

Andrzej Boczkowski

STUDIA PODYPLOMOWE W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO: PROBLEMY OCENY SKUTECZNOŚCI*

POSTGRADUATE STUDIES IN PUBLIC HEALTH: THE PROBLEM OF EFFICIENCY EVALUATION

Z Pracowni Analiz Jakości Kształcenia

Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Kierownik pracowni: dr A. Boczkowski

STRESZCZENIE Zadowolenie klienta jest główną miarą i najważniejszym, powszechnie uznawanym, kryterium oceny jakości wyrobów i usług. W wypadku kształcenia, w szczególności podyplomowego, jakość rozumiana jest na ogół jako skuteczność, a więc stopień w jakim osiągane są cele edukacyjne placówki kształcącej, sformułowane uprzednio na podstawie analizy zapotrzebowań i oczekiwań klienta (klientów). W pierwszej części artykułu omówione są problemy związane z ustaleniem, kto w istocie jest klientem placówki kształcącej w trybie podyplomowym w zakresie zdrowia publicznego; przedstawiona jest propozycja pewnych rozstrzygnięć w tym względzie; wskazane są główne kierunki działań ewaluacyjnych, jakie powinny być podejmowane w ramach monitorowania i oceny skuteczności kształcenia w tym trybie i zakresie.

W latach 1998–2002 gromadzone były – za pomocą specjalnie opracowanych kwestionariuszy ewaluacyjnych – dokonywane przez słuchaczy oceny programów kształcenia, treści zajęć i osób prowadzących zajęcia w ramach studium podyplomowego w Szkole Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy (IMP). Przeprowadzane były także badania nad samooceną nabytych kompetencji. Procedurom ewaluacyjnym poddani zostali wszyscy słuchacze kończący w tych latach studia. Dane zgromadzone w ten sposób poddano zbiorczej analizie porównawczej, w rezultacie której:

- określony został stopień, w jakim ujmowane całościowo programy kształcenia realizowane w badanym okresie powodowały odczuwany przez słuchaczy przyrost poszczególnych rodzajów kompetencji profesjonalnych,

- wskazane zostały elementy programu (przedmioty) w określonym liczbowo stopniu, wpływające na całokształt wiedzy i umiejętności zawodowych słuchaczy oraz na nabywanie (rozwijanie) poszczególnych rodzajów ich kompetencji profesjonalnych,

- określona została postrzegana przez słuchaczy jakość merytoryczna poszczególnych elementów programowych oraz jakość pracy dydaktycznej osób prowadzących zajęcia.

Rezultaty badań przyniosły informacje użyteczne w procesie konstruowania i modyfikacji programów kształcenia oraz w realizacji procesu dydaktycznego. Med. Pr. 2003; 54 (3): 251–262

SŁOWA KLUCZOWE: zdrowie publiczne, kształcenie podyplomowe, ocena skuteczności kształcenia, zadowolenie klienta placówki kształcącej

ABSTRACT The satisfaction of customer is the main measure and the most important, generally recognized criterion for evaluating the quality of products and services. In the case of education and training, the quality is frequently understood as effectiveness, i.e., the degree to what educational objectives of a training institution are met; the objectives previously formulated on the basis of analyzed and defined demands and expectations of customers (clients). In the first part of the paper: (1) the problems related to the question who in fact is the customer in the context of an institution providing education in public health are discussed; (2) a proposal for resolving these problems is presented; and (3) the main directions of evaluation activities, which should be undertaken under monitoring and effectiveness assessment of postgraduate training in public health are pointed out.

In the years 1998–2002, the students' assessment data on educational programs, curriculum contents and subject teachers in the field of postgraduate studies in the School of Public Health, Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, were collected with the help of specially-designed evaluation questionnaires. The data on the students' self-assessment of gained professional competencies were also collected. All students who completed the School of Public Health in these years were subjected to the evaluation inquiries. The data collected were analyzed. Due to the analysis it was possible to define:

- the quality of the curriculum contents, as well as the professional and didactic skills of the teaching staff as perceived by the students;
- the degree to what particular curriculum in public health contributed to the increase in professional competence as perceived by the students;
- the degree to what particular teaching subjects influenced the students' knowledge of and skills in Public Health.

The results obtained provided information very useful in the teaching process, designing of educational programs and their modification. Med Pr 2003; 54 (3): 251–262

KEY WORDS: public health, postgraduate training, effectiveness of postgraduate training assessment, satisfaction of the training institution customer

Nadesłano: 16.12.2002

Zatwierdzono: 5.05.2003

Adres autora: Św. Teresy 8, 90-950 Łódź, e-mail: abocz@imp.lodz.pl

ZADOWOLENIE „KLIENTA” JAKO KRYTERIUM SKUTECZNOŚCI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Zgodnie z ogólnymi wytycznymi ISO 9000 najistotniejszą miarą jakości, w tym również jakości kształcenia, jest zadowolenie klienta danej organizacji czy instytucji (1,2). O ile jednak w przypadku organizacji produkcyjnych, usługowych (w tradycyjnym, węższym sensie) czy administracyjnych zadowolenie klienta jest kryterium jasnym i dającym się stosunkowo łatwo zoperacjonalizować w postaci niebudzących wątpliwości wskaźników, o tyle w przypadku instytucji czy

placówek kształcących, zwłaszcza w trybie podyplomowym, sprawa jest bardziej skomplikowana, bowiem pojawia się zasadnicza trudność w precyzyjnym i jednoznacznym ustaleniu, kto jest klientem tych instytucji. W teoretycznej refleksji nad problematyką jakości kształcenia z trudności tej zdawało sobie sprawę od dawna, traktując ją zresztą jako jeden z elementów dywagacji akademickich i przechodząc nad nimi do porządku dziennego (3). Dopiero potrzeba, a nawet – w sensie biurokratyczno-administracyjnym – konieczność podporządkowania przedsięwzięć związanych z zapewnianiem i oceną jakości kształcenia wymogom instytucji certyfikujących i akredytujących, funkcjonujących na podstawie norm ustanowionych przez International Organization for Standardisation (ISO), spowodowała, że kwestia klienta in-

* Praca wykonana w ramach zadania finansowanego z dotacji na działalność statutową nr IMP 4.6 „Opracowanie i wdrożenie systemu zarządzania jakością kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy”. Kierownik zadania: dr n. hum. A. Boczkowski.



stytucji (placówki) kształcącej staje się istotną kwestią praktyczną. Kto jest właściwym klientem takiej placówki? Czyżby zadowolenie miało być kryterium jakości kształcenia? Jeśli przyjąć, że klient jest to osoba bądź instytucja posiadająca określone oczekiwania pod adresem placówki kształcącej, korzystająca z jej usług i w wyniku tego zaspokajająca te oczekiwania oraz stojące za nimi określone potrzeby i/lub uzyskująca określone dobra (korzyści), co powoduje stan zadowolenia czy usatysfakcjonowania* – wówczas w polu widzenia pojawia się pewna liczba podmiotów, z których każdy można przyporządkować temu określeniu. Jest to więc, po pierwsze, osoba, która kształci się w danej placówce (uczeń, student, a w przypadku kształcenia podyplomowego – słuchacz). Jednakże jej zadowolenie nie może być jedynym kryterium jakości kształcenia, choćby ze względu na różnorodność przyczyn podejmowania kształcenia i subiektywnych celów, jakie się z tym wiążą. Nie ulega na przykład wątpliwości, że niektórzy słuchacze studiów czy kursów podyplomowych najbardziej zadowoleni byłiby wówczas, gdyby nie kierowało się pod ich adresem specjalnych wymagań, nie żądało zdawania egzaminów, zaliczania poszczególnych przedmiotów itp., zaś na zakończenie cyklu kształcenia wręczałoby się im bez żadnych dodatkowych przeszkód dyplom czy świadectwo ukończenia studiów (kursu). Tym niemniej w niektórych opracowaniach dotyczących np. certyfikacji systemów zarządzania jakością kształcenia w szkolnictwie wyższym oraz w samych przedsięwzięciach certyfikacyjnych utożsamia się klienta ze studentem (4). Jest to jednak podejście zbyt uproszczone i nadmiernie konwencjonalne – wygodne w biurokratycznej praktyce procesów certyfikacyjnych, lecz mające niewiele wspólnego z rzeczywistością edukacyjną i jej wielorakimi uwarunkowaniami.

Po drugie, za klienta placówki kształcącej w trybie podyplomowym można uważać pracodawcę (szerzej – instytucję zatrudniającą) słuchacza. Niezależnie od trudności operacyjnego określenia, czym jest i jak się przejawia zadowolenie takiego podmiotu, on również nie może być uznany za właściwego klienta placówki kształcącej, m.in. dlatego, że cele pracodawcy nie zawsze są tożsame z celami słuchacza, a także dlatego, iż kierując się niekiedy specyficznym rozumianym własnym interesem pracodawca nie jest zainteresowany dokształcaniem swoich pracowników, bądź wręcz jest temu przeciwny, mimo istniejących uregulowań prawnych zalecających mu w tym względzie postawę sprzyjającą (5).

Po trzecie, pełnoprawnym – w myśl powyższej definicji – klientem placówki kształcenia podyplomowego może być określone środowisko zawodowe, którego reprezentant po-

dejmuje naukę w takiej placówce. Jest tak przy założeniu, że takie środowisko rzeczywiście istnieje i jest zdolne w określonych okolicznościach do artikulacji swoich oczekiwań związanych z podnoszeniem kwalifikacji należących do niego osób oraz do odczuwania w jakikolwiek sposób satysfakcji, jeśli oczekiwania te zostają zaspokojone. Jednak założenie to bynajmniej nie zawsze jest spełnione, a to co określa się jako środowisko zawodowe staje się niejednokrotnie polem rywalizacji, w której jednym z narzędzi może być dyplom, czy świadectwo ukończenia studiów podyplomowych.

Po czwarte, za klienta placówki kształcenia podyplomowego można uważać cały sektor, na potrzeby którego, przynajmniej w założeniu, pracuje dana placówka. W przypadku placówki kształcącej w zakresie zdrowia publicznego byłby to ogólnokrajowy system zdrowia. Wielkość i złożoność strukturalna i funkcjonalna tego podmiotu powoduje jednak, że empiryczne wskaźniki „satysfakcji systemu” jako kryterium jakości kształcenia w zakresie zdrowia publicznego są trudne do określenia i zmierzenia. W rzeczywistości ich rolę przejmują oceny i opinie formułowane najczęściej według doraźnych zapotrzebowań administracyjno-politycznych. Niemniej jednak można wyobrazić sobie próbę zoperacjonalizowania „satysfakcji systemu” w postaci zespołu wskaźników, odnoszących się do powiększenia jego sprawności (zwłaszcza sprawności tej części systemu zdrowia, którą określa się jako zasoby ludzkie) w wyniku, na przykład, podejmowania studiów podyplomowych, czy uczestnictwa w innych formach kształcenia podyplomowego przez osoby funkcjonujące w systemie.

Po piąte wreszcie, klientem placówki kształcenia podyplomowego (w szczególności – w zakresie zdrowia publicznego) jest społeczeństwo reprezentowane przez rozmaite instytucje, tradycje, kulturę jako całość i jej poszczególne cechy czy elementy. Pozytywne reakcje, czy odczucia wywołane udziałem konkretnych osób czy grup w kształceniu (w szczególności – podyplomowym) są najtrudniejsze do empirycznego uchwycenia ze względu na zakres ewentualnej penetracji ewaluacyjnej oraz rozciągnięcie w czasie ogólnospołecznych efektów procesów edukacyjnych.

Wszystko to, co zostało dotąd powiedziane, skłania do przyjęcia nieco innego, rozszerzonego i bardziej skomplikowanego (a przez to bardziej odpowiadającego rzeczywistości) punktu widzenia na to, co jest głównym kryterium oceny jakości kształcenia, w szczególności zaś kształcenia w zakresie zdrowia publicznego. Ilustrację owej, jak się zdaje – niezbędnej, zmiany przedstawiono na ryc. 1.

Zadowolenie, czy jak ostatnio przyjęło się mówić i pisać, satysfakcja konkretnego, dość dokładnie określonego klienta, wystarczające kryterium w przypadku wytwarzania produktów i świadczenia usług o charakterze bytowym, nie jest kryterium wystarczającym w przypadku świadczeń edukacyjnych, z czego zdają sobie sprawę badacze zainteresowani rzeczywistą problematyką jakości kształcenia, nie zaś tylko formalną certyfikacją systemów jakości (6). Zwłaszcza w przypadku kształcenia w zakresie zdrowia publicznego

* Na uwagę zasługuje rozróżnienie i wzajemna relacja między pojęciem klienta i pojęciem beneficjenta (kwestia szczególnie istotna w sytuacji, gdy z lepszego wykształcenia, większej wiedzy, nowych umiejętności, prawidłowo ukształtowanych postaw itp. korzyści odnosi nie tylko osoba kształcąca się, ale również inne osoby czy grupy społeczne). Sytuacja taka występuje w wielu podsystemach społecznych, m.in. w systemie zdrowia. Problematyka owego rozróżnienia zasługuje na odrębne, szersze i pogłębione omówienie, zwłaszcza w kontekście dominacji na rynku świadczeń edukacyjnych, sformalizowanych norm i zasad zapewniania i oceny jakości kształcenia, zalecanych przez oficjalne instytucje certyfikujące i akredytujące.





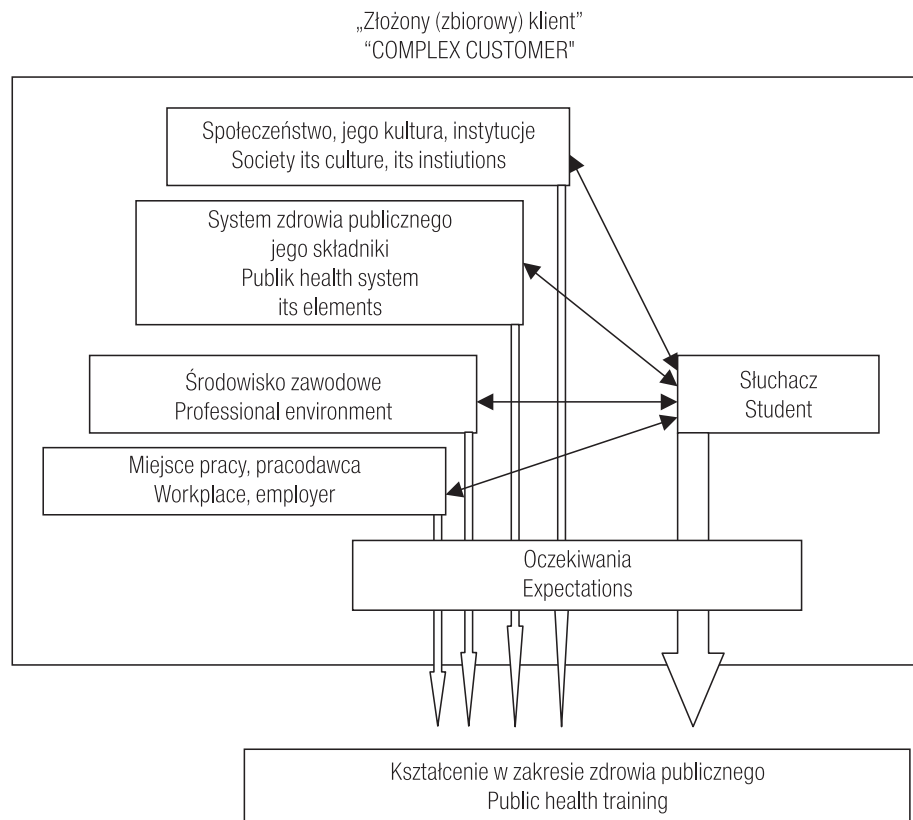
Ryc. 1. Praktyczny sens pojęcia jakości kształcenia.

Fig. 1. The practical sense of the notion of training quality.

jako kryterium jakości przyjmować trzeba spełnienie oczekiwań złożonego (zbiorczego) klienta, którego „parametry” muszą być dopiero ustalane w drodze żmudnych analiz, uwzględniających wiele uwarunkowań społecznych – kulturowych, administracyjnych, politycznych, ekonomicznych itd. Bowiem każdy z wymienionych wyżej składników „kom-

pleksowego klienta” systemu edukacyjnego (w szczególności placówek kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia publicznego) jest podmiotem formułującym – bezpośrednio bądź pośrednio – określone oczekiwania, a więc i określone wymagania pod jego adresem. Oczekiwania różnych podmiotów – elementów „kompleksowego klienta” są niekiedy wspólne czy zbieżne, ale często bardzo różnią się między sobą. Co więcej, w mniej lub bardziej uświadamiany sposób wiele z tych oczekiwań zbiega się, kumuluje i ulega pewnym modyfikacjom w świadomości osób bezpośrednio uczestniczących w procesie kształcenia podyplomowego i oddziałuje zwrótnie na pozostałe elementy „kompleksowego klienta” oraz znajduje swój wyraz w oczekiwaniach formułowanych właśnie przez te osoby pod adresem placówek kształcących. W ten sposób słuchacz, poprzez swoje reakcje, swoje zadowolenie, które może być operacjonalizowane w badaniach ewaluacyjnych na różne sposoby, staje się głównym medium, poprzez które można próbować ocenić jakość kształcenia. Schematyczna ilustracja tych złożonych procesów i zjawisk przedstawiona jest na ryc. 2.

Jakość, a więc i jakość kształcenia może być różnie pojmowana i znajduje to swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu (7,8,9,10). W niniejszym opracowaniu i w praktyce ewaluacyjnej, dotyczącej kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi jakość kształcenia ujmujemy jako jego skuteczność, czyli stopień w jakim



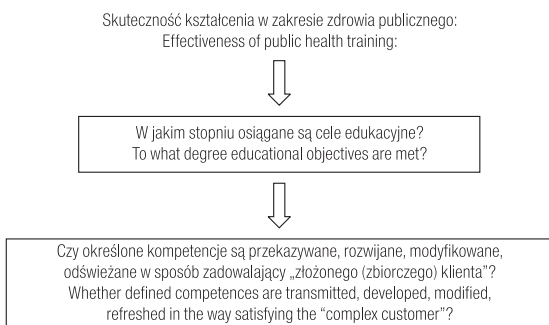
Ryc. 2. Praktyczny sens pojęcia „złożonego (zbiorowego) klienta” placówki kształcenia podyplomowego.

Fig. 2. A practical meaning of the term “complex customer” of the postgraduate training institution.

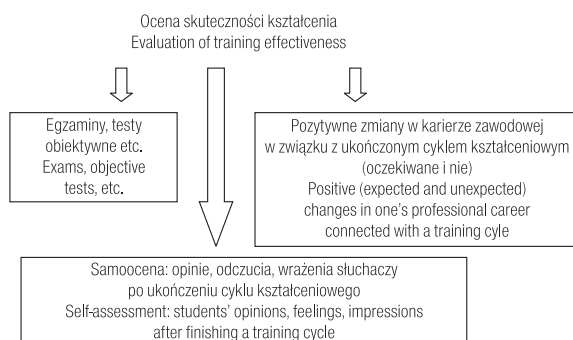
osiągane są cele edukacyjne placówki kształcącej w trybie podyplomowym, sformułowane uprzednio na podstawie analizy zapotrzebowań i oczekiwań „kompleksowego klienta”. W szczególności chodzi o to, czy określone kompetencje profesjonalne są przekazywane, rozwijane, modyfikowane i odświeżane w sposób zadowalający „kompleksowego klienta” systemu kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego (ryc. 3).

Ocena tak rozumianej skuteczności kształcenia może być dokonywana w trzech komplementarnych wymiarach, czy aspektach – tak jak to jest ukazane na ryc. 4. Po pierwsze, poprzez sprawdzanie, na ile świadomość osób poddanych procesowi edukacyjnemu uległa pożądanym (zgodnym z celami edukacyjnymi) zmianom w wyniku tego procesu. Po drugie, w drodze analizy pozytywnych (znowu – zgodnych z celami edukacyjnymi) zmian w przebiegu kariery zawodowej osób kształconych, przy czym chodzi oczywiście o wyodrębnienie i identyfikację tych zmian – oczekiwanych i nieoczekiwanych, które mają swoje źródło w ukończonym przez daną osobę cyklu kształceniowym, bądź są z nim chociaż pośrednio powiązane przyczynowo. Po trzecie, ocena skuteczności kształcenia może być dokonywana przy wykorzystaniu ocen, odczuć i opinii słuchaczy, formułowanych po ukończeniu cyklu kształceniowego.

Dalsza część artykułu dotyczyć będzie metod i rezultatów oceny skuteczności kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego w trzecim z wymienionych wyżej wymiarów czy aspektów.



Ryc. 3. Określenie skuteczności kształcenia.
Fig. 3. Definition of training effectiveness.



Ryc. 4. Trzy sposoby oceny skuteczności kształcenia podyplomowego.
Fig. 4. Three ways to evaluate postgraduate training effectiveness.

MATERIAŁ I METODY

Stosowana w praktyce ewaluacyjnej, dotyczącej działalności edukacyjnej IMP procedura oceny skuteczności kształcenia podyplomowego składa się z dwóch części: (1) oceny procesu edukacyjnego, (2) samooceny kompetencji profesjonalnych. Obie części tej procedury realizowane są za pomocą specjalnych kwestionariuszy wypełnianych przez słuchaczy, kończących studia podyplomowe oraz kursy specjalizacyjne i inne cykle kształceniowe w IMP – w miarę możliwości w trybie ankiety audytoryjnej. Wyniki stosowania procedury ewaluacyjnej wykorzystywane są na bieżąco w procesie modyfikacji i doskonalenia procesu kształceniowego oraz w szerszej skali, jako dane umożliwiające monitorowanie działalności kształceniowej, w tym wielostronną analizę struktury i dynamiki składających się na nią procesów.

Ocena procesu edukacyjnego składa się z trzech elementów. Po pierwsze, badany jest – w najogólniejszym, odnoszącym się do całości studiów ujęciu – stopień odczuwanego przez słuchaczy spełnienia przez ukończone właśnie studia podyplomowe oczekiwań, jakie mieli podejmując je przed dwoma laty bądź przed rokiem*. Po drugie, słuchacze oceniają szczegółowo zawartość merytoryczną poszczególnych przedmiotów, zaś po trzecie – dokonują oceny umiejętności dydaktycznych poszczególnych osób prowadzących zajęcia.

Na samoocenę kompetencji profesjonalnych składają się dwa elementy: (1) dokonywane przez słuchaczy porównanie stanu własnych kompetencji profesjonalnych określonego rodzaju przed podjęciem studiów i po ich ukończeniu, (2) ocena udziału poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (doskonaleniu) określonych kompetencji profesjonalnych.

Procedura oceny skuteczności została zastosowana w Szkole Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi na kierunku Zdrowie Publiczne, jak dotąd, trzykrotnie: po dwóch 2-letnich cyklach kształcenia podyplomowego – w czerwcu 1998 r. („rocznik 1998”) i w maju 1999 r. („rocznik 1999”) oraz po rocznym cyklu kształceniowym w czerwcu 2002 r. („rocznik 2002”). W dalszym ciągu artykułu przedstawione będą rezultaty badań ewaluacyjnych z zastosowaniem tej procedury oraz wstępna ocena jej roli i znaczenia w praktyce kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia publicznego.

WYNIKI

Na początku oceny procesu edukacyjnego (stanowiącej pierwszą część procedury ewaluacyjnej) słuchacze kończący studia podyplomowe odpowiadali na pytanie:

„Podejmując studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne miał(a) P. na pewno jakieś **oczekiwania** – przede wszystkim związane z poszerzeniem swojej wiedzy i umiejętności w zakresie zdrowia publicznego, ale także dotyczące

* Studia podyplomowe w Szkole Zdrowia Publicznego IMP na kierunku Zdrowie Publiczne do 1999 r. trwały dwa lata, zaś od 1999 r. do chwili obecnej realizowane są – przejściowo – w trybie rocznym (wg skróconego programu).



osób prowadzących zajęcia, samej organizacji zajęć, strony socjalno-bytowej i ogólnej atmosfery.

Czy studia, oceniane jako całość, spełniły P. oczekiwania pod tymi względami?"

Każdy z wymienionych w pytaniu aspektów czy zakresów procesu kształcenia oceniany był przez respondentów odrębnie w specjalnie przygotowanej tabeli, przy wykorzystaniu następującej skali ocen: zdecydowanie tak (ocena bardzo dobra, 5 pkt.); raczej tak (ocena dobra, 4 pkt.); częściowo tak, częściowo nie (ocena dostateczna, 3 pkt.); raczej nie (ocena mierna, 2 pkt.); zdecydowanie nie (ocena niedostateczna, 1 pkt.). Rezultaty podstawowej analizy odpowiedzi na to pytanie – średnie arytmetyczne ocen uzyskanych przez poszczególne aspekty procesu kształcenia w dwóch badanych grupach słuchaczy – przedstawione są na ryc. 5.

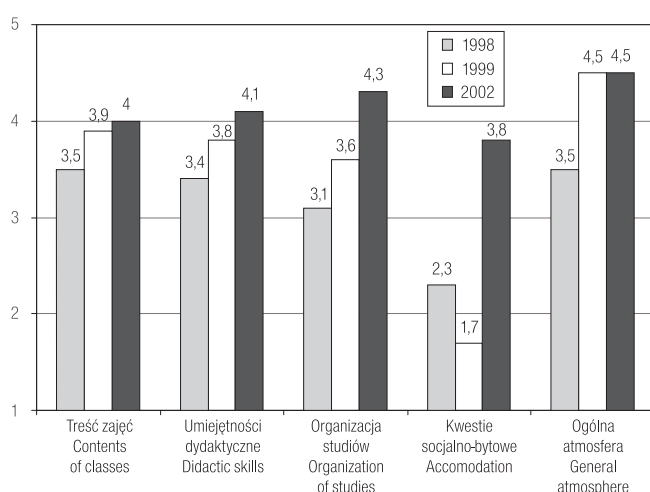
Oceny trzech pierwszych, merytorycznych aspektów procesu kształcenia uzyskane w 1998 r. i w 1999 r. były, średnio rzecz biorąc, nieco wyższe niż dostateczne. Widać jednak, że w ciągu roku dzielącego te dwa badania nastąpił wyraźny, choć może nie bardzo wielki wzrost ocen w każdym z tych trzech aspektów. Wzrost ten, przyjmując mniej lub bardziej uprawnione, neutralizujące założenia, dotyczące ewentualnych zmiennych interweniujących, można przypisać podniesieniu jakości (skuteczności) kształcenia w aspekcie programowym, dydaktycznym i organizacyjnym. Średnie ocen treści zajęć i umiejętności dydaktycznych wykładowców uzyskane w trzecich badaniach ewaluacyjnych, przeprowadzonych w 2002 r. po czwartym z kolei skróconym i zmodyfikowanym pod względem programowym cyklu kształcenia, osiągnęły już poziom dobry, aczkolwiek w porównaniu z badaniem z 1999 r. różnice były mało istotne. Dość wyraźny wzrost ocen wystąpił natomiast w sferze określonej jako organizacja studiów i to pozytywne zróżnicowanie można

z dużym prawdopodobieństwem przypisać skróceniu cyklu kształceniowego i wypływającemu stąd poczuciu większej sprawności organizacyjnej placówki kształcącej. Aspekt socjalno-bytowy oceniany był we wszystkich trzech grupach najgorzej, przy czym ocena ta między rokiem 1998 i 1999 uległa wyraźnemu pogorszeniu, zaś w 2002 r. wyraźnie się poprawiła. Ten stan rzeczy związany był przede wszystkim z niskim standardem usług hotelowo-stołówkowych, zaś fluktuacje ocen w znacznej mierze zależały od tego, jaki odsetek słuchaczy z tych usług korzystał (czyli – ilu słuchaczy pochodziło spoza Łodzi i najbliższych okolic). Ocena ostatniego aspektu – ogólnej atmosfery – w znacznej mierze zależała od subiektywnego nastawienia samych słuchaczy, składu osobowego grupy itp., tym niemniej można przyjąć, że spory wzrost średniej ocen w ciągu roku, jaki upłynął między dwoma pierwszymi badaniami ewaluacyjnymi, a następnie ustabilizowanie się tej średniej na wysokim poziomie, to w istotnej mierze efekt właściwego wykorzystania przez kierownictwo i personel Szkoły Zdrowia Publicznego zgromadzonych doświadczeń z zakresu stosunków międzyludzkich, w szczególności dotyczących kontaktów ze słuchaczami w trakcie studiów.

Ocena zawartości merytorycznej poszczególnych przedmiotów oraz ocena umiejętności dydaktycznych poszczególnych osób prowadzących zajęcia dokonywana była przez słuchaczy poprzez wypełnianie specjalnie przygotowanej tabeli. Znajdowały się w niej nazwy przedmiotów składających się na program studiów* wraz z nazwiskami prowadzących zajęcia. Słuchacze proszeni byli, po pierwsze, o ocenę – w skali „szkolnej” (od 1 do 5) – treści (zawartości merytorycznej) każdego z tych przedmiotów z punktu widzenia jej wpływu na ich wiedzę i umiejętności z zakresu problematyki, której dotyczyły zajęcia. Jeśli respondent był zdania, że zajęcia z danego przedmiotu nic mu nie dały, tzn. w ogóle nie powiększyły jego wiedzy i umiejętności pod danym względem – zaznaczał to w kolumnie „1 (ndst)”. Jeśli sądził, że dany przedmiot maksymalnie spełnił jego oczekiwania dotyczące powiększenia wiedzy i umiejętności pod danym względem – zaznaczał to w kolumnie „5 (bdb)”. Oceny mieszczące się pomiędzy tymi dwiema skrajnościami zaznaczane były w kolumnach oznaczonych: „2 (mierny)”, „3 (dst)” i „4 (db)”. Po drugie, respondenci oceniali – w odniesieniu do każdego z wymienionych zajęć, na wyżej opisanych zasadach – sposób, w jaki materiał zajęciowy został uporządkowany, a następnie przekazany słuchaczom przez prowadzącego zajęcia.

Na rycinach 6 i 7 przedstawiono podstawowe rezultaty analizy danych zgromadzonych w tej części omawianych badań ewaluacyjnych.

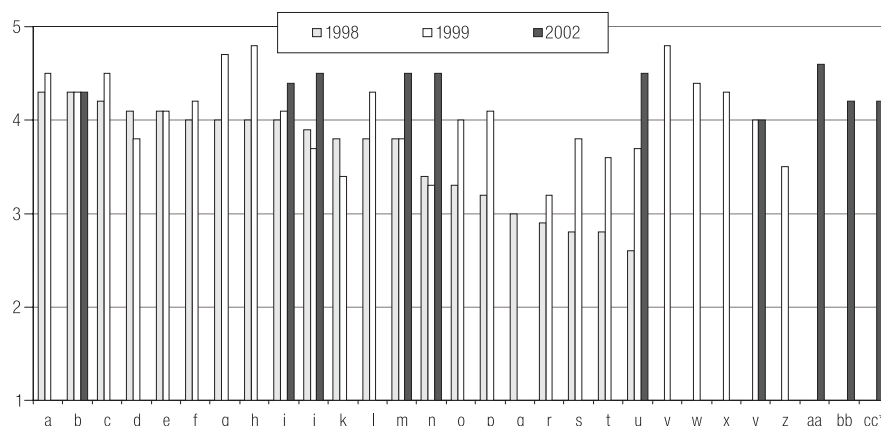
Zbiorcza ocena tak zawartości merytorycznej przedmiotów, jak i prowadzących zajęcia była bardzo zróżnicowana.



Ryc. 5. W jakiej mierze studia spełniają oczekiwania słuchaczy? Średnie ocen po trzech cyklach kształcenia podyplomowego na kierunku Zdrowie Publiczne (skala 1... 5).

Fig. 5. To what extent the studies meet students' expectations? The averages of scores after three cycles of postgraduate education in Public Health (scale 1... 5).

* Na rycinach 6 i 7, prezentujących wyniki tej części badań ewaluacyjnych przedmioty uszeregowane są początkowo według wysokości zbiorczej oceny w 1998 r. (w odniesieniu do przedmiotów, które wprowadzono w 1999 r. i w 2002 r. – niewystępujących w poprzednich rocznikach – zastosowana została ta sama zasada szeregowania).



a) Demografia, b) Epidemiologia, c) Warsztaty efektywnego kierowania, d) Biostatystyka, e) Ubezpieczenia społeczne, f) Higiena pracy, g) Organizacja i zarządzanie, h) Psychologia, i) Toksykologia, j) Ochrona radiologiczna, k) Ekonomia zdrowia, l) Prawo pracy, m) Środowiskowe zagrożenia zdrowia, n) Organizacja ochrony zdrowia, o) Patologia zawodowa, p) Polityka zdrowotna, q) Higiena dzieci i młodzieży, r) Informacja naukowa, s) Medyczne podstawy zdrowia publicznego, t) Nadzór sanitarny, u) Socjologia i promocja zdrowia, v) Historia zdrowia publicznego, w) Ubezpieczenia zdrowotne, x) Plagi społeczne: alkoholizm, y) Prawo ochrony środowiska, z) Prawo i medycyna, aa) Higiena żywienia, bb) Zagrożenia fizyczne, cc*) Rezerwa programowa.

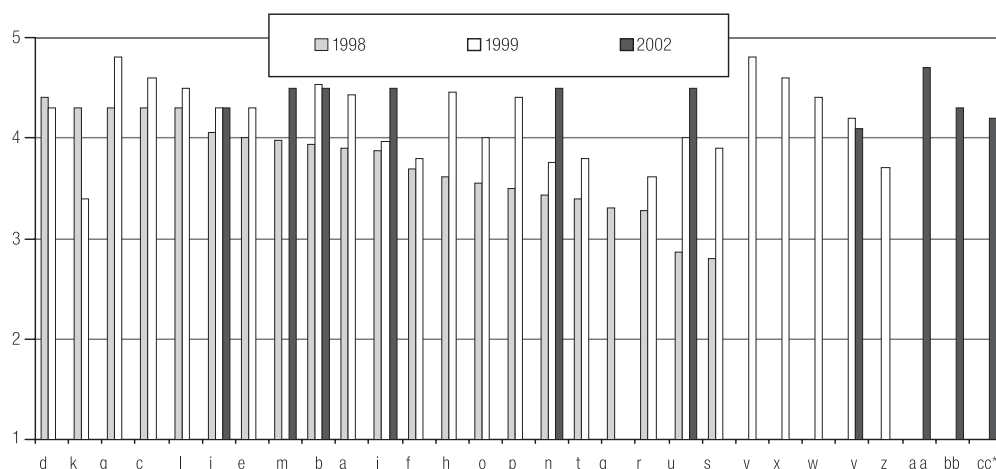
a) Demography, b) Epidemiology, c) Efficient management workshop, d) Biostatistics, e) Social insurances, f) Occupational hygiene, g) Organization and management, h) Psychology, i) Toxicology, j) Radiological protection, k) Health economics, l) Occupational law, m) Environmental health risks, n) Health care organization, o) Occupational pathology, p) Health policy, q) Children and youth hygiene, r) Scientific information, s) Medical basis of Public Health, t) Sanitary inspection, u) Sociology and Health promotion, v) History of Public Health, w) Health insurances, x) Social problems" Alcoholism, y) Environmental law, z) Medical law, aa) Food and nutrition hygiene, bb) Physical risks, cc*) Program's reserve*.

* Były to trzy wykłady: „Podstawowe podjęcia z zakresu zdrowia publicznego” (średnia ocena 4,5), „Akredytacja działalności laboratoryjnej i inspekcyjnej” (4,0) i „Kryteria GP HESME” (4,1).

* There were three lectures: “Basic Public Health concepts” (average of scores 4.5), “Accreditation of laboratory and inspection activities” (4.0) and “Criteria of GP HESME” (4.1).

Ryc. 6. Zbiorcza ocena zawartości merytorycznej poszczególnych przedmiotów. Średnie ocen po trzech cyklach kształcenia podyplomowego na kierunku Zdrowie Publiczne (skala 1... 5).

Fig. 6. Summative assessment of the contents of particular subjects. Averages of scores after three cycles of postgraduate training in Public Health (scale 1.... 5).



Oznaczenia a)..... cc*) – patrz ryc. 6.

Subjects a)..... cc*) – see note to Fig. 6.

* Zobacz przypis do ryc. 6.

* See note to Fig. 6.

Ryc. 7. Zbiorcza ocena umiejętności dydaktycznych osób prowadzących zajęcia w ramach poszczególnych przedmiotów. Średnie ocen po trzech cyklach kształcenia podyplomowego na kierunku Zdrowie Publiczne (skala 1... 5).

Fig. 7. Summary assessment of didactic skills of the persons teaching particular subjects. Averages of scores after three cycles of postgraduate training in Public Health (scale 1... 5).

Wystąpiły także dość niekiedy istotne różnice między ocenami dokonanymi przez rocznik 1998 r. i przez rocznik 1999, a także różnice między ocenami tych dwóch roczników a tymi, które uzyskano w badaniu rocznika 2002. Jeśli idzie

o przekazywane treści, grupa z roku 1998 oceniła 9 przedmiotów z 21, a więc 43%, na „dobrze” bądź wyżej (najwyżej – 4,3 – oceniona została zawartość merytoryczna Demografii oraz Epidemiologii), zaś grupa z 1999 r. oceniła w ten



sposób 15 przedmiotów z 25 (60%), przy czym najwyższe oceny zostały Psychologia oraz Historia zdrowia publicznego (4,8), a także Organizacja i zarządzanie (4,7). Stosunkowo najgorzej, tzn. na poziomie poniżej 3, rocznik 1998 ocenił cztery przedmioty, natomiast w grupie respondentów z rocznika 1999 żaden z przedmiotów nie uzyskał średniej ocen niższej od 3. Respondenci z 2002 r., którzy odbywali studia w trybie rocznym, według programu o mniejszym zakresie przedmiotowym ocenili prawie wszystkie przedmioty (oprócz jednego) na więcej niż „dobrze”. Jeden przedmiot – Prawo ochrony środowiska – oceniony został średnio na równo 4, zaś najwyższą średnią ocen uzyskał przedmiot Higiena żywności i żywienia (4,6). W przypadku pięciu przedmiotów widoczny jest przy tym znaczny wzrost średnich ocen w porównaniu ze średnimi z lat 1998 i 1999, a więc uzyskanymi w grupach studiujących w trybie dwuletnim, według pełnego programu.

Jeśli idzie o umiejętności dydaktyczne osób prowadzących zajęcia, rocznik 1998 ocenił pod tym względem 33% przedmiotów (7 z 21) na „dobrze” bądź wyżej (najwyżej ocenieni zostali prowadzący zajęcia z Biostatystyki – 4,4 oraz Warsztatów efektywnego kierowania, Organizacji i zarządzania, a także Ekonomiki zdrowia – po 4,3). Respondenci z rocznika 1999 ocenili średnio na 4 i więcej punktów umiejętności dydaktyczne prowadzących zajęcia w ramach 17 z 25 przedmiotów (68%), zaś najwyższe oceny zostały pod tym względem: Organizacja i zarządzanie oraz Historia zdrowia publicznego (4,8), a także Warsztaty efektywnego kierowania i Plagi społeczne: alkoholizm (4,7). Stosunkowo najgorzej – poniżej 3 – w grupie z 1998 r. oceniono dwa przedmioty, zaś w grupie z 1999 r. nie było średnich ocen niższych od 3. Rocznik 2002 ocenił wykładowców wszystkich przedmiotów na więcej niż „dobrze” (najwyższą średnią ocen uzyskali wykładowcy przedmiotu Higiena żywności i żywienia: 4,7).

Ogólnie biorąc, zarówno treść zajęć, jak i wykładowców oceniono w 1999 r. lepiej niż rok wcześniej, zaś w 2002 r. lepiej niż w dwóch poprzednich badaniach ewaluacyjnych. Średnia wszystkich ocen odnoszących się do zawartości merytorycznej poszczególnych przedmiotów, która w 1998 r. wynosiła 3,63 wzrosła do 4,04 w r. 1999 oraz do 4,34 w 2002 r., zaś średnia ocen dotyczących umiejętności dydaktycznych wykładowców odpowiednio z 3,75 do 4,08 i do 4,40.

W programie grupy kończącej studia w 1999 r. znalazło się kilka nowych, wysoko ocenianych pod obydwoma względami przedmiotów, ubył zaś jeden z przedmiotów nieco gorzej ocenianych. Przy pominięciu nowych przedmiotów, średnia wszystkich pozostałych ocen treści zajęć wynosiła w 1999 r. 4,0 wobec 3,49 w 1998 r. (przyrost o 0,51, podczas gdy przy uwzględnieniu wszystkich przedmiotów obecnych w programach obu roczników przyrost wynosił 0,41), zaś średnia ocen wykładowców 4,14 wobec 3,78 w roku 1998 (przyrost o 0,36, a przy uwzględnieniu wszystkich przedmiotów 0,33). Rozszerzenie programu o nowe przed-

mioty i usunięcie jednego ze starych spowodowało zatem, po pierwsze, pewne, stosunkowo niewielkie obniżenie dynamiki przyrostu odczuwanej skuteczności kształcenia w aspekcie treści programowych (-0,10, co stanowiło jedną piątą przyrostu) oraz, po drugie, minimalne obniżenie dynamiki przyrostu skuteczności kształcenia w aspekcie umiejętności dydaktycznych (-0,03, czyli ok. 8% przyrostu). Można zatem stwierdzić, że przyrost średnich ocen, a więc wymierny wzrost analizowanych tutaj aspektów skuteczności kształcenia*, nastąpił w latach 1998–1999 wyłącznie w rezultacie doskonalenia pod względem programowym i dydaktycznym powtarzających się elementów programu (przedmiotów), nie zaś wskutek wprowadzenia nowych przedmiotów i usunięcia jednego ze starych.

Jeśli idzie o porównanie średnich ocen z roku 2002 z ich odpowiednikami z dwóch poprzednich badań ewaluacyjnych, to należy tutaj zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, że konieczność drastycznego skrócenia programu kształcenia spowodowała usunięcie z niego znacznej większości przedmiotów. W porównaniu z programem kształcenia rocznika 1999 z 25 przedmiotów ubyło 18 (72%), doszły zaś tylko 3**. Średnia ocen treści tych 7 przedmiotów, które obecne były w obu programach kształcenia wynosiła w 2002 r. 4,39 wobec 3,84 w roku 1999 (przyrost o 0,55, podczas gdy przy uwzględnieniu wszystkich przedmiotów obecnych w programach obu roczników przyrost wynosił 0,30), zaś średnia ocen wykładowców 4,41 wobec 4,11 w 1999 r. (przyrost o 0,30, a przy uwzględnieniu wszystkich przedmiotów – o 0,32). Tak więc dodanie nowych przedmiotów obniżyło dynamikę wzrostu ocen, inaczej mówiąc – przyrostu odczuwanej skuteczności kształcenia w sferze treści programowych (o 0,25 czyli o 45%), natomiast minimalnie zwiększyło tę dynamikę w sferze umiejętności dydaktycznych wykładowców (o 0,02 czyli o 7%).

Wyjaśnienie kwestii, na ile wzrost skuteczności kształcenia jest rezultatem ulepszania programu kształcenia w ramach jego ustalonej struktury i obsady personalnej, a na ile wynika ze zmian strukturalnych i personalnych oraz czy i w jakim stopniu występują pozytywne lub negatywne efekty skracania bądź wydłużania programu jest bardzo ważnym czynnikiem w procesie zapewniania i oceny jakości kształcenia, dlatego opisane wyżej tendencje i zależności wymagają dalszych analiz w trakcie monitorowania i badań ewaluacyjnych.

Druga część procedury oceny skuteczności kształcenia – samoocena kompetencji profesjonalnych – realizowana była za pomocą dwuczęściowego kwestionariusza, w którym słuchacze kończący studia na kierunku Zdrowie publiczne proszeni byli o porównawczą ocenę swoich kompetencji profesjonalnych różnego rodzaju w związku z ukończonymi wla-

* Można je określić jako: (1) stopień spełnienia oczekiwań dotyczących zawartości merytorycznej programu studiów i (2) stopień spełnienia oczekiwań odnoszących się do umiejętności dydaktycznych osób prowadzących zajęcia.

** Dla większej przejrzystości analizy zajęcia prowadzone w ramach tzw. rezerwy programowej traktowane są tutaj umownie jako jeden przedmiot.



śnie studiami podyplomowymi oraz o ocenę poszczególnych przedmiotów wykładanych na studiach z punktu widzenia ich przydatności dla różnego rodzaju kompetencji.

W pierwszej części tego kwestionariusza respondenci odpowiadali na dwa pytania, dotyczące różnicy w postrzeganiu swoich kompetencji profesjonalnych przed podjęciem studiów podyplomowych z zakresu zdrowia publicznego i po ich ukończeniu*. Odpowiedzi będące ocenami od „1” (nie-dostateczny, bardzo zły) do „5” (całkowicie wystarczający, bardzo dobry) zaznaczane były w odpowiednich kolumnach tabeli, w której wymienione były następujące rodzaje kompetencji profesjonalnych**:

1. Rozpoznawanie wpływu procesów ludnościowych oraz struktur demograficznych na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych ludności.

2. Epidemiologiczne rozpoznawanie problemów zdrowotnych konkretnej zbiorowości.

3. Analiza i ocena przydatności praktycznej wyników badań epidemiologicznych.

4. Posługiwanie się danymi statystycznymi oraz wynikami badań epidemiologicznych i społecznych w celu ustalania struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych populacji.

5. Posługiwanie się normami prawnymi regulującymi funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej i organów administracji w zakresie ochrony zdrowia.

6. Projektowania struktur i procedur organizacyjnych.

7. Koordynowanie działań różnych instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia danej zbiorowości terytorialnej.

8. Pozyskiwanie do współpracy ludzi i instytucji oraz prowadzenie negocjacji.

9. Wykorzystywanie danych o kosztach w procesie racjonalnego gospodarowania zasobami i kierowania programami zdrowotnymi.

10. Zarządzanie zasobami ludzkimi, w szczególności dobór pracowników do realizacji konkretnych programów zdrowotnych oraz prowadzenie racjonalnej polityki personalnej.

11. Rozpoznawanie czynników społecznych i psychologicznych kształtujących zachowanie ludzi w organizacji opieki zdrowotnej i w jej otoczeniu.

12. Ocena przydatności i stopnia wykorzystania aparatury medycznej.

13. Posługiwanie się technikami organizatorskimi i technikami decyzyjnymi w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów z zakresu organizacji i zarządzania.

14. Sprawna realizacja zadań w zakresie zapobiegawczego nadzoru sanitarnego nad inwestycjami.

15. Sprawna realizacja zadań w zakresie nadzoru sanitarnego nad warunkami komunalnymi życia ludności.

16. Sprawna realizacja zadań w zakresie nadzoru sanitarnego nad warunkami pracy.

17. Sprawna realizacja zadań w zakresie nadzoru sanitarnego nad żywieniem, produkcją żywności i przedmiotów użytku.

18. Sprawna realizacja zadań w zakresie nadzoru sanitarnego nad warunkami nauczania i wychowania.

19. Sprawna realizacja zadań w zakresie nadzoru przeciwepidemicznego.

20. Sprawna realizacja zadań w zakresie ochrony radiologicznej.

21. Sprawna realizacja zadań w zakresie oświaty zdrowotnej.

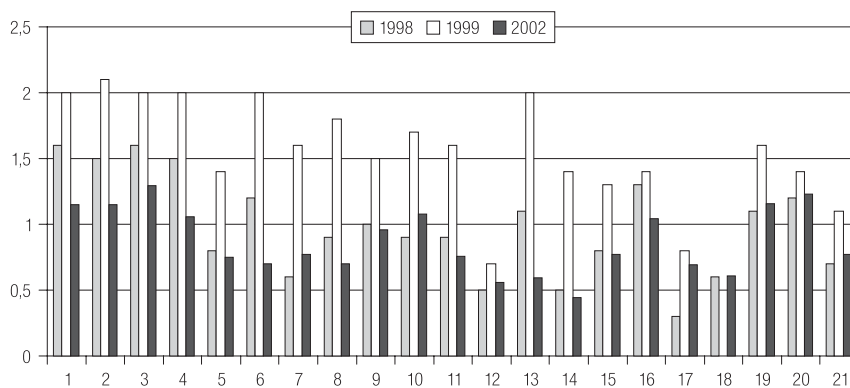
Dla każdego rodzaju kompetencji obliczony został wskaźnik przyrostu, będący średnią indywidualnych różnic między oceną w kolumnie „B” i oceną w kolumnie „A”. Wskaźnik przyrostu kompetencji pokazuje w jaki sposób i w jakim stopniu studia ujmowane całościowo przyczyniły się do rozwinięcia określonych rodzajów kompetencji w badanej grupie słuchaczy – w sensie nabywania nowej wiedzy i umiejętności, poszerzania już posiadanych kompetencji profesjonalnych itp. Wskaźnik ten odzwierciedla w sposób uogólniony subiektywne odczucia i opinie respondentów, jednakże przy dość oczywistym założeniu, że istnieje korelacja między takimi odczuciami a obiektywnym stanem i poziomem rozwoju kompetencji można uznać, że jest on jednym z ważniejszych wskaźników skuteczności kształcenia. Podstawowe wyniki tej części badań ewaluacyjnych przedstawione są na ryc. 8.

Formalnie rzecz ujmując, zbiorczy wskaźnik przyrostu kompetencji (pokazujący w sposób zagregowany odczucia całej badanej grupy) ma zakres od 0 do 5, jednakże w praktyce wystąpienie zera jest bardzo mało prawdopodobne – oznaczałoby, że nikt z badanej grupy nie stwierdził u siebie minimalnego choćby przyrostu wiedzy i umiejętności w danym zakresie w porównaniu z sytuacją przed podjęciem studiów podyplomowych. Mało prawdopodobne jest również wystąpienie najwyższych możliwych wartości tego wskaźnika, w okolicach 4–5 punktów – świadczyłoby to o tym, że wszyscy, albo przeważająca większość respondentów całość bądź dominującą część swoich kompetencji w danym zakresie nabyła dopiero w czasie studiów podyplomowych, co praktycznie nie jest możliwe ze względu choćby na to, iż słuchacze są na ogół osobami posiadającymi znaczące doświadczenie zawodowe. W rzeczywistości zbiorcze wskaźniki równe 1 lub więcej świadczą o znacznym przyroście kompetencji; już „1” oznacza zmianę o rząd wielkości (np. z poziomu „miernego” na „dostateczny”, z „dostatecznego” na „dobry” itd.). Wskaźniki wynoszące 1,5–2 i więcej punktów świadczą o bardzo istotnym czy wręcz bardzo dużym przyroście danych kompetencji w wyniku studiów, a więc o wysokiej skuteczności kształcenia w danym zakresie. Wyniki uzyskane w trzech relacjonowanych tutaj badaniach różnią się bardzo od siebie,

* Pytania te sformułowane były następująco: „A. Jak ocenił(a)by P. poziom swoich kompetencji w ramach każdego z tych rodzajów przed podjęciem studiów podyplomowych w Szkole Zdrowia Publicznego przy IMP w Łodzi?” (odpowiedź na to pytanie zapisywana była w kolumnie „A” specjalnie przygotowanej tabeli); „B. A jak ocenia P. poziom swoich kompetencji w ramach każdego z tych rodzajów obecnie, tj. po ukończeniu studiów w Szkole Zdrowia Publicznego?” (odpowiedź zapisywana była w kolumnie „B”).

** Przekazywanie i/lub rozwijanie tych kompetencji stanowi misję Szkoły Zdrowia Publicznego IMP w Łodzi (jest realizacją jej celów edukacyjnych).





Ryc. 8. Zbiorne (grupowe) wskaźniki przyrostu kompetencji po trzech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne – wg rodzajów kompetencji.

Fig. 8. Summary indices of increase in competencies after three cycles of postgraduate education in Public Health – according to the type of competence.

można jednak stwierdzić, że w poszczególnych rocznikach kształcenie w pewnych zakresach kompetencyjnych miało stosunkowo najwyższą, w innych zaś stosunkowo najniższą odczuwaną skuteczność – abstrahując na razie od znacznych różnic między poszczególnymi rocznikami, jeśli idzie o bezwzględne wielkości wskaźników przyrostu. I tak w odczuciu respondentów z rocznika 1998 największą skuteczność (wskaźniki przyrostu równe lub większe niż 1,5) miało kształcenie w zakresach kompetencji profesjonalnych o numerach 1, 2, 3, 4, a stosunkowo najniższą skuteczność (wskaźniki przyrostu równe bądź mniejsze niż 0,5) miało kształcenie w zakresach kompetencyjnych nr 12, 14 i 17.

Respondenci z rocznika 1999 stosunkowo najwyżej ocenili przyrost swoich kompetencji (w wyniku studiów podyplomowych w Szkole Zdrowia Publicznego IMP) w zakresach kompetencyjnych 1, 2, 3, 4, 6 i 13 (wskaźniki przyrostu równe lub wyższe niż 2,0), zaś stosunkowo najniżej w zakresach kompetencyjnych 12 i 17 (wskaźniki przyrostu mniejsze niż 1,0).

W odczuciu respondentów z rocznika 2002 stosunkowo najskuteczniejsze (wskaźniki przyrostu większe niż 1,0) było kształcenie w zakresie kompetencji 1, 2, 3, 4, 10, 16, 19 i 20, zaś stosunkowo najmniej skuteczne w zakresach kompetencyjnych 12, 13 i 18 (wskaźniki przyrostu w okolicach 0,5).

Wyraźnie widoczny jest znaczny wzrost odczuwanej przez rocznik 1999 skuteczności kształcenia w porównaniu z rocznikiem 1998 oraz bardzo duży jej spadek w odczuciu respondentów z rocznika 2002. Średnia wszystkich wskaźników przyrostu kompetencji, będąca w istocie najogólniejszym zbiorczym wskaźnikiem czy też miarą skuteczności kształcenia odnoszącą się do całości studiów i do wszystkich kompetencji łącznie, wynosząca w 1998 r. 0,98, w oku. 1999 wzrosła do 1,57, a więc o ponad 50%, natomiast w 2002 r. spadła aż do 0,87, a więc do poziomu niższego niż w 1998 r. Wszystkie wzięte pod uwagę w drugim badaniu rodzaje kompetencji profesjonalnych* w odczuciu respondentów

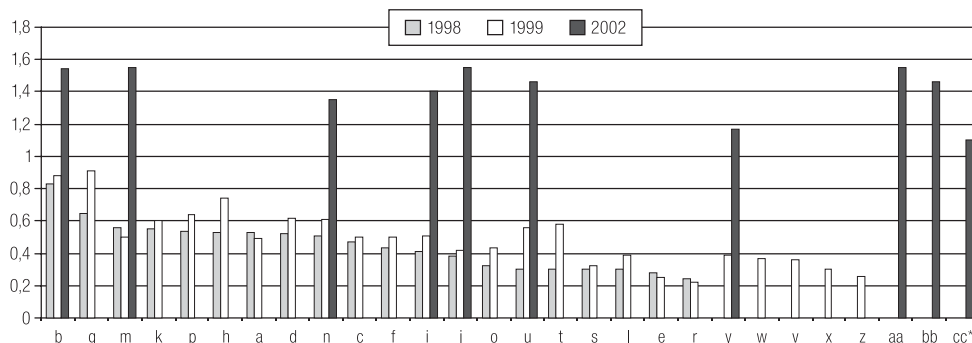
z rocznika 1999 były skuteczniej przekazywane i rozwijane niż w odczuciu badanego wcześniej rocznika 1998, zaś w odczuciu respondentów z rocznika 2002 kształcenie we wszystkich zakresach kompetencyjnych było o wiele mniej skuteczne niż w roku 1999, a w większości zakresów kompetencji również mniej skuteczne niż w r. 1998.

Jak wynika z danych uzyskanych w badaniach ewaluacyjnych, bezpośrednią przyczyną takiej sytuacji jest wyraźnie wyższa w przypadku rocznika 2002 samoocena kompetencji „na wejściu”, tzn. przed podjęciem studiów podyplomowych (średnia takich ocen – w skali od 1 do 5 – dla rocznika 1998 wynosiła 2,72, dla rocznika 1999 – 2,16, zaś dla rocznika 2002 – 2,97), przy podobnej samoocenie kompetencji „na wyjściu”, tj. po ukończeniu studiów (średnia ocen dla rocznika 1998 – 3,70, dla rocznika 1999 – 3,73, dla rocznika 2002 – 3,84). Można w związku z tym wysunąć hipotezę, iż rocznik 2002 stanowił grupę o nieco innej charakterystyce pod względem doświadczenia profesjonalnego, niż dwa poprzednie badane roczniki. Być może było tak, że na studia o skróconym programie zgłosiło się proporcjonalnie więcej osób o większym doświadczeniu zawodowym, niż miało to miejsce w dwóch poprzednich rekrutacjach. Można przypuszczać, że dla rocznika 2002 krótszy program kształcenia, a więc stosunkowo krótki okres studiów sam w sobie był bardzo istotnym elementem motywacji do podjęcia studiów oraz, że rocznik ten w większym stopniu niż poprzednie badane roczniki nastawiony był na odświeżanie już posiadanych niż na nabywanie nowych zakresów wiedzy i umiejętności.

Znaczne zmniejszenie się odczuwanej skuteczności kształcenia mogło być także rezultatem drastycznego ograniczenia liczby przedmiotów, a zatem, w pewnym sensie, merytorycznego zubożenia programu kształcenia, przy równoczesnym pozostawieniu bez zmian – w porównaniu z sytuacją 2-letniego cyklu kształceniowego – misji szkoły, w szczególności zaś zestawu celów edukacyjnych. Z oczywistych przyczyn nie mogą one być realizowane z poprzednią skutecznością przez okrojony program kształcenia. W sytuacji, w której z przyczyn obiektywnych nie można zapewnić

* Przed realizacją badania w 1999 r. kompetencja nr 18 została usunięta z zestawu celów edukacyjnych szkoły.





Oznaczenia a)... cc) – patrz ryc. 6.

Subjects a)... cc) – see note to Fig. 6.

* Zobacz przypis do ryc. 6.

* See note to Fig. 6.

Ryc. 9. Wskaźniki intensywności udziału poszczególnych przedmiotów w nabywaniu/rozwijaniu wszystkich wyróżnionych rodzajów kompetencji łącznie.

Fig. 9. Indices of intensity with which individual subjects contributed to the acquisition or development of all distinguished types of competence jointly.

adekwatności programu do misji placówki kształcącej oraz do jej celów edukacyjnych, być może należałoby rozważyć sformułowanie nowej misji oraz opracowanie nowych celów edukacyjnych – odpowiadających możliwościom programowym i dydaktycznym danej placówki. Otwarta pozostaje kwestia, czy po dokonaniu takich zabiegów wskaźniki przyrostów kompetencji byłyby wyższe. Pojawia się również problem poważniejszy: na ile uprawnione byłoby dokonywanie zmian idących w tym kierunku, tzn. dostosowywanie celów edukacyjnych do wymuszonego okolicznościami zmienionego programu kształcenia. Wszystkie ustalenia teoretyczne, dotyczące procesu kształcenia zakładają przecież jako rzecz oczywistą proces odwrotny: dostosowywanie programu kształcenia do określonych celów edukacyjnych.

Ostatnim elementem omawianej tutaj procedury oceny skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia publicznego była dokonywana w drugiej części kwestionariusza samooceny kompetencji ocena udziału poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) różnego rodzaju kompetencji profesjonalnych. W tej części kwestionariusza znajdowało się pytanie oraz tabela odpowiedzi, w której boczk zamieszczone były poszczególne rodzaje kompetencji nabywanych (rozwijanych) przez słuchaczy w toku studiów (wg przytoczonego wyżej zestawu), zaś w główce wymienione były przedmioty, za pomocą których kompetencje profesjonalne były bądź mogły być – w opinii respondentów – przekazywane w okresie studiów. Pytanie brzmiało następująco:

„Biorąc pod uwagę wymienione w poniższej tabeli przedmioty wykładane w czasie P. studiów w Szkole Zdrowia Publicznego, prosimy ocenić udział każdego z nich w nabywaniu bądź rozwijaniu poszczególnych rodzajów kompetencji. Oceny prosimy dokonać według następującej skali:

- 0 – brak udziału...
- 1 – niewielki (śladowy) udział...
- 2 – pewien istotny udział...

3 – duży udział danego przedmiotu w nabywaniu/rozwijaniu przez P. kompetencji określonego rodzaju.

Na osobnej kartce znajdzie P. legendę – rozszyfrowanie skrótów z tabeli 2 oraz rzeczywistą liczbę godzin zajęć z danego przedmiotu i nazwiska osób prowadzących zajęcia.”

We wszystkich polach utworzonych na skrzyżowaniu rodzajów kompetencji i nazw przedmiotów słuchacze oceniali – według skali umieszczonej w pytaniu – udział danego przedmiotu w nabywaniu (rozwijaniu) danego rodzaju kompetencji. Średnia wszystkich ocen w danym polu tabeli wskazywała na odczuwaną przez badaną grupę respondentów intensywność udziału danego przedmiotu w nabywaniu (rozwijaniu) danego rodzaju kompetencji. Dane uzyskane za pomocą tej części procedury mają bardzo duże znaczenie praktyczne dla modyfikacji i doskonalenia programu kształcenia. Obfitość i wielostronność ujęć analitycznych (od danych szczegółowych do zagregowanych na różnych poziomach ogólności) uniemożliwia ich pełną prezentację w tym miejscu. Na rycinie 9 przedstawione są najogólniejsze rezultaty analizy danych z tej części dwóch badań ewaluacyjnych, a mianowicie wskaźniki intensywności udziału poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie*.

Wskaźnik intensywności udziału danego przedmiotu w nabywaniu (rozwijaniu) określonego zestawu kompetencji profesjonalnych jest ważną miarą skuteczności kształcenia w aspekcie poszczególnych elementów procesu edukacyjnego. Niska wartość tego wskaźnika (np. mniejsza niż 0,3)** stawia pod znakiem zapytania przydatność danego przedmiotu (bądź aktualnego sposobu jego realizacji pod wzglę-

* Są to średnie wszystkich ocen przypisanych danemu przedmiotowi przez wszystkich respondentów, w odniesieniu do wszystkich rodzajów kompetencji.

** Próg istotności udziału danego przedmiotu w osiąganiu celów edukacyjnych powinien być ustalany (1) na podstawie analizy rezultatów tej części procedury ewaluacyjnej, (2) na podstawie analizy wzajemnych relacji między programem kształcenia i możliwościami jego realizacji a celami edukacyjnymi.



dem merytorycznym i/lub dydaktycznym) w osiąganiu celów edukacyjnych danego kierunku studiów. Jeśli idzie o roczniki 1998 i 1999, to z danych przedstawionych na ryc. 5 wynika spore zróżnicowanie udziału poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) kompetencji w zakresie zdrowia publicznego – od niewiele ponad 0,2 do 0,9. W przypadku zdecydowanej większości przedmiotów wspólnych dla obu roczników (16 na 20) odczuwana intensywność ich udziału wzrosła w drugim podejściu badawczym. Ilościowym wyrazem tendencji wzrostowej – dotyczącej w istocie skuteczności kształcenia w aspekcie postrzegania przydatności poszczególnych elementów programowych – jest fakt, że średnia wskaźników odczuwanej intensywności udziału dwudziestu wspólnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji, która dla rocznika 1998 wynosiła 0,45, dla rocznika 1999 ukształtowała się już na poziomie 0,53. Jednakże taka średnia obliczona dla wszystkich przedmiotów obecnych w programie rocznika 1999 wynosi 0,49, co świadczy o tym, że przydatność „nowych” przedmiotów oceniona została w 1999 r. niżej w porównaniu z przydatnością przedmiotów kontynuowanych.

Interesująco przedstawia się sytuacja rocznika 2002. Średnia wskaźników postrzeganej przydatności dla dziesięciu przedmiotów składających się na program kształceniowy tego rocznika wyniosła 1,41, a więc była niemal trzykrotnie większa niż analogiczna średnia z 1999 r. Znacznie wyższe oceny przydatności poszczególnych przedmiotów, definiowanej jako intensywność ich udziału w nabywaniu (rozwijaniu) kompetencji profesjonalnych, mają swoje źródło prawdopodobnie w skróceniu programu i ograniczeniu jego różnorodności, co odbierane mogło być przez słuchaczy jako zabieg racjonalizujący program oraz czyniący go bardziej przyjaznym dla studiującego. Jest to rezultat znamieny, szczególnie w kontekście o wiele niższych niż w 1999 r. wskaźników przyrostu kompetencji, o czym była mowa wyżej. Swoisty dysonans między stosunkowo wysoką oceną przydatności programu kształcenia (rozumianej jak wyżej) a niskim przyrostem kompetencji w wyniku realizacji tego programu zasługuje na bardziej wnikliwą analizę, na którą nie ma miejsca w tym opracowaniu. Można wspomnieć tylko, że najbardziej prawdopodobne jest takie wyjaśnienie tej dysonansowej sytuacji, które odwołuje się, po pierwsze, do swoistego „efektu skali” (lepiej pamiętać się, a więc być może także bardziej docenia zawartość mniejszej liczby przedmiotów), po drugie zaś do satysfakcji słuchaczy raczej z tego, co w ramach poszczególnych przedmiotów było odświeżaniem kompetencji już posiadanych niż z tego, co było przekazywaniem nowych rodzajów wiedzy i umiejętności.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Systematyczne badania ewaluacyjne z zastosowaniem opisanych procedur składają się na proces monitorowania skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia publicznego. Ich rezultaty umożliwiają ocenę dynamiki i kierunków zmian postrzeganej przez słuchaczy skuteczno-

ści kształcenia w różnych jej wymiarach. Tak więc oceniana i analizowana może być skuteczność kształcenia w ramach poszczególnych kompetencji profesjonalnych lub ich grup, w odniesieniu do poszczególnych przedmiotów, zajęć i bloków tematycznych oraz poszczególnych wykładowców, jak również w odniesieniu do programu kształcenia ujmowanego jako całość.

Przedstawione w artykule wyniki badań ewaluacyjnych wskazują, że:

- w okresie od roku 1998 do 2002 systematycznie wzrastała średnia ogólnych ocen słuchaczy, dotyczących treści zajęć prowadzonych w Szkole Zdrowia Publicznego IMP na kierunku Zdrowie Publiczne;

- pomiędzy rokiem 1999 a 2002 nastąpił wyraźny wzrost średniej ogólnych ocen słuchaczy odnoszących się do organizacji studiów, co można przypisać skróceniu cyklu kształcenia do roku, z czym prawdopodobnie wiąże się poczucie większej sprawności organizacyjnej szkoły;

- spory wzrost, a następnie ustabilizowanie się na wysokim poziomie średniej ocen dotyczących ogólnej atmosfery studiów jest najprawdopodobniej efektem właściwego wykorzystania przez personel szkoły doświadczeń dotyczących kontaktów ze słuchaczami w trakcie studiów;

- szczegółowe oceny zarówno treści zajęć, jak i wykładowców systematycznie rosły w trzech kolejnych badaniach ewaluacyjnych, przy czym przyrost ten nastąpił niemal wyłącznie w rezultacie doskonalenia powtarzających się elementów programu, nie zaś wskutek wprowadzenia nowych przedmiotów;

- skuteczność kształcenia mierzona odczuwanym przez słuchaczy przyrostem ich kompetencji profesjonalnych w rezultacie odbytych studiów wyraźnie wzrosła w 1999 r. w porównaniu z rokiem 1998 i znacznie spadła w 2002 r. (do poziomu poniżej 1998 r.), czego bezpośrednią przyczyną była wyraźnie wyższa wśród osób z rocznika 2002 ocena swoich kompetencji profesjonalnych przed podjęciem studiów, a także, jak można przypuszczać, nastawienie tego rocznika raczej na odświeżanie już posiadanych kompetencji, niż na nabywanie nowych;

- postrzegana przydatność przedmiotów składających się na program kształcenia rocznika 2002 była kilkakrotnie wyższa niż w przypadku rocznika 1999, czego pierwotną przyczyną było prawdopodobnie skrócenie programu i ograniczenie jego różnorodności, co mogło być traktowane przez słuchaczy jako swoista racjonalizacja programu i dostosowanie go do ich potrzeb;

- współwystępowanie w przypadku rocznika 2002 bardzo wysokich ocen przydatności wszystkich elementów programu kształcenia (przedmiotów) z bardzo niskim odczuwanym przyrostem kompetencji profesjonalnych w wyniku studiów można wyjaśniać jako „efekt skali” (lepsza ocena znacznie mniejszej liczby przedmiotów może wynikać z lepszego zapamiętania ich treści) oraz jako rezultat powiązania satysfakcji słuchaczy przede wszystkim z selektywnym odświeżaniem już posiadanych przez nich kompetencji.



PIŚMIENNICTWO

1. Brauer J.P., Kühme E.U.: Poradnik wdrażania systemu zarządzania jakością wg ISO 9000. Oficyna Wydawnicza „Spectrum”, Warszawa 1999.
2. Reu H., Przybyła C.: Projekt ISO 9001:2000. Komentarz. Oficyna Wydawnicza „Spectrum”, Warszawa 1999.
3. Barnett R.: Improving Higher Education. Total Quality Care. The Society for Research into Higher Education and Open University Press, London 1992.
4. Pogorzelska D.: Pracownik skierowany na naukę a pracownik podejmujący naukę z własnej inicjatywy. *Ruch Prawniczy Ekonom. Socjol.* 2002; 64 (1): 79–85.
5. Dendura K.: Metodyka wdrożenia systemu zarządzania jakością w kształceniu akademickim. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Morskiej, Gdynia 2002.
6. Van Vught F.A.: Towards a quality management approach for higher education. *CRE-action. J. Standing Con. Rectors Presidents Vice-Chancellors* 1994; 104: 79–97.
7. Skrzypek E.: Jakość i efektywność. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1999.
8. Frazer M.J.: Quality Assurance in Higher Education. W: Craft W.A. [red.]. *Quality Assurance in Higher Education*. The Falmer Press, London – Washington DC 1992.
9. Boczkowski A.: Ocena jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. Podstawy teoretyczne i praktyka ewaluacyjna. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2001.
10. Boczkowski A., Pogorzelska D.: Metody i rezultaty badań ewaluacyjnych dotyczących skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. *Zdrow. Publiczne* [w druku].

