

Autoreferat

1. Imię i nazwisko: Agnieszka Piasecka-Robak

2. Posiadane dyplomy, stopnie naukowe – z podaniem nazwy, miejsca i roku ich uzyskania oraz tytułu rozprawy doktorskiej:

- stopień naukowy doktora nauk humanistycznych, dyscyplina pedagogika, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego, 2007 r. Tytuł rozprawy doktorskiej: „Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny”;
- studia podyplomowe, menedżer zasobów ludzkich, Studium Zarządzania Zasobami Ludzkimi, Agencja Rozwoju Gospodarczego, Poznań, 2006;
- studia podyplomowe, specjalista ds. public relations, Podyplomowe Studium Dziennikarstwa i Zarządzania Informacją (Public relations), Wydział Filologiczny, Uniwersytet Wrocławski, 2001. Tytuł pracy dyplomowej: „Strategia PR dla przedsiębiorstwa znajdującego się w sytuacji kryzysowej”;
- magisterium, kierunek pedagogika, specjalność: Poradnictwo, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych Uniwersytetu Wrocławskiego, 2001. Tytuł pracy magisterskiej: „Specjalista ds. public relations jako innowator”;

Wybrane cykle szkoleniowe, kursy i warsztaty:

- *Adult Education and European Projects: ICT tools for an active learning, educational coaching, critical thinking, social media in adult education* (Hiszpania, 2016);
- *Validation of non-formal learning in volunteering* (Holandia, 2016);
- *Szkoła Tutorów Akademickich* (certyfikat tutora akademickiego, 2014);
- *Mentoring* (2010);
- *Coaching rozwoju osobistego (coaching indywidualny)* (2010); *Coaching grupowy* (2009); *Coaching (CoachWise Clear Vision)* (2009);
- *Warsztaty przedsiębiorczości* (2010); *Warsztaty Instruktora Innowacji* (2010); *Warsztaty Blue Ocean* (2009); *Blue Ocean Strategy. Innowacja Wartości* (2009);

3. Informacje o dotychczasowym zatrudnieniu w jednostkach naukowych:

- X 2018 – obecnie: adiunkt na Wydziale Nauk Pedagogicznych, Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wrocław;
- II 2013 – IX 2018: adiunkt w Zakładzie Nauk Humanistycznych, Instytut Nauk Ekonomicznych i Społecznych, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu (IX 2013 – VIII 2018 kierownik Zakładu Nauk Humanistycznych);
- IX 2010 – II 2013: adiunkt w Międzywydziałowym Studium Pedagogicznym, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu;
- X 2010 – II 2011 (umowy o dzieło): Zakład Poradzoznawstwa, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław;
- XII 2007 – IX 2010: adiunkt w Zakładzie Poradzoznawstwa, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław;
- II 2004 – XI 2007 (umowy o dzieło, umowy zlecenia): doktorantka w Zakładzie Poradzoznawstwa, Instytut Pedagogiki, Wydział Nauk Historycznych i Pedagogicznych, Uniwersytet Wrocławski, Wrocław;

4. Wskazanie osiągnięcia* wynikającego z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2017 r. poz. 1789):

- a) **tytuł osiągnięcia naukowego/artystycznego:** „Pogranicza i polifoniczności aplikacyjne pedagogii zdrowia: komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu” (cykl publikacji)

b) (autor/autorzy, tytuł/tytuły publikacji, rok wydania, nazwa wydawnictwa, recenzenci wydawniczy):

- Cykl artykułów opublikowanych w czasopismach i pracach zbiorowych:

- Agnieszka Piasecka, *Komunikowanie o zdrowiu. Tworzenie „środowiska nadziei”*. W: Zeszyty Prasoznawcze 2015, tom 58, nr 2(222), ISSN: 0555-0025, e-ISSN 2299-6362, s. 463-473; DOI 10.4467/2299-6362PZ.15.033.4143 (Lista ERIH, baza JCR, Index Copernicus 4.71 14 pkt); recenzenci: Autorzy i recenzenci nie znają swoich tożsamości (double blind review process); redaktorzy numeru: Dr hab. Weronika Świerczyńska-Głownia, Dr hab. Wojciech Kajtoch
- Agnieszka Piasecka-Robak, *Wsparcie społeczne i poradnictwo dla seniorów*. W: Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej nr 30/2018, s. 268-280 (ISSN: 2080-9476) (Lista B MNiSW, Index Copernicus 4.81 11 pkt); recenzenci: Autorzy i recenzenci nie znają swoich tożsamości (double blind review process); redaktor tomu: Dr Joanna Belzyt
- Agnieszka Piasecka-Robak. *„Ryba tego ci nie powie, ale wzmacnia Twoje zdrowie” - komunikowanie o zdrowiu i poradnictwo zdrowotne w PRL (1960-1974)*. W: Karolina Bittner, Dorota Skotarczak (red.). W kręgu kultury PRL. Poradnictwo, Poznań 2018, Wyd. IPN i UAM, s. 137-157 (ISBN: 978-83-65663-67-2); recenzenci: dr hab. Krzysztof Kosiński, Prof. IH PAN, dr hab. Patryk Pleskot
- Agnieszka Piasecka, *Kulturowe aspekty wdrażania coachingu w pracy z niepełnosprawnymi*. W: Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej nr 18/2015, s. 38-50 (ISSN: 2080-9476) (Lista B MNiSW, Index Copernicus 4.81 11 pkt); recenzenci: Autorzy i recenzenci nie znają swoich tożsamości (double blind review process); redaktor tomu: Prof. dr hab. Sławomira Sadowska
- Agnieszka Piasecka, *Wolontariat osób niepełnosprawnych - aspekty rozwoju zawodowego i osobistego na (nie w pełni sprawnym) rynku pracy*. W: Wychowanie Na Co Dzień nr 3(252)/2015 (proces wydawniczy zakończono w 2018, wówczas artykuł ukazał się w numerze przypisanym do 2015), s. 29-37; (ISSN 1230-7785) (Lista B MNiSW, Index Copernicus 4.81 4 pkt); recenzenci: Autorzy i recenzenci nie znają swoich tożsamości (double blind review process); lista recenzentów: http://www.weakapit.pl/wncd/lista_recenzentow_wncd_2015.pdf
- Agnieszka Piasecka, *Komunikowanie o zdrowiu w strukturze organizacji: konstruowanie zdrowych relacji w diadzie pracodawca-pracownik*. W: Barbara Jacennik, Aleksandra Hulewska, Agnieszka Piasecka (red.). Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną. Warszawa 2012, Wyd. Vizja Press & IT oraz Polskie Towarzystwo Komunikacji Społecznej, s. 43-65; recenzenci: Prof. nadzw. dr hab. Grażyna Dolińska-Zygmunt, Prof. dr hab. Teresa Rzepa, Prof. dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok
- Agnieszka Piasecka, *Etyl(em)izacja, czyli etyka w dobie globalizacji. Z krytycznym Głosem Pana Lema w tle*. W: Kultura – Historia – Globalizacja nr 6/2010, s. 33-44. Wersja elektroniczna: KHG [Online]. Protokół dostępu: <http://www.khg.uni.wroc.pl/?type=artykul&id=93> [12.12.2018]. Lista recenzentów pisma: <http://www.khg.uni.wroc.pl/?type=info>
- Agnieszka Piasecka, *Wykorzystanie przestrzeni wirtualnej do promocji akcji korzystnych społecznie, czyli o korelacji pomiędzy surową etyką a swawolną estetyką*. W: Mirosława Wawrzak-Chodaczek (red.), *Wartości*

w komunikowaniu. Toruń 2010, Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 185-196; recenzent: dr hab. Mateusz Nieć

- Agnieszka Piasecka, Edukacyjne aspekty reklamy, czyli kilka refleksji o polskich kampaniach społecznych. W: Witold Jakubowski (red.), Kultura i edukacja (konteksty i kontrowersje). Kraków, Oficyna Wydawnicza „IMPULS”, s. 71-87; recenzent: prof. zw. dr hab. Zbyszko Melosik
- Trzy rozdziały (z sześciu) w monografii, której byłam redaktorem naukowym: Agnieszka Piasecka, Aleksandra Hulewska (red.), *Health communication in Poland*, Toruń 2015, Wydawnictwo Adam Marszałek, ss. 223; recenzenci wydawniczy: Prof. dr hab. T. Goban-Klas, Dr hab. M. Lisowska-Magdziarz
- Agnieszka Piasecka, *Communicating about health as a value – from the past to now*. W: Agnieszka Piasecka & Aleksandra Hulewska (red.), *Health communication in Poland*, Toruń 2015, Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 11-29, ISBN: 978-83-8019-263-8
 - Agnieszka Piasecka, Katarzyna Żytniewska, *The patient as a partner? Dilemmas and problems of building a relationship*. W: Agnieszka Piasecka & Aleksandra Hulewska (red.), *Health communication in Poland*, Toruń 2015, Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 136-149, ISBN: 978-83-8019-263-8
 - Agnieszka Piasecka, Katarzyna Żytniewska, *A day in the life of a patient as seen by the patients' ombudsman in a health centre*. W: Agnieszka Piasecka & Aleksandra Hulewska (red.), *Health communication in Poland*, Toruń 2015, Wydawnictwo Adam Marszałek (seria: *Medicina Historica*, monografia), s. 203-212, ISBN: 978-83-8019-263-8
- Monografia: Agnieszka Piasecka, *Poradnictwo wolontariackie*, Toruń 2014, Wydawnictwo Adam Marszałek, ss. 382; recenzenci wydawniczy: Prof. dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok, Prof. dr hab. Zdzisław Wołk

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

Praca badawcza, którą prowadzę od kilku lat, lokuje się w pedagogii zdrowia. W terminie „pedagogia” zawieram, za Zbigniewem Kwiecińskim, całokształt myślenia o praktyce edukacyjnej i wychowaniu w jego wymiarze transformacyjnym. Jest to zarówno refleksja nad pedagogiką, jak i refleksja nad wychowaniem oraz edukacją: formalną, pozaformalną i nieformalną, wywiedziona z praktyki edukacyjnej i na potrzeby tejże konstruowana.¹

Pedagogia zdrowia odpowiada na niezwykle istotne problemy współczesności. Współczesne koncepcje nauczania oraz wychowania zdrowotnego korespondują z przeobrażeniami społecznymi, aktualnymi możliwościami i uwarunkowaniami państwowymi.² Jednak zmiany ustrojowe, pokoleniowe i kulturowe generują także zmiany o charakterze paradygmatycznym, modyfikujące m.in. dotychczasowe sposoby

¹ Kwieciński, Z. (2012). *Pedagogie postu: preteksty – konteksty – podteksty*. Kraków: Impuls, s. 9-24.

² Szewczyk, T. (2012). *Pedagogika zdrowia*. W: Śliwerski, B. (red.). Tom 3: *Subdyscypliny wiedzy pedagogicznej*. Gdańsk: GWP, s. 337-359.

rozumienia procesu edukacyjnego. Dlatego tak ważne, w moim mniemaniu, staje się opisanie nieznanych i/lub nieobecnych dotychczas faktów, zjawisk i procesów praktyki edukacyjnej, opracowanie nowych pojęć, a także zaprojektowanie aplikacji – modeli komunikowania o zdrowiu, odzwierciedlających rzeczywistość społeczno-gospodarczą oraz uwzględniających praktyczne wymiary edukacji, aktualne potrzeby i motywacje jej uczestników, poziom ich wiedzy medycznej (i dostęp do tejże). Moimi podstawowymi założeniami były: **eksploracja** procesów komunikowania w pedagogii zdrowia, **opisanie** pograniczności w pedagogii zdrowia oraz **wyjaśnienie** polifoniczności pedagogii zdrowia.

Pogranicza i polifoniczności w aplikacjach pedagogii zdrowia

W temacie opisywanego osiągnięcia ważne miejsce zajmują dwa pojęcia: pogranicza i polifoniczności. „**Pogranicza pedagogii zdrowia**” to termin, którym chciałam nawiązać nie tylko do niezwykle cennej poznańsko publikacji pod redakcją Stanisława Palki „Badania z pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych”, eksponującej konieczność traktowania pedagogiki jako dyscypliny interdyscyplinarnej i pragmatycznej³, lecz również – umocowanych dialogicznie koncepcji Edmunda Husserla, Maxa Schelera i Martina Bubera.

Pogranicza pedagogii zdrowia to obszary na styku granic praktyki edukacji i wychowania, empirii komunikacji społecznej, socjologii i psychologii zdrowia, doświadczeń medycyny i nauk o zdrowiu. Zachęcają one do przekraczania tychże granic, czerpania z interdyscyplinarności. Pograniczność widziana jest tu jako strefa „poza tym, co dominuje, co jest w centrum, co jest w cieniu, co jest marginalne”. To droga, „na której można być od początku, pośrodku, przy końcu; przed – w – po”. To wreszcie kategoria „przejścia”, ruchu „na krawędziach, na obszarach łączących rozdzielne dotąd tradycje myślowe”.⁴ Przekraczanie granic w pedagogii zdrowia stanowi fenomen, którego znaczenie można zauważyć w relacjach społecznych oraz tworzeniu adekwatnych

³ Dla interdyscyplinarności niezwykle istotna jest kategoria pogranicza – uelastycznienia granic pomiędzy wiedzą wywodzącą się z różnych dyscyplin naukowych. Uelastycznienia granic pomiędzy teorią i praktyką. Na gruncie pedagogiki powojennej, powinność interdyscyplinarności zasygnalizował już w 1952 roku Florian Znaniecki, kiedy to w „Naukach o kulturze” wskazywał, iż „badacze społeczni *nie wykorzystują w pełni medycyny* jako szczególnie ważnego obszaru owocnych studiów”. Blisko dekadę później Helena Radlińska podkreślała, że pedagogika *musi sięgać bezpośrednio do* nauk biologicznych i lekarskich. Postulaty „*wykorzystania w pełni*” i „*sięgania bezpośrednio do*” determinowały pedagogikę zdrowia do nieustannej kooperacji z medycyną i szeroko pojętymi naukami o zdrowiu, psychologią, socjologią i komunikacją społeczną. Szerzej: Znaniecki, F. (1952). *Cultural Sciences. Their Origin Development*. Urbana: The University of Illinois Press. Wydanie polskie: Znaniecki, F. (1971). *Nauki o kulturze. Narodziny i rozwój*. Warszawa: PWN, s. 527; Radlińska, H. (1961). *Pedagogika społeczna*. Wrocław—Kraków: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, s. 31; Szotowa, W., Serejski, J. (red.) (1976). *Czynne poradnictwo w opiece zdrowotnej nad populacją w wieku rozwojowym*. Warszawa: PZWL; Demel, M. (1972). *Nauczyciel zdrowia*. Warszawa: Nasza Księgarnia; Demel, M. (2002). *Pedagogika zdrowia*. W: *Chowanna* nr 1, s. 13-26.

⁴ Kwieciński, Z. (2012). *Pedagogie postu...*, op.cit., s. 9.

warunków systemowych i instytucjonalnych.⁵ **Dlatego jednym z moich założeń badawczych uczyniłam opisanie pograniczności w pedagogii zdrowia.**

Wsparcie dla wdrożeń z zakresu pedagogii zdrowia są – w moim mniemaniu – uzupełniające się wzajemnie, koncepcje etyki fenomenologicznej stworzone przez E. Husserla i M. Bubera, oraz koncepcja etyki aksjologicznej M. Schelera:

- E. Husserl podkreśla, iż osoby spotykają się oraz **komunikują** pomiędzy sobą jako *podmioty*. W ten sposób obie strony uczestniczą we wzajemnym podmiotowym doświadczeniu [wkraczając na pogranicza, a nawet przekraczając własne granice dotychczasowych doświadczeń w procesach komunikowania (się) – *przyp. aut.*];⁶
- M. Scheler kontynuując myśl Husserla, w oparciu o własne pojęcie *Mitweltu*, dowodzi, iż *zdolność wchodzenia w relacje z innymi* z uczuciem sympatii jest podstawowym „warunkiem bycia sobą”. Uczucia stanowią bowiem doświadczenie międzyosobowe. Powinność moralna łączy zaś w swych podstawach bycie i działanie;
- M. Buber z kolei wskazuje, że to na człowieku spoczywa powinność zdobycia umiejętności poznawania drugich osób, empatii wobec nich i traktowania ich jako „Ty”, a nie jako bezosobowe „Ono”: „Człowiek nie może żyć bez Ono. Ale kto żyje tylko z nim, nie jest człowiekiem”,⁷ ponieważ człowiek staje się osobą dopiero w relacji do Ty, która jest relacją wzajemną. Dopiero wtedy, gdy zaakceptujemy drugą osobę w całości, jako człowieka, *przełamiemy wzajemną samotność*.⁸

Koncepcja Michaiła Bachtina wzbogaca ową podmiotowość, dialogiczność i wzajemną relacyjność o kontekst **polifoniczności w pedagogii zdrowia**. Owa polifoniczność to umożliwienie podmiotom artykułowania własnych poglądów. To wielogłosowość i dawanie podmiotowi prawa do samodzielnych decyzji o konstrukcji tego, co mówi i tworzy, dawanie mu prawa do indywidualizmu.⁹ To świadomość i tolerancja względem tego, iż różne sposoby myślenia mogą współistnieć obok siebie, odnosić się do siebie, a nawet – polemizować ze sobą. Co więcej – to także świadomość, że każde słowo powinno być rozpatrywane w kontekstach, w których było stosowane wcześniej oraz w odniesieniu do pozostałych pojęć, z którymi występowało w rozmowie.

⁵ Por. Sadowski, A. (2008). Pogranicze – pograniczność – tożsamość pograniczna. W: *Pogranicze. Studia Społeczne*. Tom XIV, s. 17-30.

⁶ Szerzej: Lauer, Q. (1958). *The Triumph of Subjectivity*. New York: Fordham University Press, s. 110-117. Wersja online: <https://philpapers.org/rec/LAUTTO-2> [28.12.2018]

⁷ Buber, M. (1992). *Ja i Ty. Wybór pism filozoficznych*. Warszawa: PAX, s. 60.

⁸ Buber, M. (1993). *Problemy człowieka*. Warszawa: PWN, s. 126.

⁹ Szerzej: Bachtin, M. (1986). *Estetyka twórczości słownej*. Warszawa: PIW.

Dialogiczność wyklucza bowiem izolację słowa, bo słowo nie istnieje w izolacji, lecz wyłącznie w kontekście z innymi pojęciami.¹⁰

Skoro zaś nabywanie pojęć stanowi proces trwający przez całe życie, skoro sprowadza się do nieustannego odbierania, gromadzenia, przetwarzania, weryfikowania, porządkowania i przekazywania informacji o różnym charakterze, to tym samym **komunikowanie** staje się niezbędnym składnikiem procesu socjalizacji i elementem wszelkich procesów społecznych. Wpływa na kształtowanie się zachowań i postaw ludzi oraz ich wzajemne korelacje, w tym – gotowość niesienia pomocy, także w sytuacji zdrowia, choroby i leczenia. Jest swoistym rytuałem scalającym uczestników procesu we wspólnym przeżyciu. Umożliwia dziedziczenie, transmisję wartości i wzorów kulturowych. Czyni więc z kultury system komunikacyjny, samo zaś – staje się ekspresją, manifestowaną przez symbolizację intencjonalne.

Kolejnymi z założeń, które przyjąłam było zatem: eksplorowanie procesów komunikowania oraz wyjaśnienie polifoniczności pedagogii zdrowia, wynikających z dynamiki jej kontekstu, anomii społecznych i wielości zespołów aksjologicznych w deklaratywnym systemie wartości, pełnym „przejsć”, bezkierunkowości, licznych „pęknięć” i dezawuowania jednych wartości kosztem drugich, jak też skupienie się na wartościach poznawczych i etycznych współczesnego komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu, a także refleksja nad możliwościami ich implementacji (wartość pragmatyzmu) w terażniejszości społeczno-gospodarczej, w nawiązaniu do dokonującej się zmiany pokoleniowej.¹¹

Celem moich badań była identyfikacja pogranicza pedagogii zdrowia: jak najszersze ujęcie pedagogii zdrowia, przybliżenie jej wielowątkowości i **polifoniczności**, analiza istniejących i wdrażanych rozwiązań oraz propozycja nowych **aplikacji**. Kluczowym pytaniem stało się natomiast **pytanie o możliwość „tworzenia środowiska nadziei” w pedagogii zdrowia.** „Środowiska nadziei” jako swoistej metafory w szeroko pojmowanej pedagogii zdrowia: wychowaniu do zdrowia, edukowaniu o zdrowiu, refleksji o zdrowiu, chorobie i leczeniu, komunikowaniu (się) i pomocy psychopedagogicznej. „Środowiska nadziei” jako tego, które – realizowane w procesie komunikowania (się) – daje szansę na utrzymanie zdrowia lub jego odzyskanie/osiągnięcie oraz stwarza możliwości czerpania radości z życia w aktualnej kondycji zdrowotnej etc. „Środowiska nadziei” jako strefy oddziaływania na postawy jednostek

¹⁰ Szerzej: Burzyńska, A., Markowski M. (2006). *Teorie literatury XX wieku. Podręcznik*. Kraków: Wydawnictwo Znak, 2006, s. 160-164.

¹¹ Szafraniec, K. (2016). Główne obszary polityk społecznych wobec młodzieży. Ustalenia i refleksje socjologa. W: *Przegląd Socjologiczny* nr 2(65), s. 57-81. Więcej: Szafraniec K. (2010), *Młode pokolenie a nowy ustrój*. Warszawa: IRWiR PAN; Szafraniec, K., Domalewski, J., Szymborski, P., Wasielewski, K., Wernerowicz, M. (2017). *ME Generation in Post-collectivist Space. Dilemmas during the Time of Transition*. Geneva: Peter Lang Publishing.

i ich nastawienie do własnej dalszej egzystencji oraz wpływania na relacje społeczne i grupy zagrożone wykluczeniem ze względu na kondycję zdrowotną.

Konteksty (dokonującej się) zmiany

Podejmowanie badań z zakresu pedagogii zdrowia staje się bardzo istotne z uwagi na rosnący dysonans pomiędzy kondycją i sytuacją zdrowotną Polaków a mieszkańcami innych krajów Unii Europejskiej.¹² Stwarzanie pacjentowi warunków zapewniających osiągnięcie dobrostanu (rozumianego zgodnie z definicją WHO i preambułą do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia), w jego wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym, staje się bowiem coraz trudniejsze. Sytuacja ta nie zależy bynajmniej wyłącznie od kondycji finansowej kraju.¹³ Równie istotną rolę pełnią uwarunkowania makrostrukturalne, wśród których należy wymienić m.in.: zmianę struktury społecznej na regulowaną dynamicznie zmieniającymi się regułami wolnego rynku; niemożność korzystania z wiedzy dotychczasowych pokoleń wychowawców, funkcjonujących w odmiennych warunkach; podmiotowość rozumianą jako wolność decydowania o udziale lub rezygnacji z udziału w zbiorowych formach ochrony zdrowia, dokonywania wyborów związanych z zaangażowaniem w podtrzymanie zdrowia i podejmowanie działań prozdrowotnych; wzrastającą podmiotowość obywatelską i związaną z nią partycypację społeczną, jak również – traktowanie zdrowia jako „atutu i zasobu jednostkowego”, poddawanego wyraźnemu wartościowaniu oraz negacji „fatalizmu zdrowotnego”.¹⁴

Powyższe przemiany na poziomie makro nie pozostają bez wpływu na edukację i wychowanie zdrowotne. **Dlatego w podejmowanych przeze mnie badaniach naukowych koncentrowałam się** kolejno na: analizie aksjologicznej życia i zdrowia (fizycznego, psychicznego i społecznego) w perspektywie historyczno-kulturowej; analizie dokumentacji regulującej proces kształcenia w zawodach medycznych na poziomie wyższym oraz realizacji tychże przepisów w praktyce edukacyjnej szkół wyższych; wpływie tych praktyk na kompetencje komunikowania (komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu) i budowania relacji interpersonalnych w diadzie: personel medyczny – pacjent i jego rodzina; analizie dokumentów prawnych regulujących budowanie relacji i ich kształt w placówkach ochrony zdrowia w ich codziennym funkcjonowaniu;

¹² Szerzej problem ten prezentują raporty o sytuacji zdrowotnej ludności Polski, przygotowywane cyklicznie od blisko pięćdziesięciu lat przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, m.in. Wojtyński, B., Goryński, P. (red.) (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: NIZP – PZH, ss. 448.

¹³ Choć należy tu wspomnieć, iż według danych Eurostatu, opublikowanych 29.11.2018 r., nakłady na służbę zdrowia w Polsce, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, należą do najniższych w Europie – w 2016 roku było to trzecie miejsce od końca (w 2015 – czwarte od końca, w relacji do PKB). Poniżej prezentuję przykładowe nakłady dla krajów europejskich: Liechtenstein – 9104,42 €, Szwajcaria – 8841,31 €, Norwegia – 6730,33 €, Luksemburg – 5612,71 €, Szwecja – 5126,14 €, Dania – 5014 €, Islandia – 4538,77 €, Irlandia – 4274,07 €, Holandia – 4274,01 €, Niemcy – 4252,9 €. Do krajów, które najmniej pieniędzy przeznaczają na ochronę zdrowia należą: Rumunia – 431,99 €, Bułgaria – 555,64 €, Polska – 731,01 €. W zestawieniu Eurostatu brak danych dla Bośni i Hercegowiny. Źródło: Eurostat (2018). *Health care expenditure in the EU*. Protokół dostępu: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20181129-2> [29.11.2018].

¹⁴ Szewczyk, T. (2012). *Pedagogika zdrowia...*, op.cit., s. 339-340.

praktycznym przygotowaniu do udzielania wsparcia psychicznego i pomocy wśród pracowników organizacji ochrony zdrowia; sposobach udzielania tejże pomocy i wsparcia w kontekście zdrowia społecznego w grupach zagrożonych wykluczeniem społecznym (np. poprzez rozwój kompetencji); wdrożeniach praktycznych rozwiązań komunikacyjnych w obszarze zdrowia (tzw. aplikacje); stereotypach w postrzeganiu społecznym osób z niepełną sprawnością, wpływających na sposoby pracy z osobami z dysfunkcjami i jakość ich życia.

Coraz większe obciążenia zawodowe i słabnąca forma psychofizyczna mieszkańców naszego kraju wpływają na ogólną kondycję zdrowotną społeczeństwa, uzasadniając konieczność podjęcia zabiegów ochrony zdrowia i życia. Skoro bowiem zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby, dysfunkcji i niedomagań,¹⁵ to zyskuje ono na znaczeniu jako wartość, która umożliwia człowiekowi (lub grupie osób) realizowanie własnych celów, zaspokajanie potrzeb oraz zmianę środowiska. Posiadanie zdrowia ułatwia rozwój społeczny i ekonomiczny, stwarza szansę na lepszą jakość życia oraz pozytywnie usposabia do dalszej egzystencji (sprawność fizyczna, optymizm życiowy, siły do tworzenia).¹⁶

Podstawy metodologiczne

Postawę badawczą, którą przyjąłem, cechował wysoki poziom otwartości. Inspirowałem się tezą Stanisława Palki, iż wychowanie, kształcenie i samokształtowanie człowieka w ciągu całego życia tworzą dziedzinę poznania pedagogicznego.¹⁷ Przeniosłem powyższą prawidłowość na zagadnienia związane z komunikowaniem o zdrowiu, chorobie i leczeniu: wychowanie zdrowotne, kształcenie zdrowotne i samokształtowanie zdrowotne człowieka w ciągu całego życia tworzą dziedzinę poznania pedagogicznego. W tym kontekście – mówienie o wychowaniu zdrowotnym dotyka także sfery moralnej. W pojęciu kształcenia zawiera się zarówno nauczanie, jak też wychowanie intelektualne, związane z rozwojem zdolności, zainteresowań i postaw poznawczych. Natomiast samokształtowanie dotyczy równocześnie samokształcenia, samowychowania i autokreacji:

„Tak szeroko wytyczone pole poznawcze pedagogiki, objęcie zainteresowaniem badawczym ważnych procesów społecznych wychowania i kształcenia oraz samokształtowania człowieka stwarza możliwości i potrzeby współdziałania poznawczego. (...) Pedagogika jako nauka teoretyczna i praktyczna może mieć szczególne znaczenie **w integrowaniu poszukiwań badawczych różnych nauk o człowieku**, jej rola bowiem nie ogranicza się tylko do budowania

¹⁵ „Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”. Szerzej: WHO (2018). *WHO – Definition of Health*. Protokół dostępu: <http://www.who.int> [29.11.2018].

¹⁶ Waszkiewicz, L. (2002). Uwarunkowania zdrowia związane ze środowiskiem życia i wykonywaną pracą. W: Barański, J., Piątkowski W. (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*. Wrocław: ATUT, s. 97-104.

¹⁷ Palka, S. (1989). Teoria pedagogiczna a praktyczne doświadczenia nauczycieli. Warszawa: WSiP; Palka, S. (1999). *Pedagogika w stanie tworzenia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.

teoretycznej wiedzy, lecz rozszerzona jest na ważną **społecznie sferę oddziaływania** na rozwój człowieka i wspomagania jego rozwoju.¹⁸

W moim rozumieniu owo społeczne oddziaływanie zyskuje na znaczeniu w pedagogii zdrowia, jeśli przyjmiemy, za Sergiuszem Hessenem, iż to pedagogika ogólna wypełnia zadanie nadrzędne, jakim jest tworzenie teoretycznych generalizacji, dając tym samym tzw. podstawy teoriopoznawcze osobom zajmującym się wychowaniem w praktyce.¹⁹ Refleksja pedagogiczna w ramach pedagogii zdrowia, silnie nawiązując do potrzeb społecznych, podkreśla rolę człowieka, który jest poddawany wpływom cywilizacyjnym i kulturowym. Powiązanie elementów opisowych oraz normatywnych, za Bogdanem Suchodolskim, jest zatem niezbędne w myśleniu pedagogicznym:

„(...) Zamiast próbować konstruować oddzielną »naukę o wychowaniu« i oddzielną »pedagogikę«, nasze wysiłki – wzorem innych dyscyplin, podobnie dwoistych – powinny zmierzać do jak najbardziej zespolonego powiązania obu zasadniczych elementów myślenia pedagogicznego: poznawania wychowawczej rzeczywistości i jej przekształcania”.²⁰

Naturalną konsekwencją powyższego podejścia badawczego było podjęcie – w pierwszej kolejności – badań niereaktywnych (analiza treści, analiza istniejących danych statystycznych) oraz – jako następnych – jakościowych badań terenowych (obserwacje, wywiady jakościowe), czyli tych, które mogą dać badaczowi „całościową perspektywę” i umożliwiają „poznawanie tych postaw i zachowań, które najlepiej można zrozumieć w ich naturalnym środowisku” oraz ujawnienie rzeczy, „które w inny sposób nie byłyby widoczne”²¹, gdyż wiążą się z takimi elementami życia społecznego jak: wydarzenia epizodyczne (np. choroba), spotkania (oraz związane z nimi interakcje), odgrywane role (zawodowe, rodzinne etc.), związki, organizacje (formalne, np. szpitale).²² Uważam bowiem, że badania jakościowe dają badaczowi możliwość poszukiwania odpowiedzi na pytanie o charakter odpowiedzialności za aktualny stan rzeczy.

Obserwacje o zróżnicowanym poziomie uczestniczenia pozwoliły mi nie tylko poznać sposoby zdobywania i przekazywania wiedzy w środowisku medycznym, doskonalenia umiejętności (lub ich braku), podejmowania przez personel medyczny określonych zachowań i postaw wobec pacjentów. Zwiększyły także szansę na pozyskanie rzetelnych i trafnych danych na temat funkcjonowania polskiej służby zdrowia i zatrudnionego w niej personelu medycznego oraz nazwanie obszarów deficytowych.

Konstruując – w toku badań – kategorię „tworzenia środowiska nadziei” jako społecznej sfery oddziaływania i podstawy do rozpoznawania (potencjalnych deficytów)

¹⁸ Palka, S. (2004). Badania z pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych. W: Palka, S. (red.). *Pogranicza pedagogiki i nauk pomocniczych*. Kraków: Wydawnictwo UJ, s. 313.

¹⁹ Żywczok, A. (2010). Interakcje między teorią a praktyką w problematyce badawczej pedagogiki ogólnej - studium kulturowej autonomii nauki. W: *Przegląd Pedagogiczny* nr 2, s. 23-33. Por. Hessen, S. (1997). *Podstawy pedagogiki*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie Żak, s. 13.

²⁰ Okoń, W. (1976). Stan i perspektywy rozwoju nauk pedagogicznych: zbiór studiów, Warszawa: PWN, s. 92. Por. Suchodolski B. (1970). *Trzy pedagogiki*. Warszawa: Nasza Księgarnia, s. 15.

²¹ Babbie, E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: PWN, s. 309-339.

²² Lofland, J., Lofland L.H. (1995). *Analyzing social settings: A guide to qualitative observation and analysis*. Wydanie 3. Belmont: Wadsworth, s. 102-114.

rzeczywistości, dokonywania jej oglądu, przeprowadzałam obserwację funkcjonowania publicznych i prywatnych organizacji ochrony zdrowia w kontekście sposobów edukowania o zdrowiu i (lub) jego braku. Prowadziłam także wywiady z uczestnikami tego procesu.

Dokonując wglądu w złożoną sytuację pracy ośrodków ochrony zdrowia, bez zakłócania ich codziennej pracy, świadomie rezygnowałam z przestrzegania reżimu metodologicznego.²³ W kontekście rozważań nad refleksyjnością i intelektualizacją działalności pedagogicznej – zmieniło to moją metarefleksję nad relacjami między teorią a praktyką pedagogiczną. Uświadomiło także, iż **pedagogia zdrowia, poprzez silne umocowanie w praktyce społecznej, implikuje poszukiwania z pogranicza pedagogiki i innych nauk, ze szczególnym uwzględnieniem komunikacji społecznej, medycyny i psychologii oraz prawa.**

Pierwsze doświadczenia osobiste obserwacji na poziomie pełnego uczestniczenia, związane z poważnymi dolegliwościami zdrowotnymi jakie stały się moim udziałem, rzutowały na dalsze kierunki moich eksploracji naukowych – poszukiwanie potencjalnych przyczyn, z powodu których komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu przybiera formę często różniącą się od oczekiwań uczestników procesu. Rozpoczęłam zatem eksplorację obszaru pedagogii zdrowia i badanie potencjalnych luk edukacyjnych, kompetencyjnych, organizacyjnych i legislacyjnych. Ich opisanie postrzegałam bowiem jako niezbędne do pogłębionej refleksji nad praktycznymi wymiarami wartości życia i zdrowia, nad rolą komunikowania (się) w „tworzeniu środowiska nadziei” – przyjaznego pacjentom i nastawionego na pomaganie im w osiągnięciu dobrostanu i/lub we wzroście jakości życia. Zaobserwowane wówczas „aplikacje edukacyjno-zdrowotne” w placówkach ochrony zdrowia rzutowały na moje dalsze postępowanie badawcze, dobór metod i technik. Powołując się na autorytet Normana K. Denzina oraz Yvonny S. Lincoln, na kolejnym etapie budowania własnego warsztatu, zdecydowałam się na tworzenie **patchworków badawczych.**²⁴ Bycie **brikolerem** pozwoliło mi uzyskać pełną autonomię doboru strategii, metod i technik oraz materiałów empirycznych. Świadomie wybierając tę ścieżkę pracy badawczej **pojmowałam badania jakościowe jako transformacyjne i aparadygmatyczne.**²⁵ Uznaję bowiem – za Halem Bederem – że „poprawność wyników badań naukowych” przeprowadzanych w zindywidualizowanym społeczeństwie późnej

²³ Por. Dylak, S. (1996). Kształcenie nauczycieli do refleksyjnej praktyki. Zarys genezy, istoty i rozwoju koncepcji (studium literaturowe). W: *Rocznik Pedagogiczny* Tom 16, s. 35-60.

²⁴ Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. (2018). Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych. W: Denzin, N.K., Lincoln, Y.S. (red.). *Metody badań jakościowych*. Tom 1. Wyd. 2. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN, s. 19-28.

²⁵ Małewski, M. (2012). Metodologia badań społecznych – ortodoksja i refleksyjność. W: *Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja* nr 4(60), s. 33.

nowoczesności „trzeba oceniać według wartości ich wyników”, nie zaś wyłącznie według „ich zgodności z ideologiczną doktryną naukowości”.²⁶

Przyjmując perspektywę poznawczą, dążyłam do jak najlepszego wywiązania się z roli badacza uprawiającego „zdyscyplinowany eklektyzm”²⁷. Skupiałam się na jakości pozyskiwanego materiału empirycznego i jego różnorodności, zgodnie z wytycznymi N.K. Denzina i Y.S. Lincoln:

„Badania jakościowe obejmują studia nad wykorzystaniem i gromadzeniem różnorodnych materiałów empirycznych – studiów przypadku, osobistego doświadczenia, introspekcji, biografii, wywiadów, wytworów kulturowych, kulturowych tekstów i produktów, materiałów pochodzących z obserwacji, materiałów historycznych, materiałów wywodzących się z interakcji, tekstów wizualnych, materiałów, które opisują codzienność i trudne momenty w życiu jednostki”.²⁸

Zaowocowało to wyodrębnieniem się kilku, czasem prowadzonych przeze mnie równoległe, etapów badawczych.

Pogranicza i polifoniczności – tropy poszukiwań badawczych

W pierwszym i drugim etapie badawczym prowadziłam badania poznawcze na pograniczu pedagogiki zdrowia i nauk pomocniczych (psychologii zdrowia, socjologii zdrowia, antropologii, higieny i historii medycyny etc.) na gruncie polskim. Starłam się ukazać modyfikacje ujmowania komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu, krytycznie oceniając dotychczasowe „punkty widzenia”, formułując propozycje zmian. Opisałam również problemy aksjologiczne wynikające z definiowania zdrowia i życia w kategoriach wartości, w wymiarze historycznym.

Publikacje wymienione w cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka-Robak, A. (2018). „Ryba tego ci nie powie, ale wzmacnia Twoje zdrowie” - komunikowanie o zdrowiu i poradnictwo zdrowotne w PRL (1960-1974). W: Bittner, K., Skotarczak, D. (red.). *W kręgu kultury PRL. Poradnictwo*. Poznań: Wyd. IPN i UAM, s. 137-157.
- Piasecka, A. (2015). Communicating about health as a value – from the past to now. W: Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Health communication in Poland*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 11-29.
- Piasecka, A. (2010). Etyl(em)izacja, czyli etyka w dobie globalizacji. Z krytycznym Głosem Pana Lema w tle. W: *Kultura – Historia – Globalizacja* nr 6, s. 33-44. Wersja elektroniczna: *Kultura – Historia – Globalizacja* [Online]. Protokół dostępu: <http://www.khg.uni.wroc.pl/?type=artykul&id=93> [12.12.2018].
- Piasecka, A. (2009). Wykorzystanie przestrzeni wirtualnej do promocji akcji korzystnych społecznie, czyli o korelacji pomiędzy surową etyką a swawolną estetyką (Virtual Reality and its utility in promotion of public service advertisements (PSAs), or: about the correlation between stringent ethic and frolicsome esthetic). W: Wawrzak-Chodaczek, M. (red.). *Wartości w komunikowaniu*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 185-196.

Publikacja spoza cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A. (2015). On the beginnings of pro-health actions and social health campaigns in Poland (1496–1989). W: Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Health communication in Poland*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 30-44.

²⁶ Tamże, s. 40. Za: Johnston, R. (2010). Etyka, badania emancypacyjne i bezrobocie. W: Červinková, H., Gołębniak, B.D. (red.). *Badania w działaniu. Pedagogika i antropologia zaangażowane*. Wrocław: Wyd. Naukowe DSW, s. 207.

²⁷ Sztompka, P. (2002). Shaping Sociological Imagination. The Importance of Theory. W: Bron, A., Schemmann, M. (red.). *Social Science Theories in Adult Education Research*. Münster–Hamburg–London: Lit Verlag, s. 35. Za: Malewski, M. (2012). Metodologia badań społecznych..., op.cit., s. 42.

²⁸ Denzin, N.K. Lincoln, Y.S. (2018). Wprowadzenie. Dziedzina i..., op.cit., s. 23.

Zaprezentowałam przemiany w komunikowaniu o zdrowiu we współczesnych kampaniach społecznych (od masowości, tak typowej dla kampanii realizowanych przed 2005 r., do indywidualizmu kampanii tworzonych po 2005 r.):

Publikacje wymienione w cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A. (2008). Edukacyjne aspekty reklamy, czyli kilka refleksji o polskich kampaniach społecznych. W: Jakubowski, W. (red.). *Kultura i edukacja (konteksty i kontrowersje)*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „IMPULS”, s. 71-87.

Publikacje spoza cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A. (2015). Social health campaigns in Poland: 1989–2005 (before the social media revolution). W: Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Health communication in Poland*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 45-66.
- Piasecka, A. (2010). Kampanie społeczne – ku indywidualizmowi w kulturze popularnej. W: Zierkiewicz, E., Drabik-Podgórną V. (red.). *Poradnictwo w kulturze indywidualizmu*. Wrocław: ATUT, s. 185-195.
- Piasecka, A. (2010). Skuteczność prozdrowotnych kampanii społecznych. Perspektywa public relations. W: Jacennik, B. (red.). *Komunikowanie społeczne w promocji i ochronie zdrowia*. Warszawa: Wyd. Vizja Press & IT, s. 63-73.

Trzeci etap badawczy (oparty na jakościowej analizie treści, wywiadach jakościowych i focusowych, obserwacji) – zogniskowany był wokół problematyki istniejących wytycznych legislacyjnych dla OoZ i możliwości ich zastosowania w praktyce:

Publikacje wymienione w cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A., Żytniewska, K. (2015). The patient as a partner? Dilemmas and problems of building a relationship. W: Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Health communication in Poland*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 136-149.
- Piasecka, A., Żytniewska, K. (2015). A day in the life of a patient as seen by the patients' ombudsman in a health centre. W: Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Health communication in Poland*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 203-212.

Publikacja spoza cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka-Robak, A. (2019). Komunikacja 3.0: rzecznik praw pacjenta jako mediator? W: *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* – numer ukaże się z datą 2018 r. [po pierwszej pozytywnej recenzji wydawniczej, w trakcie procesu wydawniczego].

Czwarty etap (w którym posiłkowałam się analizą treści, technikami wywiadu jakościowego i focusowego, obserwacją) – wiązał się z poznaniem przygotowania edukacyjnego pracowników do wypełniania swoich ról zawodowych pod kątem kompetencji miękkich i umiejętności związanych z pomaganiem. Był to także etap zbierania i analizy danych jakościowych w zakresie potrzeb podmiotów ochrony zdrowia w zakresie komunikowania o zdrowiu:

Publikacje wymienione w cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A. (2015). *Komunikowanie o zdrowiu. Tworzenie „środowiska nadziei”*. W: *Zeszyty Prasoznawcze* tom 58, nr 2(222), s. 463-473.
- Piasecka, A. (2012). Komunikowanie o zdrowiu w strukturze organizacji: konstruowanie zdrowych relacji w diadzie pracodawca-pracownik. W: Jacennik, B., Hulewska, A., Piasecka, A. (red.). *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Warszawa: Wyd. Vizja Press & IT oraz Polskie Towarzystwo Komunikacji Społecznej, s. 43-65.

„Środowisko nadziei” pojmuję jako zbiór elementów społecznych i przyrodniczych oraz materialnych, które – ściśle ze sobą powiązane – współtowarzyszą życiu i rozwojowi człowieka.²⁹ Elementy te mają siłę sprawczą, budując w człowieku w sytuacji choroby wewnętrzną gotowość do zintensyfikowania działań, które z kolei stwarzają szansę na

²⁹ Moje definiowanie środowiska nawiązuje do ujęcia dewey'owskiego. Por. Dewey, J. (1988). *Jak myślimy?* Warszawa: PWN.

osiągnięcie zdrowia i utrzymanie życia.³⁰ Szczególnie istotny jest tutaj element społeczny, gdyż

„Człowiek znajduje się na granicach dwu dziedzin bytu: Przyrody i specyficznie ludzkiego świata, i nie może bez niego istnieć, lecz świat ten nie wystarcza dla jego istnienia i nie jest zdolny mu go zapewnić. Człowiek jest przeto zmuszony do życia na podłożu przyrody i w jej obrębie, lecz dzięki swej szczególnej istocie musi przekraczać jej granice, ale nigdy nie może w pełni zaspokoić swej wewnętrznej potrzeby bycia człowiekiem. (...). Rozporządza on [człowiek – przyp. aut.] w zasadzie jedynie dwiema możliwościami zatryumfowania nad Przyrodą. Z jednej strony może poznać sam siebie i otaczającą go Przyrodę w jej własnej istocie, prawdziwej i oryginalnej. Z drugiej zaś realizuje wysiłkiem – przez swe zwycięstwa, a nawet przez swoje klęski – wartości (...), które (...) posiadają dlań w gruncie rzeczy jakąś wyższą rzeczywistość niż świat samej Przyrody. A człowiek pozostaje na służbie realizowania tych wartości. Jeżeli mu się to udaje, pewien jest w swym duchu, że nie żyje nadaremnie.”³¹

W przypadku tworzenia „środowiska nadziei” ogniwem niezbędnym w procesie kreacji pożądanego otoczenia staje się zatem drugi człowiek. Tenże człowiek, zadając sobie pytanie o sens i zasadność dalszej egzystencji (w trudnej dla siebie sytuacji), zyskuje poczucie, iż nie jest sam (zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie), zatem – zaczyna identyfikować siebie jako „wytwór wielorakich relacji” z innym istnieniem ludzkim. Ma świadomość, że snucie własnych refleksji możliwe jest jedynie w nawiązaniu do drugiego człowieka i w odniesieniu do jego punktu widzenia,³² wymaga zatem komunikowania (się), z całym spektrum kompetencji społecznych niezbędnych do podkreślenia autentyczności budowanych relacji, uwiarygodnienia chęci niesienia pomocy, umiejętnego mówienia o własnych wartościach z równoczesnym poszanowaniem cudzych norm.

Analizując tworzenie „środowiska nadziei” przez pryzmat relacji, epizodów, spotkań, związków, w moich badaniach stawiałam pytania o powody, dla których te kreacje są tak trudne, a czasem wręcz niemożliwe. Dlaczego w pedagogii zdrowia spotkanie z „Ty” często jednak bywa **spotkaniem pogranicza** z „Ono”? Dlaczego akty komunikacyjne oparte są na niewspółobecności lub niepełnej obecności? Dlaczego brakuje wzajemności w relacjach, a obie strony dialogu okazują się mieć niemałe deficyty interpersonalne? Z czego wynika nieumiejętność wchodzenia w dialog, okazywania empatii (i schelerowskiej sympatii), pomagania, pełnego oddania i braku woli obu stron do wzbogacenia światopoglądów oraz przewyciężenia różnic i rozbieżności?³³

Intencja tworzenia „środowiska nadziei” w procesie komunikowania (się) jest inspirowana „Rytmem życia” Antoniego Kępińskiego. W książce tej autor postrzega los człowieka jako zdeterminowany przez „przydarzanie się”: każdemu zdarza się bowiem decydować o losie drugiego człowieka, z uwagi na posiadany przez nas zakres władzy czy pozycję zajmowaną w hierarchii społecznej. Jednak decydując o losie człowieka, trzeba

³⁰ Fromm, E. (2013). *Rewolucja nadziei. W stronę uczłowieczonej technologii*. Kraków: Vis-a-vis & Etiuda, s. 13-23.

³¹ Ingarden, R. (1972). *Książeczka o człowieku*. Kraków: Wydawnictwo Literackie, s. 18.

³² Guichard, J. (2007). *Poradnictwo zawodowe i życiowe a etyka*. W: Drabik-Podgórna, V. (red.) *Poradnictwo między etyką a techniką*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls, s. 24; Piasecka, A. (2015). *Komunikowanie o zdrowiu: tworzenie „środowiska nadziei”*. W: *Zeszyty Prasoznawcze* nr 2(222), s. 465.

³³ Orłowski, A. (2016). *Fascynacje pograniczem w dwudziestowiecznej myśli filozoficznej i antropologicznej - Bachtin, Todorov, Buber, Levinas. Pogranicze*. W: *Polish Borderlands Studies* Tom 4, nr 1, s. 5-23.

go widzieć, wczuć się w jego emocje, zrozumieć sytuację, wyobrazić go sobie na linii czasu: jego przeszłość, teraźniejszość i przyszłość.³⁴ Jest to szczególnie ważne w kontekście pedagogii zdrowia: komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu.

Immanuel Kant wygłosił niegdyś dosyć kontrowersyjną tezę, iż lekarze mniemają, że dużo pomogli choremu, gdy potrafili nadać chorobie odpowiednią nazwę.³⁵ Tymczasem – za Abrahamem Maslowem – to rozumienie drugiego człowieka jest warunkiem, bez którego nie ma terapii.³⁶ **Człowiek stanowi całość biologiczno-społeczną** i należy tę zależność wykorzystywać **w procesie wychowania do zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz leczenia**, także „leczenia słowem” poprzez sprawne, świadome **komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu**, okazywanie wsparcia i niesienie pomocy.³⁷ Albowiem

„całe narody i klasy społeczne żyją dzięki nadziei, wierze i hartowi ducha, a jeśli tracą tę wartość, giną albo po prostu obumierają, albo irracjonalnie dążą ku samozagładzie”.

Nadzieja stanowi element spajający, szczególnie istotny w procesie leczenia. Staje się czynnikiem mogącym umocnić chorego na wczesnych etapach leczenia i dać mu poczucie siły. Zatem: możemy decydować o losie drugiego człowieka, wspierając proces terapii poprzez tworzenie otoczenia nasyconego nadzieją i dzielenie się (z nim) nadzieją na lepszą przyszłość. Możemy także tę nadzieję na zdrowie i życie ludziom odebrać. Kiedy bowiem znika nadzieja, to kończy się życie – zarówno realnie, jak i potencjalnie.³⁸

Kategorię tworzenia „środowiska nadziei” – wciąż weryfikowany w praktyce efekt moich badań – postrzegam jako innowację w pedagogii zdrowia, swoisty reengineering organizacji zajmujących się ochroną zdrowia (OOZ) i ich pracowników.³⁹ Wymaga ono wielostronnych zmian i wielopłaszczyznowych analiz – na poziomie wiedzy, umiejętności i postaw personelu medycznego, rozwoju kompetencji społecznych, procesu komunikowania, świadczenia pomocy psychopedagogicznej oraz samego postrzegania

³⁴ Kępiński, A. (2015, przedruk wydania z 1972). *Rytm życia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.

³⁵ Kohns, O. (2007). *Die Verrücktheit des Sinns: Wahnsinn und Zeichen bei Kant*, E.T.A. Hoffmann und Thomas Carlyle. Bielefeld: [transcript] Verlag, s. 102: „Die Ärzte glauben, ihrem Patienten sehr viel genutzt zu haben, wenn sie seiner Krankheit einen Namen geben”. Por. Kant, I., Rosenkranz, K., Schubert, F.W. (1838). *Immanuel Kant's Sämtliche Werke: Th., 2. Abth. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*. Leipzig: Leopold Voss, s. 16: „Ich sehe demnach nichts besseres für mich, als die Methode der Ärzte nachzuahmen, welche glauben, ihrem Patienten sehr viel genutzt zu haben, wenn sie seiner Krankheit einen Namen geben”.

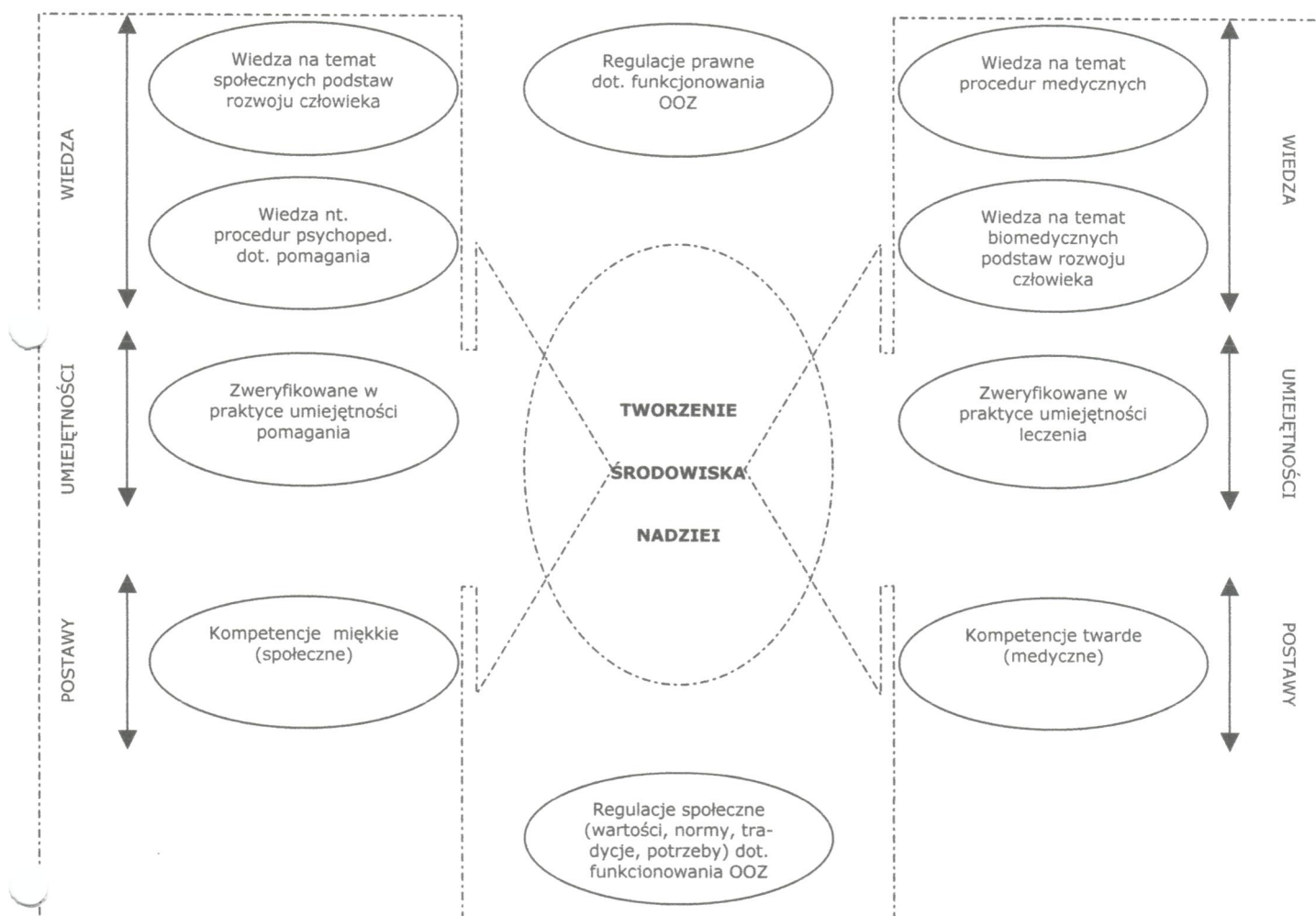
³⁶ Jankowski, K. (1994). *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej... dwadzieścia lat później*. Warszawa: Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & Co., s. 23.

³⁷ Pomoc (psychopedagogiczną) rozumiem, za Magdaleną Piorunek, jako „towarzyszenie człowiekowi w biegu życia, w jego drodze rozwojowej w celu zwiększenia roli jego wewnętrznej motywacji, dostarczenia informacji, sprostania wyzwaniom. Pomoc ta winna wychodzić naprzeciw potrzebom ludzi, zapobiegać problemom życiowym i edukacyjnym. Tam zaś, gdzie się one pojawiają – dostarczać wsparcia społecznego, wspomagać w realizacji zadań rozwojowych i życiowych, także tych niestereotypowych, z którymi jednostka zmagają się w niestandardowych warunkach (...) Pomoc ta dotyczy może różnych obszarów społecznej rzeczywistości – od pomocy w problemach indywidualnych związanych z deficytami (...), poprzez pomoc adresowaną do (...) rodzin i jednostek (...), po specyficzne formy pomocy uzależnione od rodzaju sytuacji trudnej, krytycznej, kryzysowej, zagrażającej dezintegracją tożsamości jednostkowej i rozległymi konsekwencjami biograficznymi”. Piorunek, M. (red.) (2010). *Pomoc – wsparcie społeczne – poradnictwo. Od teorii do praktyki*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 10.

³⁸ Fromm, E. (2013). *Rewolucja nadziei. W stronę uczonej technologii*. Kraków: Vis-a-vis & Etiuda, s. 29.

³⁹ Penc, J. (1999). *Innowacje i zmiany w firmie*. Warszawa: Placet, s. 213-235.

wartości zdrowia. Obliguje także do analizy regulacji prawnych oraz społecznych oraz przeprojektowania dotychczasowych rozwiązań w zakresie komunikowania. Jednak – parafrazując E. Husserla – tylko odbudowanie nadziei na poziomie wrodzonego przeczucia, intuicyjności w poznaniu umożliwi przewyższenie sceptycyzmu i relatywizmu w komunikowaniu o zdrowiu, chorobie i leczeniu (Rysunek 1).



Rysunek 1. Tworzenie „środowiska nadziei” – model aplikacyjny. Opracowanie własne.

Konstrukt „środowisk nadziei” jest otwartym modelem aplikacyjnym, wciąż przeze mnie uzupełnianym. Zarówno badania na pograniczu pedagogii zdrowia, jak i badania różnorodnych aplikacji w obszarze zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego stopniowo wzbogacają go o konkretne pojęcia i rozwiązania, pozwalające na rozpoznanie kreowanej rzeczywistości. Ich zakres, wzajemne powiązania oraz poziom ogólności dają określone możliwości komunikowania, transmisji wartości, budowania relacji i pomagania. Udało mi się je zawrzeć we własnoręcznie skonstruowanym modelu determinantów „środowiska nadziei”, inspirowanym modelem kwadratu komunikacyjnego

Friedmanna Schulza von Thuna, uwzględniającym dialogiczną zamienną roli nadawcy (A) i odbiorcy (B) (Rysunek 2).⁴⁰



Rysunek nr 2. Determinanty tworzenia „środowiska nadziei”: komunikacja, wartości, kompetencje społeczne, pomoc psychopedagogiczna. Opracowanie własne.

Badając **polifoniczności aplikacyjne** w kategorii zdrowia społecznego, skupiłam się na dwóch zagadnieniach. Pierwszym była powszechności postrzegania osób nie w pełni sprawnych jako pozbawionych zdrowia społecznego. Drugim – aktywność wolontariacka jako forma rozwoju kompetencji i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu (osób nie w pełni sprawnych i seniorów), czyli – pośrednio – utrzymania kategorii zdrowia społecznego. Były to badania jakościowe, ze szczególnym uwzględnieniem techniki jakościowej analizy treści⁴¹, wywiadów indywidualnych

⁴⁰ Por. Schulz von Thun, F. (2002). *Sztuka rozmawiania*. Tomy 1-4. Kraków: WAM.

⁴¹ Przedmiotem analizy jakościowej treści uczyniłam dokumentację wytworzoną przez polskie i zagraniczne organizacje (szkoły wyższe, centra wolontariatu, placówki EVS) na potrzeby oceny i walidacji kompetencji. Istnienie takiej dokumentacji wynikało z regulacji wewnętrznych tychże organizacji oraz wymogów legilacyjnych Unii Europejskiej, zgodnie z którymi szkoły wyższe jako prowadzące edukację formalną i pozaformalną są zobligowane do przygotowania programów oceny i walidacji kompetencji w oparciu o wytyczne Europejskich Ram Kwalifikacji i ich państwowych odpowiedników, zaś organizacje prowadzące edukację nieformalną i pozaformalną – skonstruowania programów oceny i ewaluacji kompetencji w oparciu o zalecenia Komisji Europejskiej w sprawie uznawania uczenia się nieformalnego i pozaformalnego. Chmielecka, E. (red.) (2010). *Autonomia programowa uczelni. Ramy kwalifikacji dla szkolnictwa wyższego*. Warszawa: Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego; Rada Unii Europejskiej PL 16501/12, (OR. en) (PRESSE 480. PR CO 64 (Komunikat prasowy): 3201. *posiedzenie Rady Edukacja, młodzież, kultura i sport*,

i focusowych, studium przypadku, analizy danych, uzupełnione testami kompetencyjnymi, rozmowami tutorskimi i coachingowymi. W przeprowadzonych badaniach często wychodziłam z roli badacza na rzecz równoczesnego bycia uczestnikiem oddziaływań społecznych. Pozwoliło mi to na wyjście poza tradycję i konwencjonalne teksty. Próbowałam bowiem uwzględnić w nich tzw. własną politykę poznawczą, traktując także siebie jako podmiot badań, z ustaleniem i podkreśleniem relacji pomiędzy procesem a „produktem” poznania.

Wymiernym efektem powyższych prac badawczych były publikacje:

Publikacje wymienione w cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka-Robak, A. (2018). Wsparcie społeczne i poradnictwo dla seniorów. W: *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* nr 30, s. 268-280.
- Piasecka-Robak, A., Malec-Rawiński, M. (2017). Poradnictwo gerontologiczne (hasło encyklopedyczne). W: Zych, A.A. (red.). *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*. Tom III. Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, s. 73-77.
- Piasecka, A. (2015). Kulturowe aspekty wdrażania coachingu w pracy z niepełnosprawnymi. W: *Niepełnosprawność. Dyskursy pedagogiki specjalnej* nr 18, s. 38-50.
- Piasecka, A. (2015). Wolontariat osób niepełnosprawnych – aspekty rozwoju zawodowego i osobistego na (nie w pełni sprawnym) rynku pracy. W: *Wychowanie Na Co Dzień* nr 3(252), s. 29-37.
- Piasecka, A. (2015). Poradnictwo wolontariackie w biegu życia – założenia formalno-merytoryczne. W: Piorunek, M. (red.). *Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej*. Poznań: Wydawnictwo UAM, s. 111-128.
- **Piasecka, A. (2014). *Poradnictwo wolontariackie*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek (monografia, ss. 382).**

Publikacje spoza cyklu osiągnięć naukowych:

- Piasecka, A. (2013). Zawód czy kompetencje (kwalifikacje?) – ścieżki karier osób niepełnosprawnych w kontekście przemian legislacyjnych w edukacji Unii Europejskiej. W: *Niepełnosprawność. Półrocznik* nr 9, s. 93-112.
- Piasecka, A. (2013). Niepełnosprawny jako pracownik – wybór między ekonomią a prawem. Zysk versus political correctness? W: Wojtaś, J. (red.) *Społeczne konteksty funkcjonowania osób z niepełnosprawnością*. Legnica: Wydawnictwo PWSZ im. Witelona w Legnicy, s. 61-69.
- Piasecka, A. (2011). Niepełnosprawny na rynku pracy – założenia polityki unijnej a kreowanie ścieżek kariery. W: Wojtaś, J. (red.). *Uwarunkowania aktywności edukacyjnej i zawodowej osób niepełnosprawnych. Wybrane zagadnienia*. Legnica: Wydawnictwo PWSZ im. Witelona w Legnicy, s. 107-116.
- Piasecka, A. (2009). Niepełnosprawność w przestrzeni medialnej – normalizacja i integracja? Kampanie społeczne. W: Kosakowski, Cz., Krause, A., Wójcik, M. (red.). *Relacje i doświadczenia społeczne osób z niepełnosprawnością. Dyskursy pedagogiki specjalnej* 8. Toruń-Olsztyn: Wydawnictwo Edukacyjne „AKAPIT”, s. 114-119.

Aktywność badawczą w tym zakresie łączyłam z intensywną działalnością społeczną w organizacjach pozarządowych na rzecz seniorów i osób nie w pełni sprawnych (wrocławskie organizacje pozarządowe działające przy Sektorze 3, prowadzonym przez Fundację Umbrella, projekty Grundtvig, Erasmus+, FIO) oraz naukową – w dwóch towarzystwach: Polskim Towarzystwie Komunikacji Społecznej (2009-2019, od 2014 r. jako wiceprzewodnicząca sekcji Komunikowania o zdrowiu) oraz Polskim Towarzystwie Historyków Medycyny i Farmacji (od 2014 r.).

5. Pogranicza i polifoniczności – kierunki dalszych badań

Badania, które prowadzę aktualnie, koncentrują się wokół pytań o wzajemną odpowiedzialność, autorytet i autonomię w procesie komunikowania o zdrowiu, chorobie

i leczeniu. Przyglądam się problematyce zawisłości człowieka pomiędzy sytuacją zależności a samodzielnością. Jak budować odpowiedzialność w procesie komunikowania o zdrowiu, chorobie i leczeniu, gdy nie jest ona zwykłym wymogiem logicznym? Czy danie pierwszeństwa poczuciu autonomii człowieka jest tożsame z faktyczną odpowiedzialnością za jego zdrowie? A może jest pozbywaniem się odpowiedzialności za ewentualne błędy w procesie pomocy medycznej? Czy poszerzanie się granic ludzkiej wolności prowadzi do racjonalnego delegowania odpowiedzialności w kwestiach zdrowotnych wyłącznie jednostkę, która jest gotowa do jej podjęcia? Czy może wywołuje w niej – za Barrym Schwartzem – *paraliż decyzyjny* powodowany zbyt dużą liczbą potencjalnych wyborów?⁴² Wreszcie: jak w relacji do owej wolności i delegowanej odpowiedzialności postrzegany jest autorytet lekarza?

Podjęłam także próbę zbadania tzw. **dobrej psychopatii**⁴³ wśród reprezentantów nauk medycznych, biologicznych i antropologicznych, z perspektywy koncepcji Kevina Duttona,⁴⁴ w oparciu o determinanty wypracowanego modelu (Rysunek 2). Mam świadomość, iż psychopatia powinna być zjawiskiem rozpatrywanym jako dysfunkcja na poziomie zdrowia psychicznego i potencjalne zagrożenie dla zdrowia społecznego. Dotyka ona około 2-3% populacji. Funkcjonuje ona w literaturze od 1891 r., kiedy to J.L. Koch zdefiniował terminem psychopatii trwały *defekt uczuć*.⁴⁵ Rozpatrując zjawisko psychopatii w tym aspekcie, koncentruję się na trzech wytycznych psychopatii: a) braku empatii i nieumiejętności nawiązywania głębszych związków emocjonalnych z innymi ludźmi, b) odporności na stres i deficycie lęku, c) zaburzonej hierarchii wartości połączonej z nieprzestrzeganiem norm społecznych w kontekście umiejętności budowania relacji z pacjentem przez pracowników OoZ.⁴⁶

Dokonania współczesnej diagnostyki zaburzeń osobowości wskazują, że stereotypowe pojmowanie psychopatów nie powinno być nacechowane jedynie pejoratywnie. Współcześni psychopaci, według koncepcji K. Duttona, to osoby nie tylko bezwzględne i manipulujące, ale i pewne siebie, charyzmatyczne jednostki, nieustraszenie dążące do celu i skupione na jego osiągnięciu.⁴⁷ To ludzie

⁴² Schwartz, B. (2013). *Paradoks wyboru. Dlaczego więcej oznacza mniej?* Warszawa: PWN. Por. Melosik, Z. (2013). *Kultura popularna i tożsamość młodzieży. W niewoli władzy i wolności*. Kraków: Impuls.

⁴³ Pojęcie sformułowane przez Prof. Kevina Duttona, opisującego psychopatię jako atut w osiąganiu – akceptowanych społecznie – celów edukacyjno-zawodowych.

⁴⁴ Dutton, K., McNab, A. (2016). *Odkryj w sobie psychopatę i osiągnij sukces*. Warszawa: Muza; Dutton, K. (2017). *Mądrość psychopatów*. Warszawa: Muza.

⁴⁵ Koch, J.L.A. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*. Ravensburg: Maier. Reprint: Koch, J.L.A. (2010). *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*. Whitefish: Kessinger Publishing.

⁴⁶ Christie, R., Geis, F.L. (2013). *Studies in Machiavellianism*. New York: Academic Press 2013 [Online]. Protokół dostępu:

<https://books.google.pl/books?id=d5tGBQAAQBAJ&lpq=PP1&dq=Christie%20Geis%2C%201970&hl=pl&pg=PR9#v=onepage&q=Christie%20Geis,%201970&f=false> [30.08.2018]; Pospiszył, K. (2000). *Psychopatia. Przyczyny, przejawy i sposoby resocjalizacji antysocjalności*. Warszawa: Wyd. Akademickie Żak (wyd. I – 1985, PWN; Wyd. III – 2000).

⁴⁷ ICD-10. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*. Kraków: Vesalius [Online]. Protokół dostępu: ICD-10 Version: 2010 <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F60.2> [30.11.2018].

o „powierzchnym czarze”, pełni samodyscypliny i odpowiedzialności, osiągający w życiu zawodowym spore sukcesy, dążący do władzy, zdobycia kontroli nad innymi i czerpania zysków. Psychopatia zyskuje tym samym wymiar „funkcjonalnej pozytywnej psychopatii” i staje się coraz powszechniejsza w świecie pracy, także w środowisku medycznym, stanowiąc wyzwanie nie tylko dla pedagogii zdrowia, ale też – dla osób zajmujących się rekrutacją i szeroko pojętym *human resources*.

Pierwszy etap badań dotyczących psychopatii (testy psychometryczne, wywiady, obserwacje), który już zrealizowałam, dotyczył niezdolności do odczuwania empatii wśród osób o rysie psychopatycznym. Przyjmując (za literaturą tematu) tezę, iż brak empatii rzutuje na umiejętność budowania relacji interpersonalnych i jakość relacji pracowniczych, w badaniach skupiam się nad możliwością wystąpienia korelacji pomiędzy: 1) wyborem ścieżki edukacyjno-zawodowej a poziomem skłonności psychopatycznych (badanie osób z obszaru nauk medycznych, biologicznych i antropologicznych), 2) zależnością pomiędzy ułożeniem geopolitycznym a częstotliwością występowania psychopatii w społeczeństwie (występowania psychopatii w społeczeństwach transformacji ustrojowej).

6. Omówienie pozostałych osiągnięć naukowo - badawczych (artystycznych):

Zjawisko „dobrej psychopatii” na rynku pracy stanowi dla mnie problem badawczy spajający moje badania „pogranicza pedagogii zdrowia” z alternatywną ścieżką rozwoju naukowego, którą realizuję od 2008 roku. Jest nią praca nad identyfikacją, rozwojem i ewaluacją kompetencji społecznych w życiu edukacyjno-zawodowym jednostki, wraz z praktycznymi aplikacjami wypracowanych rozwiązań. Kompetencje społeczne stanowią według mnie podstawę **budowania oraz zachowania zdrowia psychicznego i społecznego**, szczególnie w przypadku grup zagrożonych wykluczeniem społecznym.⁴⁸

Kiedy ponad dekadę temu podjęłam temat kompetencji społecznych, niewiele miejsca poświęcano roli kompetencji na rynku pracy, a duże korporacje dopiero podejmowały pierwsze próby tworzenia portfeli kompetencyjnych oraz konstruowania macierzy kompetencji. Wówczas skierowałam ciekawość badawczą na rozwój i wsparcie pracowników w tworzeniu własnej tożsamości edukacyjno-zawodowej. Dokonywałam opisów poszczególnych kompetencji, analizowałam i weryfikowałam w praktyce metody ich rozwoju, próbowałam wyjaśnić zmiany dokonujące się w zastanej rzeczywistości edukacyjnej, badać skutki przemian legislacyjnych dotyczących uznawania kwalifikacji i kompetencji nabytych w toku edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej. Interpretując oczekiwania społeczne i wymogi prawne, projektowałam także strategie rozwoju kompetencji w edukacji formalnej i nieformalnej.

⁴⁸ Szerzej problem ten opisuję w monografii „Poradnictwo wolontariackie”: Piasecka, A. (2014). *Poradnictwo wolontariackie*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.

Podjęcie przeze mnie badań nad kompetencjami zbiegło się w czasie z kilkoma zdarzeniami, istotnymi dla rynku pracy, które wpłynęły na oczekiwania uczestników życia społecznego. Przybliżę je w tym miejscu, zgodnie z zasadą, iż badanie pedagogiczne stanowi opis określonej rzeczywistości.

Rozpatrywanie kompetencji w kontekście ewolucyjnym wymagało pochylenia się nad zjawiskiem globalnej ewolucji systemów organizacji pracy, akceptacji dla odejścia systemów: profesjonalnego i fordowskiego⁴⁹ oraz uznania systemu technicznego, skoncentrowanego na kompetencjach twardych (specjalistycznych) i miękkich (społecznych)⁵⁰, tworzącego tzw. kapitał kariery.⁵¹ Ewolucja systemów wyzwalała z kolei zmiany na poziomie środowiska społecznego. W erze dyskontynuacji⁵², przesyconej wirtualizacją i dewaluacją dotychczasowych wartości, przemianie uległo także zapotrzebowanie na rynku pracy. Rozwój technologiczny i coraz bardziej świadome zarządzanie wiedzą zaowocowało zmianami w obszarze pracy i organizacji, wpłynęło też na powstanie nowych zawodów i specjalności. Wydany w 2003 roku „Przewodnik po zawodach”, zawierający zmodyfikowaną Klasyfikację Zawodów i Specjalności, nie nadążał za zmianami technicznymi i zapotrzebowaniem gospodarczym. Nie dostarczał już aktualnych danych na temat zawodów i kompetencji niezbędnych do ich wykonywania, często brakowało w nim nowych specjalności.⁵³ Prace nad nowym „Przewodnikiem po zawodach” – przeciągnęły się aż do 2011 roku.⁵⁴ Zbiegło się to w czasie z ministerialną procedurą deregulacji dostępu do zawodów, która sprawiła, iż już w chwili powstania przewodnik stracił na aktualności. W ten sposób jedynym sposobem określania własnej tożsamości zawodowej stawał się więc nie tyle certyfikat, dyplom czy inny dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe, lecz zbiór kompetencji możliwych do wykorzystania w różnych kontekstach zawodowych.

Drugim kontekstem, na który należy wskazać w rozmytej rzeczywistości rynku pracy⁵⁵, był kryzys gospodarczy i nagminne wdrażanie *strategii sita* w procesie rekrutacji i selekcji, podkreślającej rolę kompetencji w doborze pracowników. Równocześnie, systematycznie rosła świadomości kadry zarządzającej dużych organizacji, iż sposobem na skuteczne zarządzanie kryzysem i przejście przez ten trudny czas bez utraty najlepszych pracowników, jest wspieranie ich w rozwoju. Wynikało to z prostej kalkulacji – organizacja działająca w sytuacji kryzysu gospodarczego nie mogła sobie pozwolić na ponoszenie dodatkowych kosztów: utratę talentów (pracowników) i ich kluczowych

⁴⁹ Guichard, J., Huteau, M. (2005). *Psychologia orientacji i poradnictwa zawodowego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.

⁵⁰ Oleksyn, T. (2006). *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*. Kraków: Oficyna Ekonomiczna.

⁵¹ Bańka, A. (2007). *Psychologiczne doradztwo karier*. Poznań: Print-B.

⁵² Drucker, P. (2008). *The age of discontinuity*. New Brunswick: Transaction Publisher.

⁵³ MGPIPS (2003). *Przewodnik po zawodach*. Wydanie II, Tomy I-VII. Warszawa: Departament Rynku Pracy.

⁵⁴ Obidniak, D., Pfeiffer, A., Suliga, M. (2011). *Przewodnik po zawodach*. Warszawa: Krajowy Ośrodek Wspierania Edukacji Zawodowej i Ustawicznej.

⁵⁵ Bańka, A. (2016). Proaktywność i decyzyjność. Nowe miary adaptacji twórczej do rozmytej rzeczywistości rynku pracy, W: Drabik-Podgórna, V., Podgórnny, M. (red.). *Zawód czy kompetencje? Wymagania rynku pracy a wspieranie rozwoju kariery*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 13-55.

kompetencji. Pracownikiem efektywnym był ten, który wykazywał się odpornością na stres, elastycznością, interdyscyplinarnością i inteligencją emocjonalną. Warto było inwestować w jego dalszy rozwój w tym zakresie. To sprawiło, że uwaga pracodawców przeniosła się z kompetencji twardych na kompetencje społeczne i skupiła na wspieraniu ich rozwoju.⁵⁶ Na popularności zaczęły zyskiwać innowacyjne formy wsparcia i rozwoju: dyrektywny mentoring, liberalny coaching i dialogowy tutoring.

Trzecim kontekstem zmiany była zmiana pokoleniowa. Nowe pokolenia (Y i Z) wchodzące do świata pracy stawiały nowe wymagania pracodawcom – deklarowały odmienne potrzeby, hołdowały odmiennym wartościom niż dotychczasowe generacje pracowników.⁵⁷ Coraz mocniej zyskiwały na znaczeniu wartości takie jak samorealizacja, **work-life balance**⁵⁸ oraz związana z tym **dbałość o własną kondycję psychofizyczną i dobrostan**. Zmieniły się także orientacja i poradnictwo zawodowe, sięgając po reguły **zrównoważonego rozwoju**.⁵⁹ Zbiegło się to z końcem kryzysu gospodarczego. Nowa rzeczywistość ekonomiczna silnie wpłynęła na ukształtowanie się rynku pracownika. Jednocześnie – pracownik zaczął być traktowany jako autonomiczny „kapitał ludzki”, a nie „zasób ludzki”, którym należy dyrektywnie zarządzać. Coraz bardziej świadomy mozaikowości rynku pracy i jego zmienność, obserwujący chaos dróg zawodowych, zaczął stawiać na budowanie własnych kompetencji i traktować daną pracę jako stan tymczasowy, umożliwiający mu rozbudowanie patchworka kompetencji. Jako reprezentant społeczeństwa obywatelskiego, nie ograniczał się wyłącznie do edukacji formalnej i pozaformalnej. Sięgał również po pomoc niesformalizowaną, ucząc się poprzez wolontariat, uczestnicząc w szeroko reprezentowanej edukacji alternatywnej⁶⁰ jako autor i konstruktor własnego życia, daleki od biernego wykonawcy gotowych do realizacji scenariuszy życiowych, zaprojektowanych przez „inżynierów społecznych”.⁶¹ Sam stawał się również nieformalnym doradcą, służąc wsparciem innym jednostkom.

Świadomość, iż kryzysy finansowe są zjawiskiem powtarzającym się, w połączeniu z opisanymi powyżej kontekstami uczyniły tematykę oceny i rozwoju kompetencji w biegu życia edukacyjno-zawodowego wciąż aktualną i ponadczasową.

⁵⁶ Szkoła Główna Handlowa, Amerykańska Izba Handlu w Polsce, Ernst & Young (2012). *Kompetencje i kwalifikacje poszukiwane przez pracodawców wśród absolwentów szkół wyższych wchodzących na rynek pracy*. Warszawa: SGH.

⁵⁷ Tapscott, D. (2010). *Cyfrowa dorosłość. Jak pokolenie sieci zmienia nasz świat*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.

⁵⁸ Blanchard, K., Blanchard, M., Edington, D.W. (2010). *Jednominutowy menedżer. Równowaga życia i pracy*. Warszawa: Mt Biznes.

⁵⁹ Bańka, A., Trzeciak, W. (2017). Podsumowanie. Postęp w poradnictwie. Między dekonstrukcją a zrównoważonym rozwojem. W: Bańka, A., Trzeciak, W. *Rozwój Myśli i Profesjonalizacji. Poradnictwa Zawodowego. Tropy, Dokonania, Perspektywy*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, s. 475-483.

⁶⁰ Rudnicki, P. (2016). *Pedagogie małych działań. Krytyczne studium alternatyw edukacyjnych*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW.

⁶¹ Minta, J. (2012). *Od aktora do autora. Wspieranie młodzieży w konstruowaniu własnej kariery*. Warszawa: KOWEziU.

Mając na celu zdobycie wiedzy na temat roli kompetencji społecznych w biegu życia edukacyjno-zawodowego człowieka w zmieniającej się rzeczywistości społeczno-gospodarczej, w różnych kontekstach ich nabywania, dążyłam do poznania technik i narzędzi rozwoju kompetencji w Polsce i w wybranych krajach europejskich:

- o skomplikowanej sytuacji ekonomicznej i nie posiadających kompleksowych systemów uznawania kompetencji nabytych w toku uczenia się formalnego, pozaformalnego i nieformalnego (Hiszpania, Włochy, Rumunia, Łotwa),
- o stabilnych warunkach finansowych i posiadających kompleksowe systemy uznawania kompetencji nabytych w toku uczenia się formalnego, pozaformalnego i nieformalnego (Holandia).

Badania, nacechowane dewey'owskim pragmatyzmem, koncentrowały się na empirycznej weryfikacji skuteczności metod i technik oceny i rozwoju kompetencji, zmierzając do tworzenia prawidłowości edukacyjno-zawodowych, uwzględniających zmianę pokoleniową w konstruowaniu procedur rozwoju kompetencji społecznych na różnych etapach rozwoju jednostki i w różnych relacjach społecznych. Zmierałam również do odnalezienia czynników wpływających na rozwój kompetencji i stymulujących tenże rozwój. Prowadziłam obserwacje, indywidualne i grupowe wywiady jakościowe z praktykami rynku pracy, pracodawcami oraz edukatorami zajmującymi się rozwojem kompetencji w drodze edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej, a także wywiady eksperckie. Realizowałam badania porównawcze polskich i zagranicznych narzędzi do oceny, diagnozy i walidacji kompetencji rozwijanych w drodze edukacji formalnej, pozaformalnej i nieformalnej oraz metodyki pracy z tymi narzędziami (otwarte wywiady pogłębione z trenerami, studia przypadków, badanie w działaniu, analiza danych, testy kompetencyjne, rozmowa coachingowa).

Przygotowałam także autorskie narzędzia do oceny, planowania rozwoju i walidacji kompetencji. Narzędzia te były weryfikowane w praktyce i szczegółowo scharakteryzowane, m.in. w trakcie trwania projektów, które realizowałam we współpracy z organizacjami pozarządowymi, Instytutem Badań Edukacyjnych w Warszawie (na zlecenie MNiSW) i instytucjami edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym.

Dodatkowo, sprawdzałam zdobyte informacje, pełniąc funkcję eksperta uczelnianego i moderatora w projekcie „Uniwersytet Kompetencji” Biura Karier Uniwersytetu Wrocławskiego, zestawiając oczekiwania studentów z wymaganiami rekruterów i reprezentantów rynku pracy. Wspólnie z HR Influencers, największą organizacją human resources w Polsce, stworzyłam program Absolvent@Work – innowacyjny plan rozwoju kompetencji społecznych pożądaných na rynku pracy.

Z zagadnieniem kompetencji społecznych wiązą się m.in. moje poniższe publikacje (spoza cyklu osiągnięć):

- Piasecka-Robak, A. (2016). „Kompetencje vs. zawód” – wybór pomiędzy tradycją a zmianą? O ocenie i uznawaniu kwalifikacji nabytych drogą nieformalną i pozaformalną. W: Drabik-Podgórną, V., Podgórną, M. (red.). *Zawód czy kompetencje? Wymagania rynku pracy a wspieranie rozwoju kariery*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek; s. 133-152.
- Piasecka, A. (2013). Kompetencje wolontariackie – ich ocena, wykorzystanie oraz rozwój w kontekście lokalnej i globalnej współpracy: egzemplifikacje. W: Piorunek, M., Kozielska, J., Skowrońska-Pućka, A. (red.). *Rodzina młodzież dziecko. Szkice z teorii i praktyki pomocy psychopedagogicznej i socjalnej*. Poznań: Wydawnictwo UAM, s. 551-575.
- Piasecka, A. (2009). Wolontariat jako forma aktywności zawodowej w cyklu życia jednostki. W: Piorunek, M. (red.). *Człowiek w kontekście pracy. Teoria – Empiria – Praktyka*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 408-430.
- Piasecka, A. (2011). Coaching jako metoda wsparcia pracownika. W: Piorunek, M. (red.). *Poradnictwo. Kolejne przybliżenia*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, s. 287-304.
- Piasecka, A. (2007). Wymiary etyczne zastosowań public relations i marketingu informacyjnego w poradnictwie zawodowym. Drabik-Podgórną, V. (red.). *Poradnictwo między etyką a techniką*. Kraków: Oficyna Wydawnicza „Impuls”, s. 359-372.

Moje prace naukowo-badawcze w tym zakresie były wzmocnione współpracą przy prestiżowych projektach naukowych. Wśród nich chciałabym zwrócić uwagę na siedem szczególnie istotnych dla mojego dalszego rozwoju w zakresie badań nad kompetencjami:

- 1) 2008-2009: **„Strategia Dolnego Śląska w zakresie szkolnictwa wyższego, nauki i edukacji”**, badanie naukowe na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Dolnośląskiego, którego liderem była Politechnika Wrocławska
Cel: dokonanie diagnozy stanu aktualnego kształcenia ustawicznego i edukacji dla rynku pracy oraz oferty edukacyjnej dla osób w wieku 40+
Rola: ekspert w projekcie, współautorka koncepcji badań i narzędzi badawczych
Finansowanie: PO KL
Efekt: przygotowanie raportu badawczego „Kształcenie ustawiczne i edukacja dla rynku pracy znaczącym źródłem pozyskiwania i doskonalenia kadr na potrzeby proinnowacyjnego rozwoju i wzrostu konkurencyjności Dolnego Śląska. Stan aktualny i pożądany” (we współpracy naukowej z dr Małgorzatą Malec);
- 2) 2012-2013: **„Potwierdzanie efektów kształcenia/walidacji w instytucjach szkolnictwa wyższego”**, badanie naukowe na potrzeby projektu systemowego pt. „Opracowanie założeń merytorycznych i instytucjonalnych wdrażania Krajowych Ram Kwalifikacji oraz Krajowego Rejestru Kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie”, na zlecenie Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, którego liderem był Instytut Badań Edukacyjnych instytut badawczy z siedzibą w Warszawie
Cel: opracowanie założeń wdrażania KRK w Polsce
Rola: ekspert WAF-N, współautorka koncepcji badań i autorka narzędzi badawczych
Finansowanie: MNiSW, współfinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego – PO KL 3.4.1. (Opracowanie i wdrożenie Krajowego Systemu Kwalifikacji)
Efekt: przygotowanie pięciu opracowań (we współpracy z prof. dr hab. J. Chrzanowską):
 - a) Potwierdzanie efektów kształcenia zdobytych w trakcie edukacji formalnej w szkołach wyższych. Przykłady dobrych i złych praktyk, stosowanych w polskim szkolnictwie wyższym, w ramach przedmiotu/modułu, zdobyte w ramach całego programu studiów, w zakresie oceniania diagnostycznego w procesie rekrutacji;
 - b) Potwierdzanie efektów kształcenia zdobytych w trakcie edukacji formalnej w szkołach wyższych. Przykłady dobrych praktyk zagranicznych stosowanych w szkolnictwie wyższym, w ramach przedmiotu/modułu lub innych jednostek kształcenia oraz zdobyte w ramach całego programu studiów, w zakresie oceniania diagnostycznego w procesie rekrutacji;
 - c) Analiza dobrych praktyk w zakresie niekonwencjonalnych metod weryfikacji, oceniania i walidacji efektów kształcenia;
 - d) Uznawanie efektów uczenia się zdobytych poza systemem edukacji formalnej - przypadki (polskie i zagraniczne) oceniania, potwierdzania i uznawania efektów uczenia się zdobytych poza systemem kształcenia formalnego;
 - e) Rozpoznawanie możliwych metod identyfikacji kompetencji;
- 3) 2013-2014, 2016: **„GUESS (Global University Entrepreneurial Spirit Students` Survey)”**, międzynarodowe, cykliczne badanie naukowe, którego liderem był Szwajcarski Instytut Małego Biznesu i Przedsiębiorczości przy Uniwersytecie w St. Gallen (KMU-HSG)

Cel: ocena kompetencji w zakresie przedsiębiorczości w grupie studentów uczelni na całym świecie

Rola: koordynatorka uczelniana

Finansowanie: nie dotyczy (realizacja projektu: KMU-HSG)

Efekt: raport wewnętrzny z badań kompetencji studentów w zakresie przedsiębiorczości;

- 4) 2011-2013: **„IMPROVE (IMPact Of VoluntEering on personal and professional growth)”**, projekt międzynarodowy, którego liderem była włoska organizacja Porta Nuova Europa, a organizacjami współuczestniczącymi: Zemgale NGO Centre (Łotwa), Association Juvenil Intercambia (Hiszpania), Centrul de Voluntariat Cluj-Napoca (Romania) i Fundacja Wspierania Organizacji Pozarządowych „Umbrella” (Polska)

Cel: ocena kompetencji kluczowych w wolontariacie i opracowanie procedur oceny i rozwoju kompetencji młodzieży chcącej podjąć działalność wolontariacką

Rola: ekspert w projekcie międzynarodowym, autorka narzędzi do oceny kompetencji, trener, redaktor naukowy podręcznika

Finansowanie: projekt dofinansowany z programu Lifelong Learning Programme GRUNDTVIG Learning Partnerships

Efekt: przygotowanie elektronicznej podręcznika rozwoju kompetencji młodzieży poprzez działalność wolontariacką (wersja anglojęzyczna i polskojęzyczna);

- 5) 2015-2017: **„Rozwój Kompetencji – Motorem Zmian”**, projekt międzynarodowy badawczo-szkoleniowy, którego liderem była Fundacja Aktywny Senior (Polska), a organizacjami współpracującymi: Magenta Consultoria Projects SLU (Hiszpania), ILC LTD (Cypr), Edos Foudation (Holandia)

Cel: zdobycie wiedzy na temat możliwości rozwoju kompetencji (empatia, kreatywność, komunikacja oraz kompetencje językowe) wśród seniorów poprzez organizację grup samokształceniowych, zgodnie z ideą kofiguratywności M. Mead; opis działalności grup samokształceniowych i obserwacja zasadności ich funkcjonowania w społecznościach senioralnych; wdrażanie nowych metod edukacyjnych; przygotowanie procedur w zakresie tworzenia grup samokształceniowych

Rola: ekspert w projekcie, autorka narzędzi do oceny kompetencji

Finansowanie: projekt dofinansowany ze środków programu Erasmus + (Akcja 1 Mobilność kadry edukacji dorosłych w sektorze Edukacja dorosłych)

Efekt: wdrożenie idei grup samokształceniowych wśród seniorów; zdobycie nominacji Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji do ogólnopolskiej nagrody EduInspiracje (2017) w kategorii Edukacja dorosłych;

- 6) 2017-obecnie: Cykl projektów szkoleniowych dotyczących **oceny kompetencji i konstruowania planów ich rozwoju**, których liderem jest TEB Edukacja

Cel: ocena poziomu kompetencji społecznych oraz ich profili preferencji zawodowych wśród uczniów i słuchaczy kierunków medycznych, realizowanych w TEB Edukacja (m.in. komunikacja, planowanie, organizowanie, podejmowanie decyzji, zdolności werbalne, symboliczne, przestrzenne)

Rola: pełnienie funkcji eksperta w zakresie doradztwa zawodowego i planowania kariery, okazywanie wsparcia w rozwoju osobistym uczestników, ocena kompetencji w oparciu o wyniki testów kompetencyjnych, rozwiązywanych na platformie wirtualnej

Finansowanie: współfinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020. Oś priorytetowa 10 Edukacja. Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy

Efekt: przeprowadzenie rozmów doradczych (300 godzin) ze 150 uczestnikami szkoleń (doradztwo indywidualne), przeprowadzenie 200 godzin doradztwa grupowego (w 8 grupach) ze słuchaczami kierunków medycznych (technik farmaceutyczny, technik masażysta, asystentka stomatologiczna, higienistka stomatologiczna, rejestratorka/sekretarka medyczna, technik elektroradiolog)

- 7) 2018 – 2021: **„AgeSam – Aging and Demographic Changes in late modern society”**, projekt międzynarodowy badawczo-dydaktyczny, którego liderem jest Malmö University, a partnerami: Roskilde University (RUC), University College Syd, University College Absalon, University of Lapland, Klaipeda University, Simrishamn kommun oraz Dolnośląska Szkoła Wyższa

Cel: zdobycie wiedzy na temat starzenia się, realizowanego w formie kursów na uczelniach duńskich, szwedzkich, polskich i litewskich. Skonstruowanie modułu/kursu na poziomie studiów doktoranckich i magisterskich, na temat starzenia się społeczeństw i opieki nad osobami z demencją, z włączeniem edukacji całonocnej dla seniorów

Rola: pełnienie funkcji członka międzynarodowego zespołu badawczego

Finansowanie: projekt dofinansowany ze środków programu Erasmus + (Strategic partnerships)

Efekt: głębsze zrozumienie zawodowe starzejącego się społeczeństwa i wyzwań związanych z demencją; stworzenie wspólnego, społecznego, praktycznego i kulturowego zrozumienia w zdobywaniu wiedzy na temat różnic i podobieństw w kontekście logiki opieki społecznej i demencji. Stworzenie modelu zintegrowanej opieki, podręcznika do nauki, transgranicznej metody współpracy naukowej. Opracowanie modułu kursu dla studentów studiów mgr i doktorantów o nazwie „Starzejące się społeczeństwa i opieka nad chorymi na demencję”

Pozostałe projekty, w których miałam możliwość uczestniczyć, były inicjatywami o nieco mniejszym zasięgu oddziaływania, choć nie mniejszym znaczeniu dla tworzenia procedur

oceny i rozwoju kompetencji, wdrażania idei uczenia się całościowego i nieustannego rozwoju edukacyjno-zawodowego w biegu życia człowieka. Scharakteryzowałam je obszerniej w *Wykazie dorobku habilitacyjnego – nauki społeczne*.

Zasadność moich dotychczasowych badań nad kompetencjami społecznymi i ich wdrożeń praktycznych potwierdzają liczne raporty,⁶² tworzone w celu oceny sytuacji na polskim rynku pracy i konstrukcji prognoz jego dalszego rozwoju. Kompetencje społeczne są coraz wyżej lokowane i eksponowane w procesie pracy. Ich rozwój jest niezbędnym elementem kreowania współczesnych ścieżek kariery. Stał się także jedną z priorytetowych wytycznych Unii Europejskiej. Nałożenie na uczelnie wyższe obowiązku wdrożenia KRK oraz skonstruowania polskich ram kwalifikacyjnych, w połączeniu z podpisanym przez ministrów edukacji i młodzieży krajów UE w 2012 r. zobowiązaniem do stworzenia procedur uznawania kwalifikacji i kompetencji nabytych poza systemem edukacji formalnej, scedowanym na tzw. centra uznawania kompetencji zlokalizowane przy szkołach wyższych, wskazuje, jak istotnym staje się dbałość o rozwój kompetencji na różnych etapach edukacji. Tworzenie sektorowych rad ds. kompetencji w ramach Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji, koordynowane przez PARP, dodatkowo podnosi rangę dalszych badań nad kompetencjami społecznymi w rozwoju edukacyjno-zawodowym człowieka.⁶³

Do osiągnięć naukowo-badawczych, które chciałabym ponadto wyeksponować, należą:

- autorstwo publikacji naukowej w czasopiśmie „Zeszyty Prasoznawcze”, znajdującym się w bazie Journal Citation Reports (JCR) i na liście European Reference Index for the Humanities (ERIH);
- autorstwo dwóch monografii: Piasecka, A. (2014). *Poradnictwo wolontariackie*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, ss. 382 oraz Piasecka, A. (2008). *Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych – wymiar edukacyjny*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, ss. 413 (2007, monografia w 70% wykorzystująca materiały z rozprawy doktorskiej);
- współredakcja dwóch monografii: Piasecka, A., Hulewska, A. (red.) (2015). *Health communication in Poland*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, ss. 226 oraz Jacennik, B., Hulewska, A., Piasecka, A. (red.) (2012). *Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną*. Warszawa: Wyd. Vizja Press & IT oraz PTKS, ss. 219;

⁶² SGH (Szkoła Główna Handlowa), Amerykańska Izba Handlu w Polsce, Ernst & Young (2012). *Kompetencje i kwalifikacje...*, op.cit.; Czarnik, Sz., Jelonek, M., Kasperek, K. (2018). *Bilans Kapitału Ludzkiego 2017. Raport z badania ludności w wieku 18-70 lat*. Warszawa: PARP & Uniwersytet Jagielloński.

⁶³ Działanie prowadzone jest w ramach II Osi Priorytetowej Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji. Działanie 2.12 Zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych. Za: Oficjalny serwis internetowy Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości [Online]. Protokół dostępu: <http://www.parp.gov.pl> [30.11.2018].

- autorstwo 19 rozdziałów w monografiach po doktoracie (o objętości min. 0,5 ark. wyd.);
- współautorstwo 5 rozdziałów w monografiach (o objętości min. 0,5 ark. wyd.);
- autorstwo 6 artykułów w czasopismach z listy B MNiSW;
- autorstwo opracowań zbiorowych (hasło encyklopedyczne „Poradnictwo gerontologiczne”);
- współautorstwo ekspertyzy (na zlecenie Politechniki Wrocławskiej i UMWD);
- udział w zespole eksperckim WAF-N i współautorstwo raportów z badań (na zlecenie IBE i MNiSW);
- udział w sieciach badawczych (GUESSS, St. Gallen University; AgeSam/CareSam, University Malmö, Roskilde University (RUC), University College Syd, University College Absalon, University of Lapland, Klaipeda University);
- staże w zagranicznych ośrodkach naukowych (sześciotygodniowa szkoła letnia w Universität Viadrina; dwumiesięczny staż z innowacyjnej przedsiębiorczości w Brnie, którego liderem był VSB Technical University of Ostrava; kilkudniowe wizyty studyjne w Hiszpanii (dwukrotnie), na Łotwie, w Rumunii, Holandii);
- członkostwo w Komisji Etycznej ds. doświadczeń na zwierzętach (powołanie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego na kadencję 2016-2020);
- wygłoszenie 26 referatów na konferencjach krajowych i zagranicznych;
- aktywny udział w 9 krajowych i międzynarodowych konferencjach naukowych (przewodniczenie obradom sesji, sekcji, seminarium naukowego, udział jako ekspert);
- udział w 9 komitetach organizacyjnych krajowych i międzynarodowych konferencji naukowych, seminariów i wykładów naukowców z zagranicznych uczelni;
- nagrody, wyróżnienia i listy gratulacyjne Rektora Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu;
- współautorstwo 7 wniosków o finansowanie ze środków UE;
- 8 publikacji dydaktycznych i popularyzujących naukę;
- autorstwo ponad 500 publikacji public relations i materiałów prasowych (po doktoracie i około 900 przed obroną doktoratu);
- bardzo duże doświadczenie dydaktyczne, zdobywane od 2003 r. w szkołach wyższych (Dolnośląska Szkoła Wyższa, Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu, Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu, Uniwersytet Wrocławski);
- przeprowadzenie ponad 1500 godzin szkoleń, warsztatów i treningów (dla podmiotów gospodarczych i organizacji pozarządowych);
- opiekę naukową nad dwoma studentami realizującymi prace magisterskie (Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu);

- opiekę naukową nad czterema studentami realizującymi prace inżynierskie (Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu);
- opiekę naukową nad studentką realizującą pracę licencjacką (Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu).

Monografia „Komunikowanie o zdrowiu, chorobie, leczeniu. Między psychologią a medycyną” (2012), której byłam współredaktorem naukowym została nominowana do nagrody Teofrast miesięcznika „Charaktery” w kategorii „Książka naukowa 2012 roku”. Jako autorka rozdziału „Poradnictwo wolontariackie w biegu życia – założenia formalno-merytoryczne”, opublikowanego w monografii „Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej” (2016) pod redakcją naukową Prof. dr hab. Magdaleny Piorunek, otrzymałam (wraz z innymi Autorami powyższej publikacji) nagrodę zespołową III stopnia, przyznaną przez Rektora Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.

Mój indeks Hirscha według Web of Science wynosi 0, według Publish or Perish 3 (wyszukiwarka Google Scholar). Liczba cytowań według Web of Science wynosi 0. Natomiast Publish & Perish (wyszukiwarka Google Scholar) w latach 2008-2018 odnotowała 28 cytowań moich 5 prac (22 cytowania od 2014 roku: 2 (2014), 9 (2015), 4 (2016), 3 (2017), 4 (2018)). Było to: 14 cytowań monografii „Komunikowanie wartości zdrowia w polskich kampaniach społecznych - wymiar edukacyjny” (2008); 6 cytowań monografii „Poradnictwo wolontariackie” (2014), 4 cytowania książki „Komunikowanie o zdrowiu, chorobie i leczeniu. Między psychologią a medycyną” (2012) pod moją współredakcją, 3 cytowania rozdziału „Coaching jako metoda wsparcia pracownika” z książki „Poradnictwo. Kolejne przybliżenia” pod redakcją naukową M. Piorunek (2011) oraz 1 cytowanie rozdziału „Poradnictwo wolontariackie w biegu życia – założenia formalno-merytoryczne” z książki „Dymensje poradnictwa i wsparcia społecznego w perspektywie interdyscyplinarnej” pod redakcją naukową M. Piorunek (2015).

Agnieszka Rosolko-Robek