

Magdalena Woynarowska-Sołdan
Zakład Zdrowia Publicznego
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny

Autoreferat

1. Imię i nazwisko: Magdalena Woynarowska-Sołdan

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe

1992 – tytuł zawodowy magistra uzyskany na Wydziale Pedagogicznym Uniwersytetu Warszawskiego (dyplom z wyróżnieniem)

Tytuł pracy magisterskiej: *Palenie tytoniu a samopoczucie i sytuacja szkolna uczniów w wieku 11–15 lat w Polsce*

Promotor: prof. dr hab. Andrzej Jaczewski

1994 – tytuł zawodowy licencjata uzyskany w Nauczycielskim Kolegium Języka Francuskiego Uniwersytetu Warszawskiego

Tytuł pracy licencjackiej: *Etre enseignant de français. Analyse d'une enquête réalisée auprès des enseignants de français dans des écoles de Varsovie (Funkcjonowanie nauczycieli języka francuskiego. Analiza wyników ankiety przeprowadzonej wśród nauczycieli języka francuskiego ze szkół warszawskich)*

Promotor: dr Jolanta Zając

2006 – stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie pedagogiki nadany uchwałą Rady Wydziału Pedagogicznego Uniwersytetu Warszawskiego

Tytuł rozprawy doktorskiej: *Klimat społeczny w szkole promującej zdrowie*

Promotor: dr. hab. Elżbieta Putkiewicz, prof. UW

Recenzenci: dr hab. Dorota Klus-Stańska, prof. UWM; prof. dr hab. Henryka Kwiatkowska

Ukończone studia podyplomowe i kursy

2016 – Studia Podyplomowe na kierunku *Psychodietetyka* w Centrum Studiów Podyplomowych i Szkoleń SWPS Uniwersytetu Humanistycznospołecznego w Warszawie

2007 – kurs redakcji merytorycznej organizowany przez Polskie Towarzystwo Wydawców Książek

3. Informacja o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych

Od 2007 r. do chwili obecnej – Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauki o Zdrowiu, Zakład Zdrowia Publicznego, adiunkt (2007–2015), starszy wykładowca (od 2015)

1994–2007 – Uniwersytet Warszawski, Centrum Kształcenia Nauczycieli Języków Obcych i Edukacji Europejskiej UW, Uniwersyteckie Kolegium Kształcenia Nauczycieli Języka Francuskiego, asystent (1994–2001), wykładowca (2001–2007)

4. Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2013 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 882 ze zm. w Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.)

a) Tytuł osiągnięcia naukowego

Cykl publikacji stanowiących rozprawę habilitacyjną pt.:
*Promocja zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych
w szkołach promujących zdrowie*

b) Autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy

1. **Woynarowska-Soldan M.** (2015), *Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji*, Kwartalnik Pedagogiczny, 1(235): 97–111 (punktacja: 10 pkt MNiSW¹).
2. Woynarowska B., **Woynarowska-Soldan M.** (2015), *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*, Pedagogika Społeczna, 3(57): 163–184 (punktacja: 11 pkt MNiSW).
3. **Woynarowska-Soldan M.**, Juszczak G. (2015), *Zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkoły w Polsce: dlaczego potrzebna jest jego promocja?*, Ruch Pedagogiczny, 3: 71–86 (punktacja: 10 pkt MNiSW).
4. **Woynarowska-Soldan M.**, Węziak-Białowolska D. (2012), *Analiza psychometryczna Skali pozytywnych zachowań zdrowotnych dla dorosłych*, Problemy Higieny i Epidemiologii, 93(2): 369–376 (punktacja: 6 pkt MNiSW).
5. **Woynarowska-Soldan M.**, Węziak-Białowolska D. (2012), *Skala czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie – analiza psychometryczna*, Medycyna Pracy, 63(1): 73–83 (punktacja: 0,391 IF, 15 pkt MNiSW).
6. **Woynarowska-Soldan M.**, Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska B. (2013), *Zdrowie i samopoczucie psychiczne dyrektorów szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce*, Ruch Pedagogiczny, 1: 39–48 (punktacja: 10 pkt MNiSW).

¹ Dokument z Analizą bibliometryczną potwierdzającą punktację moich publikacji: załącznik 6.

7. **Woynarowska-Soldan M.**, Tabak I. (2013), *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 11(4): 348–357 (punktacja: 8 pkt MNiSW).
8. **Woynarowska-Soldan M.**, Tabak I. (2013), *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*, Medycyna Pracy, 64(5): 659–670, doi: 10.13075/mp.5893.2013.0065 (punktacja: 0,318 IF, 15 pkt MNiSW).
9. **Woynarowska-Soldan M.**, Węziak-Białowolska D. (2012), *Wybrane czynniki sprzyjające dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie*, Kwartalnik Pedagogiczny, 2(224): 145–162 (punktacja: 10 pkt MNiSW).
10. **Woynarowska-Soldan M.**, Węziak-Białowolska D. (2012), *Profile czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli i sposób ich wykorzystania w szkołach promujących zdrowie*, Medycyna Pracy, 63(2): 211–216 (punktacja: 0,391 IF, 15 pkt MNiSW).
11. **Woynarowska-Soldan M.** (2016), *Projekt „Promocja zdrowia pracowników szkoły”*, *Podstawy teoretyczne i koncepcja*, Chowanna, 2(45): 239–259 (punktacja: 10 pkt MNiSW).
12. **Woynarowska-Soldan M.** (2014), *„Metoda Action Research” i jej zastosowanie w promocji zdrowia*, Hygeia Public Health, 49(4): 672–678 (punktacja: 7 pkt MNiSW).
13. **Woynarowska-Soldan M.** (2015), *Project on school staff health promotion in Poland: The first experiences*, Health Education, 115(3/4): 405–419.
14. **Woynarowska-Soldan M.** (2016), *Ewaluacja wyników projektu promocji zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*, Medycyna Pracy, 67(2): 187–200, doi: 10.13075/mp.5893.00356 (punktacja: 0,416 IF, 15 pkt MNiSW).
15. **Woynarowska-Soldan M.** (2018), *Implementation trial of school staff health promotion: Polish experiences*, Health Promotion International, 1–12, doi:10.1093/heapro/day068 (punktacja: 1,866 IF, 30 pkt MNiSW).

Łączna punktacja: 172 pkt MNiSW i 3,382 IF

c) Omówienie celu naukowego/artystycznego ww. pracy/prac i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

Cykl publikacji stanowiących rozprawę habilitacyjną pt. *Promocja zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych w szkołach promujących zdrowie* obejmuje 15 artykułów oryginalnych lub przeglądowych, które zamieszczono w recenzowanych czasopismach z dziedziny pedagogiki, zdrowia publicznego i medycyny pracy, w 14 z nich jestem pierwszą autorką; 2 są w języku angielskim (łącznie punktacja: 172 pkt MNiSW, 3,382 IF). Są to prace interdyscyplinarne z pogranicza pedagogiki (zwłaszcza pedagogiki zdrowia i edukacji zdrowotnej), psychologii (zwłaszcza psychologii zdrowia) oraz promocji zdrowia i zdrowia publicznego odnoszące się do systemu edukacji i realizowanego w nim od ponad 25 lat programu „Szkoła promująca zdrowie” (SzPZ). Podstawą tego programu jest koncepcja promocji zdrowia, która – według WHO – jest procesem zmian społecznych, w którym ludzie sami kontrolują swoje zdrowie i mogą wpływać na czynniki je warunkujące w celu poprawy i umacniania zdrowia. W odniesieniu do szkoły oznacza to, że członkowie społeczności szkolnej identyfikują swoje problemy i potrzeby zdrowotne oraz podejmują działania dla ich rozwiązania/zaspokojenia. Są to działania indywidualne podejmowane w celu zmiany stylu życia w kierunku prozdrowotnym oraz działania zbiorowe podejmowane wspólnie przez społeczność szkolną w celu tworzenia w szkole środowiska społecznego i fizycznego sprzyjającego zdrowiu i dobremu samopoczuciu.

Celem cyklu jest prezentacja:

- wyników badań własnych nad zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi i samopoczuciem zawodowym nauczycieli i pracowników niepedagogicznych w SzPZ,
- założeń, przebiegu i wyników projektu *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie* (2012–2015) zmierzającego do zainicjowania w 21 SzPZ indywidualnych i zespołowych działań na rzecz zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych.

Ze względu na wieloaspektowość podejmowanych zagadnień podstawę teoretyczną prac prezentowanych w niniejszym cyklu stanowią elementy różnych teorii i modeli stosowanych m.in. w promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i psychologii zdrowia. W pracach własnych odwoływałam się m.in. do koncepcji promocji zdrowia, w tym specyficznych dla niej podejść i zasad, oraz teorii zmian zachowań zdrowotnych (ich krótki opis zamieściłam na stronie

14–15). W projekcie *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie* wykorzystałam uogólniony model planowania i metodę *Action Research*.

Prezentowane w cyklu artykuły dotyczą szkoły jako miejsca pracy i nauki. Ich podmiotem są pracownicy szkoły: nauczyciele i pracownicy niepedagogiczni. Przedmiotem zainteresowania jest ich zdrowie i dobre samopoczucie jako zasób sprzyjający wywiązywaniu się z roli zawodowej oraz efektywności oddziaływań dydaktycznych oraz wychowawczo-profilaktycznych szkoły, a także zdrowiu uczniów. Wszelkie działania na rzecz ochrony i wzmacniania zdrowia pracowników szkoły są inwestycją w ich zdrowie, zdrowie uczniów i społeczeństwa. Wiele działań w tym kierunku może i powinno być podejmowanych w szkołach przez samych ich pracowników, w tym szczególnie dyrekcję i nauczycieli, wspieranych w rozwiązywaniu problemów i zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych przez odpowiednie placówki resortu edukacji i zdrowia oraz samorządu lokalnego. Kluczową sprawą jest tu zrozumienie potrzeby podejmowania takich działań i nabywanie kompetencji w tym zakresie.

Cykl artykułów stanowiących rozprawę habilitacyjną podzieliłam na trzy części:

- I. Koncepcja i rozwój szkoły promującej zdrowie w Europie i w Polsce (dwa artykuły).
- II. Zdrowie, zachowania zdrowotne i samopoczucie zawodowe nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły (osiem artykułów).
- III. Projekt *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie* (pięć artykułów).

Przedstawienie zagadnień dotyczących zdrowia i samopoczucia zawodowego nauczycieli i innych pracowników szkoły oraz działań dla ich poprawy w piśmiennictwie interdyscyplinarnym niesie ze sobą istotne korzyści:

- osoby związane z systemem edukacji – twórcy polityki oświatowej, osoby kształcące nauczycieli, pracownicy szkół, zwłaszcza pracownicy pedagogiczni – mogą zwrócić większą uwagę na znaczenie tych zagadnień i podjąć refleksję nad potrzebą, możliwościami i sposobami podejmowania indywidualnych i zespołowych działań o charakterze prozdrowotnym (salutogennym),
- osoby związane ze zdrowiem publicznym i medycyną pracy mogą lepiej poznać problemy i potrzeby zdrowotne nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkół, zastanowić się nad skutecznymi sposobami ich wspierania w zakresie ochrony i promocji ich zdrowia.

I. Koncepcja i rozwój szkoły promującej zdrowie w Europie i w Polsce

W tej części cyklu zamieściłam dwa artykuły przeglądowe przedstawiające genezę szkoły promującej zdrowie (SzPZ), jej koncepcję oraz jej ewolucję w Europie i w Polsce w latach 1991–2015. Artykuły te prezentują kontekst, w którym podjęłam badania własne nad zdrowiem nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły oraz projekt *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*. Z koncepcją SzPZ jestem związana od początku jej wprowadzania w Polsce, od 2004 r. aktywnie uczestniczę w pracach nad jej kolejnymi modyfikacjami i rozszerzeniem na przedszkola i szkoły specjalne dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną.

Program SzPZ jest realizowany w Europie i w Polsce od 1991 r. Został zainicjowany przez WHO Biuro Regionalne dla Europy w 4 krajach (Czechy, Polska, Słowacja, Węgry). W 1992 r. WHO, Rada Europy i Komisja Europejska utworzyły *Europejską Sieć Szkół Promujących Zdrowie (European Network of Health Promoting School, ENHPS)*. Polska była jednym z pierwszych jej członków. W 2007 r. sieć ta przekształciła się w sieć *Szkoły dla Zdrowia w Europie (School for Health in Europe, SHE)* i należy do niej obecnie 45 krajów. Cechą programu SzPZ jest podejście siedliskowe (*settings approach*), jedno z kluczowych podejść w promocji zdrowia (jego opis przedstawiłam w tabeli 1, s. 14).

W Polsce program SzPZ jest najdłużej trwającym programem działań na rzecz zdrowia w szkole wdrażanym na terenie całego kraju na mocy porozumienia między Ministrem Edukacji Narodowej, Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Sportu i Turystyki (ostatnie porozumienie z 2009 r.). Jest to ruch oddolny, szkoły dobrowolnie podejmują decyzję o realizacji tego programu. Dla wspierania szkół go realizujących w systemie edukacji istnieje unikatowa w skali Europy struktura na poziomie kraju i województwa (rejonu, miasta). Do 16 wojewódzkich sieci SzPZ należało w 2018 r. ponad 3500 szkół i przedszkoli ogólnodostępnych. Od 2009 r. nadawany jest przez Ministra Edukacji Narodowej *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie*, a od 2018 r. również *Krajowy Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie*. Do końca 2018 r. krajowe certyfikaty otrzymało 310 szkół i przedszkoli.

W pierwszym artykule w tej części – **Wojnarowska-Soldan M. (2015), *Szkoła promująca zdrowie w Europie w świetle dokumentów czterech europejskich konferencji*, „Kwartalnik Pedagogiczny”** – przedstawiłam zmiany, jakie dokonywały się w koncepcji i strategii

tworzenia SzPZ w Europie w latach 1989–2013. Pierwszym dokumentem, w którym opisano założenia SzPZ, był raport *Zdrowa szkoła*, wydany i upowszechniony w 1989 r. przez WHO (przetłumaczony na język polski). Zmiany założeń SzPZ dokonywały się na kolejnych Europejskich Konferencjach Szkół Promujących Zdrowie (1997, 2002, 2009, 2013). Kończyły się one uzgodnionymi rezolucjami/stanowiskami wytyczającymi kierunki rozwoju projektu/programu SzPZ w Europie w kolejnych latach. Byłam aktywnym uczestnikiem dwóch ostatnich z tych konferencji. Na pierwszej konferencji (1997, Saloniki-Halkidki, Grecja) opracowano dziesięć kluczowych zasad SzPZ (demokracja, równość, wzmacnianie kompetencji do działania, środowisko fizyczne i społeczne szkoły, program nauczania, kształcenie nauczycieli, mierzenie efektów, współdziałanie, społeczności, kontynuacja i rozwój). Na drugiej konferencji (2002, Egmond, Holandia) określono warunki dla wdrażania i rozwoju SzPZ, zasady projektowania i ewaluacji działań. Na trzeciej konferencji (2009, Wilno) określono pięć kluczowych wartości SzPZ (równość, ciągłość i kontynuacja działań, włączanie, upodmiotowienie i rozwijanie kompetencji do działania, demokracja) oraz pięć filarów SzPZ (całościowe podejście do promocji zdrowia w szkole, uczestnictwo, jakość szkoły, dowody, szkoła a społeczność lokalna). W rezolucji czwartej konferencji (2013, Odense, Dania) potwierdzono aktualność wcześniej przyjętych zasad. Powinny być one podstawą tworzenia SzPZ we wszystkich krajach należących do sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie*.

W drugim artykule w części pierwszej – **Woynarowska B., Woynarowska-Soldan M. (2015), *Szkoła promująca zdrowie w Europie i Polsce. Rozwój koncepcji i struktury dla jej wspierania w latach 1991–2015*, „Pedagogika Społeczna”** – opisano zmiany, jakie dokonywały się w polskiej koncepcji i strategii tworzenia SzPZ w okresie 25 lat. Były one powiązane z zapisami w rezolucjach/stanowiskach ww. konferencji, ale dostosowane do warunków społeczno-ekonomicznych w naszym kraju oraz specyfiki polskiego systemu edukacji i dokonujących się w nim w okresie transformacji ustrojowej zmian strukturalnych i programowych. W latach 1992–2005 polska koncepcja SzPZ nawiązywała do raportu WHO *Zdrowa szkoła*. W 2006 r. opracowano pierwszy krajowy model i standardy SzPZ oraz narzędzia do autoewaluacji podejmowanych w niej działań. Kolejnej modyfikacji tych zapisów dokonano w 2016 r. W dokonywaniu tych zmian uczestniczyli nauczyciele ze SzPZ, koordynatorzy wojewódzkich i rejonowych sieci tych szkół. Szczególny nacisk położono na długofalowość i skuteczność działań (właściwe planowanie i ewaluacja działań) oraz uczestnictwo w nich całej społeczności szkolnej.

II. Zdrowie, zachowania zdrowotne i samopoczucie zawodowe nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkół promujących zdrowie

W drugiej części cyklu zamieściłam osiem artykułów. Przedstawiają one proces tworzenia skal do badania zachowań zdrowotnych i samopoczucia zawodowego oraz wybrane wyniki badań własnych nad zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi i samopoczuciem zawodowym nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły. Badania te poprzedzały lub towarzyszyły realizacji projektu *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*. Umożliwiły one poznanie pracowników szkoły w kontekście ich problemów i potrzeb zdrowotnych. Były to badania ilościowe z wykorzystaniem metody sondażu i techniki ankiety. Przeprowadzono je w licznych grupach nauczycieli, w tym dyrektorów, i pracowników niepedagogicznych szkół.

Pracownicy szkoły stanowią liczną i zróżnicowaną społeczność. Należą do niej:

- nauczyciele: w roku szkolnym 2013/2014 w systemie oświaty pracowało około 476 tys. nauczycieli, niemal wszyscy posiadają wyższe wykształcenie, większość osiągnęła wysoki stopień awansu zawodowego,
- pracownicy niepedagogiczni: we wrześniu 2012 r. liczba pracowników niepedagogicznych szkół wyniosła 267 tys., około 30% z nich stanowili pracownicy administracji, a około 70% pracownicy obsługi, kuchni i stołówki szkolnej. Pracowników tych charakteryzuje niższy niż u nauczycieli status społeczno-ekonomiczny, inny jest też charakter ich pracy. Pozostają oni na marginesie systemu edukacji, poza rutynowymi szkoleniami BHP nie oferuje się im na ogół innych form szkolenia.

Tę część cyklu otwiera artykuł przeglądowy: **Woynarowska-Soldan M., Juszczyk G. (2015), *Zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkoły w Polsce: dlaczego potrzebna jest jego promocja?*, „Ruch Pedagogiczny”**. Przedstawiono w nim charakterystykę pracowników szkoły pod względem stanu zdrowia fizycznego i psychicznego oraz zachowań zdrowotnych na podstawie analizy dotychczasowego piśmiennictwa i wybranych elementów badań własnych. Omówiono w nim także czynniki ryzyka dla zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych oraz czynniki chroniące przed negatywnymi skutkami obciążeń zawodowych u nauczycieli. Uzasadniono potrzebę inwestycji w zdrowie pracowników szkoły i wskazano możliwości wdrażania programów promocji zdrowia w tej grupie.

Analiza dotychczasowego piśmiennictwa wykazała, że istnieje wiele badań dotyczących różnych aspektów pracy nauczycieli, a przede wszystkim ogólnej sytuacji społeczno-demograficznej i zawodowej, warunków pracy, prestiżu zawodu oraz opinii o jego wykonywaniu. W kontekście zdrowia dominują publikacje naukowe dotyczące obciążeń psychospołecznych nauczycieli i ich skutków (w tym zwłaszcza stresu, zespołu wypalenia zawodowego, mobbingu) i zaburzeń głosu. Nieliczne są badania dotyczące ogólnego stanu zdrowia i kondycji psychofizycznej nauczycieli. Najczęstszym problemem ich zdrowia fizycznego są zaburzenia laryngologiczne, często występują bóle kręgosłupa i głowy. Szacuje się, że zaburzenia zdrowia psychicznego dotyczą ok. 10–30% nauczycieli, w tym u 10–20% nauczycieli występuje nasilony poziom wypalenia zawodowego.

Praca i obciążenia z nią związane oraz problemy zdrowotne pracowników niepedagogicznych nie były dotychczas przedmiotem zainteresowania badaczy. W grupie tej przeważają osoby z niższym poziomem wykształcenia. W piśmiennictwie wykazano, że pracownicy nisko wykształceni w porównaniu z lepiej wykształconymi gorzej oceniają swoje zdrowie, rzadziej prowadzą prozdrowotny styl życia oraz mają mniejszą wiedzę i umiejętności dbania o zdrowie.

Dokonanie przeglądu badań nad zdrowiem pracowników szkoły uzasadniało potrzebę pogłębienia badań w tym zakresie. Temu m.in. miały służyć badania własne nad zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi i samopoczuciem zawodowym pracowników szkoły.

Pierwszym krokiem w procesie badań własnych była analiza możliwości zastosowania standardowych sprawdzonych narzędzi pomiaru. W przypadku subiektywnej oceny stanu zdrowia zdecydowałam się wykorzystać pytania pochodzące ze standardowych kwestionariuszy (badanie GUS, badanie HBSC²). W przypadku oceny zachowań zdrowotnych i samopoczucia zawodowego pracowników szkoły uznałam, że zaistniała potrzeba skonstruowania własnych narzędzi do ich pomiaru. W ramach tych prac:

- Dokonałam modyfikacji i weryfikacji właściwości psychometrycznych autorskiej *Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych (SPZZ)*, dotyczącej częstości podejmowania wybranych zachowań prozdrowotnych z pięciu grup: racjonalne żywienie; dbałość

² Międzynarodowe badania HBSC (*Health Behaviour of School-aged Children: A WHO Collaborative Cross-national Study*) są wykonywane w Polsce co 4 lata od 1990 r. pod patronatem WHO. Dotyczą uczniów w wieku 11, 13 i 15 lat. W latach 2000, 2003, 2011, 2013 i 2015 uczestniczyłam w opracowywaniu niektórych wyników tych badań.

o ciało; sen, odpoczynek i zachowania związane ze zdrowiem psychicznym; zachowanie bezpieczeństwa; aktywność fizyczna – **Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Analiza psychometryczna Skali pozytywnych zachowań zdrowotnych dla dorosłych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”**. Wyniki analizy psychometrycznej tej skali nie dały jednoznacznej odpowiedzi odnośnie jej jakości. Najbardziej rzetelną miarę pozytywnych zachowań zdrowotnych stanowił wynik ogólny skali (współczynnik α -Cronbacha dla pełnej skali wyniósł 0,825, a dla poszczególnych podskal od 0,603 do 0,708). Wyniki analizy czynnikowej były mało zadowalające (struktura czynnikowa skali okazała się inna od oczekiwanej), ale z danych z piśmiennictwa wynika, że były one podobne do wyników innych autorów dokonujących analizy psychometrycznej narzędzi do pomiaru zachowań zdrowotnych. Mimo tych niejednoznacznych wyników uznałam, że z uwagi na uwzględnienie w skali wielu zachowań prozdrowotnych ważnych w codziennym życiu oraz prostotę narzędzia SPZZ jest przydatna i może być wykorzystana w praktyce, np. jako narzędzie w diagnozie i ewaluacji programów edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

- Opracowałam *Skale Czynn timerów Sprzyjających Dobremu Samopoczuciu Zawodowemu* (tj. samopoczuciu fizycznemu i psychospołecznemu związanemu z pracą w szkole) *Nauczycieli i Pracowników Niepedagogicznych*. Inspiracją do podjęcia prac w tym zakresie były prace auterek fińskich i opracowany przez nie Indeks Dobrostanu Zawodowego w Twojej Pracy (*The Well-being at Your Work Index Questionnaire*) przygotowany w ramach programu SzPZ. W skali dla nauczycieli uwzględniłam pięć podskal (warunki fizyczne; społeczność nauczycieli; społeczność uczniów i rodziców; organizacja i obciążenie pracą; kompetencje zawodowe), a w skali dla pracowników niepedagogicznych trzy (warunki pracy; społeczność pracowników i uczniów; organizacja, obciążenie pracą i przygotowanie do pracy w szkole). W każdej z podskal badani dokonywali oceny stanu aktualnego i potrzeby jego poprawy. Wyniki analizy psychometrycznej skali dla nauczycieli przedstawiłam w artykule: **Woynarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Skala czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie – analiza psychometryczna*, „Medycyna Pracy”**. Wyniki te były satysfakcjonujące. Współczynnik α -Cronbacha dla poszczególnych podskal w ocenie stanu aktualnego wyniósł od 0,75 do 0,86, a dla oceny potrzeby poprawy stanu aktualnego od 0,80 do 0,93. Struktura czynnikowa skali okazała się zbieżna z oczekiwaną. Każda z podskal została uznana za

jednowymiarową oraz trafną kryterialnie. Przyjęłam, że skala może być stosowana w promocji zdrowia nauczycieli, zwłaszcza w SzPZ.

Wybrane wyniki badań własnych nad zdrowiem, zachowaniami zdrowotnymi i samopoczuciem zawodowym nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły przedstawiłam w pięciu artykułach. Dotyczyły one:

1. Samooceny zdrowia, wybranych aspektów zdrowia psychicznego i predyktorów przeciążenia pracą w szkole dyrektorów szkół (N=520) – **Woynarowska-Soldan M., Małkowska-Szkutnik A., Woynarowska B. (2013), *Zdrowie i samopoczucie psychiczne dyrektorów szkół podstawowych i gimnazjów w Polsce*, „Ruch Pedagogiczny”**. Informacje na ten temat uzyskano za pomocą kwestionariusza „Środowisko szkoły a zdrowie” opracowanego w ramach badań HBSC. Okazało się, że 92% badanych dyrektorów oceniło swoje zdrowie jako co najmniej dobre i czuło się szczęśliwymi. Przez większość czasu lub cały czas 59% badanych miało poczucie spokoju i pogody, 55% miało poczucie dość dużego lub bardzo dużego przeciążenia pracą związaną ze szkołą. Czynnikiem chroniącym przed poczuciem przeciążenia były: bycie szczęśliwym, częste bycie spokojnym i pogodnym, rzadkie bycie przygnębionym i smutnym.
2. Samooceny zdrowia, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych, dolegliwości oraz pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych nauczycieli (N=750) i pracowników niepedagogicznych (N=259) – **Woynarowska-Soldan M., Tabak I. (2013), *Zdrowie subiektywne i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół podstawowych i gimnazjów*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”**. Większość badanych (odpowiednio 75% i 64%) oceniła swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, jednak u prawie połowy badanych z obu grup występowały długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, umiarkowany, silny lub wyjątkowo silny ból/dyskomfort fizyczny, co czwarty nauczyciel i co trzeci pracownik odczuwał często zmęczenie. Wskaźniki stanu zdrowia były korzystniejsze w grupie nauczycieli niż pracowników niepedagogicznych.
3. Samooceny dbałości o zdrowie i częstości podejmowania zachowań prozdrowotnych przez nauczycieli (N=750) i innych pracowników szkoły (N=259) – **Woynarowska-Soldan M., Tabak I. (2013), *Zachowania prozdrowotne nauczycieli i innych pracowników szkoły*, „Medycyna Pracy”**. Około 80% badanych osób w obu grupach pracowników podało, że raczej dbają lub bardzo dbają o swoje zdrowie, w ostatnim roku działania w tym zakresie podejmowało 60% nauczycieli i 40% pracowników

niepedagogicznych szkoły. Mimo wysokiej samooceny dbałości o zdrowie występowało u nich wiele nieprawidłowości w częstotliwości podejmowania zachowań prozdrowotnych. Największe deficyty dotyczyły racjonalnego żywienia, aktywności fizycznej oraz snu, odpoczynku i zachowań związanych ze zdrowiem psychicznym. Nieprawidłowości było mniej u nauczycieli niż u pracowników niepedagogicznych, lecz różnice między tymi grupami były mniejsze, niż można było się spodziewać, biorąc pod uwagę różnice w ich statusie społeczno-ekonomicznym. Większość badanych z obu grup, więcej nauczycieli niż pracowników niepedagogicznych, nie podejmowała zachowań ryzykownych dla zdrowia.

4. Samopoczucie zawodowe nauczycieli (N=270) i czynników mu sprzyjających – **Wojnarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Wybrane czynniki sprzyjające dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli w szkołach promujących zdrowie*, „Kwartalnik Pedagogiczny”**. Stwierdzono, że 88% nauczycieli oceniło swoje samopoczucie zawodowe jako raczej dobre lub bardzo dobre; 71% oceniło w ten sam sposób samopoczucie innych nauczycieli w szkole. We wszystkich badanych grupach czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu ocena stanu aktualnego była wysoka (od 77 do 83 pkt. na 100 możliwych), a potrzeba jego poprawy niska (od 15 do 23 pkt. na 100).
5. Graficznej prezentacji wyników badań nad czynnikami warunkującymi dobre samopoczucie zawodowe nauczycieli i sposobu ich wykorzystania w praktyce SzPZ – **Wojnarowska-Soldan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Profile czynników sprzyjających dobremu samopoczuciu zawodowemu nauczycieli i sposób ich wykorzystania w szkołach promujących zdrowie*, „Medycyna Pracy”**.

III. Projekt *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*

W tej części cyklu zawarłam pięć artykułów dotyczących koncepcji, realizacji i ewaluacji projektu *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie*, który był wdrażany w latach 2012–2015 w ramach porozumienia między Warszawskim Uniwersytetem Medycznym (WUM) i Ośrodkiem Rozwoju Edukacji (ORE). Byłam autorką koncepcji projektu i jego koordynatorem naukowym, współpracowałam z pracownikami Zespołu ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE. Projekt ten był pierwszą w Polsce próbą rozszerzenia działań SzPZ na promocję zdrowia pracowników szkoły i jej wdrożenia do praktyki SzPZ.

Nowatorskimi aspektami projektu były także: pierwsza w Polsce próba powiązania realizowanych w Europie i Polsce dwóch programów promocji zdrowia opartych na podejściu siedliskowym: „Szkoła promująca zdrowie” i „Promocja zdrowia w miejscu pracy” oraz uwzględnienie w projekcie, poza nauczycielami, pracowników administracyjno-technicznych, obsługi, kuchni i stołówki.

Założenia projektu

Założenia projektu opisałam w artykule: **Wojnarowska-Soldan M. (2016), *Projekt „Promocja zdrowia pracowników szkoły”, Podstawy teoretyczne i koncepcja, „Chowanna”***.

Omówiłam w nim następujące kwestie:

1. Potrzeba podjęcia projektu. Uzasadniały ją następujące fakty:

- Zdrowie pracowników szkoły, a zwłaszcza nauczycieli, jest jednym z czynników, od których zależy realizacja zadań szkoły. Wpływa ono na funkcjonowanie w szkole pracowników i innych osób, w tym przede wszystkim uczniów, efektywność pracy, osiągnięcia uczniów, klimat psychospołeczny, organizację życia/pracy szkoły, koszty utrzymania, a także skuteczność edukacji zdrowotnej uczniów (tworzenie pozytywnych wzorców zachowań zdrowotnych, wspieranie uczniów w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych). Można powiedzieć, że zdrowie jest zasobem dla pracowników i szkoły jako miejsca nauki dzieci i młodzieży oraz pracy dorosłych. Zasób ten warto i należy pomnażać.
- Dane z piśmiennictwa i wyniki badań własnych wskazują na istnienie u nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły wielu problemów zdrowotnych i niedostatków w zakresie dbałości o zdrowie. Mogą one niekorzystnie wpływać na ich samopoczucie i wykonywanie zadań zawodowych, a także na samopoczucie i osiągnięcia uczniów.
- W dotychczasowej praktyce SzPZ koncentrowano się przede wszystkim na działaniach na rzecz zdrowia uczniów, promocja zdrowia pracowników nie była dotąd przedmiotem szczególnego zainteresowania szkół. W ostatniej dekadzie w Europie zwrócono uwagę na potrzebę promocji zdrowia pracowników szkoły. W niektórych krajach, np. w Szkocji, Walii, Finlandii, Estonii i Szwajcarii, podjęto pewne działania w tym kierunku.

2. Cele projektu. Celem projektu było zainicjowanie w wybranych SzPZ działań w zakresie promocji zdrowia nauczycieli i innych pracowników oraz ocena przebiegu ich realizacji (ewaluacja procesu) i efektów (ewaluacja wyników). Działania te polegały na zachęcaniu

pracowników szkoły do prowadzenia prozdrowotnego stylu życia oraz tworzenia w szkole środowiska sprzyjającego zdrowiu.

3. Podstawy teoretyczne projektu. Stanowiły je:

- koncepcja promocji zdrowia, w tym specyficzne dla niej podejścia i zasady, oraz teorie stanowiące podstawę podejścia siedliskowego.
- teorie zmian zachowań zdrowotnych.

Skrócony opis wykorzystanych teorii zaprezentowałam w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka teorii wykorzystanych w projekcie

Teoria	Charakterystyka
Promocja zdrowia: podstawowe podejścia	
Podejście siedliskowe	Zakłada, że zdrowie jest tworzone i doświadczane przez ludzi w siedliskach ich codziennego życia, tj. w miejscach, w których uczą się, pracują, bawią, odpoczywają (np. w szkole). Istniejące w tych siedliskach różne czynniki wpływają pozytywnie lub negatywnie na zdrowie i samopoczucie ludzi. Siedlisko jest systemem społecznym (całością), który zmienia się, aby poprawiać i doskonalić zdrowie. Podejście siedliskowe umożliwia ludziom identyfikację z własnym siedliskiem i uczestnictwo we wspólnym rozwiązywaniu problemów, co zwiększa ich motywację i zachęca do kreatywności (Karta Ottawska Promocji Zdrowia, 1986).
Podejście od „dołu do góry”	Oznacza, że interwencja jest powiązana z rzeczywistymi problemami/potrzebami danej społeczności (np. społeczności danej szkoły). Zadaniem osób koordynujących/wspierających działania jest motywowanie członków tej społeczności do uczestnictwa, samodzielnego poszukiwania sposobów rozwiązania ich problemów i udzielanie im wsparcia i środków (Laverack, 2012).
Podejście od „ludzi do problemu”	Zakłada, że ludzie w danym siedlisku (np. w szkole) identyfikują swoje problemy zdrowotne po to, aby je rozwiązać. Nie realizują narzuconych zewnętrznych programów, lecz podejmują własne działania, które są ukierunkowane na wprowadzanie zmian sprzyjających zdrowiu w środowisku i w stylu życia ludzi. Podstawowym warunkiem ich skuteczności jest uczestnictwo i współdziałanie ludzi oraz tworzenie warunków dla aktywności jednostek i grup (Barič, 1994).
Uczestnictwo	W programach promocji zdrowia ludzie uczestniczą dobrowolnie we wszystkich ich etapach w: planowaniu, realizacji i ewaluacji (są to programy „z ludźmi”, a nie „dla ludzi”).
Upodmiotowienie	Upodmiotowienie jednostek i społeczności oznacza, że ludzie uzyskują możliwość działania oraz zdolność i moc (<i>power</i>) kontrolowania czynników warunkujących ich zdrowie, a także wprowadzania zmian w swoim życiu i środowisku. Na upodmiotowienie społeczności składa się upodmiotowienie jednostek, rodzin, organizacji. Jego efektem są zmiany społeczne i polityczne dotyczące warunków życia/pracy, organizacji, zarządzania, podejmowania decyzji. Upodmiotowienie jednostek i społeczności sprzyja motywacji do wprowadzania zmian korzystnych dla zdrowia. Zadaniem osób koordynujących projekt promocji zdrowia jest wspieranie jego uczestników w procesie upodmiotowienia (Laverack, 2014).

Tabela 1. Charakterystyka teorii wykorzystanych w projekcie, cd.

Teoria	Charakterystyka
Teorie stanowiące podstawę podejścia siedliskowego	
Ekologiczny model promocji zdrowia	Przesuwa akcent z podejścia patogenetycznego (koncentracja na chorobach i czynnikach ich ryzyka) w kierunku podejścia salutogenetycznego (koncentracja na zasobach dla zdrowia, Antonovsky, 1996). Jest to bardziej holistyczna wizja, w której zwraca się uwagę, że zdrowie i dobre samopoczucie zależą od kompleksowej interakcji między czynnikami środowiskowymi, organizacyjnymi i osobistymi ludzi w kontekście ich codziennego życia (Dooris, 2006).
Perspektywa systemowa	Siedlisko (np. szkoła) postrzegane jest jako dynamiczny system, w którym istnieją wzajemne powiązania i synergia między różnymi jego elementami; szkoła jest złożonym, ale równocześnie otwartym systemem powiązanim z innymi systemami (Dooris, 2006).
Całościowy rozwój i zmiana systemu	Zakłada, że rozwój organizacji (np. szkoły) i jej społeczności wymaga wprowadzania i utrzymania zmiany w siedlisku jako całości, z uwzględnieniem istniejących w nim norm, wartości, powiązań; koncentruje się na tworzeniu środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu i wydajności ludzi; powiązaniu zdrowia z kulturą, sposobem życia i interesami danego siedliska; poprawie samopoczucia całej społeczności (Dooris, 2006).
Teorie zmian zachowań zdrowotnych	
Model przekonań zdrowotnych	Wyjaśnia przyczyny, dla których ludzie podejmują decyzje dotyczące zdrowia. Zakłada, że podejmowanie działań na rzecz zdrowia zależy od: motywacji lub występowania problemu zdrowotnego, przekonania, że: problem zdrowotny może się pojawić/nasilić u człowieka, że jego zachowanie może się do tego przyczynić, oraz że proponowane działania będą skuteczne dla zmniejszenia zagrożenia (Rosenstock, 1966).
Trans-teoretyczny model zmian zachowań	Zmiana zachowań jest długotrwałym procesem, w którym człowiek przechodzi przez cykl złożony z następujących etapów: prekontemplacja, kontemplacja, gotowość do zmiany, wprowadzanie zmiany, podtrzymanie zmiany, wyjście lub nawrót. Człowiek może przechodzić ten cykl więcej niż jeden raz, zanim dokona trwałej zmiany w swoich zachowaniach (tzw. obrotowe drzwi) (Prochaska, DiClemente, 1982).
Teoria społecznego uczenia się	Zakłada, że wiele zachowań ludzi pojawia się lub zmienia w następstwie obserwowania zachowań innych znaczących osób, które odgrywają role modeli do naśladowania (Bandura, 1977).
Teoria sieci społecznych	Zakłada, że wspierające sieci społeczne, tzn. relacje między ludźmi w najbliższych środowiskach, mogą korzystnie wpływać na zdrowie ludzi. Relacje te wpływają także na przekonania i zachowania ludzi (Edberg, 2007).
Model gotowości społeczności	Zakłada, że społeczności są bardzo zróżnicowane, zmieniają się, przystosowują i rozwijają. Mają one różną gotowość do wprowadzenia zmian. Istnieją następujące etapy tej gotowości: brak świadomości, zaprzeczenie, niejasna świadomość, wstępne planowanie, przygotowanie, zapoczątkowanie działań, stabilizacja, potwierdzenie/rozszerzenie, profesjonalizm (Edwards, Jumper-Thurman, Plested i in., 2000).

4. **Metoda.** W projekcie zastosowano metodę „badania w działaniu” (*Action Research, AR*) Metodzie tej poświęcono także odrębny artykuł: **Wojnarowska-Soldan M. (2014), *Metoda Action Research i jej zastosowanie w promocji zdrowia, Hygeia Public Health.*** Określa się ją jako proces, w którym badacze wspólnie z praktykami (adresatami badań), czyli ludźmi wywodzącymi się z danego środowiska, systematycznie poszukują odpowiedzi na nurtujące ich problemy. Podstawą tej metody jest połączenie trzech elementów: badania, działania i uczestnictwa praktyków i badaczy. Metoda AR ma najdłuższe tradycje i jest najczęściej stosowana w edukacji. W ostatnich latach w piśmiennictwie zwraca się uwagę na przydatność tej metody w promocji zdrowia.
5. **Uczestnicy projektu.** Byli nimi nauczyciele (N=691) i pracownicy niepedagogiczni (N=249) z 21³ SzPZ (15 szkół podstawowych i 6 gimnazjów) z 6 województw. Szkoły te należały do wojewódzkiej sieci SzPZ co najmniej 5 lat, posiadały certyfikat tej sieci oraz uzyskały rekomendację jej koordynatora. Zgłosiły się one do projektu dobrowolnie. W każdej szkole powołano szkolnego koordynatora ds. projektu i zespół go wspierający. Strukturą wspierającą działania szkolnych koordynatorów i zespołów był Centralny Zespół Koordynujący Projekt działający w ORE, którego jako koordynator naukowy byłam członkiem.
6. **Model i przebieg projektu.** Model projektu był oparty na systemowym podejściu do planowania i wdrażania programów interwencyjnych i był modyfikacją uogólnionego modelu planowania (McKenzie, Neiger, Thackeray, 2013). Określa on podstawowe (uniwersalne) zasady planowania i ewaluacji działań; nawiązuje do innych modeli planowania i uwzględnia 5 etapów: badanie potrzeb, określanie celów i zadań, planowanie programu lub interwencji, wdrożenie, ewaluacja wyników. Model mojego projektu zakładał cykliczność i spiralność działań. Składał się z trzech cykli (realizowanych w kolejnych latach projektu), obejmujących cztery etapy: 1) diagnoza stanu wyjściowego i wybór problemu priorytetowego na dany rok szkolny, 2) planowanie działań i ich ewaluacji, 3) realizacja działań, 4) ewaluacja wyników. Proces ten poprzedzony był etapem przygotowania do podjęcia projektu i diagnozy stanu wyjściowego, a zakończony ewaluacją wyników.

W diagnozie stanu wyjściowego wykorzystano opracowane przeze mnie i omówione wcześniej narzędzia badawcze składające się z trzech kwestionariuszy dotyczących: samopoczucia zawodowego pracowników szkoły i czynników je warunkujących, dbałości

³ Do projektu przystąpiły 22 szkoły. W pierwszym roku jego realizacji jedna szkoła podstawowa zrezygnowała z udziału w nim.

o zdrowie, wybranych wskaźników zdrowia subiektywnego⁴. Na podstawie wyników diagnozy w każdej szkole wybrano problemy priorytetowe, których rozwiązanie miało być przedmiotem działań w kolejnych trzech latach projektu.

Szkoły projektowe przygotowywały corocznie plany działań i ich ewaluacji zgodnie z zasadami przyjętymi w SzPZ. Na początku każdego roku projektu plany każdej szkoły (sporządzone według jednolitych formularzy) były przesyłane do koordynatora centralnego i analizowane pod względem przestrzegania ustalonych zasad. Ujawniło się wiele trudności i niedostatków w zakresie umiejętności planowania. Było to przedmiotem dyskusji i szkoleń dla szkolnych koordynatorów i dyrektorów szkół na kolejnych spotkaniach roboczych.

Zaplanowane działania były wdrażane w praktyce w okresie całego roku szkolnego. W czerwcu każdego roku szkoły dokonywały ewaluacji procesu i ewaluacji wyników podjętych w danym roku działań zgodnie z zasadami ustalonymi w czasie planowania. Raporty z ewaluacji były przesyłane do koordynatorów centralnych do ORE (analiza zgodności z ustalonymi zasadami oraz osiągnięć i trudności). Szkoły otrzymywały informacje zwrotne.

Ocena wyników projektu

W połowie realizacji projektu dokonałam wstępnej oceny jego przebiegu, osiągnięć i trudności – **Wojnarowska-Soldan M. (2015), *Project on school staff health promotion in Poland: The first experiences*, „Health Education”**. Wszystkie szkoły podjęły wiele działań, koncentrowały się jednak na prezentacji tych działań, a nie na ich efektach. Wynikało to z niedostatków w umiejętności konstruowania planów działań i ich ewaluacji, tylko w 7 szkołach sformułowano precyzyjnie cele działań, zadania dla ich osiągnięcia i kryteria sukcesu. Na podstawie tych doświadczeń podjęto intensywne szkolenie szkolnych koordynatorów i dyrektorów szkół w zakresie planowania i ewaluacji działań. Szkolni koordynatorzy i dyrektorzy uznali, że wiele nauczyli się w czasie pierwszego roku projektu i wskazali korzyści z jego realizacji dla siebie i społeczności ich szkół. Wymienili oni trudności we wdrażaniu związane z zadaniami, przekonaniem ludzi i ich zachowaniami oraz planowaniem i realizacją działań.

⁴ Wskaźniki subiektywne zdrowia oznaczają, że różne jego aspekty oceniają sami badani np. w badaniach ankietowych, wywiadach. Zbieranie tych danych jest zalecane m.in. przez WHO, są one szczególnie przydatne w edukacji zdrowotnej, służą osobom projektującym programy i ich odbiorcom.

W ostatnich miesiącach projektu dokonałam ewaluacji jego wyników – **Woynarowska-Soldan M. (2016), *Ewaluacja wyników projektu promocji zdrowia pracowników szkoły, „Medycyna Pracy”***. Skonstruowałam własny model ewaluacji, który można uznać za najbliższy humanistyczno-rozumiejącemu (tzw. miękkiemu) podejściu do ewaluacji. Akcentuje ono niepowtarzalność projektu, pozwala lepiej zrozumieć jego przebieg, do ewaluacji są włączeni uczestnicy projektu, przywiązuje się wagę do ich opinii oraz zakłada, że dokonywane ustalenia przyczynią się do rozwoju ich samoświadomości i rozwoju całego programu. Własny model ewaluacji składał się z części przeznaczonych dla wszystkich pracowników szkoły (korzystne zmiany zaistniałe w czasie trwania projektu: indywidualne i instytucjonalne, stosunek do działań podejmowanych w szkołach w ramach projektu) oraz dla szkolnego koordynatora projektu i dyrektora/wicedyrektora szkoły (postrzeganie podejmowanych działań, osobistych korzyści z uczestnictwa w projekcie, największych osiągnięć i trudności w realizacji projektu).

Analiza wyników badań nauczycieli (N=644) i pracowników niepedagogicznych (N=226) wykazała m.in., że:

- W 2015 r. w stosunku do 2012 r. zwiększył się odsetek:
 - osób w obu grupach pracowników, które podały, że bardzo dbają o swoje zdrowie;
 - nauczycieli, którzy określili zdrowie i samopoczucie zawodowe jako bardzo dobre.
- W okresie 3 lat trwania projektu zdecydowana większość nauczycieli i pracowników niepedagogicznych podała, że:
 - zwiększyła się ich wiedza dotycząca różnych aspektów zdrowia i dbałości o nie;
 - dokonali lub podejmowali próby zmian zachowań w kierunku prozdrowotnym; odsetki osób, które podały, że wprowadziły takie zmiany, były w obu grupach pracowników podobne;
 - wprowadzono różne korzystne zmiany w warunkach i organizacji pracy oraz relacjach interpersonalnych; zmiany te w poszczególnych szkołach były zróżnicowane, w zależności od przyjętych celów wynikających z potrzeb i możliwości szkoły; częściej poczucie wprowadzenia zmian mieli nauczyciele niż pracownicy niepedagogiczni.
- Zdecydowana większość pracowników szkoły określiła swój stosunek do projektu jako raczej pozytywny lub zdecydowanie pozytywny oraz uznała, że działania na rzecz

promocji zdrowia powinny być kontynuowane, ale tylko około ¼ badanych uznała, że ich zaangażowanie w realizację projektu było duże.

Analiza wyników badań szkolnych liderów projektu – koordynatorów (N=21) i dyrektorów/wicedyrektorów (N=21), wykazała, że zdecydowana większość z nich uznała, że:

- projekt był wartościową inicjatywą, ważnym zadaniem dla szkoły i odczuwali oni satysfakcję z jego realizacji.
- mieli osobiste korzyści z uczestnictwa w projekcie (np. wprowadzenie prozdrowotnych zmian w stylu życia, zwiększenie wiedzy o zdrowiu i dbałości o nie, poznanie nowych ludzi, zawarcie przyjaźni, zdobycie nowych doświadczeń i umiejętności, np. planowania); niemal połowa koordynatorów za korzyść uznała zdobycie doświadczeń w pracy z dorosłymi, lepsze poznanie współpracowników i relacje z nimi, zdobycie ich zaufania, sprawdzenie się w roli koordynatora projektu, satysfakcję z pełnienia tej roli.

Do osiągnięć w realizacji projektu jego liderzy zaliczyli:

- zainteresowanie pracowników szkoły własnym zdrowiem, dostrzeżenie przez nich potrzeby wprowadzania zmian w swoim stylu życia,
- zaoferowanie pracownikom zajęć ruchowych w szkole lub poza nią i zmianę produktów spożywanych w szkole przez nauczycieli,
- większą integrację i poprawę relacji między pracownikami,
- poprawę warunków pracy (np. pokój dla nauczycieli do indywidualnych spotkań i pracy, odpoczynku; zmniejszenie natężenia hałasu na przerwach międzylekcyjnych).

Trudnością w realizacji projektu było przede wszystkim zachęcenie/zmotywowanie części pracowników szkół, zwłaszcza niepedagogicznych, do uczestnictwa w projekcie i działań na rzecz swojego zdrowia oraz wprowadzania zmian w środowisku pracy; obciążenie wieloma zadaniami w szkole oraz brak środków finansowych. W 1/3 szkół koordynatorzy projektu mieli poczucie osamotnienia, braku wsparcia ze strony dyrektora szkoły, członków szkolnego zespołu i nauczycieli.

Wyniki ewaluacji projektu można uznać za satysfakcjonujące i obiecujące. Wskazują one, że istnieje możliwość i gotowość do podejmowania skutecznych działań w zakresie promocji

zdrowia pracowników w SzPZ. Ujawnienie trudności w realizacji projektu może być przydatne w podejmowaniu tych działań przez inne szkoły.

Po upływie roku od zakończenia projektu dokonałam odroczonej ewaluacji jego efektów, przeprowadzając badania ankietowe wśród szkolnych koordynatorów – **Woynarowska-Soldan M. (2018), *Implementation trial of school staff health promotion: Polish experiences*, „Health Promotion International”**. Na podstawie danych uzyskanych z 20 na 21 szkół stwierdziłam, że w 16 szkołach działania z zakresu promocji zdrowia pracowników rozpoczęte w czasie trwania projektu były kontynuowane, w 2 szkołach podjęto nowe zadania. W 14 szkołach uczestniczyły w nich obie grupy pracowników, w pozostałych tylko nauczyciele. Wszyscy szkolni koordynatorzy stwierdzili, że szkoła ma wiele korzyści z realizacji tych działań; 17 spośród 20 koordynatorów utrzymało sprzyjające zdrowiu zachowania zdrowotne i wprowadziło nowe zmiany w stylu życia; 10 osób uznało, że lepiej dbają o swoje zdrowie.

Wnioski z badań własnych i realizacji projektu

1. Wyniki badań własnych wskazują, że mimo że większość pracowników szkół dobrze lub bardzo dobrze ocenia swoje zdrowie i dbałość o nie, to duży odsetek badanych ma długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, odczuwa dyskomfort fizyczny i zmęczenie oraz ma wiele nieprawidłowości w zakresie zachowań prozdrowotnych. Może to niekorzystnie wpływać na samopoczucie i dyspozycję do wykonywania zadań w szkole. Istnieje potrzeba motywowania pracowników szkół do podejmowania działań na rzecz ich własnego zdrowia i tworzenia środowiska fizycznego i społecznego sprzyjającego zdrowiu. Możliwości takie powinna stwarzać szczególnie SzPZ.
2. Wskaźniki zdrowia fizycznego i psychicznego oraz wskaźniki dbałości o zdrowie są korzystniejsze w grupie nauczycieli niż pracowników niepedagogicznych (administracji i obsługi); jest to prawdopodobnie związane z różnicami w statusie społeczno-ekonomicznym obu grup. Grupa pracowników niepedagogicznych pozostaje na marginesie systemu edukacji, nawet w SzPZ. Istnieje potrzeba włączenia tej grupy pracowników do działań w SzPZ i pracy z tą grupą w sposób uwzględniający jej specyfikę i potrzeby (m. in. status społeczno-ekonomiczny, rodzaj i tryb pracy).

3. Wyniki ewaluacji trzyletniego projektu *Promocja zdrowia pracowników szkół promujących zdrowie* zrealizowanego w 21 szkołach można uznać za satysfakcjonujące i obiecujące. W szkołach tych nastąpiło wiele korzystnych zmian w dbałości o zdrowie nauczycieli i pracowników niepedagogicznych oraz w środowisku społecznym i fizycznym szkoły. Zdecydowana większość pracowników tych szkół opowiedziała się za kontynuowaniem działań w zakresie promocji ich zdrowia. Po roku od zakończenia projektu działania były kontynuowane w 18 z 20 szkół. Świadczy to o możliwości i gotowości do inicjowania skutecznych działań w tym zakresie w SzPZ oraz uzasadnia potrzebę ich podejmowania. Realizacji projektu towarzyszyło jednak wiele trudności, których ujawnienie należy wykorzystać w upowszechnianiu tych działań w innych szkołach.
4. Wdrażanie do praktyki działań w zakresie promocji zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych w SzPZ wymaga:
- motywacji i aktywnego uczestnictwa pracowników w działaniach na rzecz własnego zdrowia i zmian w środowisku pracy,
 - wsparcia ze strony dyrekcji, od której w największym stopniu zależy powodzenie programu promocji zdrowia pracowników,
 - wsparcia ze strony środowiska lokalnego, w tym organów prowadzących szkoły,
 - zabezpieczenia środków finansowych na wprowadzanie sprzyjających zdrowiu pracowników zmian w środowisku materialnym szkoły,
 - przygotowania szkolnych liderów w zakresie promocji zdrowia oraz pracy z dorosłymi ludźmi,
 - zainteresowania twórców polityki oświatowej, przedstawicieli uczelni kształcących pedagogów i nauczycieli, administracji szkolnej, związków zawodowych zdrowiem pracowników szkoły i jego promocją oraz zachęcania ich do wspierania działań pracowników szkół w tym kierunku.

Wdrożenie do praktyki wyników badań własnych

Wyniki badań własnych i projektu *Promocja zdrowia pracowników szkoły* zostały wdrożone do praktyki wkrótce po jego zakończeniu. Zapisy dotyczące promocji zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych uwzględniono w aktualnym modelu, standardach i narzędziach do autoewaluacji działań w szkole promującej zdrowie (2016) i przedszkolu

promującym zdrowie (2017). Zostały one upowszechnione w wojewódzkich sieciach przedszkoli i szkół promujących zdrowie i są dostępne dla zainteresowanych szkół na stronie internetowej ORE. W ten sposób zwrócono uwagę na znaczenie promocji zdrowia pracowników szkoły i przedszkola oraz podkreślono, że powinna być ona ważnym komponentem szkoły i przedszkola promujących zdrowie. Stwarza to szanse na uwzględnianie promocji zdrowia pracowników w działaniach szkół i przedszkoli realizujących ten program. Podejmowanie działań w tym zakresie jest jednym z warunków uzyskania przez te placówki *Krajowego Certyfikatu Szkoła Promująca Zdrowie* lub *Krajowego Certyfikatu Przedszkole Promujące Zdrowie* nadawanego przez Ministra Edukacji Narodowej.

Wyniki badań dotyczących promocji zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły upowszechniłam w 3 artykułach w czasopiśmie dla dyrektorów szkół, w 2 artykułach w czasopiśmie dla osób zajmujących się profilaktyką problemową i promocją zdrowia psychicznego oraz w 2 publikacjach obcojęzycznych (wykaz w załączniku 4). Przedstawiłam je także na 4 naukowych konferencjach międzynarodowych, 7 konferencjach i 5 warsztatach/seminariach dla nauczycieli w Polsce.

Kontynuacją omówionych działań jest włączenie promocji zdrowia nauczycieli, innych pracowników pedagogicznych i niepedagogicznych do opracowywanych obecnie standardów i narzędzi do autoewaluacji w szkołach specjalnych dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Do roboczej wersji poradnika dla tych szkół (sprawdzanego obecnie w pilotażu przeprowadzanym w 8 szkołach specjalnych w 3 województwach) włączono standard uwzględniający elementy związane z promocją zdrowia pracowników.

5. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo-badawczych

Moja praca naukowo-badawcza przypada na lata 2000–2018. W tym okresie, poza 15 artykułami stanowiącymi rozprawę habilitacyjną, przygotowałam łącznie – jako autorka lub współautorka – 49 prac o charakterze naukowo-badawczym, w tym⁵:

- 3 oryginalne pełnotekstowe prace naukowe w czasopismach posiadających Impact Factor (IF): łącznie 2,917 IF (60 pkt MNiSW),
- 13 oryginalnych pełnotekstowych prac naukowych w czasopismach posiadających punkty MNiSW: łącznie 99 pkt MNiSW
- 2 prace poglądowe w czasopismach posiadających punkty MNiSW: 15 pkt MNiSW, oraz 6 prac poglądowych w czasopiśmie z punktacją Index Copernicus: łącznie 18,72 pkt IC.
- 3 rozdziały w podręcznikach międzynarodowych oraz 17 rozdziałów w recenzowanych podręcznikach krajowych,
- 1 raport z badań i 2 rozdziały w raporcie z badań.

Jestem także współredaktorką naukową 1 publikacji naukowej i współautorką recenzowanej publikacji o charakterze podręcznikowym. Prace te dotyczą wybranych zagadnień z obszaru pedagogiki zdrowia, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i profilaktyki. Łączna punktacja mojego dorobku naukowo-badawczego wynosi: według punktacji MNiSW 346 pkt, według punktacji IF 6,299 pkt, w tym 172 pkt MNiSW i 3,382 IF dotyczą artykułów z cyklu stanowiącego rozprawę habilitacyjną.

W czasie mojej pracy naukowo-badawczej starałam się upowszechniać i popularyzować wyniki moich badań i udostępniać je praktykom, m.in. pedagogom, nauczycielom, specjalistom promocji zdrowia, zdrowia publicznego, uważając, że upowszechnianie wyników jest ważnym zadaniem i obowiązkiem pracownika naukowego. Jestem także autorką lub współautorką 11 artykułów w czasopismach zawodowych dla nauczycieli, dyrektorów szkół i osób zajmujących się profilaktyką i promocją zdrowia oraz 5 rozdziałów w publikacjach zwartych nierecenzowanych dla nauczycieli, które wymieniłam w Wykazie dorobku habilitacyjnego (załącznik 4). Prace te pozostają w związku z moimi pracami naukowo-badawczymi.

⁵ Podziału prac na publikacje o charakterze naukowo-badawczym i inne dokonałam na podstawie Analizy bibliometrycznej moich publikacji dokonanej przez Bibliotekę Główną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 10 stycznia 2019 r.

Poza cyklem artykułów stanowiących moje osiągnięcie będące podstawą ubiegania się o habilitację moje pozostałe publikacje naukowo-badawcze dotyczą następujących obszarów tematycznych:

1. Postrzeganie przez uczniów środowiska psychospołecznego szkoły i przystosowanie szkolne.
2. Klimat społeczny w szkole promującej zdrowie.
3. Promocja zdrowia w szkole i przedszkolu.
4. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży.
5. Komunikowanie się lekarza z pacjentem-dzieckiem.
6. Zdrowie i zachowania zdrowotne nauczycieli, pielęgniarek i studentów kierunków medycznych.
7. Wybrane zagadnienia kształcenia w wyższej szkole medycznej.
8. Inne publikacje naukowe.

1. Postrzeganie przez uczniów środowiska psychospołecznego szkoły i przystosowanie szkolne

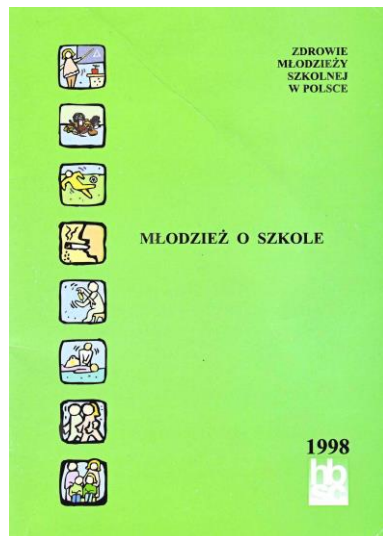
To zagadnienie było pierwszym obszarem moich zainteresowań naukowo-badawczych rozwijanych we współpracy z polskim zespołem naukowym ds. badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (*Health Behaviour in School-aged Children. A WHO Collaborative Cross-national Study*, HBSC⁶). W badaniach tych przyjęto, że na środowisko psychospołeczne szkoły składa się pięć wymiarów: autonomia uczniów, wsparcie przez nauczycieli, wsparcie przez kolegów, wsparcie przez rodziców, wymagania; na przystosowanie szkolne zaś trzy: satysfakcja ze szkoły, osiągnięcia w nauce, stresy związane ze szkołą. Efektem tej współpracy były następujące opracowania:

- jeden z pięciu raportów z badań HBSC przeprowadzonych w Polsce w 1998 r.: Woynarowska-Sołdan M, Woynarowska B, Kokosza I, Mazur J. (2000), *Zdrowie młodzieży szkolnej w Polsce. Młodzież o szkole*, Warszawa: Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego UW,
- dwa rozdziały w raporcie z badań HBSC wykonanych w Polsce w 2002 r.: Woynarowska B. (red.) (2003), *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne a zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów w Polsce*, Warszawa: Katedra Biomedycznych Podstaw

⁶Polscy Koordynator (*Principal Investigator*) i zespół naukowy badań HBSC funkcjonował w latach 1998–2002 w Katedrze Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Wychowania na Wydziale Pedagogicznym UW, a w dalszych latach w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie.

Rozwoju i Wychowania Wydziału Pedagogicznego UW, Zakład Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka:

- Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B., *Środowisko psychospołeczne szkoły i przystosowanie szkolne uczniów*,
- Mazur J., Małkowska A., Woynarowska-Sołdan M., *Związki między środowiskiem psychospołecznym szkoły i przystosowaniem szkolnym a zdrowiem, zadowoleniem z życia i zachowaniami ryzykownymi uczniów gimnazjów*.



Wyniki tych badań wykazały m.in., że satysfakcja uczniów ze szkoły i pozytywne jej postrzeganie ma istotny związek z osiągnięciami szkolnymi, sprzyja zmniejszeniu częstości zachowań ryzykownych dla zdrowia oraz poprawie samopoczucia i jakości życia uczniów. Uczniowie, którzy są pozytywnie przystosowani do szkoły, lepiej oceniają swoje zdrowie, rzadziej odczuwają dolegliwości fizyczne i psychiczne oraz niezadowolenie ze swego życia. Kluczową sprawą dla dobrego przystosowania do szkoły i czynnikiem chroniącym przed zachowaniami ryzykownymi jest wsparcie ze strony nauczycieli i innych uczniów w klasie.

- artykuł: Woynarowska B., Mazur J., Woynarowska-Sołdan M, Małkowska-Szkutnik A. (2015), *Postrzeganie przez młodzież w wieku 11–15 lat wybranych aspektów środowiska psychospołecznego szkoły. Tendencje zmian w latach 1990–2010*, „Kwartalnik Pedagogiczny”. Stwierdzono m.in., że w Polsce po reformie strukturalnej systemu edukacji w stosunku do okresu ją poprzedzającego dominowały niekorzystne zmiany wskaźników postrzegania szkoły, zwłaszcza wśród uczniów gimnazjum. Szczególnie niepokojące było systematyczne zmniejszanie się od 2002 r. odsetka młodzieży, która uważała, że uczniowie w klasie są życzliwi i chętni do pomocy.

2. Klimat społeczny w szkole promującej zdrowie

Współpraca z polskim zespołem naukowym ds. badań HBSC w latach 2000–2003 oraz współpraca z osobami zajmującymi się rozwijaniem w Polsce programu szkół promujących zdrowie (SzPZ) zaowocowała podjęciem przez mnie w 2003 r. badań nad klimatem społecznym w tego typu szkole. Uznaje się, że dobry klimat społeczny jest kluczową cechą SzPZ, decyduje on w znacznym stopniu o jakości pracy i życia szkoły oraz jest zasobem dla zdrowia uczniów i pracowników. W ramach prac nad pierwszym polskim modelem SzPZ, jej standardami i narzędziami do autoewaluacji ich osiągnięcia opracowałam koncepcję klimatu społecznego w SzPZ i narzędzia do jego pomiaru. Było to przedmiotem mojej rozprawy doktorskiej pt. *Klimat społeczny w szkole promującej zdrowie* (2006).

Przyjęłam, że pojęcie „klimat społeczny szkoły” jest pojęciem subiektywnym i wielowymiarowym, trudnym do zdefiniowania i zmierzenia. Dla potrzeb SzPZ pojęcie to zdefiniowałam w sposób strukturalny, ustaliłam wymiary i wskaźniki tego klimatu oraz zaproponowałam techniki jego badania (ramka).

Wymiary w badaniu ankietowym dla uczniów klas VI i starszych, nauczycieli, innych pracowników szkoły i rodziców uczniów ⁷	<ol style="list-style-type: none">1. Satysfakcja ze szkoły lub pracy w szkole2. Stwarzanie członkom społeczności szkolnej możliwości uczestnictwa w życiu i pracy klasy/szkoły i podejmowaniu decyzji3. Relacje międzyludzkie: relacje wewnątrz danej grupy społeczności szkolnej; wsparcie społeczne ze strony innych grup społeczności szkolnej4. Motywowanie do osiągnięcia sukcesów5. Podejście uczniów do nauki i ich zachowania na lekcjach6. Przestrzeganie praw uczniów, znajomość reguł i ich ocena7. Uczestnictwo rodziców w życiu/pracy klasy/szkoły8. Przeciążenie nauką/pracą w szkole oraz częste odczuwanie stresu w szkole9. Występowanie przemocy i zachowań aspołecznych wśród uczniów
Wymiary w badaniu uczniów klas V szkoły podstawowej techniką pracy pisemnej	<ol style="list-style-type: none">1. Samopoczucie i ogólna ocena atmosfery w klasie2. Relacje uczniowie-nauczyciele3. Relacje między uczniami4. Możliwości efektywnej pracy na lekcjach i obciążenie pracą szkolną5. Wyjazdy imprezy i inne zajęcia w szkole
Wymiary w badaniu uczniów klas III szkoły podstawowej techniką „Narysuj i napisz”	<ol style="list-style-type: none">1. Relacje nauczyciele-uczniowie2. Relacje między uczniami3. Zachowanie uczniów na lekcjach i przerwach4. Przedmioty, zadania i czynności w szkole5. Wyjazdy i imprezy

Wyniki badań nad klimatem społecznym SzPZ opublikowałam:

- w artykule: Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D. (2010), *Narzędzia do badania klimatu społecznego w szkole promującej zdrowie i ich analiza psychometryczna,*

⁷ Niektóre wymiary były wspólne dla wszystkich grup, inne nieco różniły się sformułowaniem lub nie występowały.

„Edukacja. Studia, Badania, Innowacje”. Sprawdzono, że opracowane narzędzia do badania klimatu społecznego szkoły są przydatne w autoewaluacji działań SzPZ. Podskale kwestionariuszy do badania klimatu społecznego z perspektywy uczniów i nauczycieli okazały się rzetelne, trafne oraz jednowymiarowe z wyjątkiem podskali „Satysfakcja z pracy” w kwestionariuszu dla nauczycieli.

- w pięciu artykułach w czasopiśmie „Remedium. Profilaktyka problemowa i promocja zdrowia psychicznego”⁸:
 - Woynarowska-Sołdan M. (2007), *Klimat społeczny szkoły – koncepcje i czynniki warunkujące*.
 - Woynarowska-Sołdan M. (2007), *Klimat społeczny a zachowania uczniów*.
 - Woynarowska-Sołdan M. (2007), *Metody badania klimatu społecznego w szkołach*.
 - Woynarowska-Sołdan M. (2007), *Technika „Narysuj i napisz”*.
 - Woynarowska-Sołdan M. (2008), *Badanie klimatu społecznego klasy techniką wypracowania*.

Koncepcja i narzędzia do badania klimatu społecznego SzPZ zostały udostępnione szkołom, m.in. w rozdziale: Woynarowska-Sołdan M. (2006), *Standard czwarty*, zamieszczonym w wydaniu specjalnym czasopisma „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, zeszyt 10–11 (Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej w Warszawie).



Efektom mojego zainteresowania klimatem społecznym szkoły był też artykuł: Woynarowska-Sołdan M., Małkowska-Szkutnik A. (2011), *Postrzeganie przez dyrektorów szkół klimatu społecznego i problemów występujących w środowisku społecznym szkoły*, „Ruch Pedagogiczny”. Jest on relacją z badań z wykorzystaniem kwestionariusza „Środowisko szkoły a zdrowie” zawierającego pytania pochodzące z badań HBSC. Wykazano, że pozytywna ocena klimatu społecznego w szkołach i wybranych aspektów funkcjonowania nauczycieli oraz zgłaszanie przez nich niewielkiego nasilenia problemów stwarza dyrektorom korzystne warunki do zarządzania szkołą i sprzyja ich dobremu samopoczuciu. Duże nasilenie problemów związanych z zachowaniami uczniów w istotny

⁸ W latach 2007–2008 czasopismo to było indeksowane w Index Copernicus. Punktacja za wymienione artykuły wyniosła od 2,76 do 3,30 pkt IC.

sposób wpływa na klimat społeczny i funkcjonowanie szkoły oraz samopoczucie nauczycieli i dyrektora.

Moja dalsza praca nad klimatem społecznym SzPZ była powiązana z rozwojem programu SzPZ w Polsce. Kontynuowałam ją w ramach:

- Modyfikacji polskiego modelu SzPZ, jej standardów i narzędzi do autoewaluacji ich osiągnięcia (2016). Przygotowałam drugą wersję koncepcji klimatu społecznego w SzPZ i narzędzi do jego badania. W tej wersji zmniejszyłam liczbę wymiarów i wskaźników klimatu społecznego szkoły w badaniu ankietowym, zachowałam te same techniki badania. Przedstawiłam je w rozdziałach: *Standard drugi: klimat społeczny szkoły* oraz *Badanie klimatu społecznego w klasach II–V szkoły podstawowej* zamieszczonych w recenzowanej publikacji: Woynarowska B. (red.) (2016), *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Warszawa, ORE (recenzent: dr hab. Anna Kowalewska, Katedra Biomedycznych Podstaw Rozwoju i Seksuologii, Wydział Pedagogiczny UW).
- Prac nad koncepcją i strategią działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu (2016–2017). Opracowałam założenia i narzędzia do badania klimatu społecznego przedszkola promującego zdrowie (PPZ). Wymiary w badaniu ankietowym dorosłych (pracowników przedszkola i rodziców) są podobne jak w badaniu ankietowym w szkole. W badaniu dzieci zaproponowałam technikę „Narysuj i opowiedz”. Opis koncepcji klimatu społecznego w PPZ i techniki jego badania przedstawiłam w rozdziałach: *Standard drugi. Klimat społeczny przedszkola* oraz *Badanie dzieci techniką „Narysuj i opowiedz”* w recenzowanej publikacji: Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B. (2017), *Przedszkole promujące zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa, ORE (recenzent: dr hab. Małgorzata Żytko, prof. UW, Zakład Wczesnej Edukacji i Kształcenia Nauczycieli, Wydział Pedagogiczny UW).
- Prac nad koncepcją i strategią działań w zakresie promocji zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną (2018–2019). Opracowałam założenia i narzędzia do badania klimatu społecznego w tego typu szkołach. Są one obecnie weryfikowane w badaniach pilotażowych. W przygotowaniu jest publikacja: Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B., Danielewicz D. *Szkoła specjalna promująca zdrowie. Poradnik dla szkół specjalnych kształcących dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i osób wspierających ich działania w zakresie*

promocji zdrowia, Warszawa, ORE. Klimatu społecznego dotyczą w niej rozdziały: *Standard drugi. Klimat społeczny szkoły* oraz *Badanie uczniów: techniki do wyboru* (ankieta, technika „Narysuj i napisz”, technika „Narysuj i opowiedz”, rozmowa).

Opracowane przeze mnie narzędzia do badania klimatu społecznego szkoły ogólnodostępnej i przedszkola są wykorzystywane w autoewaluacji działań szkół i przedszkoli promujących zdrowie, zwłaszcza ubiegających się *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie* lub *Przedszkole Promujące Zdrowie* nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej.

Uczestniczyłam także w pracach nad standardami i metodyką pracy pielęgniarki szkolnej prowadzonych przez Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka. Jestem autorką rozdziału przedstawiającego m.in. rolę i zadania pielęgniarki w tworzeniu w szkole pozytywnego klimatu społecznego: Woynarowska-Soldan M. (2017), *Klimat społeczny szkoły*. W: Ostrenga W., Oblacińska A. (red.) *Standardy i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej. Podręcznik dla pielęgniarek i higienistek szkolnych*.

3. Promocja zdrowia w szkole i przedszkolu

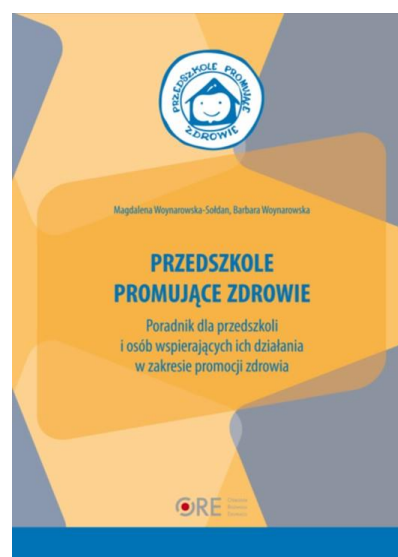
Od 2003 r. uczestniczę w pracach dotyczących kształtowania i rozszerzania koncepcji szkoły promującej zdrowie, współpracując z Krajowym Koordynatorem w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* i Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w ORE. Ich efektem są opracowania będące podstawą rozwoju SzPZ w Polsce:

- W latach 2004–2006 uczestniczyłam w pracach nad pierwszym polskim modelem SzPZ, jej standardami i narzędziami do autoewaluacji ich osiągnięcia przedstawionymi w wydaniu specjalnym czasopisma „Edukacja Zdrowotna i Promocja Zdrowia w Szkole”, 2006, zeszyt 10 i 11. Moim wkładem była wspomniana wyżej koncepcja badania klimatu społecznego szkoły (rozdział pt. *Standard czwarty*).
- W latach 2015–2016 brałam udział w pracach nad modyfikacją modelu SzPZ, jej standardów i narzędzi do pomiaru ich osiągnięcia wynikających z konieczności ich dostosowania do zmian, które zaszły w systemie oświaty, a także z potrzeby uwzględnienia nowych propozycji sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie*. W wyniku tych prac powstała wspomniana już recenzowana publikacja: Woynarowska B. (red.) (2016), *Szkoła promująca zdrowie. Poradnik dla szkół i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*. Warszawa, ORE, dostępna dla wszystkich szkół zainteresowanych tworzeniem SzPZ. W publikacji tej jestem współautorką Części I,

przedstawiającej koncepcję i zasady tworzenia oraz rozwoju szkół promujących zdrowie, mam też swój udział w opracowaniu Części II dotyczącej autoewaluacji działań w tego typu szkole i Aneksu (poza przygotowaniem wymienionych wyżej rozdziałów dotyczących klimatu społecznego, uczestniczyłam w opracowaniu: *Procedury autoewaluacji, Oceny efektów działań, Ankiety dla poszczególnych grup społeczności szkolnej, Słownika podstawowych terminów*).



- W latach 2016–2017 byłam członkiem zespołu opracowującego pierwszą w Polsce koncepcję przedszkola promującego zdrowie (PPZ), jego standardy i narzędzia do ich osiągnięcia. Prace te podjęto w odpowiedzi na potrzebę opracowania procedury autoewaluacji dla przedszkoli promujących zdrowie zgłaszaną od lat przez osoby wdrażające w przedszkolach działania z zakresu promocji zdrowia. W Polsce od połowy lat 90. wiele przedszkoli było zainteresowanych tworzeniem PPZ i w swej pracy wykorzystywało koncepcję i zasady tworzenia SzPZ. Jednak z punktu widzenia działań w zakresie promocji zdrowia istnieje wiele odrębności między szkołą i przedszkolem i nie można automatycznie przenosić założeń SzPZ do PPZ. Koncepcja i strategia działań w zakresie promocji zdrowia w przedszkolu powinna uwzględniać specyfikę przedszkola jako siedliska dla wzmacniania zdrowia jego społeczności. Jestem współautorką recenzowanej publikacji na ten temat: Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B. (2017), *Przedszkole promujące zdrowie. Poradnik dla przedszkoli i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa, ORE. Efektem tych prac jest rozszerzenie działań w zakresie promocji zdrowia na cały system edukacji oraz umożliwienie przedszkolom ubiegania się o *Krajowy Certyfikat Przedszkole Promujące Zdrowie*. W celu popularyzacji idei PPZ w środowisku akademickim przygotowałam artykuł: Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. *Przedszkole promujące zdrowie w Polsce i innych krajach*, „Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna” (w recenzji).



- Od 2018 r. uczestniczę w opracowaniu koncepcji promocji zdrowia w szkole specjalnej dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną. Od 2008 r. szkoły ogólnodostępne mogą się ubiegać o *Krajowy Certyfikat Szkoła Promująca Zdrowie* nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej. Dotychczasowa procedura nadawania tego certyfikatu uniemożliwiała uzyskanie go przez szkoły specjalne. Wynikało to z braku narzędzi do autoewaluacji dostosowanych do specyfiki tych szkół. Wiele osób pracujących i/lub związanych ze szkołami specjalnymi od dawna zgłaszało potrzebę przygotowania narzędzi autoewaluacyjnych dostosowanych do ich potrzeb, zwracano uwagę na nierówne traktowanie szkół i dyskryminację. Osoby wspierające pracę SzPZ były świadome tej nierówności, zwłaszcza że w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* przyjęto, że równość jest jedną z pięciu kluczowych wartości SzPZ. Zadanie opracowania standardów dla szkół specjalnych wydawało się jednak bardzo trudne ze względu na różnorodność zaburzeń rozwoju i zdrowia ich uczniów i ograniczone możliwości ich uczestnictwa w autoewaluacji. Przełomem w myśleniu o tym zadaniu było opracowanie i sprawdzenie przydatności standardów i narzędzi do autoewaluacji ich osiągnięcia w PPZ. Koncepcja PPZ podsunęła pomysły, które legły u podstaw koncepcji szkoły specjalnej promującej zdrowie. Prace te przedstawiono w przygotowywanej publikacji: Woynarowska-Sołdan M., Woynarowska B., Danielewicz D. *Szkoła specjalna promująca zdrowie. Poradnik dla szkół specjalnych kształcących dzieci i młodzież z niepełnosprawnością intelektualną i osób wspierających ich działania w zakresie promocji zdrowia*, Warszawa, ORE. Jej pierwsza wersja jest obecnie weryfikowana w badaniu pilotażowym.

3. Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży

Istotnym obszarem moich prac naukowo-badawczych jest także edukacja zdrowotna rozumiana jako trwający całe życie proces uczenia się, jak żyć, aby zachować i umacniać zdrowie własne i innych osób, a w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności w aktywny sposób uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki. W tym obszarze moje prace dotyczą m.in. pomiaru dbałości o zdrowie, metodyki edukacji zdrowotnej, wybranych obszarów edukacji zdrowotnej oraz profesjonalizacji w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

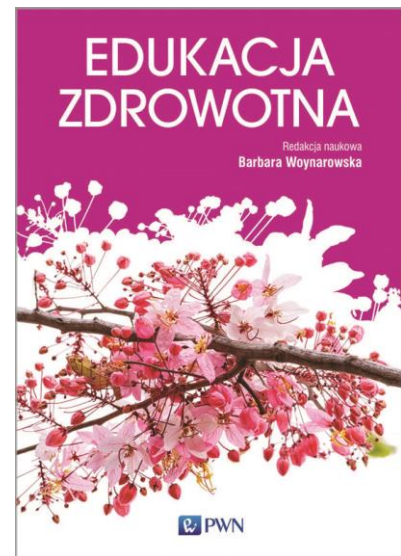
Jestem współautorką Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla Młodzieży pozwalającej dokonać samooceny dbałości o zdrowie, częstości podejmowania wybranych

zachowań prozdrowotnych i niepodejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Wyniki analizy psychometrycznej tej skali przedstawiono w artykule: Woynarowska-Sołdan M., Hildt-Ciupińska K., Węziak D. (2008), *Skala Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla młodzieży. Wstępna analiza psychometryczna*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”. Wyniki tej analizy nie były jednoznaczne. Najbardziej rzetelną miarą pozytywnych zachowań zdrowotnych okazał się wynik ogólny skali. Uznano jednak, że skala ta może być wykorzystywana w praktyce edukacji zdrowotnej i w profilaktycznych badaniach młodzieży szkolnej. Wskazówki dla nauczycieli dotyczące pracy edukacyjnej z młodzieżą z użyciem tej skali przedstawiłam w pracy: Woynarowska-Sołdan M. (2008), *Wykorzystanie Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych w edukacji zdrowotnej młodzieży*, „Remedium. Profilaktyka problemowa i promocja zdrowia psychicznego”.

Przygotowałam także prace dotyczące wybranych zagadnień pedagogiki oraz edukacji zdrowotnej: jej koncepcji, metodyki oraz wybranych obszarów. Pedagogika, w tym pedagogika zdrowia i edukacja zdrowotna, pozostaje w związku ze zdrowiem publicznym i jest uznawana za jedną z nauk przyczyniających się do rozwoju tej dyscypliny i rozwiązywania problemów zdrowotnych społeczeństwa. Wiedza i umiejętności pedagogiczne są niezbędne osobom zajmującym się zdrowiem publicznym w pracy z różnymi grupami ludzi w różnych środowiskach. Doskonalenie merytoryczne i metodyczne osób prowadzących edukację zdrowotną może być czynnikiem zwiększającym jej skuteczność. Jestem autorką lub współautorką następujących prac:

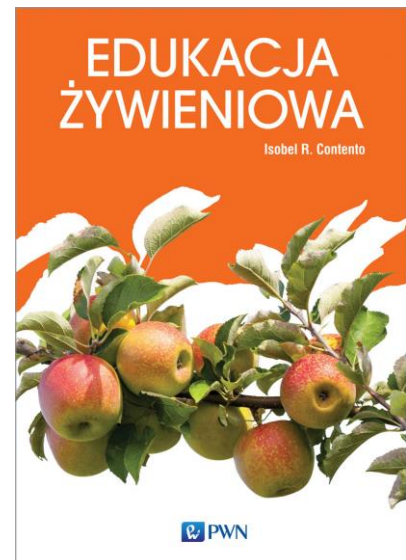
- dwa rozdziały w publikacji: Karski J.B. (red.), (2008) *Zdrowie publiczne. Cz. II. Cele i zadania zdrowia publicznego* (recenzent: prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, WUM):
 - Woynarowska-Sołdan M. *Wybrane zagadnienia pedagogiki*,
 - Woynarowska-Sołdan M. *Wybrane zagadnienia edukacji zdrowotnej*.
- pięć rozdziałów w podręczniku: *Edukacja zdrowotna: podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*, Warszawa, B. Woynarowska (red.) Wydawnictwo Naukowe PWN, (2017) (recenzent: prof. dr hab. Ewa Syrek, Katedra Pedagogiki Społecznej, Uniwersytet Śląski w Katowicach). Ten naukowy podręcznik jest przeznaczony dla różnych grup zawodowych, w tym nauczycieli, pedagogów i innych osób pracujących z dziećmi i młodzieżą. W rozdziałach tych wykorzystałam niektóre wyniki badań własnych oraz doświadczenia wieloletniej pracy w kształceniu różnych grup nauczycieli oraz studentów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego:

- Woynarowska-Sołdan M., *Metody kształcenia w edukacji zdrowotnej*,
- Woynarowska-Sołdan M., *Organizacja zajęć, warunki fizyczne i klimat psychospołeczny w pracy z grupą i pojedynczymi osobami*,
- Cyłkowska-Nowak M, Woynarowska B, Woynarowska-Sołdan M., *Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży z chorobami przewlekłymi*,
- Woynarowska-Sołdan M., *Rozwijanie umiejętności życiowych*,
- Woynarowska-Sołdan M., *Edukacja do bycia aktywnym pacjentem*.



- artykuł: Szydziak D, Woynarowska-Sołdan M. (2013) *Postrzeżenie przez dzieci człowieka o dobrym i złym samopoczuciu oraz czynników warunkujących to samopoczucie*, „Forum Medycyny Rodzinnej”. Artykuł ten prezentuje możliwości wykorzystania techniki „Narysuj i napisz” w praktyce lekarza i pielęgniarki środowiskowej podstawowej opieki zdrowotnej.

Za ważne dokonanie naukowe w obszarze edukacji zdrowotnej uważam także współredakcję naukową polskiej wersji amerykańskiej książki: Contento I. (2018), *Edukacja żywieniowa (Nutrition education)*, red. naukowa polskiej wersji: Woynarowska B., Ogińska-Bulik N., Woynarowska-Sołdan M., Wydawnictwo Naukowe PWN. Książka ta jest pierwszą publikacją naukową o tej tematyce w Polsce. Edukacja żywieniowa jest jednym z kluczowych obszarów edukacji zdrowotnej, szczególnie ważnym w zapobieganiu chorobom przewlekłym, w tym otyłości, cukrzycy, chorobom układu krążenia. Jej skuteczność zależy od przygotowania edukatorów, zwłaszcza dietetyków i specjalistów żywienia człowieka.



Przedmiotem moich zainteresowań naukowych jest także kwestia profesjonalizacji w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Jestem współautorką dwóch publikacji, w których

omówiono działania podjęte w Europie i na świecie dla poprawy jakości kształcenia kadr dla promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, ich kluczowe kompetencje, system certyfikacji oraz na tym tle bardzo niekorzystną sytuację w tym zakresie w Polsce. Wskazano kierunki działań, które powinny być podjęte w Polsce, zwłaszcza że w Narodowym Programie Zdrowia 2016–2020 za jedno z zadań uznano „przygotowanie do profesjonalizacji zawodu specjalisty edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia”:

- rozdział: Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M., *Rola i kompetencje osób prowadzących edukację zdrowotną*, w podręczniku pod red. B. Woynarowskiej (2017): *Edukacja zdrowotna: podstawy teoretyczne, metodyka, praktyka*,
- artykuł: Woynarowska B., Woynarowska-Sołdan M. (2018), *Działania ukierunkowane na profesjonalizację w promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej na świecie i w Polsce*, „Hygeia Public Health”.

4. Komunikowanie się lekarza z pacjentem dzieckiem

W latach 2012–2015 we współpracy z pracownikami Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka realizowałam autorski projekt badawczy dotyczący relacji lekarza z pacjentem-dzieckiem. Poprzedziło go opracowanie pracy pogładowej – Woynarowska-Sołdan M., Waszyńska K., Kowalczyk R., Waszyńska-Samolak D. (2012), *Zasady dobrego komunikowania się lekarza z dzieckiem z chorobą przewlekłą*, „Klinika Pediatryczna”. Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 14–15-latków w ramach projektu przedstawiono w dwóch artykułach:

- Woynarowska-Sołdan M., Tabak I., Doroszevska A. (2013), *The feelings of adolescents connected with medical visit and their perception of the physicians' behaviour*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”. Stwierdzono, że wizycie nastolatków u lekarza towarzyszyły różne odczucia, najczęściej obojętność i ulga, ale także niepokój, strach, lęk. Większość nastolatków pozytywnie postrzegała zachowania lekarzy wobec nich.
- Woynarowska-Sołdan M., Tabak I., Doroszevska A., Jabłkowska-Górecka K. (2015), *Teenagers' perception of being an active patient and putting the concept into practice*. „Medycyna Wieku Rozwojowego”. Wyniki tych badań wykazały, że niewiele nastolatków aktywnie uczestniczy w procesie diagnozy i leczenia. Istnieje potrzeba wczesnej edukacji dzieci i młodzieży w ramach edukacji zdrowotnej, realizowanej także w szkole, w zakresie stawania się aktywnym pacjentem, gdyż taka postawa sprzyja zdrowiu człowieka w każdym okresie jego życia. Temat ten był jednym z wymagań

szczegółowych uwzględnionych w 2008 r. w podstawie programowej wychowania fizycznego (w bloku edukacja zdrowotna) w szkołach ponadgimnazjalnych.

Do tego obszaru moich zainteresowań można zaliczyć także artykuł dotyczący postrzegania przez dzieci wizyty w gabinecie dentystycznym: Tylewicz A, Woynarowska-Sołdan M. *Wykorzystanie techniki „Narysuj i napisz” w praktyce lekarza dentysty sprawującego opiekę nad dziećmi*, „Nowa Stomatologia”. Technika ta jest godna polecenia w praktyce lekarzy dentystów i higienistek stomatologicznych przyjmujących dzieci w wieku przedszkolnym i młodszym szkolnym. Można ją wykorzystać do identyfikowania przyczyn lęku przed wizytą u dentysty i lepszego przygotowania pacjenta do czynności wówczas wykonywanych.

5. Zdrowie i zachowania prozdrowotne nauczycieli oraz pielęgniarek i studentów kierunków medycznych w kontekście ich zadań w zakresie edukacji zdrowotnej

Do tej grupy publikacji włączyłam dwa artykuły dotyczące zdrowia i dbałości o nie pracowników szkoły, które nie są uwzględnione w cyklu stanowiącym rozprawę habilitacyjną. Prezentowane w nich wyniki badań potwierdzają istnienie wielu nieprawidłowości w zakresie dbałości o zdrowie nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkół:

- Woynarowska-Sołdan M., Węziak-Białowolska D. (2012), *Samoocena zdrowia i dbałość o zdrowie u nauczycieli*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”,
- Woynarowska-Sołdan M., Kozłowska-Wojciechowska M. (2017), *Zachowania żywieniowe i aktywność fizyczna pracowników szkół oraz działania dla poprawy tych zachowań i ich efekty*, „Hygeia Public Health”.

W pozostałych pięciu artykułach badawczych w tym obszarze podmiotem są osoby spoza systemu oświaty, które odgrywają lub powinny odgrywać ważną rolę w edukacji zdrowotnej społeczeństwa. Edukacja zdrowotna jest lub powinna być podstawowym elementem zadań zawodowych pracowników ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza pielęgniarek, oraz programów kształcenia studentów na kierunkach medycznych. Osoby te powinny tworzyć wzorce właściwych zachowań prozdrowotnych dla pacjentów i ich rodzin. Jestem współautorką następujących publikacji naukowych:

- Panczyk M., Woynarowska-Sołdan M., Żmuda-Trzebiatowska H., Gotlib J. (2018), *Health enhancing behaviours of nurses in Poland and their association with shift work and age*, „The Collegian: The Australian Journal of Nursing Practice”,

- Woynarowska-Soldan M, Panczyk M, Iwanow L, Gałązkowski R, Wójcik-Fatla A, Panasiuk L, Gotlib. J. (2018): *Associations between overweight and obesity and health enhancing behaviours among female nurses in Poland*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine”,
- Woynarowska-Soldan M., Panczyk M., Iwanow L., Zarzeka A., Gotlib J. (2019), *Validation of the Positive Health Behaviors Scale: A Nationwide Survey of Nurses in Poland*, „International Journal of Occupational Safety and Ergonomics”,
- Woynarowska-Soldan M., Panczyk M., Iwanow L., Bączek G., Gałązkowski R., Augustynowicz A., Gotlib. J., *Practice of breast self-examination among nurses in Poland and their preparation in this regard*, „Annals of Agricultural and Environmental Medicine” (artykuł przyjęty do druku, nieujęty w Analizie bibliometrycznej).
- Woynarowska-Soldan M., Yezhova O. Sytnyk O., Węziak-Białowolska D., *Zachowania prozdrowotne polskich i ukraińskich studentów kierunków medycznych w kontekście występowania u nich chorób przewlekłych*, „Przegląd Epidemiologiczny” (artykuł przyjęty do druku) – praca wykonana w ramach współpracy z pracownikami naukowymi Uniwersytetu w Sumy (Ukraina) (artykuł przyjęty do druku, nieujęty w Analizie bibliometrycznej).

Przeprowadzone badania wskazują na liczne niedostatki w zachowaniach prozdrowotnych osób w badanych grupach, co należy uznać za niekorzystne z punktu widzenia ich zdrowia, realizacji przez nich zadań zawodowych, w tym bezpieczeństwa pacjentów i modelowania ich zachowań prozdrowotnych.

6. Wybrane zagadnienia kształcenia w wyższej szkole medycznej

Kolejnym obszarem moich zainteresowań naukowo-badawczych były badania w zakresie wybranych aspektów kształcenia w uniwersytecie medycznym. W tej dziedzinie współpracowałam z Pracownią Ewaluacji i Doskonalenia Kształcenia Medycznego przy Zakładzie Dydaktyki i Efektów Kształcenia Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Uczestniczyłam w przygotowaniu publikacji dotyczących zagadnień związanych z:

1. Kształceniem pielęgniarek:

- Panczyk M., Ścieglińska B., Woynarowska-Soldan M., Gotlib J. (2014), *MSc Nursing Entrance Exams – admission to full-time and part-time programmes at medical University*, „Problemy Pielęgniarstwa”. Wykazano, że kandydaci na stacjonarne studia

pielęgniarskie II stopnia są lepiej przygotowani niż kandydaci na studia niestacjonarne. Należy rozważyć przyczyny tego stanu, rolę studiów II stopnia w kształceniu pielęgniarek oraz dopasować do tego strategię rekrutacyjną uczelni medycznej.

- Panczyk M., Woynarowska-Sołdan M., Belowska J., Zarzeka A., Gotlib J. (2015), *Analiza porównawcza przebiegu kształcenia e-learningowego studentów pielęgniarstwa w zakresie rzetelności w badaniach naukowych*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”. Analizowano dwa sposoby organizacji e-kursów przeznaczonych dla studentów pielęgniarstwa. Zastosowanie e-testu MCQs (*Multiple-Choice Questions*) jako elementu sprawdzającego zapewniło bardziej rzetelną ocenę postępów studentów w porównaniu z wcześniej stosowanym formatem SAQs (*Short Answer Questions*). Niezależnie od sposobu organizacji e-kursów problemem był brak systematycznej pracy studentów w czasie semestru.
2. Kształceniem doktorantów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w zakresie dydaktyki szkoły wyższej (przygotowanie doktorantów do roli nauczycieli akademickich):
- Gotlib J., Woynarowska-Sołdan M., Panczyk M., Belowska J. (2014), *Assessment of satisfaction with studying the "higher education didactics" course among first-year doctoral students of Warsaw Medical University*, [w:] ICERI2014 Proceedings: 7th International Conference of Education, Research and Innovation, Seville, Spain, 17–19 November 2014, Chova L.G., A. López Martínez A.L. Torres I.C. (red.), Valencia: IATED Academy. Stwierdzono, że doktoranci uczestniczący w zajęciach z dydaktyki szkoły wyższej pozytywnie ocenili zaproponowany im nowy program kształcenia w tym zakresie, postulowali wprowadzenie seminariów lub ćwiczeń zamiast wykładów oraz niektórych zajęć w formie e-learningowej.

Jestem też współautorką pracy dotyczącej bibliometrycznej ewaluacji naukowego piśmiennictwa z obszaru badań związanych z edukacją: Panczyk M., Woynarowska-Sołdan M., Belowska J., Zarzeka A., Gotlib J. (2015), *Bibliometric evaluation of scientific literature in the area of research in education using incites™ database of Thomson Reuters*, [w:] INTED2015 Proceedings 9th International Technology, Education and Development Conference, Madrid, Spain, 2–4 March 2015, Chova L.G., A. López Martínez A.L. Torres I.C. (red.), Valencia, IATED Academy. Analiza ta może być pomocna w planowaniu przyszłych strategii badawczych i dostarcza przydatnych informacji badaczom poszukującym partnerów do współpracy.

Inne publikacje

Oprócz wymienionych wyżej prac w moim dorobku naukowym znajdują się jeszcze cztery publikacje recenzowane dotyczące zagadnień z dziedziny pedagogiki, promocji zdrowia, profilaktyki:

- Woynarowska-Sołdan M. (2012), *Janusz Korczak: spedagogizowany lekarz, umedyczniony pedagog*, „Medycyna Wieku Rozwojowego”. Artykuł przygotowałam z okazji obchodów w 2012 r. Roku Korczakowskiego. Skoncentrowałam się na dwóch pełnionych przez Korczaka rolach: lekarza i pedagoga. Omówiłam znaczenie medycyny w życiu i działalności Korczaka, korczakowskie postrzeganie dziecka i sposoby jego traktowania. Podjęłam próbę uzasadnienia potrzeby sięgania do spuścizny Korczaka.
- Woynarowska-Sołdan M, Skoczek G. (2014), *Health promotion for school staff as a part of a whole school approach to health in Poland*, [w:] Buijs G., Dadaczynski K., Schultz A., Vilaça T. (eds.), *Equity, Education and Health: learning from practice. Case studies of practice presented during the 4th European Conference on Health Promoting Schools, Odense*. Praca prezentuje pierwsze wyniki badań i doświadczenia z realizacji projektu *Promocja zdrowia pracowników szkoły*. Nie została ona uwzględniona w cyklu habilitacyjnym.
- Woźniak M., Osiecki M., Goliszek M., Woynarowska-Sołdan M., Woynarowski M. (2017), *Life quality in teenagers with autoimmune liver diseases*, “Hepatology International” (streszczenie). Praca ta jest efektem mojego udziału w badaniach nad jakością życia nastolatków z autoimmunologicznymi chorobami wątroby prowadzonych w Szpitalu Pomniku – Centrum Zdrowia Dziecka. Stwierdzono, że jakość życia tych nastolatków obniża zmęczenie. Nie wpływają na nią stan choroby, jej rodzaj ani płeć dziecka.
- Wiśniewska E., Woynarowska-Sołdan M., Boguszewska-Gutenbaum H., Fronczak A. (2018), *Realizacja przez pielęgniarki szkolne grupowej profilaktyki fluorkowej u uczniów szkół podstawowych*, „Pielęgniarstwo Polskie”. Stwierdzono, że zdecydowana większość badanych pielęgniarek realizuje tę profilaktykę zgodnie z obowiązującymi zasadami. Większość z nich nie uczestniczyła w szkoleniach dotyczących profilaktyki próchnicy zębów i jest zainteresowana zwiększeniem wiedzy w tym zakresie, co warto wykorzystać w ich programach doskonalenia zawodowego.

Podsumowanie

Mój dorobek naukowo-badawczy ma charakter interdyscyplinarny, łączy elementy pedagogiki (pedagogiki zdrowia i edukacji zdrowotnej) oraz nauk o zdrowiu (promocja zdrowia, zdrowie publiczne). Głównym terenem badań są placówki oświatowe, a podmiotem ich społeczność: nauczyciele, pracownicy niepedagogiczni i uczniowie/wychowankowie oraz w pewnym zakresie także ich rodzice.

Za najważniejsze osiągnięcia w mojej pracy naukowo-badawczej uważam:

1. Opracowanie koncepcji badania klimatu społecznego w szkołach i przedszkolach promujących zdrowie.
2. Opracowanie *Skali Pozytywnych Zachowań Zdrowotnych dla dorosłych* oraz *Skali Czynników Sprzyjających Dobremu Samopoczuciu Zawodowemu Nauczycieli i Pracowników Niepedagogicznych*. Mogą być one wykorzystywane w badaniach naukowych oraz w praktyce szkół, zwłaszcza szkół promujących zdrowie.
3. Rozszerzenie zakresu działań szkoły i przedszkola promującego zdrowie o promocję zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych. Można oczekiwać, że docelowo zwiększy się świadomość zdrowotna i dbałość o zdrowie nauczycieli i innych pracowników szkół i przedszkoli promujących zdrowie, co przyczyni się do lepszej realizacji ich zadań zawodowych oraz poprawy samopoczucia w szkole/przedszkolu oraz osiągnięć uczniów/wychowanków. Badania nad promocją zdrowia nauczycieli i pracowników niepedagogicznych szkoły są unikatowe w skali kraju, są one postulowane w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie*, ale rzadko podejmowane w innych krajach do niej należących.
4. Znaczący udział we wdrażaniu i rozwoju w Polsce programów promocji zdrowia w szkołach i przedszkolach. Od 2003 r. uczestniczę w pracach dotyczących kształtowania i rozszerzania koncepcji szkoły promującej zdrowie, współpracując z Krajowym Koordynatorem w sieci *Szkoły dla Zdrowia w Europie* i Zespołem ds. Promocji Zdrowia w Szkole w Ośrodku Rozwoju Edukacji. Mój znaczący udział w opracowaniu koncepcji przedszkola promującego zdrowie i narzędzi do autoewaluacji podejmowanych w nim działań przyczynił się do rozszerzenia zakresu programu promocji zdrowia na cały system edukacji.

Wyniki moich prac związanych z rozwijaniem programu Szkoła promująca zdrowie i Przedszkole promujące zdrowie wdrożono w skali kraju i wykorzystuje je obecnie ponad 3500 szkół i przedszkoli promujących zdrowie we wszystkich województwach. Dokonanie autoewaluacji z wykorzystaniem opracowanych przeze mnie narzędzi stanowi jeden z warunków ubiegania się o *Krajowy Certyfikat Szkoła/Przedszkole Promujące Zdrowie* nadawany przez Ministra Edukacji Narodowej (do końca 2018 r. uzyskało go 310 szkół i przedszkoli).

Uważam, że wartością użyteczną mojej działalności naukowo-badawczej jest systematyczne upowszechnianie wyników prowadzonych przeze mnie badań i projektów w czasopiśmie, na konferencjach i seminariach dla różnych grup zawodowych: dyrektorów szkół, nauczycieli, osób zajmujących się profilaktyką zachowań ryzykownych, pielęgniarek, specjalistów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, specjalistów zdrowia publicznego oraz lekarzy medycyny pracy, pediatrów i dentystów.

Magdalena Kopycińska-Sotkowiak