. Ponadto zgodnie ze wskazaniem zawartym w uzasadnieniu do projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki w sprawie ewaluacji jakości kształcenia w szkole doktorskiej⁷⁰ w ramach ewaluacji szkół doktorskich w związku z kryterium jakości opieki naukowej lub artystycznej i wsparcia w prowadzeniu działalności naukowej (art. 261 pkt 5 PSWiN⁷¹) dokonuje się oceny:

- 1) czy szkoła doktorska opracowała zasady postępowania na wypadek wystąpienia konfliktu doktoranta z promotorem,
- 2) na czym te zasady polegają,
- 3) jeżeli dochodzi do konfliktu – w jaki sposób jest on rozwiązywany,
- 4) jak wdrożono opracowane zasady,
- 5) czy okazały się one skuteczne, a jeżeli nie, to czy dokonano jakichś zmian w tym zakresie.



Przeciwdziałanie przemocy: Instytucja

- ✓ Klarowne zasady współpracy
- ✓ Przejrzyste procedury reagowania na konflikt
- ✓ Uwzględnienie wsparcia mediatora
- ✓ Współtworzenie procedur antyprzemocowych przez wszystkie grupy wspólnoty akademickiej



- a) **Dobra praktyka:** Uzgodnienie jasnych zasad współpracy doktoranta z promotorem po rozpoczęciu kształcenia, np. w postaci spisanego oświadczenia.

Uzasadnienie: Uzgodnienie klarownych zasad współpracy doktoranta z promotorem po rozpoczęciu kształcenia pozwala na uporządkowanie procesu kształcenia w zakresie przygotowania indywidualnego planu badawczego, jego realizacji, przygotowania do

⁷⁰ Uzasadnienie do projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki w sprawie ewaluacji jakości kształcenia w szkole doktorskiej, <https://www.gov.pl/web/nauka/ewaluacja-szkol-doktorskich> (dostęp: 21.10.2025 r.)

⁷¹ Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1571 z późn. zm. (dalej jako: PSWiN).

rozprawy doktorskiej i sporządzania rozprawy. Zasady te mogą dotyczyć formy kontaktu, częstotliwości spotkań itp., co może w efekcie zapobiegać powstawaniu nieporozumień oraz pozwalać na prawidłową kwalifikację danego zachowania jako naruszenia ustalonych zasad.

- b) **Dobra praktyka:** Przyjęcie prostej, nadmiernie niesformalizowanej procedury postępowania w sytuacji wystąpienia konfliktu na linii doktorant-promotor, możliwie z uwzględnieniem udziału osób neutralnych oraz osób wyspecjalizowanych w obszarze rozwiązywania sporów (np. mediatorów), jak i zdrowia psychicznego (np. psychologa)⁷².

Uzasadnienie: Zapewnienie przejrzystych i zrozumiałych zasad postępowania w razie wystąpienia konfliktu na linii doktorant-promotor stanowi nie tylko realizację założeń ewaluacyjnych, ale przede wszystkim ma gwarantować i tworzyć bezpieczne środowisko do pracy naukowej. W świetle przyjętych wytycznych ewaluacji zasady te powinny mieć charakter odrębny, niejako dodatkowy względem przyjmowanych w podmiotach kształcących procedur antymobbingowych czy antydyskryminacyjnych oraz odnosić się do szczególnej relacji doktoranta z promotorem. Istotna jest również odpowiednia konstrukcja przyjmowanej procedury zapewniająca niezależność, obiektywizm i bezstronności w rozwiązaniu sporu. W wersji modelowej może ona przewidywać wsparcie osoby posiadającej uprawnienia mediatora⁷³ oraz być powiązana z systemem wsparcia psychologicznego. Procedura uwzględniająca wskazane aspekty może stanowić skuteczne narzędzie wygaszania konfliktów bądź umożliwiać odpowiedzialnie zarządzanie nimi.

- c) **Dobra praktyka:** Procedura postępowania w sytuacji wystąpienia konfliktu na linii doktorant-promotor wykorzystująca instytucję mediacji prowadzonej przez osobę posiadającą uprawnienia mediatora lub przeszkolonego i doświadczonego w tym zakresie pracownika.

Uzasadnienie: Mediacja stanowi jedną z podstawowych metod polubownego rozwiązywania sporów, występującą również w postępowaniach sądowych lub na etapie przed sądowym. Fachowe prowadzenie mediacji może umożliwić stronom na zaprezentowanie swoich stanowisk w spokojnej atmosferze oraz kierować ku formułowaniu własnych rozwiązań. Rozwiązanie to może zapewniać większy stopień bezstronności i obiektywności.

3.2. Ogólnoakademickie procedury antyprzemocowe

- a) **Dobra praktyka:** Włączenie wszystkich grup wspólnoty akademickiej do zakresu podmiotowego przyjmowanej w podmiocie kształcącym procedury antyprzemocowej (antymobbingowej, antydyskryminacyjnej, równościowej itp.). z uwzględnieniem specyfiki funkcjonowania w podmiocie każdej z ww. grup.

⁷² Z badań przeprowadzonych na potrzeby opracowania monografii pt. „Ewaluacja jakości kształcenia w szkołach doktorskich – aspekty praktyczne” wynika jednak, że przeważającej większości analizowanych regulaminów szkół doktorskich (43 na 50) brak jest zawartej w nich procedury rozwiązywania sporów na linii doktorant- promotor. Przewidziana została ona jednak w 7 regulaminach (14%) – W. Kiełbasiński, A. Kola, B. Pietrzyk-Tobiasz, *Ewaluacja jakości kształcenia w szkołach doktorskich: aspekty praktyczne*, Toruń 2024, s. 196).

⁷³ Jak wynika z badania prowadzonego przez dr n. med. i n. o zdr. J. Smolarczyk pt. „Ocena form dostępności doraźnej i awaryjnej pomocy psychologicznej w polskich uczelniach wyższych i instytutach badawczych”, ankietowane doktorantki i doktoranci wskazali, że podmioty prowadzące szkoły doktorskie powinny zatrudniać psychologów, którzy specjalizują się w pracy z doktorantami. Takie stanowisko zdecydowanie popiera 181 respondentek i respondentów (57,5%) a raczej popierają je 82 osoby (25,9%).

Uzasadnienie: Uczelnia lub instytut jako pracodawca w rozumieniu Kodeksu pracy⁷⁴ jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi (art. 943 § 1 KP). Przepis ten stanowi formalną podstawę tworzenia szczegółowych procedur antymobbingowych i antydyskryminacyjnych. Co więcej, pracodawca jest obowiązany szanować godność i inne dobra osobiste pracownika. Jednakże przepisy Kodeksu pracy nie mają w większości zastosowania do doktorantów, tj. osób niepozostających z podmiotem kształcącym w stosunku pracy. Co za tym idzie, obowiązek uczelni jako pracodawcy przeciwdziałania mobbingowi wśród doktorantów jest *de facto* fakultatywny. W konsekwencji uwzględnienie doktorantów w zakresie podmiotowym przyjmowanej procedury pozwoli im korzystać z przewidzianych w niej rozwiązań oraz budować spójny system pomocowy.

⁷⁴ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.).

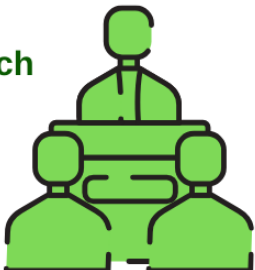
IV. Dobre praktyki w zakresie prawnych rozwiązań dotyczących przeciwdziałania przemocy: Płaszczyzna samorządowa

4.1. Potencjalne działania i rola samorządu doktorantów



Przeciwdziałanie przemocy: Samorząd

- ✓ Aktywny udział w kształtowaniu procesów i kadr dedykowanych sprawom doktoranckim
- ✓ Współtworzenie poradników dobrych praktyk oraz działań interwencyjnych
- ✓ Wsparcie w procesach mediacyjnych



- a) **Dobra praktyka:** aktywny udział samorządu w korzystaniu z ustawowych uprawnień, w szczególności w zakresie uzgodnienia powołania osoby pełniącej funkcje kierownicze, do kompetencji której należą sprawy doktoranckie (dyrektora/kierownika szkoły doktorskiej, prorektora itp.).

Uzasadnienie: Powołanie osoby do pełnienia funkcji kierowniczej, do której zakresu obowiązków należą sprawy doktorantów, wymaga uzgodnienia z samorządem doktorantów (art. 23 ust. 5 PSWiN). Treść przywołanego przepisu zakłada i gwarantuje aktywną rolę samorządu doktorantów w procesie powołania ww. osoby, co ma szczególne znaczenie w przypadku powołania kadry kierowniczej szkół doktorskich⁷⁵. Prawidłowe przeprowadzenie procesu uzgodnieniowego pozwala przyjąć, że osoba powołana do kierowania szkołą doktorską posiada mandat zaufania zarówno od władz uczelni (instytutu), jak i społeczności doktorantów w takim podmiocie, co ma fundamentalne znaczenie w kontekście rozwiązywania sporów zaistniałych w związku z odbywaniem kształcenia doktoranckiego oraz zapewniania odpowiedniego poziomu rozwiązań pomocowych w obszarze zdrowia psychicznego.

- b) **Dobra praktyka:** Tworzenie poradników dobrych praktyk w relacji doktorant-promotor wsparcia od doktorantów dla doktorantów oraz poradników działania w trudnych i kryzysowych sytuacjach

⁷⁵ Wyniki ankiety przeprowadzonej przez Krajową Reprezentację Doktorantów wśród kadry kierowniczej szkół doktorskich (2025) w związku z udziałem w III Ogólnopolskiej Konferencji Szkół Doktorskich pokazały, iż dość często odpowiedzialność i kompetencja w zakresie rozwiązania sporu między promotorem a doktorantem spoczywa na dyrektorze/kierowniku szkoły doktorskiej (źródło: dane własne).

Uzasadnienie: Tworzenie materiałów, w szczególności poradników dotyczących współpracy promotorskiej oraz dotyczących działań w razie doświadczenia sytuacji kryzysowej przede wszystkim będzie podnosić świadomość prawną doktorantów na temat przysługujących uprawnień, a także zwiększać świadomość o dostępnych rozwiązaniach pomocowych – zarówno środków ochrony prawnej, jak i pomocy psychologicznej.

- c) **Dobra praktyka:** Wsparcie w mediacjach z promotorami obejmujących pomoc w rozwiązywaniu sporów, prowadzenie dialogu z władzami szkoły doktorskiej oraz uczestnictwo w spotkaniach mediacyjnych

Uzasadnienie: Udział samorządu w mediacjach między doktorantem a promotorem w razie wystąpienia konfliktu może zwiększać poczucie bezpieczeństwa doktoranta (dawać poczucie, że nie jest osamotniony w swoim problemie i ma wsparcie) oraz skuteczności przeprowadzanych mediacji.

V. Zakończenie

Opracowany *Kodeks dobrych praktyk w zakresie ochrony zdrowia psychicznego doktorantek i doktorantów* jest wyrazem dążenia do trwałego włączenia troski o dobrostan psychiczny w system kształcenia akademickiego. W efekcie szerokiej refleksji nad warunkami kształcenia i pracy badawczej w Polsce, opartej na danych i doświadczeniach z projektu PhD Well powstał niniejszy zbiór rekomendacji i wskazówek, które mogą wspierać podmioty prowadzące szkoły doktorskie oraz samorządy doktorantów w tworzeniu środowiska naukowego sprzyjającego zdrowiu psychicznemu, równowadze i poczuciu bezpieczeństwa.

Zawarte w Kodeksie dobre praktyki wyznaczają kierunek rozwoju polityk instytucjonalnych oraz lokalnych inicjatyw doktoranckich, łącząc perspektywę organizacyjną i etyczną. Podkreślają one znaczenie współpracy, komunikacji i odpowiedzialności wspólnotowej w budowaniu zintegrowanego systemu wsparcia.

Kodeks zwraca uwagę, że troska o dobrostan nie jest jedynie kwestią indywidualną, lecz elementem systemu jakości kształcenia i kultury akademickiej. Skuteczna profilaktyka, szybka interwencja, transparentna komunikacja i ewaluacja oparte na danych tworzą fundament bezpiecznego i wspierającego środowiska naukowego.

Wdrożenie dobrych praktyk zawartych w niniejszym Kodeksie oznacza krok w stronę dojrzałej kultury akademickiej, w której troska o zdrowie psychiczne jest elementem odpowiedzialności instytucjonalnej w budowaniu uczelni otwartej, empatycznej i odpowiedzialnej. Ostatecznym celem jest stworzenie środowiska, w którym rozwój naukowy i osobisty doktorantek i doktorantów może przebiegać w atmosferze zaufania, stabilności i wzajemnego wsparcia: wartości niezbędnych dla przyszłości polskiej nauki.

