

# Ocena adekwatności programów nauczania w zdrowiu publicznym w kontekście wyników przeprowadzonych badań oczekiwań pracodawców na rynku pracy. Wnioski i rekomendacje

## Wstęp

W wyniku permanentnie zmieniających się uwarunkowań funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, rozpoczęły się rozległe zmiany w tym sektorze, obejmujące właściwie wszystkie zidentyfikowane w projekcie Leonardo da Vinci instytucje mogące zatrudniać absolwentów zdrowia publicznego. Najistotniejsze w tej dziedzinie wydają się zmiany towarzyszące procesom prywatyzacji, restrukturyzacji czy decentralizacji, jako bezpośrednio wpływające na zmianę warunków i struktury zatrudnienia. Procesy te w konsekwencji stwarzają nowe potrzeby w odniesieniu do nowo powstających i przekształcających się instytucji.

Wszystkie zidentyfikowane podmioty nie stawiają obecnie konkretnych wymagań, także w sensie wymogów sformalizowanych, a więc wynikających bezpośrednio z przepisów ustawowych, dotyczących specyficznych kwalifikacji dla osób poszukujących zatrudnienia. Obowiązujące regulacje nie zawierają bowiem w tym obszarze konkretnych postanowień wprowadzających legalne warunki zatrudnienia, tak jak ma to miejsce w przypadku zawodów medycznych<sup>1</sup>. Tymczasem w miarę postępowania procesów prywatyzacyjnych czy decentralizacyjnych zaczną rosnąć oczekiwania pracodawców wobec zatrudnianych w tych instytucjach pracowników, a w konsekwencji także wymogi charakterystyczne dla nowoczesnych metod i technik zarządzania. To ostatnie zjawisko

---

<sup>1</sup> Por. także analizę dotyczącą formalnych wymogów zatrudnienia zamieszczoną [w:] *Oczekiwania świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców*.

powinno stymulować osoby poszukujące zatrudnienia odpowiedniego do wykształcenia z dziedziny zdrowia publicznego do podnoszenia swoich kwalifikacji adekwatnie do stawianych im wymagań, a instytucje kształcące do wdrażania takich metod i technik, które pozwalają na podniesienie poziomu umiejętności zgodnie z tymi wymogami.

Chcąc dokonać próby oceny adekwatności programów nauczania w zdrowiu publicznym do wspomnianych, zmieniających się obecnie wymagań potencjalnych pracodawców, należy dokonać konfrontacji analizy programów nauczania w zdrowiu publicznym z ogólnymi wynikami badań oczekiwań wszystkich grup ankietowanych pracodawców, przeprowadzonych w ramach projektu. W tym miejscu zostaną zaprezentowane zarówno wyniki badań przeprowadzonych w formie wywiadów zogniskowanych, odpowiednio do zidentyfikowanych wcześniej grup pracodawców, jak i wyniki badań w formie kwestionariusza wysyłanego do poszczególnych grup pracodawców. Podział całości uzyskanych w projekcie wyników i przedstawienie ich w artykule w sposób odrębny wynika z istotnego wniosku dotyczącego pierwszej części badań projektowych, a więc grup fokusowych. W trakcie przeprowadzania tych badań okazało się bowiem, że dla pracodawców nie jest jasne nie tylko pojęcie absolwenta zdrowia publicznego, ale i samo definiowanie dziedziny zdrowie publiczne, i podobnie jak wskazanie obszaru jej zainteresowań nastęrcza wiele trudności<sup>2</sup>. Stąd wniosek, że adresaci kwestionariusza – potencjalni pracodawcy, którzy w przeciwieństwie do uczestników badania w grupach fokusowych nie mieli szansy wstępnego zdefiniowania, „doprecyzowania” pojęć, mogli w efekcie popełnić błąd wynikający z ich niezrozumienia, niemożliwości określenia ich zakresu przedmiotowego. Odpowiednie wnioski zostaną przedstawione w podsumowaniu części artykułu poświęconej tym zagadnieniom.

W podsumowaniu zaprezentowanej tu próby oceny będą przedstawione wnioski i rekomendacje dotyczące identyfikacji ewentualnych rozbieżności, najbardziej pożądaných zmian, jako rezultatów tej identyfikacji oraz prognoz dotyczących ewolucji programów w przyszłości. Powyższe zagadnienia zostaną poruszone w świetle potencjalnie możliwych metod osiągania dostosowania założeń programowych do wymagań pracodawców oraz sposobów ich korygowania pod kątem uzyskiwania oczekiwanych na rynku pracy rezultatów. Ocena adekwatności programów nauczania w zdrowiu publicznym, wynikająca z dotychczas przeprowadzonych w ramach projektu badań, zostanie także skonfrontowana z potencjalnymi problemami pojawiającymi się w perspektywie akcesji, a więc wskazane zostaną obszary wymagające uwzględnienia dodatkowej

---

<sup>2</sup> Rozważania dotyczące problemów z definiowaniem pojęć niezbędnych do przeprowadzenia badania w formie wywiadów zogniskowanych, por. *Oczekiwania świadczeniodawców jako potencjalnych pracodawców absolwentów kierunku: zdrowie publiczne. Grupa „dużych” świadczeniodawców oraz, odpowiednio, opracowanie poświęcone grupie tzw. „małych” świadczeniodawców – oba zamieszczone w niniejszym tomie.*

harmonizacji w celu poszerzenia potencjału szans absolwentów zdrowia publicznego.

Odrębnym zagadnieniem jest analiza wyników badania samooceny absolwentów zdrowia publicznego w kontekście konfrontacji ich aspiracji z realnymi możliwościami kariery na rynku pracy. Analiza ta wykracza poza zakres merytoryczny niniejszego opracowania, które stawia sobie za cel jedynie dokonanie próby oceny samych programów nauczania, w sensie założeń programowych. Wyniki samooceny studentów stanowiąc mogą natomiast materiał umożliwiającą skonfrontowanie wniosków zawartych w niniejszym artykule – dostarczających danych dotyczących kompetencji potencjalnie możliwych do uzyskania w efekcie realizacji programu – z wnioskami analizy wyników samooceny, a więc dostarczającymi danych dotyczących subiektywnej oceny faktycznie uzyskanych kompetencji. Należy podkreślić w tym miejscu, że te ostatnie wnioski „obciążone” są pewną dozą subiektywizmu – niekoniecznie indywidualne przekonanie o osiągnięciu pewnej umiejętności musi być zgodne ze stanem faktycznym. Osoba poddająca się samoocenie może zaniżać lub zawyżać poziom posiadanej przez siebie wiedzy, może też nie umieć zidentyfikować obszarów objętych pojęciem danej umiejętności. Występuje tu też oczywista zależność pomiędzy indywidualnymi możliwościami osób dokonujących samooceny, stopniem indywidualnego zaangażowania tych osób w realizację programu i jego efektem. Ze względu na powyższe uwarunkowania, rezultaty samooceny studentów nie zostały uwzględnione jako istotnie decydujące dla dokonywanej tu próby oceny programów nauczania samych w sobie, w znaczeniu oceny założeń programowych. Wyniki te mogą mieć natomiast istotne znaczenie jako narzędzie sprawdzające efektywność prowadzonych zajęć, jeżeli kwestionariusz ten studenci wypełnialiby przed i po zakończeniu określonego kursu. Przy wykorzystaniu innych licznych danych (wiedza prowadzącego zajęcia dotycząca poziomu poszczególnych studentów: oceny, zaangażowania w pracę grupową i indywidualną itp.), materiał ten może stanowić istotne narzędzie sprawdzające dla nauczycieli akademickich.

## **Wyniki badań oczekiwań pracodawców, przeprowadzonych w ramach projektu**

Badane grupy potencjalnych pracodawców zostały wyróżnione w projekcie i zakwalifikowane jako instytucje tzw. sfery zdrowia publicznego, ze względu na następujące kryteria: definicję, w której ustala się misję zdrowia publicznego, specyfikę problemów zdrowia publicznego, funkcje zdrowia publicznego, jego etyczne aspekty oraz zadania realizowane przez specjalistów z zakresu zdrowia publicznego<sup>3</sup>. Do tak wyróżnionych instytucji należą:

---

<sup>3</sup> Więcej na ten temat czytaj: C. Włodarczyk, *Instytucjonalna infrastruktura zdrowia publicznego. Kryteria identyfikacji jednostek organizacyjnych*, „Zdrowie Publiczne”, 2, 2002: 182–188.

- świadczeniodawcy (mali i duzi),
- jednostki administracji rządowej i samorządowej,
- płatnik<sup>4</sup>,
- państwowa inspekcja sanitarna,
- jednostki edukacyjne,
- pomoc społeczna,
- instytucje rynkowego otoczenia (firmy farmaceutyczne),
- organizacje pozarządowe.

## **Prezentacja wyników badań przeprowadzonych w formie wywiadów zogniskowanych (grupy fokusowe). Wskazanie obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców oraz wyszczególnienie najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy**

W ramach badania fokusowego, przeprowadzonego na 59 uczestnikach skupionych w 9 grupach przedstawiciele instytucji zdrowia publicznego, wyselekcjonowanych w ramach projektu Leonardo da Vinci, dokonano oceny 67 kompetencji, pogrupowanych w 7 kategorii. Każdą z przedstawionych im kompetencji badani oceniali oddzielnie. Na podstawie wyników otrzymanych z poszczególnych grup można stwierdzić, że najwyżej oceniono kompetencje uniwersalne, ogólne i informujące raczej o postawach i osobowości niż o specjalistycznych, profesjonalnych umiejętnościach.

W trakcie badania fokusowego uczestnicy wielokrotnie podkreślali, że pełniejszej oceny i wskazania najważniejszych kompetencji trudno dokonać, nie będąc skoncentrowanym na konkretnym stanowisku pracy. Być może z tego też powodu najwyższe oceny uzyskiwały te kompetencje, które uczestnicy uznali za interdyscyplinarne, ukierunkowane bardziej na postawę i cechy osobowości niż na profesjonalne umiejętności.

Wśród najbardziej wyróżnionych kompetencji znalazły się:

- gotowość podejmowania odpowiedzialności,
- świadomość konsekwencji własnych działań,
- silne poczucie zaangażowania,
- umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach,
- radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem,
- samodyscyplina (umiejętność właściwego dokonywania zadań bez nadzoru),

---

<sup>4</sup> Po rozpoczęciu prac projektowych instytucją badaną, jako kategorią płatnika, były funkcjonujące wówczas kasy chorych; zarówno w badaniach fokusowych, jak i w kwestionariuszowych respondentami zostały osoby zatrudnione na stanowiskach kierowniczych w kasach chorych. Pomiędzy zmian wprowadzonych ustawą o Narodowym Funduszu Zdrowia można przyjąć, że większość wniosków dotyczących tego podmiotu (określanego ogólnie jako płatnik) jest niezmienna.

- zdolność dostosowania się do zmiany,
- umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów oraz współpracy z innymi,
- umiejętność negocjowania, mediacji w celu znalezienia właściwych rozwiązań tak ze współpracownikami, jak i klientami,
- zdolność przekonywania, właściwego argumentowania.

Do najbardziej pożądaných kompetencji specyficznych, związanych ze zdrowiem publicznym, respondenci zaliczyli jedynie:

- zdolność wykorzystania mediów do rozpowszechniania wartości, celów i priorytetów oraz misji zdrowia publicznego, w celu ułatwienia wprowadzania zmian w polityce zdrowotnej<sup>5</sup>.

Za najmniej przydatne respondenci uznali kompetencje związane z umiejętnościami prowadzenia badań naukowych, przygotowaniem projektów badawczych i formułowaniem hipotez naukowych. Najprawdopodobniej to skutek faktu, że do badania zostali zaproszeni głównie praktycy, których praca w instytucjach nie kojarzy się z działalnością naukowo-badawczą, stąd tak niska ocena umiejętności przenoszenia i stosowania wyników badań naukowych w racjonalnym rozwiązywaniu konkretnych problemów. Jednak należy pamiętać, że, zwłaszcza w kontekście procesu dostosowania do standardów unijnych, umiejętności stosowania wyników badań naukowych w decyzjach menedżerskich i politycznych są wręcz nieocenione i z tego też powodu powinno się zwracać na ten aspekt uwagę przy opracowywaniu spełniających nowoczesne wymogi programów kształcenia.

### **Prezentacja wyników badań przeprowadzonych w formie kwestionariusza adresowanego do zidentyfikowanych grup pracodawców. Wskazanie obszaru kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców oraz wyszczególnienie najczęściej proponowanych stanowisk – miejsc pracy**

W badaniu ankietowym wzięły udział następujące instytucje – potencjalni pracodawcy absolwentów kierunku: zdrowie publiczne:

- Regionalne centra zdrowia publicznego (sektor administracji rządowej) 2,6%,
- Urzędy wojewódzkie – 2,9%,
- Instytucje edukacyjne – 1,0%,
- Firmy z rynkowego otoczenia – 0,6%,
- Płatnik – 6,1%,
- Organizacje pozarządowe – 3,9%,

---

<sup>5</sup> Więcej na ten temat czytaj: E. Ryś, *Wyniki ocen profesjonalnych kompetencji dokonanych przez przedstawicieli instytucji zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne”, 2, 2002: 267–272.

- Pomoc społeczna – 19,6%,
- Powiaty – 27%,
- Urzędy marszałkowskie – 2,9%,
- Państwowa Inspekcja Sanitarna – 18%,
- Świadczeniodawcy<sup>6</sup> – 14,1%.

Większość ww. instytucji pochodzi z sektora publicznego (92,6%).

Już w trakcie badania fokusowego właściwie we wszystkich badanych grupach zwrócono uwagę na fakt, że lista kompetencji przedstawiona do weryfikacji wyczerpuje zakres katalogu umiejętności absolwenta, jednakże nie przedstawia mu propozycji objęcia konkretnego stanowiska pracy. Inne bowiem wymagania będą w stosunku do osób pełniących funkcje kierownicze, inne w stosunku do tych, które wykonują proste czynności administracyjne, związane z działalnością określonej instytucji. Już wtedy proponowano, aby posegregować te kompetencje w zależności od zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej. Dlatego też w ankiecie wysłanej do potencjalnych pracodawców ze wszystkich poddanych badaniu grup znalazło się pytanie o potencjalne stanowisko dla absolwenta zdrowia publicznego w danej instytucji.

Respondenci uznali, że najbardziej odpowiednim stanowiskiem dla absolwenta tego kierunku w instytucjach tzw. infrastruktury zdrowia publicznego będzie stanowisko specjalisty ds. promocji zdrowia (21,50%) oraz specjalisty ds. polityki zdrowotnej, a także planisty (16,4%). Wymieniono również takie stanowiska, jak kontroler i organizator (8,4%), pracownik administracyjny (7,7%), asystent dyrektora (7,7%), specjalista (4,8%), koordynator (4,8%), kierownik (4,5%), analityk (4,2%), zarządzający–dyrektor (3,9%), prognosta (3,5%), pracownik marketingu (3,2%), epidemiolog (1,6%), zarządzający jednostkami ludzkimi (1,3%), ekonomista (1,0%).

Mimo że podział zadań i kompetencji instytucji infrastruktury zdrowia publicznego w zakresie ochrony zdrowia jest niespójny, to jednak zadania z zakresu promocji zdrowia na tle pozostałych zdecydowanie dominują, co przekłada się na konieczność zatrudniania w nich odpowiednio do tego wykształconych specjalistów, którymi w naturalny sposób mogą być absolwenci zdrowia publicznego. Często te instytucje prowadzą również politykę zdrowotną – w szerszym lub węższym zakresie, a przynajmniej są jej aktywnymi uczestnikami, dlatego też bardzo pożądane jest obsadzenie stanowisk specjalistów w tej dziedzinie osobami kompetentnymi, profesjonalnie do tego przygotowanymi, kształconymi pod tym kątem w Instytutach Zdrowia Publicznego.

Na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych w ramach projektu Leonardo da Vinci, stworzono listę dziesięciu kompetencji, jako najbardziej pożądanych we wszystkich grupach pracodawców. Oto one:

---

<sup>6</sup> Kategoria świadczeniodawców obejmuje dwie wyselekcjonowane grupy: tzw. „małych” świadczeniodawców oraz grupę „dużych” świadczeniodawców, czyli szpitale – odnośnie do statusu tych podmiotów i kłopotów z identyfikacją szpitali por. analiza w: „Zdrowie Publiczne”, 2, 2002.

- Odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje,
- Zaangażowanie w pracę zawodową,
- Umiejętność współpracy,
- Wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru,
- Skuteczne komunikowanie się,
- Rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych,
- Świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób,
- Zdolność do nawiązywania kontaktów i nawiązywania relacji,
- Zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych,
- Opracowanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.

Jednym z najbardziej widocznych problemów, zasygnalizowanym już wcześniej, a ujawnionym zarówno w trakcie badań w grupach fokusowych, jak i na podstawie kwestionariusza, jest kwestia wiedzy i świadomości potencjalnych pracodawców dotyczących umiejętności i kwalifikacji absolwenta zdrowia publicznego, ogólnej chociażby znajomości programu nauczania, oraz świadomość własnych wymagań i oczekiwań w stosunku do takiej osoby. Wydawać się może, że sytuacja ta ulegnie zmianie w przyszłości na skutek oddziaływania środowiska związanego ze zdrowiem publicznym i propagowania wizerunku absolwenta tego kierunku oraz posiadanych przez niego kompetencji.

Prawdopodobnie z tych powodów w przeprowadzonych w trakcie projektu Leonardo da Vinci badaniach respondenci częściej koncentrowali się na wskazywaniu kompetencji ogólnych, interpersonalnych, które powinien posiadać zatrudniony u nich absolwent zdrowia publicznego niż specyficznych, związanych ze zdrowiem publicznym.

## **Wnioski dotyczące obszarów podobieństw i rozbieżności wyników powyższych badań. Najważniejsze zidentyfikowane bariery w zatrudnianiu absolwentów zdrowia publicznego. Rekomendacje zmian**

W kontekście przedstawionych powyżej wniosków, jak zostało to już zresztą wielokrotnie podkreślone w dokonanych analizach sektorowych, niezbędne jest wypracowanie spójnej definicji precyzującej zakres dziedziny zdrowia publicznego oraz wprowadzenie odpowiednich regulacji w tym obszarze, a szczególnie legalnej definicji tego pojęcia. Jest to jednocześnie pierwszy krok w kierunku wprowadzenia odpowiednich regulacji w tym obszarze, zarówno tych określających przedmiot dziedziny, jak i wprowadzających wiele formalnych wymogów w stosunku do zatrudnienia w związanych ze zdrowiem publicznym obszarach. Postulat legalnego sformalizowania wymogów zatrudnienia musi jednak zostać

uzupełniony o kwestie dostosowania programów nauczania do zmieniającej się sytuacji na rynku pracy, kształtowanej przez nowe wymagania pracodawców.

Okolicznościami niesprzyjającymi potencjalnemu zatrudnieniu absolwentów zdrowia publicznego w biorących udział w projekcie jednostkach jest często również niespójny podział zadań i kompetencji w zakresie ochrony oraz luki i niestabilność prawa w polskim systemie opieki zdrowotnej. Bariery w zatrudnianiu tego typu profesjonalistów mogą stanowić też ograniczenia budżetowe po stronie ww. jednostek, hamujące rozwój instytucji zajmujących się problemami ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę wyniki badań kwestionariusza, należy się skupić na prezentacji zapotrzebowań rynku i promowaniu nowoczesnych metod nauczania, dzięki którym poszukiwane kompetencje, specyficzne z obszaru zdrowia publicznego, byłyby kształtowane komplementarnie z umiejętnościami interpersonalnymi i społecznymi (tak wysoko cenionymi przez jednostki biorące udział w badaniu). Należałoby wprowadzić zatem do systemu nauczania techniki umożliwiające wypracowanie tych najbardziej pożądaných umiejętności o charakterze uniwersalnym, które stymulują pracę w grupie, uczą odpowiedniego zarządzania czasem, a z drugiej strony – kształcą umiejętności samodzielnego wywiązywania się z zadań i obowiązków, poprzez indywidualne poszukiwanie informacji i inne.

## Ocena założeń programowych

W celu opracowania kolejnego narzędzia służącego ocenie kompetencji, narzędzia stanowiącego kwestionariusz samooceny dla studentów (z perspektywy absolwentów kierunku: zdrowie publiczne), wyselekcjonowano – w odniesieniu do poszczególnych przedmiotów wykładanych w trakcie studiów w Instytucie Zdrowia Publicznego – listy kompetencji jako oczekiwany rezultat ukończonych kursów. Podstawę w tym wypadku stanowiły przygotowane w poszczególnych zakładach zestawy umiejętności potencjalnie nabywanych przez słuchaczy kończących kurs<sup>7</sup>. Listy te odzwierciedlały zestawy poszczególnych zagadnień realizowanych w trakcie zajęć i wykładów, ponadto uwzględnione zostały zagadnienia należące do materiału objętego literaturą obowiązkową do przedmiotu, kwestie opracowywane przez studentów samodzielnie jako eseje, referaty, analizy zagadnień, prezentowane przez studentów w trakcie zajęć, a także opracowania będące rezultatem realizacji zadań grupowych (projekty, prezentacje, anali-

---

<sup>7</sup> Zamieszczone w niniejszym opracowaniu wnioski dotyczą oceny adekwatności programów nauczania, dokonanej na podstawie założenia programowego przedstawionego w dostarczonych przez poszczególne zakłady Instytutu Zdrowia Publicznego opracowaniach w formie raportów, jednak w pewnym stopniu mogą one stanowić podstawę do dokonywania takiej oceny w odniesieniu do programów realizowanych przez inne instytucje realizujące program studiów: zdrowie publiczne. Analiza taka uzależniona jest od stopnia zróżnicowania programów – im większe rozbieżności, tym mniejsza możliwość „przeniesienia” zamieszczonych tu wniosków, ich zastosowania w stosunku do innych programów.

zy). Przyjęto zasadę, że podstawę opracowania list kompetencji w tym wypadku stanowią mogą wszystkie materiały, literatura oraz teksty źródłowe dostępne dla studentów (także kserokopie prac studentów udostępnione w bibliotece), na podstawie których realizowany jest obowiązkowy zakres materiału.

Analiza programów nauczania, realizowanych w ramach poszczególnych kursów, w kontekście powyższego powiązana jest z oceną zbieżności rezultatów realizacji założeń programowych – w sensie zbieżności kompetencji potencjalnie możliwych do osiągnięcia. Przykładowo, po ukończeniu kursów z przedmiotów: polityka zdrowotna, prawo ubezpieczeń zdrowotnych, systemy zdrowotne – student powinien osiągnąć optymalny „poziom” wiedzy dotyczącej całego obszaru zagadnień, z którym wiąże się tożsame kompetencje, różnice mogą natomiast dotyczyć poziomu tych kompetencji w odniesieniu do konkretnych przedmiotów. Ocena ta obejmuje także wskazanie wspólnych obszarów kompetencji uzyskiwanych najczęściej (czyli najczęściej zakładanych w poszczególnych programach w wyniku ich ukończenia). Wnioski dotyczące „wspólnego” dla wielu programów zbioru przewidywanych kompetencji uzyskiwanych przez absolwentów to głównie uwagi na temat zbioru stanowiącego rezultat identyfikacji „trzonu” kompetencji, czyli zestawu obejmującego umiejętności najczęściej wskazywane.

Wykorzystując analizę przeprowadzoną w Instytucie Zdrowia Publicznego do badania obejmującego już nie tylko konkretny program studiów realizowany w określonej instytucji, ale szeroko prowadzone badania porównawcze wielu programów, można byłoby wskazać najistotniejsze obszary istniejących rozbieżności. Konsekwentnie możliwe byłyby wnioski dotyczące wynikającego z tych różnic w programach zbioru kompetencji „odrębnych”, uzyskiwanych przez absolwentów zdrowia publicznego wskutek realizacji odmiennych programów. Identyfikacja ta z kolei wiąże się z uwzględnieniem możliwości zdobywania pewnego stopnia specjalizacji (ukierunkowania) w zdrowiu publicznym, poprzez realizację odpowiedniego, konkretnego programu. Podejście takie mogłoby prowadzić do wprowadzenia odmiennych specjalności w zdrowiu publicznym, osiąganych w różnych ośrodkach. W niniejszym opracowaniu wnioski dotyczące tego zagadnienia zostaną przedstawione jedynie jako rezultat bieżącej analizy programów w pewnych obszarach, ze względu na brak dostępu do danych z instytucji realizujących program zdrowia publicznego – brak szczegółowych programów opisujących założenia oraz literatury i innych materiałów, brak dostępu do informacji dotyczącej konkretnych wymagań określonych dla poszczególnych przedmiotów. Badanie takie mogłoby także stanowić podstawę do określenia potencjalnych sylwetek absolwenta zdrowia publicznego, konstruowanych na podstawie uzyskiwanych zestawów kompetencji, jako rezultatu realizacji konkretnych założeń programowych. Z drugiej strony, zestaw kompetencji potencjalnie osiąganych przez absolwentów zdrowia publicznego – w wyniku realizacji minimum programowego – w różnych ośrodkach może dawać wyraźny obraz ich sylwetki. W praktyce każdy z absolwentów powinien potencjalnie dysponować takim zestawem umiejętności, bez względu na instytu-

cję, w której kurs ukończył. Biorąc pod uwagę fakt, że minimum programowe zostanie w bliskiej przyszłości zunifikowane we wszystkich instytucjach podejmujących kształcenie w dziedzinie zdrowia publicznego, ten właśnie zestaw „minimum” może stanowić podstawę oceny adekwatności programów nauczania w kontekście wymogów rynku pracy. Należy bowiem założyć, że realizacja programu kształcenia na tym poziomie pozwala absolwentowi osiągnąć wystarczający i niezbędny poziom kompetencji, adekwatny do pojęcia specjalisty zdrowia publicznego.

Dokonując zatem pobieżnego jedynie przeglądu programów nauczania w zdrowiu publicznym, można wskazać pewne rozbieżności dotyczące katalogu wykładanych przedmiotów. Niektóre z nich dotyczą jedynie zmian w sposobach określania danego przedmiotu, w nazewnictwie, inne – czasu przeznaczanego na realizację programu, różnic w ilości godzin przeznaczonych zarówno na realizację wykładów, jak i ćwiczeń, a więc w konsekwencji nieco szerszego lub węższego zakresu wykładanego materiału<sup>8</sup>. Przykładowo można przytoczyć prawo ubezpieczeń zdrowotnych – wykład ten jest często zamieszczany w programach pod szerszą, ogólniejszą nazwą (ubezpieczenia zdrowotne) lub realizowany jako część ubezpieczeń społecznych, co jednak nie powinno oznaczać zasadniczych różnic w jego przedmiocie. W praktyce jest to bowiem materiał realizowany zgodnie z obowiązującymi w tym obszarze regulacjami prawnymi, a te zmieniają się praktycznie od czasu przeprowadzenia reformy tak często, że poza zagadnieniami wstępnymi, takimi jak: wprowadzenie pojęć, założeń i instytucji systemowych, omówienie definicji, przedmiotu i podmiotów, dalszy wykład nie jest praktycznie możliwy bez konieczności odwoływania się do nowych przepisów. Znajomość obowiązujących w tym zakresie regulacji jest przecież dla absolwentów zdrowia publicznego bezwzględnie niezbędna. W stosunku do pozostałych przedmiotów natomiast różnice są znaczne: część wykładów nie jest w ogóle realizowana, a inne wykładane są w sposób łączny, co powoduje zmniejszenie wymiaru godzin przeznaczonych na realizację materiału.

## Wnioski i rekomendacje

### *Wnioski dotyczące identyfikacji rozbieżności i ich skutków*

Analiza porównawcza wyników badania oczekiwań pracodawców z wynikami kwestionariusza samooceny studentów wskazuje obszar rozbieżności obejmujący następujące kompetencje:

- wywiązywanie się z zadań i obowiązków bez nadzoru,
- skuteczne komunikowanie się,

---

<sup>8</sup> Przegląd ten dotyczył jedynie ogólnodostępnych danych zawartych w broszurach-informatorach o programie studiów oraz na odpowiednich stronach internetowych także ogólnodostępnych. Nie wykorzystano bardziej szczegółowych informacji ze względu na ograniczenia czasowe i brak dostępności do nich.

- zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji,
- zastosowanie wiedzy z zakresu zdrowia publicznego do analizy problemów zdrowotnych i społecznych,
- opracowywanie strategii rozwiązywania i wdrażania problemów zdrowotnych i społecznych.

Dwie ostatnie zidentyfikowane kompetencje w ramach określania rozbieżności należą do kategorii kompetencji specyficznych dla dziedziny zdrowia publicznego. Trzy pierwsze to kompetencje z grupy tzw. kompetencji ogólnych. Jednakże sposób sformułowania kompetencji specyficznych, nieograniczający się do poziomu wiedzy, ale obejmujący także możliwość jej odpowiedniego wykorzystania, może skutkować wskazaniem na luki w systemie edukacyjnym, polegające na niedostatecznym kształceniu właśnie umiejętności zastosowania zdobytej wiedzy, samodzielnego opracowywania rozwiązań dla przedstawianych zagadnień (opracowywanie strategii), które to kompetencje można rozwijać poprzez wdrażanie nowoczesnych technik, metod nauczania, takich jak: nauczanie w oparciu o projekt<sup>9</sup>, studium przypadku, *community based learning* oraz inne kształtujące umiejętności, które zostały wskazane jako trzy pierwsze.

Kompetencja określona jako zdolność nawiązywania kontaktów i podtrzymywania relacji leży na obrzeżu kształcenia, ponieważ w ogromnym stopniu uzależniona jest od indywidualnych cech osobowości czy postawy. Poziom tych kompetencji można podnosić przez odpowiednie treningi, nienależące do programu kształcenia w zdrowiu publicznym (szkolenia i treningi psychologiczne z dziedziny *public relations*).

### *Wnioski dotyczące wyróżnionych obszarów zbieżnych*

Zarówno studenci, jak i pracodawcy wskazali – jako kompetencje najbardziej pożądane i jednocześnie najefektywniej osiągane po ukończeniu studiów z zakresu zdrowia publicznego – następujące umiejętności:

- odpowiedzialność za własne działania i ich konsekwencje,
- zaangażowanie w pracę zawodową,
- umiejętność współpracy w zespole,
- rozumienie bieżących problemów zdrowotnych i społecznych,
- świadomość konsekwencji własnego postępowania dla innych osób.

W tym przypadku najistotniejsze znaczenie mają metody wprowadzające pracę w małych grupach, polegającą na wykonaniu projektu, opracowaniu sprawozdania, raportu, analize, przygotowaniu prezentacji, co wymaga umiejętności współpracy w grupie, a także efektywnego podziału obowiązków i ponoszenia odpowiedzialności za wykonaną pracę.

Wskazanie przez obie grupy, spośród kompetencji najbardziej pożądanych i jednocześnie w największym stopniu osiąganych po ukończeniu kursu, umie-

---

<sup>9</sup> *Problem based learning* – więcej na temat metody [w:] A. Windak, T. Tomasik, P. van Hasselt, *Uczenie w oparciu o problem (Problem based learning)*.

jętności rozumienia bieżących problemów zdrowotnych i społecznych wskazuje – co prawda w sposób bardzo ogólny – na ścisłe powiązanie pojęcia profesjonalisty zdrowia publicznego z tą właśnie kompetencją specyficzną, wymagającą szeroko rozumianej orientacji w przedmiocie omawianej dyscypliny.

### *Wnioski i rekomendacje dotyczące programów nauczania*

Uwzględniając powyższe wnioski, w celu sprostania wymogom zmieniającego się rynku pracy w obszarze zdrowia publicznego, obowiązujące programy nauczania należałoby realizować przy jednoczesnym zastosowaniu nowoczesnych metod nauczania. W ten sposób poszukiwane kompetencje specyficzne z obszaru zdrowia publicznego, które zgodnie z przeprowadzoną analizą kompetencji uzyskiwanych jako rezultat realizacji założeń programowych w dużym stopniu stanowią oczekiwane efekty ukończenia poszczególnych kursów, mogłyby być uzupełniane o te z kategorii ogólnych, społecznych. W tym względzie trening, na przykład, umiejętności interpersonalnych, tak wysoko cenionych przez wszystkie poddane badaniu grupy, niejako obok innych wyróżnionych umiejętności specyficznych, mógłby się odbywać na drodze realizacji programu w sposób pozwalający na doskonalenie pracy w grupie; kształtowanie umiejętności podziału zadań, ponoszenia odpowiedzialności za ich realizację, umiejętności zarządzania czasem, planowania zadań przydzielonych grupie i zdolności do oceny wkładu poszczególnych członków grupy w wykonanie zadania.

Ogromną rolę odgrywają w tej dziedzinie takie techniki nauczania, które stymulują do współpracy w grupie, uczą organizowania pracy w zespole i odpowiedniego wykorzystania potencjału danej grupy, kształcą umiejętności przywódcze i organizatorskie, uczą odpowiedzialności i umiejętności podziału zadań, a także stymulują do samodzielnej pracy, uczącej rozwiązywania konkretnych problemów poprzez indywidualne poszukiwanie informacji, wypracowanie rozwiązań. Są to obszary należące do dziedziny metodologii nauczania, która rozwija się obecnie w szybkim tempie. Wydaje się konieczne umożliwienie nauczycielom akademickim zapoznawania się z tymi nowoczesnymi metodami, i nie chodzi tu bynajmniej o umiejętności wykorzystania nowoczesnych urządzeń technicznych, a raczej o takie metody, które mogą wpłynąć na zaangażowanie studentów w pracę. Wskazane byłyby odpowiednie szkolenia dla kadry, wykładowców, a zwłaszcza osób prowadzących zajęcia.

Wiele z nowoczesnych i skutecznych metod nauczania może być skutecznie wdrażanych przede wszystkim w trakcie ćwiczeń, niektóre z nich są już wykorzystywane, ale wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że jest to obszar, na który należałoby także zwrócić uwagę, opracowując w przyszłości nowe programy, uwzględniając przedstawione w niniejszym opracowaniu wyniki badań oczekiwań pracodawców. O ile bowiem określenie minimum programowego w zdrowiu publicznym pozwala na określenie zestawu minimum kompetencji potencjalnie uzyskiwanych przez absolwentów, a analiza konkretnych programów i rozbieżności między nimi, z kolei, na określenie odpowiednich sylwetek

absolwentów odpowiadających konkretnemu modelowi kształcenia realizowanemu w danej instytucji (lub wprowadzeniu specjalności w zdrowiu publicznym), to umiejętności z obszaru kompetencji interpersonalnych i społecznych są możliwe do wypracowania w sposób pośredni, nie jako cel realizacji kursu sam w sobie, ale jako dodatkowy „produkt” edukacji, zwiększający szanse absolwenta zdrowia publicznego na rynku pracy.

## **Zarys prognoz dotyczących ewolucji programów w przyszłości – konfrontacja z potencjalnymi problemami pojawiającymi się w perspektywie akcesji**

Podsumowując najważniejsze wnioski z przeprowadzonego badania, można pokusić się o przedstawienie podstawowych rekomendacji, będących rezultatem prowadzonego badania. Niezwykle istotne – o czym już wielokrotnie pisano – jest przygotowanie regulacji prawnych dotyczących dziedziny zdrowia publicznego (ustawy o zdrowiu publicznym z określeniem zakresu przedmiotowego tego pojęcia oraz zakresu odpowiedzialności służb zdrowia publicznego, zdefiniowanie charakteru Narodowego Programu Zdrowia, relacji pomiędzy ministrem zdrowia oraz jego agendami a jednostkami samorządu terytorialnego itp.). Należałoby także zastanowić się nad perspektywą wprowadzenia formalno-prawnych wymogów zatrudnienia w odniesieniu do określonych grup instytucji i pewnych zawodów, stanowisk, w których niezbędna jest znajomość problematyki z szeroko rozumianej dziedziny zdrowia publicznego – lub w określonym, węższym tej dziedziny obszarze (np. prawo zdrowia publicznego, epidemiologia, polityka zdrowotna).

Bez wątpienia należy również jak najszerzej rozpowszechniać w różnej formie informacje na temat profesjonalnego przygotowania absolwentów zdrowia publicznego do realizowania zadań z zakresu zdrowia publicznego. Wymienić tu można wykorzystanie Internetu jako narzędzia przekazywania informacji, zarówno celowo doręczanej w formie informatorów o programach kształcenia, jak i różnego rodzaju akcji i szeroko rozumianego lobbingu na rzecz dyscypliny, ponadto marketing publiczny, organizację staży i praktyk studenckich w jednostkach zidentyfikowanych w ramach tzw. infrastruktury zdrowia publicznego.

Bardzo ważne jest również dostosowywanie programów nauczania na kierunku: zdrowie publiczne do zmian i wymogów rynku pracy, a w dalszej perspektywie także do standardów kształcenia w Unii Europejskiej, o czym była już mowa wcześniej. Wnioski zamieszczone powyżej, dotyczące wdrażania nowoczesnych metod kształcenia, związane są także z kwestią dostosowania programów do tych standardów, szczególnie w kontekście deklaracji bolońskiej, wprowadzającej postulaty unifikacji lub przynajmniej zbliżenia programów studiów wyższych w krajach Unii Europejskiej oraz podnoszenia poziomu szkolnictwa

wyższego, przede wszystkim poprzez wprowadzanie nowych technik i metod nauczania.

Należy również wskazać, iż efektem przystąpienia do Unii Europejskiej będzie także otwarcie rynku pracy w obszarze Unii i w związku z tym pojawi się konieczność modyfikacji i dostosowania programów kształcenia do wymogów tego rynku. Już w trakcie realizacji projektu Leonardo da Vinci okazało się, że wymagania rynku pracy w Wielkiej Brytanii, Holandii i Polsce (czyli na rynkach pracy partnerów projektu) w znacznym stopniu się różnią, co wynika zarówno ze specyfiki tych rynków, jak i zróżnicowanego podejścia do samej dyscypliny zdrowia publicznego i jej treści. Trudno do końca przewidzieć charakter tych zmian w przyszłości: w jakim stopniu odrębności się zmniejszą, które z nich będą się utrwały. Zależy to oczywiście od kształtu systemów zdrowotnych na obszarze konkretnego kraju, ale należy się spodziewać dążeń do ujednolicenia pojęcia misji zdrowia publicznego i misji instytucji w tym obszarze działających. Niewątpliwie zaletą systemu kształcenia byłby fakt umożliwienia studentom kontynuacji nauki w każdym momencie, w innych ośrodkach należących do obszaru Unii Europejskiej, a to może zagwarantować jedynie znaczna zbieżność programów realizowanych w europejskich ośrodkach naukowych.

Wnioskiem końcowym z przeprowadzonego badania jest kwestia rozważenia, w jaki sposób sprostać wymaganiom rynku pracy, wskazującym na konieczność zróżnicowania potencjalnych ścieżek kariery absolwentów kierunku: zdrowie publiczne – co jasno wynika z porównania rezultatów badania w poszczególnych grupach. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom potencjalnego pracodawcy, ośrodki edukacyjne powinny rozważyć możliwości powstawania kilku podstawowych specjalności w ramach dziedziny: zdrowie publiczne. Odpowiednio do wyników przeprowadzonych badań można wskazać na istotną potrzebę wprowadzenia następujących specjalności: zarządzanie w opiece zdrowotnej, administracji samorządowej, inspekcji sanitarnej oraz w obszarze prawa zdrowia publicznego, polityki zdrowotnej i promocji zdrowia.

## Bibliografia

1. Ryś. E., *Wyniki ocen profesjonalnych kompetencji dokonanych przez przedstawicieli instytucji zdrowia publicznego*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 2, 267–272.
2. Windak A., Tomasik T., Hasselt P. van, *Uczenie w oparciu o problem (Problem based learning)*.
3. Włodarczyk C., *Instytucjonalna infrastruktura zdrowia publicznego. Kryteria identyfikacji jednostek organizacyjnych*, „Zdrowie Publiczne”, 2002, 2, 182–188.

W artykule wykorzystano wyniki badań zamieszczone we wcześniejszych częściach niniejszej publikacji.