

Dorota Cianciara

KSZTAŁCENIE NA KIERUNKU STUDIÓW „ZDROWIE PUBLICZNE” W POLSCE W ŚWIETLE USTALEŃ MIĘDZYNARODOWYCH

LEARNING OUTCOMES IN PUBLIC HEALTH EDUCATION IN POLAND ACCORDING TO INTERNATIONAL SETTLEMENTS

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Przedstawiono istniejące zagraniczne katalogi podstawowych funkcji zdrowia publicznego oraz kompetencji pracowników i studentów. Skonfrontowano je z końcowymi umiejętnościami polskich studentów kierunku „zdrowie publiczne”, opisanymi w standardach kształcenia dla tego kierunku. Stwierdzono, że kwalifikacje absolwentów w Polsce nie pokrywają pełnego spektrum funkcji i kompetencji w zdrowiu publicznym definiowanych w innych krajach. W przypadku studiów drugiego stopnia zbyt silny akcent położono na umiejętności zarządzania placówkami ochrony zdrowia i zespołami ludzkimi. Podkreślono pilną potrzebę zmiany standardów kształcenia dla tego kierunku.

Słowa kluczowe: *funkcje zdrowia publicznego, kompetencje w zdrowiu publicznym, kształcenie w zdrowiu publicznym, Polska*

WSTĘP

W ostatnich latach obserwujemy rosnące zainteresowanie teorią i praktyką zdrowia publicznego. Wynika to z narastających w skali światowej potrzeb zdrowotnych oraz dążenia do sprostania tym potrzebom. Jednym z przejawów renesansu zdrowia publicznego jest tendencja do tworzenia spójnej wizji tego sektora, definiowania jego podstawowych funkcji, kluczowych kompetencji pracowników, standardów wykonania oraz kodeksów etycznych. Ma to służyć nie tylko bardziej efektywnej realizacji misji zdrowia publicznego, jaką jest poprawa stanu zdrowia i jakości życia populacji (również zmniejszanie nierówności w zdrowiu), ale także chronić przed formułowaniem nadmiernych oczekiwań i nierealistycznych celów działania. Co szczególnie ważne - jest pomocne w kształceniu kadry.

ABSTRACT

The essential functions of the Polish public health system have never been officially defined and some approaches are visible. In the article existing foreign catalogues of essential public health functions (services) and core competences for public health professionals and students are presented. They were confronted with students' final skills in public health field of study, described in formal Polish educational standards. It was claimed that graduates' competencies in Poland do not cover the full range of public health functions and skills defined in different countries. In the 2nd cycle of study an emphasis is put down on education for the managers of health care. An urgent need of change of educational standards for public health field of study was underlined. This is closely related to the need of national debate on public health functions.

Key words: *public health functions, core competencies in public health, public health training, Poland*

Podstawowym kierunkiem zmian w szkolnictwie wyższym w Europie, zgodnie z duchem Procesu bolońskiego (1), jest stworzenie systemu czytelnych i porównywalnych stopni. Jedną z konsekwencji jest postrzeganie programów kształcenia w kategoriach efektów procesu nauczania – uczenia się. Poszczególne kursy uniwersyteckie powinny być opisane przez pryzmat celów - tego co student powinien wynieść z nauki („*know, know how, show how*”), a nie tego co kurs zawiera albo przedstawia. Prowadzi to do radykalnej zmiany w filozofii kształcenia i odejścia od kształcenia skoncentrowanego na nauczycielu - do skoncentrowanego na studencie (*student centred learning*). Powinno temu towarzyszyć dokładne określanie rezultatów nauki – formułowanie oczekiwań co do końcowej wiedzy studenta, jego umiejętności prostych i złożonych, także zdolności dokonywania krytycznego osądu danych

i zdarzeń oraz wyboru odpowiednich metod pracy (2). Beneficjentem tych zmian powinno być także kształcenie w obszarze zdrowia publicznego, zwłaszcza w okresie jego dobrej passy.

Wśród dydaktyków z dziedziny zdrowia publicznego rośnie zainteresowanie tzw. problemowymi metodami nauczania, które polegają na czynnym uczestnictwie studentów w analizowaniu i(lub) rozwiązywaniu problemów. Metody podające (np. wykład) nie odeszły w zapomnienie, jednakże ich przydatność jest stosunkowo ograniczona, kiedy od absolwenta oczekuje się umiejętności weryfikacji i selekcji informacji, wyboru najlepszych wariantów postępowania czy formułowania wniosków. W takim przypadku najskuteczniejszym sposobem uczenia się jest przebycie pełnego procesu nabywania wiedzy – poznania, odkrywania, przeżywania, sprawdzania w praktyce - i wreszcie – jej przyswojenia (internalizacji) (3). Odpowiedzią na takie potrzeby jest „*problem based learning*” (4), którego etapy przedstawiono na rycinie 1. Należy podkreślić, że w tej metodzie cele danej pracy wyznaczają studenci, a nie prowadzący zajęcia. Przeprowadzenie niektórych tematów tą metodą wymaga co prawda nietradycyjnej organizacji procesu kształcenia, ale jest niezwykle obiecujące i coraz częściej spotykane.

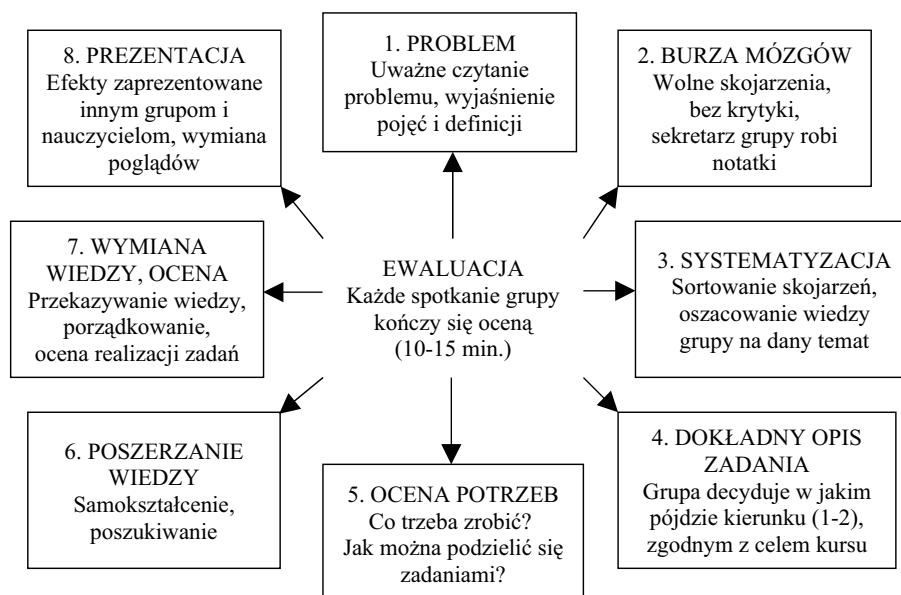
W przeciwieństwie do niemal wszystkich innych polskich standardów kształcenia na studiach wyższych, standardy dla kierunku „zdrowie publiczne” na studiach pierwszego i drugiego stopnia nie podają żadnych efektów kształcenia przy poszczególnych treściach podstawowych i kierunkowych (przedmiotach). Nie wymienia się tam umiejętności, które mają być następstwem ukończenia danego etapu studiów, a więc kompetencji cząstkowych, specyficznych czy też szczegółowych. Jedynym drogowskazem dla dydaktyki jest sekcja II

standardów, czyli „Kwalifikacje absolwenta”, gdzie wymieniono zbiorcze, oczekiwane umiejętności absolwenta studiów pierwszego oraz drugiego stopnia (5). Ważnymi wytycznymi mogą być natomiast zagraniczne katalogi funkcji zdrowia publicznego oraz zestawienia umiejętności pracowników. Inspirujący jest ubiegłoroczny zbiór umiejętności studenta, a nie pracownika, opublikowany przez Stowarzyszenie Szkół Zdrowia Publicznego w Regionie Europejskim (*ASPHER – Association of Schools of Public Health in the European Region*). Wprawdzie jest to lista tymczasowa, która będzie modyfikowana, stanowi jednak wskazówkę dla wszystkich zainteresowanych efektami kształcenia w zakresie zdrowia publicznego. Można też wzorować się na pięciu europejskich programach: *European Master in Public Health*, *European Master Programme in Public Health Nutrition*, *European Masters of Gerontology*, *European Master Programme in Health Promotion*, *European Master of Science in Epidemiology*.

MATERIAŁ I METODY

Celem pracy była analiza porównawcza kwalifikacji absolwenta studiów pierwszego i drugiego stopnia kierunku „zdrowie publiczne” w Polsce ze współczesnymi oczekiwaniami wobec pracowników zdrowia publicznego.

Na wstępie tej pracy dokonano przeglądu: (1) istniejących list podstawowych funkcji zdrowia publicznego sformułowanych w różnych krajach oraz (2) zagranicznych katalogów kluczowych umiejętności pracowników i studentów. Następnie (3) skonfrontowano kwalifikacje absolwentów kierunku „zdrowie publiczne” zapisane w standardach kształcenia z podstawowymi funkcjami



Rycina 1. Cykl uczenia problemowego „*problem based learning*”
Figure 1. Stages in problem based learning (PBL circle)

zdrowia publicznego, zwłaszcza w ujęciu Stanów Zjednoczonych oraz Europejskiego Regionu ŚÓZ. Kwalifikacje absolwentów porównywano głównie z umiejętnościami studentów opisanymi przez *ASPHER*.

WYNIKI

Funkcje zdrowia publicznego

Pionierskie studium na temat funkcji zdrowia publicznego pochodzi z USA z 1988 roku, a zostało dokonane przez *Institutes of Medicine* i opublikowane w książce „*The Future of Public Health*”. W tamtym czasie twierdzono, że zdrowie publiczne ma do spełnienia trzy podstawowe funkcje: szacowanie, tworzenie polityki oraz wykonanie. W 1994 r., pod egidą *US Department of Health and Human Services*, w wyniku współpracy naukowców i praktyków, lista ta została rozwinięta do

10 funkcji (6) (tab. I). Z czasem lista była korygowana, między innymi przez *CDC*, a wśród poprawek znalazł się na przykład podział na funkcje lokalne i rządowe (stanowe) oraz punkt dotyczący reagowania na sytuacje kryzysowe. W 1998 r., przy wykorzystaniu metody Delphi, powstał katalog 9 podstawowych funkcji zdrowia publicznego opracowany przez ŚÓZ (7), który następnie modyfikowano zgodnie z potrzebami różnych Regionów: Europy (8), Zachodniego Pacyfiku (9), oraz Regionu Ameryk (*PAHO/WHO*) (10). Znane są ponadto dwie listy funkcji z Wielkiej Brytanii, obejmujące 10 oraz 9 punktów (11,12). Opracowany w 2000 roku wykaz australijski zawiera 9 rozbudowanych pozycji (13). W Kanadzie nie podjęto co prawda oficjalnych prac nad opracowaniem takiego zestawu, ale ogólnokrajowa grupa robocza od 2003 roku zaleca używanie listy 5-punktowej (14).

Tabela I. Zestawienie podstawowych funkcji zdrowia publicznego wg kraju (organizacji) i roku powstania

Table I. Essentials public health functions according to country (organization)

Kraj/rok	Domeny/obszary/funkcje/świadczania zdrowia publicznego
USA, 1988	(1) szacowanie; (2) tworzenie polityki; (3) wykonanie
USA, 1994	szacowanie - (1) monitorowanie stanu zdrowia; (2) diagnozowanie i badanie problemów zdrowotnych i zagrożeń zdrowia; tworzenie polityki - (3) informowanie, edukowanie, upodmiotowienie ludzi; (4) mobilizowanie do partnerstwa; (5) tworzenie polityk i planów; wykonanie – (6) wzmacnianie prawa i regulacji; (7) łączenie ludzi ze świadczeniami opieki medycznej; (8) zapewnienie kompetentnej kadry ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej; (9) ocenianie efektywności, dostępności i jakości świadczeń; oraz (10) prowadzenie badań naukowych dla innowacji
WHO, Reg. Europy, 2004	domeny: ochrona zdrowia; zapobieganie chorobom; promocja zdrowia świadczania: (1) nadzór i ocena stanu zdrowia; (2) identyfikacja problemów i zagrożeń; (3) ochrona zdrowia (m.in. zdrowie środowiskowe, bezpieczeństwo żywności, zdrowie pracujących); (4) przygotowanie do katastrof, nagłych stanów zagrożenia oraz zarządzanie kryzysowe; (5) zapobieganie chorobom (profilaktyka I i II fazy, m. in. szczepienia i skryning); (6) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; (7) badania naukowe; (8) ocena jakości i dostępności świadczeń; (9) zapewnienie kadry oraz (10) inicjowanie, tworzenie i planowanie polityk
WHO, Reg. Ameryk,	(1) monitorowanie, ocena i analiza stanu zdrowia; (2) nadzór, badanie i kontrola czynników ryzyka i zagrożeń; (3) promocja zdrowia; (4) społeczne uczestnictwo; (5) tworzenie polityk i potencjału instytucji dla planowania i zarządzania; (6) wzmocnienie prawa i potencjału; (7) ocena i promocja równego dostępu do świadczeń; (8) rozwój zasobów ludzkich; (9) zapewnienie jakości świadczeń indywidualnych i populacyjnych; (10) badania naukowe; (11) zmniejszanie wpływu stanów nagłych i katastrof
Wlk. Brytania, Faculty of PublicHealth, 2005	domeny: poprawa zdrowia; poprawa świadczeń; ochrona zdrowia obszary: (1) szacowanie stanu zdrowia i dobrostanu; (2) ocena dowodów efektywności interwencji, programów i usług; (3) tworzenie i wdrożenie polityk i strategii; (4) strategiczne przywództwo i współpraca; (5) poprawa zdrowia; (6) ochrona zdrowia; (7) jakość świadczeń zdrowotnych i społecznych; (8) wywiad zdrowia publicznego; (9) akademickie zdrowie publiczne
Australia, 2000	(1) szacowanie, analiza i komunikowanie potrzeb zdrowotnych i oczekiwań społeczności; (2) zapobieganie i kontrola chorób zakaźnych i niezakaźnych, urazów poprzez eliminację czynników ryzyka, edukację, skryning, szczepienia i inne interwencje; (3) promowanie i wspieranie zdrowego stylu życia i zachowań; (4) promowanie, tworzenie i wspieranie polityki prozdrowotnej, w tym legislacja i działania fiskalne; (5) planowanie, finansowanie, zarządzanie i ocena „zysków” zdrowotnych oraz programy budowania potencjału oraz kształtowanie umiejętności, kompetencji, systemów i infrastruktury; (6) wzmocnienie społeczności oraz budowanie kapitału społecznego; (7) promowanie, tworzenie, wsparcie i inicjowanie działań tworzących bezpieczne i zdrowe środowisko; (8) promowanie, tworzenie, wsparcie zdrowego wzrostu i rozwoju na wszystkich etapach życia; (9) promowanie, tworzenie, wsparcie działań poprawiających stan zdrowia Aborygenów, mieszkańców Wysp Torresa i innych grup podatnych
Europejski Projekt PHETICE, 2008	(1) dostarczanie danych na temat stanu zdrowia; (2) koordynowanie działań międzysektorowych i interdyscyplinarnych; (3) pilnowanie sposobu, w jaki publiczne pieniądze są wydawane na zdrowie; (4) udział w tworzeniu polityk; (5) działania dotyczące najczęstszych przyczyn zgonów i chorób; (6) budowanie społecznej świadomości społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia; (7) wykorzystanie i organizowanie świadczeń ochrony i prewencji, takich jak: kontrola żywności, środowiska, planowanie rodziny, szczepienia; (8) usamodzielnianie (upodmiotowienie) ludzi w kwestiach zdrowia; (9) tworzenie dostępu dla populacji zagrożonych i wykluczonych z systemu zdrowotnego

Istniejące krajowe i regionalne zestawy podstawowych działań z zakresu zdrowia publicznego powstały w wyniku dyskusji oraz porozumienia teoretyków

Tabela II. Obszary biegłości objęte tymczasową listą kompetencji studenta zdrowia publicznego (ASPHER, 2008)

Table II. European public health core competences for public health education (ASPHER, 2008)

Obszar kompetencji	Zagadnienie	Liczba kompetencji	
		praktycznych	teoretycznych
Metody zdrowia publicznego	Epidemiologia: Konceptje podstawowe	-	6
	Typy badań	5	6
	Narzędzia i metody zbierania danych	17	9
	Analiza danych	4	2
	Ewaluacja	10	3
	Nadzór i zdrowie populacji	15	16
	Komunikacja	7	-
	Biostatystyka	21	10
	Metody jakościowe	15	15
	Razem	94	67
Środowisko społeczne a zdrowie		16	22
	Razem	16	22
Środowisko fizyczne, chemiczne i biologiczne a zdrowie	Ryzyko zdrowotne: Szacowanie ryzyka	27	30
	Zarządzanie ryzykiem	12	16
	Komunikowanie ryzyka	5	4
	Razem	44	50
Polityka zdrowotna, organizacja, zarządzanie i ekonomia	Wykorzystanie teorii i modeli	56	51
	Monitoring i ewaluacja	4	-
	Komunikacja i współpraca	22	-
	Zarządzanie	1	-
	Razem	83	51
Promocja zdrowia i zapobieganie chorobom	Determinanty zdrowia i czynniki ryzyka	10	11
	Teorie i zasady promocji zdrowia i prewencji	3	15
	Budowanie strategii, programu, zarządzanie i ewaluacja	32	11
	Komunikacja	8	1
	Razem	53	38
Zagadnienia przekrojowe, w tym budowanie strategii, etyka i inne zagadnienia	Budowanie strategii	17	7
	Filozofia i etyka	10	5
	Analiza piśmiennictwa i ewaluacja	6	2
	Budowanie projektu	5	1
	Wykorzystanie IT	4	1
	Inne	2	2
	Razem	44	18
Ogółem		334	246

i praktyków. Większość z nich podlegała ewolucji. Wszystkie posługują się nieco innymi sformułowaniami, ale w istocie opisują te same dziedziny aktywności. Różnice zdają się dotyczyć szczególnych potrzeb danego kraju-terytorium takich jak np. redukcja skutków katastrof i kataklizmów (region Ameryk). W kilku zestawach do rangi funkcji elementarnych podniesiono problematykę zmniejszania nierówności w zdrowiu, tworzenia dostępu do świadczeń dla grup wykluczonych i etyki postępowania (Wlk. Brytania, projekt *PHETICE*) oraz zdrowia mniejszości narodowych (Australia). *Novum* stanowi funkcja zdefiniowana przez uczestników projektu *PHETICE – Public Health Education and Training in Context of an Enlarging Europe*, dofinansowanego przez Komisję Europejską w ramach programu zdrowia publicznego. Projekt realizowano w latach 2005 – 2008, a jego twórcy uważają, że zdrowie publiczne powinno śledzić, jak publiczne pieniądze są wydatkowane na zdrowie oraz kształtować społeczną (potoczną) świadomość społeczno-ekonomicznych uwarunkowań zdrowia (15). Oryginalna jest funkcja nazwana „wywiadem zdrowia publicznego” (*public health intelligence*), wymieniona w Wlk. Brytanii przez *Faculty of Public Health* (ciało ustalające standardy dla specjalistów zdrowia publicznego), która obejmuje stosowanie metod statystycznych i epidemiologicznych w celu gromadzenia, analizowania oraz interpretowania danych.

Kompetencje pracowników i studentów zdrowia publicznego

Skutkiem określenia podstawowych funkcji zdrowia publicznego było zazwyczaj definiowanie adekwatnych doń kompetencji pracowników. Znane listy, na przykład pionierska, pochodząca z USA z 2001 r. (16,17) oraz opracowana jako ostatnia - brytyjska z 2008 r. (18), są bardzo obszerne. Odmienna w zamyśle i stosunkowo zwięzła jest 12-punktowa lista obejmująca umiejętności etycznego postępowania w zdrowiu publicznym, opracowana w 2004 r. w USA (19).

Szczególnie rozbudowane jest zestawienie *ASPHER*, zamknięte w ubiegłym roku, które definiuje docelowe umiejętności studenta, a nie pracownika (20). Określa dwa poziomy kompetencji – praktyczne oraz teoretyczne (tzw. intelektualne). Pierwszy uściśla wymiary wprawy w działaniu, drugi - problemy i tematy, które student powinien znać oraz rozumieć. Oba rodzaje umiejętności odniesiono do 6 obszarów, które podzielono na odpowiednie podkategorie tematyczne (tab. II). Łącznie katalog ten zawiera 580 umiejętności (334 praktyczne oraz 246 teoretycznych). Największe oczekiwania wobec studentów dotyczą kompetencji badawczych, bowiem w obszarze tym sformułowano 94 umiejętności praktyczne oraz 67 zagadnień do rozpoznania rozumowego.

Porównanie polskich standardów z funkcjami zdrowia publicznego oraz kompetencjami pracowników

Ustalono, że w standardach dla kierunku „zdrowie publiczne”, w których nie wymienia się żadnych częściowych efektów kształcenia, wskazano 9 ogólnych umiejętności absolwenta studiów pierwszego stopnia oraz 14 - drugiego stopnia. Zwraca uwagę, że w przypadku studiów magisterskich umiejętności finalne zostały nazwane „umiejętnościami szczegółowymi”.

Biorąc pod uwagę istniejące zestawy kluczowych umiejętności pracownika zdrowia publicznego, liczby te są nadzwyczaj skromne, tym bardziej, że w programie studiów przewidziano obligatoryjną realizację wielu przedmiotów, które powinny owocować kolejnymi, uogólnionymi sprawnościami.

Porównanie umiejętności absolwentów kierunku „zdrowie publiczne” z podstawowymi funkcjami zdrowia publicznego opisanymi w USA, pomimo wszelkich różnic językowych i znaczeniowych, pozwala na stwier-

Tabela III. Liczba umiejętności polskich absolwentów kierunku „zdrowie publiczne” wg 9 funkcji zdrowia publicznego (USA, 1994)

Table III. Competencies of Polish public health students by essentials public health services (USA, 1994)

Studia pierwszego stopnia		Studia drugiego stopnia	
Rodzaj umiejętności	L.	Rodzaj umiejętności	L.
1. Monitorowanie stanu zdrowia			
Gromadzenie danych o sytuacji zdrowotnej	1	-	-
2. Diagnozowanie i badanie problemów zdrowotnych			
Rozpoznawanie biologicznych i środowiskowych uwarunkowań zdrowia, zbiorowości ludzi. Rozpoznawanie biol., środow., demogr., społ. i psycholog. zagrożeń zdrowia zbiorowości ludzi.	2	Identyfikowanie problemów i zagrożeń zdrowia zbiorowości. Rozpoznawanie wpływu procesów społecznych na zdrowie zbiorowości.	2
Realizowanie kontroli i ocen stanu sanitarno-epid. na szczeblu regionalnym. Komunikowanie wyników ocen jednostkom nadrzędnym.	2	Kontrolowanie i ocena stanu sanitarno-epid. na szczeblu krajowym i regionalnym, organizowanie działań zaradczych.	1
3. Informowanie, edukowanie, upodmiotowienie ludzi			
Wdrażanie i koordynowanie programów oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia.	1	Planowanie, opracowywanie, organizowanie i ewaluowanie programów profilaktycznych i promocji zdrowia.	1
4. Mobilizowanie do partnerstwa			
-	-	Mobilizowanie społeczeństwa do realizacji polityki zdrowotnej państwa.	1
5. Tworzenie polityk i planów			
-	-	Wykorzystanie wiedzy o celach i zadaniach zdrowia publicznego Unii Eur. do wzbogacania programów ochrony i promocji zdrowia.	1
6. Wzmacnianie prawa i regulacji			
-	-	-	-
7. Łączenie ludzi ze świadczeniami			
Realizacja programów profilaktyki, opieki i rehabilitacji psychospołecznej.	1	Organizowanie i zabezpieczanie funkcjonowania struktur usług medycznych w zakresie powszechnego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego w obszarze lecznictwa, rehabilitacji, opieki długoterminowej i opieki społecznej”	1
8. Zapewnienie kompetentnej kadry ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej			
-	-	-	-
9. Ocenianie efektywności, dostępności i jakości usług			
Gromadzenie danych o dotyczących ekonomiki i zarządzania ochroną zdrowia.	1	Prognozowanie i kształtowanie struktury potrzeb zdrowotnych i usług medycznych. Gromadzenie danych i analiza kosztów usług medycznych, rehabilitacji, profilaktyki i promocji zdrowia.	2
Inne umiejętności, w tym zarządzania, nie objęte listą z USA			
-	-	Merytoryczne i organizacyjne kierowanie zespołami ludzkimi. Koordynowanie działań instytucji. Zarządzanie ZOZ i instytucjami zajmującymi się zdrowiem publicznym. Zarządzanie jednostkami Zintegrowanego Systemu Ratownictwa Medycznego i systemu informacji kryzysowej.	4
Korzystanie z fachowego piśmiennictwa obcojęzycznego.	1	Opracowanie ekspertyz, raportów, referatów, publikacji oraz korzystanie z fachowego piśmiennictwa obcojęzycznego.	1
Ogółem	9		14

dzenie, że pakiet rodzimych sprawności nie pokrywa się z pełnym spektrum działań tej dyscypliny (tab. III). Szczególnie ograniczone są kwalifikacje licencjata, od którego nie oczekuje się współdziałania ani w mobilizowaniu partnerstwa na rzecz zdrowia, ani w tworzeniu planów oraz polityk. Ponadto oba standardy – dla licencjata i magistra – nie wskazują, aby absolwenci mogli mieć przygotowanie zawodowe związane ze wzmacnianiem prawa i regulacji oraz zapewnianiem kompetentnej kadry ochrony zdrowia i opieki.

Licencjat powinien wykazać się szczególną biegłością w sferze diagnozowania i badania problemów zdrowotnych. Strefa ta została rozbudowana do 4 spośród 9 umiejętności, przy czym wszystkie są blisko spokrewnione. Można zatem odnotować rozróżnienie rozpoznawania „uwarunkowań” oraz „zagrożeń” zdrowia, co nie jest przekonujące, oraz silne akcentowanie czynności kontrolnych w służbie sanitarno-epidemiologicznej, chociaż działania te są zasadniczo elementem pierwszego zagadnienia – rozpoznawania uwarunkowań i (lub) zagrożeń zdrowia. Co ciekawe jednak, studia licencjackie obejmują niewielki zakres treści dotyczących prowadzenia badań i oferują tylko „Definicje i podstawowe pojęcia rachunku prawdopodobieństwa; statystykę opisową i matematyczną; modele statystyczne w badaniach biostatystycznych” (treści biostatystyki) oraz „Epidemiologiczne badania opisowe, analityczne i eksperymentalne” (epidemiologia). Metodologia badań, niestety bez badań społecznych, obowiązuje dopiero na drugim poziomie studiów.

Wśród spodziewanych efektów studiów magisterskich, na plan pierwszy wysuwają się natomiast biegłości związane z zarządzaniem (4 spośród 14 sprawności), głównie - ludźmi, instytucjami i zakładami opieki zdrowotnej (3 spośród 4 sprawności).

Porównanie standardów z funkcjami zdrowia publicznego aprobowanymi przez Region Europejski ŚOZ ujawnia kolejne dysproporcje. Widoczne jest pominięcie umiejętności dotyczących ochrony zdrowia, odpowiedniego reagowania w czasie katastrof oraz (jak powyżej) rozwoju kadry i tworzenia polityk. Trudno też odnaleźć pełną zgodność z funkcjami zdrowia publicznego opisywanymi w Polsce (21).

Opisane w polskich standardach umiejętności mają ogólny, syntetyczny charakter i nie można ich oceniać w kontekście umiejętności szczegółowych, opisywanych w poszczególnych krajach-regionach. Dla przykładu, zgodnie z ASPHER, student powinien m.in. umieć „krytycznie ocenić narzędzia i metody zbierania danych epidemiologicznych” czy też „zarządzać zasobami, planować budżet, pisać wnioski aplikacyjne”. Magister zdrowia publicznego w Polsce powinien zaś posiadać umiejętności „identyfikowania i prognozowania zagrożeń i problemów zdrowotnych określonej zbiorowości” oraz „organizowania i zabezpieczania funkcjonowania

struktur usług medycznych w zakresie powszechnego i prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego i społecznego w obszarze leczenia, rehabilitacji, opieki długoterminowej i opieki społecznej”. Sformułowania te odpowiadają zatem zadaniom zdrowia publicznego. Niektóre z oczekiwanych umiejętności absolwenta są na pograniczu funkcji i umiejętności (np. zarządzanie zasobami ludzkimi) albo skłaniają się ku tym drugim (korzystanie z fachowego piśmiennictwa).

DYSKUSJA

Pomimo, że fundamentalne przesłanie zdrowia publicznego jest jasno określone, istnieje wiele podejść zarówno do podstawowych funkcji tej dyscypliny, jak do kompetencji pracowników. Różnorodność jest jednak pozorna i potwierdza uniwersalne wartości oraz sposoby działania zdrowia publicznego. Trudno zatem oprzeć się wrażeniu, że przy opracowywaniu polskich standardów kształcenia dla kierunku „zdrowie publiczne” zapomniano o doświadczeniach i osiągnięciach innych społeczeństw. Z wszelką pewnością można z nich skorzystać obecnie, kiedy mamy do wglądu więcej nowych opracowań.

Twórcy standardów odstępili od formułowania kompetencji cząstkowych. Brak wskazówek na temat efektów kształcenia przy poszczególnych treściach podstawowych i kierunkowych (przedmiotach) stanowi zasadnicze ograniczenie i wyzwanie dla wszystkich *stakeholders* (w języku biznesowym „interesariuszy”), czyli osób zaangażowanych w proces nauczania – uczenia się. Jest kłopotliwe dla nauczycieli akademickich i egzaminatorów, bowiem nie dostali jasnych wytycznych, do czego ma prowadzić ich wysiłek. Nie do godne - dla organów zajmujących się wewnętrzną i zewnętrzną oceną jakości kształcenia, ponieważ nie wyznaczono im docelowego punktu odniesienia. Uciążliwe - dla analityków i reformatorów kształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego, ponieważ brakuje im wskaźników do badań porównawczych, poszukiwania podobieństw i różnic w wymiarze krajowym oraz międzynarodowym. Ale przede wszystkim jest nie *fair* wobec studentów, ponieważ nie mogą dowiedzieć się, co powinni umieć, aby rzetelnie wykonywać swój zawód, a także planować karierę zawodową. Nakłada to ogromną odpowiedzialność na nauczycieli akademickich, którzy powinni samodzielnie, i nowocześnie zarazem, interpretować zawartość standardów. Wsparciem dla nich może być proces tzw. „współuczucia” (*co-teaching*), który polega na dyskusjach z kolegami tej samej profesji (tzw. *Critical Friend*), refleksyjnej wymianie poglądów i doświadczeń, a także poszukiwaniu rozstrzygnięć różnych wątpliwości (22).

Chociaż w standardach zdefiniowano pewne umiejętności, nazwane - niestety - szczegółowymi, to odpowiadają one kompleksowym funkcjom zdrowia publicznego, ponieważ częściej nawiązują do docelowych efektów pracy, a nie jej składowych i procesów, które przynoszą dane efekty. Bliżej im do katalogu podstawowych funkcji, czy też świadczeń zdrowia publicznego, niż rejestru sprawności, które umożliwiają spełnienie takich funkcji, aczkolwiek i ta perspektywa nie jest wewnętrznym spójna. Takie „funkcjonalne” podejście do kompetencji byłoby możliwe do zaakceptowania, gdyby nie fakt, że kwalifikacje absolwentów nie obejmują pełnego spektrum działań w dziedzinie zdrowia publicznego. Jedynym wytłumaczeniem takich braków może być wstępne założenie twórców, że ani licencjat, ani magister nie mogą mieć wszystkiego i powinni zdobywać kolejne stopnie wtajemniczenia (np. na studiach trzeciego stopnia - doktoranckich). Rodzi się jednak pytanie - dlaczego w takim razie absolwent studiów magisterskich „jest przygotowany do pełnienia roli eksperta, doradcy lub konsultanta w: jednostkach rządowych i samorządowych wszystkich szczebli (...)”, co deklaruje standard. W niektórych przypadkach trudno jest znaleźć logiczny związek między spodziewanymi umiejętnościami, a treściami, które wprowadzono na studiach (*vide* – diagnozowanie problemów zdrowotnych przez licencjata). Poza tym, w przypadku studiów magisterskich, zbyt silny akcent położono na docelowe umiejętności kierowania zespołami ludzkimi, koordynowania prac instytucji i zarządzania placówkami. Poddaje to myśl, że głównym zamiarem twórców standardów było kształcenie menedżerów służby zdrowia. Taki profil zawodowy kłóci się jednak z kluczowymi i uznawanymi powszechnie funkcjami zdrowia publicznego. Jakkolwiek w niektórych zestawach funkcji pojawia się zagadnienie zarządzania, występuje w kontekście strategicznego zarządzania systemem zdrowotnym i(lub) zarządzania sytuacjami kryzysowymi. Warto tu przypomnieć, że w Polsce nie podjęto oficjalnych prac nad ustaleniem listy funkcji i kompetencji w zdrowiu publicznym. Nie ma w tej kwestii zgodności, istnieje zaś obawa, że bezplanowo stworzymy rdzennie polską, endemiczną, formę zdrowia publicznego.

WNIOSKI

Wszystkie wspomniane niedostatki mogą mieć konsekwencje doraźne - dotyczące maestrii pracowników oraz przebiegu ich kariery zawodowej. Mogą być jednak początkiem łańcucha niekorzystnych zjawisk, bardziej odległych w czasie, takich jak niska efektywność sektora zdrowia publicznego i – w końcu – jego

niewielkiego lub żadnego wpływu na stan zdrowia oraz jakość życia populacji polskiej.

Przeciwdziałanie tym zjawiskom bezwarunkowo wymaga ulepszenia standardów kształcenia dla kierunku „zdrowie publiczne”, a przede wszystkim sformułowania oczekiwanych szczegółowych umiejętności studentów. Korzystna byłaby również modyfikacja kwalifikacji ogólnych. Konsekwentnie - celowa byłaby zmiana niektórych treści kształcenia. Wszystko to byłoby możliwe po osiągnięciu wstępnego porozumienia wokół krajowych funkcji zdrowia publicznego oraz adekwatnych kwalifikacji pracownika. Wymaga to jednak czasu i szerokiej współpracy, potrzebne są procedury i zmiany prawa.

Przed wszystkim jednak wskazane jest rozwijanie aktywizujących metod nauczania – uczenia się zdrowia publicznego. Metodyka ma tu newralgiczne znaczenie. Nawet najlepsze standardy nie są w stanie zapewnić właściwej metodyki, ale metodyka - jeśli nowoczesna - może efektywnie wypełniać luki standardów. Dlatego tak istotne jest wspieranie i wzmacnianie, różnymi metodami, kadry akademickiej oraz instytutów naukowych, których pracownicy kształcą na kierunku „zdrowie publiczne”.

PIŚMIENNICTWO

1. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Informacja ogólna o procesie bolońskim. http://www.nauka.gov.pl/mn/index.jsp?place=Menu06&news_cat_id=953&layout=2
2. Thorsson I, Weurlander M. Formulating Learning Outcomes. Karolinska Institutet Revised September 2007. W: PHETICE. Public Health Education and Training in the Context of an Enlarging Europe. A resource pack for more effective, comparable and mobile public health workforce across Europe (płyta): E:\PDFs\Pedagogical-Strategies\Formulating_Learning_Outcomes.pdf
3. Wasyluk J. Cele, metody i ocena wyników kształcenia dorosłych. W: Miller M., Cianciara D. Metodyka pracy w oświacie zdrowotnej i promocji zdrowia. Zbiór materiałów szkoleniowych dla pracowników oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia. Państwowy Zakład Higieny, Zakład Promocji Zdrowia, Warszawa 1999; 305-315.
4. Fosse E. Problem Based Learning as Practiced in the International Masters' Programme in Health Promotion at the University of Bergen, Norway. Prepared for PHETICE Project, March 2007. W: PHETICE. Public Health Education and Training in the Context of an Enlarging Europe. A resource pack for more effective, comparable and mobile public health workforce across Europe (płyta): E:\PDFs\PedagogicalStrategies\Toolkit_for_Participants_with_Readings.pdf
5. Standardy kształcenia dla kierunku: Zdrowie publiczne (poz.117) http://www.bip.nauka.gov.pl/_gAlley/24/34/2434/117_zdrowie_publiczne.pdf

6. The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century. A Report of the Public Health Functions Project. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. <http://www.health.gov/phfunctions/publichealth.pdf>
7. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential Public Health Functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q* 1998;51(1):44-54.
8. WHO, Regional Office for Europe. Public health services. Public health domains and functions. http://www.euro.who.int/publichealth/20070319_4
9. Essential Public Health Functions. A three-country study in the Western Pacific Region . World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific, 2003 s. 35-40 http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/7472FD5D-BBD0-4640-8EB8-3EAC8A2276B9/0/Essential_public_health_functions.pdf
10. Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO) The Essential Public Health Functions as a Strategy for Improving Overall Health Systems Performance: Trends and Challenges since the Public Health in the Americas Initiative, 2000-2007 http://www.paho.org/english/DPM/SHD/HR/EPHF_2000-2007.pdf
11. Department of Health, NHS http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_5175208
12. The Faculty of Public Health https://www.fph.org.uk/about_faculty/what_public_health/9key_areas.asp
13. National Public Health Partnership (NPHP) (2000) *Public Health Practice in Australia today: A statement of core functions*. Melbourne: National Public Health Partnership. p. 2. <http://www.nphp.gov.au/workprog/phi/index.htm>
14. Institute of Population and Public Health. The Future of Public Health in Canada: Developing a Public Health System for the 21st Century, June 2003. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/19573.html>
15. PHETICE. Public Health Training In The Context Of An Enlarging Europe. A guide towards a more effective, comparable and mobile workforce across Europe. Str.14 http://www.phetice.org/docs/phetice_guide.pdf
16. Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals, 2001 http://www.trainingfinder.org/competencies/list_ephs.htm#1
17. Cianciara D, Kompetencje pracowników zdrowia publicznego w Polsce - aktualne wyzwania. *Probl Hig Epidemiol* 2007; 2: 121-7.
18. Public Health Resource Unit, NHS. Public Health Skills and Career Framework. April 2008 http://www.phru.nhs.uk/Pages/PHD/public_health_career_framework.htm
19. Thomas J. Skills for the Ethical Practice of Public Health. Public Health Leadership Society. 2004 <http://209.9.235.208/CMSuploads/EthicalPracticePublicHealth-40199.pdf>
20. ASPHER. Provisional List of Public Health Core Competencies. European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for PH Education, EPHCC Phase 2 Report, October 2008. <http://www.aspher.org/media/pdf/asphercompetenciesprogrammephase2report.pdf>
21. Leowski J, Miller M. Miejsce i rola zdrowia publicznego w systemie ochrony zdrowia w Polsce. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2004; 2: 14-21.
22. Crow J, Smith L. Co-teaching in higher education: reflective conversation on shared experience as continued professional development for lecturers and health and social care students. *Reflective Practice. Vol. 6, No. 4, November 2005, pp. 491-506*. W: PHETICE. Public Health Education and Training in the Context of an Enlarging Europe. A resource pack for more effective, comparable and mobile public health workforce across Europe (płyta): E:\PDFs\PedagogicalStrategies\Toolkit_for_Participants_with_Readings.pdf

Otrzymano: 20.02.2009

Zakwalifikowano do druku: 25.03.2009

Adres do korespondencji

Doc. dr hab. Dorota Cianciara

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy

Zakład Higieny

Ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

e-mail: dcianciara@pzh.gov.pl