ANDRZEJ BOCZKOWSKI

Jakość kształcenia w wymiarze ideologicznym i empirycznym

**STUDIUM SOCJOLOGICZNE NA PRZYKŁADZIE
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**

W Y D A W N I C T W O
UNIwersytetu Łódzkiego • ŁÓDŹ 2011

ANDRZEJ BOCZKOWSKI

Jakość kształcenia
w wymiarze
ideologicznym
i empirycznym

**STUDIUM SOCJOLOGICZNE NA PRZYKŁADZIE
KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**

W Y D A W N I C T W O
UNIwersytetu Łódzkiego • ŁÓDŹ 2011

RECENZENT

Leszek Korporowicz

REDAKTOR WYDAWNICTWA UŁ

Ewa Siwińska

REDAKTOR TECHNICZNY

Jolanta Kędzierska

KOREKTOR

Danuta Bąk

OKŁADKĘ PROJEKTOWAŁA

Barbara Grzejszczak

© Copyright by Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011

Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego
2011

Wydanie I. Nakład 100 + 41 egz.
Ark. druk. 27,0 + 2 wkl. Papier kl. III, 80g, 70×100
Zam. 95/4878/2011. Cena zł 40,– + VAT

Drukarnia Uniwersytetu Łódzkiego
90-131 Łódź, ul. Lindleya 8

ISBN 978-83-7525-572-0

<https://doi.org/10.18778/7525-572-0>

Spis treści

Wstęp	7
Część I. Idee i ideologie jakości kształcenia na poziomie wyższym	11
Rozdział 1. Społeczne funkcje edukacji w wymiarze ideologicznym	13
1.1. Proces boloński jako ideologia edukacyjna strategii lizbońskiej	13
1.2. Idea edukacji a idea pozytywnej zmiany społecznej	30
1.3. Funkcje edukacji na poziomie wyższym i podyplomowym a jej skuteczność i użyteczność	39
Rozdział 2. Teoretyczne dylematy jakości kształcenia w szkołach wyższych	54
2.1. Ideowa infrastruktura jakości kształcenia	54
2.2. Podstawowe założenia zapewniania i oceny jakości kształcenia	60
2.3. Jakość kształcenia: kwestie definicyjne	64
Rozdział 3. Mechanizmy oceny jakości kształcenia	72
3.1. Ewaluacja i ocenianie w kształceniu	72
3.2. Zapewnianie i ocena jakości kształcenia w ujęciu systemowym	76
3.3. Relacje ewaluacyjne w procesie nauczania i uczenia się	84
Rozdział 4. Skuteczność i użyteczność jako wyznaczniki jakości kształcenia	97
4.1. Skuteczność i użyteczność jako kategorie socjologiczne	97
4.2. Zadowolenie klienta systemu edukacyjnego w ujęciu krytycznym	101
4.3. Spełnienie oczekiwań jako miara użyteczności kształcenia	108
Podsumowanie części pierwszej	118
Część II. Badanie skuteczności i użyteczności kształcenia (na przykładzie studiów i kursów podyplomowych)	125
Rozdział 5. Badanie jakości kształcenia podyplomowego: ogólne założenia i hipotezy	127
5.1. Kształcenie podyplomowe jako edukacja dorosłych i element kształcenia ustawicznego	127
5.2. Jakość kształcenia podyplomowego jako przedmiot badań: zakres problematyki i główne hipotezy	135

Rozdział 6. Problemy oceny skuteczności i użyteczności. Badanie walidacyjne pytań testowych z zakresu medycyny pracy	139
6.1. Wskaźniki walidacyjne – zastosowanie i interpretacja	139
6.2. Uwarunkowania stosowalności testu skuteczności (postępów) w kształceniu podyplomowym z zakresu medycyny pracy w świetle opinii specjalistów i ekspertów	145
Rozdział 7. Skuteczność kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego w ocenie słuchaczy	157
7.1. Intersubiektywne wskaźniki skuteczności kształcenia	158
7.2. Ocena procesu edukacyjnego	159
7.3. Ocena przyrostu kompetencji profesjonalnych	168
7.4. Ocena udziału elementów programu w nabywaniu (rozwijaniu) kompetencji	178
Rozdział 8. Użyteczność kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego, medycyny pracy i higieny pracy w opiniach absolwentów, pracodawców i ekspertów	186
8.1. Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego	187
8.2. Podejmowanie kształcenia podyplomowego a kierownictwo zakładu pracy	190
8.3. Ocena korzyści związanych z uczestnictwem w kształceniu podyplomowym	201
8.4. Postrzeganie warunków użyteczności kształcenia podyplomowego	213
8.5. Uczestnictwo w kształceniu podyplomowym a kariera zawodowa	221
Rozdział 9. Użyteczność kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalizacyjnego w autoocenie lekarzy medycyny pracy	233
9.1. Akceptacja roli zawodowej lekarza medycyny pracy i motywy specjalizowania się w tej dziedzinie	235
9.2. Ocena użyteczności kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy	251
9.3. Specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy a kariera zawodowa	274
9.4. Ocena możliwości aplikacyjnych europejskiego programu kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy	278
9.5. Miejsce podnoszenia kwalifikacji w osiąganiu korzyści materialnych i niematerialnych z pracy zawodowej	293
9.6. Praktycy i eksperci o kształceniu specjalizacyjnym w dziedzinie medycyny pracy: jeden światopogląd, dwie perspektywy	298
Podsumowanie części drugiej	302
Zakończenie	313
Piśmiennictwo	319
Spis rysunków	326
Spis tabel	328
Aneks 1. Metodyka badania skuteczności i użyteczności kształcenia podyplomowego	331
Aneks 2. Metodyka badania ewaluacyjnego wśród absolwentów, pracodawców i ekspertów	352
Aneks 3. Badanie użyteczności kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalistycznego – charakterystyka badanej zbiorowości lekarzy medycyny pracy	355
Aneks 4. Kwestionariusz ankiety w badaniu walidacyjnym pytań testowych	357
Aneks 5. Kwestionariusz wywiadu w badaniu walidacyjnym pytań testowych	362
Aneks 6. Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego (kursy, szkolenia)	370
Aneks 7. Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego (studia podyplomowe)	374

Aneks 8. Kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji (studia podyplomowe) . . .	381
Aneks 9. Kwestionariusz dla absolwenta (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)	387
Aneks 10. Kwestionariusz dla pracodawcy (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)	395
Aneks 11. Kwestionariusz dla eksperta (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)	403
Aneks 12. Kwestionariusz dla lekarza medycyny pracy (badanie skuteczności i użyteczności kształcenia specjalizacyjnego)	413
Od Redakcji	431

Wstęp

*Jakość kształcenia jest sprawą zbyt ważną,
aby pozostawiać ją specjalistom od jakości.*

Poziom wyedukowania, w społeczeństwach nowoczesnych mierzony wskaźnikami skolaryzacji na poziomie średnim i wyższym, jest dodatnim korelatem wielu innych wskaźników społecznej pomyślności. Nie ulega wątpliwości, że osiągnięcie pewnego poziomu wyedukowania – likwidacja analfabetyzmu, powszechne minimum edukacyjne, posiadanie odpowiedniej liczby specjalistów z wykształceniem średnim i wyższym – jest nieodzownym warunkiem umożliwiającym modernizację społeczeństwa. Nie jest natomiast oczywista teza, iż im więcej ludzi ma możliwie jak największe wykształcenie (określone liczbą lat uczestnictwa w sformalizowanym systemie edukacyjnym), tym bardziej korzystna czy pomyślna jest sytuacja danego społeczeństwa – obiektywna, wyrażana powszechnie stosowanymi wskaźnikami społeczno-ekonomicznymi czy „cywilizacyjnymi”, bądź intersubiektywna, obecna w dyskursie potocznym i specjalistycznym. Między stanem wyedukowania, zapewniającym prawidłowe funkcjonowanie społeczeństwa i jego niezbędny do przetrwania rozwój, a ewentualnymi pozytywnymi skutkami maksymalizacji stopnia wyedukowania rozciąga się słabo rozpoznany, aczkolwiek poddający się fragmentarycznej obserwacji, obszar uwarunkowań tych pozytywnych skutków. W istocie stanowi on o zakresie semantycznym pojęcia jakości kształcenia.

Wspomniana wyżej teza, mimo braku jednoznacznie przekonujących dowodów na jej słuszność, legła u podstaw tzw. procesu bolońskiego, czyli strategii rozwoju szkolnictwa wyższego w Unii Europejskiej. Teza ta, bodaj nigdzie nie wyłożona *explicite*, jest pośrednio obecna we wszystkich najważniejszych dokumentach dotyczących procesu bolońskiego oraz strategii lizbońskiej, której ów proces jest swoistą podbudową (również ideologią) edukacyjną.

Stowarzyszona z tym procesem i intensywnie propagowana jest idea (także – ideologia) uczenia się przez całe życie (LLL – *Long-Life Learning*). W swoim hasłowym ujęciu jest to dość banalne w istocie wskazanie na istotne znaczenie socjalizacji wtórnej w życiu człowieka oraz faktyczna zachęta do ujmowania jak

największej jej części w zrationalizowane, a raczej sformalizowane ramy. Objęcie możliwie największego obszaru socjalizacji wtórnej procedurami regulującymi, kontrolnymi i oceniającymi – na czym, jak się zdaje, polega głównie implementacja procesu bolońskiego – w założeniu ma wpływać korzystnie na lepsze funkcjonowanie ludzi poddanych tym procedurom na rynku pracy, a ujmując rzecz nieco szerzej – na lepsze wzajemne dostosowanie podaży wykwalifikowanej siły roboczej i popytu na nią.

Krytyczne ustosunkowanie się do procesu bolońskiego czy do koncepcji *long-life learning*, jakkolwiek potrzebne i pojawiające się niekiedy w dyskursie profesjonalnym, nie jest celem tej pracy, choć będzie się w niej od czasu do czasu przejawiać. Jej główne cele wyłoniły się z pewnych tez, będących syntetycznym wyrazem obserwacji odnoszących się do sygnalizowanego powyżej obszaru jakości kształcenia – w odniesieniu do kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym.

Po pierwsze, znaczna część dyskursu edukacyjnego – na różnych poziomach ogólności i w odniesieniu do różnych rodzajów i poziomów kształcenia – ma charakter ideologiczny (nie tylko skonwencjonalizowany, ale również zestereotypizowany i zmitologizowany). Konsekwencją tego są niedostatki diagnozy sytuacji w systemie edukacyjnym i brak rzetelnych wniosków amelioracyjnych. W związku z tym w pracy podjęta została próba odideologizowania i uprzątnięcia problematyki zapewniania i oceny jakości kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym.

Po drugie, przyjęte w refleksji nad edukacją definicje jakości kształcenia są niewygodne albo niewystarczające jako podstawa ewaluacji kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym. Potrzebna jest ich racjonalizacja i zbliżenie do praktyki, dlatego w pracy podjęta została próba skonstruowania zaplecza koncepcyjnego dla pewnego – węższego i bardziej konkretnego z jednej strony, zaś z drugiej – bardziej pogłębionego rozumienia jakości kształcenia jako jego skuteczności i użyteczności.

Po trzecie, zadowalające rozwiązanie problemów trafności i rzetelności „obiektywnych” narzędzi pomiaru skuteczności kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym jest w praktyce edukacyjnej wysoce utrudnione (jeśli w ogóle możliwe). Zaś dążenie do „obiektywizacji” jakości – tak, jak to się robi obecnie w próbach ewaluacji, gdzie podstawowym wyznacznikiem „obiektywności” bywa sam fakt stosowania elementarnej analizy ilościowej, jest utrwalaniem niekorzystnych dla edukacji stereotypów, m. in. stereotypowego przekonania o pełnieniu przez powszechnie używane i zalecane narzędzia ewaluacyjne, tzw. ankiety studenckie, funkcji amelioracyjnej (*feedbacku*). Dlatego w pracy obecny będzie wątek racjonalizacji subiektywnego oceniania jakości kształcenia oparty poprzez: (1) kontrolowanie poziomu znawstwa przy stosowaniu intersubiektywnych wskaźników skuteczności i użyteczności kształcenia oraz (2) obiektywizowanie tendencji w dynamice wskaźników

poprzez ich monitorowanie i merytoryczną interpretację w ramach analizy długookresowej. Zaproponowane w pracy metody i narzędzia intersubiektywnego oceniania skuteczności i użyteczności kształcenia mogą stanowić istotny postęp w stosowaniu „ankiet studenckich”.

Po czwarte, w publicznym dyskursie edukacyjnym dotyczącym kształcenia wyższego i podyplomowego można zaobserwować niepokojące elementy: (1) funkcja certyfikacyjna kształcenia dominuje nad innymi funkcjami, (2) akceptowany jest stereotyp (zideologizowane przekonanie) uogólnionej użyteczności ukończonego z formalnym powołaniem – certyfikowanego, a więc skutecznego – cyklu kształcenia, (3) w zracjonalizowanym obszarze dyskursu edukacyjnego (naukowym, politycznym, administracyjnym) obecny jest *implicite* i powszechnie akceptowany stereotyp jednolitego, utrwalonego przepisami i praktyką ustosunkowania do kształcenia przez podmioty potencjalnie nim zainteresowane (słuchaczy/studentów, pracodawców, profesjonalistów).

Nawiązując do tych kwestii, w drugiej części pracy przedstawione zostaną wyniki badań empirycznych weryfikujących: (1) stosowany w praktyce sposób oceniania skuteczności kształcenia podyplomowego – „obiektywnego” testu wiedzy, (2) koncepcję i narzędzia intersubiektywnego oceniania skuteczności i użyteczności kształcenia podyplomowego, (3) tezę o dominacji funkcji certyfikacyjnej kształcenia podyplomowego nad innymi funkcjami, w szczególności funkcją dystrybucyjną, (4) stereotyp jednolitego postrzegania sfery kształcenia podyplomowego przez poszczególne podmioty potencjalnie zainteresowane tym kształceniem, (5) stereotyp oczywistej użyteczności specjalistycznego kształcenia podyplomowego.

CZĘŚĆ I

Idee i ideologie jakości kształcenia na poziomie wyższym

ROZDZIAŁ 1

Społeczne funkcje edukacji w wymiarze ideologicznym

1.1. Proces boloński jako ideologia edukacyjna strategii lizbońskiej¹

Jednym z głównych założeń ideowych projektu reformy szkolnictwa wyższego w krajach członkowskich Unii Europejskiej jest zasadnicza zmiana sposobu kształcenia. Założenie to ujmowane jest hasłowo jako zmiana paradygmatu edukacyjnego, polegająca na przejściu „od nauczania do uczenia się” (*from teaching to learning*). W oficjalnych deklaracjach i omówieniach projektu nie ma bliższych wyjaśnień, o co chodzi w tym założeniu². Można odnieść wrażenie, iż towarzyszy mu przekonanie o oczywistości tego hasłowego sformułowania. Takie przekonanie o oczywistości głoszonych haseł jest cechą wszelkich ideologii, zwłaszcza w ich wersji agitacyjno-propagandowej. Hasła mają inspirować, mobilizować do działania, zachęcać do przyłączenia się. Żmudne objaśnianie oraz np. wszechstronne uzasadnianie i ocena realna stosowalności nie są ani propagandowo, ani tym bardziej politycznie nośne. Warto jednak pamiętać, że ich brak grozi chaosem w ewentualnych działaniach podejmowanych wyłącznie jako reakcja na deklaracje ideologiczne, a w ich obrębie na polityczno-propagandowe hasła.

Definicja ideologii edukacyjnej sformułowana przez Rolanda Meighana określa ją jako „zbiór idei i przekonań wyznawanych przez grupę ludzi na temat formalnych ram edukacji, zwłaszcza szkolnictwa i często – przez rozszerzenie terminu lub przez implikację – także na temat nieformalnych aspektów edukacji” (Meighan 1993: 200). W takim sensie Meighan mówi dalej o ideologii edukacyjnej o charakterze demokratycznym, autorytarnym czy autonomicznym.

¹ Pierwsza wersja tego podrozdziału opublikowana została w pracy zbiorowej pod red. A. Buchner-Jeziorskiej i A. Dziedziczak-Foltyn *Proces boloński – ideologia i praktyka edukacyjna* (Boczkowski 2010).

² Koncepcje teoretyczne odróżniające te dwa paradygmaty funkcjonują jedynie w sferze zainteresowań naukowo-badawczych (będzie o tym mowa w podrozdz. 1.3).

Jednakże określenie ideologii (także edukacyjnej) jako po prostu zbioru idei dotyczących jakiejś sfery życia społecznego jest niewystarczające dla objaśnienia takich zastosowań tego pojęcia, które w dyskursie edukacyjnym pojawiają się częściej niż znaczenie wspomniane powyżej. Jako kategoria socjologiczna ideologia definiowana jest zazwyczaj bardziej szczegółowo, z uwzględnieniem aspektu semantycznego, który nadaje szczególny sens określaniu jakichś wypowiedzi, tekstów, dokumentów itp. jako ideologicznych. Jedna ze słownikowych definicji mówi, że jest to

system mniej lub bardziej powiązanych ze sobą poglądów, nastawień, wierzeń, mitów i idei [np. dotyczących systemu edukacji – przyp. A. B.] [...], prawdziwych lub fałszywych, wspólnych dla jednostek lub grup w określonym czasie i miejscu, zawsze łączących się z jakimś zespołem twierdzeń wartościujących oraz dyrektywami działania. W socjologii K. Mannheima ideologie są uznawane za wytwór grup społecznych, w których powstają, a ich funkcja polega na wspieraniu istniejącego porządku społecznego i obronie interesów grupowych (Olechnicki, Załęcki 1998: 82; zob. także: Bauman 1998: 297–301; *Słownik socjologii...* 2004: 122–123).

Jak napisał Louis Wirth w swojej przedmowie do angielskiego wydania *Ideologii i utopii*, ważnym dokonaniem Karla Mannheima było ukazanie, że zarówno ideologie – zespoły idei dążące do zachowania istniejącego porządku, jak i utopie – zespoły idei projektujące zmianę tego porządku – odwracają uwagę od istoty zagadnienia (przedmiotu obserwacji), ukierunkowując ją (a także ukierunkowując refleksję, debatę, szerzej – dyskurs) na wyselekcjonowane aspekty sytuacji, w szczególności na elementy sprzyjające realizacji grupowych interesów (Wirth 2008: 20).

Wyróżniając dwa znaczenia słowa „ideologia”, partykularne i totalne, Mannheim pisał o tym pierwszym znaczeniu:

Z partykularnym pojęciem ideologii mamy do czynienia, gdy słowo to ma oznaczać jedynie, że nie chce się wierzyć *określonym* „ideom” i „wyobrażeniom” przeciwnika. Uważa się je bowiem za mniej lub bardziej świadomie maskowanie stanu rzeczy, którego rzeczywiste poznanie nie leży w jego interesie. Może tu wchodzić w grę cała skala od świadomego kłamstwa do półświadomego, instynktownego maskowania, od oszukiwania innych do oszukiwania samego siebie (Mannheim 2008: 90).

Tak więc, gdy charakteryzuje się czyjeś idee i poglądy jako „ideologiczne” i uważa się je za fałszujące lub zniekształcające rzeczywistą naturę zjawisk, pojęcie ideologii używane jest w sensie partykularnym.

O drugim, totalnym (określanym także jako radykalne) rozumieniu ideologii Mannheim pisze tak: „Można mówić o ideologii jakiejś epoki lub konkretnie określonej pod względem historyczno-społecznym grupy, np. klasy, w tym sensie, że ma się na myśli swoistość i charakter *totalnej struktury świadomości* tej epoki czy grupy” (tamże: 91).

Współcześnie nie ma zgody co do tego, jak najlepiej zdefiniować ideologię, są też opinie, że pojęcie to jest w ogóle niepotrzebne w analizach społecznych

i politycznych ze względu na swą wieloznaczność i kontrowersyjność. Wciąż jednak w rozważaniach definicyjnych obecna jest wspomniana wyżej Mannheimska idea dwoistego ujmowania ideologii.

Po pierwsze, szeroko używa się tego terminu do opisu zespołu idei, wartości i przekonań sterujących działaniami społecznymi i politycznymi (w szczególności jako „ideologie” opisuje się idee, wartości i przekonania stanowiące zaplecze partii politycznych). Można to określić jako neutralne pojęcie ideologii, nawiązujące do totalnego rozumienia ideologii w koncepcji Mannheima. Ideologia jest tu pojmowana jako wyraźny i relatywnie spójny system idei i przekonań, przenikający działania społeczne i polityczne, zaś zadaniem, wobec którego staje badacz ideologii, jest wyodrębnianie takich systemów i opisywanie ich właściwości (Seliger 1976, Dubois 2001). Większość współczesnych partii politycznych oraz ruchów społecznych i politycznych posiada ideologie w tym właśnie sensie, a ich zdolność do uzyskiwania społecznego poparcia zależy od umiejętności wytwarzania i rozpowszechniania systemów przekonań, które są w dostatecznym stopniu atrakcyjne dla aktywistów i zwolenników.

Po drugie, używa się terminu „ideologia” w bardziej normatywny sposób, odnosząc się do idei, przekonań czy form symbolicznych, które są w jakiś sposób mylne, wprowadzające w błąd, iluzoryczne lub jednostronne, albo takich, które służą interesom wpływowych grup. Można te odmienności znaczeniowe określić jako warianty pewnej krytycznej koncepcji ideologii. Zwolennicy tej koncepcji uważają, iż samo nazwanie czegoś „ideologicznym” zawsze zawiera konotację negatywną: zakłada, że idee lub formy symboliczne dotyczą tylko niektórych aspektów zjawisk czy procesów lub są wprzężone w realizację partykularnych interesów. Nie ma przy tym zgody co do tego, jak powinno rozumieć się ową krytyczną koncepcję ideologii. Z jednej strony ujmuje się ideologie jako zespoły idei dotyczących świata społecznego, które są w pewnym sensie „fałszywe” czy iluzoryczne, podczas gdy z drugiej strony preferuje się myślenie w kategoriach wzajemnych relacji między światem symboli i władzą. Przykładem tego drugiego podejścia jest pogląd, że ideologia powinna być konceptualizowana w kategoriach ustanawiania i utrzymywania relacji nadrzędności i podporządkowania za pomocą form symbolicznych (zob. Thompson 1990, Dubois 2001). Jeśli przyjmie się koncepcję krytyczną, wówczas analiza ideologii nie jest prostą kwestią opisu wartości i przekonań, lecz ma również wymiar normatywny. Inaczej mówiąc, analiza ideologii jest związana z problematyką krytycyzmu społecznego i politycznego. Inną konsekwencją jest to, że badanie ideologii może być rozszerzone poza sferę zorganizowanej polityki. Instytucje władzy politycznej są oczywiście ośrodkami ideologii, ale równie ważne jest funkcjonowanie znaczeń tam generowanych w innych instytucjach, takich jak media czy system edukacyjny.

Ideologia polityczna jest to upowszechniany (upubliczniany) według pewnego stałego wzoru zbiór idei, przekonań, wartości i opinii, który dominuje – intencjonalnie bądź nieintencjonalnie – nad planami działań w sferze publicznej i jest usiłowaniem usprawiedliwienia, objaśnienia, potępienia lub zmiany społecznych i politycznych zamierzeń i procesów w jakiejś politycznie zdefiniowanej zbiorowości.

Totalny charakter ideologii opisywany przez Karla Mannheima uzyskał nowe znaczenie w świetle analizy Raymonda Arona poświęconej współczesnym mu systemom politycznym (Aron 1964, Dubois 2001). Proponuje on identyfikację każdego systemu politycznego za pomocą „oficjalnej ideologii”, tj. „złożonego systemu doktrynalnego”, ukształtowanego, z jednej strony, przez ogólne zasady (reguły) wypływające „z teoretycznej analizy tego, co się faktycznie dzieje”, zaś z drugiej strony – przez propozycje zakwalifikowane jako „mylące” (wprowadzające w błąd), „zniekształcone”, lub nawet „absurdalne”. Bardziej nawet niż krytyczną enumerację tych propozycji Aron podkreślał specyficzną cechę wszelkiej „oficjalnej ideologii”: przemożną wolę jej promotorów niepoddawania jej żadnej krytycznej debacie, zwłaszcza dotyczącej tych składników ideologii, które stanowią podstawę określonego systemu interpretacji świata społecznego. Można zapytać (trawestując pytanie Arona dotyczące ideologii socjalistycznej), dlaczego wyznawcy i popularyzatorzy procesu bolońskiego, stanowiącego ideologiczno-edukacyjne zaplecze strategii lizbońskiej, pomijają w dyskursie reformatorskim na temat szkolnictwa wyższego i podyplomowego oczywistą kwestię zasadniczego warunkowania stanu tych podsystemów edukacyjnych przez sytuację w podsystemach edukacyjnych niższych szczebli, jak również kwestię nikłej rozpoznawalności zapotrzebowań i chłonności rynku pracy w odniesieniu do osób wychodzących z systemu edukacyjnego. W kontekście tej drugiej kwestii postulaty przygotowania edukowanych do wyzwań rynku pracy oraz podejmowane w związku z tym działania mają charakter zdecydowanie hasłowy, ideologiczny w węższym znaczeniu. Odpowiedzi na te pytania należałoby szukać, podobnie jak uczynił to Aron, odwołując się do uwikłanego w różnorodne uwarunkowania przeświadczenia o uniwersalnym powołaniu głoszonej ideologii, przekazywanej zarówno zwolennikom, naśladowcom oraz wykonawcom, jak i krytykom jako jedynie właściwa wizja rzeczywistości edukacyjnej, czy też jako jedynie słuszny system interpretacyjny, odnoszący się do tej sfery rzeczywistości społecznej.

Aron w swoich analizach ujmował ideologię jako system sprecyzowanych przekonań rozbudowywanych wokół pewnych centralnych tez opisowych i normatywnych. Głównymi właściwościami tego systemu są jednolitość, spójność i totalizujący charakter przejawiający się w umiejętności znajdowania odpowiedzi na wszystkie pytania. Jednak to tradycyjne wyobrażenie ideologii wymaga pewnych korekt. Wszystkie ideologie, także dominująca w nowoczesnych społeczeństwach ideologia edukacyjna, zawierają niemożliwe do całkowitego

wyeliminowania napięcia i sprzeczności, biorące się właśnie z owego przemożnego dążenia do monolitycznej autoprezentacji. Celem każdego ideologa jest oczywiście nadanie wszechobejmującej spójności temu, co traktuje jako rzeczywiste i konieczne, ale przecież nie sposób wnioskować o prawdziwej naturze systemu przekonań tylko na podstawie tego, jak ów system sam się definiuje i jaki swój obraz pragnie zaprezentować społecznemu światu.

Trzeba przy tym pamiętać, że współczesne ideologie nie mają takiego zasięgu jak wszechobejmujące systemy ideologiczne końca XIX i początków XX w. Raymond Boudon (1999) twierdził – i trudno się z tym nie zgodzić, zwłaszcza w odniesieniu do ideologii edukacyjnych – że nowoczesne ideologie przypominają archipelag, podczas gdy ideologie dawne przywodzą na myśl raczej kontynenty. Boudon pisał, że istnieją ideologie dotyczące tego, co należałoby zrobić z bezrobociem, możliwościami edukacyjnymi, z przestępczością czy narkomanią oraz z wieloma innymi sprawami – także ideologie mówiące, jak należałoby to zrobić. Jednak te ideologie – teoretyczne diagnozy i projekty działań – są słabo powiązane między sobą, ludzie zaś przestali zauważać, że pochodzą one od szerszych, wszechobejmujących teorii czy wizji świata społecznego. Jest wiele różnorodnych ideologii lokalnych, nieodnoszących się wcale – albo tylko w niewielkim stopniu – do jakichś ogólniejszych systemów światopoglądowych (zob. Dubois 2001). W szczególności wyspa ideologii edukacyjnej dotyczącej szkolnictwa wyższego w Europie jest niewystarczająco skomunikowana z kontynentem rynku pracy. Stąd można zaryzykować tezę, iż w tej wątfiej komunikacji popełniany jest swoisty błąd Kolumba: błędne przekonanie o naturze odkrywanego kontynentu oraz o roli ideologii edukacyjnej w jego „oswajaniu”.

Marksistowska tradycja, podkreślająca związek między ideologią, alienacją i „fałszywą świadomością”, prowadzi do akceptowanego również przez niemarksistów utożsamiania ideologii z błędnymi przekonaniami. Ideolog przedstawia pewien obraz porządku społecznego i pragnie być powszechnie postrzegany jako jedyny depozytariusz prawdziwego znaczenia tego obrazu, jako ktoś wyłącznie uprawniony do objaśniania jego szczegółów oraz ogólnej wymowy, jednakże zarówno obraz, jak i jego sens mają w znacznej mierze charakter iluzoryczny, w szczególności nie są zgodne z porządkiem racjonalnym, logiką czy zobiektywizowanym dyskursem naukowym.

Warto jednak pamiętać, że zjawiska ideologiczne ujmowane są w niektórych koncepcjach teoretycznych inaczej, jako niezależne od jakichkolwiek odniesień do nauki czy wiedzy zobiektywizowanej. Na przykład Clifford Geertz (1964) rozważał dyskurs ideologiczny jako „akt symboliczny”, zmierzający do wywołania efektu mobilizacji. „Kognitywna” funkcja ideologii jest, jego zdaniem, zdecydowanie drugorzędna wobec jej funkcji „praktyczno-społecznej”. Jednak nawet ujmowana jako pewien akt symboliczny ideologia wciąż podlega ocenom w kategoriach prawdy i fałszu. Z badań empirycznych i obserwacji

potocznej wynika, że ideologie przypisują uniwersalną słuszość tezom, których prawomocność jest ograniczona; w szczególności są mieszkanką tez wątpliwych lub słabo uzasadnionych i solidniejszych, *quasi*-naukowych. Można powiedzieć, że ideologie o charakterze ogólnym, tj. socjalizm, marksizm, liberalizm czy konserwatyzm, mają u swych podstaw argumentację naukową, zaś bardziej lokalne, „wyspowe”, takie jak przekonanie, że upowszechnienie i komercjalizacja (urynkowanie) kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym oraz reformy strukturalno-organizacyjne i technologiczne w instytucjach szkolnictwa wyższego zasadniczo zmieniają sytuację absolwentów na rynku pracy, oparte są na pewnych doświadczeniach – ale o ograniczonej prawomocności (Dubois 2001). Tak czy inaczej, chociaż całkowita akceptacja, jak również całkowite odrzucenie jakiegось ideologii jest w jakiegось mierze decyzją ryzykowną (bo właśnie z gruntu ideologiczną!), należałoby zdawać sobie sprawę z zakresu i intensywności tych zjawisk ideologicznych, które stereotypizują i mitologizują rzeczywistość.

W kontekście socjologicznym stereotyp można określić jako

1) system uproszczonych przekonań (wyobrażeń, oczekiwań), 2) o wyraźnych konotacjach emocjonalnych i oceniających, 3) podzielanych przez członków grupy lub społeczności, 4) wyrażanych w komunikacji symbolicznej, werbalnej i pozawerbalnej, 5) czerpanych raczej z wtórnych przekazów społecznych niż opartych na bezpośrednim doświadczeniu, 6) dotyczących dostatecznie ważnych dla tej społeczności klasy obiektów, 7) ujmowanych w sposób globalny, 8) cechujących się sztywnością i odpornością na zmiany mimo informacji, które ich nie potwierdzają, 9) pełniących bowiem ważne funkcje adaptacyjne o charakterze socjobiologicznym i psychologicznym.

[...] Stereotypem może się stać każde przekonanie dotyczące dowolnej klasy obiektów rzeczywistych, abstrakcyjnych lub urojonych pod warunkiem, że z jakiegось powodów są one dla danej społeczności na tyle ważne, by być tematem masowej komunikacji (Mudyń 2002: 119).

Jak dalej pisze Krzysztof Mudyń, stereotypem w powyższym rozumieniu jesteśmy skłonni nazywać tylko te przekonania, których sami nie podzielamy, zaś te stereotypy, które tkwią w nas traktujemy jako słuszne i uzasadnione poglądy. Przekonania, które przestaliśmy podzielać, bywają też nazywane mitami – w szczególnym, wąskim znaczeniu tego słowa, „zbliżonym do ujęcia potocznego, utożsamiającego mit z fałszem, iluzją, propagandą, stereotypami i racjonalizacjami” (Tarkowska 1999: 251). W pewnych kontekstach mit staje się synonimem stereotypu.

Przykładem takiego użycia słowa „mit” może być kontestacyjna praca Herberta Schillera *Sternicy świadomości*, w której autor, analizując ideologię dominującą w społeczeństwie amerykańskim lat siedemdziesiątych, wymienia pięć składających się na nią mitów: mit suwerennego prawa do indywidualnego wyboru; mit neutralności kluczowych instytucji społecznych; mit niezmienności natury ludzkiej; mit braku konfliktu społecznego w społeczeństwie amerykańskim; mit pluralizmu środków masowego komunikowania” (tamże: 121).

Podobny schemat można zastosować w refleksji nad ideologią edukacyjną dotyczącą szkolnictwa wyższego określaną jako proces boloński. Składają się na nią, m. in., następujące mity: mit istotności, czy nawet dominacji autotelicznej funkcji kształcenia na tym szczeblu; mit zapewniania jakości kształcenia za pomocą rozwoju materialnej i organizacyjnej infrastruktury instytucji kształcących; mit korzystnych dla jakości kształcenia efektów zmian strukturalnych w szkolnictwie wyższym; mit pozytywnej funkcji powszechnej dostępności do kształcenia na poziomie wyższym; mit pozytywnych czy wręcz rewolucyjnych efektów masowego kształcenia na poziomie wyższym dla gospodarki i dla rozwoju społecznego; mit utożsamiający faktyczny poziom wykształcenia z liczbą lat skolaryzacji.

Według Mudynia, istotnym socjologicznie elementem charakterystyki stereotypów jest nie tylko skala uproszczeń tych aspektów rzeczywistości, których dotyczą, lecz przede wszystkim nieuświadamianie sobie owych uproszczeń, co w rezultacie powoduje utratę kontroli poznawczej nad praktyczną stosownością danego stereotypu oraz, co szczególnie niebezpieczne, kształtowanie się pod jego wpływem (czy w jego kontekście) konkretnych oczekiwań. Teorie i modele naukowe są użytecznymi, często niezbędnymi uproszczeniami obrazu rzeczywistości, lecz stają się stereotypami wówczas, gdy traktuje się je jak opisy zjawisk:

Każda koncepcja naukowa lub filozoficzna, niezależnie od jej walorów poznawczych oraz precyzji rozstrzygnięć pojęciowych, kiedy już wejdzie w krwiobieg kultury, stając się przedmiotem „masowej konwersacji”, zaczyna żyć podwójnym życiem. Dla nielicznych pozostaje mniej lub bardziej wyrafinowaną, złożoną konstrukcją pojęciową – dla pozostałych staje się zaczątkiem stereotypu lub ideologii (tamże: 121–122).

Tak więc stereotypizacji ulegają również idee i wytwory kultury symbolicznej. Wiele pojęć i koncepcji traktowanych jako oczywiste lub potwierdzane przez praktykę (utożsamianie wzrostu ekonomicznego z rozwojem społecznym, czy liczby lat skolaryzacji z poziomem wyedukowania) jest w istocie zestereotypizowaną i zmitologizowaną formą ideologii – w jej węższym rozumieniu (por. tamże: 122).

Można powiedzieć, że ideologizacja, stereotypizacja i mitologizacja określonych fragmentów rzeczywistości społecznej (np. rzeczywistości edukacyjnej czy rzeczywistości szkolnictwa wyższego), poprzedzane konwencjonalizacją, czyli przykrawaniem nowych idei do znanych ram, dostosowywaniem do istniejących przyzwyczajęń i nawyków myślowych, stanowią zespół procesów indywidualnego i zbiorowego postrzegania towarzyszących funkcjonowaniu idei, koncepcji i pojęć w szerszym społecznym dyskursie, w szczególności zaś w sferze kultury masowej. Procesy te prowadzą kolejno do: pomijania czy neglizowania kryterium społecznej praktyki (ideologizacja), daleko idących uproszczeń stanu faktycznego (stereotypizacja) oraz przechodzenia w sferę

iluzji, magii, sakralizacji (mitologizacja). Są to w istocie procesy deracjonalizacyjne, przebiegające w kierunku odwrotnym do Weberowskiego odczarowywania świata, procesy „zaczarowywania” poszczególnych fragmentów rzeczywistości społecznej.

Zmiana paradygmatyczna, a więc zmiana najogólniejszego i najbardziej podstawowego zespołu wzorów, według którego funkcjonuje jakiś podsystem społeczny, jest w istocie zastąpieniem jednej ideologii inną. Można spróbować zatem scharakteryzować, choćby w ogólnych zarysach, istotę takiej zmiany, co stanowić będzie również punkt wyjścia do rozważań nad jej adekwatnością do sytuacji społecznych, realnością i ewentualnymi pożytkami z niej płynącymi; inaczej mówiąc – nad dobrymi i złymi stronami nowej ideologii edukacyjnej odnoszącej się do szkolnictwa wyższego.

Zmianę paradygmatu można rozumieć jako zasadniczą zmianę dominującego w danej sferze rzeczywistości społecznej dyskursu – sposobu myślenia, nadawania sensów, praktyki poznawczej realizującej się za pośrednictwem systemów komunikacyjno-znaczeniowych (Misztal 2000: 73). W przypadku paneuropejskiego projektu reform określanego jako strategia lizbońska sferą, w której miałyby dojść do takiej paradygmatycznej zmiany, jest system szkolnictwa wyższego, ujmowany zarówno w skali europejskiej, jak i poszczególnych krajów członkowskich. Główne kierunki przemian w tej sferze rzeczywistości społecznej określone są w sekwencji międzynarodowych porozumień i dokumentów określanej jako proces boloński, zaś jednym z tych kierunków miałyby być przejście od biernego (mało zaangażowanego intelektualnie, emocjonalnie, behawioralnie) do aktywnego (wszechstronnie i głęboko zaangażowanego) sposobu nabywania wiedzy i umiejętności przez jednostki i zbiorowości kształcone na wyższych uczelniach.

Dotychczas istniejący paradygmat polega na przekazywaniu osobom kształconym mniej lub bardziej dokładnie określonych elementów wiedzy i umiejętności, uznanych przez stosownych decydentów za optymalne dla przyszłego życia zawodowego i szerzej – dla prawidłowego funkcjonowania w tym fragmencie rzeczywistości społecznej, który jest jakoś powiązany z daną dyscypliną akademicką. Można nazwać ten paradygmat transferowym modelem kształcenia.

Obecnie, w związku z przewidywanymi potrzebami kształtującego się „społeczeństwa wiedzy”³ postulowana jest zmiana, polegająca na stymulowaniu bardziej zróżnicowanej i bardziej elastycznej, a przede wszystkim intensywniejszej aktywności kształceniowej osób studiujących. Powinno to być przejście od biernego przyswajania wiedzy i umiejętności do świadomego sterowania (zarządzania) swoimi zasobami intelektualnymi, emocjonalnymi i behawioral-

³ Jest to kolejna kategoria pojęciowa używana częściej w kontekście ideologicznym niż merytorycznym; jedna z nielicznych bardziej konkretnych definicji (uwzględniająca kontekst systemu edukacyjnego) podana zostanie w dalszej części rozdziału.

nymi przy uwzględnianiu różnych uwarunkowań społecznych, przede wszystkim zaś – wymagań i ograniczeń rynku pracy. Taki pożądaný paradygmat edukacyjny w kształceniu na poziomie wyższym można by określić jako model zarządzania wiedzą albo model interaktywny.

Projekt reformowania europejskiego systemu edukacyjnego, w szczególności szkolnictwa wyższego, nie podejmuje tak szczegółowych zagadnień jak egzegeza ideowych (ideologicznych?) haseł. Warto jednak zastanowić się, jakie, w ujęciu socjologicznym, są podstawy rozważania kwestii paradygmatu edukacyjnego i ewentualności jego zmiany. O co chodzi w ogólnych propozycjach zmian strukturalnych, stanowiących istotę przedsięwzięć podejmowanych w ramach procesu bolońskiego i strategii lizbońskiej – niezależnie od ogólnych stwierdzeń o potrzebie zmian w systemie edukacyjnym w celu zwiększenia gospodarczej i ogólnospołecznej konkurencyjności Europy? Od czego tak naprawdę należałoby rozpocząć proces reformowania systemu edukacyjnego – niezależnie od deklaracji, uruchamiania procesów i akceptowania strategii? W dalszej części opracowania podjęta zostanie próba częściowej chociażby odpowiedzi na te pytania.

W opublikowanym przed kilkoma laty artykule Zbigniew Kwieciński (2006) przedstawił krytyczną diagnozę i ocenę procesu bolońskiego i strategii lizbońskiej, jak również polskiej strategii edukacyjnej będącej ich krajową realizacją. Konstatacje i oceny, które znalazły się w tym tekście, wydają się trafne i można je przyjąć za wielce prawdopodobny wariant odpowiedzi na dwa pierwsze z postawionych wyżej pytań.

Deklaracja Bolońska zawiera ujętą hasłowo ogólną ideę stworzenia wielkiego, być może największego na świecie, konkurencyjnego systemu gospodarczego – gospodarki opartej na wiedzy – m. in. poprzez zbudowanie tzw. Europejskiej Przestrzeni Edukacyjnej⁴. Odnowiony system społeczno-gospodarczy miał być konkurencyjny przede wszystkim wobec potęgi gospodarczej Stanów Zjednoczonych, więc, jak stwierdza autor, administracja Unii Europejskiej zdecydowała o zaadaptowaniu amerykańskiego modelu edukacji na poziomie wyższym, wychodząc z założenia, iż wydatnie przyczynia się on do amerykańskiej przewagi gospodarczej. Prostota tej tezy sytuuje ją co najwyżej na płaszczyźnie polemik medialnych⁵ i prawdopodobnie taka właśnie była intencja autora, jednakże nawet w takiej uproszczonej formie powyższa teza wskazuje na brak głębszego koncepcyjnego zaplecza procesu bolońskiego.

⁴ Syntetyczne omówienie zamiarów i dokonań w tym względzie zawiera praca Marii Wójcikiej (2009).

⁵ Przykładowe kierunki takich polemik: (1) wzory czerpane były nie tylko z USA, a dwustopniowe studia nie są pomysłem amerykańskim; (2) system amerykański jest bardziej skomplikowany, niż sugeruje autor; (3) dalszy tekst dotyczący amerykańskiego systemu edukacyjnego przywołuje sytuację prawdziwą tylko w niektórych przypadkach, w odniesieniu do innych nie jest prawdziwy, bynajmniej nie zawsze trzeba zaczynać studia uniwersyteckie „od zera” itp.

Wprowadzenie tego modelu miało przy tym, według autora, zaspokoić rosnący popyt⁶ na wyższe wykształcenie – poprzez masowe udostępnienie studiów dwustopniowych: trzyletnich zawodowych (w Polsce – licencjackich), potem dwuletnich, dopełniających całość kształcenia wyższego (w Polsce – studiów magisterskich). Zapomniano jednak, jak pisze autor, czy też nie wzięto z jakichś względów pod uwagę, że

w [...] Ameryce studia w college'u [...] są policealną kontynuacją kształcenia ogólnego, przedakademickiego, nie dają żadnych dyplomów uprawniających do czegokolwiek, a przede wszystkim o tym, że nie są one drożne, że nie można po czteroletnim college'u pójść na piąty rok uniwersytetu, lecz trzeba zaczynać pięcio-, sześćioletnie studia akademickie, magisterskie od początku (Kwieciński 2006: 42).

Przygotowując i uruchamiając proces boloński, uznano kontynuowanie nauki po ukończeniu liceum za pierwszy stopień pełnych studiów akademickich drożny wobec dwuletnich na ogół studiów drugiego stopnia. Jest to, według opinii Kwiecińskiego, złudne podobieństwo do amerykańskiego wzorca. Można tutaj dodać, że zaletą systemu amerykańskiego jest jego duże zróżnicowanie, stanowiące o powodzeniu związków edukacji z rynkiem pracy i gospodarką w ogóle. Do tego dochodzi korporacyjne sterowanie programami, czyli prawdziwie amerykańska wersja współdziałania rynku pracy/pracodawców z wyższymi uczelniami (por. Ballantine 2001: 278–280). I chociaż kryzysowe doświadczenia ostatnich lat kładą się cieniem na ten obraz, nie zmienia to faktu, że koncepcja europejska od razu na starcie osłabiona była przez tendencje homogenizacyjne i zideologizowanie („zaczarowanie” czy deracjonalizację – we wspomnianym wyżej znaczeniu) problemu współdziałania/dopasowywania się rynku pracy i instytucji szkolnictwa wyższego.

Sens wprowadzanych zmian podważany jest również przez to, że mówiąc wiele o procesie bolońskim, na ogół zresztą przy użyciu stereotypowych słów-wytrychów, ma się na myśli – jeśli w ogóle coś, to Deklarację Bolońską (przyjętą na Konwencji Berlińskiej w 2003 r.), z reguły zaś zapomina się o tzw. Karcie Bolońskiej albo myli się ją w potocznym dyskursie z procesem bolońskim. Wielka Karta Uniwersytetów Europejskich, podpisana w 1988 r. w trakcie obchodów 900-lecia Uniwersytetu w Bolonii, zobowiązywała do jedności badań naukowych i kształcenia, wolności wyboru problematyki badań i wolności poglądów naukowych, wolności od uzależnień politycznych i ekonomicznych. Tymczasem, jak pisze Kwieciński,

⁶ Warto pamiętać, że popyt ten nie rośnie sam z siebie, w znacznej mierze sterowany jest stereotypowymi i zmitologizowanymi elementami ideologii edukacyjnej obecnymi w zbiorowej świadomości.

Proces boloński otworzył szeroką drogę do oderwania nauczania od badań naukowych, a także i przede wszystkim wywołał eksplozję rynku edukacyjnego, komercjalizację, prywatyzację i komodyfikację kształcenia wyższego. Proces ten jest zarazem bezprecedensową próbą unifikacji wielkich systemów narodowej edukacji i grozi [...] samobójstwem szkolnictwa wyższego (tamże: 42–43).

Autor zwraca też uwagę, że wprowadzenie dwustopniowych studiów, które stanowiło dla większości krajów Unii Europejskiej poważny problem, w Polsce lat 90. było kwestią w zasadzie już rozwiązaną – z wydatną pomocą mechanizmów rynkowych. Po roku 1989 podmioty inne niż państwo uzyskały pełne prawo do zakładania i prowadzenia szkół – także wyższych. Od lat narastało ponadto przekonanie – znajdujące swoje częściowe potwierdzenie w praktyce – iż dyplom studiów wyższych (niekoniecznie zdobycie rzetelnego wykształcenia na tym poziomie) jest niezbędnym warunkiem kariery zawodowej czy też w ogóle pomyślnego funkcjonowania na rynku pracy.

Kwieciński tak opisuje (w tonie trochę pamfletu i w pewnym uproszczeniu) sytuację, która była w istocie (i nadal jest) zniekształconą realizacją przez system szkolnictwa wyższego jego społecznej funkcji certyfikacyjnej⁷:

Powstała ogromna presja społeczna na poszerzenie dostępu do liceów ogólnokształcących, jako „królewskiej drogi” do studiów i do kariery. Licea nieomal wymiotły szkolnictwo zawodowe. Setki tysięcy absolwentów szkół średnich stanęły u bram szkół wyższych. I oto Sezam otworzył się: pojawiły się dziesiątki, potem już setki zaradnych i skutecznych menedżerów oświatowych, którzy powołali wszędzie, na pniu, w każdym dużym, średnim, małym mieście wyższą uczelnię lub jej filię, oddział zamiejscowy. Zaproponowali drugą pracę i dodatkową pensję źle opłacanym profesorom i adiunktom. Ci chętnie skorzystali z takiej okazji. Zanim się obejrzeli, po paru latach znaleźli się w innym świecie: mogli kupić nowy dom i samochód sobie i dzieciom, przestali pracować naukowo, bo już nikt od nich tego nie oczekiwał, zapomnieli o odnawianiu swojej wiedzy, bo kto by na to miał czas, musieli tolerować pracę bez bibliotek i ze studentami niekoniecznie bystrzymi, a potem jeszcze ich przyjąć na studia uzupełniające i obdarować magisteriami. Nawet nie zauważyli, że z niezależnych intelektualistów stali się towarem na rynku (tamże: 43).

Uzupełniając tę część diagnozy Kwiecińskiego, trzeba stwierdzić, że w polskim środowisku akademickim podejmowane są wysiłki w celu opanowania sytuacji, w której znalazły się wyższe uczelnie, wprowadzając sztuczny w swej istocie podział studiów, dotychczas jednolitych, na dwa stopnie: „zawodowy” i „akademicki”⁸. Czy oznacza to, że po trzech latach studiów

⁷ Zob. pkt 3. tego rozdziału.

⁸ Tak więc, z jednej strony, studia zawodowe mają być prowadzone m. in. przez uniwersytety, co jest sprzeczne z odwieczną tradycją uczelni tego typu. Z drugiej strony natomiast występuje w Polsce wyraźna tendencja do podnoszenia wyższych szkół zawodowych do rangi uniwersytetów i akademii (poprzez mechaniczne dodawanie do programu studiów przedmiotów społecznych i humanistycznych, a także powoływanie w tych uczelniach nowych, społeczno-humanistycznych kierunków studiów oraz specjalizacji). Obie te tendencje pogłębiają jeszcze i przyspieszają trwający od wielu lat proces degeneracji polskiego systemu edukacyjnego.

absolwent uzyskuje już zawód i uprawnienia do jego wykonywania? Jeśli tak, to czym to się różni od popularnych niegdyś w naszym kraju zawodowych szkół policealnych o statusie technikum czy też wykształcenia „półwyższego”? I co miałyby dodać do tego zawodowego wykształcenia kolejne dwa lata? Zdolność czy możliwość lepszego wykonywania zawodu? Brakujące elementy rozwoju intelektualnego? Powtórzenie przerobionego materiału, ewentualnie w innym ujęciu?

Podejmowane są próby stworzenia sensownych i odpowiednio zsynchronizowanych programów pierwszego i drugiego stopnia studiów. Szczególnie uciążliwy jest problem stworzony przez zaakceptowane właściwie bez zastrzeżeń dwie idee: zamysł, iż pierwsza część dwustopniowych studiów ma być studiami zawodowymi oraz wymóg drożności studiów wyższych. Problem polega głównie na tym, że chyba żadna dziedzina wiedzy potencjalnie opanowywana w trakcie kształcenia nie da się w naturalny sposób podzielić na część zawodową i tę drugą – niezawodową? akademicką? intelektualną? (trudno jest nawet znaleźć odpowiednie określenie). Tradycyjny, występujący do niedawna również w naszym systemie szkolnictwa wyższego podział na studia zawodowe i studia uniwersyteckie dotyczył, po pierwsze, całych dziedzin wiedzy, po drugie zaś, wskazywał na dwie orientacje w kształceniu: zorientowanie raczej na praktyczne umiejętności związane z obsługą poszczególnych sektorów systemu społecznego i zorientowanie raczej na rozwój intelektualny, a w perspektywie na zmianę społeczną – rozwój, postęp w poszczególnych społecznych podsystemach. Realizacja procesu bolońskiego likwiduje tę tradycję, wprowadzając zamęt i niepewność co do ostatecznego rezultatu omawianych tutaj zmian strukturalnych.

W swoim artykule Kwiecieński wysuwa hipotezę dotyczącą przyczyn faktycznego odrzucenia przez Unię Europejską idei Karty Bolońskiej na rzecz Deklaracji Bolońskiej oraz drastycznego przekształcenia w Deklaracji tego porządku edukacyjnego, który był początkowo wzorem zmian strukturalnych, czyli doświadczeń amerykańskich (w pierwszej kolejności kontynuacja kształcenia ogólnego, w drugiej pełne wyższe studia zawodowe). Powołując się na pracę Xaviera Bonala (2002) z Autonomicznego Uniwersytetu w Barcelonie, autor wskazuje na podobieństwo tych zmian (mających charakter rezygnacji z wielu zamiarów i samoograniczania się) oraz ich konsekwencji dla systemów edukacyjnych do negatywnych skutków, jakie przyniosła w ciągu ostatnich dziesięcioleci polityka międzynarodowych instytucji finansowych wobec krajów słabo rozwiniętych:

Można przypuszczać, że edukacja stała się kolejnym wielkim obszarem zainteresowań dysponentów ponadnarodowych kapitałów i że może być używana nie tylko jako instrument powiększania ich dochodów, ale też jako potężny środek kształtowania mało krytycznych konsumentów, posłusznych specjalistów i odsiane na marginesy masy (tamże: 44).

Autor pisze dalej, że w tym kontekście Europa nie staje się najbardziej konkurencyjną gospodarką opartą na wiedzy, lecz obszarem, w którym system edukacyjny jest ofiarą szczególnie pojętej globalizacji. Dyplomy szkół wyższych zmieniają się w tani towar na jednolitym rynku, zaś postulat gospodarki opartej na wiedzy pozostaje tylko sloganem. Na zakończenie, cytując Voldemara Tomuska (2004), stwierdza, iż „współudział intelektualistów w realizacji europejskiego procesu unifikacji szkolnictwa wyższego jest socjologicznie naiwny i intelektualnie nieodpowiedzialny”.

Z przedstawionymi wyżej elementami diagnozy oraz ocenami i końcowymi hipotezami można się zgadzać lub nie, na pewno jednak są interesującym materiałem do przemyśleń i dyskusji. Nie ulega również kwestii, że proces reformowania europejskiego szkolnictwa wyższego wymaga pogłębionej refleksji nad istotą i sensem edukacji, nieodłącznymi od niej ideologiami, funkcjami systemu edukacyjnego, uwarunkowaniami zamiarów reformatorskich itp.

Niemal wszystkie uwagi czy komentarze, jakie można formułować w związku z procesem bolońskim i edukacyjnymi aspektami strategii lizbońskiej, mają w swej istocie charakter trudnych pytań, tzn. pytań, na które, po pierwsze, nie ma jednej prawidłowej odpowiedzi, a po drugie – nie zawsze wygodnie jest odpowiadać. Nie znaczy to oczywiście, że pytań takich nie należy stawiać. Wprost przeciwnie, jest to konieczne dla uświadomienia sobie i innym, jednostkom i instytucjom, reformatorom i reformowanym tych braków i ułomności koncepcyjnych europejskiej reformy systemu kształcenia na poziomie wyższym, które nie tylko utrudniają wdrażanie ogólnych założeń reformy, ale wręcz zagrażają realizacji jej celów. Oto kilka takich trudnych pytań dotyczących, ogólnie biorąc, relacji między strukturalnymi i merytorycznymi aspektami reformowania szkolnictwa wyższego.

Pierwsze z nich to ogólne pytanie o to, jak powinna wyglądać racjonalna harmonizacja cyklu kształcenia. Już pod koniec XVIII w. formułowany był pogląd, że najpierw należy kształcić (w sensie kształtowania, formowania) człowieka, a dopiero później jego role społeczne, w szczególności role zawodowe. To co ogólne miałooby poprzedzać specjalizację. Od takiej kolejności kształcenia zależy rozwój cywilizacyjny danego państwa. Mniej ważne jest tutaj, że państwo potrzebuje coraz większej liczby specjalistów do realizacji swoich interesów, lecz to, że państwo dopiero wtedy funkcjonuje dobrze, kiedy jego obywatele osiągają odpowiedni poziom ogólnego wykształcenia (zob. Sauerland 2006: 92–93). W kontekście reformowania europejskiego systemu szkolnictwa wyższego z poglądu tego wypływają dwa wnioski: że warunkiem powodzenia procesu bolońskiego jest odpowiednie zreformowanie szkolnictwa podstawowego i średniego oraz że pierwszy stopień studiów wyższych (uniwersyteckich), oprócz ukierunkowania zawodowego, powinien mieć w znacznej mierze charakter ogólnorozwojowy. W uzupełnieniu drugiego z tych wniosków można

postawić pytanie, dlaczego w ramach tak ważnej dla procesu bolońskiego koncepcji podziału studiów wyższych na trzy stopnie nie rozważa się np. takiej możliwości: I stopień – ukierunkowane tematycznie studia ogólnorozwojowe, umożliwiające realizację wykonawczych ról zawodowych, II stopień – wielostronne studia specjalistyczne, umożliwiające realizację autonomicznych ról zawodowych, III stopień – studia realizujące humboldtowski model kształcenia uniwersyteckiego

opartego na idei partnerskiej wspólnoty studentów i profesorów, która w wolny, nieskrępowany i zarazem bezinteresowny sposób poszukuje odpowiedzi na wszelkie dręczące współczesnych badaczy pytania, modelu, w którym problem stosowności wiedzy schodzi na dalszy plan, a dominuje model interdyscyplinarności poszukiwań intelektualnych i tworzonej wiedzy” (tamże: 89).

Taka propozycja koncepcyjnego ujęcia kilku stopniowego kształcenia na poziomie wyższym niewątpliwie sprzyjałaby formowaniu się tzw. społeczeństwa wiedzy, które według jednego z autorów

można opisać poprzez trzy wymiary. Po pierwsze, intensywnie rozwija się nauka, technika i edukacja. Po drugie, kompleksowo wykorzystuje się proces tworzenia i dystrybucji wiedzy dla celów gospodarczych. Po trzecie, zmienia się cała sfera funkcjonowania instytucji kultywujących zasady uczących się organizacji poprzez kreowanie systemów, zespołów i kultur zapewniających warunki dla ciągłego uczenia się (Mazurkiewicz 2007).

Czy wszystkie społeczeństwa europejskie znajdują się na tym samym etapie kształtowania się społeczeństwa wiedzy? Odpowiedź jest oczywiście przecząca, dlatego nie mogą dziwić opisywane dalej w tym opracowaniu problemy implementacyjne pojawiające się w procesie bolońskim. Jeśli jednak przyjęte zostało milczące założenie odpowiedzi pozytywnej (taki może być sens używania przede wszystkim haseł w dyskursie związanym z tym procesem, pomijania zaś bądź minimalizowania wagi różnic kulturowych i cywilizacyjnych, nie wspominając już o ekonomicznych), to konieczne byłoby daleko idące uelastycznienie reguł implementacyjnych, przede wszystkim tych, które dotyczą wprowadzania zmian strukturalnych.

Autor powyższej, trafnej charakterystyki społeczeństwa wiedzy przytacza w swoim tekście opinię Thomasa L. Friedmana, który w swojej bestsellerowej książce (2008) pisał o nowej wersji globalizacji, w jakiej nie konkurują ze sobą państwa czy korporacje, które dzięki technologii otrzymały po raz pierwszy w historii możliwość bezpośredniej współpracy lub rywalizacji na globalnej scenie. W dalszym ciągu swojego tekstu Mazurkiewicz zwraca uwagę na szczególnie aspekt upowszechniania się nowych technologii, zwłaszcza komunikacyjnych:

Umiejętność posługiwania się nowymi technologiami to nie [tylko] element podnoszenia własnej wartości na rynku pracy, ale [także] warunek uczestniczenia w życiu publicznym. Nie

chodzi tu tylko o umiejętność „obsługi” sprzętu, ale przede wszystkim o mentalną gotowość do uczestniczenia w procesie komunikacyjnym i zdolność wykorzystywania tego procesu do rozwoju” (tamże).

Warto zwrócić uwagę na to, że te umiejętności (zarówno „technologiczne”, jak i globalnego współdziałania/rywalizacji) powinna kształtować szkoła podstawowa i średnia, przy czym należałoby się zastanowić nad istotą ich „rozwojowości”, ponieważ istnieje realne niebezpieczeństwo, że częściowo, a w perspektywie być może całkowicie zastąpią one te umiejętności oraz elementy wiedzy, które stanowią istotę realizowania przez system edukacyjny funkcji przekazu kulturowego. Zaś brak zarówno tych pierwszych, jak i tych drugich jest nie tylko nie do odrobienia w toku kształcenia na poziomie wyższym, ale również stawia pod znakiem zapytania powodzenie reform stanowiących istotę procesu bolońskiego i strategii lizbońskiej.

W artykule opublikowanym w 2006 r. Ireneusz Białecki podejmuje temat relacji między kompetencjami nabywanymi w toku kształcenia na poziomie wyższym a zapotrzebowaniami rynku pracy.

Trzeba zapytać, jakie charakterystyki kompetencji, jakie parametry i wskaźniki będą przydatne w polityce zmierzającej do zbliżenia kształcenia do zapotrzebowania na kwalifikacje ze strony gospodarki. Rzecz jasna, o idealnym dostosowaniu do wymagań pracy nie może być mowy. Można jedynie poprawiać to dostosowanie, dlatego słowo „zbliżenie” jest tu na miejscu. Trzeba bowiem pamiętać, że owo dostosowanie będzie zawsze ograniczone choćby dlatego, że dobra szkoła (dobre nauczanie) przygotowuje nie tylko do roli zawodowej, ale także do innych ról życiowych. Ponadto z jednej strony kwalifikacje i zadania zawodowe w tej samej pracy zmieniają się szybko [...], z drugiej zaś – większość pracowników wielokrotnie zmienia miejsce pracy i jej typ, a czasem także zawód (Białecki 2006: 105).

Warto postawić pytanie o charakter tego zbliżenia, nie tylko o wskaźniki i parametry, z natury rzeczy wtórne wobec istoty tego procesu. Czy kształcenie – np. na poziomie średnim zawodowym lub na poziomie wyższym pierwszego stopnia – ma mieć charakter przede wszystkim wielospecjalistyczny, czy też ma kształtować przede wszystkim cechy osobowe potrzebne na współczesnym rynku pracy – głównie umiejętność uczenia się nowych rzeczy oraz autorozwojowy zespół motywacyjny?

W raporcie z przeprowadzonego w 2006 r. po raz piąty z kolei przez Europejskie Stowarzyszenie Uniwersyteckie (European University Association) międzynarodowego badania sondażowego „Trends V”, w którym poddaje się analizie charakter, zakres i tempo wdrażania reform związanych z procesem bolońskim oraz próbuje się ocenić wpływ, jaki wywierają te zmiany na szersze procesy rozwoju instytucji edukacyjnych w Europie, stwierdza się:

Wyniki badania jasno wskazują na radykalny postęp we wdrażaniu reformy strukturalnej: 82% zbadanych instytucji szkolnictwa wyższego (w porównaniu z 53% w 2003 r.) odpowiedziało,

że wprowadziły one u siebie trzy stopnie kształcenia⁹. W Europie nie ma już kwestii, czy reforma struktury szkolnictwa wyższego ma być przeprowadzona, czy też nie¹⁰, rozważa się teraz i analizuje, czy warunki wprowadzania i zakres wsparcia dla tych strukturalnych zmian są wystarczające, aby proces ten zakończył się powodzeniem. Kluczowe jest tutaj zrozumienie reformy w poszczególnych krajach, bowiem wciąż istnieją poważne wątpliwości co do różnych krajowych (narodowych) interpretacji istoty i celów wyodrębnienia trzech poziomów kształcenia, jak również obawy, czy różne narodowe interpretacje będą kompatybilne (Crosier, Purser, Smidt 2006: 7).

Tak więc nie ma zgody między państwami członkowskimi Unii Europejskiej co do jednolitej interpretacji założeń i celów reform systemowych. Można, a nawet należy postawić pytanie o przyczyny tego stanu rzeczy oraz wysunąć hipotezę, iż leżą one nie tylko w oczywistych różnicach kulturowych, lecz także, a może nawet przede wszystkim, w znacznym zróżnicowaniu poziomu cywilizacyjnego państw członkowskich. Społeczeństwo wiedzy, któremu sprzyjać ma proces boloński, ma szansę powstać, utrwalić się i służyć ludziom jedynie na bazie (bądź, w ostateczności, równolegle do kształtowania się) społeczeństwa obywatelskiego i państwa prawa. Tam, gdzie społeczeństwo obywatelskie i państwo prawa w rzeczywistości nie istnieją lub nie są jeszcze ugruntowane i zinternalizowane jako wartości indywidualne i zbiorowe, sposoby podejścia do reform systemowych będą różne, w szczególności całkiem inne, niż to zakładało uruchamianie procesu bolońskiego¹¹.

W części tego samego raportu dotyczącej implementacji zmian strukturalnych można przeczytać, co następuje:

Przejsie do systemu trójstopniowego dokonuje się na ogół w oderwaniu od debaty nad przyczynami tej zmiany. Warto odnotować, że tam gdzie pojawiały się negatywne opinie o wdrażaniu tego systemu, wyrażały je osoby, które nie łączyły reformy strukturalnej z rozwojem uczenia się ześrodkowanego na studencie [student centred learning] [...]. I na odwrót, gdy postawy wobec zmian strukturalnych były pozytywne, prawie zawsze związane były z poglądem, iż reforma umożliwia instytucjom szkolnictwa wyższego skierowanie do studentów bardziej adekwatnej, bardziej realistycznej oferty kształceniowej. W niektórych instytucjach i w niektórych częściach Europy wdrożenie trójpoziomowej struktury szkolnictwa wyższego wydaje się być zadaniem

⁹ Proces boloński zakłada trójstopniowość struktury na poziomie wyższym: masowe studia zawodowe, właściwe studia uniwersyteckie – dla części absolwentów poprzedniego stopnia – oraz studia doktoranckie dla stosunkowo niewielkiej części osób, które uzyskały stopień magisterski (*master degree*).

¹⁰ Niestety, to sformułowanie zawarte w oficjalnym raporcie zdaje się potwierdzać sugerowaną wcześniej sytuację, w której nie stawia się już zasadniczych pytań o sens głównych reform systemowych.

¹¹ Państwo, w którym nie istnieje społeczeństwo obywatelskie i gdzie prawo nie jest uniwersalnym i jedynym regulatorem życia społecznego, nie przywiązuje większej wagi do reformowania tych swoich podsystemów, zmiany w których nie tylko nie przynoszą korzyści materialnych i politycznych, ale wręcz przeciwnie: poważnie obciążają budżet, mogą spowodować niepokoje społeczne (system edukacyjny, system opieki zdrowotnej, system ubezpieczeń społecznych).

traktowanym bardziej jako cel sam w sobie, niż jako środek do osiągnięcia innych celów. Uwaga skupiona jest tam na zmianie struktur, nie zaś na rzeczywistej istocie reformy [...].

Chociaż postęp we wdrażaniu nowych, „bolońskich” struktur jest wyraźny, o uczeniu się skoncentrowanym na studencie jako wiodącej zasadzie reformy programu kształcenia wspomina się zaskakująco rzadko [...]. Jednakże, paradoksalnie, bynajmniej nie zawsze wiąże się to z brakiem działań w tym kierunku, a wynika raczej z tego, że zmiana w myśleniu następuje po wprowadzeniu reformy struktur, zamiast ją poprzedzać (tamże: 21).

Hasło „uczenia się skoncentrowanego na studencie” (*student-centred learning*), symbolizujące nowy paradygmat kształcenia na poziomie wyższym, oprócz pewnej nieścisłości językowej i braku logiki¹² oraz licznych pytań szczegółowych o naturę, zakres i kierunek zmian, rodzi zasadnicze pytanie o akceptację i internalizację „nowego paradygmatu” przez bezpośrednio zainteresowanych, czyli studentów. Czy rzeczywiście większa elastyczność i różnorodność oferty zajęciowej zmieni wszystkich (większość) studentów w jednostki aktywnie poszukujące mniej lub bardziej określonych elementów wiedzy oraz umiejętności? Jak pogodzić ideę zmiany paradygmatu kształcenia, z jednej strony, z coraz większą jego komercjalizacją, a z drugiej strony – z coraz bardziej instrumentalnym i coraz częściej tylko „certyfikacyjnym” traktowaniem kształcenia na poziomie wyższym przez studentów – zwłaszcza w krajach, gdzie system edukacyjny ujmowany jako całość ulega postępującej deregulacji formalnej i degeneracji merytorycznej?

Rozwiązaniu tych problemów nie sprzyja wspomniany wyżej brak zrozumienia w państwie nie opartym wyłącznie na prawie i w społeczeństwie nieobywatelskim zasadniczego, można powiedzieć – życiowego znaczenia systemu edukacyjnego, czego konsekwencją jest niezrozumienie i/lub zbyt pobieżne traktowanie idei leżących u podstaw reform składających się na proces boloński, o czym również piszą autorzy raportu.

Zamiast myślenia w kategoriach nowych paradygmatów edukacyjnych oraz modyfikowania programów pod kątem rezultatów uczenia się, pierwszym odruchem jest mechaniczny podział dawnego dłuższego cyklu studiowania i natychmiastowe utworzenie dwóch jego części tam, gdzie dotychczas była jedna. Przy minimalnym wysiłku kłopotliwy cel „reformowania” zostaje w ten sposób pozornie osiągnięty [...]. Argumentuje się często, że reforma nie spowodowała wejścia na rynek pracy większej liczby absolwentów pierwszego cyklu kształcenia. Tak było w przypadku niektórych instytucji szkolnictwa wyższego odpowiadających na pytanie o to, co studenci mogą robić i co faktycznie robią po ukończeniu pierwszego cyklu studiów. W niektórych instytucjach najpowszechniejszą odpowiedzią było, że prawie wszyscy kontynuują studia na drugim cyklu.

¹² Bardziej trafne byłoby sformułowanie „*student-centred teaching*”, ale intencją inicjatorów procesu bolońskiego było, jak się zdaje, przesunięcie akcentów z przekazywania (transmisji) wiedzy i umiejętności na ich nabywanie czy wchłanianie, a więc na drugi z elementów transakcji edukacyjnej. Ponadto, trochę nielogiczne wydaje się traktowanie jako symbolu zmian stwierdzenia dotyczącego samej istoty procesu edukacyjnego, który przecież zawsze, w taki czy inny sposób, dotyczy osoby uczącej się/nauczanej.

Jeśli jednak programy pierwszego cyklu nie zostały opracowane jako samodzielne, odrębne całości i jeśli niewiele albo w ogóle nie zastanawiano się nad tym, czy treści nowego pierwszego cyklu odpowiadają zapotrzebowaniom rynku pracy, nic dziwnego, że studenci nie mają innego wyboru, jak tylko kontynuować studia w ramach drugiego cyklu (tamże: 24).

W Polsce ów mechaniczny podział dawnego jednolitego cyklu studiów na dwie części nie tylko powoduje chaos programowy i czysto formalne traktowanie drugiej części studiów przez studentów i personel akademicki, ale rodzi także pytanie o sensowność tak przeprowadzonej reformy strukturalnej w sytuacji, kiedy to z formalno-administracyjnego punktu widzenia wykształcenie licencjackie (czyli wyższe pierwszego stopnia) traktowane jest tak samo jak magisterskie (wyższe drugiego stopnia). A to pozwala tysiącom ludzi zdobyć bądź uzupełnić wykształcenie na poziomie wyższym – bez większego wysiłku i bez żadnych predyspozycji czy to intelektualnych, czy osobowościowych.

Szczególnie zaś paradoksalna jest sytuacja, w której studia (najczęściej zaoczne) na poziomie licencjackim są substytutem wyższego wykształcenia **na kierunkach pedagogicznych**, jako że w polskim systemie edukacyjnym wszyscy nauczyciele zatrudnieni w szkolnictwie przedszkolnym, podstawowym i oczywiście średnim muszą od jakiegoś czasu mieć wyższe wykształcenie, a bynajmniej nie wszyscy je mieli w momencie uchwalenia odpowiedniej ustawy. Zdobywanie (uzupełnianie) „wyższego wykształcenia” w warunkach chaosu programowego, przy niemal wyłącznie formalno-administracyjnej motywacji do studiowania, źle wróży przyszłości polskiego systemu edukacji i jest jednym z dowodów na to, że reformy systemowe, również te związane z procesem bolońskim, traktowane są przez państwo jako zabiegi maskujące systematycznie pogarszającą się jakość realizacji podstawowych społecznych funkcji edukacji.

1.2. Idea edukacji a idea pozytywnej zmiany społecznej

Na początek trzeba zadać sobie pytania zupełnie podstawowe: czym powinien być i czym jest edukacja; jakie jest ideowe (filozoficzne?) zaplecze różnych ujęć problematyki edukacyjnej; w czym edukacja może pomóc, co może zmienić, a na co nie ma wpływu; jakie są warunki jej prawidłowego, pozytywnego oddziaływania.

Można wyróżnić trzy zasadnicze ujęcia problematyki edukacyjnej: konserwatywne, radykalne i liberalne, przy czym różnice między nimi są najbardziej widoczne w dwóch kwestiach. Pierwszą z nich są wzajemne relacje między edukacją (systemem edukacyjnym) i zmianą społeczną. Druga to wzajemne związki między edukacją i pozycją społeczną (statusem) jednostek i zbiorowości ludzkich. Zacznijmy od pierwszej. Czy edukacja (rozumiana jako system edu-

kacyjny oraz jako indywidualny i zbiorowy kapitał edukacyjny) stymuluje zmianę społeczną, czy też raczej sprzyja utrzymaniu *status quo*? Trzeba pamiętać, że najbardziej oczywistą różnicą między światopoglądem konserwatywnym z jednej a liberalnym i radykalnym z drugiej strony jest sposób, w jaki postrzega się zmianę społeczną jako taką.

Edukacyjni „konserwatyści” podchodzą do niej nieufnie, wierząc raczej w stopniowy i niespieszny, naturalny niejako proces ewolucyjny.

„Liberałowie” przyjmują ją z zadowoleniem, zakładając zdecydowanie, iż można kreować postęp i sterować nim za pomocą kontrolowanego ulepszania (reformowania) edukacyjnej sfery rzeczywistości społecznej. Ulubioną liberalną propozycją rozwiązywania problemów społecznych jest hasło: edukujmy społeczeństwo.

Edukacyjni „radykałowie” ujmują zmianę społeczną (w tym również np. zmiany w systemie edukacyjnym) w kategoriach rewolucyjnego przewrotu, na ogół w skali makrosocjalnej, zwykle też w interesie krzywdzonych czy uciskanych (dyskryminowanych) grup czy kategorii społecznych lub w interesie narodowym bądź państwowym.

W poszukiwaniu wzorca czy standardu konserwatywnego światopoglądu edukacyjnego można odwołać się do koncepcji Herberta Spencera, który był przekonany, że postęp w społeczeństwie ludzkim jest powolny i nie można go przyspieszyć. Wszelkie projekty reform są nierealistycznymi mrzonkami powodującymi jedynie kłopoty i rozmaite zakłócenia w życiu społeczeństwa. Postęp może dokonywać się jedynie przez ewolucję: „przetrwanie” – w sensie powodzenia, społecznych sukcesów, aktywności i ambitnego rozwoju – najbardziej sprawnych, najszerzej (wszechstronnie) przystosowanych jednostek skonfrontowane z „nieprzetrwaniem” – brakiem społecznych sukcesów, biernością i brakiem ambicji jednostek mniej sprawnych i wąsko (selektywnie) przystosowanych. Reformatorzy, którzy pragną pomóc „przetrwać” (tzn. odnieść sukces społeczny itd.) tym drugim, tylko zakłócają proces ewolucji. Spencer uważał, iż próby kształcenia kogoś posiadającego małe możliwości w tym względzie (niski potencjał intelektualny) są bezużyteczne. Niemożliwe jest podniesienie potencjału intelektualnego (a w konsekwencji kapitału kulturowego) klasy robotniczej poprzez interwencję z zewnątrz, np. w postaci bezpłatnej skolaryzacji, nie mówiąc już o skolaryzacji obowiązkowej i powszechnej. Należy kształcić tylko te dzieci, których rodzice mogą za to kształcenie zapłacić (Spencer 1911, Holmes 1994).

Spencer był nonkonformistą, odnosił się niechętnie do autorytetów i władzy, mocno podkreślał indywidualizm. Twierdził, że indywidualna wolność jest nadzwyczaj ważna, zaś rząd powinien odgrywać bardzo ograniczoną rolę w społeczeństwie, zwłaszcza w odniesieniu do szkół. Nie wierzył w system szkół publicznych. Jego krytycyzm pod adresem systemu edukacji wiązał się z przekonaniem, iż system ten nie przygotowuje dzieci do życia w społeczeń-

stwie. Spencer wierzył w system szkół prywatnych konkurujących o najlepszych uczniów. Będąc przekonany o zasadniczej roli współzawodnictwa, konfliktu i walki, sądził, że najlepsze ze szkół pozyskają najlepszych nauczycieli i uczniów.

Przekonanie, że społeczeństwo powinno być zorganizowane zgodnie z prawami natury i że najlepszym rządem jest taki, który najmniej interweniuje w życie jednostek, pogłębiało się w kolejnych dziełach Spencera. Jego celem było odkrycie, w ramach koncepcji ewolucjonistycznej, naturalnych praw naukowych, zgodnie z którymi jednostki mogłyby, bez wtrącania się państwa, zajmować się swoimi sprawami. Poglądy te znalazły swój wyraz w pierwszej książce Spencera, *Social Statics*, która została opublikowana w 1851 r. W *Social Statics* Spencer wyłożył doktrynę „równej wolności” (*equal-freedom*), która głosiła, że wolność każdej osoby jest ograniczona tylko w takiej mierze, w jakiej nie są naruszane swobody innych osób. Pogląd ten potwierdził w wieku 79, dokonując podsumowania dzieła swojego życia. Rozdział o edukacji w *Social Statics*, w którym zastosował swoje zasady, od początku budził kontrowersje; niektórzy krytycy byli szczególnie oburzeni tezą, że państwo nie powinno wtrącać się do edukacji. Ponieważ w ciągu całego XIX w. rozwijały się krajowe systemy edukacyjne, poglądy Spencera ignorowano lub uważano za dziwaczne, być może z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych, gdzie władza rządu federalnego nie obejmowała systemu edukacji. Chociaż skrajne poglądy Spencera na temat wpływu rodziców na kształcenie dzieci oraz kontroli państwa są sprzeczne z utrwaloną obecnie opinią w tym względzie, jego ostrzeżenia odzwierciedlają się jednak we współczesnych dążeniach polityki edukacyjnej do pewnego zdecentralizowania kontroli nad edukacją i zwiększenia rodzicielskiej swobody wyboru.

Przy całej swojej skrajności (darwinizm społeczny!) poglądy Spencera zasługują na uwagę, ponieważ zawarte są w nich elementy racjonalne, które mogą stanowić punkt wyjścia czy bazę dla formowania się koncepcji alternatywnych wobec rozpowszechnionej, poprawnej politycznie i dominującej w systemach edukacyjnych ideologii liberalno-reprodukcyjnej, sprzyjającej pogarszaniu się poziomu wykształcenia społeczeństwa.

Jeśli każe się za edukację płacić, to klientem jest płacący, nikt inny; płaci on za przewidywane korzyści z posiadanego wykształcenia. Społeczeństwo (ujmowane jako całość, w szczególności za pośrednictwem państwa – swojej formy organizacyjnej), nawet jeśli odnosi korzyść z wiedzy i umiejętności takiej osoby, nie jest klientem systemu, lecz jego wtórnym beneficjentem, niemogącym rościć sobie żadnych pretensji do wpływania na formę i treść kształcenia. Jeśli taki wpływ chce zachować, powinno kształcić za darmo. Pojawia się pytanie zasadnicze: kogo za darmo kształcić i do jakiego szczebla? Odpowiedź zależy od wyznawanej ideologii edukacyjnej osadzonej w szerszej filozofii społecznej. Liberałowie mówią – kształcić jak największą liczbę osób do jak najwyższego poziomu, bo uzyskany w ten sposób wyższy poziom świadomości

jednostek, grup, zbiorowości ludzkich doprowadzi do powszechnej szczęśliwości rozumianej jako pozytywne skutki we wszystkich aspektach życia społecznego i we wszystkich podsystemach społecznych. Radykałowie dodają: kształcić według specjalnie przygotowanych programów nakierowanych na taką koncepcję życia szczęśliwego, jaką wypracowała klasa panująca, w istocie dla lepszej realizacji jej żywotnych interesów. Konserwatyści, za Spencerem, głoszą potrzebę kształcenia tylko najzdolniejszych i chętnych do podjęcia wysiłku edukacyjnego i ograniczenia kształcenia obowiązkowego do niezbędnego minimum umożliwiającego bezpieczne funkcjonowanie w społeczeństwie znajdującym się na danym poziomie rozwoju gospodarczego i technicznego. Zaawansowane zapotrzebowania społeczne na ludzi o określonej wiedzy i umiejętnościach zostaną zrealizowane w wyniku działania „naturalnych”, samoistnych mechanizmów regulacyjnych (dostosowawczych) kształtujących się oczywiście ewolucyjnie. Do kwestii, kogo kształcić i jak dobierać (selekcjonować) kształconych oraz jak zapewnić właściwą (adekwatną do zapotrzebowań) ich dystrybucję w kategoriach poziomu i rodzaju kształcenia wypadnie powrócić w dalszym ciągu tych rozważań. Na razie pozostawmy jeszcze przy głównych ideach edukacyjnych Spencera.

Ojciec konserwatyizmu edukacyjnego chciał, żeby kształcone były tylko te dzieci, których rodzice mogliby zapłacić chesne, oraz te jednostki, które są predysponowane do zdobywania wykształcenia ze względu na odpowiednie uzdolnienia. Pogląd ten wchodzi w skład filozofii społecznej, którą w zdecydowanie pejoratywnym kontekście określa się jako darwinizm społeczny. Przejawem jakiej współczesnej „filozofii społecznej” jest sytuacja, w której przy rekrutacji na niemal wszystkie polskie wyższe uczelnie nie ma zróżnicowanych ani instytucjonalnie, ani kierunkowo kryteriów selekcyjnych, a ponad połowa studentów polskich uczelni płaci za studia, przy czym na zdecydowaną większość „tanich” kierunków studiów niestacjonarnych, zwłaszcza na uczelniach niepaństwowych, przyjmuje się wszystkich chętnych? Jak określić sytuację, w której to dyplom staje się towarem, nie zaś kompetencje merytoryczne, które w związku z tym nie są głównym kryterium jego uzyskania? Przejawem jakiej społecznej filozofii edukacyjnej jest godzenie się (w praktyce, bo w deklaracjach i działaniach pozornych jest inaczej) na to, aby sygnalizowane wyżej sytuacje występowały w kontekście zauważalnie pogarszającej się jakości kształcenia będącej skutkiem przekroczenia już dawno przez niemal wszystkie (a na pewno przez wszystkie „liczące się”) uczelnie wyższe optimum wydolności (skuteczności, a także przydatności) edukacyjnej, przede wszystkim kadrowo-dydaktycznej?

Mając w pamięci te retoryczne pytania, sygnalizujące tylko niedobłą sytuację systemu szkolnictwa wyższego w Polsce, powróćmy do przedstawionej na wstępie fundamentalnej kwestii odnoszącej się do wszelkich systemów edukacyjnych, teraz przedstawionej w nieco innym sformułowaniu: czy edukacja jest (powinna być) czynnikiem reprodukującym *status quo*, czy też stymuluje

(powinna stymulować) pozytywną zmianę społeczną? Zmiana sformułowania poprzez wprowadzenie doń aspektu normatywnego poszerza kontekst, w jakim rozważane są zazwyczaj rozstrzygnięcia tej kwestii, uzupełniając go o ważną problematykę realizacji przez system edukacyjny (w szczególności system szkolnictwa wyższego) jego podstawowych funkcji. A zatem – odtwarzanie systemu społecznego (istniejącego *status quo*) czy zmiana, rozwój, postęp kulturowo-cywilizacyjny? Zarówno w aspekcie analityczno-opisowym, jak i w aspekcie normatywnym pierwsza opcja kojarzona jest zwykle z konserwatywną ideologią polityczną, zaś druga – z ideologią liberalną, dość często z ideami politycznymi tradycyjnie pojmowanej lewicy, z ideą rewolucji społecznej włącznie.

Warto jednak zastanowić się, czy rzeczywiście tylko w polityczno-ideologicznym kontekście należałoby rozważać ten dylemat. Istnieje przecież szerszy, społeczny kontekst: odtwarzanie kultury (cywilizacji) poprzez przyswajanie jej treści to przecież istota transmisji kulturowej będącej naczelną funkcją systemu edukacyjnego na wszystkich jego poziomach. Rozwój, postęp jest potrzebny, niezbędny, konieczny, nieunikniony itd., ale jego podstawą jest transmisja istotnych elementów kulturowo-cywilizacyjnych, ich odtwarzanie w świadomości kolejnych pokoleń (roczników) wstępujących na kolejne szczeble systemu kształcenia. I biada takiemu społeczeństwu, w którym system edukacyjny nie traktowałby jako swoje główne zadanie międzypokoleniowego przekazu, także upowszechniania ważnych zestawów (lub całego kompleksu) treści kulturowo-cywilizacyjnych, lecz tylko próbowałby w drodze rozmaitych reform – programowych i administracyjnych, sterowanych wewnątrzsystemowo i zewnątrzsystemowo – uruchomić coś, co nazwane byłoby wzrostem, postępem, przyspieszeniem, postępową bądź korygującą strategią edukacyjną itp.

Głębokie zaangażowanie polityczne, skupienie wysiłku intelektualnego, środków materialnych i zasobów ludzkich na reformach, a więc przemożnej dążności do zmiany społecznej w danym zakresie przy równoczesnym zaniedbywaniu troski o istniejący „reprodukcyjny” potencjał systemu edukacyjnego może prowadzić – i na ogół tak się dzieje – do powiększenia dysfunkcjonalności systemu, a nawet do jego degeneracji. Należy przy tym pamiętać, że reprodukcja kulturowa w przyjętym tutaj sensie (rozumiana jako efekt realizacji przez system edukacyjny jego funkcji transmisyjnej) nie musi być przejawem dominacji jakiejś klasy społecznej czy opcji politycznej i dążenia do realizacji jej interesów (choć tak też, oczywiście, może być) ani też nie musi oznaczać odtwarzania „złych” stosunków społecznych (choć tak też może być). We wszystkich systemach edukacyjnych znaczna część przekazywanych treści programowych nie ma charakteru ideologiczno-politycznego, lecz merytoryczny¹³, zaś ta ich

¹³ Nieco inaczej jest z tzw. ukrytym programem, gdzie przekaz ideologiczny zwykle dominuje, choć przy spełnieniu pewnych warunków można to zmienić.

część, która jest (i prawdopodobnie musi być) obciążona ideologicznie, zawiera w sobie racjonalny rdzeń, niezbędny dla zachowania ciągłości kulturowej, co jest realizowane poprzez „transmisyjną” funkcję edukacji.

Na tej właśnie, w istocie najważniejszej, funkcji systemu edukacyjnego – ujmowanego w skali globalnej, krajowej, regionalnej czy lokalnej – powinna być skupiona uwaga realizatorów polityki edukacyjnej – w stopniu zdecydowanie większym niż ma to miejsce obecnie, ponieważ ta właśnie część funkcjonowania systemu edukacyjnego zdaje się być dość poważnie zagrożona. Zagrożenie to można określić jako tendencję do obniżania się jakości kształcenia, zwłaszcza rozumianej jako skuteczność i/lub użyteczność (przydatność) przedsięwzięć edukacyjnych. Reformy, które mogłyby poprawić sytuację pod tym względem, sprowadzają się w istocie do proponowania (na poziomie międzynarodowym i krajowym) nacechowanych ideologicznie rozwiązań strategicznych, które wbrew swoim założeniom mogą wywierać tylko bardzo niewielki (jeśli w ogóle...) pozytywny wpływ na system społeczny w ogóle, a w szczególności na podsystem gospodarczy. Główną tego przyczyną jest brak przełożenia ogólnie sformułowanych, a więc w znacznej mierze słusznych założeń ideowych i hasłowo przedstawianych propozycji rozwiązań strategicznych na, po pierwsze, adekwatne decyzje polityczne, po drugie – na odpowiadające im decyzje wdrożeniowe zapadające na szczeblu centralnym (w skali kraju) i realizowane poprzez lokalne ośrodki władzy oraz, po trzecie, na odpowiednie merytoryczne i administracyjne decyzje ośrodków kształceniowych (w szczególności wyższych uczelni). Jest to w istocie brak przełożenia na uwarunkowania decydujące o realnym kształcie i funkcjonowaniu systemu edukacyjnego, a więc tej sfery, która faktycznie kształtuje kulturowe (cywilizacyjne) warunki funkcjonowania społeczeństwa. Na prawidłową strukturę i dynamikę tej sfery składają się: rzetelna i harmonijna realizacja poszczególnych funkcji systemu edukacyjnego (w szczególności systemu edukacji na poziomie wyższym), staranność i społeczne zaangażowanie w przygotowywaniu programów (w szczególności – adekwatnych do zaakceptowanych uprzednio założeń ideowych i merytorycznych, czyli misji uczelni bądź kierunku studiów), właściwe definiowanie celów edukacyjnych i zapewnianie środków na ich realizację (materialnych, osobowych, prawno-administracyjnych) oraz kontrolę – także ewaluację – skuteczności ich realizacji.

Wprowadzenie dwustopniowych studiów wyższych w Polsce (zapewne nie tylko tutaj) jest przykładem dysharmonii pod wszystkimi wymienionymi wyżej względami. Jest to dysharmonia podporządkowanej pewnej opcji (wizji) ideologicznej, którą na najogólniejszym poziomie analizy określić można stereotypowo jako dominację „formy”, czyli rozstrzygnięć polityczno-ideowych, rozwiązań strukturalnych na poziomie makro-administracyjnym, decyzji strategiczno-taktycznych o charakterze działań pozornych itp., nad „treścią”, czyli określonymi celami kształcenia, zawartością programów, a także odpo-

wiednim zapleczem finansowym, materialnym, prawno-administracyjnym i dydaktycznym (przede wszystkim zapewnieniem odpowiednich zasobów ludzkich) oraz – a więc nad tym, co stanowi sens pojęcia jakości kształcenia (bez względu na szczegółowe definicje tego pojęcia).

Mówiąc o liberalnym (postępowym) podejściu do problematyki edukacyjnej, w tym do zagadnień związanych z funkcjonowaniem systemu edukacyjnego, warto przywołać poglądy Lestera F. Warda (zob. Benjamin 1976). Jego optymizm i entuzjazm co do roli edukacji w tzw. postępie społecznym odnaleźć można we współczesnych ponadnarodowych i krajowych inicjatywach, dotyczących strategii reformatorskich nakierowanych na system edukacyjny. Dla Warda, tak jak dla twórców strategii lizbońskiej, wiedza była głównym źródłem zmiany społecznej. Poprzez edukację ludzkość może kontrolować swój ewolucyjny rozwój i wznieść się ponad prawo dżungli, które, jak sądził Spencer, jest częścią ludzkiej natury.

Ludzie postępowi oczywiście uznawali za słuszną koncepcję Warda, nie Spencera, i tak jest do dzisiaj. Współcześni liberałowie edukacyjni są zdania, że edukację można wykorzystać jako środek do zwalczania wszelkiego rodzaju społecznego zła czy społecznych problemów. Młodym ludziom aplikuje się kształcenie w zakresie prowadzenia samochodu i przepisów ruchu drogowego, edukację antynarkotykową i antyalkoholową, seksualną oraz religijną i oczekuje się, że w jej wyniku będą oni ostrożni na drogach i ulicach, trzeźwi i wstrzeмиęźliwi oraz głęboko wierzący. Społeczeństwu aplikuje się „meta-edukację” w postaci ponadnarodowych i krajowych programów zawierających hasła-zakłęcia, mówiące o tym, że poziom osiągniętego wykształcenia pozwoli ludziom lepiej funkcjonować w coraz bardziej złożonej, zaawansowanej technologicznie rzeczywistości społecznej.

Pomijając na razie kwestię realności, a także jakości (skuteczności, przydatności) rzeczywistych przedsięwzięć edukacyjnych, trzeba pamiętać, że ujmowana w ten sposób edukacja bynajmniej nie zawsze daje pożądane rezultaty – i to wcale nie z powodów, o których mówił Spencer. Nie dlatego, że natura ludzka jest niezmienna, lecz przede wszystkim dlatego, że na sposób prowadzenia samochodu, używanie narkotyków, zachowania seksualne i zaangażowanie religijne wpływa w znacznej (niekiedy dominującej) mierze presja grupy, obserwacja dominujących w zbiorowości tendencji – nie zaś wyłącznie indywidualny osąd ukształtowany przez oddziaływania edukacyjne¹⁴. Jednak zmiana norm społecznych poprzez edukowanie jednostek nie jest rzeczą prostą. Stosunkowo łatwo jest przedstawiać fakty, dostarczać informacji, lecz nie jest łatwo

¹⁴ Czy rzeczywiście ukształtowane? Czy rzeczywiście oddziaływania edukacyjne są skuteczne? Negatywna odpowiedź na te i im podobne pytania sugerowana przez obserwację edukacyjnej rzeczywistości dodatkowo osłabia wizję edukacji, a zwłaszcza edukacji masowej jako głównego medium postępu społecznego.

kontrolować grupowe interakcje. Dostarczanie informacji jest głównym realizowanym celem edukacji, ale ludzie organizują swoje życie również (w mniejszym stopniu? w takim samym? przede wszystkim?¹⁵) na podstawie odczuć, wzajemnych stosunków, potrzeby uzyskania akceptacji itp. Czynniki te ograniczają zdolność edukacji do przekształcania życia społecznego (społeczeństwa).

Jest jeszcze jeden punkt widzenia oprócz ujęć konserwatywnego i liberalnego: radykalne podejście do edukacji. O ile Spencera można uważać za duchowego ojca ujęcia konserwatywnego, a Warda za prekursora dominującego dzisiaj na świecie nurtu liberalnego, o tyle Marks może być uważany za pierwszego ideologa istniejącej do dzisiaj (w znacznie zmodyfikowanej postaci) opcji radykalnej. Trzeba przy tym pamiętać, że Marks zgadzał się częściowo z poglądami edukacyjnych konserwatystów. Nie zachęcał ludzi do podejmowania prób zmiany społeczeństwa za pomocą edukowania i reedukowania, nie dlatego jednak, że wierzył (jak Spencer) w przetrwanie najbardziej przystosowanych, lecz dlatego, że uważał system edukacyjny za instytucję konserwatywną. Jest ona częścią „nadbudowy” i jako taka jest na usługach klasy panującej. Nauczycieli będących orędownikami istotnych zmian społecznych zwalnia się z pracy, a poza tym mogą przecież uczyć tylko tego, co sami wiedzą, zaś to co wiedzą zależy od tego, czego mieli szansę się dowiedzieć. A to, czego dowiadują się ludzie pracy, jest pod kontrolą klasy panującej. Kto jest właścicielem gazet? Klasa panująca. Kto kontroluje przepływ i rozpowszechnianie idei? Klasa panująca. Rozwój i schyłek klas społecznych, stanowiący istotę marksowskiego pojmowania rozwoju społecznego, zależy w istocie od zmian w sferze technologii (środki produkcji!), nie zaś od zmian w systemie edukacyjnym. Współcześnie do tej, klarownej w swojej prostocie oraz wymowie politycznej, ideologii edukacyjnej bezpośrednio nawiązują koncepcje neomarksistowskie (np. Willis 1977), pośrednio zaś – koncepcje reprodukcyjne (Bernstein 1975, 1990; Bourdieu i Passeron 2006).

Czy zatem edukacja służy utrzymaniu *status quo*, czy zmianie społecznej? Ogólnie biorąc, szkoły, przynajmniej na poziomie podstawowym i średnim, są bardzo ostrożne, jeśli idzie o przekazywanie nowych idei bądź w ogóle tego nie robią, zaś w sytuacji polskiego systemu edukacyjnego zarządzanego przez ludzi, których ideologiczne korzenie i poglądy polityczne sięgają niekiedy początków XX w., dąży się do nieprzekazywania również i starych idei, ponieważ są odmienne światopoglądowo. Sytuacja kształcenia na poziomie wyższym jest inna. Na tym poziomie ludzie mogą (a nawet powinni) być nagradzani za oryginalność i śmiałość w głoszeniu nowych idei i niekiedy rzeczywiście tak to wygląda – chociaż bynajmniej nie zawsze. Jednak przy całym swym konserwatyzmie szkoły podstawowe i średnie mają do spełnienia funkcję o zasadniczym

¹⁵ Od trudnej do uzyskania i zawsze dalekiej od jednoznaczności odpowiedzi na te pytania zależy ocena roli systemu edukacyjnego w procesie społecznego rozwoju.

znaczeniu: nauczyć umiejętności, których potrzebuje społeczeństwo. W tym sensie nawet konserwatywna czy w ogóle obciążona ideologicznie instytucja edukacyjna jest niezbędna. Ponadto twierdzi się niekiedy, że udział w procesie skolaryzacji czyni uczestników bardziej otwartymi na nowe idee i w tym zakresie prowadzi do zmiany społecznej w dalszej perspektywie. Twierdzenie to jest słuszne tylko w odniesieniu do niektórych sytuacji, instytucji i systemów edukacyjnych – takich, w których nieuniknione obciążenia ideologiczne nie są intensyfikowane do stadium indoktrynacji (w którym to stadium, nawiasem mówiąc, na ogół ulega zniekształceniu również nauczanie ważnych społecznie umiejętności).

Inna zasadnicza kwestia to powiązanie edukacji ze społecznym statusem. Ogólnie rzecz biorąc, związek taki oczywiście istnieje i jest dwustronny. Lepiej wykształceni ludzie na ogół znajdują lepszą pracę, cieszą się wyższym prestiżem i autorytetem niż ludzie gorzej wykształceni¹⁶. Czy to jest sprawiedliwe? Jeśli tak – dlaczego? Jeśli nie – dlaczego? Odpowiedź na pierwsze z tych pytań jest dobrym testem na to, jakie ogólne podejście do problematyki edukacji prezentuje odpowiadający. Większość ludzi, zarówno edukacyjnych konserwatystów jak i edukacyjnych liberałów, odpowie, że jest to sprawiedliwe. Jeśli ktoś odpowiada, że to nie jest sprawiedliwe jest albo bardzo wojującym, skrajnym liberałem bądź zwolennikiem ujęcia radykalnego: w obu przypadkach kwestionuje zakres czy rozmiary nierówności we współczesnym społeczeństwie i chciałby wprowadzić zasadnicze zmiany do istniejącego systemu stratyfikacyjnego.

Warto przywołać w tym miejscu klasyczną (w przyjętej tutaj klasyfikacji – ujmującą problematykę edukacji w sposób konserwatywny) teorię Davisa-Moora (1975). Zakłada ona, że w społeczeństwie istnieje określona liczba miejsc pracy i żeby obsadzić niektóre z nich przez ludzi dobrze kierunkowo wykwalifikowanych, konieczne są związane z tymi stanowiskami wysokie wynagrodzenia. Zaś umiejętności wymagane w tych miejscach pracy (na tych stanowiskach) zdobywane są głównie poprzez system edukacyjny. Stąd bierze się rosnące zapotrzebowanie na kształcenie o wysokiej jakości. To jest, oczywiście, sytuacja modelowa; w praktyce społecznej występują tutaj rozmaite modyfikacje, nieadekwatności i zakłócenia, częstokroć powodujące negatywne skutki w skali całego systemu społecznego¹⁷. Powszechność i istotność odstępstw od modelu może, z jednej strony, stawiać pod znakiem zapytania jego teoretyczną poprawność; jednak z drugiej strony może świadczyć o zakresie i intensywności negatywnych zjawisk w samym systemie edukacyjnym oraz na płaszczyźnie jego współdziałania z szerszym systemem społecznym (w szcze-

¹⁶ Poważne odstępstwa od tej reguły są społecznie dysfunkcjonalne i jako takie są zawsze oznakami społecznej dezorganizacji oraz pogłębiającej się anonii.

¹⁷ Takim zakłóceniem o niezwykle groźnych dalekosiężnych skutkach społecznych jest w Polsce sytuacja zawodowych rynków pracy pracowników systemu edukacyjnego (w szczególności nauczycieli) oraz systemu opieki zdrowotnej (lekarzy i pielęgniarek).

gólności z systemem uwarstwienia). Jak wykazał już dość dawno temu Randall Collins, funkcjonalne wyjaśnienia (współwystępujące z konserwatywnym punktem widzenia na edukację) faktycznie są niewystarczające. W dostatecznie dużej liczbie przypadków, aby nie traktować tego jako nieistotne odstępstwo od reguły, nie ma **funkcjonalnej** potrzeby zatrudniania w miejscach pracy o wysokim statusie ludzi wysoko wykształconych. Praca w tych miejscach (na tych stanowiskach) prawdopodobnie mogłaby być wykonywana wystarczająco dobrze przez osoby mniej wykształcone, ale członkowie grup wyższych statusowo wolą mieć za swoich współpracowników i ewentualnych następców na stanowiskach członków tych samych grup statusowych – ludzi o podobnych interesach, wartościach, zapleczu społecznym, gustach – o podobnym kapitale społecznym i kulturowym (Collins 1971). Co więcej, niezależnie od mechanizmów opisanych przez Collinsa, który odwoływał się do znanych koncepcji Maxa Webera, od jakiegoś czasu edukacyjny wyznacznik statusu traktowany bywa czysto formalnie albo w ogóle nie jest brany pod uwagę jako wskaźnik posiadanych umiejętności i wiedzy (w Polsce jest to dość rozpowszechnione w tych segmentach rynku pracy, które nie wiążą się z bardzo specyficznymi umiejętnościami zawodowymi wymagającymi wieloletniego treningu).

1.3. Funkcje edukacji na poziomie wyższym i podyplomowym a jej skuteczność i użyteczność

Poglądy na rolę edukacji w społeczeństwie są pochodną szerszego systemu przekonań o naturze rzeczywistości społecznej, dlatego wielu autorów proponuje różniące się nieco między sobą typologie społecznych funkcji edukacji (Spencer 1979: 404–407; Goodman 1997: 201–203; Ballantine 2001: 29–57). Z powszechnie uznawanych typologii wyodrębnione zostały poniżej te funkcje, które wiążą się z kształceniem na poziomie wyższym (podyplomowym), pominięte zostały natomiast te, które odnoszą się do zdobywania podstaw wykształcenia we wczesnych latach życia.

1. **Funkcja socjalizacyjna:** uczenie się, jak być produktywnym członkiem społeczeństwa (także np. grupy profesjonalnej czy społeczno-zawodowej). Funkcja ta realizowana jest w szczególności poprzez:

- przekazywanie elementów kultury (cywilizacji) w postaci tzw. wiedzy ogólnej;
- nauczanie, a w konsekwencji internalizowanie określonych wartości;
- integrację społeczną (także np. w ramach grupy społeczno-zawodowej);
- określanie pozycji społecznej, w szczególności jej odtwarzanie (także pozycji w grupie społeczno-zawodowej), ustanawianie relacji społecznych z innymi;
- egzekwowanie określonych reguł w ramach procesu kontroli społecznej.

2. **Funkcja selekcyjno-szkoleniowa** (sytuowanie jednostek w określonych miejscach struktury społeczno-zawodowej, dostarczanie wykwalifikowanych pracowników poszczególnym podsystemom społecznym). Funkcja ta realizowana jest poprzez zinstytucjonalizowane procesy przekazywania, nabywania, utrwalania i doskonalenia (odświeżania) kompetencji profesjonalnych (elementów wiedzy, umiejętności i postaw dobranych według pewnych kryteriów).

3. **Funkcja certyfikacyjna** związana z wagą, jaką przywiązuje się do formalnych dyplomów czy świadectw ukończenia cyklów edukacyjnych. Niektórzy socjologowie edukacji (zwłaszcza zwolennicy teorii konfliktu) zwracają uwagę, że wykształcenie – szczególnie wyższe i podyplomowe – traktowane jest coraz powszechniej jako potrzeba czy konieczność bardziej społeczna niż indywidualno-rozwojowa. W socjologii anglosaskiej przywiązywanie szczególnego znaczenia do formalnych dyplomów określa się jako *credentialism*, dla podkreślenia, że dowody, certyfikaty, owe „listy uwierzytelniające” zaświadczające o osiągnięciu pewnego poziomu czy rodzaju wykształcenia są często podstawowym warunkiem uzyskania pracy, niezależnie od tego, czy stoją za nimi rzeczywiste umiejętności i wiedza, oraz od tego, czy wiedza i umiejętności nabyte w procesie kształcenia są rzeczywiście niezbędne do wykonywania danego zawodu.

4. **Funkcja innowacyjno-rozwojowa.** Wprowadzanie zmian, zwłaszcza o charakterze innowacji jest powszechnie oczekiwaną funkcją edukacji. W socjologii zwraca się uwagę na to, że tylko od kształcenia na poziomie wyższym można oczekiwać faktycznej realizacji funkcji innowacyjnej (aczkolwiek oczekiwanie to często bywa zawodne, zwłaszcza w naszym kraju). Kwestia innowacyjnego potencjału kształcenia podyplomowego pozostaje otwarta, chociaż przeważają tutaj różnego rodzaju wątpliwości co do rzeczywistych możliwości realizowania tej funkcji przez tę formę kształcenia. W ramach tej funkcji można wyróżnić dwa, na ogół współwystępujące, niesprzeczne rodzaje motywacji do zdobywania wykształcenia:

- autoteliczną, gdzie uczestnictwo w procesie edukacyjnym traktowane jest jako cel sam w sobie (w szczególnych przypadkach może chodzić o rozwój indywidualny, samorealizację, samodoskonalenie itp.);
- instrumentalną, gdzie zdobywanie wykształcenia jest środkiem do osiągnięcia innych celów, inwestycją ekonomiczną itp. (w szczególności celem takim może być zmiana określonego fragmentu rzeczywistości społecznej).

5. **Funkcja stratyfikacyjna.** Do funkcji tej przywiązuje się dużą wagę w socjologii, zwłaszcza poziom wyedukowania traktowany jest tradycyjnie jako jedna z głównych zmiennych określających status społeczny jednostki czy rodziny. Z tego względu warto przypomnieć w tym miejscu – w ogólnym ujęciu – główne problemy występujące we wzajemnych relacjach edukacji (funkcjonowania systemu edukacyjnego) i stratyfikacji społecznej.

Osiągnięcia edukacyjne są ściśle związane ze zmiennymi określającymi przynależność klasową czy warstwową – zamożnością (sytuacją materialną), udziałem we władzy, prestiżem, przy czym związek ten ma, w wymiarze ogólnospołecznym, charakter zależności dwustronnej. W socjologicznych teoriach powstałych na gruncie paradygmatu funkcjonalno-strukturalnego¹⁸, jak również w teoriach socjo-pedagogicznych i w liberalnej ideologii edukacyjnej podkreśla się oddziaływanie systemu edukacyjnego, w tym zwłaszcza osiągnięć edukacyjnych, nie tylko na zachowanie ładu społecznego i „naturalne” zajmowanie miejsc w strukturze stratyfikacyjnej, ale także na **postęp** we wszystkich właściwie sferach rzeczywistości społecznej. Natomiast w socjologicznych teoriach konfliktu¹⁹ i w wyrastających z nich edukacyjnych teoriach reprodukcyjnych, jak również w radykalnej ideologii edukacyjnej, kładzie się nacisk na faktyczne uzależnienie systemu edukacyjnego od uwarunkowań strukturalnych czy stratyfikacyjnych przejawiających się w sferze politycznej jako ochrona interesów jednych warstw kosztem innych.

Tak czy inaczej, systemowi edukacyjnemu, w szczególności szkolnictwu wyższemu, przypisuje się funkcję selekcyjną: sortowanie ludzi według ich przyszłych ról społecznych. Są dwa aspekty realizacji tej funkcji, związane, jak się zdaje, z dwiema zasadami regulującymi zarówno politykę edukacyjną (Białecki 2009: 293), jak i społeczne reakcje na nią, czyli decyzje i wybory edukacyjne podmiotów zainteresowanych kształceniem. Aspekt pierwszy, związany z poprawną politycznie i konsekwentnie realizowaną administracyjnie w krajach Unii Europejskiej zasadą równego dostępu do kształcenia, to w istocie zniwelowanie selekcyjnej funkcji edukacji do poziomu elementarnego: uczestnictwo – brak uczestnictwa w systemie edukacyjnym. W konsekwencji posiadanie wykształcenia na określonym, formalnie certyfikowanym poziomie przestaje być ważnym czynnikiem determinującym miejsce w strukturze społecznej i przechodzi do sfery ideologii, stając się zmitologizowanym stereotypem²⁰.

¹⁸ Teoretycy funkcjonalni traktują nierówności jako nieuniknione, a edukację jako odgrywającą istotną rolę w selekcji i przygotowywaniu ludzi do zajmowania nierównych pozycji w społeczeństwie. Pojawia się pytanie o granicę, poza którą nierówności stają się niesprawiedliwe i niesłuszne. Krytycy zarzucają teorii funkcjonalnej, iż zakładając i akceptując nierówności, zakłada i akceptuje utrwalenie społecznego *status quo*.

¹⁹ Teoretycy konfliktu nie zgadzają się z założeniem, iż nierówności są nieuniknione. Twierdzą, że są one utrwalane przez tych, którzy mają władzę, przez „posiadaczy”. Różnimy się przynależnością do grup statusowych kontrolowanych przez dominującą grupę owych „posiadaczy”. Teoretycy konfliktu utrzymują, że wprawdzie sama edukacja nie jest w stanie rozwiązać problemów nierówności społecznych, jednakże sprzyja restrukturyzacji całego społeczeństwa i dokonaniu w nim potrzebnych zmian.

²⁰ Dobrze streszcza to następujący fragment artykułu Ireneusza Białeckiego: „Powstaje niemal ideologia, w myśl której kształcenie, kapitał ludzki to w gospodarce opartej na wiedzy jeden z ważniejszych czynników decydujących o wzroście gospodarki i o jej przewadze konkurencyjnej.

Aspekt drugi, pozostający w związku z zasadą merytokratyczną – najlepsze kształcenie dla najzdolniejszych i najsilniej motywowanych, to zachowanie idei „postępowej” selekcji otwierającej perspektywę awansu społecznego, przy niezbywalnych założeniach: (1) nierówności uzdolnień i motywacji po stronie bezpośrednio uczestniczących w systemie edukacji oraz (2) zróżnicowania jakości kształcenia – po stronie systemu edukacyjnego.

W społeczeństwach nowoczesnych coraz więcej ludzi kieruje pod adresem systemu edukacyjnego oczekiwania, dotyczące satysfakcjonującego usytuowania w strukturze społecznej, w szczególności – zachowania bądź podwyższenia swojej pozycji w społeczeństwie. U podstaw tych oczekiwań, skądinąd oficjalnie sugerowanych i powszechnie akceptowanych jako pewien wzór kulturowy, leżą trzy założenia:

a) można polepszyć swoją sytuację życiową (status) poprzez odpowiednie wykształcenie uzyskane dzięki ciężkiej pracy – głównie wieloletniemu intensywnemu wysiłkowi intelektualnemu;

b) wszyscy członkowie społeczeństwa mają taką samą możliwość przesuwania się w górę w hierarchii społecznej (ruchliwość pionowa w górę jest powszechnie dostępna);

c) osiągający wyższy poziom wykształcenia mają większe szanse na lepszą pracę i wyższe zarobki.

Te idealizujące rzeczywistość, a więc ideologiczne w swej istocie założenia, nie są spełniane i wciąż aktualne pozostaje pytanie, kto i z jakich powodów osiąga większe (poziom) i lepsze (jakość) wykształcenie, a kto jest wyedukowany na niższym poziomie i gorzej?

System edukacyjny przynosi rozczarowania i frustrację wielu ludziom, ponieważ, po pierwsze, jest jednocześnie mechanizmem awansu społecznego oraz instytucją utrwalającą pozycję społeczną pewnych kategorii kształcących się, a po drugie – nie jest w stanie rozwiązać problemów, które mają swoje źródła w innych niż edukacja podsystemach i instytucjach społecznych.

Klasy społeczne są „reprodukowane”, odtwarzane za pomocą różnych mechanizmów, takich jak szkoły elitarne i prywatne, ciągi edukacyjne i grupowanie według zdolności, a także oczekiwania nauczycieli. W szczególności sposób funkcjonowania szkół może negatywnie oddziaływać na określone grupy uczniów, np. procedury testowe mają tendencję do faworyzowania przedstawi-

Tu nierówność w dostępie do studiów, niedoreprezentowanie wśród studentów grup o niższym statusie objawia się po prostu jako słabe wykorzystanie potencjału uzdolnień, obniżające konkurencyjność gospodarki (OECD 2008: 137). [...] Im więcej ludzi kształci się na poziomie wyższym, tym lepiej dla gospodarki (Lisbon Council 2008). Opłaca się nawet na niższych pozycjach zawodowych zastępować ludzi słabiej wykształconych przez ludzi z wyższym wykształceniem, podnosi to bowiem produktywność i innowacyjność przedsiębiorstw i całej gospodarki” (Białecki 2009: 293–294). W istocie żaden z argumentów przytaczanych w strategii lisbońskiej nie ma zobiektywizowanego, bazującego na materiale empirycznym uzasadnienia.

cieli klasy średniej i studentów białych (w społeczeństwach zróżnicowanych etnicznie), grupowanie według zdolności przebiega według podziałów rasowych i klasowych, a zachowania i oczekiwania nauczycieli również wpływają na osiągnięcia szkolne uczniów.

Edukacja odgrywa istotną rolę w procesie sortowania ludzi do różnych kategorii zawodowych, jednakże proces sortowania obejmuje inne jeszcze czynniki:

- różnice rodzajów, stopni i poziomów jakości kształcenia w danym kraju, regionie, danej społeczności lokalnej;
- zróżnicowany dostęp do instytucji edukacyjnych – ze względu na klasę społeczną, religię, rasę i pochodzenie etniczne;
- różnice w indywidualnych motywacjach, wartościach i postawach; różnice w chęciach i zdolności rodziców i znaczących innych do finansowego i psychicznego wsparcia niezbędnego dla zmaksymalizowania zdolności uczącego się.

W socjologii edukacji od przełomu lat 60. i 70., kiedy to opublikowany został najpierw raport z badań J. S. Colemana, a w kilka lat po nim rezultaty badania Christophera Jencksa, powszechnie akceptowana jest teza, że jeśli w życiu jednostki nie występują inne sprzyjające czynniki, samo wykształcenie będzie miało stosunkowo niewielki wpływ na jej sukces ekonomiczno-społeczny (Coleman et al. 1966, Jencks et al. 1972, zob. także: Ballantine 2001: 66).

Część przedsięwzięć edukacyjnych ma charakter instruktażowy, a ich celem jest przygotowywanie do wykonywania konkretnych zadań, pełnienia określonych funkcji czy odgrywania określonych ról społecznych. Tego rodzaju proces kształceniowy funkcjonuje w socjologii edukacji jako szkolenie, odróżniane często od kształcenia szkolnego (*schooling*), także od oświaty oraz od edukacji rozumianej jako podstawowa instytucja społeczna. O danej formie kształcenia można mówić jako o szkoleniu (*training*), jeśli zakres i treść zasadniczej części programu kształtowane są przez wąskie kryteria komercyjne, określane doraźnie zapotrzebowaniem na rynku pracy, bądź przez kryteria profesjonalne, wyznaczone przez szczegółowe wymagania dotyczące kompetencji zawodowych, nie zaś na podstawie szerszych zasad czy idei społeczno-pedagogicznych, wpływających na treść, zakres i sposób przekazywania wiedzy w instytucjach systemu edukacyjnego ukierunkowanych na kształtowanie podstaw późniejszego rozwoju intelektualnego i zawodowego (w tym w instytucjach szkolnictwa wyższego). Współcześnie uważa się, że odpowiednio ukierunkowana aktywność w sferze szkoleń jest ważnym czynnikiem wzrostu gospodarczego i efektywnego wykorzystania kapitału ludzkiego (Marshall 2004: 335). Problematyka tak rozumianych szkoleń jest ważna z perspektywy podstawowych zainteresowań socjologii w ogóle – wiąże się z kwestiami kształtowania się kwalifikacji, zagadnieniami procesu pracy i rynku pracy itp., jest również istotna z punktu widzenia tematyki niniejszego opracowania. W szczególności dotyczy bowiem

tej sfery szkoleń, którą określa się jako kształcenie podyplomowe oraz wiąże się z szerszym obszarem idei i ideologii edukacyjnych (także ze szczególnym obszarem polityki edukacyjnej), jakim jest koncepcja uczenia się przez całe życie (*long-life learning*), mniej emfaticznie określana czasami jako kształcenie ustawiczne, odnoszone przede wszystkim do sfery zawodowej (zob. np. Piotrowski 2005: 232–238), a ostatnio coraz częściej sytuowane w kontekście rozwoju zaawansowanych technologicznie sposobów nauczania i uczenia się (por. Gorard, Selwyn 2005).

Uruchamianiu strategii kształcenia ustawicznego nieodłącznie towarzyszy idea zmiany paradygmatu edukacyjnego ujmowana hasłowo jako przejście od nauczania do uczenia się. Paradygmat może być tutaj rozumiany jako zmiana dominującego dyskursu – sposobu myślenia, nadawania sensów, decydowania o postępowaniu, rozpowszechnionego w określonej sferze rzeczywistości społecznej. W wypadku wielkich projektów europejskich znanych jako proces boloński i strategia lizbońska sferą, która ma ulec takiej zmianie, jest szkolnictwo wyższe, zarówno w skali krajowej, jak i w skali całej wspólnoty europejskiej. Najogólniejszym kierunkiem zmian miałyby być przejście od biernego (neutralnego, niezaangażowanego) do aktywnego (samodzielnego, zaangażowanego) sposobu nabywania wiedzy i umiejętności przez osoby i grupy uczestniczące w cyklach kształcenia na poziomie wyższym. Funkcjonujący dotychczas paradygmat edukacyjny polega na przekazywaniu studentom pewnego zestawu wiedzy, umiejętności i postaw (czyli kompetencji w najszerszym znaczeniu) uznanego przez różne autorytety za optymalny z punktu widzenia akcesu do sfery profesjonalnej i/lub z punktu widzenia realizacji przyszłych zadań zawodowych.

Obecnie, w związku ze zmianami makrospołecznymi składającymi się na szeroko nagłaśniane przechodzenie społeczeństw krajów rozwiniętych do fazy „społeczeństwa wiedzy” pożądana byłaby zmiana tego paradygmatu, polegająca na zdecydowanym zintensyfikowaniu, o wiele większej elastyczności oraz szerszym niż dotąd zróżnicowaniu aktywności osób kształconych na poziomie wyższym, z perspektywą przejścia przez te osoby wyraźnie większej niż dotąd odpowiedzialności za uwarunkowania swojej przyszłości zawodowej, w szczególności powodzenia na rynku pracy. Zmiana ta polegałaby na, najogólniej biorąc, przejściu od biernego wchłaniania wiedzy pojęciowej i „wiedzy o umiejętnościach” do świadomego zarządzania swoimi zasobami intelektualnymi i behawioralnymi, przy uwzględnianiu różnych uwarunkowań społecznych, w tym wymagań i ograniczeń rynku pracy.

Powyższe rozróżnienie dwóch paradygmatów podejmowane jest w perspektywie osób edukowanych – niezbędne zmiany w infrastrukturze edukacyjnej miałyby być konsekwencją zmian w szerszym paradygmacie edukacyjnym. W literaturze przedmiotu obecne jest inne, w pewnej mierze komplementarne ujęcie, w którym akcent kładzie się raczej na infrastrukturę edukacyjną właśnie,

przyjmując założenie, iż dokonane tutaj zmiany przyniosą pożądane i pozytywne efekty również w świadomości, postawach i nastawieniach osób kształconych. Wyróżnia się zatem dwa typy idealne czy modele: paradygmat „instruktażowy” i paradygmat „uczenia się” (zob. Barr, Tag 1995). Najważniejszą różnicą między tymi dwoma modelami jest to, że zasadniczym celem paradygmatu instruktażowego jest nauczanie (przekazywanie wiedzy i umiejętności), zaś w wypadku tego drugiego paradygmatu – stwarzanie lepszego środowiska (w tym lepszych warunków zewnętrznych) dla uczenia się. Ten drugi paradygmat nie jest zorientowany na osiągnięcie ściśle określonych wyników; uczenie się jest tutaj wzajemnym, wielostronnym procesem, w toku którego aktorzy zbiorowo przyjmują odpowiedzialność za jego rezultaty. Inaczej mówiąc, jest to dogodna sytuacja, w której wyższe uczelnie nie są odpowiedzialne tylko za poziom, na jakim studenci opanowują materiał, lecz za całość procesu uczenia się. W paradygmacie instruktażowym instytucje szkolnictwa wyższego mają na celu przekazanie wiedzy personelu uczącego studentom w drodze różnych rodzajów zajęć i programów dostosowanych do poszczególnych poziomów kształcenia oraz dbanie o to, by personel był zorientowany na bieżąco w swoich dziedzinach zainteresowań profesjonalnych. Tak więc celem operacyjnym jest prowadzenie zajęć dydaktycznych. W paradygmacie uczenia się celem instytucji szkolnictwa wyższego nie jest transfer wiedzy, lecz stwarzanie odpowiedniego otoczenia, a także uwarunkowań i możliwości, które wspierają studentów w gromadzeniu i konstruowaniu wiedzy dla nich samych, czynią z nich członków „uczących się społeczności”. W tym kontekście mowa jest również o ciągłym rozwijaniu, testowaniu, wdrażaniu i ocenianiu metod uczenia się.

Kryteria ewaluacyjne w obu paradygmatach także są różne. W paradygmacie instruktażowym dokonania instytucji szkolnictwa wyższego oceniane są w drodze pomiaru ilościowego: ocenia się liczbę absolwentów, liczbę doktoratów, ilość punktów za publikacje naukowe. Sfera dydaktyczna podlega ocenie typu *peer review* na podstawie formalnie określonych kryteriów. W ramach paradygmatu uczenia się ewaluacja dokonań jest zorientowana bardziej na procesy i skupia się na aktywności poznawczej studentów oraz na kolejnych poziomach nabywanych przez nich umiejętności.

Struktura nauczania i uczenia się w instytucji edukacyjnej w modelu instruktażowym jest zatomizowana, trwała i sztywna. Różne części procesu kształcenia (zajęcia) ujmowane są jako odrębne, niezależne jednostki dydaktyczne traktowane priorytetowo w relacji do całości procesu. Instytucje, funkcjonujące według paradygmatu instruktażowego, organizują zajęcia i gromadzą nauczycieli akademickich w niezależnych jednostkach administracyjnych i programach kształceniowych rzadko komunikujących się między sobą. Jednostki te reprezentują zwykle wyodrębnione dyscypliny naukowe i są bazą oferty zajęciowej. W systemie tym zadaniem nauczyciela akademickiego jest „przerobienie materiału” w sposób określony wymogami formalnej akademickiej

kiej dyscypliny. Tego rodzaju środowisko edukacyjne nie pozostawia miejsca na eksperymentowanie z metodami uczenia się.

W paradygmacie uczenia się struktura kształcenia ma charakter holistyczny. Ocena osiągnięć studenckich jest zorientowana procesualnie, tzn. obejmuje wszystkie etapy procesu uczenia się. Częścią programów kształcenia staje się uzyskanie swoistej mieszanki umiejętności intelektualnych i społecznych, umożliwiającej np. sprawne rozwiązywanie problemów czy efektywne uczestnictwo w zespole. Na wstępie ustalane są nie środki, takie jak wykłady czy inne zajęcia, lecz rezultaty. System ten zapewnia aktorom więcej możliwości różnicowania instrumentów nauczania i uczenia się w charakterystycznym dla tego paradygmatu ciągłym poszukiwaniu najskuteczniejszych i najbardziej efektywnych metod kształcenia.

Dwa wyróżnione paradygmaty różnią się sposobem organizacji procesu edukacyjnego. W zatomizowanej perspektywie paradygmatu instruktazowego głównym aktorem jest nauczyciel akademicki, dostarczający wiedzy, zaś studenci są biernymi odbiorcami. W takim modelu/paradygmacie każdy ekspert może uczyć. W paradygmacie uczenia się kształcenie jest procesem holistycznym, a głównym aktorem jest osoba ucząca się. Dlatego w modelu tym studenci muszą odgrywać aktywną rolę w budowaniu swojej wiedzy, która zresztą nie jest postrzegana jako kumulatywna i linearna, lecz jako interaktywna i osadzona w zbiorczym, sieciowym kontekście. W paradygmacie instruktazowym nauczyciel akademicki jest aktorem, zaś w paradygmacie uczenia się jest „interaktorem”, aktorem interaktywnym, określającym cele kształcenia i skupiającym się na jego metodach. W tym drugim modelu funkcjonują interdyscyplinarne lub pozadyscyplinarne grupy i zespoły projektowe o charakterze zadaniowym.

Paradygmatyczne przejście od nauczania do uczenia się, niekiedy rozumiane także jako przejście od nabywania wiedzy do uzyskiwania kompetencji/kwalifikacji i do ukierunkowania na rezultaty kształcenia, oznacza zerwanie z dotychczasowym podejściem i powinno pociągać za sobą reformy w różnych sferach instytucji edukacyjnych: (1) wzorach i schematach programów studiów i rozkładów zajęć, (2) formach współpracy między jednostkami akademickimi, (3) wzorach uznawania i stosowania różnych metod kształcenia, (4) procesie ewaluacji – dotyczącym nie tylko i nie przede wszystkim studentów, ale również nauczycieli akademickich, (5) podejściu do innowacji metodycznych w dydaktyce (zob. *The Social Function of Higher Education...* 2009: 178–182).

W szczególności wszystkie te zmiany reformatorskie powinny prowadzić do zmniejszenia czy choćby kontrolowania ryzyka deprecjacji (obniżenia się użyteczności) dyplomów wyższych uczelni. Osoby wybierające określony kierunek studiów motywowane są różnymi czynnikami, lecz ani studenci, ani ich nauczyciele akademicy nie są w stanie przewidzieć, jaka będzie sytuacja na rynku pracy za kilka lat – w czasie, gdy ci pierwsi otrzymają dyplomy. Napięcia między profesjonalizacją studiów (zgodnie z potrzebami dzisiejszego rynku

pracy) a przyszłymi potrzebami społecznymi i gospodarczymi są nie do uniknięcia, jednak można je zmniejszyć czy złagodzić, uelastyczniając programy studiów i rozszerzając ofertę kształcenia ustawicznego. Postulat uczenia się przez całe życie traktowany jest jako zasadniczy aspekt „społeczeństwa wiedzy”:

Koncepcja uczącej się gospodarki sygnalizuje, że najważniejszą zmianą nie jest bardziej intensywne wykorzystywanie wiedzy w gospodarce, lecz to, że wiedza staje się przestarzała szybciej niż działa się to kiedyś; dlatego konieczne jest organizowanie [przez firmy] różnych form kształcenia, tak aby pracownicy uzyskiwali wciąż nowe kompetencje/kwalifikacje [...] Połowa umiejętności, jakie uzyskał inżynier informatyk w czasie swoich studiów będzie przestarzała w rok po zdaniu ostatnich egzaminów, zaś średni okres takiego „rozpadu połowicznego” dla wszystkich wykształconych pracowników najemnych szacuje się na mniej więcej osiem lat (Nielsen, Lundvall 2003).

Pewnym paradoksem jest, że dużemu kapitałowi ludzkiemu może towarzyszyć wysokie bezrobocie, jeśli absolwenci nie będą przygotowani do ciągłego uczenia się, odświeżania i aktualizacji swoich kompetencji w ramach kształcenia ustawicznego – samodzielnego i organizowanego przez system edukacyjny.

Wspomniana wcześniej kwestia wyodrębniania się szkoleń spośród całokształtu przedsięwzięć edukacyjnych, rozszerzania się ich zakresu ściśle łączy się z ogólniejszą problematyką koncepcyjnego i praktycznego wyodrębnienia kształcenia zawodowego na poziomie wyższym (dwa stopnie kształcenia przed-dyplomowego: zawodowy i uniwersytecki czy akademicki). Tendencji do uzawodowienia studiów, do niedawna traktowanych jako uniwersyteckie, a nie jako zawodowe, towarzyszy przy tym wyraźna zmiana w mentalności tej części kandydatów na studia i osób studiujących, która chce się czegoś na studiach nauczyć (chce studiować skutecznie) – w coraz większym, można powiedzieć, wszechobejmującym zakresie oczekują i domagają się konkretów, przykładów, gotowych recept i rozwiązań, przekazywania im wiedzy nie tyle uporządkowanej, ile przydatnej praktycznie, w sensie gotowości do bezpośredniego zastosowania w sferze zawodowej. Trudno powiedzieć, na ile jest to przyczyna zideologizowania problematyki jakości kształcenia w duchu ISO i strukturalnych postulatów procesu bolońskiego, na ile zaś skutek owego zideologizowania. Tak czy inaczej, teoretyczny model funkcjonowania edukacji w szerszym systemie społecznym, zakładający *implicite* pewne zharmonizowanie poszczególnych funkcji, nie jest już zgodny z praktyką społeczną. Autoteliczny element funkcji innowacyjno-rozwojowej jest w zaniku, funkcja socjalizacyjna realizowana jest w gruncie rzeczy tylko w ramach tzw. ukrytego programu kształcenia, funkcja certyfikacyjna i funkcja stratyfikacyjna tracą na znaczeniu w związku z masowością i urynkowaniem kształcenia na poziomie wyższym. Najistotniejsza staje się funkcja selekcyjno-szkoleniowa, która jednak w znacznej mierze realizowana jest w swoistej separacji od oczekiwań płynących z rynku pracy. W tej sytuacji myślenie o jakości kształcenia, z jednej strony, w kategoriach wskaźników

jakości infrastruktury (a więc zapewniania warunków do nauczania i uczenia się), a z drugiej strony – w kategoriach ideologicznych i politycznych deklaracji odwołujących się do ilościowych wskaźników skolaryzacji jest w istocie ucieczką od pogłębionej refleksji nad jakościowymi efektami uczestnictwa w procesie edukacyjnym.

Jak wspomniano wyżej, odstępstwa od teoretycznego modelu funkcjonowania edukacji w szerszym systemie społecznym mogą, ale nie muszą świadczyć o niedoskonałości czy niepoprawności ujęcia teoretycznego. Jeżeli na gruncie teoretycznym w zasadzie panuje zgoda co do tego, że system edukacyjny ma do spełnienia pewne ważne społeczne funkcje, to ich niespełnianie nie jest świadectwem ułomności teorii, lecz budzi poważne podejrzenie dysfunkcjonalności samego systemu – jego nieefektywności, nieskuteczności, nieprzydatności.

Kwestia efektywności, wydajności czy produktywności systemu edukacyjnego jest problemem po większej części ekonomicznym – choć nie wyłącznie. Najogólniej rzecz biorąc, chodzi o to, aby za te same pieniądze mieć lepszą (a w każdym razie nie gorszą) edukację, za mniejsze pieniądze edukację tak samo dobrą jak za większe, a za większe pieniądze – edukację o wiele lepszą. Jest to bardzo poważny problem, ponieważ przy dominujących obecnie metodach kształcenia każdy kraj powinien przeznaczać każdego roku coraz większą część budżetu tylko na utrzymanie na tym samym poziomie edukacyjnego „produktu” – a najczęściej uznaje się, że nie jest to produkt zadowalający... Co więcej, niezwykle trudno jest ustalić racjonalny system priorytetów w wydatkach na edukację, a jeszcze trudniej – wprowadzić nowe, bardziej efektywne metody. Do olbrzymich trudności o charakterze organizacyjnym, ekonomicznym i administracyjnym dochodzą jeszcze rosnące wymagania dotyczące jakości kształcenia wynikające tylko częściowo z założeń ideowych, częściowo zaś (niektórzy twierdzą, że przede wszystkim) z postępującego – w niektórych krajach, w tym w Polsce – w szybkim tempie urynkowania i komercjalizacji systemu edukacyjnego. Jakość kształcenia rozumiana będzie w tym opracowaniu jako skuteczność i użyteczność (przydatność) działań edukacyjnych. Oba te pojęcia – elementy operacyjnej definicji jakości kształcenia – rozważane będą w perspektywie podmiotowej: dla kogo, z czyjego (z jakiego) punktu widzenia system edukacyjny i podejmowane w jego ramach przedsięwzięcia są skuteczne i użyteczne. Ta problematyka, symbolizowana przez używane w niektórych analizach i szerszych opracowaniach pojęcie klienta systemu (przedsięwzięcia) edukacyjnego, podjęta jest w rozdz. 2.

Idee jakości kształcenia rozwijane były początkowo (w latach 80. i na początku lat 90.) jako idee jakości „rozumiejącej”: w postaci postulatów zintensyfikowania procesów i mechanizmów profesjonalizacji w środowisku akademickim, w tym zwłaszcza wzmożenia poczucia odpowiedzialności za realizację zadań edukacyjnych poszczególnych placówek szkolnictwa wyższego. Nieuchronnie postępująca instytucjonalizacja tych postulatów i dążeń dokonywała

się najpierw w ramach środowiska profesjonalnego i przyjmowała kształt dbających o jakość kształcenia stowarzyszeń i komisji akademickich; nieco później rozszerzyła się na agendy rządowe. W rezultacie działalności koncepcyjnej i idącej w ślad za nią działalności akredytacyjnej tych instytucji pojawiły się pewne reguły zapewniania jakości kształcenia, a następnie standardy akredytacyjne, których wyraźnie określonym układem odniesienia była sfera kształcenia na poziomie wyższym. Mniej więcej w połowie lat 90. gwałtownie rosnące, a przy tym pozbawione głębszej refleksji zainteresowanie jakością **wszystkiego** (będące szczególnym zjawiskiem społecznym i kulturowym) uruchomiło mechanizmy komercyjne i biurokratyzacyjne, które złożyły się w sumie na postępującą alienację problematyki jakości – w tym również jakości kształcenia – od najistotniejszych problemów praktycznego działania w różnych sferach życia społecznego. Pojawiły się znakomicie prosperujące zewnętrzne instytucje certyfikujące jakość bez wnikania w istotę działalności, której jakość jest rzekomo oceniana. Certyfikacja jakości przeprowadzana jest na podstawie obecności zbiurokratyzowanych i często bardzo rozbudowanych procedur oraz według sformalizowanych, głównie ilościowych kryteriów, przy deklaratywnym tylko uwzględnianiu istoty danej działalności. Alienacja ta dokonuje się w różnym tempie w różnych dziedzinach, lecz przedsięwzięcia edukacyjne, także w ramach kształcenia na poziomie wyższym, zdają się ulegać jej w najwyższym stopniu.

Biurokratyzacja jest nieuchronna, być może nawet potrzebna i pożądana, zwłaszcza w fazie ekstensywnego rozwoju systemu edukacji, jednak realizacja formalnych procedur „zarządzania jakością” w najlepszym razie może służyć zbudowaniu podstaw, czyli, inaczej mówiąc, materialnej, osobowej i organizacyjnej infrastruktury jakości kształcenia. Zaś istota jakości coraz częściej określana jest poprzez odwołania do słabo poddającej się biurokratyzacji sfery, w której zasadniczą rolę odgrywają oczekiwania różnych podmiotów zainteresowanych kształceniem oraz subiektywna i intersubiektywna ocena stanu ich realizacji. Tymczasem implementację biurokratycznych procedur w instytucji edukacyjnej – np. szkolnictwa wyższego czy placówce kształcenia podyplomowego – i konsekwentne ich przestrzeganie (przynajmniej w założeniu) określa się jako zbudowanie systemu jakości czy systemu zarządzania jakością, mimo że porzeczano w istocie tylko na zbudowaniu infrastruktury, w założeniu sprzyjającej realizacji celów, których sformalizowane zdefiniowanie jest jednym z biurokratyczno-proceduralnych elementów tejże infrastruktury. To zapętlenie się w gąszczu powiązanych ze sobą procedur, klasyfikacji, modeli i zakłęb z powtarzającym się terminem „jakość kształcenia” jest szczególną ideologiczną nadbudową nad trudno uchwytną definicyjnie (jak wszystkie pojęcia abstrakcyjne), na pewno wieloaspektową i wielopoziomową ideą jakości kształcenia.

„System jakości” jest w istocie sprzedawany i kupowany, jest pewną inwestycją, ponieważ stanowi podstawę akredytacji zapewniającej ciągłość funkcjo-

nowania instytucji edukacyjnej, jako że posiadanie akredytacji jest oficjalnym wymogiem w tym względzie. Podlega regułom rynkowym – jest podaż usług certyfikacyjnych i popyt na nie, istnieje konkurencja instytucji certyfikujących, posiadanie certyfikatu jakości wykorzystywane jest marketingowo, a niekiedy (coraz częściej) stanowi warunek transakcji edukacyjnych. Certyfikacja, a także proces akredytacyjny polegają głównie na sprawdzeniu, czy istnieją (niekoniecznie – czy oddziałują na rzeczywistą jakość kształcenia) określone, wysoce sformalizowane i zbiurokratyzowane procedury, w tym również procedury określone jako ewaluacyjne, sprowadzające się głównie do oceny różnego rodzaju wskaźników ilościowych. Wszystko to funkcjonuje – w znacznej mierze fałszywie – w świadomości powszechnej jako sfera jakości, coraz bardziej zestereotypizowana i zmitologizowana. Tak rozumianą jakość kształcenia można „załatwić” w dość prosty i całkowicie pozamerytoryczny sposób; organizuje się ją, podrasowuje, uzupełnia i szminkuje pod kątem certyfikacji. Rzeczywistych rezultatów procesów kształcenia – trudnych do określenia jako cele i bardzo trudnych do zbadania jako efekty – właściwie się nie bada, jak również nie analizuje się samego procesu kształceniowego pod kątem tych rezultatów, ewentualnie robi się to tylko w perspektywie zgodności z procedurami „systemu jakości”. Programy badawcze w tym względzie często ulegają owej fałszywej świadomości, choć wskazuje się w nich na potrzebę głębszej refleksji. W rzeczywistości jest tak, że coraz więcej jest literatury dotyczącej jakości kształcenia, coraz bardziej rozrasta się, utrwała i biurokratyzuje ideologiczna nadbudowa, zaś w dość powszechnym odczuciu obserwatorów jakość kształcenia się obniża.

Zakłada się, że wysoka jakość infrastruktury – uwarunkowań technicznych, także zasobów ludzkich – stanowi w decydującej mierze o jakości całego przedsięwzięcia edukacyjnego oraz, ponadto, że można tak wpływać na bezpośrednich biorców usługi edukacyjnej, że „otworzą się” oni na te uwarunkowania i będą aktywnie chłonili wiedzę, nabywali umiejętności i postawy etc., czyli że ideologicznie formułowane cele kształcenia będą skutecznie realizowane, a usługobiorcy, ewentualnie inne podmioty zainteresowane, na tym skorzystają, czyli że kształcenie będzie użyteczne. W rzeczywistości sprawy nie przedstawiają się tak prosto. Potencjalni bezpośredni odbiorcy usługi edukacyjnej mogą jej nie odebrać w ogóle albo odebrać częściowo i w związku z tym nie nabywają założonych kompetencji (albo nabywają je tylko formalnie, czysto „certyfikacyjnie”, w rozumieniu kompetencji jako zdolności prawno-administracyjnej), a mimo to są usatysfakcjonowani, przynosi to im określone odczuwane/postrzegane korzyści – często różne od założonych w idei czy ideologii kształcenia określonego rodzaju, w określonym trybie, na określonym poziomie.

Powszechność (wysoka dostępność i osiągalność) wyższego wykształcenia nie zmienia zasadniczo mechanizmów reprodukcji klasowej/kulturowej. Może przy tym stwarzać – i faktycznie powoduje – perturbacje na rynku pracy, biorące

się z nieadekwatności ambicji i aspiracji edukacyjnych do zapotrzebowań i oferty rynku pracy. Rzecz nie sprowadza się przy tym do oczywistej, niejako immanentnej nieadekwatności „produktów” systemu edukacyjnego do potrzeb rynku pracy. Owe ambicje i aspiracje związane są w przeważającej mierze z instrumentalnym traktowaniem kształcenia na poziomie wyższym, czyli z czysto „certyfikacyjnym” na ogół postrzeganiem własnego udziału w procesach edukacyjnych na tym poziomie, podczas gdy rynek pracy jest w znacznej mierze uodporniony na zewnętrzne certyfikaty. Nieadekwatność ta, mająca wiele wspólnego z „fałszywą świadomością”, w coraz większym stopniu interweniuje negatywnie (widać to w różnych krajach, nie tylko w Polsce) i może być traktowana jako istotny element sytuacji anomijnej we współczesnych społeczeństwach (zarówno w wymiarze zbiorowym, wspólnotowym, jak i w wymiarze indywidualnym), zwłaszcza, że towarzyszy jej powszechne obniżenie jakości kształcenia, w sensie gorszej realizacji podstawowych społecznych funkcji edukacji. W ten sposób mówiąc o pogarszaniu się jakości kształcenia, mówimy jednocześnie o wzroście jego dysfunkcjonalności. Procesowi temu towarzyszą rosnące w ramach rynku pracy możliwości kreacji edukacyjnej – inicjowania, finansowania, stwarzania zaplecza logistycznego i dydaktycznego, jak również ewaluacji takiego kształcenia, jakie rynkowi pracy jest potrzebne.

Gwałtowny rozwój studiów podyplomowych i szkoleń może świadczyć o niedopasowaniu głównej oferty edukacyjnej (w sensie programowym i realizacyjnym) do potrzeb rynku pracy. Rynek – tzn. pracodawcy – sam uzupełnia braki podaży **odpowiednio** wykształconych jednostek. W Polsce popyt na kadrę menedżersko-biznesową certyfikowaną dyplomem ukończenia dowolnej wyższej uczelni szybko się skończył (zob. Dziedziczak-Foltyn 2005) ze względu na niespełnianie oczekiwań rynku pracy dotyczących, z jednej strony, przygotowania do wykonywania określonych zadań, a z drugiej strony – przygotowania w zakresie kompetencji „miękkich”, takich jak kreatywność, innowacyjność, umiejętność rozwiązywania problemów czy współpracy z innymi. Funkcję przygotowania pracowników w tym zakresie, nie tylko przecież w sferze zarządzania i marketingu, w znacznej mierze przejęły szkolenia pracownicze i studia podyplomowe.

Jednym z aspektów zmiany czy doskonalenia paradygmatu edukacyjnego jest próba znalezienia odpowiedzi na pytania o najbardziej podstawowe zasady funkcjonowania instytucji szkolnictwa wyższego, będące w istocie zasadniczymi uwarunkowaniami najogólniej rozumianej jakości kształcenia. Jedną z prób określenia takich zasad jest postulat powrotu profesjonalnie zorganizowanego szkolnictwa zawodowego w całym systemie edukacyjnym – przede wszystkim na niższych szczeblach kształcenia, ale nie tylko tam – oraz pewnego elitaryzmu kształcenia na poziomie i w trybie uniwersyteckim. Zakłada się tutaj, po pierwsze, że zawsze będą potrzebni ludzie inteligentni i myślący, nawet jeśli nie są bezpośrednio przydatni usługowo czy produkcyjnie, po drugie zaś, że jakoś

udałoby się zmienić (rozdzielić) role i funkcje: uniwersytetów dla przyszłej elity intelektualnej oraz wyższych szkół zawodowych dla inteligencji w taki sposób, aby uczelnie nie były fabrykami masowo produkującymi głównie „osobo-lata” składające się na wskaźniki skolaryzacji. Niezależnie od szans realizacji postulat ten wyrasta z pewnego konfliktu ideowego związanego z obecnym i przyszłym funkcjonowaniem instytucji szkolnictwa wyższego.

Jak pisze Jeanne H. Ballantine, konflikt ten dotyczy przede wszystkim ukierunkowania treści programowych. Z jednej strony są zwolennicy liberalnego kształcenia uniwersyteckiego zarówno w zakresie nauk przyrodniczych, jak i nauk humanistycznych i społecznych, w ramach którego przekazuje się studentom wiedzę dla ich własnego dobra i na ich własne życzenie, otrzymując w rezultacie osoby gruntownie wykształcone. Z drugiej strony są zwolennicy praktycznej, zorientowanej na pracę zawodową orientacji programu kształcenia, podkreślającej społeczną użyteczność przekazywanej wiedzy (Ballantine 2001: 285). Nierówne zmagania tych dwóch orientacji ideowych i wyraźna przewaga drugiej z nich znalazły swój wyraz w edukacyjnych ustaleniach strategii lizbońskiej, gdzie przyjmuje się za oczywiste, że masowe, urynkowane zdobywanie wyższego wykształcenia wiąże się z presją, jaką wywierają uwarunkowania ekonomiczne: studenci powinni uzyskiwać takie wykształcenie, które mogą spożytkować, które będzie funkcjonalne w tym sensie, że bezpośrednio doprowadzi do zatrudnienia. Ponieważ jednak uwarunkowania ekonomiczne, a w szczególności rynek pracy, nie funkcjonują dokładnie w ten sposób, tzn. nie wywierają żadnej uchwytnej presji na ukierunkowanie programów edukacyjnych²¹, można przyjąć, iż założenie to ma w znacznej mierze charakter ideologiczny, kreuje błędne wyobrażenia o rzeczywistości kształcenia na poziomie wyższym.

W istocie realizacja tego założenia możliwa jest dopiero w toku kształcenia ustawicznego, m. in. w trakcie kształcenia podyplomowego. W programach kształcenia tego rodzaju akceptowane są wszelkie treści pod warunkiem, że uznane zostały za użyteczne – bezpośrednio bądź pośrednio – w sferze profesjonalnej (przede wszystkim w codziennej praktyce zawodowej, ale również w wymiarze szerszym, bardziej abstrakcyjnym).

Pojawiają się tutaj dwa problemy. Po pierwsze, zagadnienie kryteriów adekwatności programów edukacyjnych do utylitarnej funkcji kształcenia podyplomowego, po drugie – kwestia akceptacji przez uczestników tych treści programowych, których bezpośrednia przydatność w działalności zawodowej nie jest dla nich oczywista, dowiedziona, nie trafia do ich przekonania, nie funkcjonuje

²¹ W wielu krajach europejskich gospodarka, rynek pracy sygnalizują raczej potrzebę rozbudowania inżynierjno-technicznych kierunków kształcenia; funkcjonalność czy zawodowość studiów humanistycznych i społecznych jest konceptem przede wszystkim politycznym i ideologicznym.

jako stereotyp w ich świadomości. W kształceniu podyplomowym w Polsce nierzadko ma miejsce wprowadzanie „ogólnokształcących” czy „teoretycznych” treści programowych, na ogół jako odrębnych przedmiotów lub ich bloków, co najczęściej wynika z wzorowania się na funkcjonujących w innych krajach systemach edukacji podyplomowej o dłuższej tradycji, gdzie od dawna przywiązuje się coraz większe znaczenie do niespecyficznych elementów umiejętności czy wiedzy. Odrębną kwestią jest szersze zagadnienie użyteczności tych treści programowych czy przedmiotów (także dziedzin wiedzy) w przyszłej lub aktualnej działalności zawodowej słuchaczy: czy i w jaki sposób uzyskanie tych umiejętności czy elementów wiedzy faktycznie przekłada się na korzyści w praktyce zawodowej, czy też – i w jakiej mierze – pozostaje nowym, poprawnym politycznie, stereotypem²².

Konfrontacja ideologii i praktyki edukacyjnej (także w sferze szkolnictwa wyższego i podyplomowego), ukazująca negatywne konsekwencje rozbieżności tej ideologii z tą praktyką, skłania do wniosku o postępującej anomizacji tej sfery życia społecznego. Podejmowane od jakiegoś czasu działania ją reformujące mają przede wszystkim charakter strukturalny – na ogół zresztą pomnażają i pogłębiają problemy tej sfery. Zmiany strukturalne nie tylko nie zahamowały szybko obniżającej się jakości kształcenia, ale w dość rozpowszechnionym odczuciu przyczyniły się do intensyfikacji tej zniżkowej tendencji – przy zachowywaniu pozorów unowocześniania systemu edukacyjnego. Nie usunęły bowiem ani nie zmniejszyły negatywnej siły oddziaływania przyczyn pogarszania się jakości kształcenia: braków kadrowych, niskich płac, negatywnego doboru kadry na niższych szczeblach edukacji (podstawowym i gimnazjalnym), bierności aparatu biurokratycznego (administracyjnego) wobec zaleceń UE, zbędnego formalizowania procesu zapewniania jakości bez uwzględniania istoty tego procesu, niemerytorycznego wykorzystywania funduszy unijnych itp.

²² Ta ostatnia kwestia odnosi się w szczególności do kształcenia podyplomowego lekarzy i pracowników systemu zdrowia: większość lekarzy nie należy do świata „nauk medycznych” (medycyna jako taka nie jest nauką, lecz działalnością praktyczną), lecz do świata opieki zdrowotnej lub zdrowia publicznego, gdzie osiągnięcia nauki są – przynajmniej w potocznej opinii – ważne tylko wtedy, gdy istnieje sposób ich praktycznego zastosowania. Na tym, m. in., podłożu formułowany jest niekiedy postulat dwóch odrębnych opcji edukacyjnych: dla lekarzy naukowców i lekarzy praktyków.

ROZDZIAŁ 2

Teoretyczne dylematy jakości kształcenia w szkołach wyższych

2.1. Ideowa infrastruktura jakości kształcenia

Zgodnie z rozpowszechnionym poglądem jakość, w tym również jakość kształcenia, określana jest przede wszystkim stopniem zadowolenia klienta, przy czym nie jest jasne, kim jest ów klient oraz jak – według jakich kryteriów – mierzyć jego zadowolenie. W obfitym w słowa dyskursie dotyczącym jakości kształcenia często przewija się kategoria skuteczności (różnie rozumianej i interpretowanej w różnych sytuacjach), która odnosi się do rezultatów procesu kształcenia, pośrednio również treści programowych i sposobu ich przekazywania, dydaktyki, organizacji, atmosfery etc., bezpośrednio zaś dotyczy osiągania celów edukacyjnych. Pojawia się, choć nieco rzadziej, również kategoria użyteczności, dotycząca przede wszystkim korzyści (różnie przy tym, nie zawsze jasno definiowanych) odnoszonych przez klienta (najczęściej kojarzonego z osobą bezpośrednio uczestniczącą w procesie edukacyjnym).

Jak się zdaje, jakość kształcenia można rozpatrywać jako swoisty konglomerat różnych aspektów skuteczności i użyteczności. Można też przyjąć, że użyteczność jest szczególnym aspektem skuteczności wtedy, gdy cele kształcenia formułowane są w kategoriach przyszłych z niego korzyści.

Jakość kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym jest odwrotnie proporcjonalna do natężenia zjawisk anomijnych w systemie edukacyjnym wynikającym m. in. z trzech aspektów edukacji na tym poziomie: (1) sformalizowanego, skonwencjonalizowanego podejściu do kształcenia ze strony administracji i znacznej części kadry nauczającej oraz ze strony klientów (podmiotów zainteresowanych, stron uczestniczących); (2) niedostosowania systemu edukacyjnego nie tyle do określonych segmentowo, branżowo czy instytucjonalnie potrzeb rynku pracy, ile do uniwersalnych współczesnych wymagań tego rynku: w programach edukacyjnych i w faktycznych rezultatach ich realizacji brakuje

elastyczności, wprawy i sprawności w myśleniu, umiejętności myślenia problemowego (rozwiązywania problemów), wielostronności w ujmowaniu zjawisk, umiejętności poszukiwania, przetwarzania i przekazywania informacji, także – może nawet przede wszystkim – chęci jej nabywania i posiadania; (3) ideologizacji dyskursu dotyczącego edukacji na poziomie wyższym, czego efektem jest upowszechnianie się szkodliwych stereotypów i mitów edukacyjnych.

W szczególności interesy jednostek – a właściwie to, co uważają one za swoje interesy – są kształtowane przez system społeczny i kulturę. Realizując „własny” interes, jednostka postępuje według wzorów wytwarzanych i propagowanych m. in. przez szerszy system społeczny (w tym systemy średniego zasięgu, np. środowisko zawodowe, a także mikrostruktury). Jeśli system społeczny pozostaje w stanie zaawansowanej (ponad pewien próg „normalności”) anomii, również postrzeganie i odczuwanie przez jednostki ich partykularnych interesów staje się anomijne.

Specyficznym wymiarem anomii sfery edukacyjnej jest słabe powiązanie lub całkowity brak łączności między sformalizowanymi, zbiurokratyzowanymi „systemami jakości” a jakością kształcenia definiowaną w kategoriach skuteczności i użyteczności. Działania dla zapewnienia jakości kształcenia podejmowane w ramach takich systemów mają charakter nie tylko konwencjonalny, ale często również stereotypowy czy wręcz pozorny, zaś działania merytorycznie istotne na ogół nie mają wiele (a czasem nie mają nic) wspólnego z przewidzianymi w ramach „systemów jakości” sformalizowanymi procedurami. Owszem, te ostatnie mogą w pewien sposób wpływać dodatnio na trwałość funkcjonowania instytucji poprzez dostarczenie zewnętrznego szkieletu rutyny, jednakże rutyna bez kreacji czy chociażby uwzględniania specyfiki merytorycznej i z niej wyrastających kryteriów jakości może przynieść klęskę instytucji edukacyjnej – na przykład zmarginalizowanie lub wyeliminowanie wskutek bardziej elastycznych i twórczych działań innych instytucji konkurujących na rynku usług edukacyjnych.

Jakość kształcenia (jego skuteczność i użyteczność) można ujmować albo w konwencji merytorycznej, albo ideologicznej. Konwencja to postrzeganie przez wielu ludzi określonych rzeczy (obiektów) w podobny sposób, oparty na umowie co do określonego rozumienia i traktowania rzeczywistości, przykrojony według jednego wzorca, kryterium (zob. Dąmbaska 1975: 11–13). Konwencjonalność to w istocie społeczny aspekt działań projakościowych, także ewaluacyjnych: procedur oraz aktów oceny. Konwencja, również dotycząca jakości kształcenia oraz ewaluacji, jest elementem kultury, wytworem życia społecznego, realizacją potrzeby porządkowania rzeczywistości, materiałem konstrukcyjnym ładu społecznego¹. O ile jednak konwencja merytoryczna bierze

¹ W szczególności sfera wymiany społecznej funkcjonuje dzięki wytwarzaniu się skonwencjonalizowanych zachowań oraz norm nakazujących ich realizację.

się zwykle z analizy pierwotnych danych o rzeczywistości, o tyle konwencja ideologiczna posługuje się przetworzonym, uproszczonym, często zafałszowanym przedstawieniem rzeczywistości.

W konwencji ideologicznej obecność sformalizowanych, rutynowych, uniwersalistycznych procedur mających sprzyjać jakości kształcenia jest tożsama z „systemem jakości”, a więc w pewnym sensie gwarantuje osiągnięcie wysokiej jakości. Można powiedzieć, że konwencja ideologiczna jest mocno zestereotypizowana: sugeruje zapewnianie wysokiej jakości kształcenia przez samą obecność działań określanych jako procedury.

Konwencja merytoryczna zakłada posługiwanie się „wyobraźnią ewaluacyjną” – przez analogię do „wyobraźni socjologicznej”, której składniki zrekonstruował Piotr Sztompka, odwołując się do znanej książki Charlesa W. Millsa (2007).

Składa się na nią, po pierwsze, dostrzeganie, że wszelkie fenomeny społeczne są efektem zamierzonym lub niezamierzonym, natychmiastowym lub skumulowanym, bezpośrednim lub pośrednim – jakichś działań, decyzji, wyborów podjętych przez sprawcę **podmioty społeczne**, czy to jednostki, czy zbiorowości. [...] Po drugie, jest to świadomość głębokich, ukrytych zasobów lub barier strukturalnych i kulturowych, które wyznaczają szanse **działań podmiotowych**. [...] Po trzecie, jest to rozpoznawanie we wszelkich fenomenach społecznych skumulowanego **dziedzictwa przeszłości**, czy inaczej tradycji społecznej i kulturowej, która w różny sposób wpływa na działania współczesnych. [...] Po czwarte, jest to postrzeganie życia społecznego, w tym wszelkich pozornie trwałych instytucji, organizacji, reżimów politycznych czy gospodarczych, w ich **ciągłej zmienności**, nieustannym procesie stawania się. [...] Po piąte, jest to akceptacja dla ogromnej **różnorodności form**, w jakich przejawiać się może życie społeczne. (Sztompka 2002; 38–39)

Adaptując składniki wyobraźni socjologicznej do problematyki jakości kształcenia na poziomie wyższym, można wskazać kilka podstawowych uwarunkowań merytorycznego zapewniania jakości w tej sferze edukacyjnej.

Po pierwsze, konieczność zmian, np. zmian strukturalnych, zmiany paradygmatu edukacyjnego, nie powinna wynikać z deklaracji ideologicznych i politycznych, lecz z rzetelnej analizy zdefiniowanych podmiotowo (w sensie sprawczym) uwarunkowań ekonomicznych, społecznych i kulturowych, w tym wymagań rynku, sytuacji demograficznej, indywidualnie ukształtowanych ambicji i aspiracji itp.

Po drugie, należy zdawać sobie sprawę z tego, że wszelkie działania pro-jakościowe podejmowane przez zainteresowane podmioty bazują na pewnych ich zasobach – kapitale społecznym i kulturowym – które mogą być nie do końca rozpoznane, tzn. w poszczególnych przypadkach mogą być niedoszacowane lub przeszacowane, co w połączeniu z oczywistymi barierami i ograniczeniami strukturalnymi powoduje, że działania podejmowane i realizowane według wzorów czy szablonów są nieskuteczne i nie przynoszą oczekiwanych skutków.

Po trzecie, bardzo istotna jest przeszłość, której rezultatem jest aktualny stan jakości kształcenia. W mniejszym stopniu chodzi tutaj o przeszłość w sensie historyczno-kulturowym, chociaż oczywiście to też ma znaczenie; w znacznie większym – o dotychczasowe działania projakościowe, przede wszystkim zaś – o zakres i intensywność dotychczasowych doświadczeń edukacyjnych wszystkich stron zainteresowanych kształceniem, zwłaszcza zaś studentów czy słuchaczy. Bez uwzględniania tych doświadczeń działania mające na celu zapewnienie jakości kształcenia na poziomie wyższym czy podyplomowym mają charakter abstrakcyjny, wyalienowany, co – między innymi przyczynami powoduje, że w znacznej części skazane są na niepowodzenie.

Po czwarte, jakość kształcenia nie ma charakteru absolutnego. Jest zjawiskiem społecznym i podlega temu samemu co inne zjawiska społeczne prawu zmienności. Niezależnie od tego, jak sformułowana jest definicja jakości kształcenia, nie może zakładać niezmienności wskaźników jakości ani kryteriów ewaluacyjnych.

Po piąte, w nawiązaniu również do aspektu poprzedniego, niezbędne jest uświadomienie sobie, że różne rozumienia jakości, różne jej definicje są równoprawne w tym sensie, że biorą pod uwagę różne aspekty intersubiektywnego zjawiska jakości kształcenia. To, że niektóre z tych definicji (a więc niektóre z aspektów) stają się obowiązującymi, a w każdym razie dominującymi wykładnikami jakości kształcenia, jest wynikiem procesu przeobrażania idei jakości w jej ideologię.

W konwencji merytorycznej zapewniania jakości kształcenia konieczna jest orientacja na rzeczywiste zmiany w świadomości – co wiąże się z rzetelnym, nieskonwencjonalizowanym, niezrutynizowanym określaniem celów edukacyjnych przez placówkę kształcącą – i uwzględnianiem ich w działalności. Merytoryczny wymiar jakości stwierdzany może być poprzez ocenę efektów – zmian w świadomości osób kształconych. Ponieważ całkowity efekt zależy również od samych kształconych – ich motywacji, przygotowania, uzdolnień, także pozasystemowych procesów socjalizacyjnych), należy określić, po pierwsze, jakie zmiany w świadomości są efektem kształcenia, po drugie, które z tych zmian są efektem zamierzonym, po trzecie – które są efektem kształcenia w kontekście zadowolenia czy satysfakcji poszczególnych zainteresowanych podmiotów.

Jakość kształcenia ma charakter konwencyjny, uwarunkowany kulturowo, tak jak normy społeczne i całe systemy normatywne, w odniesieniu do których funkcjonują „systemy jakości”. Mogą one mieć charakter ściśle normatywny (odnosić się do utrwalonego kulturowo wzorca normatywnego), ale też postulatyno-projektujący (wprowadzenie nowych lub dookreślenie istniejących wzorów/norm), ale również empiryczny (tworzenie wzorów/norm na podstawie potocznego doświadczenia) oraz impresyjny (stosowanie zmiennych, wewnątrz-

i zewnątrzsterowalnych, często ulegających stereotypizacji wzorów czy kryteriów). W tym kontekście można zastanawiać się, czy gwałtowny rozwój, upowszechnienie się sformalizowanych „systemów jakości” (certyfikowanych według wzorów ISO) jest zmianą paradygmatu jakości, czy też – i na ile – jest rezygnacją z badania jakości rozumianej „merytorycznie”, a więc czegoś, co nie daje się wprowadzić czy zrealizować systematycznie i wg określonych procedur, bo jest trudno uchwytnie, niedefiniowalne? A może jest celowym tworzeniem, konstruowaniem pewnej konwencji („uzusu”) – wówczas należałoby zastanowić się nad celami takiej „polityki jakości”.

Zadowolenie klienta, zasadniczy element definicji jakości normatywizowanej przez ISO, jest też ususem (zjawiskiem konwencjonalnym); z czego innego zadowoleni są (mogą czy mają być) klienci różnie uwarunkowani statusowo czy kulturowo, ze względu na różne oczekiwania wobec kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym.

Spółeczny aspekt analiz dotyczących „systemów jakości” („zarządzania jakością”) kształcenia na tych poziomach polega na tym, że systemy te funkcjonują w określonym społecznym kontekście, na który składają się m. in. takie powiązane ze sobą zjawiska, procesy i mechanizmy społeczne, jak: swoista moda (intelektualna, polityczna – w sensie formuły działania, nie zdobywania władzy i panowania), konkurencja i pierwszeństwo (w sensie ekonomicznym i prestiżowym), narzucona norma społeczna („wymóg odgórny”, „nacisk społeczny”), formalizacja relacji społecznych, korzystanie z tzw. dobrej praktyki (która niekiedy osadzona jest w realiach nieadekwatnych do sfery edukacyjnej albo np. do warunków określających funkcjonowanie systemu edukacyjnego w Polsce).

Pozytywne relacje między wprowadzeniem czy funkcjonowaniem systemu jakości a skutecznością i użytecznością kształcenia są nieoczywiste, zależą m. in. od zarysowanego wyżej kontekstu społecznego, przede wszystkim zaś, w nieco szerszym ujęciu, od motywacji stojących za wprowadzeniem czy utrzymywaniem takiego systemu (również podejmowaniem działań na rzecz jego wprowadzenia).

Zadowolenie stron zainteresowanych, na które składają się przekonanie o pozytywnych efektach kształcenia i doświadczanie ich (a w każdym razie doświadczanie wrażeń pozostających – w ocenie podmiotu – w pozytywnym związku z uczestnictwem w procesie kształcenia i wynikającym zeń certyfikatem), również musi być definiowane w kontekście społecznym. Związek „zadowolenia” podmiotów zainteresowanych kształceniem z jego skutecznością nie jest oczywisty, zależy od różnych okoliczności wchodzących w skład zarówno społecznego (w tym instytucjonalnego), jak i psychologicznego (osobowościowego) kontekstu, w jakim funkcjonuje podmiot. Natomiast związek „zadowolenia” z przewidywaną czy doświadczaną użytecznością (w szerokim rozumieniu tego pojęcia) jest jednoznacznie pozytywny.

Skuteczność to stopień, w jakim zrealizowane zostały (albo realizowane są np. w dłuższym okresie) cele edukacyjne, które ustanawiane są również w określonym kontekście społecznym. Nawet na najwyższym poziomie ogólności – w kontekście makrospołecznym – mowa jest o różnych, niekiedy bardzo różnie ujmowanych społecznych funkcjach edukacji, jako że kontekst makrospołeczny też bywa różny. Stopień spełnienia oczekiwań klienta, to subiektywnie odczuwana skuteczność – pojęcie, którego zakres znaczeniowy w znacznej części pokrywa się z zakresem znaczeniowym pojęcia użyteczności. Ale zarówno oczekiwania, jak i odczuwany poziom ich spełnienia zależą od psychospołecznego kontekstu, w jakim funkcjonuje i ocenia sytuację podmiot (każda ze stron zainteresowanych kształceniem).

Pojawia się pytanie o teoretyczne, a zwłaszcza metodologiczne konsekwencje owego uspołecznienia czy konwencjonalizacji z jednej strony oraz, z drugiej strony, subiektywizacji czy indywidualizacji sfery jakości kształcenia (rozumianej jako sfera zjawisk objętych zakresem znaczeniowym pojęć skuteczności i użyteczności).

Zapewnienie jakości kształcenia – jego skuteczności i użyteczności – może być ujmowane jako część procesu społecznego tworzenia rzeczywistości edukacyjnej. Zapewnienie skuteczności dokonuje się zasadniczo przez doskonalenie szeroko rozumianego procesu dydaktycznego; zapewnienie użyteczności – poprzez właściwe formułowanie celów kształcenia, ich adekwatność do zapotrzebowania społecznego, do oczekiwań formułowanych przez podmioty zainteresowane na podstawie obserwacji i analizy otaczającej rzeczywistości. Zarówno skuteczność, jak i użyteczność kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym są zawsze zrelatywizowane do społecznego kontekstu (poszczególnych jego elementów).

Można zastanawiać się, czy i w jaki sposób kategoria jakości kształcenia powinna uwzględniać w swojej podstawie definicyjnej tę wartość przekazywanej i nabywanej wiedzy, jaką jest dawanie możliwości rozumienia rzeczywistości i wyzwolenia spod władzy stereotypów, przesądów, mitów i ideologii. Jeśli miałyby tak być, akceptowane musiałoby być założenie, iż skutecznie przekazana i nabyta wiedza, traktowana bądź oceniona jako użyteczna, zawsze posiada, oprócz walorów technokratycznych, a więc instrumentalnych, również wartość autoteliczną, niejako immanentną, która może być postrzegana i odczuwana przez uczestników procesu kształcenia jako jego efekt. Stopień czy intensywność takiego postrzegania i odczuwania byłby wówczas swoistym wskaźnikiem jakości kształcenia, będąc jednocześnie wskaźnikiem jednego z aspektów jego skuteczności.

2.2. Podstawowe założenia zapewniania i oceny jakości kształcenia

W całym cywilizowanym świecie trwa ekspansja systemu kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym. Toczą się dyskusje nad wskaźnikami skolaryzacji oraz problemami dostępności kształcenia na tych poziomach, które, poza wszystkim innym, jako przedsięwzięcie kapitało- i pracochłonne, jest świadczeniem dość kosztownym – stąd coraz częściej pojawiająca się w dyskursie edukacyjnym problematyka finansowania systemów i placówek szkolnictwa wyższego i np. studiów podyplomowych. Jednym ze sposobów finansowania ekspansji edukacyjnej jest w krajach rozwiniętych dążenie do zmniejszenia kosztów jednostkowych, co skłania do oceniania systemów i ośrodków kształceniowych w kategoriach ich skuteczności, pojmowanej na ogół wyłącznie ilościowo oraz efektywności ekonomicznej. Innym sposobem, występującym m. in. w Polsce, jest dążenie do rozszerzania sfery odpłatności za kształcenie na poziomie wyższym. Jednakże sposób ten, nie rozwiązując problemu finansowania szkolnictwa wyższego, mnoży problemy innego rodzaju, m. in. związane z równością szans, dostępnością, gwarancjami konstytucyjnymi itp. W tym kontekście warto zwrócić uwagę na fakt, że postępująca komercjalizacja kształcenia podyplomowego nie stwarza tego rodzaju problemów, ponieważ znajduje się poza obszarem społecznie odczuwanej i artykułowanej roszczeniowości w sferze edukacyjnej.

Ogólnie biorąc, w sferze kształcenia na poziomie wyższym możliwe są napięcia, a nawet konflikt między ekspansją systemu edukacyjnego a zmniejszaniem kosztów jednostkowych. Równoczesne występowanie tych dwóch tendencji wywołuje wątpliwości i obawy dotyczące jakości produktów tego systemu. Nic więc dziwnego, że „jakość” staje się kluczowym pojęciem w publicznych debatach na temat kształcenia na poziomie wyższym. Ujmując rzecz bardziej ogólnie, problem jakości jest jedną z trzech głównych kwestii w tej sferze, obok kwestii dostępności (jak umożliwić większej liczbie studentów/słuchaczy wejście do systemu) oraz finansowania (jak pokryć koszty ewentualnego zwiększonego napływu studentów/słuchaczy). Powszechność zainteresowania kwestią jakości nie oznacza jednak, że równie powszechna jest jasność i zgoda co do tego, czym jest bądź mogłaby być jakość.

W wydanej w 1983 r. książce *The Higher Education System* Burton Clark scharakteryzował główne kierunki czy formy współoddziaływania na kształt i charakter systemu kształcenia na poziomie wyższym. Ze względu na obserwowaną przewagę czy dominację jednego z tych kierunków (jednej z tych form oddziaływania) wyróżnił on trzy rodzaje systemów: 1) takie, które w pierwszym rzędzie podporządkowane są wpływom samego środowiska akademickiego; 2) takie, w których główną rolę odgrywa państwo oraz 3) takie, które w głównej mierze otwarte są na oddziaływanie rynku. Według Clarka każdy system kształcenia na poziomie wyższym funkcjonuje w „trójkątnej

przestrzeni” wyznaczonej przez współoddziaływanie tych trzech sił (Clark 1983).

Ta typologia sił społecznych może być pomocna w zrozumieniu obecnej sytuacji systemu kształcenia na poziomie wyższym uwikłanego w debatę na temat jakości, ponieważ wyróżnione przez Clarka trzy typy oddziaływań są siłą sprawczą trzech metodologicznych ujęć oceny jakości.

W związku z tą koncepcją Ronald Barnett wysunął hipotezę, że państwo będzie zawsze preferować ilościowe wskaźniki osiągnięć jako sposób oceny jakości, społeczność akademicka odwoływać się będzie w tej kwestii przede wszystkim do ocen wewnątrzśrodowiskowych (*peer review*), zaś system rynkowy będzie źródłem takich ujęć zapewniania i oceny jakości, które będą zorientowane na konsumenta. W oryginalnej koncepcji Clarka systemy uwikłane w ową „trójkątną przestrzeń” oddziaływań charakteryzują się znaczną dynamiką, przesuwając się z jednej pozycji na inną. Podobnie dzieje się z ujęciami oceny jakości, z których każdy w określonych okolicznościach i układach może uzyskać przewagę nad pozostałymi. Ogólnie biorąc, obserwuje się przesunięcie od ocen środowiskowych ku preferowanym przez państwo wskaźnikom osiągnięć oraz w kierunku ujęć generowanych przez rynek (Barnett 1992: 4).

Niezależnie od zarysowanych powyżej ogólnych przesłanek zapewniania i oceny jakości kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym, można sformułować kilka tez o charakterze bardziej operacyjnym – również wskazujących na potrzebę, a nawet konieczność zajęcia się tym aspektem procesu edukacyjnego.

1. Jeśli rośnie zapotrzebowanie na kształcenie na poziomie wyższym (także podyplomowym), instytucje i placówki kształcące muszą sprostać temu zapotrzebowaniu nie obniżając jakości kształcenia.

2. Jeśli z jakichś względów zapotrzebowanie na usługi edukacyjne danego rodzaju maleje, w interesie instytucji (placówki) kształcącej leży zachęcanie, „przyciąganie jakości”.

3. Jeśli pojawia się i nasila konkurencja innych instytucji czy placówek kształcących w jakimś zakresie merytorycznym, dana placówka kształcąca musi posiadać i umieć wykorzystywać argument wysokiej jakości kształcenia w zdobywaniu silnej pozycji na rynku edukacyjnym.

4. Jeśli środki na prowadzenie działalności kształceniowej są niewystarczające w stosunku do zapotrzebowania (popytu), istotne jest niedopuszczanie do obniżenia jakości kształcenia w sytuacji wymuszonej ponad optimum podaży usług edukacyjnych w ramach danej placówki kształcącej – w drodze np. modyfikacji procesu edukacyjnego w kierunku oszczędniejszych, efektywniejszych rozwiązań.

5. Standardy profesjonalne zmieniają się, ulegają zaostrzeniu wymagania rynku profesjonalnego; jakość kształcenia, tzn. procesu przekazywania/po-
zyskiwania wiedzy i kreowania/nabywania kompetencji musi odpowiadać nowym standardom i podwyższonym wymaganiom.

6. Atrakcyjna jakościowo oferta usług w zakresie kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym jest konieczna w sytuacji odpłatności tych usług.

7. „Doskonalenie zawodowe” i „podnoszenie kwalifikacji” jako rutynowa, w dużej mierze pozorowana działalność wielu instytucji i placówek budżetowych odchodzi w przeszłość; coraz częściej mamy do czynienia z dążeniem (indywidualnym, ale także instytucjonalnym) do osiągania przez osoby kształcone rzeczywiście wyższego poziomu wiedzy, kompetencji oraz świadomości profesjonalnej.

Bardzo różne są sposoby ujmowania jakości kształcenia na poziomie wyższym (podyplomowym). Ważnym kluczem do zrozumienia tego różnicowania jest poniższa klasyfikacja wyróżniająca w tej sferze szkolnictwa wyższego kilka podstawowych grup podmiotów – ze względu na odmienne orientacje aksjologiczne i swoiste „subkultury”.

1. Pracownicy dydaktyczni i studenci/słuchacze pracujący wspólnie i zainteresowani zakresem i rodzajem przekazywanych/nabywanych elementów wiedzy, umiejętności, kompetencji.

2. Badacze akademicki zaangażowani w działalność poznawczą, której horyzont wyznaczają kolejne publikacje i aprobaty środowiska naukowego.

3. Menedżerowie, dążący, z racjonalnych pobudek, do zrównoważenia budżetu oraz znalezienia i utrzymania przez daną placówkę kształcącą miejsca na rynku usług edukacyjnych na poziomie wyższym.

4. Pracodawcy poszukujący absolwentów o określonych zdolnościach i umiejętnościach.

5. Krajowe instytucje ds. zasobów ludzkich oraz decydenci szczebla krajowego.

Każdą z tych kategorii można traktować jako pewną subkulturę – mniej lub bardziej zwartą sieć osób o podobnych interesach, wypracowującą własną definicję jakości szkolnictwa wyższego i usiłującą – za pomocą hierarchicznego układu stosunków władzy oraz przy wsparciu odpowiednio adaptowanych ideologii edukacyjnych – narzucić innym swoją definicję i wynikające z niej określone rozwiązania polityczne.

W ogólnych rozważaniach nad procesem zapewniania jakości w placówkach kształcących na poziomie wyższym Roger Ellis wyróżnił następujące uniwersalne elementy tego procesu.

1. Określenie standardów produktów czy usług o charakterze edukacyjnym.

2. Identyfikacja kluczowych funkcji i procedur koniecznych dla osiągnięcia tych standardów.

3. Ciągłe odwoływanie się do odbiorcy (konsumenta, klienta) przy ustalaniu i monitorowaniu poziomu osiągniętych standardów.

4. Udokumentowana jasność i jednoznaczność, zarówno w odniesieniu do standardów, jakie mają być osiągane, jak i w odniesieniu do procedur, których należy przestrzegać dla osiągnięcia tych standardów.

5. Podejście o charakterze sprzężenia zwrotnego przy ustalaniu standardów i procedur. Obejmuje ono, z jednej strony, nadzór nad tym, aby standardy były osiągalne, a procedury prawidłowo realizowane, z drugiej zaś strony – podejmowanie działań dla naprawy błędów i korygowania niedociągnięć ujawnianych w toku regularnej kontroli adekwatności standardów i procedur.

6. Włączenie do tego przedsięwzięcia całego personelu poprzez udział w planowaniu oraz instruktażach i szkoleniach (Ellis 1993).

Według Barnetta można wskazać cztery strategiczne aspekty funkcjonowania placówki kształcącej, które musi uwzględniać wszelka ocena jakości tej placówki.

1. Nauczanie i uczenie się: wszelkie przejawy tego, że dana placówka kształcąca popiera i promuje skuteczne i efektywne nauczanie i uczenie się.

2. Procesy egzaminacyjne. Czy istnieje w danej instytucji ośrodek koordynujący, który porównuje dane dotyczące wyników egzaminów z danymi krajowymi? W jakim zakresie i z jaką intensywnością personel zachęcany jest do udoskonalania procedur egzaminacyjnych, w tym reguł oceniania odpowiadających celom realizowanego programu?

3. Rozwój personelu (nie tylko istnienie formalnych reguł, ale i faktyczne wcielanie ich w życie, także poprzez stosowanie odpowiednich zasad rozdziału środków na ten cel). Zakłada to istnienie jakiegoś systemu wspierającego podnoszenie skuteczności i efektywności nauczania.

4. Procesy zapewniania jakości. Czy w danej placówce kształcącej funkcjonują procedury monitorowania jakości realizowanych w niej programów nauczania? Jak bardzo są one rygorystyczne? Czy uwzględniają one dialog między personelem realizującym program a oceniającymi ich działalność kolegami po fachu (*peers*)? Czy biorą w nich udział osoby z zewnątrz? W jakim stopniu uwzględnia się opinie studentów/słuchaczy? (Barnett 1992).

Analiza procesów zachodzących wewnątrz placówki kształcącej w ramach wyżej wymienionych czterech aspektów jej funkcjonowania stanowi istotę wszelkiej oceny jakości tej placówki. Poszczególne dziedziny aktywności poddawane są zarówno jakościowej, jak i ilościowej ocenie dla uzyskania odpowiedzi na dwa podstawowe pytania: z jakim powodzeniem dana placówka edukacyjna funkcjonuje w zakresie każdej z tych dziedzin? gdzie i jakie są możliwości ulepszeń?

Placówki kształące na poziomie wyższym mają często własne, istotne dla nich autodefinicje. Jeśli dana placówka kształcąca ma ambicje inwestowania w wybrane przez siebie kierunki czy rodzaje działalności i chce być traktowana w ramach tych dziedzin jako poważny gracz na rynku edukacyjnym, to te właśnie, wybrane przez nią sfery działania powinny być przede wszystkim poddawane krytycznej ocenie.

W związku z taką koniecznością pojawia się idea całościowej, wewnętrznej oraz zewnętrznej, instytucjonalnej kontroli jakości, odpowiednio dostosowanej

do ustalonego przez daną placówkę kształcącą jej specyficznego charakteru, tzn. uwzględniającej zarówno elementy czy sfery specyficzne, jak i takie, które funkcjonują (powinny funkcjonować) we wszystkich szkołach wyższych. W każdym wypadku mogą i powinny być brane pod uwagę – i znajdować swe odzwierciedlenie w określonych procedurach następujące elementy: jakość programów kształcenia, jakość procesów dydaktycznych, jakość oceniania studentów, jakość personelu oraz mechanizmów jego rozwoju.

W modelowym ujęciu działalności instytucji kształcącej na poziomie wyższym centralną pozycję zajmuje zasadniczy rodzaj aktywności: nabywanie przez studenta wiedzy i umiejętności oraz jego/jej rozwój osobowościowy – intelektualny, emocjonalny i behawioralny. W bezpośrednim kontakcie z tą sferą usytuowane są podstawowe działania edukacyjne, które bezpośrednio wpływają na jakość rozwoju studenta: nauczanie (procesy dydaktyczne), procedury egzaminacyjne, programy nauczania i ich realizacja oraz programy rozwoju zawodowego personelu uczącego (w zakresie, w jakim ma on na celu podniesienie efektywności procesów dydaktycznych). Te cztery rodzaje aktywności są wspólne wszystkim instytucjom szkolnictwa wyższego (także podyplomowego) i zawsze powinny być elementami kontroli i oceny osiągnięć każdej tego rodzaju instytucji.

Poza tą sferą aktywności znajduje się sfera pomocniczych działań instytucjonalnych, które mają istotny – chociaż mniej bezpośredni – związek z jakością doświadczeń edukacyjnych studentów. W przeciwieństwie do wyżej wymienionych elementy konstytuujące sferę pomocniczą mogą zmieniać się w zależności od instytucji edukacyjnej (uczelni). Takie elementy, jak działalność badawcza personelu, polityka uczelni w zakresie rekrutacji i przyjmowania studentów, postrzegany przez uczelnię program jej rozwoju oraz powiązań z szerszym środowiskiem społecznym, które uczelnia w pewnym zakresie kształtuje (w szczególności z instytucjami oraz stowarzyszeniami profesjonalnymi, wyspecjalizowaną sferą decyzji politycznych i administracyjnych, biznesem itp.), są rodzajami działalności, do których dana uczelnia przywiązuje mniejszą lub większą (niekiedy szczególną) wagę, pragnąc, aby jej osiągnięcia oceniane były w określonym w ten sposób kontekście.

2.3. Jakość kształcenia: kwestie definicyjne

W swoich pracach dotyczących metodologii zapewniania jakości w szkolnictwie wyższym Malcolm J. Frazer (1992, 1995), dla wprowadzenia czytelnika w tę problematykę oraz dla ukazania jej historycznie ukształtowanych, pragmatycznych źródeł, charakteryzuje sferę zapewniania i kontroli jakości w przedsiębiorstwach. Pojęcie przedsiębiorstwa interpretuje przy tym możliwie

najszerzej, obejmując jego zakresem nie tylko organizacje przemysłowe czy usługowe (w tym np. banki), ale również instytucje użyteczności publicznej, takie jak szpitale i placówki kształcące na poziomie wyższym.

Każdemu przedsiębiorstwu potrzebny jest system sprawdzania, czy używane przezeń surowce, wytwarzane produkty, świadczone usługi osiągają minimalne, uprzednio określone (progowe) standardy – dla odrzucenia tego, co standardów tych nie osiąga. Często robi się to, sprawdzając tylko próbki. W typowym układzie funkcjonuje grupa kontrolerów czy inspektorów, niezależnych od innych grup pracowników, którzy władni są odrzucać nie osiągnące określonego standardu produkty czy usługi. Już jednak wiele lat temu stwierdzono, że ta forma kontroli jakości jest niewystarczająca. Po pierwsze, jakość produktu czy usługi nie zależy wyłącznie od pracowników bezpośrednio wykonawczych, jak również podnoszenie jakości nie jest w istocie tylko ich sprawą; po drugie, nie jest w tych kwestiach najważniejsze wykrycie przez kontrolera produktu nie odpowiadającego standardowi. Kontrola jakości (tj. przepuszczanie bądź odrzucanie na podstawie uprzednio określonych standardów) jest konieczna, lecz nie wystarczy żadnemu przedsiębiorstwu do osiągnięcia sukcesu. W przemyśle i usługach – także edukacyjnych – zaczęto posługiwać się pojęciem **zapewniania jakości** (należałoby dodać – możliwie jak najwyższej), a od jakiegoś czasu, zgodnie z powszechnym trendem językowym związanym z powszechną tendencją do formalizowania oraz ideologizowania tej problematyki, mówi się o zarządzaniu jakością kształcenia. W tym kontekście kontrola (np. działalność Państwowej Komisji Akredytacyjnej w odniesieniu do wyższych uczelni) jest sprawdzaniem funkcjonowania struktur i działań służących zapewnieniu jakości.

Jeśli zastąpi się słowo „przedsiębiorstwo” słowem „uczelnia”, „szkoła” czy „placówka kształcąca”, pojawia się wiele pytań. Czy surowcem są dla placówki kształcącej na poziomie wyższym studenci/słuchacze, personel dydaktyczny i pracownicy prowadzący badania, czy jej program nauczania? Czy usługą, jaką świadczy taka placówka, jest nauczanie, opieka nad studentami/słuchaczami, czy też udostępnianie takich udogodnień, jak biblioteki i wyposażenie informatyczne? Czy produktem placówki kształcącej są jej absolwenci i kompetencje, jakie nabywają w toku kształcenia (mierzone wynikami egzaminów bądź możliwościami zajmowania określonych stanowisk, podejmowania określonych rodzajów zatrudnienia), czy też nowa wiedza pojawiająca się w rezultacie prowadzonych badań? Niewątpliwie, wszystkie te aspekty działalności uczelni/szkoły składają się na jej ogólną jakość, co więcej – są one ze sobą ściśle powiązane. Żadna placówka kształcąca na poziomie wyższym nie powinna, a też i nie mogłaby zatrudnić grup kontrolerów bądź inspektorów dla sprawdzania osobno każdego z tych aspektów. Ogólna jakość takiej placówki musi być sprawą każdego, kto w niej pracuje. Stwierdzenie to stanowi bezpośrednie wprowadzenie do swoistej filozofii zapewniania jakości kształcenia (w tym również do definicji tego pojęcia).

Pojęcie zapewniania jakości kształcenia, które niosło ze sobą pierwotną, nie przytłumioną ideologią, poprawnością polityczną i biurokratyczną formalizacją ideę dobrego kształcenia ma cztery składniki:

1) każdy pracownik placówki kształcącej odpowiada za utrzymanie odpowiedniej jakości kształcenia (tak więc to, co nie odpowiada określonemu standardowi, rzadko wpadałoby w ręce ewentualnych kontrolerów jakości, ponieważ likwidowane jest niejako u źródła),

2) każdy pracownik placówki kształcącej odpowiada za podnoszenie jakości kształcenia,

3) każdy pracownik uczelni/szkoły akceptuje systemy i procedury mające na celu utrzymanie i podnoszenie jakości kształcenia,

4) kierownictwo uczelni/szkoły (niekiedy również jej klienci czy konsumenci jej „produktów i usług”) regularnie sprawdzają trafność i rzetelność systemów i procedur kontroli jakości.

Tak więc placówka kształcąca, która zapewnianie jakości traktuje poważnie, jawi się jako pewna obdarzona sporym samokrytycyzmem społeczność składająca się ze studentów/słuchaczy, pracowników dydaktycznych i naukowych, personelu pomocniczego i osób zarządzających (kierownictwa, rady programowej, rady naukowej), przy czym każda z tych grup wnosi swój istotny wkład w ciągłe udoskonalanie swojej działalności.

W dalszym ciągu tych rozważań podjęta zostanie próba odróżnienia zapewniania jakości od innych aspektów jakości kształcenia na poziomie wyższym.

Dokładne badanie przez grupę oceniających spoza danej placówki kształcącej, mające na celu sprawdzenie, czy procedury zapewniania i kontroli jakości kształcenia są odpowiednie i prawidłowo funkcjonują określane jest jako **quality audit** (polskim odpowiednikiem może być określenie „zewnętrzna (także urzędowa, oficjalna) ocena mechanizmów zapewniania i kontroli jakości”, jednakże ze względów praktycznych można, jak się zdaje, używać skrótowego określenia „ocena zewnętrzna”, albo pozostać przy terminie angielskim, która to opcja dominuje w naszej rzeczywistości)². Ocena zewnętrzna tego typu nie dotyczy ani misji uniwersytetu czy jego założonych celów, ani tego, z jakim powodzeniem cele te są osiąganе, lecz wyłącznie procedur, za pomocą których placówka kształcąca kontroluje relacje między tą pierwszą i tą drugą sytuacją. Niekiedy zresztą procedury oceny zewnętrznej (*quality audit*) myli się z akredytacją, podczas gdy w istocie są one badaniem warunków umożliwiających otrzymanie akredytacji.

² Koncepcja tego rodzaju oceny zewnętrznej rozwinięta została głównie w Wielkiej Brytanii, gdzie w 1990 r. powołana została przez komitet grupujący przedstawicieli zarządów uniwersyteckich niewielka placówka o nazwie Academic Audit Unit korzystająca z usług doświadczonych pracowników naukowych czasowo oddelegowanych z różnych uniwersytetów. Podobną funkcję pełniła ustanowiona w 1991 r. rządowa instytucja Quality Audit Unit.

Ten drugi termin ma różne znaczenia w różnych częściach świata. W USA np. ma zastosowanie zarówno w instytucjach kształcących, jak i programach (obszarach wiedzy przekazywanej w ramach danego przedmiotu lub danej opcji edukacyjnej).

Akredytacja upewnia społeczność edukacyjną, opinię publiczną oraz rozmaite agencje i organizacje, że dana instytucja kształcąca bądź dany program (a) ma jasno określone i prawidłowe z oświatowego punktu widzenia cele, (b) dotrzymuje warunków, pod jakimi można zasadnie oczekiwać osiągnięcia tych celów, (c) faktycznie realizuje te cele i (d) można oczekiwać, że będzie je nadal realizowała (Chernay 1990).

W tym określeniu akredytacji nie pojawia się dyrektywa osądzania, czy zadania (misja, cele) danej instytucji kształcącej lub programu mają odpowiadać jakiemuś szczególnemu („progowemu”) standardowi. W wielu innych krajach akredytacja zakłada jednak, że zamierzony był i został osiągnięty jakiś standard progowy. Na przykład, w Wielkiej Brytanii grona profesjonalne akredytują programy studiów pod warunkiem włączenia do nich określonych standardów progowych dotyczących nabywanej w wyniku ich realizacji wiedzy oraz uzyskiwanych umiejętności, co gwarantuje przyszłe uznanie przez dane środowisko zawodowe kompetencji absolwentów.

Instytucja funkcjonująca pod nazwą Council for National Academic Awards (CNAA) w Wielkiej Brytanii stosowała akredytację w innym sensie. Jej zadaniem, jako organu zatwierdzająco-kwalifikującego, było upewnianie się, że absolwenci osiągną przynajmniej progowy (w określonym sensie minimalny), centralnie ustalony standard. Początkowo CNAA zatwierdzała każdy przedmiot czy program, uznawszy jednak, że prawdziwą i trwałą wysoką jakość najlepiej zapewniają same wyższe uczelnie, delegowała – przy zachowaniu pewnych miar bezpieczeństwa w tym względzie – swoje uprawnienia w zakresie aprobowania i zatwierdzania programów do ponad 40 instytucji kształcących ze sprawdzonym systemem zapewniania jakości³. W tym sensie akredytacja oznacza „(samo)zatwierdzanie w odniesieniu do zewnętrznych kryteriów”: coś innego, z jednej strony, niż *quality audit* (ograniczony do weryfikacji proceduralnych aspektów zapewniania jakości kształcenia), a z drugiej strony – niż wspomniana wyżej akredytacja w rozumieniu Chernaya.

Proces aprobowania nowego programu, bądź dopuszczania do dalszego funkcjonowania programu już realizowanego, określany jest najczęściej jako uprawomocnienie czy zatwierdzenie (*validation*). W istocie jest to ocena, czy minimalne standardy mogą zostać osiągnięte (w przypadku nowego programu) bądź czy są faktycznie osiągnięte (w przypadku programu już realizowanego). Większość instytucji kształcących na poziomie wyższym sama zatwierdza swoje

³ W związku z różnymi zmianami w brytyjskim systemie szkolnictwa wyższego w pierwszej połowie lat 90. CNAA przestała istnieć.

programy, nie włączając do tego nie tylko instytucji z zewnątrz, ale nawet wysoce kompetentnych osób spoza własnego środowiska.

Włączenie takich osób, jak doświadczeni nauczyciele akademicki, naukowcy prowadzący badania czy praktykujący profesjonaliści, z zadaniem doradzania, wyrażania swoich opinii i sądów lub/i podejmowania decyzji dotyczących propozycji nowych programów, kontynuacji bądź modyfikacji programów funkcjonujących, jakości programów badawczych lub jakości całej placówki kształcącej określane jest jako *peer review*.

Jakość kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym jest wieloaspektowa. Nie ma jednej tylko miary jakości danej placówki kształcącej, wydziału, przedmiotu, programu czy pojedynczego pracownika dydaktycznego. Dlatego lepiej jest brać pod uwagę pewien „profil jakościowy” niż pojedynczą miarę jakości. Należy przy tym pamiętać, że pozbawione sensu jest dodawanie do siebie wskaźników odnoszących się do różnych, często nie związanych bezpośrednio ze sobą cech występujących w danym profilu. Ważne jest również, aby nie mylić jakości z efektywnością (zob. Frazer 1992).

Wokół oceny jakości kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym skupia się wiele nieporozumień. Zakłada się niekiedy, że takiej oceny powinny dokonywać osoby spoza danej placówki kształcącej, dokonując zobiektywizowanych ilościowych pomiarów bądź ustalając wskaźniki osiągnięć, które następnie odnoszone są do pewnych ogólnych, syntetyzujących norm. Rezultaty pomiarów odnosi się np. do wyników innych placówek tego rodzaju i poprzez porównanie z nimi przypisuje się danej placówce kształcącej miejsce w rankingu albo jedną z wartościujących kategorii typu: „znakomity”, „dobry”, „przeciętny”, „słaby”, „zły”). Nie można jednak traktować tych sugestii jako jedynych, niezbywalnych wymogów; coraz częściej słyszy się zresztą o artefaktualności, szerzej – nieadekwatności takich ocen do inaczej niż tylko ilościowo definiowanych kryteriów jakości kształcenia.

Ocena jakości kształcenia nie musi być dokonywana przez osoby z zewnątrz. Pożądane jest – w ramach wewnątrzinstytucjonalnych działań zmierzających do zapewnienia jakości – aby właśnie pracownicy danej placówki kształcącej dokonywali pomiarów poszczególnych cech związanych z jakością kształcenia (np. liczby studentów, którzy znaleźli zatrudnienie związane z kierunkiem ukończonych studiów w ciągu sześciu miesięcy od uzyskania absolutorium). Jeśli dostępny jest przy tym ogólnokrajowy wskaźnik dla danej cechy, wówczas placówka kształcąca może sama określić swoją pozycję w porównaniu z innymi.

Ocena jakości kształcenia nie musi być realizowana za pomocą zobiektywizowanej, ilościowej punktacji. Można wyobrazić sobie zorganizowanie panelu ekspertów i praktyków, którzy, odpowiednio poinstruowani, zachowując wszelkie niezbędne warunki uczciwości ocen, wypowiedzą się o elementach jakości kształcenia. Ich opinie mogą być – przy zachowaniu pewnych reguł – kwantyfikowane, a więc przyjmować postać umożliwiającą dokonywanie

różnych operacji przekształcających jednostkowe opinie w intersubiektywną ocenę. Panel taki może składać się z pracowników danej placówki kształcącej, studentów/słuchaczy, pracodawców itp.

Ocena jakości kształcenia nie musi być odnoszona do ogólnych, syntetyzujących norm. Możliwe jest ustanowienie odrębnych kryteriów (standardów) dla każdej cechy jakościowej. Placówka kształcąca (jej wydział, program, wykładany przedmiot, pracownik dydaktyczny) albo spełnia te kryteria, tzn. zostaje oceniony pozytywnie, albo nie spełnia ich, uzyskując tym samym ocenę negatywną – w odniesieniu do poszczególnych cech.

Pojęcia „poziom”, „standard” i „jakość” są niekiedy mylnie interpretowane. Program studiów doktoranckich ma wyższy poziom niż program studiów prowadzący do licencjatu. Nie oznacza to, że programy doktoranckie są wyższej jakości niż programy licencjatu. Dla programu kształcenia na każdym poziomie możliwe jest określenie odrębnych standardów. Jednakże samo ich wskazanie nie stanowi jakości. Standardy można opisać zarówno w kategoriach ogólnych, jak i w kategoriach zakresu wiedzy, zdolności pojmowania, umiejętności czy postaw absolwentów. Czy jednak wysoką jakość posiadają programy kształcenia (studia), gdzie standardy nie są wygórowane i osiąga je wielu absolwentów, czy też raczej takie, gdzie standardy są wysokie, ale osiągają je nieliczni absolwenci? Nie ma na to prostej odpowiedzi. Należałoby dokonywać porównań między założeniami a rezultatami studiów czy programów prowadzących do uzyskania podobnych kwalifikacji – w perspektywie krajowej lub międzynarodowej. Pewne jest tylko to, że jakość w szkolnictwie wyższym jest pojęciem pojemnym, choć nieuchwytnym, wymykającym się precyzyjnemu określeniu; jest kategorią wieloaspektową, wymaga opinii osób doświadczonych oraz nie może być zawsze utożsamiana z doskonałością. Podczas gdy standardy odnoszą się tylko do założeń danego programu kształcenia oraz do wyników absolwentów, którzy według niego studiowali, jakość jest pojęciem szerszym i obejmuje zarówno standardy, jak również procesy nauczania i uczenia się, pozadydaktyczną działalność placówki kształcącej oraz poszczególnych jej komórek organizacyjnych, a także zgodność kompetencji uzyskanych przez absolwentów z celami danego programu czy toku studiów.

W języku potocznym często używa się zamiennie terminów „skuteczność” i „efektywność”⁴. Trzeba jednak pamiętać, że w istocie oznaczają one dwie zupełnie różne rzeczy. **Skuteczność** jest to miara odpowiedniości między ustanowionymi celami a ich osiągnięciem. Zawsze możliwe jest osiągnięcie celów „łatwych” (o niskim standardzie), zatem jakość kształcenia na poziomie wyższym (podyplomowym) nie może być jedynie kwestią osiągnięć czy

⁴ Warto zwrócić uwagę na to, że ten drugi termin jest nadużywany w języku potocznym, gdzie najczęściej występuje w znaczeniu wykraczającym poza swoje główne, ekonomiczne znaczenie.

wyników, lecz musi także obejmować sądy wartościujące, odnoszące się do celów. Zaś **efektywność** jest miarą zużycia zasobów (ponoszonych kosztów) dla osiągnięcia ustanowionych uprzednio celów.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na wielowymiarowość pojęcia jakości kształcenia na poziomie wyższym. Janina Józwiak i Roman Z. Morawski przytaczają, za Lee Harveyem i Diane Green oraz za raportem European University Association, kilka znaczeń tego pojęcia odnoszących się w istocie do różnych obszarów działalności uczelni i do różnych podmiotów zaangażowanych w tę działalność:

- wyjątkowość, doskonałość (quality as excellence),
- perfekcja, brak błędów (quality as compliance, zero errors),
- sprawność w realizacji celu (quality as fitness for purpose),
- wartość finansowa (quality as value for money),
- transformacja klienta (quality as a process of changing the customer).

W raporcie European University Association znajdziemy ponadto pojęcie jakości w znaczeniu:

- doskonalenia instytucjonalnego (quality as enhancement – process of changing the institution),
- kontroli procesów (quality as a control – punitive/rewarding process of quality assurance),
- oceny satysfakcji klienta (customer satisfaction) (Józwiak, Morawski 2009: 51; Harvey, Green 1993; *Quality Culture...* 2006).

Nieco inaczej ujął różne, aczkolwiek wzajemnie ze sobą powiązane znaczenia pojęcia jakości kształcenia Frazer. Wyróżnił on pięć możliwych celów zewnętrznej ewaluacji instytucji edukacyjnej, będących w istocie pięcioma ogólnymi sposobami ujmowania jakości kształcenia, także na poziomie wyższym i podyplomowym: 1) dążenie do doskonałości, 2) osiąganie zewnętrznie określonych standardów progowych, 3) osiąganie wewnątrzinstytucjonalnie ustanowionych celów (skuteczność), 4) efektywność⁵, 5) upowszechnianie dobrych rozwiązań praktycznych (Frazer 1995). Takie zróżnicowanie podejść nie oznacza ich faktycznej rozłączności. W rzeczywistości np. „doskonałość” może być w określonej sytuacji zdefiniowana poprzez konkretne, istniejące gdzieś rozwiązania praktyczne. Zewnętrznie określone standardy mogą być ściśle związane z wewnątrzinstytucjonalnymi celami, a wszystko razem może być w danych warunkach podporządkowane idei efektywności.

⁵ Ograniczanie się do takiego rozumienia jakości kształcenia czy choćby tylko wyraźne eksponowanie efektywności w szerszych analizach jakości kształcenia jest nieporozumieniem: przecież cele o niskich standardach mogą być z powodzeniem osiągnęte niższym kosztem, podnosząc tym samym efektywność kształcenia, co dla jego jakości ma konsekwencje raczej negatywne.

Elżbieta Hornowska syntetyzuje i porządkuje – dychotomizuje – różne spotykane w literaturze definicje pojęcia jakości usług edukacyjnych. Po pierwsze, jakość może być rozumiana jako zbiór stanów określonych cech odniesiony do zbioru stanów możliwych do osiągnięcia – np. technologicznie, w szerokim socjologicznym sensie słowa „technologia”. Po drugie, można ją rozumieć jako stabilność określonych (założonych) parametrów. Jakość może być postrzegana i oceniana z wewnętrznego i zewnętrznego punktu widzenia. W tym pierwszym przypadku jakość to poziom zgodności z określonymi normami. W drugim przypadku podstawą jest subiektywna ocena klienta, będąca, należy dodać, wyrazem poziomu jego zadowolenia z produktu czy usługi. Autorka pisze dalej, że definicje jakości usług dają się zaliczyć do jednej z dwóch grup.

Pierwsza grupa obejmuje te definicje, które określają jakość jako zgodność z wyznaczonymi standardami, druga zaś definicje, w których jakość interpretowana jest w kategoriach użyteczności dla nabywcy [...]. W pierwszym przypadku podstawową rolę odgrywają czynniki obiektywne, które konstituują techniczną jakość usługi (procedury, technika i technologia, infrastruktura, pracownicy, a więc wszystko to, co można nazwać zasobami usługodawcy), w drugim zaś czynniki subiektywne składające się na funkcjonalną jakość usługi [...].

Pojawia się [...] nowa grupa definicji, w których łączy się oba aspekty jakości z coraz mocniejszym naciskiem na aspekt funkcjonalny. [...] Do określenia globalnej jakości usługi dochodzi się poprzez **porównanie jakości oczekiwanej z jakością doświadczaną** [...]. Usługa posiada odpowiednią jakość, jeśli została wykonana [...] zgodnie z oczekiwaniami klienta (Hornowska 2004: 119–120).

W następnych rozdziałach mowa będzie o ocenie jakości kształcenia ujmowanej jako jego **skuteczność** i **użyteczność**. Takie rozumienie jakości kształcenia wydaje się bowiem nie tylko najbardziej klarowne z teoretycznego (socjologicznego) punktu widzenia, a te też najwłaściwsze z punktu widzenia praktyki ewaluacyjnej, będącej w istocie obszarem stosowanych badań społecznych.

ROZDZIAŁ 3

Mechanizmy oceny jakości kształcenia

3.1. Ewaluacja i ocenianie w kształceniu

Ewaluacja to uporządkowany zespół twierdzeń o wartości przedmiotu, procesu, programu, przedsięwzięcia, interwencji społecznej itd.¹ Skuteczność i użyteczność kształcenia jako istotne właściwości procesu edukacyjnego mogą być przedmiotem oceny², a ocena taka może być elementem ewaluacji kształcenia rozumianej jako złożony proces dotyczący różnych (także innych niż skuteczność i użyteczność) elementów procesu czy systemu edukacyjnego. Ocena taka stanowi część, czy fazę procesu ewaluacji kształcenia, inaczej mówiąc – jest jednym z aspektów ewaluacji procesu kształcenia (przedsięwzięcia edukacyjnego), którego opis, pomiar i osąd stanowią empiryczną istotę ewaluacji. Zatem ocena skuteczności i użyteczności kształcenia jest składnikiem jego ewaluacji; inaczej mówiąc, ewaluacja kształcenia może być prowadzona w aspekcie oceny jego skuteczności i użyteczności. Skuteczność i użyteczność można traktować też jako zmienne zależne w badaniach ewaluacyjnych.

Współcześnie można wskazać dwie tendencje w ewaluacji:

(a) dążenie do rozpoznania adekwatności określonego działania, procesu czy przedsięwzięcia edukacyjnego (adekwatności, której uwarunkowania i stan-

¹ Kwestie definicyjne oraz szeroki kontekst społeczny ewaluacji, w tym również jej nieuniknione uwarunkowania ideologiczne, od dawna stanowią przedmiot zainteresowania teoretyków i praktyków uczestniczących bezpośrednio i pośrednio w przedsięwzięciach ewaluacyjnych, zwłaszcza w obszarze edukacji. W polskojęzycznej literaturze przedmiotu można wskazać jako szczególnie znaczące teksty Leszka Korporowicza (1999, 2000, 2001), także książkę pod redakcją tego autora (*Ewaluacja w edukacji*, 1997), jak również prace Marii Wójcickiej (2001), K. Ornackiej (2003) i autorów książki pod redakcją A. Brzezińskiej, J. Brzezińskiego i A. Eliasza (2004).

² Ewaluacja jest pojęciem złożonym, funkcjonującym na podobnej płaszczyźnie semantycznej co pojęcie jakości, na jej proces składają się, m. in., akty oceny (oceniania), czyli porównywania poszczególnych, wyodrębnianych na różnych poziomach ogólności elementów ocenianego procesu z odpowiednimi standardami (wzorcami). Dlatego ustalenie standardów ma zasadnicze znaczenie dla procesu ewaluacji.

dardy mogą być negocjowane) do kryteriów, które też mogą być przedmiotem uzgodnień, negocjacji – na tym w istocie polega czwarta generacja ewaluacji według Egona G. Guby i Yvonne S. Lincoln (1989);

(b) dążenie do sformalizowania ewaluacji (TQM, ISO) – prawdopodobnie dla zapewnienia jej powszechnej stosowalności, zaspokojenia potrzeby biurokracyjnej rutynowej kontroli itd. W znacznej mierze, jak się zdaje, są to swoiste działania pozorne, całkowicie sprzeczne z ideą czwartej generacji ewaluacyjnej.

Skuteczność jest cechą kształcenia ocenianą we wszystkich niemal przedsięwzięciach edukacyjnych, zaś w szerszym kontekście ewaluacyjnym stanowi powszechnie stosowane kryterium jakości tych przedsięwzięć. Nie wszystkie elementy procesu edukacyjnego rozumianego jako proces nabywania kompetencji poddawane są ocenie skuteczności jednakowo intensywnie. Bada się ją niemal wyłącznie za pomocą różnego rodzaju sprawdzianów wiedzy i umiejętności, chociaż oprócz nabycia przez kształconych (także rozwinięcia, utrwalenia) wiedzy i umiejętności równorzędnym elementem definicyjnym kompetencji są również postawy. Określenie skuteczności interwencji społecznej (także o charakterze edukacyjnym) traktowane jest jako główny, często jedyny cel badań ewaluacyjnych (Babbie 2003: 369–396), coraz częściej zresztą pojmowanych jako dające się wyodrębnić przedsięwzięcia badawcze w ramach ewaluacji rozumianej szerzej, jako proces przebiegający równolegle do całego przebiegu ewaluowanej interwencji społecznej.

Użyteczność występuje rzadziej jako oceniana cecha (jako kryterium ewaluacyjne) i tylko w stosunku do przedsięwzięć edukacyjnych ukierunkowanych bardziej konkretnie – zawodowo, specjalistycznie. W swoim zawężeniu do **praktycznej użyteczności profesjonalnej** jest to cecha właściwa przede wszystkim kształceniu i doskonaleniu zawodowemu, szkoleniom pracowniczym itp.³

Jeśli ewaluację kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym rozumieć szeroko, jako proces towarzyszący całemu cyklowi edukacyjnemu (por. Ornacka 2003: 129–161), to ocenianie użyteczności kształcenia – niezależnie od oceny jego skuteczności – powinno być jednym z ważniejszych elementów tego procesu. A ponieważ ewaluacja może dotyczyć różnych aspektów czy trajektorii procesu zmian, jakim jest kształcenie na poziomie wyższym lub podyplomowym, ocena jego skuteczności i użyteczności może dotyczyć zarówno końcowych efektów kształcenia, jak i poszczególnych składników procesu edukacyjnego.

Ocenianie to porównywanie z pewnym wzorcem (przy tym są różne rodzaje wzorców, o czym będzie mowa dalej). W wypadku oceny skuteczności kształcenia wzorcem takim jest zestaw odpowiednio zoperacjonalizowanych

³ Tak rozumiana użyteczność jest obowiązkową niejako zmienną w badaniach ewaluacyjnych dotyczących tego rodzaju przedsięwzięć edukacyjnych, stąd jej szczególna rola w analizach ewaluacyjnych dotyczących kształcenia podyplomowego w zakresie brany pod uwagę w drugiej części tej książki.

celów kształcenia. „Sylwetka absolwenta” czy cele formułowane w sylabusach są właśnie próbami takiego formułowania celów. Ich „adekwatność operacyjna”, tzn. możliwość zaplanowania na ich podstawie konkretnych działań oceniających stopień osiągnięcia celów, traktowana jest różnie, na ogół formułowane są bez konkretnych odniesień do takiego oceniania, nierzadko opis celów kształcenia ma charakter tylko formalny, na co wskazywać może jego ogólnikowość, powierzchowność, powielanie stereotypowych zwrotów. W wypadku użyteczności wzorcami oceny są oczekiwania stron czy podmiotów uczestniczących bezpośrednio bądź pośrednio w procesie edukacyjnym (w tym np. osób wchodzących do określonej części systemu edukacji, organu założycielskiego placówki edukacyjnej, pracodawców – w przypadku kształcenia podyplomowego). Zróżnicowanie, zsubiektywizowanie, indywidualizacja, zmienność lub przeciwnie – nadmierna formalizacja, ogólnikowość, ujednolicenie, także ideologizacja – są poważnymi przeszkodami na drodze ukonkretnienia tych wzorców.

Ewaluacja – to właściwie wielość rozmaitych ocen zmierzających do określenia wartości czegoś z jakiegoś punktu widzenia (także – z różnych punktów widzenia, w tym z punktu widzenia skuteczności i użyteczności). Ale – jak się ma wartość użytkowa kształcenia na poziomie wyższym (także podyplomowego) do jego wartości konwencjonalnej, powszechnie uznawanej, choć nie zawsze realizowanej? Albo do jego wartości symbolicznej, czy wartości sformalizowanej, stereotypowej, uogólnionej, potencjalnej? Pojawia się także pytanie, **który** element kształcenia ma **jaką** wartość – tzn. wartość jakiego rodzaju i dla kogo? No i jest jeszcze wartość indywidualna, wartość wspólna, podzielona (grupowa, ogólnospołeczna). Należy pamiętać również, że w społeczeństwie funkcjonują równolegle różne ogólnospołeczne systemy normatywne! I że wartość czegoś jest zawsze **dla** – jednostki, grupy, społeczności, społeczeństwa oraz jest kulturowo warunkowana i przejawia się w postaci norm. Jednym z możliwych ujęć ewaluacji jest jej potraktowanie jako zespołu działań oceniających (eksploracyjnych, badawczych, analitycznych itp.), w wyniku których formułowane są stwierdzenia (sądy) dotyczące zgodności ewaluowanego obiektu, procesu czy sfery rzeczywistości z normami odnoszącymi się do określonych wartości.

Ocena skuteczności i użyteczności kształcenia podyplomowego jest szczególnie aktem czy procesem odnoszenia się jednostek i grup (zbiorowości), także instytucji i organizacji, do społecznie zdefiniowanej i w znacznej części arbitralnie zaaranżowanej sytuacji edukacyjnej. Definicja sytuacji edukacyjnej nierzadko jest stereotypowa, sformalizowana czy wręcz zbiurokratyzowana, ale w swojej odmianie formułowanej przez jednostkę zawsze ma charakter subiektywny oraz posiada pewną specyfikę determinowaną przez zindywidualizowaną sferę tożsamości.

Ocena skuteczności i użyteczności może być jednym z elementów procesu ewaluacji odnoszącej się do jakiegoś cyklu edukacyjnego, systemu edukacyjnego, placówki edukacyjnej. Ale istotna jest również skuteczność i użyteczność ewaluacji opartej na takich ocenach. Skuteczność, a właściwie użyteczność ewaluacji, to jedno z najważniejszych kryteriów udanej, prawidłowej ewaluacji. Tak naprawdę skuteczność ewaluacji to stopień osiągnięcia tego, co w ewaluacji chciało się osiągnąć, czyli celów, zaś jej użyteczność to korzyści, jakie wiążą się z osiąganymi rezultatami. Bezpośrednim jej celem jest, ogólnie biorąc, charakterystyka – według pewnych zasad i z punktu widzenia określonych kryteriów – wartości przedmiotu ewaluacji. Dokonanie takiej charakterystyki zgodnie z przyjętymi zasadami i kryteriami wyczerpuje kwalifikację ewaluacji jako skutecznej. Odrębną kwestią jest jej użyteczność czy przydatność: czy przyniosła lub przynosi komuś/czemuś (np. jakiejś instytucji) jakieś korzyści. W przypadku sfery edukacyjnej – czy np. pozwala, ułatwia, umożliwia usprawnić proces edukacyjny, np. zwiększyć jego skuteczność albo użyteczność. Może być użyteczność potencjalna i faktyczna, zrealizowana. Ta pierwsza, jako niepotwierdzona w praktyce, może być dowolnie (oraz koniunkturalnie) interpretowana; można przyjmować założenie, że ona istnieje na podstawie abstrakcyjnej, logicznej analizy rezultatów ewaluacji. Mogą się zdarzać – i zdarzają się – sytuacje, w których ewaluacja jest przeprowadzona według najlepszej woli i wiedzy oraz wysoce kompetentnie, w związku z czym przynosi wyniki, jakie miała przynieść, a jednak jej rezultaty pozostają niewykorzystane w taki sposób, o jakim mówi się w rozważaniach teoretycznych (Ornacka 2003)⁴. Tym niemniej ewaluacja taka jest skuteczna oraz posiada potencjalną użyteczność – oczywiście często partykularną i o ograniczonym zasięgu czasowym. Tak czy inaczej, dosłowne traktowanie tezy, że celem ewaluacji jest dokonanie zmian w ewaluowanej rzeczywistości (Hawkins, Nederhood 1994), jest nieporozumieniem.

Ważne jest, aby o ewaluacji nie myśleć totalnie czy uniwersalnie, w praktyce zawsze realizuje się ją, po pierwsze, sukcesywnie, po drugie zaś, częściowo czy wybiórczo, selektywnie. Nie sposób sobie nawet wyobrazić ewaluacji „całkowitej”, wyczerpującej wszystkie możliwości formułowania sądów dotyczących wartości ewaluowanego przedmiotu czy sfery rzeczywistości. Zawsze istnieje albo jest celowo wprowadzane jakieś ograniczenie – tematyczne, rodzajowe, osobowe, kryterialne, polityczne itp. Ocena skuteczności i użyteczności kształcenia jest w istocie taką, z założenia fragmentaryczną,

⁴ Wyniki mogą być po prostu pozytywne, więc nie do wykorzystania „ulepszającego” czy „naprawczego”. Nawet gdy nadają się do takiego wykorzystania (bo wskazują na ułomności), może do niego nie dojść ze względu na ogólniejsze, zewnętrzne uwarunkowania, o których np. Babbie (2004) pisze jako o „społecznym tle” badania ewaluacyjnego, a Hawkins i Nederhood (1994) jako o jednym z rodzajów barier czy utrudnień w ewaluacji.

aspektową ewaluacją. Dąży się w niej do scharakteryzowania (1) wartości programu i procesu kształcenia w aspekcie jego skuteczności oraz (2) wielowymiarowego efektu kształcenia (niekiedy – samego udziału w procesie kształcenia udokumentowanego na ogół odpowiednim certyfikatem) w aspekcie jego wielowymiarowej użyteczności. Osiąganie celów odbywa się w ciągu procesu edukacyjnego, z jego organizacją, zapleczem dydaktycznym, infrastrukturą materialną itd. Od tego, jak to wszystko funkcjonuje, zależy stopień osiągania celów edukacyjnych. Zaś korzyści związane są z szeroko rozumianym **efektem kształcenia** (w zakres tego pojęcia można włączyć, oprócz połączonego **efektu nauczania i uczenia się**, także konsekwencje samego faktu uczestnictwa w procesie kształcenia, udokumentowany bądź nie, oceniany w aspekcie formalnym bądź nieformalnym – będzie to wówczas **efekt uczestnictwa w cyklu edukacyjnym**, jak również sam fakt uzyskania świadectwa – interpretowany w duchu tendencji określanej jako *credentialism*, albo w duchu patologii społeczno-edukacyjnej, co można by określić jako **efekt certyfikacji**). Trzeba pamiętać, że zarysowane w ten sposób zróżnicowanie może być trudne do uchwycenia w praktyce. W znacznej mierze skonwencjonalizowany charakter relacji wykształcenie – praca zawodowa oraz tendencje związane z immanentnym niedopasowaniem kształcenia specjalistycznego do realnych zapotrzebowań (w tym stopniowa dewaluacja wąskich kwalifikacji zawodowych na rzecz „kwalifikacji osobowych”), jak również zróżnicowanie motywacji i oczekiwań łączonych z podjęciem kształcenia i, w związku z tym, różne i zawsze subiektywne, partykularne interpretacje ewentualnych korzyści, czynią niekiedy niemożliwym ich odniesienie do poszczególnych rodzajów efektu kształcenia.

Można zasadnie przyjąć, że skuteczność i użyteczność przedsięwzięć edukacyjnych (na poziomie wyższym i podyplomowym) wyczerpują właściwie zakres pojęciowy jakości kształcenia. Można również przyjąć, że osiąganiu celów (dążeniu do skuteczności) służą różne działania (konstruowanie programów, ich walidacja, dobór kadry kształcącej, przebieg procesu dydaktycznego), których ewaluacja, nawet selektywna – pod warunkiem wykorzystania jej wyników – może spowodować poprawę skuteczności kształcenia.

3.2. Zapewnianie i ocena jakości kształcenia w ujęciu systemowym

Potrzeba zapewnienia możliwie jak najwyższej jakości w szkolnictwie wyższym i podejmowane w związku z tym przedsięwzięcia i działania mają bezpośrednie odniesienie do kwestii odpowiedzialności. Odpowiedź tego rodzaju natychmiast rodzi następne pytanie: „odpowiedzialność wobec kogo?” Na to pytanie istnieje kilka odpowiedzi, ponieważ szkolnictwo wyższe

(poczynając od całych uczelni/szkół, a na pojedynczych nauczycielach akademickich czy pracownikach dydaktycznych kończąc) odpowiada przed co najmniej trzema grupami czy kategoriami podmiotów społecznych: podmiotami bezpośrednio zainteresowanymi określanymi często jako klienci systemu edukacyjnego (studenci, słuchacze, pracodawcy), osobami reprezentującymi daną dziedzinę wiedzy (profesjoniści, koledzy po fachu) i społeczeństwem jako całością⁵. Przestrzeń tej odpowiedzialności – zróżnicowanej podmiotowo – można przedstawić schematycznie w postaci trójkąta, którego wierzchołki symbolizują wspomniane trzy grupy podmiotów (rys. 1).

Rys. 1. Przestrzeń odpowiedzialności systemu szkolnictwa wyższego (także kształcenia podyplomowego) jako motywacja do zapewniania wysokiej jakości kształcenia

Źródło: zaadaptowane na podstawie: Frazer 1992.

W Unii Europejskiej, a więc także w Polsce, ideologicznym aksjomatem jest społeczna i ekonomiczna konieczność rozbudowy systemu szkolnictwa wyższego oraz systemu kształcenia podyplomowego. Towarzyszą temu wzrastające koszty, które ponosi społeczeństwo, w postaci podatków oraz bezpośrednich wydatków na cele edukacyjne. Rząd, działając w imieniu społeczeństwa, rozdziela fundusze przeznaczone na państwowe wyższe uczelnie, jak również kontroluje działalność wszystkich – państwowych i niepaństwowych uczelni pod kątem jej zgodności z odpowiednimi przepisami. One zaś odpowiadają przed rządem, a za jego pośrednictwem – przed społeczeństwem właśnie za to, że wszystko co mu „sprzedają” jest warte zainwestowanych pieniędzy. Trzeba przy tym zawsze pamiętać, że odpowiedzialność szkół wyższych wobec społeczeństwa nie jest tylko kwestią dochodowości inwestycji. Uniwersytety i inne placówki kształcące po to również istnieją, by chronić, powiększać i przekazywać dziedzictwo kulturalne – zwłaszcza w postaci wiedzy, umiejętności, kompetencji. Społeczeństwo, a w jego imieniu rządy, chce mieć dowody, że instytucje i placówki kształcące dobrze wypełniają także i ten obowiązek.

⁵ O klientach i podmiotach zainteresowanych kształceniem będzie mowa szerzej w rozdz. 4.

W związku z tym powołuje się specjalne agencje zajmujące się jakością i efektywnością kształcenia na poziomie wyższym.

Niektóre placówki kształcące (ich wydziały, kierunki itd.) są wyższej jakości niż inne. Jak w związku z tym powinny być rozdzielane dostępne fundusze? Czy więcej pieniędzy powinno się przeznaczać na wydziały o wyższej jakości (w nagrodę i jako zachętę dla innych wydziałów), czy też na wydziały gorsze jakościowo, aby wzmocnić je, podnieść ich poziom przynajmniej do najmniejszego akceptowalnego (progowego) standardu? Nie wiadomo na pewno, czy ten pierwszy sposób przynosi właściwe rezultaty; żeby stosować taką „marchewkę”, należałoby być pewnym obiektywności mechanizmów identyfikujących lepsze jakościowo wydziały. A ponieważ fundusze do podziału są zawsze ograniczone, mogłoby zaistnieć niebezpieczeństwo, że uczelnie/szkoły czy wydziały ocenione jako gorsze jakościowo zostaną pozbawione funduszy, co z kolei mogłoby doprowadzić do dalszego obniżenia ich jakości.

Bezpośrednimi „klientami” szkolnictwa wyższego i podyplomowego są studenci (słuchacze) i pracodawcy zatrudniający absolwentów. Chcą oni otrzymać najlepsze wykształcenie, jakie tylko jest dostępne oraz uzyskać oficjalne potwierdzenie, że osiągnęli określony poziom wiedzy i kompetencji zawodowych. Trzecim rogiem trójkąta jest dana dziedzina wiedzy. Zasób wiadomości, umiejętności oraz postawy składające się na każdą dziedzinę wiedzy nie mogą być zniekształcane, tłumione czy nadużywane. Prowadzący zajęcia odpowiadają przed swoimi kolegami po fachu za to, żeby została utrzymana integralność ich dyscypliny i żeby kształtować u studentów pozytywne postawy wobec danej dziedziny wiedzy i jej stosowania w społeczeństwie.

Przed podjęciem jakiegokolwiek oceny jakości w szkolnictwie wyższym ważne jest uzyskanie jasności co do celu takiego przedsięwzięcia. Każda z rozmaitych instytucji zajmujących się jakością w szkolnictwie wyższym może być usytuowana w powyższym trójkącie zgodnie z jej głównym celem. Na przykład, organ finansujący znalazłby się blisko wierzchołka, podczas gdy organy zatwierdzające i akredytujące byłyby bliżej podstawy.

Można wskazać następujące cele oceniania jakości kształcenia: (1) wspieranie decyzji dotyczących planowania i finansowania, (2) zatwierdzanie programów, (3) zagwarantowanie programom profesjonalnego uznania, (4) akredytację, (5) nadawanie stopni naukowych.

Z którymkolwiek z nich mielibyśmy do czynienia bezpośrednio, głównym dążeniem jest zawsze utrzymanie i podnoszenie jakości kształcenia. Może pojawić się tutaj kwestia przedmiotu oceny. Ocena może odnosić się do całej uczelni/szkoły, może też skupiać się na jakimś wydziale, kierunku czy programie bądź na pojedynczym pracowniku dydaktycznym.

Ocena jakości kształcenia ma również – pośrednio – na celu optymalizację związku między nauczaniem i uczeniem się. Relacja ta jest analogiczna do relacji między sprzedawaniem i kupowaniem. Nic nie jest sprzedane, dopóki nie zostanie kupione; żadna wiedza nie została przekazana, jeśli nie została przy-

swojona. Zatem jednym z podstawowych zadań każdej placówki kształcącej, jej wydziałów, kierunków, programów i osób prowadzących zajęcia jest promowanie właściwego uczenia się.

W sferze oceny jakości kształcenia do rozstrzygnięcia jest zawsze kilka podstawowych kwestii: **co** powinno być oceniane? **dlaczego** właśnie te elementy? **kto** powinien dokonywać oceny? **w jaki sposób** powinna być dokonywana ocena? **kiedy** (w jakich momentach, okresach, jak często) powinno się jej dokonywać?⁶

Główne zasady monitorowania i oceniania jakości kształcenia można sformułować następująco:

- 1) adekwatność („przystawalność”) systemu oceny do systemu kształcenia;
- 2) wszechstronność, wyczerpujący charakter oceniania;
- 3) ciągłość procesu ewaluacyjnego;
- 4) właściwe proporcje oceniania końcowego, syntetycznego (*summative assessment*) i oceniania kształtującego (*formative assessment*);
- 5) oddzielenie roli nauczyciela (prowadzącego zajęcia) od roli egzaminatora (dokonującego oceny);
- 6) trafność i rzetelność metod, technik i procedur ewaluacyjnych;
- 7) uczestnictwo wszystkich członków personelu uczącego w przygotowywaniu sprawdzianów;
- 8) centralna koordynacja przedsięwzięć ewaluacyjnych.

Tworzenie systemu zapewniania jakości w wyższej uczelni, w tym podsystemu monitorowania i kontroli/oceny jakości kształcenia, jest procesem posiadającym własną dynamikę, którą próbuje się ująć w ramy teoretyczne po to, by lepiej nad nią zapanować (zob. np. Brzeziński, Eliaś 2004; Dendura 2002). Ciekawym przykładem może być tutaj opracowana swego czasu na uniwersytecie w Maastricht klasyfikacja poziomów czy etapów rozwoju takiego systemu (*The 7th Ottawa Conference...* 1996).

Poziom A

- Troska o jakość dotyczy nielicznych aspektów procesu edukacyjnego (bardzo ograniczona jest liczba potencjalnych przedmiotów oceny).
- Żadna ze stron bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny (personel uczący, słuchacze, administracja placówki kształcącej) nie uczestniczy w działalności ewaluacyjnej.
- Odpowiedzialność za działania ewaluacyjne nie jest ustalona.
- Działalność ewaluacyjna podejmowana jest doraźnie, bez z góry przyjętego planu; jej rezultaty nie są wykorzystywane w praktyce.
- Troska o jakość ma charakter wysoce zindywidualizowany; przejawiana jest incydentalnie, wyłącznie przez pojedyncze osoby).

⁶ Ten zestaw pytań zbanalizował się poprzez częste przywoływanie we wstępnych omówieniach problematyki oceny jakości kształcenia, jednakże, jak się zdaje, ta swoista inwokacja pełni ważną rolę – wytyczając i segmentując obszar refleksji ewaluacyjnej.

Poziom B

- Troska o jakość dotyczy tylko niektórych aspektów procesu edukacyjnego (ograniczona jest liczba potencjalnych przedmiotów oceny).
- Niektóre ze stron bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny uczestniczą w działalności ewaluacyjnej.
 - Określone jest, kto odpowiada za prowadzenie działalności ewaluacyjnej.
 - Działalność ewaluacyjna podejmowana jest doraźnie, bez z góry przyjętego planu; jej rezultaty wykorzystywane są incydentalnie (brak jest procedur regulujących wykorzystywanie wyników ewaluacji).
 - Troska o jakość ma charakter indywidualny; przejawiana jest stosunkowo często, ale w zasadzie przez pojedyncze osoby.

Poziom C

- Troska o jakość dotyczy większości aspektów procesu edukacyjnego (potencjalnych przedmiotów oceny).
- Strony bezpośrednio zaangażowane w proces edukacyjny mniej lub bardziej regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej.
- Oficjalnie ustalona jest struktura odpowiedzialności za działalność ewaluacyjną.
- Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regularnie (np. okresowo); istnieją procedury wykorzystywania rezultatów ewaluacji.
- Troska o jakość staje się w coraz większym stopniu częścią normalnej działalności personelu placówki kształcącej.

Poziom D

- Troska o jakość obejmuje wszystkie aspekty procesu edukacyjnego.
- Strony bezpośrednio zaangażowane w proces edukacyjny regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej.
- Jasno określona jest odpowiedzialność za poszczególne elementy działalności ewaluacyjnej.
- Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regularnie, a w jej wyniku podejmowane są niekiedy działania udoskonalające proces edukacyjny.
- Troska o jakość jest włączana do normalnej działalności personelu placówki kształcącej jako logiczna konsekwencja tej działalności.

Poziom E

- Troska o jakość obejmuje wszystkie aspekty procesu edukacyjnego.
- Strony bezpośrednio i pośrednio zaangażowane w proces edukacyjny regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej.
- Jasno określona jest odpowiedzialność każdego z członków personelu placówki kształcącej za poszczególne elementy działalności ewaluacyjnej.

- Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regularnie (cyklicznie); prowadzi do ciągłego procesu udoskonalania jakości kształcenia.
- Troska o jakość jest w pełni integralną częścią normalnej działalności personelu placówki kształcącej.

Można przy tym wyróżnić pięć głównych aspektów czy wymiarów systemu monitorowania/kontroli i oceny jakości kształcenia:

- 1) kompletność systemu kontroli/oceny jakości kształcenia,
- 2) udział osób bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny,
- 3) odpowiedzialność za działania edukacyjne,
- 4) częstotliwość i regularność stosowania procedur ewaluacyjnych,
- 5) integracja działalności ewaluacyjnej z działalnością kształceniową.

Każdy z tych aspektów stanowi swoiste kontinuum – od braku danego wymiaru, poprzez jego pojawienie się i stopniową intensyfikację, aż do występowania w stopniu maksymalnym. Szczególne konfiguracje poziomów intensywności, z jaką mogą występować poszczególne wymiary, stanowią o poziomach czy fazach rozwojowych systemu monitorowania/kontroli i oceny jakości kształcenia w placówce kształcącej na poziomie wyższym lub podyplomowym (zob. tab. 1).

Tabela 1

Dynamika rozwojowa systemu monitorowania/kontroli i oceny jakości kształcenia: pięć poziomów (faz) rozwoju systemu

Poziom	Podstawowe aspekty systemu monitorowania/kontroli i oceny jakości kształcenia				
	Kompletność systemu kontroli/oceny jakości kształcenia	Udział osób bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny	Odpowiedzialność za działania ewaluacyjne	Częstotliwość i regularność stosowania procedur ewaluacyjnych	Integracja działalności ewaluacyjnej z działalnością kształceniową
A	Troska o jakość dotyczy nielicznych aspektów procesu edukacyjnego (bardzo ograniczona liczba potencjalnych przedmiotów oceny)	Żadna ze stron bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny (personel uczący, słuchacze, administracja placówki kształcącej) nie uczestniczy w działalności ewaluacyjnej	Odpowiedzialność za działania ewaluacyjne nie jest ustalona	Działalność ewaluacyjna podejmowana jest doradźnie, bez z góry przyjętego planu; jej rezultaty nie są wykorzystywane w praktyce	Troska o jakość ma charakter wysoce zindywidualizowany; przejawiana jest incydentalnie, wyłączone przez pojedyncze osoby
B	Troska o jakość dotyczy tylko niektórych aspektów procesu edukacyjnego (ograniczona liczba potencjalnych przedmiotów oceny)	Niektóre ze stron bezpośrednio zaangażowanych w proces edukacyjny uczestniczą w działalności ewaluacyjnej	Określone jest, kto odpowiada za prowadzenie działalności ewaluacyjnej	Działalność ewaluacyjna podejmowana jest doradźnie, bez z góry przyjętego planu; jej rezultaty wykorzystywane są incydentalnie (brak procedur regulujących wykorzystywanie rezultatów ewaluacji)	Troska o jakość ma charakter indywidualny; przejawiana jest stosunkowo często, ale w zasadzie przez pojedyncze osoby
C	Troska o jakość dotyczy większości aspektów procesu edukacyjnego (potencjalnych przedmiotów oceny)	Strony bezpośrednio zaangażowane w proces edukacyjny mniej lub bardziej regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej	Oficjalnie ustalona jest struktura odpowiedzialności za działalność ewaluacyjną	Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regulamie (np. okresowo); istnieją procedury wykorzystywania rezultatów ewaluacji	Troska o jakość staje się w coraz większym stopniu częścią normalnej działalności personelu placówki kształcącej

D	Troska o jakość dotyczy wszystkich aspektów procesu edukacyjnego	Strony bezpośrednio zaangażowane w proces edukacyjny regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej	Jasno określona jest odpowiedzialność za poszczególne elementy działalności ewaluacyjnej	Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regularnie, a w jej wyniku stosowane są niekiedy działania udoskonalające proces edukacyjny	Troska o jakość jest włączana do normalnej działalności personelu placówki kształcącej jako logiczna konsekwencja tej działalności
E	Troska o jakość dotyczy wszystkich aspektów procesu edukacyjnego	Strony bezpośrednio zaangażowane w proces edukacyjny regularnie uczestniczą w działalności ewaluacyjnej	Jasno określona jest odpowiedzialność każdego z członków personelu placówki kształcącej za poszczególne elementy działalności ewaluacyjnej	Działalność ewaluacyjna podejmowana jest planowo i regularnie (cyklicznie); prowadzi do ciągłego procesu udoskonalania jakości kształcenia	Troska o jakość jest w pełni integralną częścią normalnej działalności personelu placówki kształcącej

Źródło: opracowanie własne.

3.3. Relacje ewaluacyjne w procesie nauczania i uczenia się

Model oddziaływań ewaluacyjnych w kształceniu wyższym i podyplomowym

Pracownicy dydaktyczni i studenci/słuchacze są zarówno podmiotami, jak i przedmiotami oceny. O niektórych szczególnych aspektach tej sytuacji mowa jest w dalszym ciągu opracowania; tutaj warto umieścić ją w szerszym, instytucjonalnym kontekście (Evans 1993). Będzie to łatwiejsze przy odwołaniu się do przedstawionego na rys. 2 modelowego ujęcia oddziaływań ewaluacyjnych w uczelni/szkole kształcącej na poziomie wyższym.

Rys. 2. Model oddziaływań ewaluacyjnych w placówce kształcącej (wyższej uczelni)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Evans 1993: 56.

Każdy pracownik dydaktyczny występuje w podwójnej roli: uczącego-praktyka i oceniającego swoje własne dokonania. Wzajemna relacja tych dwóch ról, mająca charakter sprzężenia zwrotnego i zachodząca przede wszystkim

w jego świadomości, stanowi podstawowy element konstrukcyjny modelu – zwielokrotniony w przypadku modelowego odzwierciedlenia sytuacji w całej uczelni (szkole). Cechy tej relacji zależą głównie od poziomu refleksyjności pracownika dydaktycznego oraz od aktywności studentów (słuchaczy). Relacja pracownik dydaktyczny–student/słuchacz słabo poddaje się zewnętrznej kontroli, jednakże placówka kształcąca, zatrudniająca pracownika dydaktycznego (jej kierownictwo), wchodzi w określone relacje z elementami tego pierwszego układu. Studenci/słuchacze przekazują bądź sygnalizują swoje opinie nie tylko bezpośrednio pracownikowi dydaktycznemu, ale także kierownictwu placówki kształcącej – za pomocą tych samych bądź odrębnych kanałów komunikacyjnych. Pracownik dydaktyczny również wchodzi w relację z władzami uczelni/szkoły (wydziału itp.). Placówka kształcąca otrzymuje zatem od niego pewne informacje dotyczące procesu nauczania, nie ogranicza się jednak tylko do ich przyjmowania. Musi ona komunikować się z pracownikiem dydaktycznym (przede wszystkim w procesie oceniania go) i sam ten fakt wzmacnia jego refleksyjność. Placówka kształcąca występująca w roli podmiotu oceniającego może reagować dwojako. Pierwszy, klasyczny niejako sposób to nagradzanie tego co zaaprobowała lub dostarczanie zachęt do zachowań pożądanych z jej punktu widzenia oraz karanie za to, co według niej jest niepożądane, bądź po to, by zniechęcić do zachowań niepożądanych. Drugi sposób to całkowity brak reakcji. Jak pisał C. Evans, jest to ustosunkowanie do problemów dydaktycznych typowe dla znacznej części placówek kształcących na poziomie wyższym (Evans 1993).

W pewnym sensie samo reagowanie jest tutaj promowaniem określonych zachowań; sam fakt istnienia instytucjonalnej procedury ewaluacyjnej jest silnie oddziałującym zabiegiem promocyjnym. Niezależnie jednak od tego, uczelnia/szkoła powinna występować jako podmiot stymulujący. Sama ocena plus nagradzanie bądź karanie często nie wystarcza do realizacji przez pracowników dydaktycznych i studentów/słuchaczy celów uczelni, jeśli cele te nie będą im znane. Zatem uczelnia powinna nie tylko oceniać jakość nauczania, lecz także promować ją.

Opisane dotąd elementy modelu oraz powiązania (sprzężenia zwrotne) pomiędzy nimi stanowią pewną całość, istotną z punktu widzenia zapewniania jakości. W przypadku uczelni, tak samo jednak jak w przypadku pracownika dydaktycznego mamy do czynienia z potencjalnym, a niekiedy i faktycznym brakiem refleksyjności – solipsyzmem instytucjonalnym, który na diagramie symbolizują linie odgradzające uczelnię od świata zewnętrznego. Bardzo ważne jest pokonywanie takich ograniczeń, istnienie trwałej relacji sprzężenia zwrotnego między uczelnianym/ szkolnym systemem zapewniania jakości nauczania a rzeczywistością spoza tego systemu.

„Cechy jakościowe” pracownika dydaktycznego i studenta/słuchacza

Według M. L. Frazera (1992) pracownik dydaktyczny powinien posiadać pewne cechy umożliwiające (ułatwiające) mu osiąganie i utrzymywanie wysokiej jakości procesu przekazywania wiedzy i umiejętności. Poniżej cechy te uszeregowane zostały według ich ważności.

1. Aktualna wiedza zawodowa, umiejętności i kompetencje w zakresie danej dziedziny wiedzy (warunek *sine qua non* w przypadku każdego pracownika dydaktycznego).

2. Pozytywny emocjonalnie i intelektualnie stosunek do danej dziedziny wiedzy; chęć podzielenia się swoimi zainteresowaniami i zamiłowaniem w tym względzie z innymi; gotowość do ciągłego dokształcania się.

3. Chęć pomocy innym w uczeniu się i rozwoju intelektualnym, gotowość do samooceny swoich dokonań dydaktycznych oraz badania i brania pod uwagę: (a) reakcji studentów/słuchaczy na te dokonania, (b) krytyki ze strony innych; gotowość do pracy w zespole.

3. Wiedza o tym, jak ludzie się uczą oraz o specjalnych trudnościach związanych ze specyfiką nauczanej dziedziny i z cechami poszczególnych studentów/słuchaczy; świadomość, że najważniejszym zadaniem w promowaniu uczenia się jest motywowanie studentów/słuchaczy.

4. Szczególne cechy osobiste, takie jak: poczucie humoru, cierpliwość, pewność siebie, zdolność do akceptacji mozolnej pracy.

5. Kompetencje związane z technikami dydaktycznymi (audiowizualnymi i innymi) i metodami oceniania.

W jednej ze swoich książek Ronald Barnett (1992) proponował, aby w rozważaniach o zapewnianiu jakości kształcenia na poziomie wyższym czy o jakościowym doskonaleniu placówek kształcących na tym poziomie skupiać uwagę przede wszystkim na studentach/słuchaczach. Cokolwiek bowiem dzieje się w systemie szkolnictwa wyższego (w tym podyplomowego), jego jakość w każdym kraju i we wszelkich okolicznościach odzwierciedla się w charakterze i poziomie rozwoju edukacyjnego (osiągnięć edukacyjnych) studentów/słuchaczy uczestniczących w programach nauczania.

W związku z tym „wysoką jakość” można przypisać jakiemuś procesowi edukacyjnemu, jeśli zostało wykazane, iż skutek tego procesu nastąpił określony rozwój studentów/słuchaczy, tzn. nie tylko uzyskali oni, zgodnie z założeniami programowymi, określoną wiedzę i umiejętności, lecz w trakcie ich pozyskiwania osiągnęli również ogólniejsze, autonomiczne cele edukacyjne – przede wszystkim umiejętność brania udziału w racjonalnej dyskusji, zdolność krytycznej autooceny, uzyskanie pełnej świadomości wzajemnego uzależnienia myśli i działań (teorii i praktyki).

Student/słuchacz jest, a w każdym razie powinien być, aktywnym uczestnikiem procesu nabywania przez siebie wiedzy. Program nauczania to nie tylko to, co pracownicy dydaktyczni robią dla studentów/słuchaczy; jest to

proces, w którym ci drudzy są partnerami tych pierwszych. Daleka od powszechności świadomość tego jest jednak wyraźnie częstsza wśród pracowników dydaktycznych niż wśród studentów.

Uczelnia-szkola jest miejscem gromadzenia przez studentów/słuchaczy rozmaitych doświadczeń, które można ujmować na różne sposoby. Dlatego pojęcie **rozwoju edukacyjnego** studentów/słuchaczy, tak jak zostało ono przedstawione wyżej, zastępowane jest często w rozważaniach nad jakością kształcenia szerszym pojęciem **doświadczeń studenckich** (*student experience*). Pojęcie to może mieć cztery różne znaczenia:

1. Praktyczna realizacja przez personel dydaktyczny zestawu celów i zamierzeń przyjętych uprzednio przez kierownictwo uczelni/szkoły w ścisłym związku z jej celami statutowymi.

2. Zewnętrzne (obserwowalne) wydarzenia dotyczące studentów/słuchaczy (mające miejsce w ramach zajęć lub innych form wymiany między uczącym a uczącym się).

3. Całokształt sytuacji, w których studenci/słuchacze mogą się znaleźć w czasie swoich studiów (szkolenia) – na terenie uczelni/szkoły (także w bibliotece, akademiku/hotelu) i poza nią.

4. Wewnętrzne (duchowe, osobowościowe) doświadczenie pojedynczych studentów (słuchaczy) powstające w procesie intelektualnych, emocjonalnych i motorycznych zmagani, mających na celu nadanie sensu temu, co ich otacza; inaczej mówiąc – wzajemne dopasowanie do siebie sposobu pojmowania rzeczywistości i ugruntowanych postaw oraz znacznej liczby rozmaitych wymogów związanych z formalnym i nieformalnym programem kształcenia.

Zasadnicza rozbieżność występuje tutaj pomiędzy doświadczeniem studenckim jako zestawem celów i zamierzeń przyjmowanych i realizowanych przez personel dydaktyczny oraz tym, jak ów zestaw jest postrzegany przez samych studentów/słuchaczy. Z całą pewnością odróżniają oni „doświadczenia” przekazywane im przez prowadzących zajęcia od tych, które kształtują sami na własny użytek.

Oznacza to, m.in., że nie wszystko, co studenci/słuchacze zawierają w swoich odpowiedziach w kwestionariuszach oceniających zajęcia i pracowników dydaktycznych, może być przyjmowane z całym dobrodziejstwem inwentarza. Nawet w bardzo uwrażliwionym rynkowo systemie szkolnictwa wyższego czy podyplomowego niekoniecznie muszą oni być uważani za najlepszych znawców swojego doświadczenia (rozumianego tutaj w sposób bardziej zobiektywizowany). Mogą oni, np., mieć poczucie, że dane zajęcia dostarczają im wiedzy interesującej, oryginalnej czy nowatorskiej. Lecz pozytywne odczuwanie nowości czy oryginalności nie zawsze jest adekwatne do rzeczywistych cech danego fragmentu procesu edukacyjnego, jak również bynajmniej nie zawsze idzie w parze z intensywną aktywnością intelektualną niezbędną dla uczenia się na rzeczywiście wysokim poziomie.

Nie próbując rozstrzygnąć ostatecznie kwestii, czy można przypisać pojęciu doświadczeń studenckich pozytywne znaczenie dla refleksji nad jakością kształcenia, czy też raczej należałoby je uznać za wewnętrznie sprzeczne i jako takie – nieprzydatne w tym względzie, Barnett sformułował następującą tezę:

Doświadczenie studenckie jest wysokiej jakości, jeśli dokonuje się proces rozwojowy mający na celu umożliwienie studentom osiągania zdolności wyższego porządku (niezależny i rozważny osąd, krytyczny stosunek do samego siebie, racjonalne działanie, współpraca z innymi przy rozwiązywaniu problemów), stanowiących istotę wykształcenia na poziomie wyższym (Barnett 1992: 108).

Uzupełnieniem rozważań Barnetta może być przedstawiona przez Frazera (1992) lista pożądanych cech studenta/słuchacza – rozumianych jako właściwości, co do których pracownicy dydaktyczni mają nadzieję, że studenci/słuchacze będą je posiadali po zakończeniu cyklu edukacyjnego):

1. Zamiłowanie do wiedzy i szacunek dla niej.
2. Zamiłowanie do danej dziedziny wiedzy i pragnienie, aby była ona użyteczna społeczeństwu.
3. Pragnienie nauczania się jak najwięcej w ramach danej dziedziny wiedzy.
4. Posiadanie w ramach danej dziedziny wiedzy kompetencji zgodnych z celami zajęć (programem wykładanego przedmiotu).
5. Umiejętność uczenia się.
6. Znajomość granic swojej wiedzy i swych umiejętności.
7. Świadomość, że uczenie się jest procesem tak długim, jak samo życie.
8. Umiejętność rozwiązywania problemów (identyfikacja problemu, definiowanie i formułowanie rozwiązań, różne podejścia do rozwiązań).
9. Umiejętności w zakresie poszukiwania informacji (jak korzystać z bibliotek i innych baz danych).
10. Umiejętność formułowania argumentów.
11. Umiejętność integracji wiedzy z różnych dziedzin.
12. Umiejętności w zakresie komunikowania się (wyrażanie swoich myśli na piśmie i rozumienie lektur, wypowiadanie się na dany temat i rozumienie wypowiedzi innych).
13. Umiejętność krytycznej analizy.
14. Umiejętność pracy w zespole.

Jak wynika z powyższych przykładów, myślenie życzeniowe w odniesieniu do szkolnictwa wyższego, nacechowane ideologiczno-pedagogicznym optymizmem, nie jest wynalazkiem ostatnich lat. Co więcej, rzeczywistość szkolnictwa wyższego w coraz większym stopniu oddala się od „typów idealnych” pracownika dydaktycznego oraz absolwenta szkoły wyższej, wciąż funkcjonujących w zideologizowanym dyskursie edukacyjnym. Dzieje się tak przede

wszystkim z powodu umasowienia i urynkowania oraz związanej z tym aselekcyjności systemów szkolnictwa wyższego. Inną ważną przyczyną tego oddalania się, a więc w istocie obniżania się jakości kształcenia, jest brak odpowiedniego zaplecza edukacyjnego w postaci skoordynowanej polityki edukacyjnej państwa wobec całego systemu edukacyjnego – od przedszkola do doktoratu i kształcenia przez całe życie; polityki, należałoby dodać, prowadzonej konsekwentnie, niezależnie od zmian i zawirowań w sferze zdobywania i utrzymywania władzy politycznej, nade wszystko zaś dopuszczającej pluralizm ideowy w sferze filozofii edukacji. Niestety, jest to również utopia i zestaw pobożnych życzeń, może jednak stanowić punkt wyjścia dla refleksji edukacyjnej nad mechanizmami, które umożliwiałyby stopniowe wyhamowanie i odwrócenie zniżkowych tendencji jakościowych w systemie edukacyjnym.

Dominacja i uzależnienie prowadzących zajęcia w kontekście procedur ewaluacyjnych

Szerszym kontekstem dla tej sfery rzeczywistości, która na różne sposoby wiąże się z ocenianiem i byciem ocenianym, jest dla pracownika dydaktycznego uwikłanie w relacje dwóch rodzajów: dominacji (będącej szczególną formą niezależności) i uzależnienia. Można powiedzieć, że zakres i intensywność występowania w roli przedmiotu oceny w istotnej mierze stanowi o charakterze i uciążliwości relacji uzależnienia, zaś występowanie w roli podmiotu oceniającego należy do istotnych cech relacji dominowania.

W niniejszym ujęciu tej problematyki, nieco uproszczonym dla większej przejrzystości, ograniczamy rozmaitość relacji **podporządkowania/bycia ocenianym** do jednej, jak się zdaje, najważniejszej ich podgrupy: do relacji „pracownik dydaktyczny – kierownictwo uczelni/szkoły”, zaś spośród różnorodności relacji **dominacji/oceniania** wybieramy podgrupę relacji „pracownik dydaktyczny – studenci/słuchacze”.

Oba te rodzaje wzajemnych relacji ulegają pewnym zmianom, gdy zaczyna funkcjonować system wieloaspektowej oceny jakości kształcenia, a w jego ramach – podsystem oceny jakości nauczania. Zakłada on m. in. regularne zapoznawanie się z opiniami studentów/słuchaczy na temat zajęć, w jakich uczestniczą bądź uczestniczyli, ich zawartości programowej, sposobu ich prowadzenia itp. – w celu ewentualnego wprowadzenia zmian czy modyfikacji, które następnie znowu poddane zostaną ocenie studentów/słuchaczy (ten sposób czy metodę oceny jakości nauczania określa się najczęściej angielskim terminem „*feedback*”, ze względu na to, że podejmowane w ramach tej metody działania mają – przynajmniej w założeniu – charakter właśnie sprzężenia zwrotnego). Istota zmian wywołanych wprowadzeniem systemu oceny jakości nauczania przedstawiona została schematycznie na rys. 3 i 4.

Rys. 3. Pracownik dydaktyczny: główne relacje podporządkowania i dominacji **przed** wprowadzeniem systemu oceny jakości nauczania (m. in. *feedbacku*)

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 4. Pracownik dydaktyczny: główne relacje podporządkowania i dominacji **po wprowadzeniu** systemu oceny jakości nauczania (m. in. *feedbacku*)

Źródło: opracowanie własne.

Po wprowadzeniu systemu oceny jakości nauczania (a zwłaszcza studenckiego *feedbacku*) układ „uzależnienie-dominacja”, w jakim usytuowany jest pracownik dydaktyczny, ulega istotnej zmianie. W zależności od tego, jak zdefiniuje on sobie tę nową sytuację, czy postrzegać ją będzie pozytywnie bądź neutralnie, czy też negatywnie. W tym ostatnim przypadku nowa sytuacja będzie postrzegana jako, po pierwsze, dodatkowe podporządkowanie kierownictwu uczelni/szkoły, a po drugie – swoiste podporządkowanie studentom/słuchaczom, dotychczas występującym raczej w roli przedmiotu oceny (i jednocześnie głównego obiektu dominacji pracownika dydaktycznego). Zarówno pierwszy, jak i drugi aspekt ewentualnej negatywnej definicji sytuacji może powodować szczególnie dyskomfort psychiczny.

Hierarchiczna struktura celów edukacyjnych

Z metodologicznego punktu widzenia proces ewaluacyjny opiera się na relacji porównywania. W procesie tym podmiot oceniający, biorąc za podstawę określone kryterium oceny, dokonuje konfrontacji przedmiotu ocenianego z pewnym wzorcem, w wyniku czego formułowany jest określony sąd wartościujący.

Wydaje się celowe bliższe rozpatrzenie poszczególnych elementów tego procesu w kontekście poruszanej tutaj problematyki. O ile pojęcie podmiotu

oceniającego jest dość oczywiste (jest nim pracownik dydaktyczny, jak również jest nim – bądź może być – student/słuchacz), o tyle dyskusyjne mogą być zasady formułowania kryteriów oceny oraz wzorca, stanowiącego układ odniesienia przy jej dokonywaniu.

Zarówno w odniesieniu do pracowników dydaktycznych, jak studentów/słuchaczy metodyka ewaluacyjna oraz procedury i narzędzia służące do bezpośredniego oceniania są w wielu jednostkach dydaktycznych kształtowane, jak dotąd, bardzo subiektywnie, żeby nie powiedzieć – dowolnie. Słuszność tej tezy dla relacji ewaluacyjnej student – nauczyciel akademicki potwierdziła analiza Mirosławy Jastrząb-Mrozickiej (1995). Próby faktycznej obiektywizacji czy choćby ujednolicenia kryteriów oceny nie spełniają swojego zadania, najczęściej zresztą z powodu zbyt abstrakcyjnego bądź zbyt konkretnego ujmowania tych kryteriów, mającego swoje źródło w braku precyzyjnego określenia celów edukacyjnych, inaczej mówiąc – kompetencji, jakie studenci/słuchacze mają uzyskać w toku procesu edukacyjnego. Można powiedzieć, że konstruowanie jakiegokolwiek dorzecznego systemu ewaluacyjnego aspirującego do uniwersalności (choćby na poziomie uczelni/szkoły) powinno rozpoczynać się od przyjęcia pewnej ogólnej koncepcji hierarchicznej struktury celów/kompetencji, możliwej do przełożenia na cele i kompetencje odnoszące się do poszczególnych dziedzin merytorycznych. Ze zróżnicowanych rodzajowo celów i kompetencji powinny w sposób naturalny wynikać kryteria i zasady oceniania realizowanego przez pracowników dydaktycznych. Takie ogólne, uporządkowane hierarchicznie struktury celów edukacyjnych czy nabywanych kompetencji funkcjonują od dawna w literaturze (zob. np. *Taxonomy of Educational Objectives...* 1956) i w praktyce ewaluacyjnej. Jedną z najbardziej interesujących i wpływowych koncepcji w tym względzie przedstawiona jest schematycznie na rys. 5.

Wzorzec ewaluacyjny

Punktem stycznym założeń teoretyczno-metodologicznych oceniania z jego praktyką jest wzorzec ewaluacyjny – zasadniczy element wszelkiej metodyki oceny. Wyróżnić można trzy typy wzorców ewaluacyjnych: subiektywny (partykularny), empiryczny i normatywny.

1. **Wzorzec impresyjny** to syntetyczny obraz idealny ocenianego przedmiotu bądź jego części obecny wyłącznie w świadomości podmiotu oceniającego (idealne wyobrażenie ukształtowane w sposób niekontrolowany). Ocenę dokonywaną przy zastosowaniu takiego wzorca cechuje zazwyczaj – w mniejszym lub większym stopniu – subiektywizm, brak jasno określonych kryteriów, skłonność do pochopnych uogólnień i bezpodstawnych syntez oraz podatność na wpływ różnego rodzaju obciążeń emocjonalnych („uprzedzanie się”).

					EWALUACJA
				SYNTEZA	Umiejętność sądzenia o wartości różnych idei, metod, procedur itp. przy zastoso- waniu odpow- iednich kryteriów
			ANALIZA	Umiejętność	
		APLIKACJA	Umiejętność	utworzenia	
WIEDZA	ROZUMIENIE	Umiejętność	przerywania	jednolicie	
Umiejętność przyswojenia sobie, utrwa- lenia w pa- męci oraz przypomina- nia okreśło- nego zasobu informacji	objaśniania tego, co zostało przyswojone, zapamiętane i utrwalone; rekonstru- owanie idei	wykorzysta- nia idei, zasad, teorii w konkret- nych sytuacjach	połączeń między częściami pewnej całości w celu wyjaś- nienia orga- nizujących ją zasad	zorgani- zowanej całości z części, elementów	
	Wymaga: Wiedzy	Wymaga: Wiedzy Rozumienia	Wymaga: Wiedzy Rozumienia Aplikacji	Wymaga: Wiedzy Rozumienia Aplikacji Analizy	Wymaga: Wiedzy Rozumienia Aplikacji Analizy Syntezy

Rys. 5. Hierarchiczna struktura celów edukacyjnych (nabywanych kompetencji)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Taxonomy of Educational Objectives...* 1956.

Wzorzec taki stosuje się zwykle tam, gdzie oceniany przedmiot z trudem (bądź wcale nie) poddaje się procedurom analitycznym czy pomiarom poprzedzającym ocenę (np. dzieło sztuki, kontrowersyjny ludzki postęp) lub też wówczas, gdy sytuacja wymaga szybkiej bądź wręcz natychmiastowej oceny.

Braki w ocenie przy zastosowaniu tego typu wzorca można zmniejszyć poprzez multiplikację ocen (metoda sędziów); duże znaczenie ma także doświadczenie, rutyna, odpowiednie cechy osobowościowe podmiotu oceniającego.

2. **Wzorzec empiryczny** to realnie istniejący celowo dobrany przedmiot, analogiczny do przedmiotu ocenianego. W przypadku całościowej oceny danego systemu bądź podsystemu edukacyjnego wzorcem ewaluacyjnym mógłby być inny system tego samego szerebla o podobnych cechach strukturalno-funkcjonalnych, zaś w przypadku oceny częściowej, tzn. oceny danego elementu pewnego systemu – analogiczny element innego systemu tego samego szerebla i o podobnej charakterystyce.

Wzorzec tego typu może być oczywiście zarówno pozytywny, jak i negatywny. Zasadnicze trudności i niedogodności oraz możliwości zafałszowań i zniekształceń procesu ewaluacyjnego tkwią tutaj w fazie doboru odpowiedniego wzorca, dlatego choćby, że niezwykle rzadko występują w rzeczywistości systemy porównywalne do tego stopnia, by dokonywana w ten sposób ocena

mogła prowadzić do wniosków wykraczającego poza ogólne postulaty, a więc mających zastosowanie w dążeniach do usprawnienia systemu.

3. **Wzorzec normatywny** to normatywny model ocenianego przedmiotu skonstruowany specjalnie dla celów ewaluacyjnych na podstawie przesłanek teoretycznych bądź sformułowanych na podstawie danych empirycznych. Model taki powinien zawierać w sobie normatywy dla każdego z branych pod uwagę w ocenie kryteriów, jak również uwzględniać całokształt oddziaływań sytuacyjnych. Ten właśnie typ wzorca ewaluacyjnego może być składnikiem szerszej metodyki ewaluacyjnej. Przy konstruowaniu takiego modelu (wzorca) można uniknąć wad dwóch pierwszych wzorców oraz sposobów oceniania. Normatywy powinny uwzględniać wszelkie istotne różnicowania i relatywizacje – w rezultacie powstać może wzorzec zobiektywizowany, postrzegany w podobny sposób przez osoby dokonujące samooceny. W odniesieniu do oceny kompetencyjnej jest to w istocie postulat zbudowania pewnej normatywnej wizji czy „sylwetki” słuchacza/absolwenta: zharmonizowanie zestawu pożądanych kompetencji operacyjnych w danym zakresie opisanych na poziomie konkretnych umiejętności.

Stworzenie wzorca/modelu normatywnego wymaga przede wszystkim pracy koncepcyjnej, ale też korzystania z pomocy specjalistów w zakresie poszczególnych przedmiotów („poddziedzin”), także z doświadczeń różnych ośrodków edukacyjnych. Kluczową sprawą jest ustalenie empirycznych celów kształcenia, tzn. odpowiedzi na pytanie, do czego potrzebne czy przydatne będą uzyskane w toku nauczania kompetencje.

Wzorzec ten może zaistnieć w dwóch wariantach: dla konkretnego zastosowania w danej placówce kształceniowej oraz w wariantcie uniwersalnym (np. dla celów akredytacyjnych). W tym drugim wypadku powinien on dotyczyć opracowanego koncepcyjnie na podstawie racjonalnych przesłanek kanonu kompetencji, który, ze względu na założoną uniwersalność, będzie zawsze zestawem ograniczonym, pomijającym całą specyfikę kulturową, instytucjonalną czy środowiskową.

W praktycznym przebiegu relacji ewaluacyjnych dominują wzorce impresyjne, a niekiedy podejmowane są próby stosowania wzorców empirycznych. Tymczasem powodzenie ewentualnego zuniwersalizowanego systemu ewaluacyjnego zależy od tego, czy i w jaki sposób opracowane i stosowane będzie podejście określone wyżej jako wzorzec normatywny.

Model interakcji prowadzący zajęcia – student (słuchacz)

Sytuację oceniania studenta/ów (słuchacza/y) przez prowadzącego zajęcia i oceniania prowadzącego zajęcia przez studenta/ów (słuchacza/y) można usytuować w kontekście szerszego modelu interakcji pracownik dydaktyczny – student/słuchacz, traktując to jako szczególny przypadek ujęcia bardziej

ogólnego: nauczyciel–uczeń (Hargeaves 1985; Blackledge, Hunt 1975). Model ten można przedstawić w postaci schematu (rys. 6).

Rys. 6. Model interakcji pracownik dydaktyczny – studenci/słuchacze: relacje wzajemnego oceniania

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Blackledge, Hunt 1985.

Pracownik dydaktyczny funkcjonuje wewnątrz pewnego systemu wymagań i oczekiwań, który ogranicza jego swobodę działania. W ramach określonych mniej lub bardziej dokładnie parametrów konstruuje on, częściowo na podstawie doświadczenia, dość stabilne wyobrażenie swojej własnej roli, pewną wizję studentów/słuchaczy oraz sposobu, w jaki się uczą, a także zespół idei dotyczących wiedzy, jaką ma im przekazać. Stanowi to jeden z dwóch elementów konstytuujących definicję sytuacji tworzoną przez pracownika dydaktycznego na własny użytek – na schemacie element ów określony został jako autowyoobrażenie. Pracownik dydaktyczny posiada również pewną po-

czątkową wiedzę o swoich studentach/słuchaczach i oczekiwania pod ich adresem. Niektóre z elementów tej „apriorycznej” wiedzy oraz niektóre z tych oczekiwań (posiadanych jeszcze przed nawiązaniem kontaktu ze studentami/słuchaczami) biorą się ze stereotypów dotyczących takich spraw, jak wiek, płeć, środowisko wychowania czy formalny przebieg dotychczasowego kształcenia bądź rozmiary i charakter posiadanego doświadczenia zawodowego. Nową wiedzę i nowe oczekiwania pracownik dydaktyczny nabywa poprzez obserwację i interpretację zachowań studentów/słuchaczy oraz kontrolowanie przyrostu ich wiedzy.

Aby zinterpretować działania studentów/słuchaczy, pracownik dydaktyczny musi posiadać pewien system kategorii porządkujących. Jedną z wciąż używanych jest np. kategoria „zdolności”: interpretacja zachowań studenta/słuchacza w jej pojemnych ramach prowadzi do zakwalifikowania go jako „inteligentnego” bądź „tępego”, dobrego lub kiepskiego pod jakimś względem. Studenci/słuchacze mogą być również „interpretowani” w kategoriach motywacji, zdyscyplinowania czy osobowości. Ta empiryczna wiedza o studentach/słuchaczach oraz wywołane przez nią nowe wobec nich oczekiwania stanowią drugi element czy wymiar definicji sytuacji konstruowanej przez pracownika dydaktycznego na własny użytek.

Można przyjąć, że wiedza pracownika dydaktycznego o studentach/słuchaczach w połączeniu z jego „autowyobrażeniem” określa treści, formy, metody i przebieg nauczania. Mówiąc inaczej, pracownik dydaktyczny kreuje sytuację nauczania na użytek konkretnych studentów/słuchaczy.

Także studenci/słuchacze posiadają własne autowyobrażenia oraz własną wiedzę o pracowniku dydaktycznym. Oba te elementy łącznie generują reakcje na wymagania czy oczekiwania prezentowane przez prowadzącego zajęcia. Interpretuje on te reakcje, poszerzając w ten sposób swoją empiryczną wiedzę o studentach/słuchaczach. Nowa wiedza w tym zakresie może prowadzić do pewnej modyfikacji wymagań i oczekiwań kierowanych pod adresem studentów/słuchaczy; może również prowadzić do zmian w autowyobrażeniu (postrzeganiu przez prowadzącego zajęcia samego siebie w kontekście sytuacji dydaktycznej). Studenci/słuchacze także rozszerzają swoją wiedzę o pracownikach dydaktycznych i ta powiększona wiedza również może prowadzić do modyfikacji ich reakcji na nowe wymagania i oczekiwania tych pierwszych.

Istotny wpływ na sytuację oceny, oprócz wiedzy stereotypowej i empirycznej, ma wiedza normatywna – odpowiadająca na pytania typu „jak być powinno”. Wspólnie z wiedzą stereotypową kształtuje ona wzorce ewaluacyjne, podczas gdy wiedza empiryczna, powstająca w wyniku interpretacji działalności i zachowań studentów/słuchaczy przez pracownika dydaktycznego oraz pracownika dydaktycznego przez studentów/słuchaczy, jest głównym komponentem postrzegania przez każdą ze stron (występującą w roli podmiotu oceny) drugiej strony – występującej w roli ocenianego przedmiotu.

Głównymi problemami tak zarysowanej sytuacji wzajemnego oceniania jest, po pierwsze, właściwy dobór wzorca ewaluacyjnego, o czym była już mowa, oraz, po drugie, możliwie adekwatne do kryteriów oceny postrzeganie ocenianego przedmiotu (ocenianej osoby). Obie te kwestie mogą bardzo łatwo przerodzić się w poważne dylematy, zakłócające funkcjonowanie ewentualnego powszechnego systemu oceny jakości nauczania. Niebezpieczeństwo takiego niekorzystnego rozwoju sytuacji spowodowane jest przez:

- praktyczny brak w świadomości obu podmiotów oceny wiedzy normatywnej dotyczącej ocenianego przedmiotu czy osoby (kłopot ze wzorcem ewaluacyjnym);

- słabość wiedzy empirycznej o przedmiocie oceny; to właśnie o tym w gruncie rzeczy pisała Ewa Świerzbowska-Kowalik (1995), omawiając wyniki badań wskazujące na bardzo słabą więź merytoryczną i pozamerytoryczną między nauczycielami akademickimi i ich studentami (prowadzi to do nieadekwatności postrzegania ocenianego przedmiotu – również ocenianej osoby);

- dominację wiedzy stereotypowej o przedmiocie oceny, a także – w przypadku prowadzących zajęcia – rutyny, rytualizmu zachowań, wymagań i oczekiwań zarówno tych kierowanych do studentów/słuchaczy, jak i tych, które wiążą się z całokształtem funkcjonowania w roli pracownika dydaktycznego, gdzie pojawienie się zasadniczo nowego podejścia do oceny jakości nauczania może być postrzegane jako mniej lub bardziej konkretne zagrożenie.

ROZDZIAŁ 4

Skuteczność i użyteczność jako wyznaczniki jakości kształcenia*

4.1. Skuteczność i użyteczność jako kategorie socjologiczne

Skuteczność kształcenia to stopień osiągnięcia celów przedsięwzięcia edukacyjnego. Formułowanie celów kształcenia o określonej charakterystyce (rodzaj, szczebel, charakter i intensywność zmian w świadomości, nawykach itp.) jest osobną sferą problemową dość dobrze opisaną teoretycznie – począwszy od klasycznej koncepcji Benjamina S. Blooma (1956), z silnym zaakcentowaniem wkładu rodzimej teorii edukacyjnej (Okoń 1987, Niemierko 1992). W praktyce edukacyjnej problematyka ta ujmowana jest na ogół formalistycznie, zaś w polityce edukacyjnej, zwłaszcza dotyczącej szkolnictwa wyższego, zdominowana przez ogólnopedagogiczne hasła i deklaracje ideologiczne bądź pełne dobrej woli postulaty z obszaru myślenia życzeniowego, których realność i faktyczna realizacja nie jest oceniana na podstawie empirycznie zgromadzonych dowodów (Szczepański 1959, 1976; *Strategia...* 2009; *Strategia...* 2010). Cele kształcenia, w teorii, powinny być formułowane racjonalnie, na podstawie zobiektywizowanej diagnozy potrzeb społecznych i zgodnie z logiką funkcjonowania tej części życia społecznego, do której odnosi się określony proces kształceniowy. W praktyce zobiektywizowaną diagnozę potrzeb edukacyjnych uzyskać jest bardzo trudno, jeżeli w ogóle jest to możliwe. Diagnozy potrzeb edukacyjnych, mające rzekomo zobiektywizowany charakter, są albo oparte na niekompletnych danych, albo wyrażają ideologię grupy realizującej własne interesy, albo też są po prostu wyrazem dominującego światopoglądu edukacyjnego (niekiedy mówi się o edukacyjnym paradygmacie); najczęściej zresztą wszystkie te czynniki, bądź niektóre z nich, występują łącznie. Trzeba pamiętać, że poprzez odpowiednie modyfikacje celów kształcenia (można mówić również o manipulacji tymi celami) można powodować zwiększanie bądź zmniejszanie

* Pierwsza wersja tego rozdziału opublikowana została w „Przeglądzie Socjologicznym”, 58/3 (Boczkowski 2009).

jego skuteczności, a także czynić łatwiejszym, mniej skomplikowanym bądź trudniejszym, bardziej złożonym sam pomiar skuteczności kształcenia. Dobór, trafność i rzetelność pomiaru stopnia realizacji celów to odrębna grupa problemów, również podatna na oddziaływania pozamerytoryczne i różnego rodzaju manipulacje.

Ważnym pojęciem, mającym zastosowania w opisie systemu edukacyjnego, ocenie jego funkcjonowania oraz w realizacji jakichkolwiek projektów zmian w tym systemie, jest kategoria użyteczności, w języku potocznym rozumianej jako właściwość przynoszenia pożytku, przydatność, bycie potrzebnym do czegoś, możliwość praktycznego zastosowania. Ujmując rzecz ogólnie, można powiedzieć również, iż jest to zdolność do zaspokojenia jakiejś potrzeby. W naukach społecznych (przede wszystkim w ekonomii) definiuje się użyteczność bardziej precyzyjnie jako korzyść lub satysfakcję uzyskaną przez jednostkę w wyniku konsumpcji jakiegoś dobra, realizacji zamierzonego celu, wyboru działania (Marshall 2004: 413).

W kontekście tego, co zostało powiedziane wyżej, podejmowanie kształcenia na poziomie wyższym, jak również kształcenia podyplomowego można, przy spełnieniu pewnych warunków, traktować jako akt racjonalnego wyboru (w rozumieniu jednego z dwóch głównych wariantów socjologicznej teorii wymiany), ale także jako rezultat podporządkowania się pewnej konwencji rytualno-symbolicznej (w ujęciu drugiego z wariantów tej teorii)¹.

Użyteczność kształcenia to uzyskiwanie różnego rodzaju korzyści przez podmioty społeczne (jednostki lub grupy) potencjalnie bądź faktycznie zainteresowane kształceniem.

Warto zwrócić uwagę na to, że zarówno w rozumieniu potocznym, jak i w definicji socjoekonomicznej użyteczność jakiegoś procesu, działania, zjawiska czy stanu rzeczy może być szczególnym aspektem (także konsekwencją) skuteczności tego procesu, działania, zjawiska bądź stanu. Przy spełnieniu określonych warunków użyteczność można zatem traktować jako praktyczną weryfikację skuteczności. Odnosi się to również do sfery kształcenia, którego skuteczność określona została wyżej jako stopień osiągania sformułowanych uprzednio celów edukacyjnych, zaś jednym z celów o najogólniejszym charakterze i zasadniczym znaczeniu może być przekazanie uczniom (studentom, słuchaczom) elementów wiedzy oraz umiejętności posiadających cechę użyteczności, w szczególności przynoszących określone korzyści w praktyce zawodowej.

¹ Według teorii wymiany działanie społeczne jest wymianą dóbr, akceptacji, aprobaty i prestiżu przyczyniającą się do utrwalania ładu społecznego. W pierwszym wariantcie – określanym jako teoria racjonalnego wyboru – źródła porządku społecznego tkwią w korzyściach, jakie jednostki uzyskują w rezultacie wymiany. W drugim wariantcie – zapoczątkowanym przez antropologiczną teorię wymiany – można przyjąć, że u podstaw ładu społecznego, jak i związanych z nim korzyści znajdują się działania rytualne związane z symbolicznym charakterem i pozamerytorycznym znaczeniem wymienianych rzeczy (Marshall 2004: 394).

Socjologiczny (a więc *par excellence* badawczy) sens pojęć skuteczności i użyteczności kształcenia polega, najogólniej rzecz ujmując, na urealnieniu opisu i ułatwieniu analizy tego, jak system edukacyjny realizuje przypisywane mu funkcje społeczne.

Skuteczność kształcenia jako kategoria socjologiczna to stopień, w jakim osiągnięte zostały cele zoptymalizowane ze względu na realizację poszczególnych społecznych funkcji edukacji, o których była mowa poprzednio, zaś użyteczność kształcenia – to zakres, rodzaje i znaczenie różnych korzyści związanych ze skuteczną realizacją tych funkcji². W sensie socjologicznym skuteczność i użyteczność kształcenia służą do opisu i analizy rzeczywistości społecznej w obszarze edukacji, w szczególności do identyfikacji rozbieżności między faktyczną sytuacją w tej sferze a różnymi jej „typami idealnymi”, inaczej mówiąc – dystansu, jaki dzieli rzeczywisty stan wypełniania przez system edukacji jego społecznych funkcji, po pierwsze, od stanu idealnego w tej mierze, po drugie zaś – od stanu założonego w procesie planowania zmian społecznych. Trzeba bowiem pamiętać, że proces kształcenia odnoszony do zbiorowości może być ujmowany sam w sobie jako interwencja społeczna – celowe działanie zmierzające do wprowadzenia względnie trwałej zmiany w określonym cechami tej zbiorowości fragmencie rzeczywistości społecznej albo też jako działalność sprzyjająca innym zmianom społecznym, rozpatrywana niekiedy w kategoriach modernizacji społecznej (zob. Buchner-Jeziorska 2005).

Składnikiem socjologicznego pola znaczeniowego pojęć skuteczności i użyteczności kształcenia jest ich sens socjotechniczny. Polega on na tym, że w trakcie procesu edukacyjnego mogą formować się podwaliny pozytywnego ustosunkowania do racjonalnych, bazujących na rezultatach badań naukowych zmian społecznych – takich, które w większym lub mniejszym stopniu wypełniają założenia postępowania celowościowego (por. Kubin 1978; Podgórecki 1996). Jednym z ważnych zagadnień socjotechnicznych pojawiających się w obszarze socjologii edukacji jest więc kwestia, czy i na ile skuteczne kształcenie o określonej charakterystyce jest użyteczne w powyższym sensie, tzn. czy i jakie korzyści przynosi podmiotom społecznym zaangażowanym we wprowadzanie takich zmian oraz podmiotom społecznym, których te zmiany dotyczą.

Warto przypomnieć fragment cytowanej kiedyś w artykule Czesława Czapówa i Adama Podgóreckiego mowy retora Libianosa na cześć Juliana Apostaty: „niełatwo wydawać prawa użyteczne, bo do tego potrzebny jest rozum”

² Przekonanie o możliwości stopniowego przybliżania się do ideału kształcenia w pełni skutecznego i użytecznego jest swoistym „mitem założycielskim” funkcjonujące od przeszło stu lat egalitarystycznej ideologii naprawy świata społecznego za pomocą coraz bardziej powszechnego dostępu do wszystkich szczebli edukacji. Ideologia ta od jakiegoś czasu jest przekonująco podważana m.in. przez teorie reprodukcji kulturowej oraz teorie odtwarzania przez system edukacji istniejącej struktury społecznej. Teorie te wspierane są przez wyniki badań ukazujące stosunkowo niewielki wpływ systemu edukacji na niwelowanie społecznych nierówności.

(Czapów, Podgórecki 1972: 9). Można dopowiedzieć, że prawa użyteczne to takie, które przynoszą korzyści stosującym się do nich lub/i prawodawcom. I dalej: użyteczność jest efektem rozumu (mądrości?), ale mądrość (rozum?) nie musi – choć może – dążyć do użyteczności pojmowanej jako korzyść dla wszystkich członków społeczeństwa czy jakiejś jego znacznej części. To, czy rozum – w sensie uformowanego w przebiegu edukacji umysłu – będzie miał takie dążenia, w decydującej mierze zależy od procesów socjalizacyjnych, w tym głównie od edukacji. Jej skuteczność w osiąganiu dobrze określonych celów i jej ogólnospołeczna użyteczność stanowią więc o powodzeniu działań o charakterze postępowania celowościowego podejmowanych przez inicjatorów zmian społecznych³.

Skuteczność i użyteczność kształcenia w sensie powodowania korzyści ogólnospołecznych bądź dotyczących określonych segmentów społeczeństwa są niewątpliwie konstytutywnymi cechami postępowania celowościowego w znaczeniu, jakie niegdyś nadał temu pojęciu Adam Podgórecki. Oświata, zwłaszcza rozumiana jako uporządkowany formalno-administracyjnie system edukacyjny, powinna dążyć do maksymalizowania swojej użyteczności właśnie w tym sensie. Powinna również w optymalnym stopniu realizować cele ustalone na podstawie rzetelnej diagnozy potrzeb oraz przy uwzględnieniu akceptowanego społecznie systemu wartości (w społeczeństwie pluralistycznym – akceptowanych społecznie systemów wartości) – a więc być możliwie jak najbardziej skuteczna.

W swej istocie użyteczność kształcenia nie sprowadza się do ogólnych stwierdzeń o społecznych korzyściach płynących z istnienia systemu edukacyjnego i okresowego⁴ uczestnictwa w nim wszystkich członków społeczeństwa. Podstawową kwestią jest tutaj pytanie o kryteria użyteczności, a więc także o jej rodzaje, odmiany czy warianty. Pojawia się w związku z tym również zasadnicza kwestia różnego postrzegania użyteczności kształcenia przez różne zainteresowane podmioty społeczne; bardzo ważna jest też kwestia wzajemnego ustosunkowania użyteczności i skuteczności kształcenia. Wszystkie te kwestie mają ważne aspekty socjotechniczne, w sensie konsekwencji dla działań podejmowanych w celu wprowadzenia zmian do określonych fragmentów rzeczywistości społecznej.

³ Można przyjąć, że cele kształcenia – z perspektywy ogólnospołecznej – mogą być w mniejszym bądź większym stopniu użyteczne dla różnych segmentów społeczeństwa; trudno wyobrazić sobie brak jakiegokolwiek społecznie użytecznego aspektu w dowolnie sformułowanych celach edukacyjnych. Całkowicie nieskuteczny cykl kształceniowy jest tylko rzadko spotykaną patologią edukacyjną.

⁴ W nowszych koncepcjach edukacji coraz większą rolę odgrywa „uczenie się przez całe życie” (*long-life learning*), co może oznaczać stopniowe zwiększanie okresów uczestnictwa jednostek w różnych formach społecznie kontrolowanej edukacji.

Proces kształcenia, szerzej – funkcjonowanie systemu edukacji ujmowanego w podziale na szczeble czy poziomy kształcenia, a w szczególności – w podziałach na kształcenie obowiązkowe i nieobowiązkowe, płatne bezpośrednio i płatne z budżetu państwa, jest przykładem wysoce złożonego procesu makrospołecznego. Od możliwości spełnienia wielu różnych warunków zależy przy tym, na ile – i czy w ogóle – proces ten zmierza w kierunku maksymalizacji swojej skuteczności i użyteczności. Z tego punktu widzenia należałoby analizować wszelkie przedsięwzięcia reformatorskie dotyczące systemu edukacji. W tym kontekście należy pamiętać również o manipulacyjnym aspekcie socjotechniki, czyli sterowaniu opinią publiczną: żeby kształcenie o określonej charakterystyce było postrzegane jako użyteczne (bądź nieużyteczne), podejmuje się niekiedy działania specjalnie ukierunkowane na kształtowanie określonych poglądów, często o charakterze stereotypowym. Użyteczność kształcenia można w ten sposób wmówić, zwłaszcza użyteczność niejako potencjalną, oczekiwaną i przewidywaną na początku określonego cyklu kształceniowego.

Problematyka skuteczności i użyteczności kształcenia jest w istocie szczególnym ujęciem zagadnienia jakości kształcenia.

Aby rozważać kwestie skuteczności i użyteczności systemu edukacyjnego bądź poszczególnych przedsięwzięć edukacyjnych (także szerzej zakrojonych przedsięwzięć reformatorskich w tej sferze), trzeba mieć świadomość dla kogo, z czyjego (z jakiego) punktu widzenia system edukacyjny i podejmowane w jego ramach przedsięwzięcia są skuteczne i użyteczne. Tę problematykę skupia w sobie używane w wielu analizach i szerszych opracowaniach pojęcie klienta systemu czy przedsięwzięcia edukacyjnego, bądź też usługobiorcy (biorcy usługi edukacyjnej).

4.2. Zadowolenie klienta systemu edukacyjnego w ujęciu krytycznym

Zgodnie z ogólnymi wytycznymi ISO 9000 najistotniejszą miarą jakości, w tym również jakości kształcenia, ważniejszą bodaj od pojawiającego się tam rozumienia jakości jako maksymalizacji i optymalizacji pożądanых cech przedmiotu czy usługi albo jako stabilności założonych parametrów, jest zadowolenie klienta danej organizacji czy instytucji pojmowane jako zgodność jego oczekiwań z właściwościami przedmiotu, lub z przebiegiem i efektami realizacji usługi (zob. Brauer, Kühme 1999; Reu, Przybyła 1999; Hornowska 2004). 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 nie budzących wątpliwości wskaźników, o tyle w przypadku instytucji

czy placówek kształcących, zwłaszcza rozpatrywanych w kontekście realizacji społecznych funkcji edukacji, sprawa jest bardziej skomplikowana. Pojawia się bowiem zasadnicza trudność w precyzyjnym i jednoznacznym ustaleniu, kto jest klientem tych instytucji i czy w ogóle pojęcie klienta jest tutaj trafnie zastosowane, a jeśli tak, to czy może być stosowane jako jedyne w określaniu podmiotu, do którego odnoszą się kategorie skuteczności i użyteczności kształcenia. Trudności te dotyczą zarówno placówek i instytucji realizujących bezpośrednio założenia polityki edukacyjnej państwa, jak i placówek świadczących usługi edukacyjne dla zysku⁵. W teoretycznej refleksji nad problematyką jakości kształcenia trudność tę przeczuwano od jakiegoś czasu, traktując ją zresztą jako jeden z elementów dywagacji akademickich i w gruncie rzeczy przechodząc nad nią do porządku dziennego (zob. np. Van Vaught 1994). 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 ISO (International Organization for Standardization), spowodowała, że kwestia klienta instytucji (placówki) kształcącej staje się istotną kwestią praktyczną. **Kto** jest właściwym klientem takiej placówki? **Czyje** zadowolenie miałoby być kryterium jakości kształcenia?

Z punktu widzenia ekonomicznego czy handlowego klientem w dziedzinie kształcenia jest ten, kto płaci za cykl edukacyjny. Taki punkt widzenia przyjmuje się, wyłącznie lub między innymi, w większości słownikowych definicji klienta. W słownikach języka angielskiego oraz w anglojęzycznych analizach marketingowych prócz terminu „*client*” występuje także pokrewny znaczeniowo, ale raczej nie synonimiczny termin „*customer*” (nabywca, także odbiorca usługi). Różnice są tutaj raczej subtelne, tym niemniej dość znaczące. W jednym ze słowników klient (*client*) to „ktoś, kto płaci za usługi lub poradę od osoby lub organizacji”, zaś nabywca (*customer*) to „ktoś, kto kupuje dobra lub usługi w sklepie, od firmy etc.” (*Longman Dictionary...* 1995) Według innego słownika klient to „nabywca (*customer*) lub **ktoś, kto jest odbiorcą usług** [podkreślenie – A. B.]”, przy czym nabywca, to „osoba, która kupuje dobra lub usługi” (*Cambridge Advanced Learner's Dictionary* 2003). Tylko niektóre z określeń słownikowych nieco wyraźniej sugerują, że płacenie za usługę nie jest koniecznym elementem definicji klienta. W jednym ze słowników amerykańskich można przeczytać, że klient (w pierwszym znaczeniu) to ktoś, „komu świadczone są profesjonalne usługi” (*The American Heritage Dictionary...* 1980). W słownikach spotyka się też niekiedy nawiązanie do łacińskiego pochodzenia słowa „klient”: jest to ktoś, kto jest pod ochroną kogoś innego. Takie znaczenie wykorzystywane jest w rozważaniach marketingowych, zwłaszcza w odniesie-

⁵ Te ostatnie funkcjonują, przynajmniej formalnie, pod kontrolą państwa i, przynajmniej w teorii, również przyczyniają się do realizacji założeń polityki edukacyjnej.

niu do małego i średniego biznesu. W jednej ze swoich popularnych internetowych ekspertyz amerykański przedsiębiorca budowlany Josh Macmichael napisał:

Zrozumienie różnicy między klientem [client] i nabywcą [customer] może wpłynąć na sposób, w jaki prowadzi się interes. Ponieważ klienci często prezentują się jako ludzie, którzy szukają porady, biznesmeni skłonni są poświęcać im więcej uwagi niż zwykłym nabywcom. Widoczne jest to choćby w fakcie, że niektóre firmy zmieniają nazwę jednej ze swoich komórek organizacyjnych z „działu obsługi nabywcy” [customer service department] na „dział obsługi klienta” [client service department]. Jeśli wciąż nie jest się pewnym na czym polega ta różnica, warto sięgnąć do przykładu prawnika i jego klienta. Chociaż ten drugi płaci temu pierwszemu za usługi, nie jest traktowany jako nabywca – ponieważ szuka rady i jest pod opieką prawnika (Macmichael 2009).

Można zapytać, kto jest klientem placówki edukacyjnej (ewentualnie – nabywcą usługi edukacyjnej) na obligatoryjnych szczeblach kształcenia: czy jest nim uczeń, jego rodzina, państwo (jako formalno-administracyjna reprezentacja społeczeństwa)? Dotyczy to oczywiście szkolnictwa podstawowego i gimnazjalnego. A kto jest klientem nieobligatoryjnych form i szczebli edukacji finansowanych przez państwo, również takich, które wpisują się w konieczną skądiną realizację przez państwo jego funkcji dotyczących obrony i utrzymania porządku publicznego? Ogólne rozważania, dotyczące jakości kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym⁶, sugerują wprost, że klientem jest student/słuchacz, ponieważ jest bezpośrednim odbiorcą usługi edukacyjnej. Ograniczając zatem rozważaną problematykę do tego właśnie szczebla kształcenia, można pytać dalej – o istotę usługi edukacyjnej. Jaką usługę pobierają studenci/słuchacze i czy nadal są klientami, jeśli nie pobierają jej w określony, założony z góry sposób albo pobierają tylko jej część? Co jest treścią tej usługi, produktem, którego są odbiorcami? Odpowiedź wydaje się oczywista: wiedza, umiejętności, postawy, czyli określone kompetencje. A jeśli ktoś oczekuje również, albo wyłącznie, czegoś innego? Czy przekazywane takim osobom kompetencje są faktycznie nabywane, a jeśli tak, to w jakiej mierze są przyjmowane jako usługa użyteczna w sensie autotelicznym, a w jakiej mierze w sensie instrumentalnym?

Być może równie ważne lub nawet ważniejsze są inne elementy usługi edukacyjnej rozumianej w sposób rozszerzony, jako uczestnictwo w procesie edukacyjnym (cyklu kształceniowym) – takie np., jak prestiż związany z samym faktem uczestnictwa, skład społeczny współuczestników, uzyskanie dyplomu/certyfikatu, odsunięcie w czasie odpowiedzialności za dorosłe (samodzielne) życie, do niedawna w wypadku mężczyzn – uchronienie się przed obowiązkową

⁶ Refleksja nad jakością kształcenia na wszystkich szczeblach systemu edukacji prowadzana jest najczęściej do postulatów rozwoju infrastruktury i wyposażenia placówek edukacyjnych (a w istocie do zwiększania nakładów na szkolnictwo), a także do stereotypowego, zmitologizowanego „podnoszenia efektywności nauczania” rozpisanego zwykle na szereg postulatów mających charakter rytualnych zaklęć czy klisz.

służbą wojskową. Wiedza i umiejętności nie liczą się wtedy lub/i traktowane są instrumentalnie w sensie przerabiania i zaliczania kolejnych partii materiału ze względu na cel, jakim jest pozostawanie na liście studentów z perspektywą najpierw odległego, a później coraz bliższego zdobycia dyplomu/certyfikatu, co również traktowane jest na ogół jako środek do zapewnienia sobie pracy, utrzymania i, ewentualnie, dobrobytu. Instrumentalne traktowanie tej części usługi edukacyjnej, którą w dyskursie edukacyjnym ujmuje się jako najważniejszą, prowadzi do działań pozornych w kontakcie z usługodawcą: uczenie się, zamiast być przyswajaniem wiedzy i nabywaniem umiejętności przynoszącym względnie trwałą efekt, staje się w najlepszym razie okresową, krótkotrwałą reakcją na wymagania formalno-administracyjne, reakcją często nie pozostawiającą istotniejszych śladów w świadomości odbiorcy usługi edukacyjnej. Co oczywiście nie oznacza, że uczestnictwo w cyklu edukacyjnym jest dla uczestnika bezużyteczne. Tyle tylko, że przewidywane, a później odczuwane korzyści mogą dotyczyć jedynie niektórych funkcji edukacji, często przy tym zniekształconych w potocznym odbiorze – także wskutek ideologicznej stereotypizacji i swoistego zmitologizowania dyskursu edukacyjnego.

Podobnie jest w przypadku innego podmiotu czy strony usługowej transakcji edukacyjnej: instytucji kształcącej na poziomie wyższym i podyplomowym. Jeśli jednym z pierwszoplanowych założeń działalności takiej instytucji jest zwiększanie liczby nieobligatoryjnie uczących się i studiujących, na ogół przy niedostatku kadry dydaktycznej – a dzieje się tak wskutek powszechnej komercjalizacji kształcenia na tym poziomie, to istota usługi edukacyjnej siłą rzeczy przesuwana jest w kierunku działalności markującej tylko świadczenie istotnej merytorycznie usługi edukacyjnej⁷ i dbałość o jej faktyczne nabywanie przez „klientów”. Sytuacji nie ułatwia fakt, że w znacznej mierze skomercjalizowany system edukacyjny i funkcjonujące w jego ramach placówki kształcące prowadzą swoją działalność „na zamówienie”, na które składają się różne, niekiedy sprzeczne oczekiwania poszczególnych podmiotów/stron zaangażowanych w proces edukacyjny.

Z socjologicznego punktu widzenia usługa edukacyjna może być ujmowana, po pierwsze, jako działalność zmierzająca do realizacji celów kształcenia określanych w danej placówce kształceniowej i przypisanych do danego cyklu bądź szczebla kształcenia. Po drugie, jako działalność systemu edukacji (także – jego rozmaitych podsystemów) zmierzająca do zrealizowania przypisywanych jej funkcji społecznych⁸. Te ujęcia, jak również inne możliwe, nie wykluczają

⁷ Przez usługę edukacyjną istotną merytorycznie należy tutaj rozumieć oddziaływania placówki kształcącej mające na celu dokonanie ukierunkowanych, względnie trwałych zmian w świadomości osób poddawanych tym oddziaływaniom.

⁸ Realizacja poszczególnych społecznych funkcji edukacji jest w różnym stopniu użyteczna dla różnych podmiotów (i ich rodzajów). Kryteria użyteczności mogą być (i często faktycznie są) różne, a nawet przeciwstawne, zaś dominacja czy forsowna realizacja jednej funkcji ma niekiedy negatywne konsekwencje dla realizacji innych funkcji.

się nawzajem; mogą różnić się zakresem czy rozległością lub stopniem złożoności perspektywy poznawczej czy analitycznej, ale wciąż będą to różne aspekty usługi edukacyjnej jako konstruktu pojęciowego. Inną natomiast, bardzo ważną kwestią jest wzajemna relacja zawartości usługi edukacyjnej oraz tego, czego w systemie edukacyjnym („firmie”) szukają uczniowie, studenci, słuchacze (klienci „firmy” edukacyjnej? nabywcy edukacyjnego produktu?). Jak (i czy w ogóle) formułowane są cele kształcenia – w różnych ujęciach, na różnych poziomach czy szczeblach systemu edukacyjnego? Czy i w jakim stopniu cele te są osiąganе bądź mają szansę być osiągnięte? Jak ustosunkowane do siebie nawzajem są oczekiwania „klientów” systemu edukacyjnego i otrzymywana przez nich „usługa”? Zbiorczym efektem tej relacji jest syndrom tzw. satysfakcji klienta.

W literaturze marketingowo-ewaluacyjnej satysfakcję klienta (*customer satisfaction*) określa się najprościej jako dokonaną przez niego ewaluację aktu nabycia oraz doświadczeń konsumpcyjnych związanych z produktem, usługą, marką lub firmą. W nowszych analizach tej problematyki używa się pojęcia satysfakcji skumulowanej (*cumulative customer satisfaction*), określanej jako wszelkie dotychczasowe doświadczenia związane z produktem lub dostarczycielem usługi. Definicja ta jest bliższa określeniom używanym w psychologii ekonomicznej i ekonomii dobrobytu, gdzie satysfakcja klienta jest synonimem pojęcia użyteczności konsumpcji (Johnson, Fornell 1991; Johnson, Gustafsson 2000). Zaś użyteczność konsumpcji to nic innego jak korzyści odnoszone w wyniku posiadania jakiegoś dobra lub bycia usługobiorcą – np. odbiorcą usługi edukacyjnej.

Wąskie, ekonomiczno-handlowe definiowanie klienta bardzo ogranicza perspektywę analiz w kontekście edukacyjnym, w gruncie rzeczy izoluje ją od problematyki społecznych funkcji edukacji, w szczególności zaś od kwestii funkcjonalności systemu edukacyjnego i jego elementów. Po pierwsze, w takim rozumieniu uczeń, student czy słuchacz nie jest klientem (albo nie jest klientem jedynym), jeśli za cykl edukacyjny płaci państwo lub jakaś jego agenda, fundusz strukturalny bądź fundacja czy organizacja pozarządowa, lub, jak to się czasem zdarza, pracodawca. Po drugie, należy przypomnieć rozróżnienie i wzajemną relację między pojęciem klienta i pojęciem beneficjenta. Jest to 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 zdrowia⁹. Klient to ktoś, kto wchodzi w posiadanie produktu

⁹ 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.

(w szczególności stanowiącego o istocie usługi). Beneficjent to ktoś, kto odnosi korzyść z tego, że ów produkt wszedł w posiadanie klienta. Ze względu na określoną korzyść (bądź określony zestaw korzyści) klient może być, lecz nie zawsze jest beneficjentem – tym drugim może być inny podmiot społeczny; może również w ogóle nie być beneficjentów (brak korzyści określonego rodzaju), ich konfiguracja może być inna niż pierwotnie zakładana, może wystąpić także sytuacja korzyści pozornych lub innych niż założone; mogą być beneficjenci świadomi bądź nieświadomi określonych korzyści. Pojęcie klienta, nawet rozszerzone poza swoje czysto ekonomiczne znaczenie, w kontekście edukacyjnym jest dalece niewystarczające, zwłaszcza jeśli uwzględni się cały zestaw różnych funkcji edukacji. Pojęcie beneficjenta jest tutaj istotnym uzupełnieniem, brakuje jednak szerszej, uogólniającej kategorii, którą można by się posługiwać, mówiąc o jakościowym aspekcie edukacji, w szczególności zaś o skuteczności i użyteczności kształcenia. Taką kategorią może być pojęcie podmiotu społecznego zainteresowanego kształceniem.

Podmiot zainteresowany kształceniem jest to osoba, zbiorowość bądź instytucja posiadająca określone oczekiwania pod adresem placówki kształcącej¹⁰, korzystająca z jej usług i w wyniku tego zaspokajająca oczekiwania oraz stojące za nimi potrzeby i/lub uzyskująca określone dobra (korzyści). Jeśli można tutaj mówić o **satysfakcji** podmiotu zainteresowanego kształceniem (w sensie analogicznym do tego, o którym była mowa wyżej), byłyby nią w istocie użyteczność rozumiana jako postrzegane i/lub odczuwane korzyści związane z funkcjonowaniem określonego cyklu edukacyjnego bądź systemu edukacyjnego o określonej charakterystyce. Jest to ujęcie wykraczające daleko poza, dominującą wciąż w analizach dotyczących jakości kształcenia (zwłaszcza kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym), perspektywę marketingową, ograniczającą się do relacji klient (bezpośredni odbiorca usługi edukacyjnej) – usługodawca (placówka edukacyjna) i przyjmującą uproszczone rozumienie satysfakcji (zadowolenia) studenta/słuchacza jako bieżącego bilansu pozytywnych i negatywnych odczuć związanych z cyklem kształceniowym.

W odniesieniu do każdego przedsięwzięcia edukacyjnego można wskazać pewną liczbę podmiotów odpowiadających definicji podmiotu zainteresowanego kształceniem. Po pierwsze, są to więc osoby, które bezpośrednio uczestniczą w przedsięwzięciu edukacyjnym w charakterze uczniów, studentów, słuchaczy. Ich satysfakcja nie może być jedynym kryterium jakości kształcenia, ze względu choćby na różnorodność przyczyn podejmowania kształcenia i subiektywnych celów, jakie się z tym wiążą. Nie ulega np. wątpliwości, że niektórzy uczniowie,

¹⁰ Najczęściej nie są to oczekiwania sprecyzowane, jednoznaczne czy chociażby jednorodne znaczeniowo; w istocie mglistość, amorficzność oraz daleko idąca stereotypowość stanowi pożywną glebę dla ukierunkowujących i konkretyzujących działań marketingowych. O niektórych psychologicznych aspektach kształtowania się i dynamiki oczekiwań i związanej z tym niejasności samego pojęcia pisze Elżbieta Hornowska (2004: 125–126).

studenci bądź słuchacze studiów czy kursów podyplomowych najbardziej zadowoleni byłiby wówczas, gdyby nie kierowało się pod ich adresem specjalnych wymagań, nie żądało się zdawania egzaminów, zaliczania poszczególnych przedmiotów itp., zaś na zakończenie cyklu kształcenia wręczałoby się im bez żadnych dodatkowych „przeszkód” dyplom czy świadectwo ukończenia studiów (cyklu kształceniowego).

Po drugie, za podmiot zainteresowany działalnością placówki kształcącej można uważać potencjalnego pracodawcę, szerzej – instytucję, która w przyszłości zatrudni absolwenta, lub aktualnie zatrudniającą np. słuchacza studiów podyplomowych. Niezależnie od trudności operacyjnego określenia, czym jest i jak się przejawia satysfakcja takiego podmiotu, on również nie może być uznany za jedyne, czy głównego klienta placówki kształcącej, m. in. dlatego, że cele pracodawcy nie zawsze są tożsame lub zbieżne z celami absolwenta, a także dlatego, iż kierując się niekiedy specyficznym rozumianym własnym interesem, pracodawca nie zawsze jest zainteresowany osobami wykształconymi w sposób, na który nie ma wpływu, jak również – w przypadku kształcenia podyplomowego – dość często nie jest zainteresowany doksztalcaniem swoich pracowników bądź wręcz jest temu przeciwny, mimo istniejących uregulowań prawnych zalecających mu w tym względzie postawę sprzyjającą (zob. Pogorzelska 2002).

Po trzecie, podmiotem potencjalnie zainteresowanym działalnością instytucji edukacyjnej (cyklem kształceniowym) może być określone środowisko zawodowe, którego przyszli lub obecni członkowie podejmują naukę w tej placówce. Jest tak przy założeniu, że takie środowisko rzeczywiście jest zdolne w określonych okolicznościach do artykulacji 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, także podyplomowych.

Po czwarte, za podmiot potencjalnie zainteresowany określoną sferą edukacji można uważać cały sektor, na potrzeby którego, przynajmniej w założeniu, pracuje dana placówka. Wielkość i złożoność strukturalna i funkcjonalna tego podmiotu powoduje jednak, że empiryczne wskaźniki „satysfakcji systemu” (kryterium jakości kształcenia w danej dziedzinie) 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, którą określa się jako zasoby ludzkie) w wyniku funkcjonowania w systemie osób o określonych

parametrach wykształcenia. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę na fakt, że maksymalizacja liczby osób z możliwie jak najwyższym wykształceniem określonego rodzaju niezmiennie rzadko jest koniecznym warunkiem podniesienia sprawności działania¹¹, wprost przeciwnie – może być źródłem zakłóceń sprawności.

Po piątę wreszcie, podmiotem zainteresowanym kształceniem jest społeczeństwo reprezentowane formalno-administracyjnie przez państwo, w tym 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 w tym wypadku najtrudniejsze do empirycznego uchwycenia ze względu na zakres ewentualnej ewaluacji oraz rozciągnięcie w czasie ogólnospołecznych efektów makroprocesów edukacyjnych.

Wszystko to skłania do przyjęcia nieco innego, rozszerzonego i bardziej złożonego (a przez to bardziej odpowiadającego rzeczywistości) punktu widzenia na to, co jest istotą jakości kształcenia oraz głównym kryterium oceny jakości: satysfakcję podmiotu zainteresowanego kształceniem.

4.3. Spełnienie oczekiwań jako miara użyteczności kształcenia

Satysfakcja konkretnego, dość dokładnie określonego klienta, wystarczające kryterium jakości w przypadku wytwarzania produktów i świadczenia usług o charakterze konsumpcyjnym, nie jest wystarczające w przypadku świadczeń edukacyjnych, które mają przecież w gruncie rzeczy charakter inwestycyjny, niezależnie od zróżnicowania rodzajów oraz od przyczyn, motywów inwestowania w zmiany świadomościowe. Co więcej, w przypadku usług edukacyjnych kryteria jakości (rozumianej jako stopień czy poziom usatysfakcjonowania podmiotu) mogą być różne, ponieważ w grę wchodzi spełnienie oczekiwań różnych podmiotów zainteresowanych kształceniem. „Parametry” tych oczekiwań musiałyby być dopiero ustalone w drodze żmudnych analiz uwzględniających wiele uwarunkowań społecznych – kulturowych, administracyjnych, politycznych, ekonomicznych itd. Każdy bowiem podmiot społeczny zainteresowany kształceniem formułuje – bezpośrednio bądź pośrednio – określone oczekiwania, a więc i określone wymagania pod adresem systemu edukacyjnego (cyklu kształceniowego). Oczekiwania różnych podmiotów są niekiedy wspólne czy zbieżne, ale często różnią się znacznie między sobą. Wiele z tych oczekiwań w mniej lub bardziej uświadamiany sposób zbiega się, kumuluje i ulega pewnym

¹¹ Sprawność działania rozumiana jest tutaj w sensie, jaki nadał temu pojęciu Tadeusz Kotarbiński (1970: 197–206).

modyfikacjom w świadomości osób bezpośrednio uczestniczących w procesie edukacyjnym i oddziałuje zwrotnie na pozostałe podmioty zainteresowane oraz znajduje swój wyraz w oczekiwaniach formułowanych właśnie przez te podmioty pod adresem placówek kształcących. W ten sposób student (słuchacz), poprzez swoje reakcje, swoją satysfakcję, która może być operacjonalizowana 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 rys. 7.

Rys. 7. Podmioty zainteresowane kształceniem na poziomie wyższym i podyplomowym

Źródło: opracowanie własne.

Jakość, a więc i jakość kształcenia, może być różnie pojmowana i znajduje to swoje odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu (Frazer 1992, Skrzypek 1999, Boczkowski 2001a). W szczególności jakość kształcenia można ujmować jako jego skuteczność, czyli stopień, w jakim osiągane są cele edukacyjne placówki kształcącej, sformułowane uprzednio na podstawie analizy zapotrzebowań i oczekiwań podmiotów zainteresowanych kształceniem. Jednak najczęściej idzie również o to, czy określone kompetencje profesjonalne są przekazywane, rozwijane, modyfikowane i odświeżane w sposób maksymalizujący satysfakcję poszczególnych podmiotów. Ponieważ satysfakcja jest tutaj funkcją korzyści dostrzeganych w związku z określonymi doświadczeniami edukacyjnymi, mamy tutaj do czynienia z drugim aspektem jakości kształcenia – jego użytecznością. Zwłaszcza zaś istotne jest, że między tymi dwoma aspektami jakości kształcenia istnieją dwustronne relacje (rys. 8).

Rys. 8. Ogólne relacje skuteczności i użyteczności kształcenia

Źródło: opracowanie własne.

Ocena tak rozumianej jakości kształcenia może być dokonywana w trzech komplementarnych wymiarach czy aspektach – tak jak to jest ukazane na rys. 9. Po pierwsze, poprzez sprawdzenie, na ile świadomość osób poddanych procesowi edukacyjnemu uległa pożądanym (zgodnym z celami edukacyjnymi i/lub oczekiwaniami podmiotu zainteresowanego) zmianom w wyniku tego procesu. Po drugie, w drodze analizy pozytywnych (znowu – zgodnych z celami edukacyjnymi lub/i oczekiwaniami) aspektów kariery zawodowej osób kształconych, przy czym chodzi oczywiście o wyodrębnienie i identyfikację tych aspektów, które mają swoje źródło w ukończonym przez daną osobę cyklu kształceniowym, bądź są z nim chociaż pośrednio związane. Po trzecie, ocena jakości kształcenia może być dokonywana przy wykorzystaniu ocen, odczuć i opinii absolwentów po ukończeniu cyklu kształceniowego. Pierwsza z tych ocen dotyczy skuteczności kształcenia, druga – jego użyteczności, zaś trzecia – zarówno skuteczności, jak i użyteczności kształcenia.

Rys. 9. Trzy sposoby oceniania jakości kształcenia

Źródło: opracowanie własne.

Cele edukacyjne mogą być ustalane przez placówkę kształcącą lub przez szerszy system edukacyjny z uwzględnieniem wzorów kulturowych, interesów państwa, oczekiwań społecznych (oczekiwań zainteresowanych podmiotów społecznych) – w tym bezpośrednich uczestników procesu edukacyjnego (także ich rodzin), oczekiwań grup ludzi realizujących interesy systemu edukacyjnego, interesy środowiska akademickiego, pracodawców itd. Co nie znaczy, że istnieje tutaj zbieżność; zazwyczaj jedna z tych opcji (jeden z podmiotów społecznych) dominuje, inne się podporządkowują (bądź są podporządkowywane) albo też stanowią mniej lub bardziej wyraziste tło czy układy odniesień. Można sobie też wyobrazić dynamiczną, zmienną w czasie hierarchię ważności interesów i związanych z nimi oczekiwań.

Zainteresowane kształceniem podmioty społeczne zawsze oczekują korzyści – różnych w wypadku różnych podmiotów, często sprzecznych ze sobą bądź wykluczających się nawzajem. Sama kwalifikacja zdarzeń czy stanów jako korzyści albo braku korzyści – w kontekście stwierdzonej skuteczności kształcenia – może być różna. To, co dla jednego podmiotu społecznego jest korzyścią (pożytkiem) – przy nie zawsze wysokiej skuteczności, dla innego może być skuteczną, ale bezużyteczną realizacją celu kształcenia.

Wartością może być, z jednej strony, osiągnięcie określonego(ych) celu(ów) kształcenia, z drugiej strony – spełnienie określonych oczekiwań¹². W tym kontekście można zaproponować kategorię uniwersalnych celów kształcenia – takich, które realizowane powinny być zawsze, niezależnie od treści i szczegółów dydaktycznych procesu kształceniowego oraz od zróżnicowanej specyfikacji celów kształcenia i oczekiwań poszczególnych zainteresowanych podmiotów. Chodzi tu o definiowane strukturalnie (nie rodzajowo) zmiany w świadomości kształconego; jeśli te zmiany nastąpiłyby w dostatecznym stopniu, kształcenie można byłoby uważać za skuteczne – niezależnie od charakteryzowanych rodzajowo zasobów nabytej wiedzy i konkretnych umiejętności. Można wysunąć tezę, że realizacja uniwersalnych celów kształcenia czyniłaby dany proces edukacyjny również użytecznym, w podobnym uniwersalnym wymiarze – niezależnie od tego, czy poszczególne zainteresowane podmioty postrzegałyby jakieś korzyści. Także w tym kontekście powinno dokonywać się oceny skuteczności kształcenia.

Zarówno cele, jak i oczekiwania mogą być formułowane w kategoriach korzyści. Przy tym, niezależnie od jego celów (bądź nie) oraz niezależnie od oczekiwań pod jego adresem (mniej lub bardziej sprecyzowanych), kształcenie może jakieś korzyści przynieść, zatem należy brać pod uwagę wartość użytkową kształcenia: czy przynosi ono korzyści o określonej charakterystyce (w tym m. in.

¹² O postrzeganiu jakości usług – także edukacyjnych – w kategoriach relacji pomiędzy oczekiwaniami i faktycznymi doświadczeniami usługobiorców, a także o samym pojęciu oczekiwań w kontekście oceniania jakości usług pisała Hornowska (2004: 120–126).

oczekiwane lub nieoczekiwane, przewidywane lub nieprzewidziane, spodziewane lub niespodziewane). Co więcej, kategoria relatywnej użyteczności kształcenia obejmowałaby również takie korzyści, które nie są postrzegane przy określonych uwarunkowaniach percepcyjnych podmiotu zainteresowanego. Kształcenie mogłoby zatem być oceniane jako bezużyteczne mimo stwierdzonej skuteczności oraz dostrzeganej przez inny podmiot, według innych kryteriów, użyteczności.

Ocena skuteczności i użyteczności kształcenia wiąże się z „satysfakcją klienta”, tzn. ze stopniem czy rozmiarem pozytywnej oceny efektów kształcenia przez określone podmioty zainteresowane. Ocena ta dotyczy realizacji oczekiwań wobec procesu kształcenia, placówki edukacyjnej itp., zazwyczaj formułowanych w kategoriach korzyści. Dokonuje się jej, biorąc pod uwagę stopień uwzględnienia oczekiwań w celach kształcenia placówki edukacyjnej (to przy wyborze określonej placówki czy określonego rodzaju kształcenia) oraz stopień zrealizowania tych celów (spełnienia tych oczekiwań) w toku i w efekcie kształcenia. Kwestia oceny użyteczności jako składnik akceptacji czy usatysfakcjonowania „klienta” wchodzi w grę, jeśli pojawia się kryterium spełnienia oczekiwań sformułowanych w kategoriach korzyści – kształcenie jest (było) użyteczne, jeśli przynosi (przyniosło) korzyści – zdarzenia czy stany rzeczy postrzegane, odczuwane, oceniane czy interpretowane jako korzyści. Pod uwagę bierze się także korzyści niezwiązane z formalnym (oficjalnym) programem kształcenia.

Kierunki, sfery, lokalizacje oceny skuteczności i użyteczności kształcenia powinny odnosić się w jakiś, w miarę możliwości dokładnie określony, sposób do celów kształcenia i oczekiwań z nim związanych, co można zilustrować następującym przykładem.

Kształcenie podyplomowe (szkolenie) było skuteczne, bo w jego trakcie pracownik miał nauczyć się robić coś, czego przedtem robić nie umiał – i rzeczywiście tak się stało. Jednak szkolenie to nie jest dla niego użyteczne¹³, jeśli oczekiwał w związku z nim podwyżki – bo jej nie dostał. Gdyby celem procesu edukacyjnego – albo jednym z celów – było zapewnianie kształconym podwyżek czy wyższych zarobków, co w rzeczywistości edukacyjnej występuje dość rzadko¹⁴, można by mówić także o nieskuteczności, ewentualnie części-

¹³ Użyteczność jest zawsze dla kogoś, z jakiegoś punktu widzenia, jest interpretowana subiektywnie lub intersubiektywnie; skuteczność wiąże się z obiektywnymi zmianami w osobie (wykształconej oraz w efektach jej działalności – aczkolwiek trudno na ogół te zmiany ocenić.

¹⁴ Można sobie wyobrazić cykl kształceniowy ukierunkowany socjotechnicznie – na opanowanie sposobów negocjacji podwyżek czy awansów w miejscu zatrudnienia. Takie sugestie pojawiały się w wypowiedziach respondentów w badaniach użyteczności kształcenia podyplomowego. W rzeczywistości edukacyjnej znajduje to dość specyficzną realizację w postaci zajęć o charakterze treningu psychologicznego dotyczących asertywności, prowadzenia negocjacji itp., jak również szkoleń podejmujących tematykę konkretnych zachowań w procesie poszukiwania pracy. Tak czy inaczej, skuteczność dotyczy zmian, jakie wywołał proces kształcenia w osobie kształconej, zaś użyteczność – tego, czy uczestnictwo w procesie edukacyjnym i ewentualne (choć niekonieczne i nieoczywiste) zmiany, jakie zaszły w osobie kształconej, przyniosły, przynoszą bądź mogą przynieść jej albo innemu podmiotowi społecznemu jakieś korzyści.

wej nieskuteczności. Dla pracodawcy to szkolenie, jeśli było skuteczne, jest użyteczne lub nie – w zależności od tego, czy to, czego nauczył się pracownik, jest zakładowi pracy (pracodawcy) potrzebne, czy nie, przynosi mu korzyść, czy nie – oczywiście w jego własnej, indywidualnej bądź zbiorowej ocenie, na ogół zresztą dokonywanej na podstawie racjonalnych przesłanek czy kryteriów. Można powiedzieć, że korzyść ma społeczeństwo (środowisko zawodowe, dziedzina gospodarki) – bo wzrosła suma umiejętności. Ale jest to korzyść dyskusyjna w tym sensie, że niekiedy sprowadza się w istocie do optymistycznej interpretacji danych statystycznych, bo tak naprawdę te umiejętności społeczeństwu (także sferze gospodarki czy środowisku zawodowemu) mogą nie być potrzebne – np. nie ma zapotrzebowania na specjalistów z danej dziedziny. Zatem może to być korzyść/pożytek o charakterze pozornym, wirtualnym. Ale jest to równocześnie fakt, mający określone znaczenie negatywne oraz pozytywne, swoje własne „użytkowe” życie jako fakt społeczny, obecny w świadomości zbiorowej, w opinii publicznej, pociągający za sobą pewne decyzje, działania i skutki, ważne w szczególności dla funkcjonowania systemu edukacyjnego.

Podstawowe mechanizmy i okoliczności oceniania skuteczności i użyteczności kształcenia przedstawione zostały na rys. 10. Strzałki wskazują kierunki oddziaływań między:

- celami kształcenia (chodzi tutaj zarówno o cele deklarowane, jak i o cele realizowane),
- skutecznością i użytecznością (aspektami jakości kształcenia),
- podmiotami zainteresowanymi kształceniem,
- oczekiwaniami podmiotów,
- kryteriami ocen,
- sferami, sposobami i kierunkami ocen.

1. Wzajemne oddziaływanie celów kształcenia i jego efektów określanych w kategoriach skuteczności i użyteczności. Ten rodzaj oddziaływań polega m. in. na tym, że określony sposób sformułowania oraz realizowania celów kształcenia wpływa na poziom skuteczności (trudniejsze do osiągnięcia, bardziej ambitne cele mogą powodować niższą skuteczność – przy ustalonym sposobie oceniania, jednolitych kryteriach, określonej sferze, w jakiej dokonywane są oceny oraz, oczywiście, przy ustalonym stanie zasobów i wyposażenia instytucji kształcącej). Niektóre sposoby formułowania celów (np. sformułowania o dużym stopniu ogólności) oraz niektóre metody ich realizacji (np. epatowanie nowoczesnością lub alternatywnością dydaktyki) sprzyjają takiej interpretacji poziomu skuteczności, która jest korzystna (użyteczna) dla danego podmiotu zainteresowanego. Określone sformułowanie celów kształcenia oraz przewidywany sposób ich realizacji wpływa również na jego postrzeganą użyteczność – przede wszystkim jako zachęta do zaangażowania się w proces kształcenia w związku z oceną adekwatności tego sformułowania do oczekiwań podmiotu, ale może również wpływać wtórnie czy uzupełniająco na satysfakcję podmiotu związaną z jego zaangażowaniem w proces kształcenia.

Rys. 10. Ocena (ewaluacja) skuteczności i użyteczności kształcenia

Źródło: opracowanie własne.

Poziom czy stopień skuteczności i użyteczności kształcenia może wpływać wzmacniająco bądź modyfikująco na sposób formułowania i realizacji celów. Zwłaszcza rozbieżność ocen tych dwóch aspektów jakości (wysokie oceny skuteczności przy niskich ocenach użyteczności i na odwrót) może skłonić do refleksji nad tym, czy cele kształcenia (określonego systemu edukacji czy przedsięwzięcia edukacyjnego) są odpowiednio sformułowane – zgodnie z założeniami ideowymi i teoretycznymi oraz merytorycznie określonymi potrzebami.

2. Wzajemne oddziaływanie celów kształcenia (sposobu ich formułowania i realizowania, zakresu przedmiotowego, poziomu ogólności itd.) i podmiotów zainteresowanych kształceniem o określonych parametrach. Cele mogą być różnie formułowane lub/i modyfikowane ze względu na domyślne preferencje określonego podmiotu, mogą też być oczekiwane, a w związku z tym sugerowane, inspirowane przez jeden, kilka lub wszystkie podmioty zainteresowane¹⁵. Wymienione na rysunku podmioty nie wyczerpują listy możliwych podmiotów zainteresowanych kształceniem, w analizie skuteczności i użyteczności można brać pod uwagę podmioty o różnej charakterystyce.

Cele formułowane i realizowane w określony sposób mogą wpływać na to, jakie podmioty i w jakim stopniu są zainteresowane danym procesem edukacji, cyklem czy przedsięwzięciem kształceniowym.

3. Każdy z podmiotów zainteresowanych kształceniem ma wobec systemu edukacyjnego, instytucji czy placówki kształcącej oczekiwania o mniej lub bardziej wyraźnej specyfice. Oczekiwania te odnoszą się nie tylko do celów kształcenia sformułowanych *explicite* przez instytucję edukacyjną, ale również do innych elementów oferty kształceniowej. Oddziaływania środków masowego przekazu, marketing instytucji edukacyjnych, funkcjonowanie opinii publicznej sprzyjają tendencjom ujednolicającym oczekiwania, obszar ich specyfiki pozostaje jednak znaczny, być może nawet coraz bardziej się różnicuje wraz ze wzrostem liczby i zróżnicowania ofert edukacyjnych.

4. Cele kształcenia i oczekiwania podmiotów zainteresowanych oddziałują wzajemnie na siebie. Cele kształcenia mogą być zgodne (w różnym stopniu) lub nie z dominującymi albo powszechnymi oczekiwaniami podmiotów. W wypadku małej zgodności, bądź jej braku, cele kształcenia zazwyczaj ulegają przeformułowaniu, zachodzą też zmiany realizacyjne. Należy zatem przyjąć, że oczekiwania podmiotów zainteresowanych mogą wpływać na cele kształcenia.

Określone sformułowanie celów kształcenia oraz sposób ich realizacji mogą wpłynąć na oczekiwania podmiotów zainteresowanych – precyzując je, restrukturyzując, modyfikując. Może tak być wtedy, gdy oczekiwania są mało konkret-

¹⁵ Zazwyczaj nie wszystkie podmioty są zainteresowane kształceniem określonego rodzaju, w określonym trybie, na określonym szczeblu itp., dlatego powinno się właściwie używać terminu „podmioty potencjalnie zainteresowane”.

ne, niedookreślone albo wtedy, gdy oferta edukacyjna w części dotyczącej celów kształcenia postrzegana jest jako bardziej atrakcyjna od oczekiwań.

5. Oczekiwania i kryteria ocen oddziałują na siebie nawzajem. Ogólny kierunek, rodzaj, a także stopień ogólności/szczegółowości oczekiwań wpływają na rodzaj kryteriów stosowanych przy ocenie skuteczności i użyteczności kształcenia, a także na wybór – świadomy bądź nie – określonego systemu normatywnego jako układu odniesienia w tych ocenach. Uogólnione kryteria ewaluacyjne stanowiące względnie trwałe elementy świadomości (także kultury poszczególnych podmiotów zainteresowanych) mogą wpływać regulująco na oczekiwania kierowane pod adresem określonych systemów, instytucji czy przedsięwzięć edukacyjnych.

6. Oczekiwania podmiotów zainteresowanych i przyjmowane kryteria ocen mogą wpływać na to, w jakiej sferze¹⁶ i w odniesieniu do którego aspektu jakości kształcenia dokonywana jest (będzie) ocena. W wypadku bezpośredniego odbiorcy usługi edukacyjnej – ucznia, studenta, słuchacza, przy stosowaniu kryteriów zarówno zindywidualizowanych, subiektywnych, jak i kryteriów ogólniejszych, ukształtowanych w przestrzeni publicznej, oceny dokonywane są przede wszystkim w sferze praktyki życiowej (w tym zawodowej) i niekiedy w sferze samooceny edukacyjnej. Oceny te odnoszą się przede wszystkim do użyteczności kształcenia; skuteczność – ujmowana w związku z oczekiwaniami o określonej specyfice – jest tylko niezbędnym warunkiem użyteczności. Nie znaczy to, że bezpośredni odbiorca usługi edukacyjnej nie dokonuje ewaluacji jej użyteczności w innych jeszcze sferach, np. w dyskursie publicznym. Pracodawcy, ze względu na specyfikę swoich oczekiwań i kryteriów, sytuować będą ocenę w sferze praktyki zawodowej. Instytucje i placówki kształcące swoje oceny lokują przede wszystkim w sferze sprawdzianów i – w wypadku wyższych uczelni oraz kształcenia podyplomowego – w procedurach oceniania przez bezpośrednich odbiorców usług edukacyjnych. Instytucje państwowe – przede wszystkim w sferze ideologii, polityki i propagandy (można dodać – przy wykorzystaniu głównie ilościowej sprawozdawczości).

Jeżeli zaś z jakichś względów wiadomo z góry, w jakiej sferze, czy w jakim kontekście społecznym czy kulturowym jest (lub ma być) dokonywana ocena skuteczności i użyteczności kształcenia, może to wpłynąć na świadomy bądź nieświadomy wybór zarówno szerszych odniesień normatywnych, jak i mniej lub bardziej szczegółowych kryteriów oceny.

7. Wzajemnie oddziałują na siebie cele kształcenia (deklarowane i realizowane) i sfery czy konteksty, w jakich dokonywana jest ocena jakości. Poprzez dokonywanie ocen w określonych sferach (kontekstach) sygnalizowane mogą być kierunki i rodzaje zmian, modyfikacji celów kształcenia.

¹⁶ Mogą one być wyodrębniane w różny sposób, także inaczej niż to zostało uwidocznione na rys. 4.4.

Określone sformułowanie i praktyka realizacyjna celów kształcenia mogą wpływać na to, w jakiej sferze przede wszystkim dokonywane będą oceny efektów kształcenia, oraz na to, który aspekt jakości kształcenia będzie dominował w ocenach.

8. Na ocenę skuteczności i użyteczności kształcenia wpływają: deklarowane i realizowane cele kształcenia, właściwości podmiotu oceniającego – zwłaszcza jego oczekiwania związane z instytucją czy przedsięwzięciem kształceniowym i przyjmowane przezeń kryteria oceniania, a także sfery rzeczywistości stanowiące kontekst oceniania. Zwłaszcza postrzeganie/odczuwanie użyteczności kształcenia, definiowanej poprzez różnego rodzaju korzyści związane z danym systemem edukacyjnym, instytucją czy przedsięwzięciem kształceniowym, uzależnione jest od parametrów, które uwzględnione zostały na rys. 10. Ponieważ ocenianie (ewaluacja) efektów kształcenia stanowiące podstawę satysfakcji podmiotu zainteresowanego nie jest, a przynajmniej nie powinno być, dokonywane jednorazowo czy „raz na zawsze”, postrzeganie/odczuwanie skuteczności i użyteczności kształcenia może się zmieniać wraz ze zmianą układu odniesienia, na który każdorazowo składają się różne konfiguracje wymienionych wyżej elementów, które same w sobie także ulegają zmianom pod wpływem uwarunkowań społecznych i kulturowych.

Kwestie, o których była mowa dotychczas, powinny być uwzględniane w konceptualizacji i prowadzeniu empirycznych badań ewaluacyjnych oraz w interpretacji ich rezultatów. W drugiej części tego opracowania przedstawionych jest kilka przedsięwzięć badawczych, w których znalazły swój empiryczny wyraz pewne idee i problemy, a także rozwiązania dotyczące oceny skuteczności i użyteczności kształcenia. Badania te dotyczyły szczególnej sfery edukacyjnej – kształcenia podyplomowego, ujmowanego tutaj, po pierwsze, jako podlegająca określonym formalnym wymogom część obszaru kształcenia ustawicznego (o którym była mowa w rozdz. 1), po drugie zaś – jako kształcenie dorosłych, ze wszystkimi wynikającymi z tego faktu konsekwencjami. Ten drugi aspekt kształcenia podyplomowego omówiony zostanie szerzej w rozdz. 5.

Podsumowanie części pierwszej

U zarania ogólnocywilizacyjnej debaty nad jakością kształcenia na poziomie wyższym Burton Clark w swojej książce *Higher Education System* (1983) wskazał na istotne, jego zdaniem, różnice między systemami kształcenia na tym poziomie związane z tym, jakie siły dominują w oddziaływaniu na te systemy. Pierwszy typ to systemy, które ulegają wpływom przede wszystkim społeczności akademickiej, drugi to takie, w których główną rolę odgrywa państwo, zaś trzeci – to systemy kształcenia na poziomie wyższym, które są w głównej mierze zorientowane rynkowo. Ta typologia miała sprzyjać lepszemu zrozumieniu systemu kształcenia na poziomie wyższym jako przedmiotu i podmiotu debaty nad jakością jego funkcjonowania. Można, za Ronaldem Barnettem (1994), przyjąć hipotezę, że trzy siły wskazane przez Burтона Clarka generują trzy metodologiczne podejścia do jakości: państwo będzie miało tendencję do faworyzowania jej wskaźników ilościowych, społeczność akademicka będzie preferowała wewnątrzśrodowiskową ocenę jakości (*peer review*), zaś system sterowany rynkowo będzie reagował przede wszystkim na preferencje klientów/konsumentów.

W rzeczywistości polskiej wszystkie trzy wyróżnione przez Clarka układy oddziaływań funkcjonują w ścisłym wzajemnym powiązaniu. Społeczność akademicka jest niechętna lub wroga *peer review* i zarzucała autonomiczne kształtowanie jakości, akceptując zarówno dążenia i oddziaływania państwa – zresztą obligatoryjne w sensie administracyjno-prawnym, jak i uwarunkowania rynkowe, korzystne dla niej z materialnego punktu widzenia. Jeśli zaś idzie o rynkowe aspekty funkcjonowania systemu, to stanowią one obecnie naturalny i oczywisty kontekst rozwiązań systemowych w sferze kształcenia na poziomie wyższym zarówno dla państwa, które umożliwiło urynkowienie i umasowienie kształcenia na tym poziomie oraz dostarczyło tym procesom ideologicznych uzasadnień, jak i dla społeczności akademickiej, która te procesy zaakceptowała, starając się czerpać z nich jak najwięcej korzyści indywidualnych i instytucjonalnych.

Tym niemniej warto pamiętać, że teoretycznie możliwe są trzy różne metodologie posługujące się różnymi definicjami jakości. Państwo, w swoim dążeniu do promowania bardziej efektywnego systemu, będzie przypisywać wyższą jakość instytucjom, których ilościowe wskaźniki będą dowodzić ich zdolności do wprowadzenia na rynek pracy wzrastającej liczby absolwentów – w możliwie jak najtańszy czy najbardziej efektywny sposób. System *peer review*, z założenia preferowany przez środowisko akademickie, w swoim funkcjonowaniu będzie odzwierciedlał wartości, na które zorientowana jest społeczność akademicka: postęp wiedzy oraz przyczynianie się do rozwoju umysłowego tych, którzy wchodzi w krąg oddziaływania tej społeczności. System urynkowiony jest wypadkową wielu różnorodnych oczekiwań, odzwierciedla wiele zróżnicowanych punktów widzenia na przewidywane korzyści z uczestnictwa w nim i trudno z góry przewidzieć rezultaty jego funkcjonowania (Barnett 1994, Yorke 1991).

Różne podmioty społeczne (kandydaci na studia i studenci, ich rodzice i pracodawcy, także oczywiście pracodawcy absolwentów, środowiska profesjonalne itd.) dają wyraz – bezpośrednio lub pośrednio – swoim odczuciom i przekonaniom dotyczącym jakości, zaś system reaguje – w mniejszym bądź większym stopniu – na te zróżnicowane opinie. Nie jest to regularna debata na temat jakości, lecz raczej mało ustrukturyzowana, podatna na wpływy ideologiczne część szerszego dyskursu edukacyjnego, określana niekiedy jako swoista kakofonia głosów, w której różne przesłania zawarte w komunikatach wynikają z różnych pozycji wyjściowych, to znaczy różnych poglądów na istotę kształcenia na poziomie wyższym (por. Rorty 1989).

U podstaw różnego pojmowania jakości kształcenia na tym poziomie (także kształcenia podyplomowego) można odnaleźć różne, konkurujące ze sobą poglądy na cele kształcenia. Ronald Barnett wspomina o kilku odmianach takich poglądów: technicystycznej (instrumentów przekazywania wiedzy i umiejętności), kolegalnej (zbiorowa opinia społeczności akademickiej), epistemicznej (swoiste „roszczenia terytorialne” zbiorowości reprezentującej daną dyscyplinę akademicką), konsumenckiej (oczekiwania uczestników lub potencjalnych uczestników systemu edukacyjnego czy procesu kształcenia), rynkowej (opinie pracodawców akceptujące lub nie akceptujące produktów systemu kształcenia), profesjonalnej (opinie poszczególnych środowisk profesjonalnych) oraz inspekcyjnej (opinie różnych zewnętrznych instytucji państwowych, uprawnionych do nadzorowania systemu kształcenia wyższego i wyrażania opinii o rezultatach sprawowania takiego nadzoru).

Tak więc różne podmioty społeczne usiłują zabezpieczyć swoje roszczenia – spełnić oczekiwania, zrealizować interesy edukacyjne. Tradycyjnej idei kształcenia wyższego i sposobów jego wartościowania broni tylko społeczność akademicka – ta jej część, czy też ta część zbiorowej świadomości tego środowiska, w której żywe są jeszcze egalitarystyczne w swej istocie idee wspólnoty uczonych i studentów poszukujących nowej wiedzy. Pozostałe podmioty spo-

łeczne, albo sugerują i w istocie narzucają alternatywne poglądy na kształcenie na poziomie wyższym (wraz z nowymi środkami jego wartościowania), albo w większym bądź mniejszym stopniu im ulegają. Debata nad jakością kształcenia wyższego powinna być traktowana realistycznie: jako walka o wpływy (władzę), gdzie używanie określonych terminów i pojęć ma na celu narzucenie własnych definicji kształcenia na poziomie wyższym (Barnett 1994). Trzeba przy tym pamiętać, że walka ta, realistyczna w sensie świadomości uwikłanych w nią interesów i dążenia do ich realizacji, toczy się przy intensywnym użyciu środków ideologicznych mających w ostatecznym rachunku zmodyfikować świadomość przedmiotów oddziaływania w sposób umożliwiający czy też ułatwiający podmiotom działań ideologicznych osiągnięcie ich celów.

Istnieje ścisły związek między pojmowaniem istoty kształcenia na poziomie wyższym, różnymi ujęciami jakości oraz określaniem wskaźników osiągnięć. Związek ten można, za Barnettem, przedstawić jako logiczną implikację trzech elementów:

pojęcie kształcenia na poziomie wyższym → pojęcie jakości → rodzaje wskaźników osiągnięć.

Wszelkie odczucia czy przekonania dotyczące jakości kształcenia na poziomie wyższym wynikają z ogólniejszego przekonania o tym, jakim celom powinno służyć to kształcenie. Całokształt tych przekonań, ujętych w określone systemy pojęciowe, generują z kolei różne metodologie oceniania jakości, w szczególności stanowi podstawę różnych zestawów wskaźników.

Można wyodrębnić cztery dominujące współcześnie koncepcje systemowo ujmowanego kształcenia na poziomie wyższym. Są to różne, chociaż częściowo nakładające się na siebie, koncepcje celów takiego kształcenia skojarzone z różnymi wynikowymi definicjami jakości i z odmiennymi zestawami jej wskaźników.

1. Kształcenie na poziomie wyższym jako produkcja wysoko wykwalifikowanej siły roboczej, czyli proces uzupełniania braków na rynku pracy produktywnymi jednostkami. Absolwenci są „produktami” o określonej wartości użytkowej dla gospodarki. Jakość jest tutaj miarą zdolności studentów do pomyślnego funkcjonowania w świecie pracy. Zgodnie z tym, wskaźnikami osiągnięć są odsetki absolwentów wchodzących na rynek pracy, a także, w szczególności, ich dochody związane z karierą zawodową (stopa zwrotu z inwestycji, mówiąc językiem ekonomistów).

2. Kształcenie na poziomie wyższym jako przygotowanie do pracy badawczej. Można przyjąć, że definicja kształcenia na tym poziomie jest formułowana przez aktywną badawczo część społeczności akademickiej. Jakość z tego punktu widzenia jest mierzona w mniejszym stopniu w kategoriach osiągnięć studentów, lecz raczej w kategoriach osiągnięć badawczych personelu wspieranych aktywnością intelektualną, zachowaniami i postawami studentów wynikającymi z uczestnictwa w instytucji kształcącej i w procesie kształcenia. Nabór do tak

pojmowanych instytucji szkolnictwa wyższego powinien być wysoce selektywny – kandydaci powinni demonstrować zdolności i predyspozycje niezbędne w przyszłej pracy badawczej.

3. Kształcenie na poziomie wyższym jako efektywne zarządzanie zasobami edukacyjnymi. Z tego punktu widzenia instytucje kształceniowe uważane są za dobrze funkcjonujące i mające osiągnięcia (będące wysokiej jakości), gdy ich wydajność jest wysoka – przy uwzględnieniu zasobów, jakie znajdują się w ich dyspozycji. Przy tej koncepcji jakości wskaźniki osiągnięć przygotowane są tak, aby uchwycić wydajność, stanowiącą tutaj istotę jakości. Brane pod uwagę są wskaźniki odpadów, odsetki studentów z wysokimi ocenami, koszty jednostkowe, zwłaszcza związane z proporcjami liczby studentów do liczby personelu oraz różne dane finansowe.

4. Kształcenie na poziomie wyższym jako sposób na zwiększenie szans życiowych. Jest to koncepcja potencjalnych klientów (beneficjentów) systemu kształcenia na tym poziomie. Jest ono traktowane jako środek sprzyjający ruchliwości społecznej, przy czym oprócz użyteczności jednostkowej związanej z możliwością osiągnięcia wyższego statusu staje się dobrem społecznie użytecznym, wartościowym ze względu na swoją zdolność do oferowania niemal wszystkim możliwości uczestnictwa w głównych instytucjach społecznych i udziału w korzyściach, jakie z tym udziałem są związane w nowoczesnym społeczeństwie. W rezultacie, kształcenie na poziomie wyższym staje się przedmiotem nieograniczonego zapotrzebowania społecznego. Zaś dążenie do przekształcenia instytucji szkolnictwa wyższego w taki sposób, aby były całkowicie otwarte na społeczne zapotrzebowanie, w latach 80. i początkach lat 90. rozumiane najczęściej jako elastyczna polityka i praktyka przyjęć na studia, w procesie bolońskim jest wyraźnym dążeniem do usunięcia ograniczeń w tym względzie. Główną miarą osiągnięć jest wzrost wskaźnika skolaryzacji oraz zwiększanie się odsetka absolwentów wchodzących z powodzeniem na rynek pracy. Liczby te na ogół nie mówią, jaka jest i jak się zmienia proporcja przyjętych studentów o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, zwykle zresztą niedoreprezentowanych w systemie szkolnictwa wyższego. Zazwyczaj nie analizuje się też i nie wyciąga wniosków z proporcji studentów starszych wiekiem, studentów studiów zaocznych, studentów niepełnosprawnych (por. Barnett 1994). Otwarte pozostaje pytanie, na ile i w jaki sposób system edukacji na poziomie wyższym w swoim dążeniu do masowości realizuje funkcję dystrybucyjno-stratyfikacyjną oraz jak mają się do siebie współwystępujące w realizacji tej funkcji tendencje egalitarystyczne i elitarystyczne.

Koncepcje te mają pewną cechę wspólną: w każdej z nich kształcenie na poziomie wyższym traktowane jest jako całościowy system, do którego studenci wchodzić jako swoisty wkład, są poddawani obróbce i wychodzą jako produkt. Proces kształcenia traktowany jest jak czarna skrzynka, nieprzejrzysta dla zewnętrznego obserwatora. W żadnym z tych czterech punktów widzenia nie

bierze się pod uwagę jakości tego procesu, a zainteresowanie tą sferą jakości, w tym również charakterem czy sposobem uczenia się studentów, nawet gdy się pojawia i osiąga fazę podejmowania działań ewaluacyjnych, nie stanowi elementu konstytutywnego dla żadnego z tych systemowych ujęć, posiadając nierzadko cechy działalności pozornej. Troska o jakość procesu kształcenia pojawia się niemal wyłącznie w warstwie ideologiczno-postulatywnej dyskursu edukacyjnego, dotyczącego kształcenia na poziomie wyższym. W gruncie rzeczy nie ma znaczenia to, co dzieje się wewnątrz czarnej skrzynki, o ile tylko jakość – pojmowana jako zespół wskaźników na wejściu i na wyjściu z systemu – jest osiągana.

Jeśli ta charakterystyka głównych koncepcji kształcenia na poziomie wyższym jest prawdziwa, można zastanawiać się, jakie są alternatywne koncepcje – podejmujące problematykę jakości studenckiego doświadczenia i jego uwarunkowań. Także tutaj można wskazać, za Barnettem, cztery koncepcje – bez pretensji do rozłączności i kompletności klasyfikacji, ze świadomością, że koncepcje te pozostają raczej poza głównym nurtem debaty o jakości kształcenia na poziomie wyższym.

Pierwsza z nich to ujmowanie kształcenia na poziomie wyższym jako poddawania studentów oddziaływaniu akademickich form wiedzy i doświadczenia, w tym również ich inicjacja do tej sfery oddziaływań. Istotą tej koncepcji jest traktowanie kształcenia jako ciągłego, nie kończącego się nigdy procesu, którego nie można utożsamiać z osiągnięciami w poszczególnych punktach zwrotnych czy z produktami „na wyjściu”. Zgodnie z tą koncepcją kształcenie (także kształcenie się) jest wyodrębniane spośród wszelkich możliwych tematów i zainteresowań funkcjonujących w indywidualnej świadomości. Taka koncepcja kształcenia na poziomie wyższym może wydawać się przestarzała, eteryczna – pobłażająca indywidualnym upodobaniom. Dotyka ona jednak najgłębszych przesłanek kształtowania intelektu i osobowości tkwiących u podstaw humboldtowskiej idei uniwersytetu.

W drugiej koncepcji, pojawiającej się w społeczności akademickiej świata zachodniego, przyjmuje się, że zasadniczym celem kształcenia na poziomie wyższym jest rozwój jednostkowej autonomii oraz umysłowej integralności studenta (Barnett 1994, por. Baird 1989). Kształcenie na poziomie wyższym wymaga od studenta samodzielności światopoglądowej – posiadania własnych poglądów, formułowania i obrony swoich argumentów.

W koncepcji trzeciej kształcenie na poziomie wyższym rozumiane jest jako formowanie ogólnych zdolności i perspektyw intelektualnych, gdzie student uzyskuje możliwie jak najszerszą wizję rzeczywistości, wykraczającą poza granice jednej dyscypliny.

W czwartej koncepcji kształcenie na poziomie wyższym rozumiane jest jako rozwijanie krytycznego rozumu. Występują tutaj dwa wątki. Pierwszy to dążenie do rozwijania u studentów indywidualnych zdolności krytycznego

rozumowania, w tym również krytycznego ustosunkowania się do samego siebie, jako że krytyczne myślenie musi w pierwszej kolejności być krytyczną autorefleksją. W drugiej odmianie tej koncepcji zakłada się, że kształcenie na poziomie wyższym rozwija ogólną zdolność krytycznego komentowania rodzimego społeczeństwa, a więc wskazuje się na szczególny, opozycyjny aspekt innowacyjnej funkcji kształcenia na tym poziomie (Barnett 1994, por. Scott 1984).

Cztery pierwsze – dominujące – koncepcje, o których była mowa poprzednio, odnoszą się do kształcenia na poziomie wyższym jako systemu, czy to na poziomie krajowym, czy na poziomie instytucjonalnym. Ocena tego systemu jest kwestią zestawienia ilościowych danych na wejściu do systemu i na wyjściu z niego. W przeciwieństwie do tego koncepcje alternatywne mają wyraźnie formatywną orientację i dotyczą przede wszystkim rozwoju umysłowego poszczególnych studentów, w związku z czym generują zainteresowanie procesami edukacyjnymi, które powinny promować pożądane stany umysłu. Barnett twierdzi, i trzeba się z nim zgodzić, że koncepcje edukacyjne tego drugiego rodzaju są na ogół nieobecne w debacie dotyczącej jakości kształcenia na poziomie wyższym, chociaż pojawiają się niekiedy w najogólniejszych, najbardziej abstrakcyjnych hasłach ideologicznych.

Problem tkwi w tym, że w odniesieniu do pierwszych czterech koncepcji (dotyczących systemów i instytucji) można wyobrazić sobie, czy nawet wypracować wskaźniki osiągnięć – czyli wskaźniki jakości, zresztą różne w każdym z czterech przypadków. Natomiast koncepcje z drugiego zestawu nie poddają się łatwo (jeśli przyjąć, że jest to w ogóle możliwe) ewaluacji za pomocą ilościowych wskaźników osiągnięć. Złożoność, płynność i nieokreśloność relacji wymiany zachodzących w procesach edukacyjnych zakładanych, postulowanych czy wyobrażanych w koncepcjach alternatywnych są w istocie nie do uchwycenia w prostocie i jednoznaczności liczb.

Można zastanawiać się, które koncepcje kształcenia na poziomie wyższym dominują w dyskursie edukacyjnym napędzanym i sterowanym przez wskaźniki ilościowe oraz w polityce edukacyjnej kształtowanej przez ten dyskurs i w znacznej mierze stanowiącej jego część. Można wskazywać, które z koncepcji są w określonych warunkach z góry wykluczone, a których realizacja jest mało prawdopodobna. Można także doszukiwać się przyczyn panowania jednych i wyeliminowania innych. Najpewniej jest jednak tak, że przestrzeń czy pole jakości kształcenia na poziomie wyższym (także podyplomowym oraz szerzej – ustawicznym) rozciąga się – wielowymiarowo – między wszystkimi wspomnianymi koncepcjami. Nie są one autonomiczne w tym sensie, że nie wykluczają się wzajemnie; jak się zdaje, dominacja jednych nie jest w gruncie rzeczy wyłącznością, a wykluczanie innych jest w istocie tylko pomijaniem czy odkładaniem w czasie. Mówiąc o jakości kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym, zazwyczaj odnosi się ją do poszczególnych koncepcji,

opowiadając się w istocie za jedną z ideologii jakości kształcenia – elementem szerszej ideologii edukacyjnej. Spojrzenie na jakość kształcenia na tym poziomie wyższym przez pryzmat jego skuteczności i użyteczności – przy całej złożoności i wielowątkowości takiego ujęcia przedstawionej w poprzednich rozdziałach – pozwala na odideologizowanie tej kategorii, stwarza możliwości jej operacjonalizacji, przywracając jej równocześnie walor uniwersalności.

CZĘŚĆ II

Badanie skuteczności i użyteczności kształcenia (na przykładzie studiów i kursów podyplomowych)

ROZDZIAŁ 5

Badanie jakości kształcenia podyplomowego: ogólne założenia i hipotezy

5.1. Kształcenie podyplomowe jako edukacja dorosłych i element kształcenia ustawicznego

Konstatacja, że zarówno studenci, jak uczestnicy różnych form kształcenia ustawicznego są osobami dorosłymi, zdaje się być oczywista do granic banału. Ma ona jednak pewne istotne implikacje wynikające przede wszystkim z faktu, że wielu ludzi myśli o edukacji tak, jakby sfera ta dotyczyła tylko dzieci i młodzieży. Ten dominujący sposób myślenia przenoszony jest, siłą rzeczy, na sferę kształcenia dorosłych, ze wszystkimi negatywnymi konsekwencjami, wynikającymi zwłaszcza z nieuwzględniania specyfiki sfery motywacyjnej tej kategorii osób kształcących się.

Można wyróżnić dwa modele kształcenia – pedagogiczny, tradycyjnie dotyczący dzieci i młodzieży, i andragogiczny, dotyczący kształcenia dorosłych. Zanim jednak podniesiona zostanie kwestia różnic między tymi modelami, trzeba określić, co rozumie się pod terminem „dorosły”, jako że może mieć on różne znaczenia. W sensie biologicznym dorosłość oznacza osiągnięcie zdolności rozrodczej. W sensie społecznym to osiągnięcie fazy socjalizacji, w której jest się w stanie podejmować role dorosłego, takie jak praca zawodowa/zarobkowa, bycie małżonkiem czy rodzicem. W sensie prawnym jest to osiągnięcie wieku, w którym można głosować, uzyskać prawo jazdy albo wejść w związek małżeński bez zgody rodziców itp. Jednakże z edukacyjnego punktu widzenia najistotniejsza jest psychologiczna definicja dorosłego jako kogoś, kto jest samodzielny i odpowiedzialny za swoje życie.

W tradycyjnym modelu kształcenia niedorosłych osoba ucząca się jest osobą zależną, wypełniającą polecenia nauczającego. W modelu kształcenia dorosłych uczący się jest samodzielny. Dorośli chcą być postrzegani jako osoby zdolne do brania odpowiedzialności za siebie; gdy czują, że inni narzucają im swoją wolę, nie podoba im się to i stawiają opór. W praktyce jednak, uwarun-

kowani przez szkołę do przyjmowania postawy uzależnienia, również dorośli chcą na ogół być **nauczani**. Wiele wskazuje na to, że u dorosłego studenta czy słuchacza musi dokonać się przejście od zależności do samodzielności edukacyjnej.

W tradycyjnym modelu kształcenia uczniowie są gotowi uczyć się tego, co jest im przedstawiane jako niezbędne do przejścia na kolejny poziom kształcenia, zaś gotowość ta jest w znacznej mierze funkcją wieku. Natomiast dorośli zaczynają być gotowi do uczenia się wówczas, gdy odczuwają potrzebę dowiedzenia się lub zrobienia czegoś. W wypadku dorosłych nie trzeba czekać na naturalnie rozwijającą się gotowość do uczenia się. Można podejmować działania wywołujące taką gotowość, jak proponowanie uczącym się bardziej efektywnych wzorów roli studenta czy słuchacza oraz pewnych sytuacji praktycznych, w toku których będą mogli ocenić różnicę między wiedzą i umiejętnościami, które posiadają, a tymi, jakie chcieliby uzyskać.

W tradycyjnym teoretycznym modelu kształcenia uczniowie/studenci wchodzi do systemu edukacyjnego z niewielkim doświadczeniem życiowym, mającym minimalną wartość jako podstawa kształcenia. Liczy się doświadczenie nauczyciela, autora podręcznika, wytwórcy sprzętu audiowizualnego. Kręgosłupem kształcenia są techniki przekazu dydaktycznego (techniki transmisyjne): wykłady, wyznaczane lektury, prezentacje audiowizualne (multimedialne). Natomiast dorośli wchodzi do systemu kształcenia z większym od niedorośli potencjałem i inną jakością doświadczenia; każdy z nich jest w istocie bogatym w zasoby źródłem wiedzy i umiejętności dla wszystkich pozostałych. Inną konsekwencją doświadczenia posiadanego przez kształcących się dorosłych jest to, że jest ono powiększającą się wciąż bazą samoidentyfikacji – jednostkowej i społecznej tożsamości. Zapytane „kim jesteś?” 7-letnie dziecko może podać swoje imię i nazwisko, adres, nazwę szkoły, zawód ojca. Jego samoidentyfikacja niemal w całości pochodzi z zewnętrznych źródeł. Podstawą samoidentyfikacji dorosłych są natomiast ich własne doświadczenie. Zatem, jeśli w sytuacji edukacyjnej doświadczenie osoby dorosłej jest niedoceniane, ignorowane, czy też po prostu nie jest wykorzystywane, to tak naprawdę odrzucane jest nie samo doświadczenie, lecz właśnie osoba – podmiot owego doświadczenia. Również stąd wynika zasadnicze znaczenie korzystania z doświadczenia dorosłych jako szczególnego zasobu kształceniowego. Jest to również negatywna konsekwencja dorosłości (w kontekście edukacyjnym). W związku z posiadanym doświadczeniem dorośli często posługują się nawykowymi, zrutynizowanymi sposobami postrzegania rzeczywistości, myślenia i działania, kierują się uprzedzeniami i przesadami, usilnie bronią przyjętego sposobu myślenia i postępowania. Uczący się dorośli mogą potrzebować pomocy, aby otworzyć się na nowe idee.

W tradycyjnym modelu kształcenia uczący się są zorientowani na przedmiot, postrzegają uczenie się jako proces pozyskiwania i wchłaniania wskaza-

nych treści. Program kształcenia jest zorganizowany według nauczanych przedmiotów. Natomiast dorośli zorientowani są na kształcenie skupione na zadaniach i problemach życiowych, przede wszystkim zawodowych. W wypadku uczących się dorosłych przedsięwzięcia edukacyjne powinny być zorientowane problemowo, nie przedmiotowo.

W modelu tradycyjnym uczniowie motywowani są przede wszystkim przez naciski zewnętrzne ze strony rodziców i nauczycieli, konkurencyjną walkę o lepsze stopnie oraz świadomość negatywnych konsekwencji w przypadku niepowodzenia. Wprawdzie dorośli również ulegają takim zewnętrznym czynnikom motywującym, także np. związanym z lepszą pracą i wyższymi zarobkami, ale model kształcenia dorosłych zakłada, że silniejsze będą wewnętrzne czynniki motywujące: poczucie własnej wartości, uznanie znaczących innych, lepsza jakość życia, większa pewność siebie.

Chociaż od bardzo dawna edukacja przebiega w istocie według jednego tylko, pedagogicznego modelu kształcenia, towarzyszą mu dwa zbiory założeń dotyczących uczniów. W określonych sytuacjach, takich jak wówczas, gdy uczący się wkraczają na całkiem obcy teren, mogą być uzależnieni od szeroko rozumianego sterowania dydaktycznego, przynajmniej dopóty, dopóki nie zaczną wykazywać więcej inicjatywy w poznawaniu nowego zakresu wiedzy czy umiejętności. W wielu innych przypadkach bardziej odpowiedni jest jednak model kształcenia odchodzący od ściśle pedagogicznych reguł, zbliżający się do modelu określonego wyżej jako model andragogiczny, zwłaszcza jeśli uczniowie zaczęli już wykazywać pewną skłonność do samodzielnego uczenia się.

Model kształcenia dorosłych może znaleźć zastosowanie w kształceniu dzieci i młodzieży w stopniu większym, niż się na ogół sądzi – młodzi ludzie są, np., bardzo samodzielni poza szkołą instytucjami edukacyjnymi. Zresztą trzeba zdawać sobie sprawę, że powyższa konfrontacja „modelu kształcenia dorosłych” i „tradycyjnego modelu kształcenia” jest zabiegiem doraźnym i dość abstrakcyjnym. W koncepcjach kształcenia (czy uczenia się) dorosłych nie zakłada się wcale, że tradycyjny model kształcenia – w kształcie zarysowanym powyżej – jest odpowiedni, czy najlepiej sprawdza się w praktyce tylko w odniesieniu do niedorosłych, chodzi jedynie o zaakcentowanie koniecznych różnic w podejściach dydaktycznych.

Tak więc można przyjąć, że kształcenie dorosłych (w tym kształcenie podyplomowe) to kształcenie tych, którzy wiedzą, czego chcą. Pojawia się pytanie, czy i na ile to, czego chcą kształceni (kształcący się) w tym trybie jest zbieżne z zapotrzebowaniami innych podmiotów zainteresowanych. Odpowiedzi na to pytanie może być tyle, ile opcji ideologicznych udałooby się wyodrębnić w tej sferze edukacyjnej, jako że kształcenie tego rodzaju (określane także jako doksztalcenie się, kształcenie ustawiczne czy uczenie się przez całe życie) to w znacznej mierze sfera dyskursu mocno skonwencjonalizowanego, zestereotypizowanego i zideologizowanego, gdzie przedstawiane jest na ogół jako element szerszych zideologizowanych programów czy projektów społecznych.

Opinie na temat skuteczności i użyteczności kształcenia tego rodzaju mają głównie charakter impresyjny, są wnioskowaniem pośrednim, trochę życzeniowym: jeśli ludzie podejmują kształcenie podyplomowe, to pewnie uczą się skutecznie czegoś użytecznego, bo inaczej przecież nie uczestniczyliby w nim. Niekiedy jednak, a nawet dość często, chodzi tutaj – wyłącznie lub w istotnej mierze – o użyteczność związaną z certyfikatem (kursy „na uprawnienia”, kształcenie specjalizacyjne); rzeczywista użyteczność nabywanej wiedzy i umiejętności bywa problematyczna.

Podsystem kształcenia podyplomowego jest elementem struktury systemu edukacyjnego. Może być również ujmowane jako proces rozszerzający, modyfikujący system edukacyjny zgodnie z zapotrzebowaniami społecznymi, czy też, inaczej mówiąc, ze społecznym kształtowaniem zapotrzebowań edukacyjnych. Istotna tutaj okazuje się kwestia wyodrębniania, a także zróżnicowania odmienności zapotrzebowań formalnych i nieformalnych. Zapotrzebowania takie mogą być ujmowane jako oczekiwania podmiotów zainteresowanych kształceniem podyplomowym kierowanych do poszczególnych instytucji edukacyjnych oraz do podsystemu edukacyjnego, w którego ramach instytucje te funkcjonują.

Kształcenie podyplomowe to systematyczna zinstytucjonalizowana działalność edukacyjna, w której uczestniczy się po ukończeniu głównego cyklu edukacyjnego (zazwyczaj na poziomie wyższym), obejmująca ludzi dorosłych i pracujących (w każdym razie mających doświadczenie zawodowe). Można wobec tego powiedzieć, że posiada ono dodatkową specyfikę wyróżniającą je z ogólniejszej kategorii kształcenia ustawicznego, która zresztą, o czym nie powinno się zapominać, jest kategorią węższą w stosunku do kategorii kształcenia dorosłych. Trzeba również pamiętać, że w kształceniu podyplomowym uczestniczy się zawsze w związku z pracą (aktualnie wykonywaną, przyszłą, taką, do której się aspiruje itp.), w związku z czym użyteczność takiego kształcenia podyplomowego także ma, z założenia, charakter przede wszystkim zawodowy, jest związana z wykonywaniem pracy.

Wszelkie rozważania na temat jakości kształcenia podyplomowego rozumianej jako skuteczność i użyteczność wiedzy, umiejętności i postaw nabytych w toku kształcenia trzeba sytuować w kontekście warunków i potrzeb tego kształcenia jako specyficznej sfery ludzkiego działania, w której to sferze wyróżniają się dwa najistotniejsze obszary problemowe: określanie celów kształcenia, kluczowe z punktu widzenia oceny jego skuteczności, oraz określanie oczekiwań związanych z kształceniem, czyli definiowanie obszaru odniesień dla oceny jego użyteczności.

O skuteczności procesu kształcenia może świadczyć stwierdzone z pomocą procedury oceniającej nabycie kompetencji powyżej pewnego minimum. Na ogół przyjmuje się jednak, że skuteczność jest stopniowalna. Podobnie rzecz się ma z użytecznością: proces kształcenia może być ujmowany przez dany podmiot zainteresowany jako użyteczny bądź nie, można jednak oceniać go także jako

użyteczny w różnym stopniu. Tak więc obie te właściwości kształcenia mogą wystąpić np. w stopniu niewystarczającym, dostatecznym, dobrym czy bardzo dobrym albo też mogą w ogóle nie wystąpić (kształcenie może okazać się całkowicie nieskuteczne lub całkowicie bezużyteczne). Należy pamiętać przy tym, że ujmowanie jakości kształcenia jako jego skuteczności i użyteczności zakłada ocenianie rezultatów (częstkowych, np. etapowych oraz całościowych czy końcowych), w szczególności zaś tego, co jest postrzegane jako rezultaty kształcenia przez absolwentów i inne podmioty zainteresowane.

Wszystkie podmioty zainteresowane kształceniem podyplomowym dotknięte są w Polsce dwiema chorobami systemu edukacyjnego. Jest to, z jednej strony, odwołujące się do stereotypów mitologizowanie kształcenia, zwłaszcza na poziomie ponadobowiązkowym, odbywające się przede wszystkim na poziomie makrospołecznym, w skali państwowej oraz europejskiej (unijnej). Z drugiej strony, jest to również stereotypowa trywializacja i instrumentalizacja tego kształcenia, widoczna na poziomie motywacji kształconych oraz ich oczekiwań dotyczących uczestnictwa w procesie edukacyjnym (i rezultatów tego uczestnictwa).

Kim, ewentualnie, czym są podmioty zainteresowane kształceniem podyplomowym, usatysfakcjonowanie których miałyby być istotą pozytywnie ocenianej jakości (skuteczności, użyteczności) kształcenia, zwłaszcza podyplomowego? Zależnie od tego, kto to jest, różne będą rodzaje i sposoby usatysfakcjonowania, różne kryteria oceny skuteczności i użyteczności.

Po pierwsze, może to być podmiot społeczny, który zakłada, organizuje i finansuje placówkę czy system jako całość i w związku z tym dysponuje nim (państwo, instytucja pozarządowa, np. wyznaniowa czy religijna, także instytucja kształcąca przeddyplomowo, spółka komercyjna, osoba prywatna).

Po drugie – podmiot społeczny, który płaci za kształcenie w danej placówce edukacyjnej. Może to być student (słuchacz), ale może to również być jego pracodawca, także państwo, samorząd lokalny reprezentujący jakąś społeczność, instytucja dobroczynna. Jest oczywiste, że nie zawsze płaci ten, kto się kształci. Czy wtedy ów kształcony jest klientem, czy raczej beneficjentem (bo korzysta, choć nie płaci)? Ale ten, kto za jego kształcenie płaci, robi to, bo ma to przynieść mu korzyść, więc właściwie też jest beneficjentem – będąc jednocześnie klientem. Tylko w przypadku, gdy klient i beneficjent są różnymi podmiotami mamy do czynienia z dwoma podmiotami zainteresowanymi (potencjalnie lub faktycznie). Czy można powiedzieć o tych, którzy podejmują kształcenie wyłącznie bądź głównie ze względu na aspekt formalno-certyfikacyjny, że są podmiotami zainteresowanymi kształceniem? Oczywiście tak, rzecz tylko w zidentyfikowaniu rzeczywistych motywów czy powodów zainteresowania oraz jego ukierunkowaniu. Wszak można być zainteresowanym różnymi aspektami procesu edukacyjnego, np. wyłącznie albo głównie certyfikatem potwierdzającym kompetencje merytoryczne (niezależnie od rzeczywistego ich

posiadania), a więc oczekiwać wejścia w posiadanie tylko kompetencji rozumianych jako formalnie określone uprawnienia.

Analityczna ocena jakości kształcenia podyplomowego powinna uwzględniać akceptowane społecznie standardy czy normy kulturowe odnoszące się do głównych składników kompetencji – wiedzy, umiejętności i postaw. Chodzi przy tym nie tylko o te wzorce normatywne, które funkcjonują niejako oficjalnie, ale również o te występujące lokalnie, środowiskowo czy nawet okresowo.

Należy odróżniać jakość kształcenia w aspekcie wynikowym, a więc jego skuteczność i użyteczność, od jakości programu i procesu kształcenia (poziom merytoryczny i dydaktyczny personelu, wyposażenie placówki, organizacja zajęć, pomoce naukowe itd.). Nie zawsze bowiem ta pierwsza jest bezpośrednim skutkiem tej drugiej. Rezultat kształcenia określany w kategoriach jego skuteczności i użyteczności zależy przecież nie tylko od programu i przebiegu kształcenia, ale również od **jakości** słuchaczy/studentów, ich motywacji, oczekiwań, zdolności, pilności, chęci i umiejętności uczenia się. W istocie jest to problem selekcji: jej brak lub jej słabość powoduje na ogół obniżenie jakości „wkładu” do systemu edukacyjnego (placówki kształcącej), a co za tym idzie gorszy rezultat – mimo wysokiej niekiedy jakości programu i procesu kształcenia.

Zarówno w przypadku oceny programu i procesu kształceniowego, jak i oceny kompetencji nabytych w wyniku kształcenia potrzebne jest wzięcie pod uwagę, po pierwsze, zgodności z kulturowo ukształtowanymi i społecznie akceptowanymi standardami, dotyczącymi (a) kształcenia w ogóle (standardy ogólnoedukacyjne, ideologie edukacyjne, globalne/cywilizacyjne paradygmaty edukacyjne), (b) kształcenia w określonej dziedzinie (standardy przedmiotów specjalizacyjnych, zapotrzebowania płynące z określonych dziedzin rzeczywistości). Po drugie, konieczne jest uwzględnienie zgodności z oczekiwaniami różnych zainteresowanych podmiotów formułowanymi na różnych poziomach szczegółowości czy abstrakcji. Stopień tej zgodności określa poziom zadowolenia z przebiegu i rezultatu kształcenia.

Usługa edukacyjna jest usługą szczególną. Kształcenie jest interakcją wymagającą specyficznej, bardzo intensywnej aktywności o charakterze intelektualnym, behawioralnym, a niekiedy również emocjonalnym, w odniesieniu do produktu (kompetencji) i procesu jego przekazywania/nabywania zarówno ze strony personelu nauczającego (co dla wszystkich jest oczywiste), jak i ze strony studentów/słuchaczy – co nie zawsze jest oczywiste dla obu stron. W przypadku innych produktów o charakterze konsumpcyjnym czy inwestycyjnym konieczność przejawiania takiej aktywności albo nie występuje, albo ma tam inny charakter, nie dotyczy wprowadzania trwałych zmian w świadomości, w szczególności zaś **zmieniania siebie**. Można przyjąć, że kompetencje nie są produktem (dobrem) konsumpcyjnym, lecz raczej inwestycyjnym, przy czym ich nabycie nie jest możliwe w drodze kupna, lecz poprzez aktywność zmieniającą stan świadomości, osobowość, dodającą nowe właściwości do charakterystyki

wewnętrznej (intelektualnej, duchowej, emocjonalnej) człowieka. Dotyczy to także umiejętności, które bez zmian w aparacie pojęciowym, szerzej – w świadomości – nie są wiele warte. W tym sensie tylko formalno-konwencjonalną wartość mają certyfikaty uzyskane bez uprzedniego nabycia odpowiednich kompetencji. Wszystkie zaś elementy – wiedza, umiejętności, postawy, certyfikaty – mogą tracić, całkowicie lub częściowo, swoją wartość instrumentalną czy operacyjną przy zmianie zewnętrznych (społecznych, kulturowych, ekonomicznych) warunków uznawania i traktowania ich jako wartości.

W przypadku większości produktów czy dóbr konsumpcyjnych i inwestycyjnych aktywność klienta sprowadza się do zakupu i odczuwania – bądź nie – satysfakcji związanej z instrumentalną (operacyjną) funkcją tych produktów czy dóbr. W przypadku nabywania kompetencji konieczna jest aktywność długofalowa – przede wszystkim intelektualna, ale również behawioralna i emocjonalna – mająca charakter współtworzenia kompetencji, co w decydującej mierze, jeśli nie wyłącznie, determinuje samo zaistnienie oraz jakość produktu finalnego.

Pobrawszy usługę edukacyjną, można z niej korzystać na różne sposoby i w różnym stopniu, można z niej także nie korzystać w ogóle, odczuwając oraz oceniając kształcenie jako całkowicie nieużyteczne. Może to być efektem zastosowania szczególnych kryteriów oceny czy autooceny, dotyczących zarówno użyteczności, jak i skuteczności usługi edukacyjnej.

Kształcenie podyplomowe, będąc z definicji kształceniem dorosłych, ma miejsce w różnych okresach ich życia i jest częścią składową procesu, który określany jest jako „uczenie się przez całe życie” (*long-life learning*), bądź też – równie mało precyzyjnie i na dodatek mniej romantycznie – jako „kształcenie ustawiczne”. *Long-life learning* jest zasadniczą częścią strategii wspierającej przekształcenia w systemie edukacyjnym Unii Europejskiej, które mają służyć przygotowaniu obywateli krajów członkowskich do funkcjonowania w wysoce konkurencyjnym „społeczeństwie wiedzy”. Kształcenie ustawiczne określone zostało w Deklaracji Lizbońskiej z 2000 r. jako „wszelka aktywność związana z uczeniem się podejmowana w ciągu życia w celu poszerzenia wiedzy, umiejętności i kompetencji – w wymiarze osobistym, lokalnym, społecznym i/lub związanym z zatrudnieniem”. Obejmuje zatem wszelkie możliwe etapy uczenia się, od okresu przedszkolnego do emerytalnego, we wszystkich możliwych trybach kształcenia – od całkowicie sformalizowanego do całkowicie nieformalnego. Ma być ważnym czynnikiem stabilizującym relacje między nabywaniem wiedzy, umiejętności i kompetencji¹, a społecznymi i ekonomicznymi dokonaniami społeczeństwa. Zakłada również zmianę paradygmatu edukacyjnego: przejście od paradygmatu nauczania do paradygmatu uczenia się.

¹ Termin „kompetencje” używany jest tutaj, za dokumentami Komisji Europejskiej, w nie do końca oczywistym znaczeniu, zbliżonym raczej do tego, jaki w języku polskim przypisywane jest terminowi „kwalifikacje”. Inne rozumienie tego terminu, rozszerzające zakres samego pojęcia kompetencji, przedstawione jest w Aneksie.

Sformułowana w stereotypowym języku międzynarodowych uzgodnień Deklaracja Komisji Europejskiej z 2001 r. stwierdza, iż celem ustanowienia „europejskiego obszaru kształcenia ustawicznego” jest zarówno umożliwienie obywatelom swobodnego przemieszczania się między ośrodkami kształcenia, rodzajami pracy, regionami i krajami dla rozwijania wiedzy i kompetencji, jak i wychodzenie naprzeciw ambicjom oraz dążeniom krajów Unii Europejskiej do większej zamożności, inkluzywności, tolerancji i demokracji (European Commission 2001: 3). W tym samym dokumencie wymienia się sześć ideowych zasad strategii kształcenia ustawicznego (European Commission 2001: 11–14):

1. Partnerstwo w działaniu – wspólne korzyści i wspólna odpowiedzialność za kształcenie ustawiczne (połączone lub skoordynowane działanie jest najlepszą, najbardziej skuteczną reakcją na różne okoliczności, ponieważ jej podstawą są zróżnicowane ekspertyzy oraz wykorzystywanie mocnych stron i zasobów poszczególnych krajów partnerskich.

2. Kreowanie kultury uczenia się – które wymaga podjęcia bezpośrednich środków dla motywowania potencjalnych uczących się oraz dla zwiększenia uczestnictwa na wszystkich szczeblach i we wszystkich rodzajach kształcenia poprzez wzrost atrakcyjności uczenia się w kategoriach aktywności obywatelskiej, samorealizacji i/lub możliwości zatrudnienia.

3. Dążenie do doskonałości poprzez stosowanie strategii maksymalizowania jakości doświadczeń edukacyjnych samych w sobie, jak również jakości polityki edukacyjnej, w tym procesów i usług towarzyszących uczeniu się.

4. Dogłębne rozpoznanie zapotrzebowania na uczenie się, co oznacza, że zrozumienie potrzeb uczenia się zarówno w skali jednostkowej, jak i społeczności lokalnych, szerszego społeczeństwa i rynku pracy powinno być podstawą każdej strategii uczenia się przez całe życie (kształcenia ustawicznego).

5. Ułatwianie dostępu do uczenia się, co oznacza uruchamianie różnych systemów kształcenia dla nowych grup zgłaszających akces do uczenia się.

6. Zapewnienie odpowiednich środków – zasadnicze zmiany prowadzące do gospodarki opartej na wiedzy wymagają większego, a równocześnie skutecznego i efektywnego inwestowania w kształcenie.

Strategia uczenia się przez całe życie odnosi się do następujących właściwości tego teoretyczno-ideologicznego konstruktu, który od jakiegoś czasu określany jest jako społeczeństwo wiedzy: (1) kompetencje i umiejętności szybko stają się przestarzałe, (2) ludzie uczą się na wiele różnych sposobów, które są ściśle związane z ich własnymi drogami życiowymi oraz z rynkiem pracy, (3) uwaga przenosi się z pasywnego nauczania pojęć na aktywne, samodzielne zdobywanie kompetencji i umiejętności. Dlatego szczególnie ważne stają się, po pierwsze, podejmowanie działań wspierających szeroko zakrojone uczenie się w ciągu całego życia oraz, po drugie, ewaluacja i certyfikacja (zarówno ilościowa, jak i jakościowa) przedsięwzięć edukacyjnych i doświadczeń życiowych w celu promowania i wspierania mobilności ludzi i możliwości ich zatrudniania.

5.2. Jakość kształcenia podyplomowego jako przedmiot badań: zakres problematyki i główne hipotezy

Poddanie przemożnym oddziaływaniom ideologicznym, zestereotypizowanie idei i pojęcia jakości kształcenia, w tym również podyplomowego, nie wpływa dobrze na jakość kształcenia ujmowaną realistycznie i pragmatycznie jako konglomerat skuteczności i użyteczności oddziaływań edukacyjnych. Prawdopodobnie w znacznym stopniu ją obniża, na pewno zaś powstrzymuje jej pozytywną dynamikę. Analiza niektórych aspektów tej sytuacji była ogólnym celem kilku projektów badawczych zrealizowanych przeze mnie w latach 1998–2005. Najważniejsze ich rezultaty przedstawione zostaną w kolejnych rozdziałach pracy.

Dominacja w świadomości społecznej funkcji certyfikacyjnej kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym jest efektem ideologizacji i mitologizacji sfery edukacyjnej, z problematyką jakości kształcenia włącznie. Powszechna w dyskursie edukacyjnym akceptacja stereotypu oczywistej użyteczności certyfikowanego kształcenia podyplomowego jest w istocie akceptacją czy też swoistą umową społeczną dotyczącą tego, że to nie zawartość merytoryczna cyklu kształceniowego jest tym, co w pierwszym rzędzie przynosi korzyść w funkcjonowaniu na rynku pracy, lecz sam fakt uzyskania certyfikatu – potwierdzenia ukończenia cyklu.

Jego uzyskanie nie oznacza jednak, że kształcenie było skuteczne w sensie innym, niż wskazują na to zdane egzaminy czy uzyskane zaliczenia. Była poprzednio mowa o skuteczności kształcenia jako stopniu osiągnięcia jego celów oraz o wynikającym stąd uzależnieniu skuteczności od sposobu sformułowania celów – ich zakresu, stopnia trudności, odniesień do praktyki itp. Ale nawet przy optymalnym (oczywiście – z określonego punktu widzenia, według określonych kryteriów) sformułowaniu celów kształcenia weryfikacja stopnia ich osiągnięcia jest w znacznej – może nawet w głównej – mierze aktem konwencjonalnym, uznaniowym, opartym na niepewnych często przesłankach. Ma to miejsce nie tylko w dyscyplinach, gdzie wiedza i umiejętności są trudne do zweryfikowania w praktyce (nauki społeczne), ale również w dyscyplinach głównie aplikacyjnych, takich np. jak medycyna czy poszczególne specjalności lekarskie.

Pierwsze z przedstawionych w tej części pracy badań empirycznych dotyka właśnie tej sfery problemowej. Na ile sprawdzian testowy – konwencjonalna metoda weryfikacji wiedzy uzyskanej w toku kształcenia – może być wiarygodnym sposobem stwierdzania skuteczności kształcenia – jednego z dwóch głównych aspektów jego jakości? Poddanie stosowanego w tej metodzie narzędzia badaniu walidacyjnemu ukazuje znaczny stopień niepewności czy swoistej „opcjonalności”, wielowariantowości specjalistycznej skądinąd wiedzy medycznej, co powinno skłonić do głębszej refleksji nad celami kształcenia

w tej dziedzinie oraz nad indywidualnym i społecznym znaczeniem ich osiągnięcia. W badaniu tym przyjęta została ogólna hipoteza, iż ujmowana stereotypowo i formalizowana w postaci rezultatów zastosowania zestandaryzowanych narzędzi oceniających skuteczność kształcenia, jak również jego formalnie i stereotypowo stwierdzana użyteczność, w praktyce zawodowej nie w pełni się potwierdzają ze względu na braki w formułowaniu celów kształcenia i sposobów ich osiągania oraz z powodu nierealistycznej diagnozy zapotrzebowania na poszczególne elementy wiedzy i umiejętności przekazywane w trakcie kształcenia.

Rezultaty zastosowania „obiektywnej” metody oceny skuteczności kształcenia analizowane w tym badaniu pokazały m. in., że owa „obiektywność” ma w istotnej mierze konwencjonalny charakter, można powiedzieć nawet, że jest w znacznym stopniu zrutyinizowana. Jeśli tak, to być może nie jest słuszne twierdzenie o wyższości metod, narzędzi i ocen tego rodzaju nad metodami i ocenami „subiektywnymi”, tzn. uwzględniającymi przede wszystkim lub wyłącznie autorefleksję oraz opinie i odczucia osób poddanych procesowi kształcenia, a więc bezpośrednio zaangażowanych, będących świadomymi podmiotami społecznego działania.

Tak zwane ankiety studenckie – badania ewaluacyjne, w których sami uczący się oceniają różne aspekty procesu kształcenia – są często krytykowane za brak wiarygodności oraz nieskuteczność (brak zwrotnego oddziaływania, *feedbacku*). Można jednak z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że ta niewiarygodność jest funkcją złego przygotowania tego rodzaju badań – przede wszystkim ich sformalizowania, zrutyinizowania i braku odpowiedniego „marketingu” wśród tych, do których są kierowane (co skutkuje zdecydowaną niereprezentatywnością rezultatów), zaś nieskuteczność oddziaływania – nawet tych badań, które przynoszą znaczący materiał – bierze się z faktycznego braku zainteresowania decydentów ze sfery edukacji tematem wewnętrznej, niekoniecznie sformalizowanej oceny jakości kształcenia. Być może systematyczne i konsekwentne stosowanie w badaniach ewaluacyjnych takich ankiet, oczywiście według reguł maksymalizujących ich wiarygodność i oddziaływania zwrotne, w szczególności zaś prowadzenie za ich pomocą monitoringu postrzeganej jakości kształcenia w poszczególnych placówkach edukacyjnych oraz bardziej świadome posługiwanie się intersubiektywnymi wskaźnikami skuteczności i użyteczności kształcenia opracowanymi na ich podstawie mogłoby przywrócić wiarę w kwestionowaną niekiedy przydatność ankiet studenckich.

Drugie z przedsięwzięć badawczych, których wyniki przedstawione będą w dalszej części pracy, miało na celu praktyczną weryfikację koncepcji długofalowego, monitorującego badania skuteczności kształcenia podyplomowego z wykorzystaniem intersubiektywnych jej wskaźników. Skuteczność pojmowana była jako jeden z dwóch kluczowych (obok użyteczności), elementów konstytuujących jakość kształcenia. Badania prowadzone w ciągu sześciu lat, oprócz tego, metodologicznego w swej istocie celu, miało również cele praktyczne:

diagnozowanie i monitorowanie dynamiki intersubiektywnie odczuwanej skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie zdrowia publicznego. Ogólna hipoteza weryfikowana w tych badaniach sugerowała możliwość śledzenia – za pomocą specjalnie przygotowanych narzędzi – zmian zachodzących w odczuwaniu skuteczności kształcenia podyplomowego w rezultacie działań modyfikujących proces kształceniowy.

Wspomniane wyżej stereotypowe przekonanie o użyteczności certyfikowanego kształcenia podyplomowego jest konsekwentnie osłabiane przez obserwacje pochodzące z praktyki zawodowej, w szczególności dotyczące decyzji i reakcji pracodawców. Dla wielu z nich ukończenie przez pracownika cyklu kształcenia podyplomowego to przede wszystkim akt formalny mogący mieć ewentualnie znaczenie ze względu na jakieś przepisy, których nie można ominąć, natomiast nie jest istotne merytorycznie i nie oczekuje się związanego z tym wzrostu wydajności, opłacalności dla instytucji itp. Niekiedy bywa i tak, że uzyskanie przez pracownika określonego certyfikatu traktowane jest przez kierownictwo instytucji jak potencjalne zagrożenie dla własnego miejsca w hierarchii stanowisk czy prestiżu. W rezultacie dość często zdarza się, że uzyskany dyplom czy świadectwo ukończenia kursu, wbrew oczekiwaniom posiadacza, nie przynosi istotnego awansu zawodowego czy choćby finansowego. Zresztą istotnie przyczyniają się do tego uwarunkowania obiektywne w postaci ograniczeń finansowych czy etatowych w funkcjonowaniu instytucji. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, że osłabieniu stereotypowego, zideologizowanego przekonania o użyteczności kształcenia nie towarzyszy osłabienie motywacji do podejmowania kształcenia. Oczywiście przyczynia się do tego choćby wieloaspektowość większości czy nawet wszystkich motywacji edukacyjnych, ale główną przyczyną tego jest, jak się zdaje, siła inercji ideologicznego stereotypu, niepoddającego się, bądź z trudem poddającego się racjonalnym modyfikacjom.

Konfrontacja kilku podmiotowych odmian tego samego stereotypowego przekonania o roli i znaczeniu procesu kształceniowego w życiu zawodowym (w części dotyczącego nieadekwatności czy nieistotności elementów wiedzy i umiejętności przekazywanych/nabywanych w toku kształcenia), a także konfrontacja owego stereotypu z funkcjonowaniem rynku pracy stanowiły opisowy trzon kolejnego przedstawionego dalej badania ewaluacyjnego, które objęło absolwentów kształcenia podyplomowego, pracodawców oraz niezależnych ekspertów. Weryfikowana była w tym badaniu obecna *implicite* w zideologizowanym dyskursie edukacyjnym teza o jednolitym postrzeganiu użyteczności kształcenia podyplomowego przez podmioty potencjalnie zainteresowane tym trybem kształcenia: pracujących słuchaczy (absolwentów), ich pracodawców oraz ekspertów. Przekonania i opinie tych ostatnich traktowane były, zgodnie z przyjętym założeniem, jako wyraz zobiektywizowanej postawy społeczeństwa jako całości (makropodmiotu zainteresowanego kształceniem podyplomowym

w danym zakresie). Użyteczność kształcenia, drugi zasadniczy element konstytuujący jego jakość, ujmowana była – zgodnie z tym, co ustalone zostało w pierwszej części pracy – jako rodzaj, zakres i intensywność postrzeganych/odczuwanych korzyści wiążących się z określonym cyklem edukacyjnym.

Użyteczności kształcenia podyplomowego dotyczyło również czwarte z omawianych dalej badań, z tym że jego zasięg ograniczony został do jednej kategorii zawodowej – lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy oraz do szczególnego rodzaju kształcenia podyplomowego – cyklu kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Weryfikowana była tutaj przede wszystkim teza o znacznej użyteczności merytorycznej i formalnej kształcenia specjalizacyjnego, w tym – o jego zasadniczym znaczeniu dla kariery zawodowej lekarza decydującego się na tę specjalizację. Testowana była również teza o silnej obecności motywów autotelicznych w wyborze tej specjalizacji oraz teza o wysokiej adekwatności programu specjalizacyjnego do realiów praktyki zawodowej lekarzy medycyny pracy.

ROZDZIAŁ 6

Problemy oceny skuteczności i użyteczności Badanie walidacyjne pytań testowych z zakresu medycyny pracy

6.1. Wskaźniki walidacyjne – zastosowanie i interpretacja

Przekonanie o zasadniczym znaczeniu kwestii operacjonalizacji wiedzy z zakresu medycyny pracy, ujęcia jej w formy nadające się do zastosowania w procedurach testowych, stanowiło główną przesłankę badania ewaluacyjnego dotyczącego pytań testowych z zakresu medycyny pracy i higieny pracy. Podjęte w 1999 r. badanie miało być równocześnie pilotażem takich wersji testów skuteczności z zakresu medycyny pracy i higieny pracy, które w przyszłości mogłyby stać się narzędziem stosowanym w ramach testu postępów rozumianego jako procedura oceny skuteczności kształcenia podyplomowego w tej dziedzinie.

Do udziału w badaniu zaproszonych zostało 105 lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, zaś przedmiotem ewaluacji był zestaw 200 pytań testowych stosowanych najczęściej w dotychczasowej praktyce kształcenia specjalistycznego z zakresu medycyny pracy¹.

Zadaniem każdej z osób biorących udział w badaniu było: odpowiedzieć na pytania testowe (w warunkach domowych, bez ograniczeń czasowych, przy całkowitej swobodzie ewentualnego korzystania ze źródeł – podręczników, literatury fachowej itd., a także konsultowania się z innymi osobami), a następnie ocenić każde z pytań według trzech kryteriów: trudności, zgodności z programem kształcenia specjalistycznego i przydatności podejmowanej w pytaniu problematyki dla praktycznej działalności lekarza medycyny pracy. Ponadto

¹ Byli to lekarze z trzech województw: wielkopolskiego, mazowieckiego i świętokrzyskiego (100 osób) oraz pięcioro ekspertów: dyrektorzy wojewódzkich ośrodków medycyny pracy z tych województw i osoby odpowiedzialne w tych ośrodkach za kształcenie specjalistyczne. Odpowiadali na pytania zamieszczone w specjalnym kwestionariuszu ewaluacyjnym (zob. Boczkowski 2001a: 174–208). Ogólny format tego kwestionariusza przedstawiony został w Aneksie 4.

respondenci zachęceni byli do formułowania i zamieszczania w specjalnie na to przeznaczonych miejscach przy poszczególnych pytaniach swoich uwag odnoszących się do badanej problematyki.

Po wykonaniu tego zadania z każdym ze 100 specjalistów biorących udział w badaniu przeprowadzony został wywiad pogłębiający i poszerzający różne kwestie związane z oceną przedłożonego uprzednio zestawu pytań testowych oraz podejmujący problematykę sprawdzianów testowych w ogóle².

Zadaniem ekspertów było – po odpowiedzeniu na pytania testowe i dokonaniu oceny według wspomnianych wyżej trzech kryteriów – sformułowanie na piśmie opinii dotyczącej przedłożonego zestawu pytań testowych, według wytycznych załączonych do przeznaczonego dla nich kwestionariusza.

Obliczone zostały następujące wskaźniki walidacyjne określające swoistą „zdolność ewaluacyjną” każdego pytania testowego z badanego zestawu:

1. Proporcja osób, które wskazały poprawną odpowiedź³, czyli jednostkowy obiektywny wskaźnik skuteczności kształcenia w danym zakresie problematyki.

2. Intersubiektywny⁴ wskaźnik łatwości pytania dla lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy – średnia ocen dokonanych przez badaną grupę specjalistów według skali: „bardzo łatwe” (3 pkt.), „raczej łatwe” (2 pkt.), „raczej trudne” (1 pkt.), „bardzo trudne” (0 pkt.).

3. Intersubiektywny wskaźnik zgodności pytania z programem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy – średnia ocen dokonanych przez badaną grupę specjalistów według skali: „zdecydowanie zgodne” (3 pkt.), „raczej zgodne” (2 pkt.), „raczej niezgodne” (1 pkt.), „zdecydowanie niezgodne” (0 pkt.).

4. Intersubiektywny wskaźnik przydatności problematyki podejmowanej w pytaniu w praktyce lekarza medycyny pracy – średnia ocen dokonanych przez badaną grupę specjalistów według skali: „zdecydowanie przydatna” (3 pkt.), „raczej przydatna” (2 pkt.), „raczej nieprzydatna” (1 pkt.), „zdecydowanie nieprzydatna” (0 pkt.).

W przypadku wskaźników intersubiektywnych podstawową wartością są średnie ocen uzyskanych przez dane pytanie w badaniu walidacyjnym (rozpiętość od 0 do 3). Dla większej przejrzystości prezentacji i porównywania przyjęto, że

² Kwestionariusz wywiadu zamieszczony jest w Aneksie 5. Terenowy etap badania zrealizowany został przy pomocy ankieterów Zakładu Badań Naukowych Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, którzy dostarczali badanym i odbierali od nich po wypełnieniu kwestionariusze zawierające zestaw pytań testowych oraz przeprowadzali wywiady.

³ Jeśli respondenci wskazywali więcej niż jedną odpowiedź, a nie było to uwzględnione w samym pytaniu, odpowiedzi klasyfikowane były jako błędne.

⁴ W znaczeniu propozycji oceny uzgodnionej. Korzystając z takiego wskaźnika, zakłada się, że specjaliści oceniający pytanie pod danym względem są w stanie uzgodnić taką ocenę bądź ją zaakceptować (por. *Słownik socjologii...*: 133).

ostateczna postać zbiorczego wskaźnika oceny trudności pytania będzie ilorazem średniej ocen uzyskanych przez to pytanie w badaniu walidacyjnym i maksymalnej liczby punktów przypisanych ocenie indywidualnej, tzn. 3. Dzięki temu zabiegowi wartości wskaźników intersubiektywnych zawierają się między 0 i 1.

W tab. 2 przedstawione są cztery podstawowe wskaźniki walidacyjne odnoszące się do wyróżnionych w badanym zestawie pytań jedenastu grup tematycznych. Głównym powodem takiego pogrupowania oraz tematycznej syntezy wskaźników była potrzeba zbadania, czy i na ile tematyka pytań wpływa na zróżnicowanie wskaźników walidacyjnych (obliczonych na podstawie ocen specjalistów dotyczących poszczególnych pytań testowych).

Tabela 2

Średnie (M) i odchylenia standardowe (STD) wskaźników walidacyjnych dla pytań testowych należących do poszczególnych bloków tematycznych

Blok tematyczny (odsetek pytań w zestawie)	Wskaźniki walidacyjne							
	odsetek odpowiedzi poprawnych		łatwość pytania		zgodność pytania z programem kształcenia specjalizacyj- nego		praktyczna przydatność problematyki podejmowanej w pytaniu	
	M	STD	M	STD	M	STD	M	STD
Patologia zawodowa (31%)	61	32	0,71	0,12	0,82	0,09	0,84	0,08
Orzecznictwo (9,5%)	63	31	0,83	0,09	0,87	0,06	0,91	0,04
Profilaktyka medyczna (3,5%)	47	32	0,74	0,04	0,83	0,06	0,89	0,03
Higiena pracy – czynniki fizyczne (12,5%)	64	31	0,70	0,16	0,81	0,11	0,79	0,14
Higiena pracy – czynniki chemiczne (18%)	65	30	0,70	0,11	0,82	0,10	0,79	0,12
Fizjologia pracy (7%)	47	35	0,66	0,14	0,78	0,09	0,74	0,11
Psychologia pracy (3,5%)	65	26	0,64	0,22	0,66	0,16	0,68	0,17
Epidemiologia (3,5%)	72	27	0,70	0,12	0,80	0,07	0,73	0,19
Biostatystyka (1,5%)	75	6	0,63	0,11	0,71	0,08	0,48	0,10
Organizacja ochrony zdrowia (2%)	64	29	0,83	0,10	0,89	0,05	0,90	0,07
Zagadnienia prawno- -admin. (8%)	70	25	0,77	0,14	0,81	0,13	0,85	0,13
Ogółem	63	30	0,72	0,13	0,82	0,12	0,81	0,13

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszym z analizowanych z tego punktu widzenia wskaźników jest **odsetek odpowiedzi poprawnych**. W przeprowadzonym badaniu spełnia on funkcję szczególną, różną od tej, jaką zwykle pełni taki wskaźnik w analizie wyników sprawdzianów testowych, gdzie jest on syntetycznym – bo sumującym niejako w jednym zapisie liczbowym różne parametry pytania – wskaźnikiem mocy dyskryminacyjnej danego pytania testowego. Omawiane tutaj badanie nie było sprawdzianem wiedzy uczestniczących w nim osób w takim sensie, w jakim czynią to sprawdziany testowe. Respondenci odpowiadali na pytania w warunkach domowych, mając możliwość korzystania z pomocy wszelkiego rodzaju: od notatek, podręczników i konsultacji z innymi specjalistami, po Internet. W takiej sytuacji wskaźnik ten dotyczy, owszem, wiedzy, ale rozumianej szerzej: raczej jako ustosunkowanie respondentów do zawartości i sposobu sformułowania danego pytania, przy czym ustosunkowanie to jest najczęściej określoną postawą wobec fragmentu wiedzy, którego dotyczy pytanie. W związku z tym odpowiedzi błędne świadczą nie tyle o braku wiedzy odpowiadającego, ile np. o posiadaniu przezeń wiedzy opartej na innych podstawach czy przesłankach niż te, na których opierali się autorzy pytania. Taka interpretacja odpowiedzi błędnych sugerowana była nierzadko przez uwagi, jakie respondenci zamieszczali dodatkowo przy niektórych pytaniach.

Niezależnie od tego, czy taka interpretacja jest słuszna czy nie, fakt, że w tak zaaranżowanym badaniu walidacyjnym zestawu pytań testowych z dziedziny medycyny i higieny pracy było tylko 63% (niespełna 2/3) odpowiedzi poprawnych, wymagałby dalszych dogłębnych badań, analiz i wyjaśnień wykraczających poza ramy omawianego tutaj przedsięwzięcia badawczego. Najistotniejsze jest jednak samo stwierdzenie faktu, iż wśród 100 certyfikowanych specjalistów w dziedzinie medycyny pracy odpowiadających na pojedyncze pytanie testowe z tej dziedziny średnio 37 wskazuje odpowiedź inną niż reszta (niepoprawną – z określonego punktu widzenia)⁵. Może to świadczyć o daleko idącej niejednolitości wiedzy medycznej w tym zakresie, a to z kolei rodzi pytanie o możliwości i szanse zbudowania uniwersalnego narzędzia oceny jakości wiedzy zdobytej na podstawie różnych, czasem sprzecznych ze sobą, założeń i przesłanek.

Stosunkowo najwięcej odpowiedzi poprawnych udzielono na pytania z zakresu biostatystyki, epidemiologii i zagadnień prawno-administracyjnych. Stosunkowo najmniej takich odpowiedzi udzielono na pytania z zakresu profilaktyki medycznej i fizjologii pracy. W szczegółowych wynikach badania (Boczkowski 2001a: 212) wskazane zostały numery pytań należących do poszczególnych bloków tematycznych, na które w badaniu dano najmniej

⁵ W przypadku niektórych pytań odsetek odpowiedzi niepoprawnych był o wiele większy, sięgając niekiedy 80–90%. Oczywiście, w większości przypadków był on o wiele niższy, często bliski zeru.

odpowiedzi poprawnych (48, czyli 24%) oraz tych pytań, na które odpowiedzi poprawnych było najwięcej (29 – 15%)⁶.

Charakterystyczne jest, że tam, gdzie odpowiedzi poprawnych było więcej, relatywnie mniejszy był stopień rozproszenia tego wskaźnika (mierzony odchyleniem standardowym) – czyli mniej było rozbieżności co do owych podstaw wiedzy specjalistycznej; natomiast tam, gdzie odpowiedzi poprawnych było relatywnie mniej, rozproszenie wskaźników było większe – czyli niejednorodność (niepewność?) tej wiedzy można uznać za większą.

Wskaźniki **łatwości pytań** były bardziej zróżnicowane niż odsetki odpowiedzi poprawnych, lecz kształtowały się, średnio rzecz biorąc, na dość wysokim poziomie, tzn. pytania oceniane były na ogół jako dość łatwe, a skala rozproszenia tych ocen była mniejsza niż w przypadku poprzedniego wskaźnika.

Jako stosunkowo najtrudniejsze ocenione zostały pytania z zakresu biostatystyki, psychologii pracy i fizjologii pracy, jako stosunkowo najłatwiejsze – pytania z zakresu orzecznictwa, organizacji ochrony zdrowia i zagadnień prawno-administracyjnych, natomiast za najtrudniejsze uznano w badaniu 35 pytań (wskaźniki większe niż 1,5 średniej), zaś jako najłatwiejsze (wskaźniki mniejsze niż połowa średniej) – 36 pytań (tamże).

Zróżnicowanie wskaźników **zgodności pytań z programem kształcenia specjalizacyjnego** było stosunkowo niewielkie: w zdecydowanej większości bloków tematycznych średni wskaźnik kształtował się na poziomie powyżej 0,8 – zatem pytania oceniane były na ogół jako zgodne z programem kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny pracy. Skala rozproszenia tych ocen była jeszcze mniejsza niż w dwóch wyżej omawianych przypadkach.

Najmniej zgodne z programem kształcenia były w ocenie respondentów pytania z zakresu psychologii pracy i biostatystyki. Jako stosunkowo najbardziej zgodne oceniono pytania z zakresu orzecznictwa i organizacji ochrony zdrowia. Jako najmniej zgodne z programem kształcenia specjalizacyjnego (wskaźniki mniejsze od średniej przynajmniej o jedno odchylenie standardowe) oceniono w badaniu 23 pytania, jako najbardziej zgodne (wskaźniki większe przynajmniej o jedno odchylenie standardowe) – 23 pytania.

Wskaźniki **oceny praktycznej przydatności problematyki podejmowanej w pytaniach** były nieco bardziej zróżnicowane niż wskaźniki zgodności: przy takiej samej średniej dla wszystkich pytań nieco więcej było bloków tematycznych, w których średni wskaźnik był wyraźnie wyższy bądź wyraźnie niższy – zresztą przy mniej więcej takim samym rozproszeniu wskaźników dla poszczególnych pytań.

Stosunkowo najniżej oceniona została praktyczna przydatność problematyki podejmowanej w pytaniach z zakresu biostatystyki i psychologii pracy, najwyżej

⁶ Pytania o najwyższych i najniższych wskaźnikach wskazane zostały we wszystkich czterech kategoriach wskaźników. Granicą ich wyodrębniania była odległość danego wskaźnika od jego wielkości średniej wynosząca co najmniej jedno średnie odchylenie standardowe.

– problematyki, jakiej dotyczą pytania z zakresu orzecznictwa, profilaktyki medycznej i organizacji ochrony zdrowia; 28 pytań ocenionych zostało jako podejmujące najmniej przydatną problematykę (wskaźniki mniejsze od średniej przynajmniej o jedno odchylenie standardowe), zaś 14 pytań – jako podejmujące problematykę najbardziej przydatną w praktyce lekarza medycyny pracy (wskaźniki większe przynajmniej o jedno odchylenie standardowe).

Wszystkie cztery wskaźniki walidacyjne są ze sobą istotnie skorelowane (tab. 3). Zróznicowanie siły i kierunku tych korelacji stwarzają pewne możliwości interpretacji i wnioskowania w odniesieniu do skuteczności szkolenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny pracy.

Tabela 3

Związki między wskaźnikami walidacyjnymi (współczynniki korelacji Spearmana)

Wskaźnik	Wskaźnik postrzeganej		
	łatwości pytania	zgodności pytania z programem szkolenia specjalizacyjnego z medycyny pracy	przydatności problematyki podejmowanej w pytaniu w praktyce zawodowej lekarza medycyny pracy w Polsce
Liczba poprawnych odpowiedzi (wskaźnik skuteczności szkolenia specjalizacyjnego)	0,546	0,467	0,345
Wskaźnik postrzeganej łatwości pytania		0,877	0,813
Wskaźnik postrzeganej zgodności pytania z programem szkolenia specjalizacyjnego z medycyny pracy			0,822

U w a g a: wszystkie korelacje istotne na poziomie 0,01.

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

Liczba poprawnych odpowiedzi jest dość silnie związana ze wskaźnikiem postrzeganej trudności pytań. Oczywistym i banalnym wnioskiem jest stwierdzenie, że im łatwiejsze pytanie, tym więcej odpowiedzi poprawnych. Pojawia się jednak kwestia, czy odpowiadający byli właściwie przygotowani do odpowiadania również na trudne pytania zawodowe oraz co uznaje się za odpowiedź poprawną na dane pytanie. Negatywne rozstrzygnięcie tej pierwszej kwestii (sugerowane przez powyższe rezultaty badania) prowadzi do wniosku o mniejszej niż założona skuteczności szkolenia. Kwestia druga, w przypadku niektórych pytań dość złożona i trudna do jednoznacznego i powszechnie

akceptowanego objaśnienia, dotyczy nieoczywistości pewnych elementów wiedzy z zakresu medycyny pracy i w związku z tym różnorodności, a niekiedy merytorycznej niejednorodności źródeł, zwłaszcza że szkolenia, do których odwoływali się badani specjaliści, miały miejsce w różnych ośrodkach i w różnych okresach. Błędne – z określonego punktu widzenia – odpowiedzi mogą wynikać z niewiedzy jako takiej, ale mogą też być rezultatem posiadania wiedzy różniącej się w jakimś stopniu od tej, która jest zapleczem formułowania pytań i określania poprawnych na nie odpowiedzi. Ta inna wiedza, może być, po pierwsze, wiedzą zdezaktualizowaną i nieuzupełnioną w procesie „uczenia się przez całe życie”, po drugie, wiedzą nabytą w innym miejscu i czasie niż miejsce i czas, w jakim powstały pytania i określone zostały poprawne odpowiedzi (jako pośrednie potwierdzenie tej opcji może być potraktowana nieco słabsza korelacja liczby poprawnych odpowiedzi i wskaźnika postrzeganej zgodności z programem szkolenia), po trzecie – wiedzą wynikającą z praktyki, nieco innej niż podstawy teoretyczne (za pośrednie potwierdzenie tej możliwości można uważać wyraźnie słabszy związek liczby poprawnych odpowiedzi i wskaźnika postrzeganej przydatności problematyki pytania w praktyce lekarza medycyny pracy). Wszystko to sugeruje pewną ostrożność w stosowaniu liczby poprawnych odpowiedzi jako wskaźnika skuteczności kształcenia, w tym przypadku szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy.

Bardzo silna korelacja wskaźników postrzeganej łatwości pytania ze wskaźnikami postrzeganej zgodności z programem szkolenia i wskaźnikami praktycznej przydatności problematyki pytania może być interpretowana dwojako. Po pierwsze, może być tak, że pytania, postrzegane jako zgodne z programem szkolenia specjalistycznego oraz jako przydatne w praktyce lekarza medycyny pracy oceniane są jako łatwiejsze ze względu na nabyty w wyniku szkolenia bądź w wyniku praktyki zasób wiedzy. Po drugie, może być w jakimś stopniu tak, że pytania postrzegane jako trudne z powodu braków w wiedzy oceniane są jako niezgodne z programem szkolenia i/lub nieprzydatne w praktyce jako usprawiedliwienie niewiedzy – niekoniecznie wynikającej z braków programu szkoleń czy niewystępowania w praktyce zawodowej.

6.2. Uwarunkowania stosowalności testu skuteczności (postępów) w kształceniu podyplomowym z zakresu medycyny pracy w świetle opinii specjalistów i ekspertów

Idea testu postępów, będącego narzędziem oceny skuteczności kształcenia, realizowana jest w niektórych ośrodkach przeddyplomowego kształcenia medycznego na świecie. W określonych warunkach, przy wystąpieniu pewnych administracyjnych i merytorycznych działań wspierających, test postępów

mógłby być stosowany także w ramach studiów podyplomowych – przy nieco innym, uproszczonym podejściu do procedury jego przygotowania i stosowania. Jego zasadniczy cel – identyfikacja **postępu**, jaki dokonał się w określonej sferze świadomości słuchacza, w jego kompetencjach profesjonalnych określonego rodzaju – może zostać osiągnięty poprzez pomiar tych kompetencji na początku i na końcu cyklu kształcenia albo na początku i na końcu poszczególnych etapów tego cyklu. Narzędziem takiego pomiaru byłby zestaw pytań testowych, każdorazowo losowanych bądź dobieranych według określonych kryteriów z zasobów banku pytań⁷.

Następujące co jakiś czas zmiany w regułach zdobywania specjalizacji medycznych oraz mniej lub bardziej istotne zmiany w programie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy za każdym razem dają szansę modyfikacji dążących do obiektywności procedur testowych mierzących skuteczność kształcenia specjalizacyjnego w odniesieniu do osób specjalizujących się. Nie wiadomo jednak, czy i na ile owa modyfikacja zbliży się kiedyś do idei testu postępów; jak się okazało, w środowisku profesjonalnym nie ma zgody co do potrzeby takiego właśnie ukierunkowania procedur oceniających w ramach kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny pracy.

Przy okazji badania walidacyjnego pytań testowych z zakresu medycyny pracy z badanymi lekarzami-specjalistami w dziedzinie medycyny pracy i medycyny przemysłowej przeprowadzone zostały wywiady kwestionariuszowe, dotyczące, najogólniej biorąc, możliwości i warunków stosowania testu postępów w kształceniu podyplomowym z zakresu medycyny pracy⁸. Natomiast eksperci, którzy uprzednio wyrazili zgodę na współpracę, otrzymali zestaw pytań testowych poprzedzony wstępem zawierającym prośbę o opracowanie pisemnej opinii merytorycznej. Zapotrzebowanie informacyjne dotyczące tej ekspertyzy ujęte zostało w bardziej sprecyzowane wytyczne, odpowiadające poszczególnym elementom kwestionariusza wywiadu z lekarzami-specjalistami. Szczegółowe omówienie wyników tej części badania opublikowane zostało w innym miejscu (Boczkowski 2001a). Tutaj przedstawione zostaną tylko niektóre rezultaty, korespondujące z powyższą analizą wskaźników walidacyjnych i mające odniesienia do problematyki skuteczności i użyteczności kształcenia.

W tym kontekście interesujący wydaje się być materiał zawarty w dokonanych przez respondentów całościowych ocenach badanego zestawu pytań – pod względem jego łatwości, zgodności z programem specjalizacji oraz przydatności problematyki podejmowanej w pytaniach dla praktyki zawodowej lekarza medycyny pracy. Podstawowe dane ilościowe dotyczące takich ocen dokonanych przez lekarzy-specjalistów w przeprowadzonych z nimi wywiadach przedstawione są w tab. 4.

⁷ Omówienie testu postępów – zob. Aneks 1.

⁸ Kwestionariusz wywiadu – zob. Aneks 4.

Oceny wszystkich trzech aspektów zestawu pytań testowych umieszczane były w kwestionariuszu w dwuczynnikowych tabelach w celu możliwie precyzyjnej klasyfikacji opinii badanych o każdym z trzech wymienionych aspektów walidacyjnych. Na podstawie zebranego w ten sposób szczegółowego materiału możliwe stało się przedstawienie tych ocen na trzech ogólniejszej, syntetycznych skalach: 1) łatwości/trudności zestawu pytań testowych, 2) jego zgodności/niezgodności z programem specjalizacji oraz 3) przydatności/nieprzydatności podejmowanej w tym zestawie problematyki.

Tabela 4

Trzy aspekty walidacyjne badanego zestawu pytań testowych z zakresu medycyny pracy w opinii lekarzy specjalistów w tej dziedzinie (% – liczba oceniających, N = 100)

Łatwość/trudność		Zgodność/niezgodność		Przydatność/nieprzydatność	
1. Zdecydowanie łatwy (wszystkie lub prawie wszystkie pytania łatwe)	23	1. Zdecydowanie zgodny (wszystkie lub prawie wszystkie pytania zgodne)	48	1. Zdecydowanie przydatny (wszystkie lub prawie wszystkie pytania przydatne)	31
2. Raczej łatwy (większość pytań łatwych)	56	2. Raczej zgodny (większość pytań zgodnych)	42	2. Raczej przydatny (większość pytań przydatnych)	55
3. Raczej trudny (połowa pytań łatwych, połowa trudnych)	11	3. Raczej niezgodny (połowa pytań zgodnych, połowa niezgodnych)	1	3. Raczej nieprzydatny (połowa pytań przydatnych, połowa nieprzydatnych)	10
4. Zdecydowanie trudny (większość, prawie wszystkie lub wszystkie pytania trudne)	8	4. Zdecydowanie niezgodny (większość, prawie wszystkie lub wszystkie pytania niezgodne)	–	4. Zdecydowanie nieprzydatny (większość, prawie wszystkie lub wszystkie pytania nieprzydatne)	2
Brak odpowiedzi	2	Brak odpowiedzi	10	Brak odpowiedzi	3

Źródło: opracowanie własne.

Skale porządkowe w tab. 4, będące wynikiem uogólniania i syntetyzowania szczegółowych odpowiedzi uzyskanych w wywiadach, utworzone zostały na podstawie zasadniczo innego sposobu impresyjnego oceniania niż ten, w wyniku którego obliczone zostały intersubiektywne wskaźniki omawiane w pierwszej części rozdziału. Można jednak, jak się zdaje, zasadnie stwierdzić, że dominacja ocen znajdujących swój wyraz w ogólnej klasyfikacji badanego zestawu pytań testowych jako łatwego, zgodnego z programem szkolenia i podejmującego tematykę przydatną w praktyce zawodowej (tab. 4) koresponduje z ogólnymi intersubiektywnymi wskaźnikami dotyczącymi trzech aspektów oceny

(tab. 1 – „Ogółem”). Jest też swoistym potwierdzeniem znacznej wysokości tych wskaźników.

Odpowiadając na dalsze pytania kwestionariusza, respondenci próbowali określić cechy, dla których poszczególne pytania należące do badanego zestawu postrzegane są jako łatwe bądź trudne. W wypowiedziach badanych specjalistów wyodrębnionych zostało ponad 250 zróżnicowanych tematycznie wątków dotyczących łatwości oraz trudności pytań. W obu przypadkach utworzone zostały ogólniejsze kategorie cech, przedstawione w tab. 5 w uporządkowaniu od najczęściej do najrzadziej wskazywanych przez respondentów.

Tabela 5

Powody, dla których pytania testowe z zakresu medycyny pracy są postrzegane przez lekarzy specjalistów w tej dziedzinie jako łatwe bądź jako trudne – według częstości występowania w wypowiedziach respondentów

Cechy pytań łatwych	% wskazań (N=118)	Cechy pytań trudnych	% wskazań (N=141)
1	2	3	4
1. Problematyka spotykana na co dzień, występująca w codziennej praktyce – i związana z tym konieczność posiadania określonej wiedzy, jej utrwalanie się	37	1. Teoretyczność, brak związku z praktyką; rzadkość występowania zagadnień podejmowanych w pytaniach; wymagają wiedzy czysto pamięciowej	23
2. Pytania te dotyczą podstaw medycyny pracy (czasem medycyny w ogóle), ich problematyka pokrywa się z programami szkoleń i kursów, jest tam szeroko omawiana, podkreślana, akcentowana	35	2. Niezrozumiałość, niejednoznaczność, brak precyzji sformułowań; nieznanomość pojęć, terminów użytych w pytaniach; brak zrozumienia intencji pytania	19
3. Jednoznaczność definicji, kryteriów, norm, praw etc.; konkretność, rzeczowość pytań, prostota odpowiedzi	10	3. Tematyka pytań nieporuszana w ogóle, bądź podejmowana skrótowo (niepogłębianą) na kursach i szkoleniach	13
4. Wiele możliwości nabywania wiedzy w danym zakresie; dostępność szkoleń i źródeł literaturowych	4	4. Trudność konkretnych przedmiotów, ich wykraczanie poza medycynę pracy rozumianą jako działalność praktyczna	13
5. Pytania zawierające definicje, pytania o bardzo ważne problemy	3	5. Brak bądź niedostępność źródeł (literatury, piśmiennictwa); trudność znalezienia danych w literaturze	9
		6. Niejasność sposobu odpowiadania (jedna czy więcej poprawnych odpowiedzi)	4

Tabela 5 (cd.)

1	2	3	4
		7. Nowości; nie było szansy na zapoznanie się z nimi; dawno uzyskana specjalizacja	4
		8. Konieczność dokonania różnych operacji intelektualnych, wyciągania wniosków; przekrojowy charakter pytań	3,5
		9. Zagadnienia zbyt specjalistyczne, szczegółowe, niepotrzebne w specjalizacji z medycyny pracy	3,5

Źródło: opracowanie własne.

Najczęściej wymieniane przyczyny trudności pytań – zbyt duży udział zagadnień teoretycznych kosztem szkolenia pod kątem rozwiązywania konkretnych problemów praktycznych oraz niejasność, niezrozumiałość i niejednoznaczność sformułowań – pojawiały się bardzo często w wątkach postulatycznych podejmowanych w kwestionariuszu wywiadu. Warto przytoczyć w tym kontekście kilka komentarzy respondentów. Można przypuszczać, że choć komentarze te odnosiły się do pytań testowych, w pewnej mierze dotyczyły również programu kształcenia.

Ja miałabym inne propozycje – bardziej praktyczne dla lekarza profilaktyka.

Nie powinno być pytań ze statystyki. Dobrze oceniam pytania z patologii zawodowej, tak pod względem szkolenia jak i przydatności w pracy.

Test jest bardzo uciążliwy, teoretyczny, niemający z praktyką nic wspólnego. Trzeba się tego oczyścić „wyuczyć” i nic z tego dalej nie wynika – praktyka lekarza orzekającego jest daleka od tej teorii.

Część pytań jest zbyt teoretyczna – może jest to sprawdzian wiedzy, ale często mało przydatny praktycznie (np. definicje, statystyka); za mało pytań, które potem znajdują odzwierciedlenie w praktyce zawodowej.

Pytania z fizjologii i psychologii pracy, higieny pracy były zbyt teoretyczne, nie uwzględniały aspektu praktycznego.

Powinno być więcej pytań dotyczących praktycznej działalności lekarza profilaktyka. Powinno być kilka pytań dotyczących konkretnych sytuacji, jakie decyzje należy podjąć, jak podejść do określonej sytuacji klinicznej.

Powinno być więcej szczegółowych pytań związanych z najczęściej występującymi zagrożeniami, np. hałas i orzekanie (nie w ujęciu teoretycznym).

Obszerne opinie ekspertów dotyczące trudności pytań (i całego ich zestawu) można podsumować następująco.

Czynnikiem podnoszącym trudność testu jest występowanie w nim pytań nieprawidłowo – niejednoznacznie, nieczytelnie sformułowanych oraz takich,

które zawierają niejednoznacznie, nieprecyzyjnie sformułowane odpowiedzi. Nie mają sensu pytania, które wymagają od odpowiadającego pamięciowego opanowania numeru konwencji czy numeru załącznika do rozporządzenia. Używanie niepolskich określeń, np. deterioracja, stochastyczny, indukowanie, kumulacja, przy istnieniu identycznych słów polskich sprawia wrażenie pseudo-naukowego utrudnienia tekstu.

Dla lekarza praktyka medycyny pracy tak opracowany zestaw pytań stanowiłby problem i wymagałby dodatkowego przygotowania. Trudność sporej liczby pytań polega na tym, że są zbyt teoretyczne lub dotyczą zagadnień, które dopiero od niedawna są przedmiotem szkolenia. Jak widać zakłada się tutaj, dość nieoczekiwanie, że permanentne doksztalcanie się lekarzy medycyny pracy nie obejmuje ani podstaw teoretycznych ich działalności zawodowej, ani najnowszych osiągnięć z nią związanych.

Niektóre z pytań ocenionych przez ekspertów jako bardzo trudne, to pytania o charakterze naukowym, np. dotyczące procesów zachodzących na poziomie komórkowym. Jeden z ekspertów napisał:

Oczywiście bardzo cenne jest, aby lekarz posiadał rozległą wiedzę, miał szerokie horyzonty naukowe, uważam jednak, że w kształceniu podyplomowym lepiej jest położyć nacisk na wiedzę o znaczeniu praktycznym. Pytania 76 i 90 powinny być skierowane raczej do fizyków i pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Trudne mogą być pytania z higieny pracy i z fizjologii, zwłaszcza dla lekarzy o zacięciu klinicznym, dla których ważniejsze jest (i zawsze było) leczenie chorych niż profilaktyka, a zwłaszcza łączenie jej z oceną środowiska pracy. Z innych badań wynika, że lekarze tacy stanowią dużą część personelu lekarskiego służby medycyny pracy (*Społeczne problemy...*; 2007–2008).

Pytania w większości bardzo łatwe dotyczą najbardziej podstawowych zagadnień fizjologii pracy i patologii zawodowej, bez znajomości których lekarz nie ma prawa funkcjonować w strukturach medycyny pracy. Pytań takich jest dużo, w związku z czym, zdaniem niektórych ekspertów, oceniany test należałoby potraktować jako sprawdzenie wiadomości dla kończących kurs podstawowy wymagany w programie specjalizacji, a nie końcowy test specjalizacyjny. Powinien mieć wyraźnie większy stopień trudności.

Oceny ekspertów dotyczące zgodności pytań z aktualnymi programami specjalistycznego kształcenia podyplomowego z zakresu medycyny pracy można w skrócie przedstawić następująco.

W ujęciu ilościowym zgodność z aktualnym programem specjalistycznego kształcenia podyplomowego („zdecydowanie zgodne” i „raczej zgodne” łącznie) wykazuje, według poszczególnych ekspertów, od ok. 65 do 94% pytań.

Program specjalizacji jest z natury rzeczy ramowy, który ma być wypełniany treścią w trakcie szkoleń i będzie musiał być dostosowany do zmieniającej

się wiedzy medycznej, nowych czynników zagrażających zdrowiu pracujących, zmian w przepisach prawnych itp. Problematyka medycyny pracy ma dużą dynamikę – w związku ze zmianami w procesach technologicznych, w wykonywaniu pracy i w środowisku pracy, stąd konieczność ciągłej aktualizacji programów kształcenia podyplomowego i ich dostosowania do zmieniających się narażeń i zagrożeń. Niektórzy eksperci wyrażali nadzieję, że aktualizowany program kształcenia pozwoli na rozszerzenie praktycznego przygotowania do pracy lekarza (co wiązałoby się ze zwiększeniem liczby pytań problemowych w teście) przy niezmnieszonej poziomie wiedzy teoretycznej.

Adekwatność problematyki podejmowanej w pytaniach do bieżących potrzeb praktyki medycyny pracy eksperci ocenili następująco.

Pewna część pytań (w wypowiedziach niektórych ekspertów – od 2,5% do blisko ¼) jest nieprzydatna w praktyce lekarza medycyny pracy. W szczególności raczej nieprzydatne są pytania dotyczące specjalistycznych testów laboratoryjnych czy badań wymagających kosztownej aparatury – ze względu na sytuację ekonomiczną podstawowych jednostek służby medycyny pracy i małą dostępność tego typu diagnostyki.

To, że w ocenianym zestawie jest zbyt mało pytań będących sprawdzianem wiedzy przydatnej w codziennej praktyce lekarza medycyny pracy, wynika prawdopodobnie stąd, że za mało tej praktycznej wiedzy jest w programie specjalizacyjnym.

Dostrzegana przez niektórych ekspertów konieczność ukierunkowania szkolenia specjalistycznego głównie na zadania profilaktyczne, promocję zdrowia i zapobieganie zagrożeniom występującym w środowisku pracy oraz podejmowanie współpracy z instytucjami zaangażowanymi w ochronę zdrowia pracujących wymaga zasadniczej zmiany również testów sprawdzających. Powinny one służyć nie tylko ocenie wiadomości lekarza bezpośrednio po szkoleniu podyplomowym, ale także stanowić element pomocniczy pozwalający lekarzowi medycyny pracy stosować w praktyce uzyskaną wiedzę i być swoistym wzorcem dla całej jego działalności.

Jako raczej nieprzydatne lub zdecydowanie nieprzydatne niektórzy eksperci ocenili pytania „czysto teoretyczne”. Problematyka czysto teoretyczna według nich nie jest przydatna w praktyce lekarza medycyny pracy. W programie szkolenia specjalizacyjnego, a co za tym idzie w pytaniach kontrolnych, należy położyć nacisk na wiedzę przydatną na co dzień. Prezentowany był także nieco inny punkt widzenia:

Chociaż zagadnienia zawarte w zdecydowanej większości pytań przydadzą się w bezpośredniej pracy lekarzowi, to zupełnie inaczej wyobrażam sobie pytania tzw. praktyczne. Brakuje tu zdecydowanie pytań problemowych z zakresu orzekania o chorobach zawodowych, braku przeciwwskazań do pracy i nauki, zakresu kompetencji lekarza (ograniczeń i swobody przy badaniach profilaktycznych, zatrudnieniu młodocianych, kobiet w ciąży itd.), możliwości i drogi

odwołań od wydanych orzeczeń (np. dla jakiej grupy WOMP⁹ jest ostateczną instytucją odwoławczą), zakresu współpracy z pracodawcą, PIP, PIS i ZZ¹⁰, sposobu finansowania badań profilaktycznych (w tym uczniów i studentów) oraz zadań WOMP, możliwych konsekwencji dla lekarza przy stwierdzeniu podczas kontroli rażących nieprawidłowości, znajomości podstaw prawa pracy.

Zestawy pytań powinny być tak sformułowane, aby wyegzekwowały szczegółową wiedzę teoretyczną [...], jak również sprawdziły jej praktyczny aspekt.

W kolejnym pytaniu kwestionariusza wywiadu z lekarzmi-specjalistami oraz w kolejnym punkcie wytycznych dla ekspertów respondenci proszeni byli o ocenę proporcji różnych tematów (rodzajów problematyki) w badanym zestawie pytań testowych, w porównaniu, z jednej strony, z programem szkoleń specjalistycznych, z drugiej strony zaś – z konkretnym (praktycznym) zapotrzebowaniem lekarza medycyny pracy na określoną wiedzę i umiejętności. Na podstawie tej oceny respondenci określali, jakiej tematyki jest w tym zestawie tyle, ile być powinno, jakiej jest za mało, a jakiej za dużo, ewentualnie, jakiej tematyki nie powinno być w ogóle w takim zestawie. Rozkłady odpowiedzi na pytanie zamieszczone w kwestionariuszu wywiadu podane są w tab. 6.

Dane zamieszczone w tab. 6, jak również dane uzyskane w innych częściach wywiadu – rezultaty oceny różnych aspektów zestawu pytań testowych, konkretne propozycje formułowane na podstawie doświadczeń zawodowych respondentów – dość wyraźnie określają intersubiektywną opinię lekarzy specjalistów dotyczącą tego, jak powinno wyglądać szkolenie specjalistyczne z zakresu medycyny pracy i ocena jego rezultatów. Można z całym przekonaniem stwierdzić – niezależnie od posiadania czy braku kompetencji w tej dziedzinie – że opinia taka powinna być brana pod uwagę w konstruowaniu programu szkolenia specjalistycznego oraz w ocenianiu skuteczności tego szkolenia.

W wywiadzie respondenci formułowali także propozycje usunięcia konkretnych pytań bądź dodania pytań z jakiegoś zakresu tematycznego; 65 osób (na 100) podało numery pytań niepotrzebnych lub/i wskazało na zbędne bądź nadmiernie rozbudowane zakresy tematyczne podejmowane w pytaniach. Do usunięcia lub przeformułowania respondenci wytypowali w sumie 83 pytania (41,5% całego zestawu)¹¹; 44 osoby sformułowały propozycje tematyczne dla ewentualnych nowych pytań testowych.

Badani lekarze specjaliści wypowiadali się jeszcze na temat: ewentualnego grupowania tematycznego pytań w testach kontrolnych (41% badanych odpowiedziało, że jest to potrzebne lub przydatne, 53% badanych – że nie ma to

⁹ Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy.

¹⁰ Państwowa Inspekcja Pracy, Państwowa Inspekcja Sanitarna, związki zawodowe.

¹¹ W tym 55 pytań wskazanych zostało przez 2 lub więcej osób, 37 pytań przez 3 lub więcej osób, 26 pytań przez 4 lub więcej osób, zaś 11 pytań – przez 10 lub więcej osób.

Tabela 6

Proporcje poszczególnych rodzajów tematyki w zestawie pytań testowych z zakresu medycyny pracy w ocenie lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (w % osób badanych)

Tematyka	W porównaniu z programem szkolenia specjalistycznego:						W porównaniu z praktycznym zapotrzebowaniem lekarza medycyny pracy na określoną wiedzę i umiejętności:				
	za mało	tyle, ile trzeba	za dużo	niepotrzebne	brak odp.		za mało	tyle, ile trzeba	za dużo	niepotrzebne	brak odp.
Patologia zawodowa	41	55	1	–	3		46	46	4	–	5
Orzecznictwo	44	48	4	–	5		51	41	5	–	4
Profilaktyka medyczna	42	52	2	–	5		47	47	1	–	6
Higiena pracy – czynniki fizyczne	6	64	26	–	4		7	64	23	–	6
Higiena pracy – czynniki chemiczne	5	71	19	1	4		8	68	19	1	4
Fizjologia pracy	13	60	22	–	5		14	53	29	1	4
Psychologia pracy	22	47	27	1	4		23	39	32	2	5
Epidemiologia	7	52	32	6	4		6	46	36	9	4
Biostatystyka	8	31	28	27	7		6	26	39	23	7
Organizacja ochrony zdrowia	19	63	9	5	4		24	60	8	4	4
Zagadnienia prawno-administracyjne	42	41	10	4	4		51	33	9	3	5

Źródło: opracowanie własne.

większego znaczenia, 5% – że jest to niepotrzebne) oraz liczby pytań w teście kontrolnym, optymalnej ze względu na potrzebę rzetelnego i trafnego sprawdzenia wiedzy – przy założeniu, iż stosuje się pytania takie same lub podobne do tych z zestawu ocenianego w badaniu (zdecydowana większość respondentów wymieniała od 100 do 200 pytań).

Opinie i oceny formułowane przez ekspertów w odniesieniu do proporcji grup czy bloków tematycznych w zestawie (w porównaniu z programem szkoleń specjalistycznych) można streścić następująco.

Niektórzy eksperci, wskazując na różnice programowe w różnych ośrodkach prowadzących szkolenia specjalizacyjne z medycyny pracy (co znajduje odzwierciedlenie również w strukturze zestawów pytań sprawdzających wiedzę), wyrażali nadzieję, że w przyszłości program specjalizacji i system szkoleń w tym zakresie będzie zunifikowany, a zestawy pytań kontrolnych będą zawierały właściwe, realne do potrzeb proporcje poszczególnych bloków tematycznych.

W ocenie większości ekspertów w zestawie pytań testowych zachowana jest na ogół prawidłowa proporcja bloków tematycznych, jednak wszyscy wskazywali również pewne braki czy luki tematyczne bądź postulowali rozszerzenie niektórych obszarów tematycznych a ograniczenie innych.

Na temat grupowania pytań w bloki tematyczne w testach kontrolnych eksperci zajmowali, ogólnie biorąc, dwa stanowiska. Pierwsze można streścić w sposób następujący. Grupowanie tematyczne stanowi ułatwienie dla rozwiązywanego testu, a także jest pomocne dla układającego pytania testowe. Jednakże rozproszenie tematyczne testu jest pewnym jego uatrakcyjnieniem oraz stawia większe wymagania odpowiadającym. W sumie – nie ma potrzeby czy konieczności ani grupowania pytania w teście, ani ich tematycznego przemieszania. Drugie, rzadziej prezentowane stanowisko, ilustruje wypowiedź jednego z ekspertów.

Od poważnego testu, a ten test taki powinien być, oczekuje się pogrupowania w bloki tematyczne proporcjonalnie do godzin szkoleniowych. Daje to komfort przy rozwiązywaniu testu, jak również pozwala na szybką ocenę zdającemu, jak zostały ustalone proporcje pomiędzy poszczególnymi blokami przedmiotowymi, z którymi miał najwięcej problemów.

Eksperci szczegółowo przedstawiali i uzasadniali propozycje dotyczące usunięcia niektórych pytań i dodania innych, proponowali również konkretne, gotowe pytania. Liczba pytań w teście, zdaniem części ekspertów, powinna wynosić od 300 do nawet 500 – jeśli test ma naprawdę sprawdzić uzyskane przez lekarzy kompetencje w dziedzinie medycyny pracy. Nikt nie proponował liczby mniejszej niż 200 pytań.

W opiniach ekspertów o możliwościach stosowania w kształceniu specjalistycznym w dziedzinie medycyny pracy testu postępów (stosowanie testu kontrolnego na początku i na końcu cyklu kształcenia – albo nawet na początku i końcu poszczególnych jego etapów) zarysowały się dwa przeciwstawne stanowiska reprezentowane przez podobną liczbą ekspertów. W ramach

pierwszego – negatywnego – argumentowano, iż stosowanie tak pomyślanego testu postępów nie może być obiektywną formą oceny skuteczności kształcenia, ponieważ medycyna pracy jest praktycznie nieobecna w większości programów studiów medycznych w Polsce i taka procedura kontrolna mogłoby przynieść tylko pozornie dobre efekty szkolenia specjalistycznego (w domyśle – duży przyrost wiedzy, niewystarczający jednak do specjalistycznej działalności zawodowej)¹². W ramach takiej ogólnie negatywnej opcji wystąpiły pewne różnice w opiniach dotyczących stosowania testu postępów w odniesieniu do poszczególnych etapów kształcenia specjalistycznego. Oto charakterystyczne wypowiedzi na ten temat.

Stosowanie testów kontrolnych na początku i końcu poszczególnych etapów kształcenia i wyciągania na tej podstawie wniosków o jego faktycznej skuteczności mija się z celem i może prowadzić do fałszywej oceny poziomu tego kształcenia.

Taki test może być przydatny przed i na końcu pewnych etapów szkolenia, np. przed i po kursie doskonalącym. [Dalszy ciąg wypowiedzi po odrzuceniu koncepcji testu postępów sprawdzającego zakres wiedzy na początku i na końcu szkolenia specjalistycznego.]

Zastosowanie testu postępów dałoby ciekawe wyniki w szkoleniach kierunkowych (tzw. częściowych), np. z alergologii, pulmonologii, ortopedii, gdyż te przedmioty są tematem zajęć w trakcie studiów medycznych.

Stanowisko pozytywne wobec stosowania testu postępów w kształceniu specjalistycznym w zakresie medycyny pracy dobrze ilustrują dwie wypowiedzi ekspertów.

Testy postępów są coraz częściej stosowane. Test wstępny ocenia wiedzę lekarzy, a zarazem daje możliwość kadrze szkolącej ukierunkowania kształcenia. Test końcowy zaś daje natychmiastową odpowiedź o zdobytej wiedzy i pozwala „wyłapać” luki w procesie kształcenia.

Stosowanie „testu postępów” uważam za godne polecenia. Sama procedura rozwiązywania testu na początku kształcenia sygnalizuje specjalizantowi, na jakie problemy powinien zwrócić uwagę w trakcie szkolenia. Rozwiązywanie tego samego testu na zakończenie cyklu kształcenia jest dobrym sprawdzianem zarówno dla osoby egzaminującej, jak i egzaminowanej – obie strony dowiadują się ile to szkolenie było warte, jakie przyniosło efekty.

Analiza rezultatów badań ewaluacyjnych dotyczących zestawu pytań testowych z zakresu medycyny pracy prowadzi do sformułowania kilku wniosków o bardziej ogólnym charakterze.

1. Uzyskany materiał wykazał niejednorodność i niejednolitość wiedzy przekazywanej w ramach specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (w zakresie objętym pytaniami w badanym zestawie), co w istotny sposób może utrudniać ocenę skuteczności kształcenia w tym zakresie.

2. Wyraźnie widoczna jest niechęć specjalistów medycyny pracy do elementów wiedzy wykraczających poza codzienną rutynę. Sytuacja taka,

¹² Jak widać, idea testu postępów nie została w pełni zrozumiana przez niektórych ekspertów.

promieniując środowiskowo na osoby dopiero podejmujące tę specjalizację, może obniżać skuteczność kształcenia, którego cele wykraczają poza potocznie rozumianą praktykę zawodową lekarza medycyny pracy.

3. Ujawniła się potrzeba stosowania w toku kształcenia specjalizacyjnego tzw. sprawdzianów kształtujących: nie „na ocenę”, lecz pociągających za sobą dyskusję, wskazywanie luk bądź nieścisłości w posiadanej wiedzy oraz odniesień literaturowych i praktycznych.

4. Ujawnił się nadspodziewanie duży wpływ sposobu sformułowania pytań na prawidłowość odpowiedzi.

5. Potrzebne jest upowszechnianie wzorców i przykładów właściwego pod względem merytorycznym i metodologicznym formułowania pytań testowych stosowanych w sprawdzianach oceniających z zakresu medycyny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem (a) zakresu merytorycznego (doboru problematyki z praktycznego punktu widzenia, adekwatności do programu kształcenia, poziomu trudności) oraz (b) ukierunkowania oceny, na przykład na: odtwarzanie wiedzy podstawowej, umiejętności diagnostyczne, umiejętności terapeutyczne, umiejętność rozwiązywania problemów itd.

ROZDZIAŁ 7

Skuteczność kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego w ocenie słuchaczy

Nieodłącznym elementem systemu zapewniania i oceny jakości kształcenia, zarówno przed- jak i podyplomowego, jest regularne prowadzenie badań ewaluacyjnych, w toku których gromadzone są dane, umożliwiające formułowanie diagnoz oraz wniosków dotyczących jakości kształcenia. Jako jedno z głównych kryteriów oceny jakości przyjmowane jest przy tym powszechnie (m. in. w sformalizowanych zaleceniach ośrodków certyfikacyjnych i akredytacyjnych) zadowolenie podmiotów zainteresowanych kształceniem. Jednym z takich podmiotów zainteresowanych – bodaj najważniejszym i na pewno najłatwiej dostępnym w badaniach, choć uważanym niekiedy za mało wiarygodny (Patrick 1992) – są studenci i słuchacze, co znajduje odzwierciedlenie w całym nurcie badań ewaluacyjnych ich właśnie dotyczących. Są to w istocie badania o charakterze socjologicznym, prowadzone głównie za pomocą ankiety audytoryjnej, rzadziej z zastosowaniem wywiadu czy analizy treści swobodnych wypowiedzi. Odpowiadając na pytania kwestionariuszowe bądź swobodnie się wypowiadając, badani wyrażają swoje opinie oraz dokonują ocen. Te oceny i opinie odnoszą się do różnych elementów czy aspektów procesu kształcenia i są wyrazem subiektywnego oglądu danej rzeczywistości edukacyjnej. Opracowanie i analiza zebranego materiału polega na identyfikacji i uogólnianiu dominującego lub przeważającego rodzaju opinii oraz na uśrednianiu ocen, czyli przechodzeniu z poziomu subiektywnego postrzegania rzeczywistości edukacyjnej na poziom intersubiektywnych (zbiorczych i posiadających cechę wysokiego prawdopodobieństwa akceptacji przez wszystkich członków badanej grupy) wskaźników jakości kształcenia.

Wskaźniki te charakteryzują całą placówkę kształcącą oraz jej poszczególne, organizacyjnie wyodrębnione części, a także określony proces edukacyjny, jego poszczególne elementy oraz różne aspekty i zakresy kształcenia. Umożliwiają monitorowanie zmian jakościowych, porównywanie z innymi placówkami oraz opracowywanie różnego rodzaju rankingów.

7.1. Intersubiektywne wskaźniki skuteczności kształcenia

W badaniach monitorujących skuteczność kształcenia podyplomowego można korzystać z następujących wskaźników:

1. Wskaźniki skuteczności programu studiów (dotyczące treści programowych).
 - 1.1. Wskaźnik ogólny (impresyjny) skuteczności programu to średnia ocen dokonywanych przez studentów (słuchaczy) w odpowiedzi na pytanie o to, w jakim stopniu zawartość programowa ukończonych przez nich studiów (bądź ich części) spełniła ich oczekiwania dotyczące nabywania/rozwijania wiedzy i umiejętności.
 - 1.2. Wskaźniki szczegółowe (analityczne) skuteczności programu to średnie ocen dokonywanych przez studentów (słuchaczy) w odpowiedzi na pytanie o to, w jakim stopniu treść zajęć prowadzonych w ramach poszczególnych przedmiotów wpłynęła na ich wiedzę i umiejętności.
2. Wskaźniki skuteczności sfery dydaktycznej (dotyczące personelu kształcącego).
 - 2.1. Wskaźnik ogólny (impresyjny) skuteczności dydaktyki to średnia ocen dokonywanych przez studentów (słuchaczy) w odpowiedzi na pytanie o to, w jakim stopniu umiejętności dydaktyczne osób prowadzących zajęcia w czasie ukończonych studiów (bądź ich części) odpowiadały ich oczekiwaniom.
 - 2.2. Wskaźniki szczegółowe (analityczne) skuteczności dydaktyki to średnie ocen dokonywanych przez studentów (słuchaczy) w odpowiedzi na pytanie o sposób przygotowania, organizacji i przekazywania materiału zajęciowego w ramach poszczególnych przedmiotów.
3. Wskaźniki odczuwanego przyrostu kompetencji profesjonalnych.
 - 3.1. Wskaźnik postrzeganego przyrostu bezwzględnego to średnia różnic między dokonywanymi przez studentów (słuchaczy) samoocenami wiedzy i umiejętności w danym zakresie przed studiami (ich częścią) i po ich (jej) ukończeniu.
 - 3.2. Wskaźnik postrzeganego przyrostu względnego (proporcjonalnego) to iloraz wskaźnika odczuwanego bezwzględnego przyrostu kompetencji i możliwego w danym przypadku przyrostu maksymalnego.
4. Wskaźniki przydatności programu i jego elementów w nabywaniu (poszerzaniu) kompetencji profesjonalnych.
 - 4.1. Wskaźnik przydatności poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) kompetencji poszczególnych rodzajów.
 - 4.2. Wskaźnik przydatności poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich kompetencji (inaczej mówiąc, w osiąganiu wszystkich celów kształcenia).

- 4.3. Wskaźnik przydatności programu studiów (wszystkich przedmiotów łącznie) w nabywaniu (rozwijaniu) poszczególnych rodzajów kompetencji.
- 4.4. Wskaźnik przydatności programu studiów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich kompetencji.

Wskaźniki te obliczane były w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych w latach 1998–2004 w Szkole Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi i stanowiły podstawę raportów ewaluacyjnych przedstawianych kierownictwu Szkoły i Instytutu.

Stosowana w praktyce ewaluacyjnej Szkoły Zdrowia Publicznego przy Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi procedura oceny skuteczności kształcenia podyplomowego składała się z dwóch części: (1) oceny procesu edukacyjnego, (2) samooceny kompetencji profesjonalnych. Obie części tej procedury realizowane były – w trybie ankiety audytoryjnej – za pomocą specjalnych kwestionariuszy wypełnianych przez słuchaczy kończących studia podyplomowe oraz kursy specjalizacyjne i inne cykle kształceniowe (zob. Aneks metodologiczny, załączniki 6–8). Wyniki wykorzystywane były 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.

7.2. Ocena procesu edukacyjnego

Ocena procesu edukacyjnego składała się z trzech elementów. Po pierwsze, badany był – 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 rokiem¹. Po drugie, słuchacze oceniali szczegółowo zawartość merytoryczną poszczególnych przedmiotów, zaś po trzecie – dokonywali oceny umiejętności dydaktycznych poszczególnych osób prowadzących zajęcia.

Procedura oceny skuteczności była stosowana w Szkole Zdrowia Publicznego w latach 1998–2004, po pięciu cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne (od 2002 r. – Zdrowie Publiczne i Środowiskowe), w tym po dwóch 2-letnich cyklach kształcenia – w 1998 r. i w 1999 r. – oraz po rocznych cyklach kształceniowych w latach 2002–2004, a także po 11 cyklach kształcenia na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej. Na początku oceny procesu edukacyjnego słuchacze kończący studia podyplomowe

¹ Studia podyplomowe w Szkole Zdrowia Publicznego IMP na kierunku Zdrowie Publiczne do 1999 r. trwały dwa lata, zaś od 1999 do 2004 r. realizowane były w trybie rocznym.

odpowiadali na pytanie o to, czy treść zajęć (oceniana jako całość) oraz sposób ich przygotowania i prowadzenia przez wykładowców (ocenianych zbiorowo) spełniły ich oczekiwania dotyczące poszerzenia wiedzy i umiejętności.

Przyjmowana była następująca skala 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.).

Ocena zawartości merytorycznej poszczególnych przedmiotów oraz ocena umiejętności dydaktycznych poszczególnych osób prowadzących zajęcia dokonywana była przez słuchaczy w 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. Średnie arytmetyczne ocen stanowiły podstawę obliczania wymienionych wyżej wskaźników pierwszego i drugiego rodzaju.

Niektóre z możliwości analitycznych i ewaluacyjnych związanych ze stosowaniem intersubiektywnych wskaźników (ogólnych i szczegółowych) skuteczności programu studiów oraz wskaźników skuteczności dydaktyki na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (ZPiŚ) i na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (OZE) przedstawione są na rys. 11–16.

Ogólne wskaźniki skuteczności programu uzyskane na kierunku ZPiŚ we wszystkich czterech punktach czasowych były wyższe niż dostateczne. Widać przy tym, że w okresie między pierwszym i trzecim badaniem nastąpił wyraźny, choć może nie bardzo wielki wzrost tego wskaźnika – do poziomu „dobrego”. Wzrost ten, przyjmując mniej lub bardziej uprawnione neutralizujące założenia dotyczące ewentualnych zmiennych interweniujących, można przypisać podniesieniu skuteczności kształcenia – w jej aspekcie programowym i dydaktycznym. Średnie ocen treści zajęć uzyskane w trzecich badaniach ewaluacyjnych, przeprowadzonych w 2002 r., po kolejnym skróconym i zmodyfikowanym pod względem programowym cyklu kształcenia, osiągnęły poziom dobry, aczkolwiek w porównaniu z badaniem z 1999 r. różnice były mało istotne. W badaniu

Rys. 11. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny treści zajęć – po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

przeprowadzonym w 2003 r. wskaźnik ogólnej oceny skuteczności nieco się obniżył – przy niezmiennym wskaźniku oceny szczegółowej. Ten drugi wskaźnik we wszystkich czterech badaniach był wyższy od wskaźnika oceny ogólnej (w latach 2002 i 2003 różnica była znacząca), czego przyczyn można doszukiwać się w większej skłonności respondentów do uogólniania ocen negatywnych – co można potraktować jako jeden z aspektów znanego skądinąd efektu negatywności². Wprawdzie zjawisko to wystąpiło nie we wszystkich pomiarach (w badaniach ewaluacyjnych roczników OZE 5, OZE 8, OZE 9/10 średnia ocen szczegółowych była niższa od średniej ocen ogólnych, a w przypadku OZE 11/12 taka sama – zob. rys. 12), można przyjąć jednak, że są to tylko zakłócenia tendencji związanej właśnie z tym efektem.

Podobnie jak w poprzednim zestawieniu, także i tutaj wskaźniki osiągnęły wartości powyżej 3,5, zaś w kilku przypadkach dochodziły do 4, niekiedy nawet przekraczając tę wartość. Stwierdzając dość wyrównany poziom wskaźników w poszczególnych badaniach, można również zauważyć pewną tendencję fluktuacyjną – naprzemiennego ich wzrostu i spadku, która w dwóch ostatnich pomiarach ustabilizowała się na poziomie „dobrym”.

Rysunek 13 przedstawia – w układzie porównawczym – szczegółowe wskaźniki skuteczności poszczególnych elementów programu studiów, czyli średnie arytmetyczne ocen dotyczących treści przekazywanych w ramach poszczególnych przedmiotów w ramach czterech cykli studiów na kierunku ZPiŚ³.

² Efekt ten polega na „silniejszym uzależnieniu oceny globalnej od negatywnych niż pozytywnych informacji, na podstawie których jest ona formułowana” (Wojciszke 2004: 139).

³ Na rys. 13 i 16 prezentujących wyniki tej części badań ewaluacyjnych znajdują się skróty. A oto lista pełnych nazw przedmiotów, w kolejności, w jakiej występują na rys. 13, gdzie uszeregowane są początkowo według wysokości zbiorczej oceny w 1998 r. (w odniesieniu do

Rys. 12. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny treści zajęć – po 10 cyklach kształcenia na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

Taki sposób ujmowania tego wskaźnika umożliwia wyciągnięcie bardziej konkretnych wniosków dotyczących struktury programu studiów.

W przypadku dwóch pierwszych z czterech analizowanych roczników oceny zawartości merytorycznej przedmiotów były bardzo zróżnicowane. Wystąpiły także dość istotne różnice między ocenami dokonanymi przez rocznik 1998 i przez rocznik 1999. Szczególnie wyraźne jest zróżnicowanie między ocenami tych dwóch roczników a tymi, które uzyskano w badaniach dotyczących roczników 2002 i 2003, co niewątpliwie miało związek ze zmianami w długości trwania studiów i wynikającym stąd radykalnym zmodyfikowaniem ich programu.

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 najwyżej ocenione 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 4 przedmioty, natomiast w grupie respondentów z rocznika 1999 żaden z przedmiotów nie uzyskał średniej ocen niższej od 3.

przedmiotów, które wprowadzono w następnych latach zastosowana została ta sama zasada szeregowania): Demografia, Epidemiologia, Warsztaty efektywnego kierowania, Biostatystyka, Ubezpieczenia społeczne, Higiena pracy, Organizacja i zarządzanie, Psychologia, Toksykologia, Ochrona radiologiczna, Ekonomika zdrowia, Prawo pracy, Środowiskowe zagrożenia zdrowia, Organizacja ochrony zdrowia, Patologia zawodowa, Polityka zdrowotna, Higiena dzieci i młodzieży, Informacja naukowa, Medyczne podstawy zdrowia publicznego, Nadzór sanitarny, Socjologia i promocja zdrowia, Historia zdrowia publicznego, Ubezpieczenia zdrowotne, Plagi społeczne: alkoholizm, Prawo ochrony środowiska, Prawo i medycyna.

Rys. 13. Szczegółowe wskaźniki skuteczności w odniesieniu do treści zajęć z poszczególnych przedmiotów po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – według wykładanych przedmiotów (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

Respondenci z 2002 i z 2003 r., którzy odbywali studia w trybie rocznym, według programu o mniejszym zakresie przedmiotowym, ocenili prawie wszystkie przedmioty na więcej niż „dobrze” (wyjątkiem był tylko jeden przedmiot – Prawo ochrony środowiska – oceniony w 2002 r. na 4), zaś najwyższą średnią ocen uzyskał przedmiot Higiena żywności i żywienia w 2002 r. (4,6). W 2003 r. oceny – przy średniej wysokości podobnej do tej, jaka była w 2002 r. – były bardziej wyrównane. W przypadku większości przedmiotów obecnych w programie ocenianym przez roczniki 2002 i 2003 widoczny jest znaczny wzrost średnich ocen w porównaniu ze średnimi ocen tych przedmiotów z lat 1998 i 1999, a więc uzyskanymi w grupach studiujących w trybie dwuletnim. Można interpretować jako wzrost odczuwanej skuteczności kształcenia. Najwyraźniej jest to widoczne w przypadku tych przedmiotów, które wykładane były we wszystkich czterech rocznikach (Toksykologia, Ochrona radiologiczna, Środowiskowe zagrożenia zdrowia, Socjologia i promocja zdrowia; w przypadku Epidemiologii wskaźniki utrzymywały się na jednakowym, niezmiennie dość wysokim poziomie).

W podobny sposób obliczane i analizowane były wskaźniki drugiego rodzaju dotyczące skuteczności sfery dydaktycznej. Rezultaty przedstawione są na rys. 14–16.

Rys. 14. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny umiejętności dydaktycznych wykładowców – po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

Wskaźniki ocen dotyczących umiejętności dydaktycznych kadry nauczającej (rys. 14) zarówno ogólne, jak i szczegółowe niewiele różniły się od wskaźników dotyczących zawartości merytorycznej zajęć. Pewne różnice jednak wystąpiły, pośrednio uzasadniając tym samym w praktyce teoretyczne w swej istocie założenie, iż w przypadku omawianych studiów podyplomowych

znajomość problematyki umożliwia słuchaczom oddzielenie treści zajęć od sposobu czy umiejętności ich przekazywania. Na założeniu tym opiera się koncepcja interrogacyjnego oddzielenia oceny treści zajęć od oceny umiejętności dydaktycznych wykładowcy.

Rys. 15. Porównanie ogólnych i szczegółowych wskaźników skuteczności dotyczących umiejętności dydaktycznych wykładowców – po 11 cyklach kształcenia na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie jak w przypadku wskaźników oceny treści zajęć ogólne wskaźniki oceny umiejętności dydaktycznych wykładowców na kierunku OZE – tym razem po wszystkich 10 pomiarach – były niższe od ocen szczegółowych, jeszcze raz wskazując na występowanie wspomnianego wyżej „efektu negatywności”. Niejako w uzupełnieniu można powiedzieć, że prawdopodobnie w impresyjnej ocenie **wszystkich** wykładowców nieco silniejszy jest udział wrażeń krytycznych (oczywiście w sensie negatywnym), odnoszących się zresztą nie tylko – i nie przede wszystkim – do wykładowców, ale także do innych elementów czy aspektów procesu edukacyjnego. W ocenach konkretnych osób zjawisko to występuje w minimalnym stopniu, bądź nie występuje w ogóle (por. Wojciszke 2004: 139–140).

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

Rys. 16. Szczegółowe wskaźniki skuteczności w odniesieniu do umiejętności wykładowców, po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – według wykładanych przedmiotów (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

z 25 przedmiotów (ponad 2/3), zaś najwyżżej ocenione 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. Roczники 2002 i 2003 oceniły wykładowców wszystkich przedmiotów na więcej niż „dobrze” (najwyższą średnią ocen uzyskali w obu przypadkach wykładowcy przedmiotu Higiena żywności i żywienia: 4,7 w 2002 r. i 4,6 w 2003 r.).

Ogólnie biorąc, zarówno treść zajęć, jak i wykładowców oceniono w 1999 r. lepiej niż rok wcześniej, zaś w 2002 r. i w 2003 r. lepiej niż w dwóch poprzednich badaniach ewaluacyjnych. Średnia wszystkich ocen odnoszących się do zawartości merytorycznej poszczególnych przedmiotów, która w 1998 r. wynosiła 3,64 wzrosła do 4,04 w r. 1999 oraz do 4,37 w r. 2002 i 4,34 w r. 2003, zaś średnia ocen dotyczących umiejętności dydaktycznych wykładowców zwiększyła się z 3,75 (1998 r.) do 4,18 (1999 r.) i 4,43 (2002 r.), a następnie nieco zmalała – do 4,34 (2003 r.).

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 1998 r. (przyrost o 0,36, a przy uwzględnieniu wszystkich przedmiotów 0,33). Rozszerzenie programu o nowe przedmioty 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 1/5 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 kształcenia⁴, 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 2002 r. z ich odpowiednikami z dwóch poprzednich badań ewaluacyjnych, to należy tutaj zwrócić uwagę przede wszystkim na fakt, że konieczność drastycznego skrócenia programu

⁴ 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.

kształcenia spowodowała usunięcie z niego znacznej większości przedmiotów. W porównaniu z programem kształcenia rocznika 1999 z 25 przedmiotów ubyło 18 (72%), doszły zaś tylko 3⁵. Średnia ocen treści tych 7 przedmiotów, które obecne były w obu programach kształcenia wynosiła w 2002 r. 4,39 wobec 3,84 w 1999 r. (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.

7.3. Ocena przyrostu kompetencji profesjonalnych

W dalszym ciągu tego rozdziału przedstawione zostaną rezultaty praktycznego zastosowania wskaźników odczuwanego przyrostu kompetencji oraz przydatności programu studiów w nabywaniu/rozwijaniu kompetencji profesjonalnych. Wskaźniki te w klasyfikacji przedstawionej na początku rozdziału występują pod numerami 3.1 i 4.2.

Samoocena kompetencji profesjonalnych, stanowiąca drugą część procedury oceny jakości (skuteczności) kształcenia, dokonywana była w relacjonowanych tutaj badaniach ewaluacyjnych za pomocą dwuczęściowego kwestionariusza, w którym słuchacze kończący studia podyplomowe⁶ proszeni byli o porównawczą ocenę swoich kompetencji profesjonalnych różnego rodzaju w związku z ukończonymi właśnie studiami podyplomowymi oraz o ocenę poszczególnych przedmiotów wykładanych na studiach z punktu widzenia ich przydatności dla różnego rodzaju kompetencji.

⁵ Dla większej przejrzystości analizy zajęcia prowadzone w ramach tzw. rezerwy programowej traktowane są tutaj umownie jako jeden przedmiot.

⁶ Prowadzone w Szkole Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe oraz na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej, a także kursy do specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy.

W pierwszej części tego kwestionariusza respondenci odpowiadali na dwa pytania dotyczące różnicy w postrzeganiu swoich kompetencji profesjonalnych przed podjęciem studiów podyplomowych bądź przed udziałem w kursach – i po ich ukończeniu⁷. Odpowiedzi będące ocenami od „1” (niedostateczny, bardzo zły) do „5” (całkowicie wystarczający, bardzo dobry) zaznaczone były w odpowiednich kolumnach tabeli, w której wymienione były zakresy wiedzy i umiejętności będące w istocie rodzajami kompetencji profesjonalnych⁸. Zestawy kompetencji stanowiące formalne cele kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (ZPiŚ) oraz na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (OZE) w znacznej części pokrywają się, co przy wysokim stopniu ogólności sformułowań i bliskości ogólnej problematyki studiów jest rzeczą normalną. Faktyczne różnice programowe występowały na poziomie doboru tematów zajęć i ich realizacji przez wykładowców, co wiązało się także ze strukturą zawodową słuchaczy – kierunek ZPiŚ przeznaczony był w zasadzie dla pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych, zaś kierunek OZE zdominowany był przez lekarzy różnych specjalności. Wykorzystywane w badaniach ewaluacyjnych zestawy kompetencji profesjonalnych, których nabywanie (rozwijanie) było celem kształcenia w Szkole Zdrowia Publicznego, przedstawiały się następująco.

ZDROWIE PUBLICZNE I ŚRODOWISKOWE

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 dla 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 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. 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 zapisywana była w kolumnie „B”).

⁸ Przekazywanie i/lub rozwijanie tych kompetencji stanowi misję Szkoły Zdrowia Publicznego IMP w Łodzi (jest realizacją jej celów edukacyjnych).

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.

ORGANIZACJA, ZARZĄDZANIE I EKONOMIKA W OPIECE ZDROWOTNEJ

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 dla 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. Formułowanie strategii działania zakładów opieki zdrowotnej.
7. Projektowanie struktur i procedur organizacyjnych.
8. Koordynowanie działań różnych instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia danej zbiorowości terytorialnej.
9. Znajomość problemów instytucji ubezpieczeniowych i systemu ubezpieczeń zdrowotnych.
10. Pozyskiwanie do współpracy ludzi i instytucji oraz prowadzenie negocjacji.
11. Wykorzystywanie danych o kosztach w procesie racjonalnego gospodarowania zasobami i kierowania programami zdrowotnymi.
12. Podejmowanie decyzji w sprawie przepływu środków finansowych między dysponentem środków publicznych a zakładem opieki zdrowotnej.
13. Zarządzanie zasobami ludzkimi, w szczególności dobór pracowników do realizacji konkretnych programów zdrowotnych oraz prowadzenie racjonalnej polityki personalnej.
14. Rozpoznawanie czynników społecznych i psychologicznych kształtujących zachowanie ludzi w organizacji opieki zdrowotnej i w jej otoczeniu.
15. Ocena przydatności i stopnia wykorzystania aparatury medycznej.
16. Posługiwanie się technikami organizatorskimi i technikami decyzyjnymi w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów z zakresu organizacji i zarządzania.
17. Zarządzanie różnymi formami własności.

Dla każdego rodzaju kompetencji obliczany był wskaźnik przyrostu będący średnią indywidualnych różnic między oceną swoich kompetencji „na wejściu” i oceną „na wyjściu”.

Różnice między średnią ocen „na wyjściu” i średnią ocen „na wejściu” stanowią intersubiektywnie ukształtowany wskaźnik bezwzględnego wzrostu ocen, co do którego można założyć, iż symbolizuje przyrost kompetencji.

Ujmowany w ten sposób 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 przeprowadzonych w latach 1998–2003 w odniesieniu do kolejnych roczników ZPiŚ i OZE przedstawione są w tab. 5 i 6 oraz na rys. 17–19.

Formalnie rzecz ujmując, intersubiektywny wskaźnik przyrostu kompetencji 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 kierunkowe wykształcenie oraz 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.

Rys. 17. Dynamika średnich wskaźników odczuwanego przyrostu kompetencji w 11 grupach OZE (1998–2003); wszystkie kompetencje łącznie

Źródło: opracowanie własne.

Na wskaźnik przyrostu kompetencji ma wpływ poziom kompetencji przed podjęciem studiów (w ogóle – określonego cyklu edukacyjnego). Wpływ ten ma na ogół – choć nie zawsze – charakter ujemnej korelacji: im wyższy poziom wyjściowy, tym niższy wskaźnik przyrostu bezwzględnego (zob. tab. 7). Wyższy poziom kompetencji „na wejściu” ogranicza możliwość ich przyrostu, zatem dla takich osób czy grup niski wskaźnik przyrostu kompetencji nie musi oznaczać niskiej skuteczności kształcenia. Oczywiście, przy dość mocnym założeniu losowego rozkładu wstępnych kompetencji w kolejnych rocznikach

Tabela 7

Wskaźniki postrzeganego przyrostu kompetencji w 11 grupach słuchaczy Studium Organizacji, Zarządzania i Ekonomiki w Opiece Zdrowotnej w latach 1998–2003

Kompetencje	OZE 1	OZE 2	OZE 3	OZE 4	OZE 5	OZE 6	OZE 7	OZE 8	OZE 9/10	OZE 11/12	OZE 13	Średnia	Odc. Stand.
Rozpoznawanie wpływu procesów ludnościowych oraz struktur demograficznych na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych ludności	1,1	1,7	1,3	0,6	1,7	1,6	1,2	1,3	1,3	0,9	0,9	1,2	0,4
Epidemiologiczne rozpoznawanie problemów zdrowotnych konkretnej zbiorowości	1,3	1,8	1,3	1,7	1,5	1,1	0,8	0,8	1,0	0,7	0,8	1,2	0,4
Analiza i ocena przydatności praktycznej wyników badań epidemiologicznych	1,3	1,4	1,2	1,8	1,6	1,6	0,9	0,8	1,2	0,8	0,7	1,2	0,4
Posługiwanie się danymi statystycznymi oraz wynikami badań epidemiologicznych i społecznych dla ustalania struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych populacji	1,2	1,8	1,5	1,7	1,5	1,3	1,0	1,3	0,9	0,8	0,7	1,2	0,4
Posługiwanie się normami prawnymi regulującymi funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej i organów administracji w zakresie ochrony zdrowia	0,9	1,8	1,2	1,4	1,3	1,7	1,3	1,8	1,6	1,2	1,1	1,4	0,3
Formułowanie strategii działania zakładów opieki zdrowotnej	1,3	1,9	1,6	1,4	1,4	1,9	1,7	2,0	1,7	1,4	0,9	1,6	0,3
Projektowanie struktur i procedur organizacyjnych	1,3	2,1	1,4	1,7	1,2	1,7	1,8	1,9	1,7	1,4	0,9	1,6	0,3
Koordynowanie działań różnych instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia danej zbiorowości terytorialnej	0,9	1,9	1,3	0,9	1,0	1,7	1,1	1,6	1,3	1,1	0,9	1,2	0,4
Znajomość problemów instytucji ubezpieczeniowych i systemu ubezpieczeń zdrowotnych	1,4	2,1	1,9	2,0	1,6	2,0	1,3	1,6	1,6	1,1	0,9	1,6	0,4

Tabela 7 (cd.)

Pozyskiwanie do współpracy ludzi i instytucji oraz prowadzenie negocjacji	1,1	1,7	1,4	1,4	1,3	1,7	1,2	1,8	1,0	0,9	0,8	1,3	0,3
Wykorzystywanie danych o kosztach w procesie racjonalnego gospodarowania zasobami i kierowania programami zdrowotnymi	1,1	1,7	1,4	1,4	1,5	1,9	1,4	1,7	1,4	1,2	0,8	1,4	0,3
Podjęmowanie decyzji w sprawie przepływu środków finansowych między dysponentem środków publicznych a zakładem opieki zdrowotnej	1,1	1,6	1,6	1,0	1,6	1,6	1,3	2,0	1,4	1,2	0,8	1,4	0,3
Zarządzanie zasobami ludzkimi, w szczególności dobór pracowników do realizacji konkretnych programów zdrowotnych oraz prowadzenie racjonalnej polityki personalnej	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,8	1,2	1,8	1,2	1,2	0,9	1,4	0,3
Rozpoznawanie czynników społecznych i psychologicznych kształtujących zachowanie ludzi w organizacjach opieki zdrowotnej i w ich otoczeniu	1,2	1,6	1,3	1,3	1,5	1,4	1,5	1,9	1,2	1,0	0,8	1,3	0,3
Ocena przydatności i stopnia wykorzystania aparatury medycznej	0,5	0,7	0,9	1,3	0,6	0,9	0,6	1,0	0,5	0,6	0,7	0,8	0,2
Posługiwanie się technikami organizatorskimi i technikami decyzyjnymi w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów z zakresu organizacji i zarządzania	1,3	1,9	1,5	1,5	1,6	1,3	1,5	1,8	1,6	0,9	0,8	1,4	0,3
Zarządzanie różnymi formami własności	1,0	1,3	1,2	1,2	1,1	1,6	1,0	1,2	1,2	1,3	0,8	1,2	0,2
Średnia	1,1	1,7	1,4	1,3	1,4	1,6	1,2	1,5	1,3	1,1	1,5		
Odchylenie standardowe	0,2	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,2	0,1		

Źródło: opracowanie własne.

wskaźnik ten spełnia swoją rolę w analizie skuteczności kształcenia, zwłaszcza w analizie porównawczej; można jednak stosować w tej analizie również wskaźnik uwzględniający poziom kompetencji „na wejściu”, określony w przedstawionej wyżej klasyfikacji jako wskaźnik postrzeganego względnego przyrostu kompetencji profesjonalnych. Jest to iloraz wskaźnika przyrostu bezwzględnego i możliwego w danym przypadku maksymalnego przyrostu kompetencji. Wskaźnik ten pokazuje, jaka część⁹ niezapełnionej jeszcze w momencie podjęcia studiów abstrakcyjnej „przestrzeni kompetencyjnej” jednostki czy grupy została „zagospodarowana” w rezultacie ukończonych studiów. Jego cechą jest to, że maksymalna ocena kierunkowych kompetencji określonego rodzaju dokonana po ukończeniu studiów – niezależnie od oceny kompetencji przed ich rozpoczęciem – zawsze generuje najwyższy możliwy wskaźnik względnego przyrostu, nie zawsze zaś wysoki wskaźnik przyrostu bezwzględnego. Przy niskim początkowym poziomie kompetencji z wysokim wskaźnikiem bezwzględnym może współwystępować niski wskaźnik względny, zaś przy znacznych kompetencjach „na wejściu” niskiemu wskaźnikowi bezwzględnemu towarzyszyć może wysoki wskaźnik względny. Przypadkowy najczęściej dobór osób kształconych powoduje, że obydwa wskaźniki są ze sobą wysoko skorelowane, jednakże fakt, że w niektórych badanych grupach korelacja ta była większa bądź mniejsza niż w innych, sugeruje, że w bardziej szczegółowych analizach obliczanie obu wskaźników może okazać się przydatne. Tabela 7 jest przykładem zestawu danych do takich właśnie szczegółowych analiz.

Wyniki uzyskane w pięciu badaniach na kierunku ZPiŚ różnią się bardzo od siebie, 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 12, 14 i 17.

Respondenci z rocznika 1999 stosunkowo najwyżej ocenili przyrost swoich kompetencji 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 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, 14 i 18 (wskaźniki przyrostu w okolicach 0,5).

⁹ Można ją również określić w procentach.

Rocznik 2003 stosunkowo najwyżej ocenił skuteczność kształcenia w zakresie kompetencji 10, 16, 19 i 20 (wskaźniki przyrostu powyżej 1), najniżej zaś – tak samo jak rocznik 2002 – w zakresie kompetencji 12, 13, 14, i 18 (wskaźnik przyrostu 0,5 i mniej).

Rys. 18. Bezwzględne przyrosty kompetencji po pięciu cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – wskaźnik zbiorczy dla wszystkich kompetencji łącznie (skala 0–5)

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 19. Względne przyrosty kompetencji po pięciu cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – wskaźnik zbiorczy dla wszystkich kompetencji łącznie (zakres 0 ... 1)

Źródło: opracowanie własne.

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. Tendencja spadkowa utrzymywała się również w 2003 r., aczkolwiek uległa pewnemu wyhamowaniu. Średnia wszystkich wskaźników przyrostu kompetencji, będąca w istocie najogólniejszym zbiorczym wskaźnikiem czy też miarą skuteczności kształcenia

Dwa rodzaje wskaźników postrzeganego przyrostu kompetencji w pięciu grupach absolwentów studiów podyplomowych na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe

Kompetencje	Rocznik 1996				Rocznik 1999				Rocznik 2002				Rocznik 2003				Rocznik 2004			
	średnia ocen przed rozpoczęciem studiów	średnia ocen po zakończeniu studiów	wskaźnik bezwzględnego przyrostu kompetencji	wskaźnik względnego przyrostu kompetencji	średnia ocen przed rozpoczęciem studiów	średnia ocen po zakończeniu studiów	wskaźnik bezwzględnego przyrostu kompetencji	wskaźnik względnego przyrostu kompetencji	średnia ocen przed rozpoczęciem studiów	średnia ocen po zakończeniu studiów	wskaźnik bezwzględnego przyrostu kompetencji	wskaźnik względnego przyrostu kompetencji	średnia ocen przed rozpoczęciem studiów	średnia ocen po zakończeniu studiów	wskaźnik bezwzględnego przyrostu kompetencji	wskaźnik względnego przyrostu kompetencji	średnia ocen przed rozpoczęciem studiów	średnia ocen po zakończeniu studiów	wskaźnik bezwzględnego przyrostu kompetencji	wskaźnik względnego przyrostu kompetencji
	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d
1	2,44	4,06	1,62	0,63	2,22	4,22	2,00	0,72	2,57	3,73	1,16	0,48	2,94	3,64	0,70	0,34	2,64	3,23	0,59	0,25
2	2,57	4,11	1,54	0,63	2,04	4,09	2,05	0,69	2,85	4,00	1,15	0,53	3,03	3,89	0,86	0,44	3,04	4,43	1,39	0,71
3	2,43	4,06	1,63	0,63	1,96	3,91	1,95	0,64	2,81	4,10	1,29	0,59	2,83	3,63	0,80	0,37	3,26	4,35	1,09	0,63
4	2,60	4,06	1,46	0,61	1,87	3,87	2,00	0,64	2,56	3,62	1,06	0,43	2,75	3,58	0,83	0,37	3,22	4,13	0,91	0,51
5	2,74	3,58	0,84	0,37	2,48	3,83	1,35	0,54	3,10	3,85	0,75	0,39	3,42	3,94	0,52	0,33	3,22	3,96	0,74	0,42
6	2,35	3,56	1,21	0,46	1,74	3,78	2,04	0,63	2,70	3,40	0,70	0,30	2,82	3,44	0,62	0,28	2,74	3,52	0,78	0,35
7	2,26	2,89	0,63	0,23	1,78	3,35	1,57	0,49	2,83	3,60	0,77	0,35	2,85	3,62	0,77	0,36	2,96	3,87	0,91	0,45
8	2,33	3,25	0,92	0,34	2,04	3,83	1,79	0,60	3,00	3,70	0,70	0,35	3,09	3,70	0,61	0,32	2,87	3,61	0,74	0,35
9	2,23	3,19	0,96	0,35	1,82	3,32	1,50	0,47	2,54	3,50	0,96	0,39	2,94	3,53	0,59	0,29	2,69	3,61	0,92	0,40
10	2,51	3,39	0,88	0,35	2,17	3,87	1,70	0,60	2,80	3,88	1,08	0,49	2,97	3,65	0,68	0,33	3,17	4,09	0,92	0,50
11	2,79	3,72	0,93	0,42	2,24	3,86	1,62	0,59	2,88	3,64	0,76	0,36	2,94	3,67	0,73	0,36	2,83	3,35	0,52	0,24
12	2,58	3,08	0,50	0,21	2,36	3,09	0,73	0,28	2,96	3,52	0,56	0,27	2,91	3,39	0,48	0,23	2,96	4,04	1,08	0,53
13	2,24	3,33	1,09	0,39	2,00	3,95	1,95	0,65	2,86	3,45	0,59	0,28	2,87	3,37	0,50	0,23	2,52	3,13	0,61	0,25
14	3,06	3,52	0,46	0,24	2,23	3,59	1,36	0,49	3,10	3,54	0,44	0,23	2,97	3,43	0,46	0,23	2,65	3,17	0,52	0,22
15	3,18	3,98	0,80	0,44	2,27	3,59	1,32	0,48	3,38	4,15	0,77	0,48	3,39	3,92	0,53	0,33	3,17	4,26	1,09	0,60
16	2,79	4,04	1,25	0,57	2,41	3,82	1,41	0,54	3,31	4,35	1,04	0,62	3,42	4,03	0,61	0,29	3,22	4,61	1,39	0,78
17	3,42	3,76	0,34	0,22	2,55	3,37	0,82	0,33	3,62	4,31	0,69	0,50	3,53	4,19	0,66	0,45	3,56	4,56	1,00	0,69
18	2,88	3,45	0,57	0,27					3,31	3,92	0,61	0,36	3,26	3,66	0,40	0,23	3,26	4,00	0,74	0,43
19	2,98	4,03	1,05	0,52	2,24	3,86	1,62	0,59	3,15	4,31	1,16	0,63	3,22	3,97	0,75	0,42	3,65	4,48	0,83	0,61
20	2,29	3,47	1,18	0,44	2,00	3,43	1,43	0,48	2,73	3,96	1,23	0,54	2,70	3,86	1,16	0,50	2,65	4,09	1,44	0,61
21	3,07	3,76	0,69	0,36	2,77	3,86	1,09	0,49	3,35	4,12	0,77	0,47	3,30	4,11	0,81	0,48	3,56	4,43	0,87	0,60
Średnia	2,65	3,63	0,98	0,41	2,16	3,72	1,57	0,56	2,97	3,84	0,87	0,43	3,05	3,72	0,67	0,35	3,04	3,95	0,95	0,47

Źródło: opracowanie własne.

odnosząc się do całości studiów i do wszystkich kompetencji łącznie, wynosząca w 1998 r. 0,98, w 1999 r. 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. W 2003 r. wielkość ta wyniosła już tylko 0,67. Wszystkie wzięte pod uwagę w drugim badaniu rodzaje kompetencji profesjonalnych¹⁰ w odczuciu respondentów z rocznika 1999 były skuteczniej przekazywane i rozwijane niż w odczuciu badanego wcześniej rocznika 1998, zaś w odczuciu respondentów z 2002 i 2003 r. kształcenie we wszystkich zakresach kompetencyjnych było o wiele mniej skuteczne niż w 1999 r., a w większości zakresów kompetencji również mniej skuteczne niż w 1998 r.

Jak wynika z danych uzyskanych w badaniach ewaluacyjnych, bezpośrednią przyczyną takiej sytuacji jest wyraźnie wyższa w przypadku roczników 2002 i 2003 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 roczników 2002 i 2003 odpowiednio 2,97 i 3,09), 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 i dla rocznika 2003 – 3,69). Można w związku z tym wysunąć hipotezę, iż roczniki 2002 i 2003 były grupami o nieco innej charakterystyce pod względem doświadczenia profesjonalnego niż dwa poprzednie. 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 roczników 2002 i 2003 krótszy program kształcenia, a więc stosunkowo krótki okres studiów, sam w sobie był bardzo istotnym elementem motywacji do podjęcia studiów oraz że roczniki te w większym stopniu niż poprzednie nastawione były 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 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

¹⁰ Przed realizacją badania w 1999 r. kompetencja nr 18 została usunięta z zestawu celów edukacyjnych Szkoły.

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.

7.4. Ocena udziału elementów programu w nabywaniu (rozwijaniu) kompetencji

Ostatnim elementem 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 „boczek” 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 zawierało prośbę o ocenę udziału każdego z przedmiotów nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji. Ocena dokonywana była 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.

Aby ułatwić ocenę poprzez przypomnienie respondentom przebiegu studiów, na osobnej stronie kwestionariusza zamieszczono rozszyfrowanie skrótów z tabeli 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. Tabela 9 jest przykładem zbiorczego zestawienia wstępnie opracowanych wyników ocen dla jednej z badanych grup słuchaczy (OZE 13). Następnie, na rys. 20–25 przedstawione są niektóre możliwości wykorzystania wskaźników przydatności programu i jego elementów w nabywaniu/rozwijaniu kompetencji.

Wskaźnik przydatności (inaczej mówiąc – 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)¹¹ stawia pod znakiem zapytania przydatność danego przedmiotu (bądź aktualnego sposobu jego realizacji pod względem merytorycznym i/lub dydaktycznym) w osiąganiu celów edukacyjnych danego kierunku studiów. Jeśli idzie o roczniki 1998 i 1999, to z danych przedstawionych na rys. 20 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 (20 na 25) 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 20 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 roczników 2002 i 2003. Średnia wskaźników postrzeganej przydatności dla przedmiotów składających się na program kształceniowy rocznika 2002 wyniosła 1,41, a więc była niemal trzykrotnie większa niż analogiczna średnia z 1999 r. W 2003 r. ten ogólny wskaźnik nieco zmalał (do 1,31), jednak nadal był wielokrotnością wskaźnika z lat roku 1998. Znacznie wyższe oceny przydatności poszczególnych przedmiotów, definiowanej jako intensywność ich udziału w nabywaniu (rozwijaniu)

¹¹ 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.

Rys. 20. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – w ocenie słuchaczy po każdym z czterech cykli kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–3). Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika w 1998 r.

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 9

Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji – ocena słuchaczy kończących studia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe w 2003 r.

Rodzaje kompetencji		Epidemiologia środowiskowa	Epidemiologia szczegółowa ch. zakaźnych	Toksykologia	Środowiskowe zagrożenia zdrowia	Ochrona radiologiczna	Higiena żywienia i żywności	Zagrożenia fizyczne	Edukacja zdr. i promocja zdrowia	Organizacja nadzoru sanitarnego	Prawo ochrony środowiska	Rezerwa progr. – różne tematy szczegółowe (łącznie)	Średnia ocen
1. Rozpoznawanie wpływu procesów ludnościowych oraz struktur demograficznych na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych ludności		1,90	1,76	1,33	1,86	1,57	1,76	1,52	1,71	1,19	1,24	1,17	1,55
2. Epidemiologiczne rozpoznawanie problemów zdrowotnych konkretnej zbiorowości		1,76	2,09	1,43	1,38	1,19	1,71	1,48	1,52	0,86	1,29	1,03	1,43
3. Analiza i ocena przydatności praktycznej wyników badań epidemiologicznych		1,71	1,67	1,29	1,19	1,0	1,43	1,19	1,24	0,86	0,86	0,86	1,21
4. Posługiwanie się danymi statystycznymi oraz wynikami badań epidemiologicznych i społecznych dla ustalania struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych populacji		1,85	1,62	1,14	1,19	1,05	1,29	1,14	0,95	0,95	0,95	0,74	1,17
5. Posługiwanie się normami prawnymi regulującymi funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej i organów administracji w zakresie ochrony zdrowia		1,28	1,14	0,90	1,19	1,09	1,29	1,09	1,33	1,67	1,29	0,88	1,20
6. Projektowanie struktur i procedur organizacyjnych		0,76	0,90	0,67	1,09	1,05	1,09	0,90	1,29	1,09	1,09	0,68	0,96
7. Koordynowanie działań różnych instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia danej zbiorowości terytorialnej		1,38	1,43	1,14	1,38	1,29	1,38	1,33	1,52	1,48	1,52	1,06	1,36
8. Pozyskiwanie do współpracy ludzi i instytucji oraz prowadzenie negocjacji		0,90	1,14	0,86	1,19	1,09	1,24	0,95	1,57	1,19	1,09	0,93	1,10
9. Wykorzystywanie danych o kosztach w procesie racjonalnego gospodarowania zasobami i kierowanie programami zdrowotnymi		0,95	0,81	1,05	1,09	0,90	1,24	1,09	1,09	0,76	0,95	0,67	0,96
10. Zarządzanie zasobami ludzkimi, w szczególności dobór pracowników do realizacji konkretnych programów zdrowotnych oraz prowadzenie racjonalnej polityki personalnej		1,0	0,95	1,0	1,09	1,09	1,05	0,95	1,24	0,95	0,86	0,83	1,00
11. Rozpoznawanie czynników społecznych i psychologicznych kształtujących zachowania ludzi w organizacji opieki zdrowotnej i w jej otoczeniu		1,05	1,09	1,0	1,19	0,81	1,09	1,05	1,24	0,90	0,86	0,93	1,02
12. Ocena przydatności i stopnia wykorzystania aparatury medycznej		1,0	0,81	0,86	1,05	1,05	0,95	1,05	1,0	0,86	0,95	0,80	0,94
13. Posługiwanie się technikami organizatorskimi i technikami decyzyjnymi w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów z zakresu organizacji i zarządzania		0,86	0,71	0,76	0,95	0,90	1,0	0,76	1,0	1,09	0,86	0,74	0,88
Sprawna realizacja zadań w zakresie:	14. ...zapobiegawczego nadzoru sanitarnego nad inwestycjami	0,90	0,86	0,81	0,95	1,09	1,24	1,09	0,90	1,43	1,24	0,67	1,02
	15. ... nadzoru sanitarnego nad warunkami komunalnymi życia ludności	1,43	1,29	1,09	1,33	1,29	1,33	1,33	1,38	1,33	1,33	0,86	1,27
	16. ... nadzoru sanitarnego nad warunkami pracy	1,57	1,52	1,76	1,81	2,05	1,62	1,95	1,71	1,62	1,33	1,20	1,65
	17... nadzoru sanitarnego nad żywieniem, produkcją żywności i przedmiotów użytku	1,62	1,71	1,48	1,43	1,43	2,0	1,24	1,76	1,57	1,19	1,04	1,49
	18. ... nadzoru sanitarnego nad warunkami nauczania i wychowania	1,14	1,05	0,95	1,14	0,90	1,24	0,90	1,29	1,0	0,86	0,74	1,02
	19. ...nadzoru przeciwepidemicznego	2,19	1,90	1,43	1,48	1,62	1,43	1,14	1,43	1,43	1,19	1,03	1,48
	20. ...ochrony radiologicznej	1,52	1,09	1,14	1,43	2,14	1,24	1,24	1,33	1,33	1,29	1,00	1,34
	21.... oświaty zdrowotnej	1,52	1,48	1,14	1,33	1,09	1,33	1,19	1,76	1,24	1,09	0,94	1,28
Średnia ocen		1,35	1,29	1,11	1,27	1,22	1,33	1,17	1,35	1,10	1,11	0,89	1,21

Źródło: opracowanie własne.

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 już mowa. 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 pamięta 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.

Rys. 21. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – średnie ocen słuchaczy czterech cykli kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–3). Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika

Przedmioty: 1 – Higiena żywności i żywienia, 2 – Zagrożenia fizyczne, 3 – Epidemiologia, 4 – Prawo ochrony środowiska, 5 – Środowiskowe zagrożenia zdrowia, 6 – Socjologia i promocja zdrowia, 7 – Ochrona radiologiczna, 8 – Toksykologia, 9 – Organizacja ochrony zdrowia, 10 – Organizacja i zarządzanie, 11 – Organizacja nadzoru sanitarnego, 12 – Psychologia, 13 – Polityka zdrowotna, 14 – Ekonomia zdrowia, 15 – Biostatystyka, 16 – Alkoholizm jako problem zdrowotny i społeczny, 17 – Demografia, 18 – Warsztaty efektywnego kierowania, 19 – Higiena pracy, 20 – Patologia zawodowa, 21 – Ubezpieczenia zdrowotne, 22 – Historia zdrowia publicznego, 23 – Prawo pracy, 24 – Medycyna a zdrowie publiczne, 25 – Ubezpieczenia społeczne, 26 – Prawo medyczne, 27 – Informacja naukowa.

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 22. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – średnie ocen słuchaczy 11 cykli kształcenia – w latach 1998–2004 na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej (skala 0–3)
Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika

Przedmioty: 1 – Podstawy organizacji i zarządzania, 2 – Polityka zdrowotna, 3 – Marketing usług zdrowotnych, 4 – Organizacja ochrony zdrowia, 5 – Ubezpieczenia zdrowotne, 6 – Ekonomia zdrowia, 7 – Gospodarka finansowa w opiece zdrowotnej, 8 – Epidemiologia, 9 – Psychologia organizacji i kierowania, 10 – Promocja zdrowia, 11 – Prawne problemy ochrony zdrowia, 12 – Ubezpieczenia społeczne, 13 – Socjologia organizacji, 14 – Biostatystyka, 15 – Demografia, 16 – Środowiskowe uwarunkowania zdrowia, 17 – Jakość w opiece zdrowotnej, 18 – Gospodarka lekowa, 19 – Historia zdrowia publicznego.

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 23. Przydatność programu studiów na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe w 2003 r. (wszystkie przedmioty łącznie) w nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji. Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika; numery kompetencji według tab. 9

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 24. Przydatność programu studiów na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (wszystkich przedmiotów łącznie) dla realizacji celów kształcenia (nabywania/rozwijania wszystkich kompetencji łącznie) – w ocenie słuchaczy po czterech cyklach kształcenia (skala 0–3)

Źródło: opracowanie własne.

Rys. 25. Przydatność programu studiów na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (wszystkie przedmioty łącznie) dla realizacji celów kształcenia (nabywania/rozwijania wszystkich kompetencji) – w 6-letnim okresie badań ewaluacyjnych

Źródło: opracowanie własne.

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 skuteczności 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 tym rozdziale wyniki badań ewaluacyjnych wskazują, że:

- 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 latach 2002 i 2003 (do poziomu poniżej 1998 r.), czego bezpośrednią przyczyną była wyraźnie wyższa wśród osób z roczników 2002 i 2003 ocena swoich kompetencji profesjonalnych przed podjęciem studiów, a także, jak można przypuszczać, nastawienie tych roczników raczej na odświeżanie już posiadanych kompetencji, niż na nabywanie nowych;

- postrzegana przydatność przedmiotów składających się na program kształcenia roczników 2002 i 2003 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 roczników 2002 i 2003 bardzo wysokich ocen przydatności wszystkich elementów programu kształcenia (przedmiotów) z bardzo niskim odczuwanym przyrostem kompetencji profesjonalnych w wyniku studiów można wyjaśniać jako „efekt skali” (lepszą oceną 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.

Kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji (w tym również oceny udziału poszczególnych zajęć i bloków tematycznych w ich nabywaniu) składał się z dwóch części. W części pierwszej respondenci proszeni byli o ogólną ocenę zmian, jakie dokonały się w ich kompetencjach określonego rodzaju wskutek uczestnictwa w procesie kształcenia. W rezultacie stosowania pierwszej części tej procedury dla poszczególnych rodzajów kompetencji obliczane były wskaźniki przyrostu kompetencji, będące średnią indywidualnych różnic między autooceną sprzed kursu (cyklu szkoleniowego) i autooceną po ukończeniu kursu. Wskaźnik przyrostu kompetencji pokazuje, którym z rodzajów kompetencji program kształcenia, ujmowany jako całość, służył w większym, a którym w mniejszym stopniu – w sensie nabywania nowej wiedzy i umiejętności, rozszerzania już posiadanych kompetencji merytorycznych itd. Wskaźnik ten odzwierciedla intersubiektywnie ujęte odczucia badanej grupy uczestników procesu kształcenia.

Ta część narzędzia oceny skuteczności kształcenia dowiodła swojej przydatności, różnicując oceniany fragment rzeczywistości edukacyjnej w stopniu wystarczająco istotnym i dostatecznie zgodnym z dotychczasową wiedzą na temat tej rzeczywistości. Systematyczne stosowanie tej części procedury samooceny w stosunku do kolejnych edycji poszczególnych rodzajów kursów (cykli szkoleniowych) umożliwia śledzenie i analizę zmian w tym aspekcie jakości kształcenia.

W części drugiej kwestionariusza respondenci oceniali poszczególne bloki tematyczne i prowadzone w ich ramach zajęcia (ewentualnie tylko zajęcia) w kontekście poszczególnych rodzajów kompetencji. W rezultacie stosowania tej części kwestionariusza samooceny kompetencji obliczane były wskaźniki zakresu udziału danego bloku tematycznego, bądź całego programu kursu, w nabywaniu (rozwijaniu) poszczególnych rodzajów kompetencji profesjonalnych w dziedzinie medycyny pracy.

Podobnie jak pierwsza część kwestionariusza samooceny kompetencji, również jego część druga wykazała swoją przydatność istotnie i w sposób zgodny z dotychczasową wiedzą, różnicując oceniane fragmenty rzeczywistości edukacyjnej oraz umożliwiając – w wypadku systematycznego stosowania w stosunku do kolejnych cykli szkoleniowych (roczników studiów podyplomowych, także poszczególnych rodzajów kursów i szkoleń) – analizę dynamiki skuteczności kształcenia podyplomowego.

Przy założeniu, iż zamieszczony w kwestionariuszu i w tabelach wynikowych zestaw kompetencji profesjonalnych jest prawidłowo dobrany i sformułowany oraz charakteryzuje się wszechstronnością, jest wyczerpujący itp., na podstawie uzyskanych rezultatów można – dla podniesienia skuteczności kształcenia – rozważać modyfikację niektórych bloków tematycznych czy poszczególnych zajęć.

Możliwa jest jednak również sytuacja, w której zawartość bloków programowych i zajęć składających się na program studiów czy kursu dobrana jest z określonego punktu widzenia optymalnie, zajęcia są dobrze przygotowane i prowadzone, odpowiadają zapotrzebowaniom i oczekiwaniom instytucjonalnym oraz oczekiwaniom słuchaczy, a mimo to oceny ich przydatności nie są wysokie, ponieważ charakterystyki kompetencji są niewłaściwe, co może powodować zakłócenia w ocenie przydatności poszczególnych zajęć i bloków tematycznych, a więc utrudniać ocenę skuteczności kształcenia.

ROZDZIAŁ 8

Użyteczność kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego, medycyny pracy i higieny pracy w opiniach absolwentów, pracodawców i ekspertów

Ogólnym celem badania była charakterystyka stopnia i dynamiki postrzegania użyteczności kształcenia podyplomowego w dziedzinie zdrowia publicznego oraz medycyny pracy i higieny pracy przez podmioty zainteresowane (faktycznie bądź potencjalnie) tym trybem i tymi rodzajami kształcenia. W szczególności chodziło o weryfikację kilku hipotez dotyczących społecznych funkcji kształcenia w tym trybie i w tym zakresie przedmiotowym:

1. Kształcenie podyplomowe w zakresie objętym badaniem postrzegane jest przede wszystkim jako przydatne (użyteczne) w sensie formalnym. Postrzegane jest przede wszystkim spełnianie tych społecznych funkcji edukacji, które określa się jako funkcję selekcyjno-szkoleniową i certyfikacyjną. Użyteczność w aspekcie funkcji rozwoju indywidualnego (samorealizacji) postrzegana jest w minimalnym stopniu.

2. W zakresie podstawowej funkcji kształcenia w tym trybie i w tych dziedzinach, jaką jest nabywanie określonych elementów wiedzy i umiejętności oraz postaw, czyli kompetencji profesjonalnych, przydatność (użyteczność) takiego kształcenia postrzegana jest w sposób zróżnicowany w zależności od szeregu czynników, w tym od rodzaju motywacji i odczuwanego wsparcia instytucjonalnego i wiążących się z tym oczekiwań wobec cyklu edukacyjnego (stopnia partykularyzmu oraz poziomu konkretyzacji tych oczekiwań).

3. Użyteczność jednostkowa (odnoszona wobec samego siebie) dominuje nad użytecznością profesjonalną (środowiskową, społeczną).

4. Nie istnieje istotny związek pomiędzy kompetencjami nabytymi w drodze kształcenia podyplomowego w danym zakresie a karierą zawodową (wskaźnikami jej stanu i dynamiki).

Badanie absolwentów i ich pracodawców przeprowadzone zostało metodą ankiety pocztowej. Dotyczyło absolwentów studiów podyplomowych z lat 1998–2004 r. oraz absolwentów kursów doskonalących i specjalizacyjnych przeprowadzonych w 2004 r.¹

¹ Zob. Aneks 2.

Badanie ekspertów przeprowadzane było techniką kuli śnieżnej za pomocą wypełnianego samodzielnie kwestionariusza, z osobami dobranymi celowo według kryterium fachowości i orientacji w potrzebach edukacyjnych w zakresie zdrowia publicznego i medycyny pracy. Dla trzech badanych grup przygotowano odrębne kwestionariusze ewaluacyjne².

8.1. Motywy podejmowania kształcenia podyplomowego

Badane były najważniejsze powody uczestnictwa respondenta (w przypadku absolwentów), pracownika określonej instytucji (w przypadku pracodawców) bądź pracowników sektora zdrowotnego (w przypadku ekspertów) w różnych formach kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi i w różnych placówkach krajowych (to ostatnie w przypadku ekspertów). Rezultaty przedstawia tab. 10.

T a b e l a 10

Najważniejsze osobiste powody uczestnictwa w kształceniu podyplomowym w badanych zbiorowościach. Liczba i odsetek wskazań respondentów na wyróżnione powody

Powody uczestnictwa w kształceniu podyplomowym	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperti	
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		E ^{IMP} ^a	E ^{PL} ^b
1	2	3	4	5	6	7	8
(a) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego wykonywania funkcji zawodowych	73 32%	57 38%	129 42%	259 39%	66 38%	32 22%	35 21%
(b) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego zrozumienia tego fragmentu rzeczywistości	16 7%	43 29%	31 10%	90 14%	6 3%	–	6 4%

² Aneks 9–11.

Tabela 10 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	8
(c) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu korzystniejszego pod względem materialnym wykonywania funkcji zawodowych	38 17%	19 13%	47 15%	104 16%	23 13%	25 17%	33 20%
(d) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań formalno-administracyjnych w związku z pełnioną funkcją (zajmowanym stanowiskiem)	55 24%	11 7%	37 12%	103 16%	41 23%	28 19%	39 23%
(e) Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć (warunkujących pełnienie funkcji, jaką pragnęłoby się pełnić)	32 14%	20 13%	14 5%	66 10%	25 14%	28 19%	35 21%
(f) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji	15 7%	–	47 15%	62 9%	15 9%	34 23%	21 12%
Wskazania ogółem	229 100%	150 100%	305 100%	664 100%	176 100%	147 100%	169 100%

^a – opinie dotyczące kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi.

^b – opinie dotyczące kształcenia podyplomowego w różnych placówkach w Polsce.

Uwaga: część badanych osób skorzystała z możliwości zaznaczenia dwóch powodów, dlatego ogólna liczba wskazań jest większa niż liczba respondentów.

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,378$; $p = 0,000$. II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,326$; $p = 0,000$. III. Kolumny 5–6–8: $V = 0,308$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Pierwszy powód uczestnictwa w kształceniu podyplomowym wymieniony w tabeli (i w kwestionariuszu) można określić jako **profesjonalny**. Był on wskazywany najczęściej we wszystkich trzech grupach absolwentów studiów podyplomowych i szkoleń prowadzonych w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi oraz w grupie pracodawców (respondentów wypowiadających się w ich imieniu). W wypadku ekspertów wypowiadających się na temat zarówno IMP, jak i różnych placówek w Polsce częstotliwość wskazywania tego powodu była znacznie mniejsza i podobna do częstotliwości wskazań innych powodów, niezwiązanych bezpośrednio z jakością wykonywania funkcji zawodowych.

Drugi z wymienionych w kwestionariuszu (i w tab. 9) powodów, który określić można jako **poznawczy**, wskazywany był w poszczególnych grupach respondentów z różną, na ogół niewielką częstotliwością, sytuującą ten powód na dalszych miejscach w rankingu ważności czy znaczenia dla podjęcia decyzji o kształceniu podyplomowym. Wyjątkiem są tutaj absolwenci studiów podyplomowych na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (OZE), z których blisko połowa wskazała powód poznawczy, co może świadczyć o tym, iż dla osób z tej grupy miał on o wiele większe znaczenie niż dla pozostałych respondentów. Warto zwrócić uwagę na to, że w ocenie pracodawców i ekspertów powód ten był najmniej ważny w całokształcie motywacji uczestnictwa w kształceniu podyplomowym.

Trzeci z wymienionych w tabeli powodów, który można określić jako **dochodowy**, wskazywany był w grupach absolwentów oraz w grupie pracodawców średnio przez co czwartego respondenta (stosunkowo najrzadziej w grupie absolwentów OZE, stosunkowo najczęściej w grupie absolwentów studiów podyplomowych na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – ZPiŚ). Najczęściej spośród wszystkich grup respondentów wskazywali ten powód eksperci³ (mniej więcej co trzecia osoba z tej grupy).

Kolejne trzy powody uczestnictwa w kształceniu podyplomowym można określić łącznie jako powody **formalno-administracyjne**. Częstotliwość wskazywania na nie jest w poszczególnych badanych grupach dość zróżnicowana. Wymagania związane z utrzymaniem się na zajmowanym stanowisku najczęściej wskazywane były przez ekspertów i pracodawców oraz przez absolwentów ZPiŚ. Wymagania związane z pożądaną zmianą stanowiska (awansem) najczęściej wskazywali eksperci, zaś wymagania związane ze zdobywaniem specjalizacji – absolwenci kursów i szkoleń oraz eksperci.

Struktura i częstotliwość wskazań na poszczególne powody przez respondentów należących do poszczególnych badanych zbiorowości pozwala na sformułowanie następującej charakterystyki tych zbiorowości z punktu widzenia motywacji edukacyjnych.

W grupie absolwentów ZPiŚ największe znaczenie dla decyzji o podjęciu kształcenia podyplomowego miały dwa motywy: profesjonalny i formalno-administracyjny (dotyczący wymagań związanych z zajmowanym stanowiskiem czy pełnioną funkcją); stosunkowo najmniejsze znaczenie miały motywy: poznawczy oraz formalno-administracyjny, dotyczący wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji.

W grupie absolwentów OZE najważniejsze były dwa motywy: profesjonalny i poznawczy, zaś najmniej ważne okazały się motywacje formalno-administracyjne i dochodowe.

³ Tutaj i w dalszym ciągu tego rozdziału, jeśli nie będzie specjalnie zaznaczona inna sytuacja, chodzi o ekspertów dokonujących ocen w odniesieniu do kształcenia w różnych placówkach w Polsce.

Wśród absolwentów kursów i szkoleń z roku 2004 dominował motyw profesjonalny (blisko 2/3 wskazań). Największe – w odniesieniu do dwóch pozostałych grup absolwentów – miały dla członków tej grupy wymagania związane ze zdobywaniem specjalizacji. Najmniej istotne w tej grupie respondentów okazały się motywy poznawcze i formalno-administracyjne, dotyczące wymagań związanych z zajmowanymi i pożądanymi stanowiskami (funkcjami).

Jeśli idzie o pracodawców, zdecydowanie największe znaczenie przypisali oni profesjonalnym motywom swoich pracowników oraz motywom formalno-administracyjnym, dotyczącym wymagań związanych z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją), zaś najmniejsze znaczenie – motywom poznawczym.

W odpowiedziach ekspertów żaden z motywów nie wyróżnia się w sensie pozytywnym (tzn. jako mający, ich zdaniem, największe znaczenie dla uczestnictwa pracowników sektora zdrowia w kształceniu podyplomowym). Zarówno motyw profesjonalny, jak i dochodowy, a także motywy formalno-administracyjne dotyczące wymagań związanych z aktualnym i pożądanym stanowiskiem (funkcją) uzyskały w tej grupie respondentów podobne odsetki wskazań, oscylujące wokół 40%. Natomiast zdecydowanie najmniejsze znaczenie dla podejmujących kształcenie podyplomowe ma, zdaniem ekspertów, motywacja poznawcza. Znaczna część badanej grupy ekspertów (ponad 40%) nie oceniła motywacji do podejmowania kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, uzasadniając to niewiedzą na ten temat. Oceny tych ekspertów, którzy wskazali na najważniejsze powody podejmowania kształcenia podyplomowego w IMP, przy podobnym jak w wypadku ocen dotyczących różnych placówek w Polsce, na ogół zrównoważonym rozkładzie wskazań, różniły się od tych drugich wyraźnie większym znaczeniem przypisywanym motywowi spełnienia wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji oraz nieco mniejszym znaczeniem pozostałych motywacji formalno-administracyjnych i motywacji dochodowych.

8.2. Podejmowanie kształcenia podyplomowego a kierownictwo zakładu pracy

Związane z zatrudnieniem okoliczności podejmowania przez respondentów-pracowników decyzji o uczestnictwie w różnych cyklach kształcenia podyplomowego to problematyka bardzo ważna z punktu widzenia skuteczności i użyteczności tego kształcenia. Sfera faktycznego zatrudnienia wywiera istotny, niekiedy przemożny wręcz wpływ na motywacje i oczekiwania słuchaczy (a przedtem kandydatów do tej roli), a także w znacznej mierze określa – z perspektywy absolwenta – indywidualnie odczuwane oraz intersubiektywnie postrzegane korzyści z kształcenia. Jedno z pytań kwestionariusza zastosowane-

go w omawianych badaniach dotyczyło syntetycznie ujętego trybu podejmowania decyzji o kształceniu podyplomowym w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi. Materiał uzyskany w odpowiedziach na to pytanie prezentuje tab. 11.

Tabela 11

Tryb podejmowania decyzji o kształceniu podyplomowym (liczba i odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Decyzja podejmowana samodzielnie, bez porozumiewania się z kierownictwem zakładu (głównym pracodawcą)	36 26%	57 57%	53 26%	146 33%	13 13%	21 23%
(b) Decyzja podejmowana samodzielnie po porozumieniu się z kierownictwem zakładu pracy (głównym pracodawcą) i po uzyskaniu jego zgody	82 60%	34 34%	105 51%	221 50%	66 67%	52 57%
(c) Decyzja podejmowana z inicjatywy kierownictwa zakładu (głównego pracodawcy), według jego sugestii	14 10%	2 2%	37 18%	53 12%	19 19%	18 20%
(d) Inna sytuacja przy podejmowaniu decyzji	5 4%	7 7%	10 5%	22 5%	1 1%	–
Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,325$; $p = 0,000$, II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,216$; $p = 0,000$, III. Kolumny 6–7: zróżnicowanie nieistotne statystycznie.

Źródło: opracowanie własne.

Niemal wszystkie inne sytuacje przy podejmowaniu decyzji o kształceniu podyplomowym mieszczą się w trzech dodatkowych kategoriach:

1. Decyzja podjęta samodzielnie za wiedzą zakładu pracy ale bez wyrażenia przezeń zgody.

2. ... samodzielnie po konsultacjach z innymi osobami (współmałżonkiem, absolwentami studiów podyplomowych i kursów).

3. ... samodzielnie w sytuacji samozatrudnienia.

Charakterystyczny jest rozkład w różnych badanych grupach odpowiedzi (a) i (b). Występują znaczne różnice w odsetkach wskazań absolwentów i pracodawców, świadczące o tym, że spora część tych ostatnich nie wie o podjęciu przez swoich pracowników kształcenia podyplomowego. Oczywiście, należy brać też pod uwagę dość prawdopodobną sytuację, iż kwestionariusz wypełniali i odsyłali częściej ci pracodawcy, którzy wiedzieli o kształceniu podyplomowym swoich pracowników.

Największe różnice istnieją w przypadku absolwentów studiów podyplomowych w zakresie organizacji, zarządzania i ekonomiki w opiece zdrowotnej. Przyczyny takiej sytuacji na pewno wiążą się z tym, że struktura wykształcenia i zatrudnienia w tej grupie istotnie odróżniała ją od dwóch pozostałych (też zresztą różniących się strukturalnie od siebie): dominowali w niej lekarze (87%), których głównymi miejscami pracy były w zdecydowanej większości publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

Jakie stanowisko, według absolwentów, zajęło kierownictwo ich zakładu pracy (główny pracodawca) wobec ich uczestnictwa w kształceniu podyplomowym? A jakie stanowisko w tym względzie zajmują zwykle pracodawcy i dlaczego takie właśnie stanowisko – według ich własnych opinii oraz według opinii ekspertów? Respondenci proszeni byli najpierw o ogólną ocenę stanowiska kierownictwa zakładu pracy (w kategoriach „zdecydowanie pozytywne”, „obojętne”, „raczej pozytywne”, „raczej negatywne” i „zdecydowanie negatywne”) i, ewentualnie, o inne odpowiedzi oraz uwagi i komentarze. Do pracodawców i ekspertów skierowana była dodatkowa prośba o uzasadnienie swojego stanowiska wobec podejmowania przez pracowników kształcenia podyplomowego w dziedzinach, których dotyczyło badanie.

Przyglądając się danym zawartym w tab. 12 i 13, warto pamiętać, że kodeks pracy w art. 17 zobowiązuje wprowadzić pracodawcę do ułatwiania pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych, lecz zapis ten nietrudno zrelatywizować do aktualnej sytuacji zakładu pracy, możliwości finansowych i kadrowych itp. – nie jest to wszakże obowiązek **zapewniania pracownikom możliwości** podnoszenia przez nich kwalifikacji zawodowych, a tylko obowiązek **ułatwiania**. Wypowiedzi respondentów towarzyszące wyborom dokonywanym w pytaniach ustrukturyzowanych wyraźnie wskazują, że zapis ten jest często relatywizowany w ten sposób przez pracodawców.

Tabela 12

Opinie dotyczące stanowiska kierownictwa zakładu pracy (w przypadku absolwentów – głównego pracodawcy) wobec uczestnictwa pracowników w kształceniu podyplomowym. Liczba i odsetek respondentów w badanych zbiorowościach

Stanowisko zakładu pracy	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperti
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Pozytywne	98 72%	49 49%	152 74%	299 68%	92 94%	43 47%
(b) Obojętne	27 20%	22 22%	31 15%	80 18%	4 4%	30 33%

Tabela 12 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
(c) Negatywne	9 7%	11 11%	4 2%	24 5%	2 2%	14 15%
(d) Inna odpowiedź	3 2%	18 18%	18 9%	39 9%	–	4 4%
Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%

Istotność statystyczna i siła związków (bez innych odpowiedzi): I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,217$; $p = 0,001$, II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,289$; $p = 0,000$, III. Kolumny 6–7: $V = 0,500$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Dodatkowe wypowiedzi respondentów⁴ komentowały – bezpośrednio bądź pośrednio – relacje z pracodawcami (kierownictwem zakładu pracy) w sferze podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pracowników. Komentarze te można ująć w kilka kategorii, przedstawionych niżej wraz z przykładami wypowiedzi.

1. W nielicznych wypowiedziach odnoszących się do pozytywnego stanowiska pracodawcy niektórzy absolwenci podkreślali warunkowość i zrelatywizowanie takiego stanowiska:

Zakład pracy pokrył część kosztów studiów.

Pozostałe [niektóre] osoby z kierownictwa zakładu – zdecydowanie pozytywne stanowisko.

Gdyby była konieczna zgoda, to stanowisko kierownictwa byłoby raczej pozytywne.

[...] Ale na własny koszt i najlepiej po załatwieniu zastępstwa na okres kursu.

Pojedyncze wypowiedzi pracodawców należały wszystkie do tej właśnie kategorii.

Zależy nam tylko, aby pracownik wybierając kierunek nauki miał na względzie aktualną sytuację i potrzeby zakładu.

Pozytywne [stanowisko kierownictwa], jednak ograniczone przez możliwości finansowe.

Na taką samą postawę zwrócił uwagę jeden z ekspertów, sugerując, że pracodawcy w sektorze zdrowia są pozytywnie nastawieni, wówczas „gdy kształcenie podyplomowe pracownika nie obciąża bezpośrednio firmy”.

2. Część uwag dotyczyła obojętnego stanowiska pracodawcy.

⁴ Były to w zdecydowanej większości wypowiedzi absolwentów. Pracodawcy i eksperci o wiele rzadziej zamieszczali w kwestionariuszach własne komentarze.

W trakcie odbywania przeze mnie studiów podyplomowych zmieniło się kierownictwo i nowe miało obojętne stanowisko. Tolerowało umowę zawartą z poprzednikiem i godziło się na udzielenie urlopu szkoleniowego.

Stanowisko [kierownictwa] było obojętne z odcieniem pozytywnym (zwolnienie z części dnia roboczego, po wykonaniu pracy).

Mój pracodawca nie interesował się dodatkowym wykształceniem personelu.

Uderzający brak zainteresowania pracodawcy podnoszeniem kwalifikacji i umiejętności pracownika.

Moje studia podyplomowe odbywały się bez porozumienia i wiedzy kierownictwa mojego zakładu pracy. Ale myślę, że gdyby o nich wiadano, stosunek byłby raczej obojętny.

Obojętne, z lekkim wskazaniem na negatywne – ze względu na planowaną nieobecność w pracy.

3. Uwagi dotyczące negatywnego stanowiska pracodawcy były dość zróżnicowane. Jeden z absolwentów scharakteryzował negatywne stanowisko swojego pracodawcy, wskazując na wąskie doraźne pojmowanie przezeń interesu zakładu pracy: „Nie ma takiej potrzeby – i tak już masz studia podyplomowe, a poza tym nie będzie cię w pracy”.

Niektórzy z absolwentów twierdzili, że ukończenie studiów podyplomowych nie wpływa pozytywnie na szanse przyjęcia do pracy bądź przedłużenia umowy o pracę, decydujące w tym względzie są – jak można się domyślać – inne, pozamerytoryczne czynniki:

Pracodawca, mimo iż został poinformowany ustnie i pisemnie o rozpoczęciu i zakończeniu studiów [podyplomowych], nie nawiązał ze mną do chwili obecnej ponownej umowy o pracę (jednocześnie systematycznie przyjmuje do pracy osoby w mojej grupie zawodowej).

W tym samym czasie byłem w trakcie przewodu doktorskiego i kolejnej specjalizacji. Skończenie tego wszystkiego przyniosło taki skutek, że pracodawca (NZOZ) zwolnił mnie z pracy.

Inni podkreślali niechęć pracodawców w kontekście własnego wysiłku i wyrzeczeń:

Studia podyplomowe odbywałem w ramach swojego urlopu wypoczynkowego i nawet miałem trudności, aby uzyskać urlop w te dni, kiedy odbywały się zajęcia.

Sądzę, że gdyby kierownictwo zakładu pracy wiedziało, iż podjęłam studia na takim kierunku, byłoby mi nieprzychylnie.

Nie informowałem pracodawcy o swoich zajęciach, spodziewając się działań na swoją szkodę.

4. Stosunkowo liczne były uwagi dotyczące sytuacji problemowych, zrelatywizowanych, niezawierające wyraźnego wartościowania stanowiska pracodawcy. Wystąpiła na przykład relatywizacja do szczebla kierowania. „Ocena bardzo niechętna bezpośredniego kierownictwa działu (lecz raczej pozytywna głównego pracodawcy)”.

Niektóre wypowiedzi dotyczyły negatywnej reakcji otoczenia, braku wsparcia w bezpośrednim środowisku profesjonalnym (niezależnie od reakcji kierownictwa).

Niedoceniając (odrzucając prośby o podwyżkę) zazdrość, niechęć, wrogość współpracowników, niedopuszczanie przez nich do podejmowania jakichkolwiek decyzji, jedynie wykorzystywanie poprzez zlecanie i obarczanie pracą za inną osobę. Wynika to z obawy o utratę pracy lub stanowiska.

Największym problemem było objęcie moich obowiązków w czasie mojej nieobecności (5 dni roboczych w miesiącu praktyki).

Dyrektor sądził, że nie dostanę się, ponieważ kilka lat wcześniej sam „odpadł” na egzaminie wstępnym.

Wyjazdy na poszczególne sesje traktowane jako urlop bezpłatny.

Pracownicy i współpracownicy nie rozumieli jeszcze potrzeby doksztalcania w tym zakresie.

Zwracano uwagę na brak w miejscu pracy pozytywnych skutków doksztalcania się.

Ukończenie studiów podyplomowych nie wpłynęło ani na uposażenie, ani na pełnioną funkcję, nie przyszło im do głowy, że można wykorzystać wiedzę, którą zdobyłam.

Uważano, że koniecznie muszę zdobyć uprawnienia. Mnie to ucieszyło, ale gdy zdobyłam kwalifikacje – zapomniano w zakładzie o mnie. Kurs był finansowany przeze mnie, w ramach mojego urlopu wypoczynkowego.

Po ukończeniu kursu otrzymałam zakres działalności „konkurencyjny” [całkiem inny niż tematyka kursu].

Respondenci opisywali różne sytuacje nieinformowania pracodawcy.

Praca niezwiązana z kierunkiem studiów podyplomowych – nie wymagają [one] akceptacji ze strony pracodawcy.

Byłam wówczas na stażu podyplomowym – jedyną osobą, która wiedziała o podjęciu studiów i popierała tę decyzję, był mój ówczesny opiekun stażu.

Nie poinformowałam bezpośredniego kierownictwa, poinformowałam swoje otoczenie, biorąc urlopy wypoczynkowe.

Kierownictwo nie mogło [nie miało możliwości] zająć stanowiska – w kursie uczestniczyłam w ramach urlopu wypoczynkowego.

Etat rezydencki – [w tym przypadku] pracodawca praktycznie nie ma możliwości na wyrażenie zgody na uczestnictwo w kursie.

A oto przykłady wypowiedzi ekspertów.

Najczęściej [stanowisko] obojętne, ale zdarzają się nawet wrogie, rzadko kiedy są to działania stymulujące, często natomiast traktowane to jest jako „dopust boży”.

Jeżeli pracownik jest zatrudniony do wykonywania określonych zadań, brak pracownika obciąża pracodawcę i niekoniecznie zobowiązuje pracownika.

W zależności od instytucji – chcą mieć wykształconych pracowników, lecz nie wyrażają zgody na urlopy szkoleniowe lub staże.

Obojętne, jeśli kształcenie podyplomowe nie przeszkadza w wykonywaniu podstawowych obowiązków wynikających z zatrudnienia w firmie, negatywne, jeśli pracownik oczekuje „udziału” w kosztach kształcenia lub urlopu szkoleniowego.

Do pracodawców i ekspertów skierowane było pytanie o uzasadnienie odpowiedzi na pytanie poprzednie dotyczące stanowiska wobec podejmowania przez pracowników kształcenia podyplomowego.

Wątki tematyczne występujące w odpowiedziach pracodawców uzasadniających ich stanowisko pozytywne sklasyfikowane zostały w czterech kategoriach.

Ponad połowę stanowiły ogólne najczęściej stwierdzenia, oznajmujące **potrzebę i wagę podnoszenia kwalifikacji** oraz zdobywania uprawnień do różnych rodzajów działań profesjonalnych, co jest korzystne dla zakładu pracy czy firmy.

Nieliczne wypowiedzi pracodawców wskazywały na znaczenie przywiązywane do **indywidualnego rozwoju zawodowego** i związanej z tym satysfakcji pracowników.

Znaczna część wypowiedzi (ok. 1/5) dotyczyła **pozytywnych aspektów kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy**; podkreślano głównie wysoki poziom merytoryczny i organizacyjny studiów i kursów oraz ich kierunkową przydatność.

W niektórych wypowiedziach pojawiał się wątek **ograniczeń finansowych**, utrudniających pracodawcom wspieranie swoich pracowników w podnoszeniu przez nich kwalifikacji zawodowych.

Pojedyncze odpowiedzi pracodawców, uzasadniające stanowisko obojętne lub negatywne wobec udziału ich pracowników w kształceniu podyplomowym, odwoływały się do utrudnień organizacyjnych i braku możliwości finansowych.

Tylko kilkunastu ekspertów uzasadniło swoją uprzednią pozytywną ocenę stanowiska, jakie zajmuje większość instytucji, firm działających w sektorze zdrowia w Polsce wobec kształcenia podyplomowego swoich pracowników. Oprócz ogólnych stwierdzeń, dotyczących pozytywnego stosunku firm i instytucji związanego z większą przydatnością pracowników o wyższych kwalifikacjach, eksperci zwracali uwagę na to, że doksztalcanie się pracowników może pozytywnie wpłynąć na prestiż i wizerunek firmy oraz okazać się przydatne w procesie akredytacji. Jedna z wypowiedzi podkreślała sformalizowanie czy wręcz pozorność dobrych intencji pracodawców: „Na szczeblu instytucjonalnym mamy do czynienia z [...] liczeniem tzw. kwitów potwierdzających kwalifikacje pracowników, niezależnie od ich faktycznych umiejętności i wiedzy”.

Inny ekspert zwrócił uwagę na szczególne zrelatywizowanie pozytywnego bądź obojętnego ustosunkowania pracodawców od ich ogólniejszych postaw oraz osobistego interesu: „Pozytywne [ustosunkowanie się] kierowników o szerszych horyzontach, obojętne – jeśli kadra kierownicza nie widzi [dla siebie] ani szans ani zagrożeń”.

W większości wypowiedzi ekspertów uzasadniających ich negatywną ocenę stanowiska, jakie zajmuje większość instytucji czy firm działających w sektorze zdrowia w Polsce wobec kształcenia podyplomowego pracowników, występowały wątki tematyczne dwóch rodzajów.

Po pierwsze, eksperci zwracali uwagę na to, że w wielu przypadkach interes zakładu pracy (firmy) nie jest tożsamy z interesem pracownika. Jego rozwój zawodowy jest jego prywatną sprawą. Poszczególne osoby zdobywają wiedzę i doświadczenie w inny sposób niż poprzez kształcenie podyplomowe, niekiedy w drodze stypendiów czy kontraktów zagranicznych. Jak napisał jeden z ekspertów, często zdarza się tak, że

pracownik szkoli się bardziej dla siebie niż dla pracodawcy. Jeśli odchodzi na lepsze (tzn. lepiej płatne) stanowisko, co może się zdarzyć, jeśli zdobędzie wyższe kwalifikacje, firma nic nie zyskuje, bo pracownik odchodzi ze wszystkimi swoimi umiejętnościami. Chętniej firma widzi szkolenie podyplomowe, jeśli jest ono niezbędne dla uzyskania kwalifikacji do pracy w tej firmie na stanowisku, które chce ona stworzyć, bądź dla którego potrzebuje obsady.

Po drugie, stosunkowo często w wypowiedziach ekspertów przewijał się sygnalizowany już we wcześniej omawianych rezultatach badania wątek trudności finansowych i organizacyjnych, braków kadrowych itp., które powodują, że sprzyjanie kształceniu podyplomowemu pracowników jest luksusem, na który firmy nie mogą sobie pozwolić.

Firmy działające w sektorze zdrowia borykają się z istotnymi problemami, głównie finansowymi, więc głównym ich zadaniem jest utrzymanie się na rynku.

Pracownika na jego stanowisku trzeba zastąpić (dodatkowe finanse), a to wywołuje zakłócenia w pracy. Gdy trwa to dłużej, strasznie dezorganizuje pracę i pacjenci są też niezadowoleni.

W tej grupie argumentów pojawił się też wątek konkurencji między publicznymi i niepublicznymi zakładami pracy w obszarze opieki zdrowotnej i zdrowia publicznego. „W jednostkach służby zdrowia brak funduszy, [...] niepubliczne zoz-y często sięgają po pracowników w pełni wykwalifikowanych”.

Pojedynczy eksperci upatrywali przyczyn niechęci pracodawców do podejmowania kształcenia podyplomowego przez pracowników w obawie przed konkurencją z ich strony.

Często dyrektorzy nie pozwalają kształcić się pracownikom, bo sami nie mają chęci lub zdolności i chcą, aby pracownicy zatrzymali się intelektualnie.

Niektórzy objęli stanowisko „awansu” przed wielu laty i najzwyczajniej bronią swego bastionu władzy.

Kolejne pytanie we wszystkich trzech kwestionariuszach odnosiło się do sposobu finansowania udziału w kształceniu podyplomowym w IMP – czesnego, opłaty za kurs. Absolwentów pytano o to, w jaki sposób finansowany był ich udział w studiach czy kursie, pracodawców – w jaki sposób finansują oni studia podyplomowe i kursy swoich pracowników, zaś ekspertów – w jaki sposób najczęściej finansowana jest główna opłata za udział pracowników sektora

zdrowia w różnych formach kształcenia podyplomowego. Tabela 13 przedstawia rozkłady odpowiedzi na to pytanie w poszczególnych kategoriach osób badanych.

Tabela 13

Sposób finansowania udziału respondentów-pracowników w kształceniu podyplomowym
Liczba i odsetek respondentów

Źródła finansowania	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Całkowicie przez respondenta (pracownika)	90 66%	61 61%	78 38%	229 52%	44 45%	42 46%
(b) Częściowo przez respondenta (pracownika), częściowo przez zakład (głównego pracodawcę) lub z innych źródeł ^a	37 27%	29 29%	25 12%	91 21%	22 22%	41 45%
(c) Całkowicie przez zakład (głównego pracodawcę) i/lub z innych źródeł	7 5%	10 10%	95 46%	112 25%	32 33%	5 5%
Brak odpowiedzi	3 2%	—	7 3%	10 2%	—	3 3%
Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%

^a Inne źródła – wskazywane raczej incydentalnie – to przede wszystkim stypendia i refundacje pochodzące z instytucji innych niż zakład pracy respondenta (np. Ministerstwo Zdrowia, niektóre fundacje).

Istotność statystyczna i siła związków (bez braków odpowiedzi): I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,468$; $p = 0,000$; II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,243$; $p = 0,000$; III. Kolumny 6–7: $V = 0,367$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Kursy i szkolenia o charakterze praktycznym (z wyłączeniem elementów kształcenia specjalizacyjnego lekarzy) wielokrotnie częściej niż studia podyplomowe finansowane były przez zakłady pracy. Dwie trzecie słuchaczy studiów podyplomowych opłacało je z własnej kieszeni, a blisko 30% je współfinansowało. Jak pokazują dane w tab. 13, pracodawcy na ogół zdawali sobie z tego sprawę, eksperci natomiast wyraźnie różnili się od nich oceną zakresu wspólnego finansowania kształcenia podyplomowego przez słuchaczy i ich zakłady pracy.

Kolejne pytanie dotyczyło ewentualnych dodatkowych świadczeń od zakładu pracy, ułatwiających uczestnictwo jego pracowników w różnych formach kształ-

cenia podyplomowego, niezależnie od sposobu finansowania głównych opłat za to kształcenie. W kwestionariuszach dla absolwentów i dla pracodawców pytanie to – podobnie jak pytanie poprzednie – dotyczyło studiów i kursów w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, natomiast eksperci pytani byli o to, czy i w jakiej formie pracownicy sektora zdrowia otrzymują od swoich instytucji, firm jakieś świadczenia ułatwiające udział w kształceniu podyplomowym. Rezultaty przedstawione są w tab. 14.

Tabela 14

Dodatkowe świadczenia ułatwiające uczestnictwo w kształceniu podyplomowym otrzymywane od zakładu pracy (głównego pracodawcy). Liczba i odsetek respondentów

Kategorie odpowiedzi		Absolwenci				Pracodawcy	Eksperti
		ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1		2	3	4	5	6	7
(a) Brak świadczeń		26 19%	51 51%	49 24%	126 29%	2 2%	2 2%
(b) Obecność świadczeń (ogółem)		111 81%	49 49%	156 76%	316 71%	96 98%	89 98%
Rodzaje świadczeń	urlop szkoleniowy, wyjazd służbowy bez zwrotu kosztów	95 69%	28 28%	92 45%	215 49%	74 75%	71 78%
	zwolnienie z części dnia pracy	11 8%	17 17%	14 7%	42 10%	51 52%	72 79%
	pokrycie kosztów zakwaterowania i wyżywienia	12 9%	5 5%	72 35%	89 20%	48 49%	79 87%
	zwrot kosztów przejazdu na zajęcia i z powrotem	26 19%	5 5%	82 40%	113 26%	54 55%	51 56%
	urlop wypoczynkowy w terminie dogodnym dla pracownika	–	–	1 0,5%	1 0,2	43 44%	64 70%
	urlop bezpłatny	3 2%	–	–	3 0,7	19 19%	63 69%
	inne świadczenia	4 3%	4 4%	4 2%	12 3%	3 3%	2 2%
	Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%

Istotność statystyczna i siła związków (dotyczy wierszy „a” i „b”): I. Kolumny 2–3–4 dla (a) i (b): $V = 0,273$; $p = 0,000$; II. Kolumny 5–6–7 dla (a) i (b): $V = 0,299$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Niektóre z nielicznych dodatkowych wypowiedzi respondentów uzupełniały i uściślały kategorie świadczeń zamieszczone w kwestionariuszu⁵, świadcząc o różnych możliwościach wspomagania pracowników w ich dążeniach edukacyjnych, ale także o niewielkim zakresie występowania tych możliwości. Niektóre wypowiedzi komentowały złożoną i nienajlepszą sytuację pod tym względem, potwierdzając konstatacje z innych, specjalnie ukierunkowanych badań (Pogorzelska 2002, 2004a, 2004b).

Dla wielu spośród badanych uczestnictwo w kształceniu podyplomowym pociąga za sobą znaczne koszty, jak można przypuszczać, wyraźnie podwyższające próg postrzegania i odczuwania korzyści.

Kwestie finansowania – bądź jego braku – oraz dodatkowych świadczeń dla doksztalających się pracowników mogą być traktowane przez zakład pracy również w aspekcie utylitarnym, jako inwestycja w rozwój firmy, jednakże takie ujmowanie problemu jest tłumione świadomością bieżących ograniczeń finansowych i organizacyjnych, jak również – o czym wielokrotnie wspominali badani – przedkładaniem własnego, najczęściej fałszywie pojmowanego interesu nad interes zakładu pracy. Na dodatek ów aspekt utylitarny, czyli korzyści odnoszone przez firmę w związku z podnoszeniem kwalifikacji przez jej pracowników, są wprawdzie obecne w ideologicznych deklaracjach edukacyjnych, w praktyce jednak trudno je ukonkretnić, unaocznić czy jakoś wycenić. Próby określenia zasad obliczania korzyści ekonomicznych dla zakładu płynących z doksztalania pracowników podejmowane są od jakiegoś czasu i opisywane w literaturze dotyczącej szkoleń (Schmidt, Hunter, Pearlman 1982; Fielden, Pearson 1978). Obliczenia takie wymagają jednak spełnienia pewnych warunków, np. dokonania wyceny efektów ekonomicznych różnych działań pracowniczych oraz ewidentnego powiązania tych działań z efektami ekonomicznymi zakładu, jak również przyjęcia pewnych założeń dotyczących długofalowej strategii zakładu w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim, jako że odczuwalne efekty podnoszenia kwalifikacji pracowniczych mogą być oddalone w czasie. Wobec oczywistej niepewności tego rodzaju wyliczeń i zdecydowanej przewagi doraźnych decyzji kierowniczych nad decyzjami strategicznymi dyskurs utylitarystyczny, z jednej strony, pozostaje w obszarze ideologicznych stereotypów, z drugiej strony – ogranicza się do korzyści z oszczędzania. Jest to widoczne również w wypowiedziach respondentów – zwłaszcza pracodawców – w tej części badania, która dotyczyła oceny korzyści z kształcenia podyplomowego.

⁵ Absolwenci (pracownicy) wymieniali następujące rodzaje dodatkowych świadczeń ze strony zakładów pracy: dodatkowa premia uznaniowa, jednorazowe dofinansowanie (1 tys. zł.) oraz urlop bezpłatny, załatwienie taniego miejsca noclegu w trakcie zjazdów, usprawiedliwiona (i opłacana) nieobecność w pracy w czasie uczestnictwa w zjazdach, cicha zgoda na nieobecność, bez oficjalnego urlopu szkoleniowego, urlop wypoczynkowy, samochód służbowy. Pracodawcy pisali: o możliwości pracy w niestandardowych godzinach, poszukiwaniu dodatkowego sponsora, możliwości indywidualnej organizacji czasu pracy, korzystaniu z biblioteki medycznej.

8.3. Ocena korzyści związanych z uczestnictwem w kształceniu podyplomowym

Blok trzech następnych pytań, dotyczących korzyści związanych z kształceniem podyplomowym, poprzedzony był w kwestionariuszach wstępem objaśniającym – w ogólnych kategoriach – przyjęte w tym badaniu rozumienie poszczególnych rodzajów korzyści, jakie może przynieść kształcenie podyplomowe jego uczestnikom oraz ich zakładom pracy, firmom, instytucjom itd. W kwestionariuszach dla absolwentów i dla ekspertów wyróżnione i zdefiniowane zostały trzy rodzaje korzyści: „merytoryczne”, „formalne” i „inne osobiste”. W kwestionariuszu dla pracodawców „inne osobiste korzyści” zostały pominięte⁶.

Pierwsze pytanie tego bloku miało charakter otwarty: respondenci proszeni byli o opisanie korzyści poszczególnych rodzajów (także podanie konkretnych przykładów). Odpowiedzi na te pytania zostały początkowo pogrupowane w kilku ogólnych kategoriach – tak jak to przedstawiają tab. 15, 17 i 19. Po przeprowadzeniu bardziej szczegółowej analizy treści, odpowiedzi pozytywne sformułowane samodzielnie przez respondentów sklasyfikowane zostały w kategoriach opisowych, uogólniających wątki występujące w ich treści. Tabele 16, 18 i 20 przedstawiają te klasyfikacje w odniesieniu do badanych grup respondentów.

Korzyści merytoryczne

Zgodnie z definicjami podanymi w kwestionariuszach korzyści merytoryczne polegają na tym, że po ukończeniu kształcenia (studiów podyplomowych, kursu), w związku z nabytymi czy udoskonalonymi (odświeżonymi) umiejętnościami i elementami wiedzy, osoba, która ukończyła dany cykl kształceniowy (absolwent, pracownik danej instytucji czy firmy, pracownik sektora zdrowia): 1) jest w stanie wykonywać takie zadania zawodowe, jakich przedtem nie była w stanie realizować; 2) pewne zadania zawodowe może wykonywać lepiej, bardziej skutecznie i efektywnie niż przed podjęciem kształcenia. Tabela 15 przedstawia najbardziej ogólne kategorie, w których wstępnie sklasyfikowane zostały odpowiedzi respondentów na pytanie o konkretne przykłady korzyści tego rodzaju.

⁶ Przyjęte zostało założenie, w myśl którego pracodawca może być kompetentnym informatorem tylko, jeśli idzie o korzyści dla zakładu pracy (instytucji, firmy). W związku z tym pracodawców proszono o przykłady korzyści, jakie przyniosło instytucji (firmie) uczestnictwo jej pracowników w kształceniu podyplomowym w IMP w Łodzi.

Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące korzyści merytorycznych
(odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperti
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
(a) Brak odpowiedzi	9	16	9	10	11	46
(b) Odpowiedzi negatywne – brak korzyści merytorycznych; wypowiedzi krytyczne	2	3	1,5	2	2	–
(c) Odpowiedzi pozytywne (ogółem), w tym:	86	78	82	82	83	39
1) odpowiedzi sformułowane samodzielnie przez respondentów)	33	44	32	36	47	32
2) odpowiedzi tożsame z definicyjnym wprowadzeniem do pytania	53	34	50	46	36	7
(d) Odpowiedzi nieistotne (nie do zakwalifikowania w kategoriach korzyści merytorycznych)	3	4	8	6	2	15

Źródło: opracowanie własne.

Nieliczne odpowiedzi negatywne i krytyczne dotyczące braku lub nieistotności korzyści merytorycznych miały, po pierwsze, charakter dość ogólny, niekiedy sygnalizując brak powiązania treści kształcenia z pracą zawodową:

Korzyści merytoryczne wyniesione ze szkoły nie były w całości przydatne dla ludzi, którzy chcą realizować się w nowej rzeczywistości (po reformie). Najwięcej wnieśli nowego wykładowcy z zewnątrz.

Nie wpłynęło to pozytywnie na wykonywaną przeze mnie pracę, gdyż wiedza, jaką zdobyłam w trakcie studiów nie została przeze mnie wykorzystana ze względu na to, że na tym stanowisku pracy nie była mi potrzebna.

Każde obcowanie z wiedzą prowadzi do ogólnego rozwoju człowieka, nie widzę jakiegos wielkiego wpływu tych akurat studiów na wykonywanie mojej pracy zawodowej.

Po drugie, niektóre wypowiedzi wskazywały na odczuwane przez absolwentów niedostatki w sferze aplikacyjnej przekazywanej w trakcie kształcenia podyplomowego wiedzy:

Kurs nie podniósł moich umiejętności praktycznych, był serią wykładów, które w niewielkim stopniu poszerzyły wiedzę, teoretycznie zawartą w podręczniku.

Większość [treści kształcenia] przeteoretyzowana, trudna do zastosowania w bieżącej pracy.

Te ostatnie wypowiedzi, niezależnie od faktycznej sytuacji programowo-dydaktycznej w cyklach kształceniowych, do których się odnoszą, sygnalizują szersze zjawisko: ograniczania się oczekiwań edukacyjnych znacznej części słuchaczy (także wielu studentów na studiach przeddyplomowych) do dostarczenia im i ewentualnego opanowania gotowych umiejętności, recept na rozwiązywanie problemów, konkretnych sposobów (bo już raczej nie reguł czy ogólniejszych zasad) postępowania w pracy zawodowej. Sfera twórczej, innowacyjnej aktywności intelektualnej pozostaje w tym wypadku poza obszarem oczekiwań, zaś ewentualne wymagania z nią związane traktowane są jako niepotrzebne, nadmierne, rozczarowujące. Należy przy tym pamiętać, że w różnych cyklach i trybach kształcenia podyplomowego proporcje tzw. teorii i tzw. zagadnień praktycznych są różne, tym niemniej jednak oba te wątki występują w każdym podyplomowym przedsięwzięciu edukacyjnym (choć niekoniecznie w każdym z elementów jego programu).

Pozytywne wypowiedzi respondentów na temat korzyści merytorycznych związanych z uczestnictwem w różnych cyklach kształcenia podyplomowego sklasyfikowane zostały w kilku kategoriach.

1. **Nabycie, poszerzenie wiedzy i umiejętności:** pozytywne zmiany w wiedzy (stwierdzone ogólnie) oraz poszerzenie wiedzy z konkretnych dziedzin; nabycie nowych, konkretnie określonych umiejętności (także ich udoskonalenie); nabycie uprawnień.

2. **Lepsze zrozumienie rzeczywistości:** świeże, nowe, szersze, realne spojrzenie na daną dziedzinę (swoją problematykę zawodową), lepsze jej zrozumienie; nowe trendy, poszerzanie horyzontów zawodowych.

3. **Lepsze funkcjonowanie w miejscu pracy:** większa samodzielność, pewność siebie, „odnalezienie się” w pracy zawodowej; ułatwienie pracy, lepsze podejmowanie decyzji; poprawa jakości pracy, większa skuteczność, większy autorytet; spełnienie oczekiwań społecznych; lepsze funkcjonowanie firmy jako całości, profesjonalizm.

4. **Wzmocnienie pozycji zawodowej:** większe możliwości zatrudnienia, lepiej płatnej pracy; przekwalifikowanie się, korzyści materialne; przyczynienie się do pomyślnego usamodzielnienia zawodowego (sprywatyzowania działalności); powiększenie konkurencyjności, rozszerzenie zakresu świadczeń.

Tabela 16 pokazuje ilościowe rozkłady wyróżnionych kategorii w czterech badanych zbiorowościach. Obszary znaczeniowe poszczególnych kategorii pozytywnych odpowiedzi na pytanie o korzyści merytoryczne oczywiście nie wykluczają się wzajemnie, stanowią powiązane ze sobą aspekty syndromu postrzegania korzyści merytorycznych – jednego ze składników użyteczności kształcenia podyplomowego. Ich wyodrębnienie w analizie treści pozwala na uchwycenie pewnego zróżnicowania, jakie występuje w postrzeganiu korzyści tego rodzaju w zależności od badanej grupy.

Najpowszechniej postrzeganym aspektem korzyści merytorycznych było nabycie/poszerzenie wiedzy i umiejętności. Wątki tego rodzaju wystąpiły w niemal wszystkich samodzielnie sformułowanych pozytywnych odpowiedziach ekspertów oraz w blisko dwóch trzecich odpowiedzi absolwentów i pracodawców.

Tabela 16

Kategoryzacja samodzielnie formułowanych pozytywnych odpowiedzi na pytanie dotyczące korzyści merytorycznych (liczba i odsetek wskazań na poszczególne kategorie odpowiedzi)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperti
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
1. Nabycie, poszerzenie wiedzy i umiejętności	32 54%	23 48%	59 78%	114 62%	29 50%	28 67%
2. Lepsze zrozumienie rzeczywistości	24 24%	11 23%	3 4%	28 15%	2 3%	3 7%
3. Lepsze funkcjonowanie w miejscu pracy	6 10%	7 15%	10 13%	23 13%	20 45%	4 10%
4. Wzmocnienie pozycji zawodowej	7 12%	7 15%	4 5%	18 10%	7 12%	7 17%
Ogółem	59 100%	48 100%	76 100%	183 100%	58 100%	42 100%

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,326$; $p = 0,003$; II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,287$; $p = 0,001$; III. Kolumny 6–7: $V = 0,292$; $p = 0,036$.

Źródło: opracowanie własne.

Wypowiedzi należące do tej kategorii były dość zróżnicowane – znalazły się tutaj zarówno ogólnikowe stwierdzenia, jak i szczegółowe wyliczanie rodzajów (zakresów) wiedzy i umiejętności, a także formułowane przez niektórych respondentów uwagi o trudnościach w wykorzystaniu uzyskanych kompetencji. Niezależnie jednak od tego zróżnicowania można wysunąć tezę, iż zdominowanie postrzegania korzyści merytorycznych przez ten podstawowy, wyjściowy niejako aspekt kształcenia spowodowane jest narzuconym wielu respondentom przez realia ich miejsc pracy poczuciem ograniczonej merytorycznej użyteczności ich dokonań edukacyjnych w ramach kształcenia podyplomowego.

Zakłada się tym samym teoretyczną możliwość istnienia dwóch rodzajów użyteczności merytorycznej (substancjalnej): **ograniczonej** – wówczas gdy nabyte elementy wiedzy i umiejętności są korzyścią ze względu na zawarty w nich potencjał praktycznej stosowności w życiu zawodowym albo też mogą

być „od ręki” wykorzystywane w pracy zawodowej oraz **rozwiniętej** – gdy nabyte elementy wiedzy i umiejętności traktowane są jako podstawa szerszych zjawisk i procesów składających się na rozwój zawodowy. W szczególności pozwalają lepiej rozumieć świat, sprawniej funkcjonować w miejscu pracy i w życiu zawodowym, a także wzmacniają pozycję zawodową absolwenta.

Każdy z tych rodzajów użyteczności ma aspekt autoteliczny i aspekt instrumentalny (w powszechnie przyjętym rozumieniu dwóch rodzajów edukacyjnej funkcji rozwojowej), należy jednak pamiętać, że rozróżnienie to ma charakter przede wszystkim modelowy, w praktyce zaś jest trudne do empirycznego zweryfikowania.

Pośrednim potwierdzeniem tezy o dominacji postrzegania głównie ograniczonej użyteczności kształcenia podyplomowego jest fakt, że stosunkowo niewiele spośród osób, które wskazały w swoich odpowiedziach pozyskanie wiedzy i umiejętności jako merytoryczną korzyść z kształcenia podyplomowego, wskazało również któryś z wyodrębnionych w tym badaniu elementów rozwiniętej użyteczności merytorycznej. Można bowiem przyjąć założenie, iż wskazywanie tych elementów (od 2. do 4. pozycji w tab. 16) świadczy o postrzeganiu, a w konsekwencji również o istnieniu rozwiniętej użyteczności merytorycznej kształcenia podyplomowego.

Korzyści formalne

Zgodnie z definicjami podanymi w kwestionariuszach korzyści formalne polegają na tym, że świadectwo ukończenia studiów czy kursu daje uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, zajmowania określonych stanowisk, awansu w miejscu pracy itp. Tabela 17 przedstawia ogólne kategorie, w których wstępnie sklasyfikowane zostały odpowiedzi respondentów na pytanie o konkretne przykłady korzyści tego rodzaju.

Osób wskazujących na brak korzyści formalnych było wśród absolwentów dość dużo – odsetek wyrażających tego rodzaju opinie wynosił w poszczególnych grupach od 13 do 35%. Poniżej przytoczone są te odpowiedzi, w których respondenci próbowali określić uwarunkowania i przyczyny braku korzyści formalnych bądź ich nieistotności.

Te uwarunkowania i przyczyny opisywane były, po pierwsze, bardzo ogólnie, jako **praktyka** w zakładach pracy (w odróżnieniu od sfery formalnej).

Teoretycznie [korzyści formalne] istnieją, natomiast praktycznie – przykro to stwierdzić, ale żadnych.

Świadectwo ukończenia studiów daje uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, zajmowania określonych stanowisk, awansu w miejscu pracy – ale tylko teoretycznie.

Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące korzyści formalnych
(odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
(a) Brak odpowiedzi	13	21	20	18	15	53
(b) Odpowiedzi negatywne (brak korzyści formalnych); wypowiedzi krytyczne	13	35	12	17	5	2
(c) Odpowiedzi pozytywne (ogółem), w tym:	71	41	68	64	78	35
1) odpowiedzi sformułowane samodzielnie przez respondentów, w odniesieniu do ich sytuacji zawodowej	42	33	20	29	51	34
2) odpowiedzi tożsame z definicyjnym wprowadzeniem do pytania	29	8	48	35	27	1
(d) odpowiedzi nieistotne	3	3	1	2	2	10

Źródło: opracowanie własne.

Po drugie, zwracano uwagę na ogólny brak zainteresowania kierownictwa zakładu pracy podnoszeniem kwalifikacji przez pracowników. „Uzyskany przeze mnie dyplom w moim miejscu pracy nie był brany pod uwagę. Dyrekcja nie była zainteresowana ukończeniem moich studiów podyplomowych, wręcz zignorowała je”.

Po trzecie, stwierdzano, że uzyskanie dodatkowych kwalifikacji nie jest istotnym kryterium w ocenie pracownika przez kierownictwo zakładu pracy.

W praktyce działania gremiów decyzyjnych uzyskanie dyplomu nie jest ani warunkiem, ani kryterium przydatności na stanowisko.

Bardzo przydatne dla własnej satysfakcji, ale niepotrzebne w zakładaniu ZOZ-ów tzw. niepublicznych. Dyplomy nie liczą się w ogóle w konkursach na dyrektorów ZOZ-ów.

Po czwarte, według części respondentów uzyskanie dodatkowych kwalifikacji nie jest istotnym kryterium w ocenie pracownika przez kierownictwo zakładu pracy, ponieważ liczą się inne, pozamerytoryczne kryteria.

Moje świadectwo ukończenia studiów nie jest honorowane, ponieważ nie jestem z opcji politycznej, która obecnie sprawuje władzę.

Najważniejszą rolę odgrywa polityka. Nieważne, czy jesteś kompetentny, czy nie masz pojęcia o zarządzaniu, ale jesteś człowiekiem układu towarzyskiego, politycznego. Ja jestem bezpartyjny. Kierowałem ZOZ, nie mając długów, a mimo to został powołany nowy dyrektor, człowiek z opcji politycznej organu założycielskiego. ZOZ już nie istnieje. Został rozdrapany przez następną opcję polityczną, która wzięła władzę „w ręce” i obdarowała „swoich ludzi” zgromadzonym majątkiem.

Absolutnie nie osiągnąłem żadnych [korzyści formalnych]. Bez znajomości i [w sytuacji] bycia poza układem z ówczesnymi i obecnymi władzami samorządowymi moja wiedza, umiejętności, zdolności nie mają żadnego znaczenia dla obecnej i dalszej mojej pracy w SP ZOZ-ie, gdzie obecnie pracuję.

Nie były mi potrzebne [korzyści formalne], wszystko zależało od znajomości.

Żadnych korzyści formalnych – tuż po ukończeniu studiów składałam ofertę w kilku instytucjach, gdzie potrzebni byli (wg mojej opinii) tego rodzaju specjaliści i wszędzie odeszłam z kwitkiem. Zatrudniane były osoby po tzw. znajomości bez wiedzy merytorycznej.

Świadectwo ukończenia studiów to kolejny beużyteczny papierek do kolekcji. W Polsce nie ma miejsca dla młodych i wykształconych lekarzy w systemie rodzinnym. Ktoś, kogo rodzice mają tylko średnie wykształcenie i nie są związani z „klanem profesorskim”, nie ma żadnych szans, pracując w klinice uniwersytetu medycznego musi być szarą myszą, nie wychodzącą przed szereg i przytakującą zwierzchnikowi.

Korzyści formalne przynosi ukończona specjalizacja lub tzw. układy w firmie, ale nie ukończone studia podyplomowe.

Po piąte, uzyskanie dodatkowych kwalifikacji może być źle widziane przez zwierzchników, a nawet zaszkodzić pracownikowi.

Nie zostałem wykorzystany w zakładzie pracy – [zostałem] zwolniony, może zagrażałem decydom?

Nie uzyskałam awansu, a wręcz przeciwnie, ze względu na to, że moi przełożeni nie posiadali podobnego wykształcenia i mogłam stanowić „zagrożenie” zawodowe.

[Korzyści] ujemne – potencjalne zagrożenie stanowisk obecnej dyrekcji.

Wreszcie, po szóste, istnieje zasadnicza obiektywna przyczyna braku korzyści formalnych.

Pracownicy będący absolwentami nie uzyskali korzyści formalnych w związku z brakiem środków finansowych.

Korzyści formalne są w Polsce niewystarczającą formą motywacji do kształcenia podyplomowego, ponieważ większość ZOZ-ów nie ma systemów (przede wszystkim płacowych) zachęcających do podnoszenia wiedzy.

Pozytywne wypowiedzi respondentów na temat korzyści formalnych związanych z uczestnictwem w różnych cyklach kształcenia podyplomowego sklasyfikowane zostały w kilku kategoriach.

1. **Kariera zawodowa realizowana:** awans w obecnym miejscu pracy; możliwość (ułatwienie) pełnienia samodzielnych i kierowniczych funkcji, zmiany stanowiska na bardziej odpowiednie; obsadzenie stanowiska kierowniczego; korzyści materialne.

2. **Kariera zawodowa potencjalna:** uzyskanie specjalizacji, dopuszczenie do egzaminu specjalizacyjnego; dyplom, świadectwo ukończenia i związane z tym możliwości formalne; „kwity”, punkty edukacyjne⁷; uznanie kompetencji zawodowych przez zwierzchność; rozszerzenie zakresu kompetencji, także w praktyce prywatnej; spełnienie warunku przyszłej kariery zawodowej.

3. **Zwiększenie pewności pracy, umocnienie pozycji zawodowej:** spełnienie wymagań odnoszących się do jakiegoś stanowiska, utrzymanie się na stanowisku; większa pewność, bezpieczeństwo utrzymania pracy, zmniejszenie stresu z tym związanego; atut w procedurze konkursowej; możliwość zmiany pracy, zdobycia pracy.

4. **Lepsze funkcjonowanie firmy:** uzyskanie akredytacji, ułatwienie funkcjonowania firmy; umocnienie pozycji rynkowej i prestiżu firmy; sprawniejsze prowadzenie NZOZ; założenie własnego NZOZ, otwarcie prywatnego gabinetu.

Tabela 18 pokazuje odsetki odpowiedzi należących do poszczególnych kategorii w każdej z grup poddanych badaniu.

Tabela 18

Kategoryzacja samodzielnie formułowanych pozytywnych odpowiedzi na pytanie dotyczące korzyści formalnych (liczba i odsetek wskazań)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
1. Kariera zawodowa realizowana	40 61%	14 37%	7 15%	61 41%	22 36%	12 32%
2. Kariera zawodowa potencjalna	7 11%	7 18%	18 39%	32 21%	12 20%	17 46%
3. Zwiększenie pewności pracy, umocnienie pozycji zawodowej	16 24%	9 24%	8 17%	33 22%	8 13%	5 14%
4. Lepsze funkcjonowanie firmy	3 8%	8 21%	13 28%	24 16%	19 31%	3 8%
Ogółem	66 100%	38 100%	46 100%	150 100%	61 100%	37 100%

Istotność statystyczna i siła związków (bez braków odpowiedzi): I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,501$; $p = 0,000$; II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,292$; $p = 0,002$; III. Kolumny 6–7: $V = 0,334$; $p = 0,012$.

Źródło: opracowanie własne.

⁷ Opcja certyfikacyjna: samoistna wartość świadectw i dokumentów potwierdzających uczestnictwo w przedsięwzięciach edukacyjnych.

Inne korzyści osobiste

Według definicji podanych w kwestionariuszach inne korzyści osobiste to takie zmiany w wiedzy i umiejętnościach, które nie muszą wpływać bezpośrednio na działalność zawodową, lecz odczuwane są jako pozytywne rezultaty uczestnictwa w procesie kształcenia podyplomowego – np. rozwój, wzbogacenie wiedzy ogólnej bądź z określonej dziedziny, zaspokojenie ciekawości dotyczącej pewnych zagadnień, poznanie interesujących ludzi, nawiązanie korzystnych kontaktów itp. Tabela 19 przedstawia ogólne kategorie, w których wstępnie sklasyfikowane zostały odpowiedzi respondentów na pytanie o konkretne przykłady korzyści tego rodzaju.

Tabela 19

Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące innych korzyści osobistych^a
(odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Eksperti
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem	
(a) Brak odpowiedzi	7	17	18	15	51
(b) Odpowiedzi negatywne – brak innych korzyści	3	1	2	2	2
(c) Odpowiedzi pozytywne (ogółem), w tym:	88	81	81	83	42
1) Odpowiedzi pozytywne opisowe (sformułowane samodzielnie przez respondentów, w odniesieniu do ich sytuacji zawodowej)	46	44	32	39	34
2) Odpowiedzi tożsame z wprowadzeniem do pytania	42	37	48	44	8
(d) Odpowiedzi nieistotne	2	1	0,5	1	5

^a Pytania tego nie było w kwestionariuszu dla pracodawców.

Źródło: opracowanie własne.

W tab. 19 zwraca uwagę – tak jak w tabelach dotyczących innych rodzajów korzyści – znaczny odsetek braków odpowiedzi, zwłaszcza w grupie ekspertów oraz stosunkowo wysoki odsetek stereotypowych, nieoryginalnych wypowiedzi, zaczerpniętych z wprowadzenia do bloku pytań o korzyści.

Wypowiedzi negatywne i krytyczne, odnoszące się do braku lub nieistotności innych korzyści osobistych (w podanym uprzednio rozumieniu), wystąpiły w ilościach śladowych – od 1 do 3 % w poszczególnych badanych grupach respondentów. Oto przykłady:

Odświeżenie i niewielkie poszerzenie posiadanej wiedzy, ale biorąc pod uwagę bardzo wysokie koszty jej zdobycia i brak korzyści formalnych również inne korzyści są minimalne.

Żadnych, wręcz odwrotnie – straty finansowe związane z opłatą za studia, dojazdami i zakwaterowaniem.

Pozytywne odpowiedzi respondentów na pytanie o inne korzyści osobiste związane z uczestnictwem w kształceniu podyplomowym sklasyfikowane zostały w kilku kategoriach. W związku z oczywistymi trudnościami w oddzieleniu korzyści merytorycznych od „innych korzyści osobistych” wśród odpowiedzi na to pytanie znalazły się wątki wyróżnione już w pytaniach poprzednich, które w związku z tym nie zostały tutaj uwzględnione. Wyodrębnionych zostało natomiast kilka kategorii wątków osobistych, które nie odnoszą się bezpośrednio do dwóch omówionych poprzednio typów korzyści.

1. **Kontakty osobiste:** nawiązanie kontaktów, porównanie z innymi osobami z branży, wymiana doświadczeń, uczenie się od innych.

2. **Wtórne korzyści w życiu zawodowym:** większa pewność siebie w miejscu pracy, obiektywna ocena sytuacji zawodowej – własnej i innych, większy prestiż, akceptacja środowiska.

3. **Korzyści psychologiczne, wzrost samoakceptacji:** osobista satysfakcja z osiągnięcia celu, nowe doświadczenie życiowe, rozwój osobisty, wzrost poczucia własnej wartości, duma, poczucie dobrze spełnionego obowiązku.

4. **Korzyści edukacyjne o charakterze autotelicznym:** poszerzenie wiedzy ogólnej, całościowe (holistyczne) podejście do problematyki, zaspokojenie aspiracji edukacyjnych, zaspokojenie ciekawości.

5. **Inne specyficzne korzyści osobiste:** ułatwienie decyzji o zmianie pracy, zastosowanie zdobytej wiedzy w środowisku rodzinnym, w życiu codziennym, zmiana otoczenia, odskocznia od codzienności, poznanie nowych miejsc.

Tabela 20 pokazuje ilościowe rozkłady poszczególnych kategorii w czterech badanych zbiorowościach.

Niektórzy absolwenci wypowiadali się dodatkowo, wyrażnie relatywizując osobistą użyteczność kształcenia podyplomowego do okoliczności związanych z wykonywaną pracą zawodową. Oto kilka charakterystycznych fragmentów wypowiedzi respondentów – interesujących z punktu widzenia szerszych kwestii związanych z kształceniem podyplomowym podejmowanym przez osoby czynne (i doświadczone) zawodowo i pracowniczo.

Myślałem, że ukończenie studiów podyplomowych da mi możliwość sprawdzenia się na stanowisku związanym ze zdrowiem publicznym. W zasadzie nikt nie był zainteresowany umiejętnościami absolwenta, a wręcz odwrotnie, część osób czuła się jakby zagrożona tym, że przyjdzie ktoś „lepiej” i zajmie ich stanowisko. Nawet pojawiła się groźba zwolnienia.

„Przytłaczał” mnie nadmiar wiedzy, której nie mogłam wykorzystywać z różnych względów.

W/w korzyści nie przełożyły się na korzyści finansowe i możliwość awansu w miejscu pracy.

Ostatecznie, mimo rozgoryczenia, zawiedzionych nadziei, uznaję uczestnictwo w studiach za korzyść osobistą.

Niestety, moja wiedza pozwoliła mi obserwować lepiej wpadki osób na wyższych stanowiskach i postępowanie wbrew regułom.

Tabela 20

Kategoryzacja pozytywnych odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące innych korzyści osobistych (liczba i odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem	
1. Kontakty osobiste	41 44%	22 37%	32 51%	95 44%	18 60%
2. Wtórne korzyści w życiu zawodowym	10 11%	7 12%	4 6%	21 10%	3 10%
3. Korzyści psychologiczne, wzrost samoakceptacji	20 21%	13 22%	8 13%	41 19%	6 20%
4. Korzyści edukacyjne o charakterze autotelicznym	13 14%	12 20%	8 13%	33 15%	3 10%
5. Inne specyficzne korzyści osobiste	10 11%	6 10%	11 17%	27 12%	–
Ogółem	94 100%	60 100%	63 100%	217 100%	30 100%

Istotność statystyczna i siła związków: różnice między rozkładami odpowiedzi w poszczególnych zbiorowościach nie są istotne statystycznie.

Źródło: opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu dotyczącym korzyści z kształcenia podyplomowego w IMP respondentów proszono o dokonanie oceny tych korzyści za pomocą skali od 0 (brak korzyści danego rodzaju) do 5 (bardzo duże korzyści). Obliczone następnie średnie ocen dla poszczególnych rodzajów korzyści i dla poszczególnych badanych grup stanowią istotne wskaźniki postrzeganej (odczuwanej) użyteczności różnych rodzajów kształcenia. Tabela 21 umożliwia porównanie tych wskaźników.

Dane zawarte w tab. 21 pokazują, że absolwenci – w porównaniu z pracodawcami i ekspertami – znacznie gorzej oceniali odniesione przez siebie korzyści formalne z kształcenia podyplomowego, niż oceniali ten rodzaj korzyści pracodawcy i eksperci. U absolwentów oceny korzyści formalnych były średnio o 0,94 niższe od ocen korzyści merytorycznych, u pracodawców – o 0,21 zaś u ekspertów – tylko o 0,09. U absolwentów oceny korzyści formalnych były także niższe średnio o 0,73 od innych korzyści osobistych, podczas gdy w przypadku ekspertów te pierwsze przewyższały te drugie średnio o 0,18. Skąd takie zróżnicowanie? Być może pracodawcy i eksperci nie brali pod uwagę odmienności typów i rodzajów kształcenia podyplomowego (studia podyplomowe dwóch rodzajów, kursy specjalizacyjne i doskonalące). Może być również tak, że przeceniali – w porównaniu z absolwentami – użyteczność formalną

Tabela 21

Ocena korzyści, jakie przyniosło uczestnictwo w kształceniu podyplomowym (średnie arytmetyczne ocen respondentów, skala ocen od „0” do „5”)

Rodzaje korzyści	Absolwenci (A)				Pracodawcy (P) i eksperci (E^{IMP} , E^{PL})									
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem	ZPiŚ		OZE		kursy 2004		E^{PL}			
					A	P	E^{IMP}	P	E^{IMP}	P				
Korzyści merytoryczne	3,59	3,86	3,79		3,70	3,90	3,57	3,38	4,00	4,17	3,96			
Różnica	1,31	1,59	0,81		0,94	0,04	0,03	0,17	0,30	0,30	0,05			
Korzyści formalne	2,28	2,27	2,98		2,76	3,80	3,75	3,21	3,70	3,87	4,01			
Różnica	1,47	1,59	0,36		0,73	–	0,18	–	0,03	–	0,46			
Inne korzyści osobiste	3,75	3,88	3,34		3,49	–	3,57	–	3,67	–	3,55			
Ogółem (intersubiektywny wskaźnik użyteczności kształcenia)	3,21	3,34	3,37		3,32	[3,91]	3,72	[3,30]	3,79	[4,02]	3,84			

E^{IMP} – oceny dotyczące kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, E^{PL} – oceny dotyczące kształcenia podyplomowego w różnych placówkach w Polsce.

Źródło: opracowanie własne.

kształcenia podyplomowego (średnia ocen dla wszystkich trzech rodzajów kształcenia podyplomowego wyniosła u pracodawców 3,8, u ekspertów 3,75 – wobec 2,76 u absolwentów). Albo też absolwenci nie doceniają perspektywicznej użyteczności formalnej takiego kształcenia, interpretując je jako swoisty pas transmisyjny gwarantujący natychmiastową formalną i finansową promocję w miejscu pracy.

Można jednak przyjąć, że zawarte w wielu odpowiedziach absolwentów opisy niewspółmiernych do oczekiwań i kosztów formalnych korzyści w miejscu pracy bądź całkowitego braku takich korzyści (oraz niekorzystnych okoliczności towarzyszących) są wiarygodne. Wówczas wyraźnie wyższe oceny korzyści formalnych w przypadku pracodawców należałoby (przynajmniej w pewnej mierze) interpretować jako szczególnego rodzaju *wishful thinking*, zaś w przypadku ekspertów – jako brak orientacji w realiach, lub też, w obu przypadkach, jako przejaw oficjalnego, mocno zideologizowanego stanowiska w tej kwestii. Odrębną kwestią pozostaje oczywiście poziom skuteczności kształcenia, co do którego można przyjąć, że w mniejszym lub większym stopniu wpływa na tempo i zakres (także na sam fakt) pojawienia się korzyści formalnych w rezultacie kształcenia podyplomowego.

8.4. Postrzeganie warunków użyteczności kształcenia podyplomowego

W kwestionariuszach dla pracodawców i dla ekspertów zamieszczone zostało rozbudowane pytanie otwarte o to, jakie warunki powinny spełniać poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego prowadzonego w IMP, aby być maksymalnie użytecznymi: w wypadku pracodawców dla ich instytucji czy firm, zaś w wypadku ekspertów – dla sektora zdrowia. Odpowiadający na to pytanie mogli skorzystać z zaproponowanego w kwestionariuszu schematu: dla każdego z pięciu wyróżnionych rodzajów kształcenia można było opisać warunki użyteczności ujęte w trzy grupy tematyczne [zob. Aneks: kwestionariusz dla pracodawców/kwestionariusz dla ekspertów]. Całkowity bądź częściowy brak odpowiedzi na to pytanie można potraktować jako rezultat braku zainteresowania podejmowanymi w pytaniu zagadnieniami. Przyjmując takie założenie, można powiedzieć, że tab. 22 ukazuje relatywnie niewielką skalę zainteresowania respondentów-pracodawców kwestią warunków użyteczności kształcenia podyplomowego, w którym uczestniczą ich pracownicy oraz jeszcze mniejsze zainteresowanie ekspertów użytecznością kształcenia podyplomowego dla sektora zdrowia.

Zamieszczone w kwestionariuszach wypowiedzi respondentów, poddane analizie treści, pokazują sposób i kierunki myślenia o tej problematyce. Analiza

treści polegała w tym przypadku na wyróżnieniu w wypowiedziach osób badanych odrębnych rodzajowo wątków tematycznych, ustaleniu częstości ich występowania w odniesieniu do poszczególnych rodzajów kształcenia podyplomowego w IMP, a także na porównaniu częstości ich występowania w wypowiedziach pracodawców i ekspertów oraz na opisie i interpretacji występujących tutaj różnic traktowanych jako symptomy zróżnicowania dyskursu dwóch zbiorowych podmiotów zainteresowanych kształceniem podyplomowym w dziedzinie zdrowia publicznego.

Tabela 22

Odsetki pracodawców (P) i ekspertów (E), którzy odpowiedzieli na pytanie o warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w IMP^a. N(P) = 98, N(E) = 91

Rodzaje kształcenia podyplomowego	Warunki użyteczności w odniesieniu do ...					
	organizacji procesu kształcenia, opłat		programów kształcenia		rozwiązań dydaktycznych	
	P	E	P	E	P	E
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe	37	16	27	13	22	11
Studia podyplomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej	26	13	19	10	20	10
Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy	23	10	19	8	22	8
Kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy	31	13	21	11	24	8
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy	30	10	27	10	28	7
Średnia	29	12	23	10	23	9

^a Pracodawcy pytani byli o użyteczność tego kształcenia dla ich instytucji (firm), eksperci – o jego użyteczność dla sektora zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Ze względu na bardzo małe liczby wskazane w poszczególnych polach tabel uwzględniających zarówno kategorie uwarunkowań, jak i rodzaje kształcenia, a także zbiorowości respondentów nie sposób sensownie komentować czy interpretować różnice między poszczególnymi rodzajami kształcenia i wewnątrz nich. Dlatego przedstawione niżej rezultaty analizy dokonanej w odniesieniu do każdej z trzech wyróżnionych uprzednio grup uwarunkowań użyteczności kształcenia podyplomowego dotyczą tylko różnic między pracodawcami i eks-

pertami – w ramach wyodrębnionych w analizie treści kategorii uwarunkowań. Wprawdzie interpretacja zawartości tabel wynikowych jest osłabiona wskutek niezbyt dużych liczebności, zwłaszcza w zbiorowości ekspertów, można jednak potraktować ją jako pierwszą próbę diagnozy tego zróżnicowania.

Dla większej przejrzystości analizy dane w tabelach dotyczą wskazań, czyli obecności w wypowiedzi respondenta wątku zaklasyfikowanego do danej kategorii warunków użyteczności⁸. Odsetki od liczby wskazań ogółem pozwalają porównywać wagę czy znaczenie przywiązywane do poszczególnych warunków użyteczności w dwóch zbiorowościach respondentów niezależnie od liczby osób, które wykazały elementarne zainteresowanie, tzn. odpowiedziały na pytanie dotyczące tej problematyki. W ramach takiego podejścia można zatem scharakteryzować podobieństwa i różnice w postrzeganiu warunków użyteczności kształcenia podyplomowego przez reprezentantów dwóch środowisk (dwóch zbiorowych podmiotów) potencjalnie zainteresowanych takim kształceniem.

Kategoryzacja wypowiedzi pracodawców i ekspertów na temat organizacyjnych i finansowych warunków użyteczności kształcenia podyplomowego w IMP oraz częstości wskazań w poszczególnych kategoriach przedstawione są w tab. 23.

T a b e l a 23

Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do organizacji kształcenia i opłat – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań

Warunki użyteczności (kategoryzacja wypowiedzi respondentów)	Pracodawcy	Eksperci
1. Czas trwania cyklu kształcenia	39 19%	9 13%
2. Sposób organizacji zajęć	63 30%	28 39%
3. Tryb wnoszenia opłat	20 10%	10 14%
4. Wysokość opłat	44 21%	10 14%
5. Inne uwagi – dotyczące informowania o szkoleniach, zakwaterowania, zaplecza lokalowego itp.	14 7%	7 10%
Ogółem	180 100%	64 100%

Ź r ó d ł o: opracowanie własne.

⁸ W wypowiedzi jednej osoby mogły się znaleźć wątki tematyczne zaklasyfikowane do kilku kategorii, a więc mogło w niej być kilka wskazań.

Wśród pracodawców stosunkowo najwięcej wypowiedzi zawierało postulaty dotyczące sposobu organizacji zajęć oraz, w dalszej kolejności, wysokości opłat oraz czasu trwania studiów i kursów. Jeśli idzie o organizacyjno-finansowe warunki użyteczności kształcenia podyplomowego, różnice między pracownikami i ekspertami nie są istotne statystycznie. W obu badanych zbiorowościach najczęściej komentowany był sposób organizacji zajęć – przede wszystkim ich rozłożenie w czasie (częstotliwość, uwzględnienie obciążeń czasowych pracujących słuchaczy), zaś pozostałe wypowiedzi rozdzieliły się mniej więcej równomiernie na inne kategorie. Podobnie jak w tab. 21 zwraca uwagę dysproporcja w **liczbie** wskazań (a więc i wypowiedzi): eksperci wypowiadali się o warunkach użyteczności kształcenia podyplomowego w IMP znacznie rzadziej niż pracodawcy (trzy razy mniej wskazań w porównaniu z pracodawcami). Przy naturalnym w tego rodzaju badaniu założeniu znawstwa⁹ przyjmowanym w odniesieniu do członków zbiorowości ekspertów świadczyłoby to o wydatnie mniejszym niż w wypadku pracodawców zainteresowaniu organizacyjnymi i finansowymi warunkami użyteczności kształcenia.

Tabela 24 przedstawia kategoryzację wątków wyodrębnionych w wypowiedziach pracodawców i ekspertów, odnoszących się do programów kształcenia.

Tabela 24

Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do programów kształcenia – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań

Warunki użyteczności (kategoryzacja wypowiedzi respondentów)	Pracodawcy	Eksperci
1	2	3
1. Praktyczna przydatność treści programowych – postulaty ukierunkowane Więcej zajęć przydatnych w praktyce zawodowej; treści niezbędne dla wykonywania zawodu; wszystkie zagadnienia wymienione w odpowiednich ustawach; dostosowanie do programu specjalizacji, do standardów ISO. Uwzględnianie aktualnych przepisów, rozwiązań organizacyjnych, także rozwiązań w innych krajach; dostosowanie do zadań instytucji, do przepisów UE; aktualizacja, nowości	56 44%	20 36%
2. Włączanie do programu zagadnień ogólnych, podstawowych Problematyka zdrowia publicznego, środowiska i związanych z nim zagrożeń, socjologia, pedagogika zdrowia; wielodyscyplinarność studiów	7 6%	14 25%

⁹ W zakresie normatywnym, a więc pod względem tego, jak być powinno.

Tabela 24 (cd.)

1	2	3
3. Struktura czasowa i rodzajowa zajęć Postulaty zmiany (zwiększenia lub zmniejszenia) wymiaru czasowego konkretnych przedmiotów; propozycje nowych przedmiotów i zagadnień; także postulaty merytorycznego rozszerzenia, bądź zawężenia szkoleń (ogólne)	28 22%	10 18%
4. Ewaluacja programów kształcenia, wysoka jakość kształcenia, sprawdziany testowe	1 1%	8 15%
5. Inne konkretne postulaty Podstawowe pojęcia i tematy – w języku angielskim; nauka języka obcego. Obsługa komputera. Nadmiar wiedzy teoretycznej, podręcznikowej. Większe różnicowanie programów dla różnych grup pracowników	5 4%	3 5%
Ogółem	97 100%	55 100%

$V = 0,398, p = 0,000.$

Źródło: opracowanie własne.

W większości wyróżnionych kategorii wyraźnie widoczne jest, tak jak w tab. 23, mniejsze zainteresowanie tą problematyką wśród ekspertów niż wśród pracodawców (prawie dwukrotnie mniej wskazań). Natomiast w dwóch kategoriach (2 i 4) wypowiedzi ekspertów jest więcej niż pracodawców, a więc, relatywnie rzecz ujmując, zainteresowanie ekspertów jest większe. Można powiedzieć, że z perspektywy ekspertów, z założenia reprezentujących szerszy, społeczny interes, obecność w programach zagadnień podstawowych oraz ewaluacja efektów kształcenia są bardziej istotnymi warunkami użyteczności kształcenia podyplomowego niż z węższej, bardziej partykularnej perspektywy pracodawców.

Z punktu widzenia pracodawców najważniejsze jest praktyczne ukierunkowanie programów studiów i szkoleń (kategoria 1) oraz związana z tym struktura rodzajowa i wymiar czasu poszczególnych rodzajów zajęć (kategoria 3).

Tabela 25 przedstawia kategoryzację oraz ilościowe rozkłady wypowiedzi pracodawców i ekspertów w kwestii warunków użyteczności – w części dotyczącej szeroko rozumianych rozwiązań dydaktycznych.

Przy bardzo małym zainteresowaniu ekspertów tym obszarem uwarunkowań użyteczności kształcenia (trzykrotnie mniej wskazań niż w zbiorowości pracodawców) wystąpiła tutaj wyraźna przewaga ekspertów, jeśli idzie o odsetki wskazań na warunki użyteczności związane z charakterem zajęć oraz z doбором i jakością wykładowców. Znamienny jest przy tym całkowity brak zainteresowania ekspertów zagadnieniem materiałów szkoleniowych.

Tabela 25

Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do rozwiązań dydaktycznych – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań

Warunki użyteczności (kategoryzacja wypowiedzi respondentów)	Pracodawcy	Eksperci
1. Praktyczny charakter zajęć Zajęcia praktyczne, ćwiczenia, warsztaty; zajęcia problemowe, seminaryjne; <i>case study</i> , rozwiązywanie problemów „z życia”. Więcej dyskusji i samodzielnych wypowiedzi; metody aktywne (interaktywne)	43 26%	27 48%
2. Materiały szkoleniowe Umożliwienie, ułatwienie zakupu, większa dostępność; odpowiednie przygotowanie; większy zakres merytoryczny	49 29%	–
3. Wykładowcy Właściwy dobór, przygotowanie i opłacanie, zasadnicze znaczenie ich umiejętności	22 13%	19 34%
4. Nowoczesne środki dydaktyczne Nowoczesne (najnowsze) rozwiązania dydaktyczne; prezentacje, metody audiowizualne, multimedialne, Internet, <i>distance learning</i>	25 15%	6 11%
Wskazania ogółem	139 100%	52 100%

$V = 0,406, p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując ten wątek analizy, można pokusić się o skonstruowanie swoistych profili środowiskowych charakteryzujących poglądy pracodawców i ekspertów na uwarunkowania użyteczności kształcenia podyplomowego (tab. 26), a w szczególności – sygnalizujących sposób i kierunki zróżnicowania tych poglądów (tab. 27).

Tabela 26

Warunki użyteczności kształcenia w uporządkowaniu według odsetka wskazań pracodawców i ekspertów

Pracodawcy	% wskazań	Eksperci	% wskazań
1	2	3	4
1. Praktyczna przydatność treści programowych	44	1. Praktyczny charakter zajęć	48
2. Sposób organizacji zajęć	30	2. Sposób organizacji zajęć	39
3. Materiały szkoleniowe	29	3. Praktyczna przydatność treści programowych	36

Tabela 26 (cd.)

1	2	3	4
4. Praktyczny charakter zajęć	26	4. Odpowiedni wykładowcy	34
5. Struktura czasowa i rodzajowa zajęć	22	5. Włączanie do programu zagadnień ogólnych, podstawowych	25
6. Wysokość opłat	21	6. Struktura czasowa i rodzajowa zajęć	18
7. Czas trwania cyklu kształcenia	19	7. Ewaluacja programów kształcenia, wysoka jakość kształcenia, testy	15
8. Nowoczesne środki dydaktyczne	15	8. Wysokość opłat	14
9. Odpowiedni wykładowcy	13	9. Tryb wnoszenia opłat	14
10. Tryb wnoszenia opłat	10	10. Czas trwania cyklu kształcenia	13
11. Włączanie do programu zagadnień ogólnych, podstawowych	6	11. Nowoczesne środki dydaktyczne	11
12. Ewaluacja programów kształcenia, wysoka jakość kształcenia, testy	1	12. Materiały szkoleniowe	–

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 27

Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego – uporządkowanie według różnic w odsetkach wskazań pracodawców i ekspertów

Warunki użyteczności (kategoryzacja wypowiedzi respondentów)	Pracodawcy	Eksperci	Różnica
1. Materiały szkoleniowe	29	–	29
2. Praktyczny charakter zajęć	26	48	22
3. Odpowiedni wykładowcy	13	34	21
4. Postulaty dotyczące włączania do programu zagadnień ogólnych, podstawowych	6	25	19
5. Ewaluacja programów kształcenia, wysoka jakość kształcenia	1	15	14
6. Sposób organizacji zajęć	30	39	9
7. Praktyczna przydatność treści programowych	44	36	8
8. Wysokość opłat	21	14	7
9. Czas trwania cyklu kształcenia	19	13	6
10. Tryb wnoszenia opłat	10	14	4
11. Struktura czasowa i rodzajowa zajęć	22	18	4
12. Nowoczesne środki dydaktyczne	15	11	4

Źródło: opracowanie własne.

Praktyczna, związana z wykonywaną pracą przydatność treści programowych, ważna (w całokształcie użyteczności kształcenia) dla obu zbiorowości, przez pracodawców uważana jest za najważniejszy warunek użyteczności kształcenia podyplomowego. Różnica odsetka wskazań między pracodawcami i ekspertami nie jest duża (8%), jednak w połączeniu z różnicą między 1. i 3. miejscem w rankingu stanowi podstawę do stwierdzenia, że jest to warunek użyteczności wyraźnie ważniejszy dla pracodawców niż dla ekspertów.

Dogodna organizacja zajęć, zwłaszcza terminy zajęć niekolidujące z czasem pracy słuchaczy lub przynajmniej minimalizujące zakłócenia spowodowane uczestnictwem w studiach czy kursach, to warunek użyteczności kształcenia równie ważny dla pracodawców i dla ekspertów (w obu zbiorowościach 2. miejsce w rankingu przy stosunkowo niewielkiej, 9-procentowej różnicy odsetka wskazań). Konkretna pozostałość uczestnictwa w kształceniu podyplomowym – w postaci odpowiednio przygotowanych materiałów szkoleniowych, które mogą również służyć innym pracownikom – to z punktu widzenia pracodawców warunek użyteczności ważny w trzeciej kolejności (niemal *ex aequo* ze sposobem organizacji zajęć). Zwraca uwagę fakt, że wątek materiałów szkoleniowych w ogóle nie pojawia się w wypowiedziach ekspertów, co oznacza, zgodnie z przyjętą w tym badaniu regułą interpretacyjną, że dla przedstawicieli tego środowiska warunek ten nie ma znaczenia.

Dla ekspertów na 1. miejscu znajduje się praktyczny charakter zajęć (tzn. ich „ćwiczeniowość”, „życiowość”, interaktywność) – ważny również dla pracodawców, co prawda dopiero w czwartej kolejności. Zważywszy na różnicę miejsca rankingowego oraz na znaczną różnicę między odsetkami wskazań ekspertów i pracodawców (22%), można zasadnie stwierdzić, że dla ekspertów warunek ten jest nie tylko ważniejszy od innych, lecz jest także o wiele ważniejszy dla tej zbiorowości niż dla pracodawców.

W opinii ekspertów na 4. miejscu co do znaczenia dla użyteczności szkoleń i studiów podyplomowych znajdują się wykładowcy przez pracodawców usytuowani dopiero na miejscu dziesiątym. Przy znacznej różnicy odsetków wskazań (21%) wskazuje to na o wiele większe znaczenie przywiązywane do tego warunku przez ekspertów w porównaniu z pracodawcami.

Miejsca od 5. do 7. w rankingu wskazań pracodawców to kwestie organizacyjne i porządkowe, podczas gdy na stosunkowo wysokim miejscu piątym w zbiorowości ekspertów znajduje się warunek uwzględniania w programach kształcenia podyplomowego zagadnień ogólnych, czy wręcz podstawowych dla danej dziedziny – nie tylko wąskich zagadnień praktycznych. W wypowiedziach pracodawców takie wątki pojawiają się również, ale znacznie rzadziej, dając tej kategorii dopiero 11., przedostatnie miejsce w rankingu. Zaś na 7. miejscu w uporządkowaniu dla zbiorowości ekspertów usytuowany został warunek podejmowania w ramach kształcenia podyplomowego działań ewaluacyjnych, który dla pracodawców jest praktycznie bez znaczenia.

Stosowanie nowoczesnych środków dydaktycznych jest dla pracodawców równie ważne jak dobrzy wykładowcy, a nawet nieco ważniejsze od nich, ważniejsze jest także od poszerzania horyzontów i działań ewaluacyjnych; dla ekspertów zaś ma stosunkowo najmniejsze znaczenie, podobnie jak kwestie organizacyjno-finansowe.

8.5. Uczestnictwo w kształceniu podyplomowym a kariera zawodowa

Kariera zawodowa, rozumiana jako proces przechodzenia do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych kryteriów czy wymagań, w szczególności związanych z rodzajem i poziomem kwalifikacji, może być traktowana jako jedno z kryteriów ogólnie rozumianej użyteczności kształcenia, również podyplomowego. W takim ujęciu postrzeganie wpływu uczestnictwa w kształceniu podyplomowym na karierę zawodową – w określonych warunkach, przy istnieniu określonych możliwości – mogłoby być jednym z istotnych wskaźników użyteczności kształcenia tego rodzaju, oczywiście przy założeniu, iż kariera zawodowa jako taka bądź związane z nią różne okoliczności i sytuacje są korzyściami w rozumieniu osób będących podmiotami kariery.

Problematyka możliwości i warunków zrobienia kariery w określonych sferach zawodowych oraz jej związku z uczestnictwem w kształceniu podyplomowym podjęta została także w omawianym tutaj badaniu. Absolwenci różnych form kształcenia podyplomowego w IMP pytani byli, czy ich zdaniem w zakładach pracy, instytucjach, firmach, takich jak ich główne miejsca pracy, można liczyć na zrobienie kariery zawodowej; pracodawcy – czy można liczyć na to w miejscach pracy takich jak ich instytucja (firma), zaś eksperci – czy ich zdaniem w polskich instytucjach i placówkach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej można liczyć na zrobienie, kariery zawodowej ujmowanej w powyższy sposób. Rozkłady odpowiedzi na to pytanie przedstawione są w tab. 28.

Absolwenci w większości (58–64% w poszczególnych grupach) stwierdzili, że w ich miejscach pracy nie można liczyć na karierę zawodową. Zakres występowania takiej opinii w zbiorowości osób, które mają za sobą ukończone studia podyplomowe (na kierunkach zgodnych z wykonywaną pracą zawodową), kursy specjalizacyjne bądź szkolenia bezpośrednio podnoszące ich umiejętności zawodowe, wskazuje, że rola kształcenia podyplomowego w karierze zawodowej bynajmniej nie jest zasadnicza, inaczej mówiąc, że jego użyteczność nie jest wysoka, zwłaszcza jeśli rozpatrywać ją w kategoriach korzyści formalnych, które w powszechnym odczuciu są najważniejszym aspektem kariery zawodowej.

Odpowiedzi osób, które uczestniczyły w kształceniu podyplomowym trzech rodzajów, istotnie różnią się od siebie, chociaż zależność rozkładów odpowiedzi od grupy absolwentów nie jest silna. Istotnie statystycznie jest także zróżnicowanie między trzema zbiorowościami respondentów. Poglądy pracodawców istotnie różnią się od poglądów absolwentów i ekspertów: większość osób z tej zbiorowości dostrzega możliwości zrobienia kariery w instytucjach systemu zdrowia – co może być przykładem działania znanej reguły zdroworozsądkowej, głoszącej, że „punkt widzenia zależy od punktu siedzenia”. Interesująca różnica występuje między absolwentami i ekspertami: przy takim zakresie opinii negatywnych o możliwościach kariery zawodowej w instytucjach systemu zdrowia ci drudzy są bardziej radykalni w negowaniu tych możliwości.

Tabela 28

Dostrzeganie możliwości zrobienia kariery zawodowej w polskich instytucjach i placówkach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej (liczba i odsetek respondentów)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Zdecydowanie tak	8 6%	3 3%	10 5%	21 5%	13 13%	–
(b) Raczej tak	45 33%	32 32%	53 26%	130 29%	46 47%	29 32%
(c) Raczej nie	55 40%	34 34%	89 44%	178 40%	26 27%	45 49%
(d) Zdecydowanie nie	25 18%	26 26%	40 20%	91 21%	5 5%	9 10%
(e) Inna odpowiedź, uwagi dodatkowe ^a	12 9	20 20%	23 11%	53 12%	8 8%	8 9%
Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%

^a Inne odpowiedzi i uwagi przeważnie towarzyszyły dokonaniu uprzednio wyborowi jednej z możliwości odpowiedzi (a, b, c, d), dlatego odsetki mogą nie sumować się do 100.

Istotność statystyczna i siła związków (bez innych odpowiedzi i uwag): I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,266$; $p = 0,002$; II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,278$; $p = 0,000$; III. Kolumny 6–7: $V = 0,363$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Uwagi i komentarze zamieszczone przy tym pytaniu jako „inne odpowiedzi (uwagi dodatkowe)” ilustrują obecne u znacznej części badanych (w tym u większości absolwentów i ekspertów) przeświadczenie o tym, że o karierze

zawodowej decydują inne niż podnoszenie kwalifikacji czynniki. Dodatkowe wypowiedzi pogrupowane zostały w czterech kategoriach: komentarze, relatywizacje, oceny pozytywne i oceny negatywne. Przez niektóre osoby formułowane były zamiast wskazania jednej z gotowych odpowiedzi na pytanie, u innych zaś stanowiły uzupełnienie i rozwinięcie standardowej odpowiedzi – dlatego odsetki w tabeli nie zawsze sumują się do 100.

W komentarzach niektórzy respondenci powstrzymując się od bezpośrednich ocen (tak jak w poniższych przykładach) zwracali uwagę na zakłócenia w relacji kształcenie podyplomowe – kariera zawodowa w miejscu pracy.

Ukończenie Szkoły [studiów podyplomowych] powoduje nałożenie nowych obowiązków, co wiąże się ze zwiększeniem odpowiedzialności, lecz nie znajduje wyrazu w wynagrodzeniu.

Wynagrodzenie w Inspekcji Sanitarnej nie jest satysfakcjonujące ani w stosunku do wykształcenia, ani do ogromu realizowanych zagadnień merytorycznych oraz zajmowanego stanowiska. Przyczynia się to do odchodzenia młodych specjalistów [do] lepiej płatnej płacy.

Stanowiska kierownicze zajmują w moim zakładzie ludzie bez studiów albo w trakcie studiów, a konkursy na te stanowiska przesuwają się aż do momentu ukończenia przez nich tych studiów.

Rzadko której instytucji zależy na kształceniu pracowników, raczej boją się, że po podniesieniu kwalifikacji [pracownicy] odejdą.

Komentarze innych respondentów dotyczyły różnych aspektów kariery zawodowej.

Zdobywanie wiedzy umożliwi mi sprawniejsze zarządzanie NZOZ-em¹⁰.

Powrót do zawodu (rezygnacja z pracy w firmie międzynarodowej) można traktować jako karierę w sferze merytorycznej, ale już nie w sferze materialnej.

Maksymalnym osiągnięciem u nas jest II stopień specjalizacji z medycyny pracy.

Pozostałe komentarze w różny sposób omijały istotę pytania.

Myślę, że kariery zawodowej już nie zrobię, ale cieszę się, że mogę być czynna zawodowo i jestem potrzebna, a poza tym – mój umysł pracuje nadal.

Prowadzę prywatną praktykę i nie potrafię określić jak to przebiega w publicznych i niepublicznych zakładach służby zdrowia.

Drugą z wyróżnionych kategorii innych, dodatkowych wypowiedzi było relatywizowanie możliwości zrobienia kariery zawodowej. Zależy ona, zdaniem niektórych respondentów, od bliżej niesprecyzowanych okoliczności.

Niektóre osoby awansują w miarę zdobywania stosownych uwarunkowań, inne uzupełniają wiedzę po awansie.

Czasami tak, czasami nie (układy).

¹⁰ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej.

Raczej nie, ale przy dobrym zbiegu okoliczności jest to możliwe.

Wszystko zależy od okoliczności – w pewnych sytuacjach jest to możliwe, częściej raczej NIE.

Autorzy odpowiedzi relatywizujących podkreślali także niejednakową sytuację w różnych miejscach pracy.

Dotyczy to mojej obecnej firmy. W poprzedniej, dla której podjęłam studia podyplomowe – zdecydowanie nie.

W obecnym miejscu pracy, gdzie stanowiska są obsadzone „dożywno” raczej nie. W przypadku większego ruchu na nich (np. odchodzenie na emeryturę) jest to możliwe.

W odniesieniu do poprzednich zakładów pracy [miejsc pracy respondenta]: WSSE i TSSE¹¹ – zdecydowanie nie, Stoczniowy ZOZ – raczej tak.

Ewentualnie w placówce naukowej. Nie w szpitalu ani przychodni.

Zdecydowanie tak – w jednostkach akademickich; raczej tak – w szpitalach; raczej nie – w tzw. lecznictwie otwartym.

Wskazywano również na kwestie rynkowe i administracyjne, a także na zrelatywizowanie możliwości kariery do wieku.

Kariera zależy od rynku pracy i od konkurencji.

Awans jest zależny od polityki kadrowej, a ten z kolei od wizji rozwoju firmy a nie wizji przetrwania.

W obecnej chwili (rok po ukończeniu studiów podyplomowych) wybrałabym odpowiedź „raczej nie”, chociaż ze względu na wiek (34 lata) mogę jeszcze liczyć na zrobienie kariery w miejscu pracy.

Oceny negatywne i pozytywne w „innych odpowiedziach” w większości stanowiły rozwinięcie czy uzasadnienie odpowiednich wskazań w zamkniętej części pytania. Niemal wszystkie wypowiedzi mające charakter ocen negatywnych dotyczyły pozamerytorycznych (niezwiązanych z poziomem kwalifikacji) czynników ograniczających bądź uniemożliwiających karierę zawodową, takich jak niedofinansowanie instytucji zdrowotnych, spłaszczona struktura organizacyjna, restrykcyjne przepisy sprzyjające inercji kadrowej, znaczna rola „układów”, znajomości czy koneksji, stosowanie klucza politycznego w obsadzaniu wyższych stanowisk, blokowanie awansów przez przełożonych, traktowanie przez nich wyższych kwalifikacji podwładnego jako czynnika zagrożenia dla własnej pozycji zawodowej. W nielicznych ocenach pozytywnych respondenci powoływali się na przykłady karier zawodowych związanych z uzyskaniem dodatkowych kwalifikacji (wiedzy, umiejętności, uprawnień).

¹¹ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Terenowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna.

Następne pytanie dotyczyło czynników wpływających na karierę zawodową w instytucjach systemu zdrowia. Respondenci byli proszeni o uszeregowanie kilku grup czynników według ich znaczenia czy siły wpływu na karierę zawodową w tych instytucjach. Grupie czynników wskazanej jako najważniejsza (najsilniej wpływająca na karierę zawodową) przypisywano w analizie 5 punktów, czynnikom wskazanym jako ważne w drugiej kolejności 4 punkty, następnym 3, 2 i 1 punkt. Zbiorcza, uśredniona punktacja rankingowa wyrażająca intersubiektywnie ocenianą ważność poszczególnych czynników dla każdej z pięciu badanych grup przedstawiona jest w tab. 29.

We wszystkich trzech zbiorowościach absolwentów oraz w zbiorowości ekspertów najważniejszą co do siły wpływu na karierę zawodową okazała się być grupa czynników określona w kwestionariuszu jako zdolność wtapiania się w zastane układy. Wiedza i umiejętności zawodowe – czynniki bezpośrednio związane z uczestnictwem w procesach edukacyjnych, także w ramach kształcenia podyplomowego – wśród absolwentów studiów podyplomowych z zakresu zdrowia publicznego i środowiskowego (ZPiŚ) oraz absolwentów kursów i szkoleń znalazły się na drugim miejscu, ale już dla absolwentów studiów podyplomowych w zakresie organizacji, zarządzania i ekonomiki zdrowia (OZE) są to czynniki o relatywnie najmniejszym znaczeniu. Dość kiepsko oceniają tę grupę czynników również pracodawcy (4. miejsce w rankingu) i eksperci (3. miejsce). Zdolności organizatorskie, menedżerskie znalazły się na drugim miejscu wśród pracodawców, ekspertów oraz absolwentów OZE i na 3. miejscu – niezbyt ważnym – wśród absolwentów ZPiŚ i absolwentów kursów. Zaskakujące i zrozumiałe dopiero w kontekście realiów polityki personalnej wielu polskich firm i instytucji (bardzo często zresztą – w kontekście braku takiej polityki) jest 1. miejsce, jakie wśród pracodawców zajął przypadek, zbieg okoliczności; w pozostałych badanych zbiorowościach ta grupa czynników zajęła dalsze miejsca, jeśli idzie o siłę oddziaływania na karierę zawodową.

Wskazanie „innych czynników” pociągało za sobą możliwość swobodnej wypowiedzi o tym, jakie to czynniki. Wielu respondentów skorzystało z tej możliwości, częściowo wskazując na czynniki nieuwzględnione w zamkniętej części pytania kwestionariuszowego, częściowo zaś precyzując i konkretyzując ogólne sformułowania tam zamieszczone. Analiza treści 229 wypowiedzi umożliwiła wyodrębnienie szeregu wątków tematycznych, które następnie podzielone zostały na kilka kategorii.

1. Układy i intrygi (65% wskazań/wątków): układy towarzysko-polityczne, znajomości, protekcja, koneksje rodzinne, nepotyzm, poparcie przez układ polityczny. Przynależność do organizacji społecznej (np. związków zawodowych), przynależność partyjna. Dobre podejście do pracodawcy, oportunizm; dobre kontakty z kierownictwem. Donosicielstwo, lizusostwo, nielojalność, dwulicowość.

Tabela 29

Czynniki wpływające na karierę zawodową według ocenionej przez respondentów siły wpływu (średnia punktacja rankingowa, skala 1–5)

Kategorie odpowiedzi	Absolwenci										Pracodawcy			Eksperci	
	ZPiŚ		OZE		kursy 2004		ogółem								
	średnia	ranga	średnia	ranga	średnia	ranga	średnia	ranga	średnia	ranga	średnia	ranga	średnia	ranga	
(a) Przypadek, zbieg okoliczności	2,66	4	3,01	3	2,57	4	2,75	4	3,61	1	2,61	4			
(b) Posiadana wiedza i umiejętności zawodowe	3,43	2	2,89	5	3,59	2	3,30	3	3,17	4	3,03	3			
(c) Zdolności organizatorskie, menedżerskie	3,34	3	3,45	2	3,42	3	3,40	2	3,27	2	3,36	2			
(d) Zdolność wtapiania się w zastane układy	3,68	1	4,04	1	3,63	1	3,78	1	3,18	3	3,74	1			
(e) Coś innego	2,42	5	3,00	4	2,75	5	2,72	5	2,41	5	1,56	5			

Źródło: opracowanie własne.

2. Zalety „pracownicze” – oceniane na podstawie zachowań związanych z pracą (9%): samodzielność, inicjatywa, zaangażowanie, odpowiedzialność; zainteresowania merytoryczne. Zdolność do pracy w wielu zakresach zawodowych; dyspozycyjność, elastyczność w kontaktach zawodowych, pracowitość, uczciwość. Ambicja, odpowiednie umotywowanie pracownika. Umiejętności komunikowania się, współpracy z innymi. Gotowość poświęcenia życia rodzinnego; duży wysiłek niewspółmierny do wynagrodzenia.

3. Pragmatyka administracyjna (9%): spełnianie formalnych wymagań. Praktyka, doświadczenie zawodowe, staż pracy, wiek. Referencje. Decyzje szefa, dyrektora. Sytuacja na rynku pracy. Dobra pozycja firmy. Zmiany organizacyjne.

4. Osobowość, charakter, kultura osobista (7%): osobowość, cechy charakteru. Kultura osobista, urok osobisty, błyskotliwość, „czucie”. Niekonfliktowość. Autoreklama, umiejętność wykreowania się, prezencja „kierownicza”.

5. Wykształcenie (1%): formalne wykształcenie. Ranga ukończonych studiów podyplomowych (kierunkowych), specjalizacji.

6. Inne wątki (7%): wykorzystanie sprzyjających okoliczności, zapotrzebowanie na określone usługi, szczęście. Wygląd, głos. Sytuacja materialna, finansowa. Zdrowe stosunki międzyludzkie, podejście kierownictwa i współpracowników.

Absolwenci i ich pracodawcy oceniali również, czy kształcenie podyplomowe w IMP, w którym uczestniczyli (bądź w którym uczestniczyli ich pracownicy), miało, ma, czy też może będzie mieć wpływ na ich karierę zawodową. Ekspersi oceniali, po pierwsze, wpływ kształcenia podyplomowego realizowanego w różnych placówkach krajowych na kariery zawodowe pracowników sektora zdrowia oraz, po drugie, wpływ kształcenia realizowanego w IMP na kariery zawodowe osób tam kształconych. Rozkłady odpowiedzi w trzech grupach respondentów przedstawia tab. 30.

Absolwenci OZE i kursów stosunkowo najczęściej oceniali wpływ uczestnictwa w kształceniu podyplomowym na karierę zawodową jako co najwyżej niewielki (45% stwierdziło, że nie ma ono żadnego wpływu na ich karierę zawodową), przy czym była to ocena wyraźnie gorsza niż w przypadku absolwentów ZPiŚ. Można powiedzieć, że w wąskim, „karierotwórczym” aspekcie kształcenie podyplomowe odczuwane jest przez większość badanych absolwentów jako pozbawione użyteczności lub mało użyteczne.

W przypadku wszystkich trzech rodzajów kształcenia podyplomowego pracodawcy i eksperci najwyraźniej unikali odpowiedzi „nie ma wpływu” – albo nie chcąc występować przeciwko oficjalnej ideologii korzystnego wpływu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, albo też z przekonaniem prezentując stanowisko zgodne z tą ideologią.

Tabela 30

Dostrzeganie wpływu uczestnictwa w kształceniu poddyplomowym na karierę zawodową (liczba i odsetek respondentów)

Kategorie wpływu	Absolwenci (A)				Pracodawcy (P) i eksperci (E ^{IMP} , E ^{PL})							
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem	ZPiŚ		OZE		kursy 2004			E ^{PL}
					P	E ^{IMP}	P	E ^{IMP}	P	E ^{IMP}		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
(a) Nie ma wpływu	38 28%	45 45%	93 45%	176 40%	3 3%	2 2%	6 6%	3 3%	5 5%	5 6%	7 8%	
(b) Niewielki wpływ	43 31%	18 18%	64 31%	125 28%	15 15%	19 21%	17 17%	16 18%	15 15%	10 11%	48 53%	
(c) Dość duży wpływ	33 24%	20 20%	29 14%	82 19%	28 29%	16 18%	14 14%	19 21%	26 27%	12 13%	31 34%	
(d) Bardzo duży wpływ	14 10%	8 8%	5 2%	27 6%	12 12%	5 5%	6 6%	3 3%	13 13%	12 13%	3 3%	
(e) Brak odpowiedzi, odpowiedź nieistotna	9 7%	9 9%	14 7%	32 7%	40 41%	49 54%	55 56%	50 55%	39 40%	52 57%	2 2%	
Ogółem	137 100%	100 100%	205 100%	442 100%	98 100%	91 100%	98 100%	91 100%	98 100%	91 100%	91 100%	

E^{IMP} – oceny dotyczące kształcenia poddyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, E^{PL} – oceny dotyczące kształcenia poddyplomowego w różnych placówkach w Polsce.

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,243$; $p = 0,001$; II. Kolumny 2–6–7: $V = 0,541$; $p = 0,000$; III. Kolumny 3–8–9: $V = 0,576$; $p = 0,000$; IV. Kolumny 4–10–11: $V = 0,648$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

Warto zwrócić uwagę na to, że przedstawione dane świadczą nie tylko o znacznych różnicach w ocenianiu wpływu kształcenia podyplomowego na karierę zawodową przez osoby należące do poszczególnych badanych zbiorowości. Uwagę zwraca wyjątkowo duży (średnio 46%) odsetek braków odpowiedzi i odpowiedzi nieistotnych w kategorii pracodawców, wskazujący, jak się zdaje, na dość często wśród nich spotykaną obojętność bądź ignorancję w stosunku do problematyki dotyczącej podnoszenia kwalifikacji i karier zawodowych ich pracowników. Ten rezultat dodatkowo potwierdza oceny absolwentów przedstawione uprzednio (zob. tab. 12–14), które zawierały w sobie sugestię braku zainteresowania lub nawet niechęci niektórych pracodawców wobec podejmowania przez ich pracowników kształcenia podyplomowego¹². Niewiedza ekspertów o wpływie kształcenia podyplomowego w IMP na kariery zawodowe absolwentów występowała nawet częściej niż w przypadku pracodawców (średnio 55% braków odpowiedzi), ale to akurat można uznać za usprawiedliwione w kontekście minimalnych braków danych w ocenach sytuacji ogólnej, niewymagających konkretnej wiedzy o działalności kształceniowej konkretnej instytucji.

W odpowiedzi na następne pytanie ci z respondentów, którzy wybrali którąś z pozytywnych odpowiedzi na pytanie poprzednie opisywali, na czym polega (lub będzie polegał) wpływ kształcenia podyplomowego na karierę zawodową¹³. Wypowiedzi pogrupowane zostały w kilku ogólnych kategoriach, tak jak to ukazuje tab. 31.

Osoby, które na pytanie o wpływ (oczywiście pozytywny) kształcenia podyplomowego – w Instytucie Medycyny Pracy (oraz – jak w wypadku pytań do ekspertów – w różnych placówkach krajowych) na karierę zawodową absolwentów odpowiedziały negatywnie, proszone były o napisanie, dlaczego tego wpływu nie było, nie ma czy nie będzie. Odpowiedzi były dość zróżnicowane. Wśród rozmaicie werbalizowanych wątków wyróżnionych zostało kilka kategorii, występujących z różną częstotliwością w badanych zbiorowościach.

¹² Niektórzy pracodawcy nie wiedzą o uczestnictwie swoich pracowników w kształceniu podyplomowym, czemu dawali wyraz odsyłając niewypełnione kwestionariusze z odpowiednim komentarzem. Przyczyną tej niewiedzy może być właśnie brak zainteresowania albo też niepowiadanie zakładu pracy przez pracowników, aby nie ryzykować niechęci pracodawcy. Trzeba przy tym pamiętać, że w pewnej liczbie przypadków ów brak zainteresowania czy wręcz niechęć może wynikać z rzeczywistego bądź pozornego, czasem dotkliwie odczuwanego braku możliwości sfinansowania uczestnictwa pracownika/ów w kształceniu podyplomowym. Nakładają się na to inne kwestie, takie jak wspomniana w odpowiedziach absolwentów obawa o stanowiska, swoista „zazdrość kompetencyjna” czy obawa o osłabienie swojej pozycji na lokalnym rynku pracy.

¹³ Kariera zawodowa pojmowana jest przez niektórych respondentów szerzej niż ujmowała to definicja przedstawiona im w kwestionariuszu. W tym rozszerzonym rozumieniu kariera zawodowa obejmuje również spełnianie wymogów formalnych umożliwiających dalszą pracę na zajmowanym stanowisku. Ten wątek w wypowiedziach respondentów zaliczany był do kategorii (b) – „formalne aspekty kariery”.

Tabela 31

Ogólna kategoryzacja wypowiedzi dotyczących wpływu kształcenia podyplomowego na karierę zawodową (liczba i odsetek wskazań na poszczególne wątki)

Kategorie wątków w wypowiedziach	Absolwenci				Pracodawcy	Eksperci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Rozwój zawodowy (merytoryczne aspekty kariery zawodowej), uzyskanie specjalizacji, rozwój firmy (w przypadkach działalności gospodarczej)	34 27%	21 42%	81 66%	136 45%	49 50%	9 26%
(b) Formalne aspekty kariery (głównie awans, pozytywnie oceniana zmiana stanowiska pracy)	79 63%	27 54%	30 24%	136 45%	41 42%	23 66%
(c) Materialne (dochodowe i zarobkowe) aspekty kariery	13 10%	2 4%	12 10%	27 9%	8 8%	3 9%
Ogółem (liczba wskazań)	126 100%	50 100%	123 100%	299 100%	98 100%	35 100%

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,382$; $p = 0,000$; II. Kolumny 5–6–7: brak istotnego związku

Źródło: opracowanie własne.

1. **Nieprzydatność merytoryczna** danego cyklu kształcenia podyplomowego w głównym miejscu pracy (na następnym szczeblu kariery); ograniczony (wąski) zakres kształcenia (zbyt teoretyczne); ograniczony zakres oddziaływania danego cyklu kształcenia; przydatność tylko formalna (np. jako jeden z administracyjnie ustanowionych elementów kształcenia specjalistycznego).

2. **Nieprzydatność w związku brakiem zainteresowania** w miejscu pracy stanem wykształcenia (wykwalifikowania) personelu; brak wpływu (tylko niewielki wpływ) na zarobki; brak uznania dla nabytych kwalifikacji; brak zainteresowania ich wykorzystaniem, brak zrozumienia ich potrzeby ze strony pracodawcy; brak związku między uzyskanymi kwalifikacjami (uprawnieniami) a zmianami w życiu zawodowym.

3. **Nieprzydatność ze względu na dominację w sferze pracy kryteriów pozamerytorycznych i nieformalnych.** Brak „strukturalnych” możliwości awansu; brak jasnych zasad awansu, rotacji, weryfikacji kluczowych stanowisk; poczucie zagrożenia ze strony kierownictwa; układy, znajomości, protekcja.

4. **Brak instytucjonalizacji, sformalizowania kariery zawodowej.** Brak formalnego, związanego z wąsko rozumianą karierą zawodową wpływu na wykonywaną pracę, tylko wpływ merytoryczny; „jeszcze za wcześnie na myślenie o karierze”; zastosowanie zdobytych uprawnień, wiedzy i umiejętności

(kompetencji) tylko w praktyce prywatnej (w pracy dodatkowej, w dodatkowym zarobkowaniu).

5. **Użyteczność tylko „zachowawcza”, brak użyteczności „rozwojowej”.** Tylko formalne usankcjonowanie (także uporządkowanie, ewentualnie umocnienie) stanu faktycznego, tzn. posiadanych uprzednio kwalifikacji); awans nie wchodzi w grę, chodzi o utrzymanie stanowiska (pracy, *status quo*); kształcenie podyplomowe jako zabezpieczenie na przyszłość.

6. **Brak dążenia do kariery zawodowej.** Brak możliwości (także chęci) dalszej kariery zawodowej – ze względu na wiek (emeryci), brak zdolności, już osiągnięte stanowisko (osiągnięty ostatni szczebel kariery), zbyt duża konkurencja, deficyt określonych rodzajów pracy, ograniczony rynek pracy; studia dla własnej satysfakcji.

7. **Brak dążenia do kariery zawodowej.** Brak możliwości (także chęci) dalszej kariery zawodowej – ze względu na wiek (emeryci), brak zdolności, już osiągnięte stanowisko (osiągnięty ostatni szczebel kariery), zbyt duża konkurencja, deficyt określonych rodzajów pracy, ograniczony rynek pracy; studia dla własnej satysfakcji.

Można zasadnie przyjąć, że kategorie te – grupy zbliżonych tematycznie wątków relacjonujących postrzegane przez respondentów przyczyny braku pozytywnego oddziaływania kształcenia podyplomowego na karierę zawodową – są w istocie przyczynami nieużyteczności takiego kształcenia, przy czym owa nieużyteczność ujęta jest tutaj wąsko, tylko w kontekście kariery zawodowej jako korzyści potencjalnie stymulowanej czy kreowanej przez uczestnictwo w przedsięwzięciu edukacyjnym. Tabela 32 przedstawiającej rezultaty analizy i uporządkowania materiału, jaki uzyskany został za pomocą tego otwartego pytania.

Tabela 32

Przyczyny braku pozytywnego wpływu kształcenia podyplomowego na karierę zawodową (liczba i odsetek wskazań na poszczególne wątki)^a

Kategorie braku użyteczności kształcenia podyplomowego dla kariery zawodowej	Absolwenci				Pracodawcy	Emeryci
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem		
1	2	3	4	5	6	7
(a) Nieprzydatność merytoryczna	–	2 4%	18 17%	20 10%	–	5 31%
(b) Nieprzydatność w związku brakiem zainteresowania w miejscu pracy	21 43%	17 33%	28 26%	66 32%	1 5%	5 31%
(c) Nieprzydatność ze względu na dominację kryteriów pozamerytorycznych i nieformalnych	21 43%	21 41%	19 18%	61 29%	7 37%	3 19%

Tabela 32 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
(d) Brak instytucjonalizacji, sformalizowania kariery zawodowej	1 2%	1 2%	17 16%	11 5%	10 53%	–
(e) Użyteczność tylko „zachowawcza”, brak użyteczności „rozwojowej”	1 2%	5 10%	13 12%	19 9%	–	3 19%
(f) Brak dążenia do kariery zawodowej	5 10%	5 10%	13 12%	23 11%	1 5%	–
Ogółem (liczba wskazań)	49 100%	51 100%	108 100%	208 100%	19 100%	16 100%

^a Niektóre z tych kategorii nie są rozłączne, stanowiąc w istocie różne aspekty szerszych uwarunkowań braku użyteczności kształcenia podyplomowego.

Istotność statystyczna i siła związków: I. Kolumny 2–3–4: $V = 0,440$; $p = 0,000$; II. Kolumny 5–6–7: $V = 0,521$; $p = 0,000$.

Źródło: opracowanie własne.

ROZDZIAŁ 9

Użyteczność kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalistycznego w autoocenie lekarzy medycyny pracy

Od pewnego czasu formułowane są opinie sygnalizujące występowanie przestarzałych elementów w kształceniu specjalistycznym w dziedzinie medycyny pracy oraz nieuwzględniania w nim nowszych, upowszechniających się w krajach Unii Europejskiej tendencji w zakresie kształcenia lekarzy medycyny pracy – specjalistów mających sprawować opiekę zdrowotną nad pracującymi¹. W projekcie badawczym, którego rezultaty przedstawione są w tym rozdziale, chodziło m. in. o ustalenie, czy i w jakim stopniu polscy lekarze medycyny pracy uświadamiają sobie te anachronizmy i nieadekwatności oraz w jakim zakresie i z jaką intensywnością sami oceniają krytycznie program i sposób kształcenia specjalistycznego w swojej dziedzinie.

Lekarze medycyny pracy, którzy w ramach realizacji tego projektu zostali objęci badaniem, mieli oczywiście możliwość skonfrontowania procesu kształcenia specjalistycznego i jego efektów z praktyką, zatem są, jako grupa profesjonalna, najbardziej wiarygodnym źródłem czy podmiotem oceny użyteczności tego kształcenia, jak również mogą być autorami sensownych postulatów dotyczących jego przyszłości.

W sytuacji wzrastającej potrzeby modyfikowania programów kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie, w szczególności ich rychłego praktycznego skonfrontowania ze standaryzacyjnymi tendencjami i propozycjami odnoszącymi się do kształcenia lekarzy medycyny pracy w Unii Europejskiej (Macdonald 1999), zasadne wydawało się podjęcie projektu badawczego dotyczącego oceny

¹ Zob. np. Indulski, Boczkowski, Mikulski (1998a, 1998b); Boczkowski, Kopias (1999); Boczkowski (2001, 2004), teksty dotyczące m. in. prac nad europejskimi wymaganiami odnoszącymi się do kształcenia lekarzy medycyny pracy mających sprawować opiekę zdrowotną nad pracującymi oraz konfrontacji tych postulowanych wymagań z polskim programem kształcenia specjalistycznego lekarzy medycyny pracy; *Musimy zmienić system...* (2004), (rozmowa z prof. dr. hab. med. K. Rydzyńskim w istotnych fragmentach dotycząca anachronizmów i nieadekwatności w kształceniu specjalistycznym w dziedzinie medycyny pracy).

przez lekarzy medycyny pracy własnych kompetencji nabytych podczas kształcenia specjalistycznego. W związku z tym konceptualizacja projektu znalazła swój wyraz m. in. w analizie porównawczej podstawowych dokumentów programowych kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy: programu specjalizacji realizowanego w Polsce i projektu takiego programu opracowanego w profesjonalnych strukturach Unii Europejskiej.

Cele projektu były następujące: 1) uzyskanie wielostronnej i wiarygodnej oceny użyteczności kompetencji (wiedzy, umiejętności, postaw) nabywanych podczas cyklu podyplomowego kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy, 2) ustalenie zakresu i intensywności postrzegania anachronizmów, braków i nieadekwatności występujących w programie kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie oraz 3) uzyskanie od ekspertów – lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy – postulatów dotyczących przyszłości tego kształcenia.

Badaniami przeprowadzonymi w 2006 r. objętych zostało 820 dobranych losowo lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, którzy specjalizację uzyskali w różnych krajowych ośrodkach oraz 15 ekspertów – m. in. dyrektorów WOPM i kierowników specjalizacji. Metodami badawczymi były: 1) ankieta pocztowa rozsyłana do lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (wypełnione kwestionariusze odesłało 288 respondentów, co stanowi 35% badanej próby) oraz 2) rejestrowany fonicznie wywiad pogłębiony (swobodny, z tzw. listą poszukiwanych informacji).

Kwestionariusz ankiety pocztowej (zob. Aneks 12) miał na celu uzyskanie od respondentów wieloaspektowych ocen odnoszących się, po pierwsze, do użyteczności² kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy ujmowanego jako całość, po drugie – do poszczególnych elementów programu kształcenia w tej dziedzinie oraz, po trzecie, do postulowanych ogólnoeuropejskich (unijnych) wymagań pod adresem ośrodków kształcących specjalistów w dziedzinie medycyny pracy. W swobodnych wypowiedziach respondentów pojawiały się także postulaty odnoszące się do zawartości merytorycznej kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie oraz do prawnych, administracyjnych i organizacyjnych regulacji praktycznej działalności lekarza medycyny pracy.

Pytania zamieszczone w kwestionariuszu dotyczyły następujących zagadnień:

1) motywy podejmowania przez lekarzy specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy;

2) korzyści, jakie może przynieść lekarzowi uzyskanie specjalizacji w tej dziedzinie;

² Użyteczność – w nawiązaniu do społeczno-ekonomicznej teorii utylitaryzmu oraz socjologicznej teorii wymiany – rozumiana jest tutaj jako generowanie korzyści trzech rodzajów: (1) merytorycznych, (2) formalnych oraz (3) innych korzyści osobistych.

3) wpływ posiadania tej specjalizacji na karierę zawodową w systemie zdrowia;

4) ocena przygotowania poprzez kształcenie specjalizacyjne do realizacji głównych zadań lekarza medycyny pracy;

5) ocena faktycznego realizowania w praktyce zawodowej głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy;

6) ocena stopnia realizacji w praktyce lekarza medycyny pracy w Polsce projektowanych w Unii Europejskiej ról zawodowych i funkcji (zakresów działania) lekarza o takiej specjalizacji;

7) ocena satysfakcjonujących korzyści materialnych i niematerialnych z działalności zawodowej lekarza medycyny pracy i sposobów ich powiększenia;

8) ocena prestiżu, jakim praca lekarzy tej specjalności cieszy się w społeczeństwie w ogóle, w populacji pracujących i w szerszym środowisku lekarskim.

Celem pogłębionych wywiadów z ekspertami w dziedzinie medycyny pracy było uzyskanie ich ocen i opinii na temat programu specjalizacji, jej przebiegu, adekwatności realizowanego programu do modelu i praktyki sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi, a także postulatów dotyczących modyfikacji programu specjalizacji i sposobu kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy.

W badaniu uczestniczyli doświadczeni lekarze specjaliści medycyny pracy, sprawujący znaczące funkcje w systemie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi: dyrektorzy wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i ich zastępcy ds. medycyny pracy, kierownicy działów konsultacyjnych i działów organizacji nadzoru i szkolenia wómp-ów (wojewódzkich ośrodków medycyny pracy), konsultanci wojewódzcy w dziedzinie medycyny pracy. Eksperci wypowiadali się m. in. na temat motywów podejmowania specjalizacji z medycyny pracy i prestiżu tej specjalizacji w środowisku zawodowym, treści i zakresu przekazywanej wiedzy w procesie kształcenia specjalizacyjnego, przydatności tej wiedzy w praktyce lekarza medycyny pracy, warunków organizacji kursów i stażów specjalizacyjnych, znaczenia ustawodawstwa dla realizacji zadań profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Eksperci ocenili również bieżącą sytuację oraz perspektywy rozwoju specjalizacji i systemu służby medycyny pracy.

9.1. Akceptacja roli zawodowej lekarza medycyny pracy i motywów specjalizowania się w tej dziedzinie

Ze względu na kwestie etyczne i problemy odpowiedzialności oraz w związku z postępującym rozdrobnieniem specjalizacyjnym różnicującym zadania i sposoby pełnienia roli zawodowej lekarza analiza tej roli jest od dawna podejmowanym przedsięwzięciem badawczym (Ben-David 1958, Sherman 1998, Guen et al. 2004).

Podstawą teoretyczną prowadzonych analiz jest zwykle koncepcja roli zawodowej jako specyficznej roli społecznej. Pojęcie roli społecznej wykorzystywane w naukach społecznych do wyjaśniania powiązań pomiędzy strukturą społeczną i osobowościowymi dyspozycjami jednostki oznacza względnie stały i wewnętrznie spójny system zachowań, będących reakcjami na oczekiwania i zachowania innych osób i przebiegających według kulturowo ustalonego wzoru (Walczak-Duraj 2006). Warunkiem prawidłowego pełnienia roli jest nie tylko wiedza i umiejętności umożliwiające realizację oczekiwanych zachowań, ale także akceptacja norm i wartości przypisanych do danej roli oraz istnienie odpowiedniego mechanizmu motywacyjnego skłaniającego do podejmowania zachowań. Mechanizm motywacyjny, czyli rodzaj i siła motywów regulujących zachowania, stanowi jeden z głównych obszarów badań nad rolami społecznymi.

Pojęcie roli społecznej funkcjonuje w teorii socjologicznej w dwóch odmiennych podejściach. W podejściu strukturalistycznym rola społeczna to zinstytucjonalizowane normatywne wiązki praw i zobowiązań, natomiast podejście socjopsychologiczne koncentruje się na aktywnych procesach związanych z jej tworzeniem, przyjmowaniem i odgrywaniem (Marshall 2005). Natomiast specyfika roli zawodowej polega na podejmowaniu czynności mających na celu wytworzenie przedmiotu lub usług; czynności te są podstawą ekonomicznego bytu osoby pracującej i stanowią źródło jej pozycji społecznej i prestiżu. Zachowania w roli zawodowej lekarza oparte są na wiedzy i umiejętnościach zdobytych w procesie kształcenia przed- i podyplomowego i charakteryzują się wysokim stopniem sformalizowania; odnoszą się do pacjentów i podopiecznych, do innych lekarzy oraz personelu medycznego i paramedycznego, a także do instytucji ochrony zdrowia.

Rola lekarza jest komplementarna w stosunku do roli chorego, w pewnym stopniu nadaje ona lekarzowi władzę nad pacjentem (Tobiasz-Adamczyk 2002). W większej mierze odnosi się to jednak do lekarzy zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem, natomiast w mniejszym stopniu do lekarzy związanych z promocją zdrowia i poradnictwem, m. in. do lekarzy medycyny pracy, gdzie powinny przeważać stosunki bardziej partnerskie (Indulski, Opala-Dudek 1984). W przypadku roli zawodowej lekarza medycyny pracy integralną częścią zachowań zawodowych jest współpraca z pracodawcą i innymi instytucjami ochrony zdrowia pracujących, zaś główną cechą odróżniającą rolę lekarza medycyny pracy od innych specjalności lekarskich jest profilaktyczne ukierunkowanie czynności zawodowych i brak działalności leczniczej (Byczkowska, Dawydzik 1999). W przepisach określających rolę lekarza medycyny pracy postuluje się włączenie do zakresu roli funkcji informacyjnych i doradczych, polegających na informowaniu pracowników i pracodawców o ryzyku zdrowotnym i doradzaniu w sprawie doskonalenia warunków pracy (*Sytuacja zawodowa...* 1998; *Program specjalizacji...* 2003).

Taki kształt roli zawodowej jest daleki od tradycyjnego zestawu zachowań w roli lekarza i może nie tylko nastręczać trudności w realizacji roli, ale przede wszystkim wpływać na odmienną – niż przy podejmowaniu innych specjalizacji – motywację wyboru specjalizacji z medycyny pracy i w efekcie, kształtować zachowania zawodowe nie zawsze ukierunkowane na realizację celów systemu służby medycyny pracy. Funkcjonowanie w wybranej roli zawodowej może być całkowite i satysfakcjonujące lub też być przyczyną niezadowolenia i ciągłej frustracji (Czerniawska, Dolata 2005). Również rola zawodowa lekarza medycyny pracy bywa nie w pełni akceptowana i nie każdy jej element odgrywany jest z zaangażowaniem.

Wybór roli zawodowej jest jedną z ważniejszych decyzji w życiu człowieka i jednym ze składników budowania obrazu własnej osoby. Wybór roli zawodowej lekarza medycyny pracy zakłada dwa etapy. W pierwszym dokonuje się wyboru zawodu lekarza, w drugim zaś określonego kształcenia specjalistycznego. Czynnikiami decydującymi w wyborze studiów lekarskich mogą być: zainteresowania człowiekiem, chęć realizowania powołania, zainteresowanie naukami przyrodniczymi, chęć uzyskania dużego dochodu i wysokiego statusu społecznego (Pawełczyk et al. 2007). Z kolei różne specjalizacje w obrębie wiedzy medycznej wymagają różnych cech osobowości, predyspozycji i zainteresowań. Można wyróżnić tutaj dwie grupy czynników wpływających na wybór określonej specjalizacji. Po pierwsze, będą to czynniki psychologiczne, takie jak: określone zainteresowania i zamiłowania, zdolności, wiedza i doświadczenie, plany i aspiracje, a także postawy i nastawienie do rzeczywistości oraz poziom świadomości społecznej (Sowa 1995). Obok czynników psychologicznych wybór specjalizacji warunkują, po drugie, także czynniki strukturalne, takie jak: dostępność danej specjalizacji, zdanie na odpowiednim poziomie egzaminu kwalifikującego, zapotrzebowanie systemu opieki zdrowotnej na lekarzy o określonej specjalizacji, warunki społeczne i ekonomiczne. Ważne może być także zetknięcie się z określoną specjalnością poprzez wzorce rodzinne czy sugestie nauczycieli akademickich (Pawełczyk et al. 2007; Trzeciak 1999).

Akceptacja roli zawodowej

Odpowiadając na jedno z pierwszych pytań kwestionariusza, respondenci wymieniali posiadane niezależnie od medycyny pracy (medycyny przemysłowej) specjalizacje lekarskie. Ich lista przedstawiona w tab. 33 nie uwzględnia stopni specjalizacji, ponieważ nie wszyscy respondenci precyzyjnie odpowiedzieli na to pytanie. Oprócz specjalizacji z medycyny pracy, 61% badanych posiadało inne specjalizacje; wśród nich 40% miało jedną specjalizację, 18% – dwie, a 3% – miało trzy specjalizacje inne niż medycyna pracy.

Jednym z ważnych wskaźników poziomu akceptacji roli lekarza medycyny pracy jest deklaracja ponownego wyboru tej specjalności. Czy respondenci zdecydowaliby się ponownie wybrać specjalizację z medycyny pracy? Na to pytanie 76% badanych odpowiedziało twierdząco, zaś 19% dokonałoby innego wyboru (5% nie udzieliło odpowiedzi). Jak to się ma do już posiadanych innych specjalizacji bądź ich braku?

Tabela 33

Inne niż medycyna pracy specjalizacje lekarskie posiadane przez respondentów
(według liczby osób)

Specjalizacja (nazewnictwo według wypowiedzi respondentów)	Liczba respondentów
Choroby wewnętrzne	116
Medycyna rodzinna	20
Organizacja ochrony zdrowia	18
Medycyna ogólna	13
Chirurgia	8
Dermatologia i wenerologia	7
Pediatrya	6
Medycyna morska i tropikalna; Otolaryngologia, laryngologia (także dziecięca); Reumatologia	po 5
Medycyna społeczna	4
Analityka lekarska, kliniczna; Anestezjologia i intensywna terapia; Balneologia i medycyna fizykalna; Choroby płuc; Ginekologia i położnictwo; Neurologia; Rehabilitacja (ogólna, medyczna)	po 3
Choroby zakaźne; Epidemiologia; Kardiologia; Okulistyka; Radiologia i diagnostyka obrazowa	po 2
Gastroenterologia; Higiena i epidemiologia; Higiena pracy; Medycyna kolejowa; Medycyna transportu; Psychiatria; Stomatologia	po 1

Źródło: opracowanie własne.

Odsetki odpowiedzi pozytywnych i negatywnych na pytanie o ponowny wybór specjalizacji z medycyny pracy, traktowane przez nas jako wskaźnik poziomu akceptacji bądź braku akceptacji roli zawodowej specjalisty w tej dziedzinie, mogą być różnicowane przez czynniki o charakterze obiektywnym (cechy społeczno-demograficzne), tworzące bogatsze (składające się z większej liczby elementów), bądź uboższe (składające się z mniejszej liczby elementów) profile społeczno-demograficzne – sprzyjające i niesprzyjające akceptacji dokonanego kiedyś wyboru.

Profil społeczno-demograficzny jest opartą na elementarnej analizie statystycznej uzyskanego materiału uporządkowaną prezentacją sprzyjających bądź

niesprzyjających oddziaływań wszystkich wchodzących w grę zmiennych społeczno-demograficznych (niezależnych) na wystąpienie określonej kategorii zmiennej niezależnej.

W analizie profilowej przyjmujemy, że im większa siła wpływu poszczególnych elementów profilu sprzyjającego/niesprzyjającego oraz im więcej elementów profilu występuje w przypadku konkretnej osoby, tym większe jest prawdopodobieństwo zakwalifikowania jej do określonej kategorii zmiennej zależnej

W analizach relacjonowanych w dalszym ciągu opracowania będą brane pod uwagę wszystkie charakteryzujące respondentów w tym badaniu cechy społeczno-demograficzne (zmienne niezależne): płeć, wiek, miejsce uzyskania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy, okres uzyskania specjalizacji w tej dziedzinie, miejsce (miejsca) pracy, staż zawodowy w charakterze lekarza medycyny pracy, posiadanie innych niż medycyna pracy specjalizacji lekarskich.

Na profil sprzyjający składają się te kategorie zmiennych niezależnych, do których należą stosunkowo największe odsetki badanych osób (odsetki wyższe od średniej), zaś na profil niesprzyjający – kategorie obejmujące stosunkowo najniższe odsetki respondentów (zawsze niższe od średniej). W profilach uwzględnione zostały tylko takie kategorie zmiennych niezależnych, których związki z daną zmienną niezależną (wyjaśnianą) były istotne statystycznie przynajmniej na poziomie $p = 0,05$ (siła związku obliczana była za pomocą miernika V Cramera). Brak w zestawieniu jakiejś zmiennej niezależnej (cechy społeczno-demograficznej) oznacza brak istotnego oddziaływania tej zmiennej na zmienną zależną, a więc jej nieprzydatność w objaśnianiu różnicowania zmiennej zależnej.

Należy przypomnieć, że zastosowane tu ujęcie profilowe – charakterystyka z zakresu statystyki opisowej – pokazuje pewne tendencje w kształtowaniu się warunków, w jakich może zaistnieć określone różnicowanie poszczególnych zmiennych zależnych. Dla możliwie jak najszerszego przedstawienia tych tendencji w zestawieniach profilowych uwzględnione zostały także te cechy społeczno-demograficzne, których związek ze zmiennymi wyjaśnianymi (oraz różnicujący wpływ na rozkład tych zmiennych) był niezbyt silny.

Tabela 34 przedstawia – w ujęciu profilowym – te kategorie zmiennych niezależnych, które sprzyjają, oraz te, które nie sprzyjają deklaracji ponownego wyboru specjalizacji z medycyny pracy, a więc, w myśl przyjętego założenia, akceptacji bądź brakowi akceptacji własnej roli zawodowej specjalisty w tej dziedzinie.

Najczęściej akceptują wybór specjalizacji z medycyny pracy: (1) mężczyźni, (2) osoby posiadające kilka innych specjalizacji niż medycyna pracy, (3) osoby pracujące w ochronie zdrowia pracujących (ozp) nie dłużej niż 30 lat, (4) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1991–2005, (5) osoby zatrudnione w kilku miejscach pracy, (6) osoby prowadzące prywatną praktykę i/lub zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Stosunkowo najrzadziej akceptują ten wybór: (1) kobiety, (2) osoby nieposiadające innych specjalizacji oraz posiadające jedną specjalizację inną niż medycyna pracy, (3) osoby pracujące w ozp 31 i więcej lat, (4) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1958–1970 lub 1981–1990, (5) osoby zatrudnione w jednym miejscu pracy, (6) osoby zatrudnione w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, womp-ach lub instytucjach naukowo-badawczych.

Tabela 34

Deklaracja ponownego wyboru specjalizacji z medycyny pracy – średnio 76% badanych

Cecha i miernik siły związku	Profil sprzyjający	Profil niesprzyjający
Płeć ($V = 0,216$; $p < 0,001$)	Mężczyźni (87%)	Kobiety (69%)
Posiadanie innych specjalizacji ($V = 0,192$; $p = 0,001$)	2 lub 3 inne specjalizacje (89%)	Brak lub 1 specjalizacja (73%)
Staż w medycynie pracy ($V = 0,192$; $p < 0,01$)	2–30 lat (85%)	31 i więcej lat (65%)
Okres uzyskania specjalizacji ($V = 0,129$; $p < 0,05$)	1991–2005 (84%)	1958–1970, 1981–1990 (średnio 62%)
Liczba miejsc pracy ($V = 0,127$; $p < 0,05$)	Więcej niż 1 miejsce pracy (81%)	1 miejsce pracy (72%)
Miejsce(a) pracy ^a ($V = 0,124$; $p < 0,01$)	Publiczny ZOZ (86%) Prywatna praktyka (82%)	Niepubliczny zoz (74%) Inne miejsca pracy (średnio 65%)

^a Odsetki liczone w stosunku do liczby wskazań na miejsca pracy poszczególnych rodzajów.

Źródło: opracowanie własne.

Analiza profiliw sprzyjającego i niesprzyjającego akceptacji roli zawodowej lekarza medycyny pracy pozwala wysunąć przypuszczenie, iż swoją rolę zawodową i wybór sprzed lat częściej akceptują osoby, którym powiodło się w zawodzie lekarza w ogóle. Są to osoby bardziej aktywne zawodowo. Pracują w kilku miejscach, a więc prawdopodobnie są bardziej zadowolone ze swojej sytuacji materialnej. Posiadają kilka innych specjalizacji poza medycyną pracy, więc prawdopodobnie są też bardziej zadowolone ze swojej sytuacji profesjonalnej, jako że dyferencjacja umiejętności i uprawnień oraz związana z tym możliwość zróżnicowania swojej działalności zawodowej w znacznym stopniu niweluje poczucie deprywacji czy swoistego upośledzenia zawodowego („lekarz medycyny pracy, to lekarz, który nie leczy” (*Ja nie chcę...* 2007)), a także sprzyja osiągnięciu lepszej pozycji zawodowej, czy też zrobieniu kariery zawodowej. Być może są to osoby bardziej ambitne, podejmujące większy wysiłek w wypracowanie zadowalającej pozycji zawodowej (kilka specjalizacji i miejsc pracy). Bardziej skłonni do akceptacji są również ci lekarze, którzy tę specjali-

zając uzyskali już po przełomie społeczno-politycznym oraz po ustawowych zmianach w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia pracujących, a więc wybierali ją świadomi istniejących warunków ekonomicznych i rozwiązań prawnych (obejmujących na przykład zlikwidowanie obowiązku zatrudniania przez pracodawcę lekarza zakładowego czy pewnych przywilejów, jakimi cieszyli się lekarze medycyny pracy – zresztą ze względu na dominujące w okresie realnego socjalizmu założenia ideologiczno-propagandowe).

Gdyby możliwy był ponowny wybór, 73 respondentów (27%)³ wybrałoby specjalizację inną niż medycyna pracy⁴. Jedną specjalizację wymienili 44 osoby (15%), więcej niż jedną – 21 osób (9%), zaś innych odpowiedzi, niewskazujących na konkretne specjalizacje, udzieliło 8 osób (3%).

Osoby, które wybrałyby specjalizację inną niż medycyna pracy, w większości uzasadniały w kwestionariuszu swoje preferencje. Niektóre wypowiedzi wyraźnie ukazują krytyczne nastawienie respondentów do posiadanej przez nich specjalizacji z medycyny pracy. Nastawienie to jest w istocie krytyczną oceną subiektywnie postrzeganej użyteczności tej specjalizacji, użyteczności zarówno zawodowej, jak i życiowej, egzystencjalnej. Oto przykłady:

Wybrałbym internę. Na pewno nie wybrałbym medycyny pracy, która ma bardzo niski prestiż w środowisku lekarskim i poza nim.

Choroby wewnętrzne [oraz] kardiologia, reumatologia. Specjalizacje te są bardziej „medyczne” niż medycyna pracy, dają większe możliwości działań medycznych (diagnozowanie, leczenie) i realizowania się jako lekarz medycyny.

Choroby wewnętrzne: kontakt z chorym pacjentem i leczeniem. W tej [medycyna pracy] specjalności człowiek jawieje.

Specjalności kliniczne – pochodne chorobom wewnętrznym. Bezpośredni kontakt z pacjentami, relacje wzajemnego zaufania – przynoszą większą satysfakcję w pracy lekarza i widoczne efekty leczenia chorych, niesienia im pomocy. To jest zupełnie inny rodzaj współpracy niż to wynika z zadań medycyny pracy.

Okulistyka, ze względu na możliwość leczenia i dlatego, że jest to specjalność zabiegowa.

Radiologia, okulistyka, alergologia, pulmonologia. Dają duże możliwości zarówno leczenia zachowawczego, jak i diagnostyki oraz o wiele większą satysfakcję z sukcesów osiągniętych w diagnostyce i leczeniu.

Choroby wewnętrzne lub medycyna rodzinna – większa możliwość zatrudnienia.

Zabiegową – obecnie medycyna pracy jest zbyt zbiurokratyzowana.

Ze względu na złe opłacanie służby zdrowia medycyna pracy pomaga poprawić sytuację finansową lekarzy. Specjalizacja z medycyny pracy w większości nie jest marzeniem, ale sprawą zdroworozsądkową.

³ Osób, które odpowiedziały na pytanie o to, jaką specjalność wybrałyby zamiast medycyny pracy, było wyraźnie więcej niż tych, dla których pytanie to było w założeniu przeznaczone, tzn. osób nieakceptujących swojego niegdysiejszego wyboru.

⁴ Zdecydowana większość spośród tej grupy wskazała specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych (25 osób – jako jedyną specjalność, 32 osoby – jako jedną z kilku specjalności). 12 osób wskazało medycynę rodzinną, 9 okulistikę, po 5 – dermatologię i pediatrię; pojedyncze osoby wymieniały inne specjalności.

Po analizie wypowiedzi uzasadniających hipotetyczny wybór innej niż medycyna pracy specjalizacji lekarskiej można wskazać dwie grupy przyczyn takiego wyboru.

Po pierwsze, są to przyczyny związane z satysfakcją z pracy i możliwościami rozwoju zawodowego: chęć leczenia ludzi i kontaktu z pacjentami, w szczególności zaś wielokrotnie podkreślana „zabiegowość” wybieranej innej niż medycyna pracy specjalizacji; wszechstronność niektórych innych specjalizacji i większe możliwości rozwoju profesjonalnego w ramach tych specjalizacji. Zwracano też uwagę na mniejsze zbiurokratyzowanie pracy w innych specjalnościach lekarskich oraz na ich wielokrotnie wyższy prestiż – zarówno w środowisku lekarskim, jak i poza nim.

Po drugie, są to przyczyny materialne: większa możliwość wyboru miejsca zatrudnienia, w tym możliwość pracy za granicą; wyższe zarobki, m. in. związane z możliwością zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia i podejmowania prac dodatkowych. Opcja „materialna” znalazła swoisty kontrpunkt w wypowiedzi wskazującej na to, że specjalizacja z medycyny pracy pozwala poprawić sytuację finansową lekarza, a jej wybór wynika ze zdroworozsądkowej kalkulacji. W szczególny sposób wzmacnia to argumenty zakwalifikowane do pierwszej grupy przyczyn podnoszone w wypowiedziach respondentów.

Uzasadnienia wyboru innej specjalizacji niż medycyna pracy ukazują wyraźny brak akceptacji zasadniczych elementów aktualnej roli lekarza medycyny pracy, czyli działań ukierunkowanych na profilaktykę i troskę o bezpieczne miejsce pracy.

Motywy wyboru specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy

W kontekście powyższych ustaleń interesujące są powody, które skłoniły badanych do specjalizowania się w zakresie medycyny pracy oraz hierarchizacja tych powodów ze względu na ich znaczenie dla badanego środowiska profesjonalnego. W kolejnym pytaniu kwestionariusza przedstawione zostały typowe powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy, a zadanie respondentów polegało na wskazaniu trzech najważniejszych powodów oraz zaznaczenie, który z nich wpłynął na wybór w pierwszej kolejności, który w drugiej, a który w trzeciej.

W tab. 35 zamieszczone są rozkłady procentowe odpowiedzi, zakres (częstość) występowania poszczególnych powodów (% osób wskazujących dany powód) oraz syntetyczny wskaźnik znaczenia⁵ każdego z powodów dla badanych lekarzy.

⁵ Wskazaniom na występowanie danego powodu w pierwszej, drugiej lub trzeciej kolejności przypisane zostały wagi (odpowiednio: 3, 2 i 1), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik znaczenia jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez dany powód i maksymalnej (teoretycznie możliwej do uzyskania) liczby punktów – tutaj było to 864 (3 x 288 respondentów). Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowity brak postrzegania

Wśród powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy wyodrębnić można – zarówno ze względu na częstość wskazań, jak i na znaczenie (deklarowaną przez respondentów siłę wpływu na decyzję o podjęciu specjalizacji) – trzy grupy: powody najbardziej istotne, średnio istotne i stosunkowo najmniej istotne dla badanych specjalistów w dziedzinie medycyny pracy.

Tabela 35

Najważniejsze motywy podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w dziedzinie medycyny pracy
(kolumny 2–5: %, N = 288)

Motywy specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej)	W 1. kolejności	W 2. kolejności	W 3. kolejności	Zakres (2+3+4)	Wskaźnik znaczenia
1	2	3	4	5	6
(a) Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy	26	24	14	64	0,46
(b) Względna łatwość dostania się na tę specjalizację	7	10	12	29	0,17
(c) Względna łatwość ukończenia tej specjalizacji	4	8	13	24	0,13
(d) Względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji	13	16	14	43	0,28
(e) korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji	10	19	16	46	0,28
(f) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją)	36	15	7	58	0,48
(g) Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które respondent/ka chciał/a/ objąć	9	9	11	30	0,19

Źródło: opracowanie własne.

Powody najistotniejsze dla badanej grupy lekarzy, tzn. najczęściej przez nich wskazywane oraz posiadające, w ich opinii, największe znaczenie to, po pierwsze, (f) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją) i po drugie, (a) zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy⁶.

danego powodu w badanej grupie osób, zaś „1” – postrzeganie danego powodu w pierwszej kolejności przez wszystkie osoby z badanej grupy.

⁶ Warto zwrócić uwagę na fakt, że powód (f) wyraźnie częściej niż powód (a) wymieniany jest jako najważniejszy w pierwszej kolejności.

Powody średnio istotne, to (d) względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji oraz (e) korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji.

Powody stosunkowo najmniej istotne, to w opinii respondentów: (g) konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć, (b) względna łatwość dostania się na tę specjalizację i (c) względna łatwość ukończenia tej specjalizacji.

Należy tutaj wspomnieć o nieodłącznie towarzyszącej takim analizom dwuistości interpretacyjnej. Respondenci byli pytani **teraz** o powody, jakie kierowały nimi **kiedyś** – często przed wieloma laty. Pojawia się zatem kwestia, na ile to, co respondenci deklarowali w trakcie badania, było mniej lub bardziej wiernym **odtworzeniem** niegdysiejszych motywacji, na ile zaś **projekcją** późniejszych (wobec okresu podejmowania decyzji o specjalizowaniu się z medycyny pracy) doświadczeń zawodowych i osobistych. Rozstrzygnięcie tej kwestii jest zarazem dokonaniem wyboru między dwoma sposobami interpretacji uzyskanych w badaniu rezultatów. Jednak to rozstrzygnięcie, gdy nie dysponujemy w analizie socjologicznej materiałami z pogłębionych badań psychologicznych przeprowadzonych na tej samej próbie, możliwe jest tylko poprzez przyjęcie odpowiednich założeń. I tak, jeśli przyjmiemy, że wiarygodna odpowiedź na pytanie o powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy była odtworzeniem sytuacji sprzed lat, wówczas należałoby interpretować ją zgodnie ze schematem: odpowiedź X → respondent kierował się powodem X. Jeśli natomiast założymy, iż wiarygodna odpowiedź na to pytanie jest efektem zadziałania psychologicznego mechanizmu projekcji, wówczas należałoby interpretować ją według innego schematu: odpowiedź X → obecny stan świadomości respondenta ukształtowany w wyniku doświadczeń osobistych i zawodowych skłania go do stwierdzenia, iż kierował nim powód X.

Mogło być oczywiście tak, że mechanizm projekcji zadziałał częściowo – tylko w odniesieniu do niektórych spośród zadeklarowanych przez respondenta powodów, albo że jedne powody wzmocnił, inne zaś osłabił z obecnej perspektywy. Mogło być również tak, że jedne z wymienionych w kwestionariuszu powodów były bardziej podatne na projekcję (np. powody „a” czy „e”), a inne mniej lub wcale (np. powody „f”, „g” lub powody z grupy „innych”). Również oddziaływanie poszczególnych cech czy sytuacji obiektywnych może być mniej lub bardziej podatne na interpretację „rekonstrukcyjną” bądź „projekcyjną”. O ile więc istotne zróżnicowanie odsetków wskazań ze względu na płeć należałoby interpretować raczej jako bezpośredni wpływ tej cechy na motywację podjęcia specjalizacji (rekonstrukcja), o tyle zróżnicowanie ze względu na takie czynniki, jak stanowisko czy miejsce pracy, można by interpretować raczej jako projekcję późniejszych doświadczeń na faktyczną sytuację decyzyjną sprzed lat.

W różnych momentach analizy można przyjmować pierwsze bądź drugie założenie i, odpowiednio, pierwszy bądź drugi schemat interpretacyjny.

W każdym jednak wypadku drugie z założeń i drugi schemat powinny stanowić szerszy kontekst interpretacji uzyskanych odpowiedzi.

W dalszej analizie powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy podjęta została próba ustalenia, jakie cechy czy sytuacje obiektywne oddziaływały na wskazywanie danego powodu, a więc na posiadanie przez badanych określonych motywacji do podjęcia tej specjalizacji (interpretacja według pierwszego schematu) bądź na ich doświadczenia zawodowe i osobiste rzutujące w określony sposób na obecne postrzeganie dawniejszych motywacji.

Tabela 36 pokazuje, które ze zmiennych społeczno-demograficznych oddziałują na wskazywanie przez osoby badane poszczególnych motywów podjęcia specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej). Korelaty poszczególnych motywów/powodów specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy układają się w swoiste profile społeczno-demograficzne sprzyjające pojawianiu się w odpowiedziach respondentów poszczególnych powodów.

Społeczno-demograficzna typologia motywów wyboru specjalizacji

(a) Motyw zainteresowania wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy wskazało 64% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby posiadające kilka specjalizacji innych niż medycyna pracy (77%), (2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 2001–2005 (79%), (3) osoby specjalizujące się w IMP w Łodzi (73%), (4) mężczyźni (70%).

(b) Względna łatwość dostania się na specjalizację z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) jako powód wyboru tej właśnie dziedziny wskazało 29% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1958–90 (34%), (2) osoby nieposiadające innych specjalizacji oraz osoby z trzema specjalizacjami (średnio 35%), (3) osoby w wieku 50 i więcej lat (34%), (4) osoby pracujące w tej specjalności 31 i więcej lat (35%), (5) osoby zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i/lub w womp-ach (średnio 37%).

(c) Względna łatwość ukończenia specjalizacji jako powód wyboru medycyny pracy (medycyny przemysłowej) wskazało 24% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby, które uzyskały tę specjalizację w latach 1958–70 (40%), (2) osoby, które uzyskały specjalizację w innych niż IMP w Łodzi ośrodkach specjalizacyjnych (33%), (3) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat oraz 31 i więcej lat (średnio 31%).

(d) Kolejny powód (motyw) podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy – względną łatwość znalezienia zatrudnienia po jej uzyskaniu – wskazało 43% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby nieposiadające innych specjalizacji (55%), (2) osoby zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (55%).

Związki pomiędzy cechami społeczno-demograficznymi a motywami^a podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy
(miernik siły związku i poziom istotności statystycznej)

Motywy podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej)	Cechy społeczno-demograficzne						
	płeć	wiek	okres uzyskania specjalizacji z mp	staż pracy w ochronie zdrowia pracujących	miejsce uzyskania specjalizacji z mp	specjalizacje inne niż medycyna pracy	miejsce pracy ^b
(a) Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy	V = 0,131 p < 0,03	Brak związku	V = 0,227 p < 0,04	Brak związku	V = 0,143 p = 0,05	V = 0,190 p < 0,02	Brak związku
(b) Względna łatwość dostania się na tę specjalizację	Brak związku	V = 0,139 p = 0,02	V = 0,146 p < 0,01	V = 0,113 p = 0,05		V = 0,147 p = 0,02	V = 0,100 p < 0,05
(c) Względna łatwość ukończenia tej specjalizacji	Brak związku	Brak związku	V = 0,119 p < 0,02	V = 0,154 p < 0,01	V = 0,162 p < 0,01	Brak związku	Brak związku
(d) Względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji	Brak związku	Brak związku	Brak związku	Brak związku	Brak związku	V = 0,190 p = 0,001	V = 0,131 p < 0,01
(e) Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji	V = 0,222 p = 0,000	V = 0,146 p < 0,02	V = 0,192 p = 0,002	V = 0,276 p = 0,000	Brak związku	Brak związku	Brak związku
(f) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją)	Brak związku	V = 0,144 p = 0,05	V = 0,139 p = 0,03	V = 0,118 p < 0,05	Brak związku	V = 0,152 p = 0,01	Brak związku

(g) Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które respondent/ka chciał/a/ objąć	Brak związku	Brak związku	Brak związku	V = 0,109 p = 0,05	Brak związku	V = 0,164 p = 0,02	V = 0,096 p < 0,05
---	--------------	--------------	--------------	-----------------------	--------------	-----------------------	-----------------------

^a Pod uwagę brany jest zakres (częstość) występowania poszczególnych powodów w badanej zbiorowości, czyli odsetek wskazań na dany powód – bez względu na kolejność, w jakiej był wskazywany przez respondentów.

^b Odsetki liczone w stosunku do liczby wskazań na miejscu pracy poszczególnych rodzajów.

Źródło: opracowanie własne.

(e) Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy jako powód podjęcia tej specjalizacji wskazało 46% badanych⁷. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby, które pracują w tej specjalności do 20 lat oraz 41 i więcej lat (średnio 57%), (2) mężczyźni (60%), (3) osoby, które specjalizację uzyskały w latach 1991–2005 (57%), (4) osoby w wieku 35–49 lat (60%).

(f) Konieczność lub potrzebę spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem jako powód podjęcia specjalizacji z medycyny pracy wskazało 58% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby posiadające inne specjalizacje (66%), (2) osoby, które uzyskały specjalizację w latach 1991–2005 (64%), (3) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat (69%), (4) osoby w wieku 40–59 lat (65%).

(g) Konieczność lub potrzebę spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciałoby się objąć jako powód podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy wskazało 30% badanych. Istotnie częściej wskazywały ten motyw: (1) osoby posiadające kilka specjalizacji innych niż medycyna pracy (56%), (2) osoby pracujące w tej specjalności 11–20 lat oraz 41 lat i więcej (średnio 37%), (3) osoby zatrudnione w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, instytucjach naukowo-badawczych i/lub wómp-ach.

Analiza wpływu poszczególnych cech społeczno-demograficznych na określone motywy podejmowania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy jest ważnym uzupełnieniem analizy profilowej. Jej wyniki przedstawione są poniżej w pewnym uproszczeniu – w każdej ze zmiennych społeczno-demograficznych wyróżnione zostały tylko dwie rozłączne kategorie, co sprzyja większej przejrzystości interpretacyjnej.

Płeć różnicowała wskazania na dwa spośród branych pod uwagę siedmiu motywów. Mężczyźni częściej, a kobiety rzadziej kierowały się w wyborze specjalizacji z medycyny pracy motywem poznawczym (zainteresowaniem) oraz motywem spodziewanych korzyści materialnych.

Wiek różnicował wskazania na trzy spośród siedmiu analizowanych motywów. Osoby starsze (w wieku powyżej 50 lat) częściej niż osoby młodsze (do 50 lat) wskazywały motyw względnej łatwości dostania się na tę specjalizację oraz

⁷ Spodziewane korzyści materialne są dość częstym motywem podejmowania specjalizacji z medycyny pracy. Należy w tym miejscu przypomnieć, iż pełnienie roli lekarza przemysłowego nie było w przeszłości związane z wolnym rynkiem świadczeń i rzadko było postrzegane jako intratna specjalność pod względem zarobków. Sytuacja ta uległa zmianie dopiero po reformie systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi, kiedy wprowadzono wolny rynek świadczeń i znaczna część lekarzy medycyny pracy zaczęła prowadzić prywatną praktykę. Jednak i w poprzednim systemie dodatkowymi korzyściami materialnymi było np. służbowe mieszkanie czy w wielu przypadkach korzystne przywileje emerytalne lekarzy przemysłowych, np. emerytura górnicza.

motyw konieczności spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem. Osoby młodsze częściej niż osoby starsze wskazywały motyw spodziewanych korzyści materialnych.

Okres uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) różnicował wskazania na pięć spośród siedmiu motywów. Osoby, które uzyskały ją w okresie do 1990 r. częściej niż osoby specjalizujące się później (w latach 1991–2005) wskazywały motywy względnej łatwości dostania się na tę specjalizację oraz jej ukończenia. Osoby specjalizujące się w latach 1991–2005 częściej wskazywały motyw poznawczy, motyw korzyści materialnych i motyw konieczności spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciało się objąć.

Także staż pracy w ochronie zdrowia pracujących różnicował wskazania na pięć motywów. Osoby mające dłuższy staż w tym podsystemie (przeszło 20 lat) częściej niż osoby o krótszym stażu (do 20 lat) wskazywały motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację z medycyny pracy i jej ukończenia. Osoby mające krótszy staż w medycynie pracy częściej wskazywały motyw korzyści materialnych oraz motywy związane z koniecznością spełnienia wymagań czy kryteriów w związku ze stanowiskiem czy funkcją.

Wiek, okres uzyskania specjalizacji oraz staż w medycynie pracy w podobny sposób różnicują określone motywy i dotyczą w istocie tego, **kiedy** uzyskana była specjalizacja. Głębsza analiza związków między tymi trzema cechami społeczno-demograficznymi a motywami podjęcia specjalizacji z medycyny pracy skłania do wyodrębnienia trzech okresów w społeczno-ekonomicznym funkcjonowaniu podsystemu ochrony zdrowia pracujących związanych ze zróżnicowaniem motywacji do podejmowania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej). Pierwszy okres to lata do 1970 r., kiedy to specjalizacja z medycyny pracy wydawała się łatwą drogą zawodową. Jej wybór nie był dyktowany zainteresowaniami, lecz raczej łatwością dostania się na nią i łatwością jej ukończenia. Warto wspomnieć tutaj, że najstarsi respondenci (ponad 40 lat w medycynie pracy) w spontanicznych wypowiedziach wskazywali na korzyści socjalno-bytowe (w pewnym sensie również materialne oraz mające charakter przywilejów ekonomicznych) związane z funkcją lekarza przemysłowego i ich dużą wagę w decyzjach dotyczących wyboru specjalizacji.

Lata 1970–1990 to swoisty okres przejściowy. Na specjalizację z medycyny pracy nadal stosunkowo łatwo się było dostać, ale jej ukończenie nie było już takie proste. Korzyści materialne także nie były już takie oczywiste i decydujące, a spełnienie wymagań na zajmowanym stanowisku lub na takim, które chciałoby się objąć, nie stanowiły istotnego motywu w wyborze specjalizacji z medycyny pracy.

Sytuacja wyraźnie zmieniła się po roku 1990 – w okresie transformacji społeczno-gospodarczej oraz po zmianach podstaw prawnych funkcjonowania służby medycyny pracy. Motyw poznawczy ponownie zaczął odgrywać dużą

rolę, zwłaszcza w ostatnich latach, natomiast rzadziej można się było spotkać z motywem łatwości dostania się na specjalizację i jej ukończenia – poziom trudności tej specjalizacji wyraźnie wzrósł (zwłaszcza po wprowadzeniu specjalizacji 5-letniej w miejsce 3-letniej). Dużego znaczenia nabrały kwestie materialne oraz inne spodziewane korzyści w związku z ukończeniem specjalizacji – również te postrzegane w wymiarze formalnym jako spełnienie wymagań na stanowisku, które się zajmuje. Lekarze stosunkowo krótko pracujący w medycynie pracy zaczęli dostrzegać w ukończeniu specjalizacji szansę na własny rozwój zawodowy poprzez spełnienie wymagań na stanowiskach, które chcieliby obejmować. Można powiedzieć, że od roku 1990 specjalizacja z medycyny pracy przyciąga osoby kierujące się w swych wyborach zarówno względami poznawczymi (zainteresowaniami), jak i korzyściami materialnymi i perspektywą rozwoju zawodowego.

Miejsce specjalizowania się różnicowało wskazania na dwa motywy. Lekarze medycyny pracy, którzy specjalizację uzyskali w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi, częściej niż lekarze specjalizujący się w innych ośrodkach wskazywali motyw poznawczy. Osoby specjalizujące się w innych ośrodkach częściej wskazywały motyw względnej łatwości uzyskania specjalizacji.

Posiadanie innych niż medycyna pracy (medycyna przemysłowa) specjalizacji różnicowało wskazania na pięć motywów. Lekarze posiadający inne specjalizacje częściej niż lekarze ich nieposiadający wskazywali motyw poznawczy oraz motywy konieczności spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem lub w związku ze stanowiskiem, które chcieli objąć. Lekarze nieposiadający innych specjalizacji częściej wskazywali motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację w dziedzinie medycyny pracy oraz motyw względnej łatwości uzyskania pracy po tej specjalizacji.

Miejsce pracy, które można traktować jako jeden z wyznaczników dotychczasowego rozwoju zawodowego (jego ukierunkowania i dynamiki), różnicowało wskazania na trzy spośród siedmiu motywów. Lekarze pracujący w publicznych zakładach opieki zdrowotnej i w ośrodkach częściej, a pracujący w innych miejscach (niepublicznych ZOZ-ach, gabinetach prywatnych, instytucjach badawczych i edukacyjnych) rzadziej wskazywali: motyw względnej łatwości dostania się na specjalizację z medycyny pracy, motyw względnej łatwości uzyskania pracy po tej specjalizacji oraz motyw konieczności lub potrzeby spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chcieli objąć.

Zadeklarowanie ponownego wyboru specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy, będące w istocie wskaźnikiem akceptacji roli zawodowej lekarza specjalisty w tej dziedzinie, jest związane z trzema spośród siedmiu analizowanych wyżej powodów (motywów) podjęcia tej specjalizacji. Pokazuje to tab. 37.

Najsilniejszy okazał się związek akceptacji roli zawodowej z zainteresowaniem wiedzą i umiejętnościami zawodowymi jako motywem podjęcia

Tabela 37

Związki między akceptacją roli zawodowej lekarza medycyny pracy a motywami podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie

Motywy podjęcia specjalizacji		Akceptacja	Brak akceptacji	Ogółem
Zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy	Tak	160 (89%)	20 (11%)	180 (100%)
	Nie	60 (63%)	35 (37%)	95 (100%)
Korzystne pod względem materialnym wykonywanie funkcji zawodowych po uzyskaniu specjalizacji	Tak	116 (92%)	10 (8%)	126 (100%)
	Nie	104 (70%)	45 (30%)	149 (100%)
Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją)	Tak	132 (84%)	25 (16%)	157 (100%)
	Nie	88 (75%)	30 (25%)	118 (100%)
Ogółem		220 (80%)	55 (20%)	275 ^a (100%)

^a Bez braków danych.

specjalizacji ($V = 0,306$; $p = 0,000$). Drugi w kolejności, jeśli idzie o siłę związku, był motyw spodziewanych korzyści materialnych ($V = 0,277$; $p = 0,000$), trzeci – motyw konieczności sprostania wymaganiom związanym z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją): $V = 0,118$; $p = 0,05$. Pozostałe brane przez nas pod uwagę motywy specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy nie wpływały na akceptację bądź brak akceptacji roli zawodowej.

Te trzy motywy specjalizowania się w medycynie pracy są motywami zakładającymi najbardziej świadomy wybór drogi zawodowej, bez względu na cel: autoteliczny (zainteresowania) czy instrumentalny (korzyści materialne, dostosowanie się do wymagań zajmowanego stanowiska). Ci spośród badanych lekarzy, którzy przy decyzji o podjęciu specjalizacji z medycyny pracy kierowali się (wyłącznie lub częściowo) wymienionymi wyżej trzema motywami, w istotnie większym stopniu niż inni czują się spełnieni zawodowo.

9.2. Ocena użyteczności kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy

Ogólna ocena korzyści z uzyskania specjalizacji

Uzyskanie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy może przynieść lekarzowi określone korzyści (które traktowane są, zgodnie z przyjętymi założeniami, jako różne aspekty użyteczności kształcenia specjalizacyjnego). Responden-

ci proszeni byli o ocenę, czy poszczególne korzyści wymienione w pytaniu rzeczywiście wystąpiły (bądź występują aktualnie) w kontekście ich działalności zawodowej, a jeśli tak – to jaka jest ich odczuwana wielkość, znaczenie czy intensywność.

W tab. 38 przedstawione są rozkłady procentowe uzyskanych odpowiedzi, a także dwa zakresy postrzegania poszczególnych korzyści (mierzone odsetkami osób wskazujących, w pierwszym przypadku, na jakąkolwiek korzyść, w drugim zaś przypadku – na znaczną bądź bardzo dużą korzyść) oraz syntetyczny wskaźnik znaczenia⁸ każdej z wymienionych korzyści dla badanych.

Analiza zakresu i intensywności postrzeganych korzyści związanych z uzyskaniem/posiadaniem specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (według zaproponowanych w kwestionariuszu rodzajów takich korzyści) umożliwiła wyodrębnienie trzech grup korzyści, ze względu na zakres ich postrzegania jako istotnych oraz ze względu na ich znaczenie dla badanych lekarzy medycyny pracy.

Korzyści najbardziej istotne, postrzegane jako takie przez największy odsetek badanych (od 73% do 87%, średnio – 78%) oraz posiadające dla nich największe znaczenie (wskaźniki znaczenia od 0,60 do 0,77, średnio 0,66) to: 1) formalne uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, 2) umiejętność wykonywania takich zadań zawodowych, jakich przedtem nie umiało się wykonywać oraz 3) umiejętność wykonywania pewnych zadań lepiej niż przed uzyskaniem specjalizacji. Korzyści te mają charakter bezpośredni, są powiązane ściśle ze skutecznością kształcenia. Można powiedzieć, że są to korzyści pierwotne.

Korzyści najmniej istotne, których istotność deklarowało stosunkowo najmniej respondentów (od 16 do 30%, średnio – 24%) oraz posiadające dla nich najmniejsze znaczenie (wskaźniki znaczenia od 0,26 do 0,33, średnio 0,30), to: 18) wzrost prestiżu w społeczeństwie, 17) wzrost prestiżu w środowisku zawodowym, 16) uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym, 15) wzrost prestiżu wśród pacjentów oraz 14) możliwość awansu w pracy. Są to korzyści o charakterze wtórnym, pośrednim – wynikają z korzyści pierwotnych, wyniesionych bezpośrednio z procesu kształcenia. Można powiedzieć, że podyplomowe kształcenie specjalistyczne w dziedzinie medycyny pracy przynosi, w opinii respondentów, korzyści będące raczej wartością samą w sobie, w stosunkowo niewielkim stopniu mające instrumentalne przełożenie na korzyści statusowe.

⁸ Wskazaniom na znikomą, znaczną bądź bardzo dużą korzyść przypisane zostały wagi (odpowiednio: 1, 2 i 3), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik znaczenia jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez daną korzyść i maksymalnej (teoretycznie możliwej do uzyskania) liczby punktów – tutaj było to 864 (3 x 288 respondentów). Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowity brak postrzegania danej korzyści w badanej grupie osób, zaś „1” – postrzeganie danej korzyści jako bardzo dużej przez wszystkie osoby z badanej grupy.

Tabela 38

Postrzeganie korzyści z uzyskaniem (posiadaniem) specjalizacji z medycyny pracy (% respondentów, N = 288).
 Uszeregowanie wg zakresu (odsetka) wskazań na znaczną i bardzo dużą korzyść

Korzyści z uzyskania przez lekarza specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy	Brak tej korzyści	Znikoma korzyść	Znaczna korzyść	Bardzo duża korzyść	Zakres (4+5)	Wskaźnik znaczenia
1	2	3	4	5	6	7
1. Formalne uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych	2	6	39	48	87	0,77
2. Umiejętność wykonywania takich zadań zawodowych, jakich przedtem nie umiało się wykonywać	4	13	49	25	74	0,62
3. Umiejętność wykonywania pewnych zadań zawodowych lepiej (bardziej skutecznie i efektywnie) niż przedtem	5	13	55	18	73	0,60
4. Poprawa sytuacji materialnej, większe dochody	13	23	44	11	55	0,48
5. Możliwość zajmowania określonych stanowisk	19	23	34	16	50	0,46
6. Możliwość utrzymywania się na zajmowanym stanowisku	19	20	36	14	50	0,45
7. Możliwość otwarcia i prowadzenia zyskowej praktyki prywatnej	20	21	32	16	48	0,44
8. Nabycie lub rozwój (wzbogacenie) wiedzy niezwiązanej z działalnością zawodową	15	30	35	9	44	0,42
9. Poznawanie interesujących ludzi	17	29	35	9	44	0,42
10. Możliwość otwarcia i prowadzenia praktyki prywatnej bez większych nakładów na wyposażenie gabinetu	25	20	31	12	43	0,39
11. Zaspokojenie ciekawości (realizacja zainteresowań, zamiłowań)	14	34	34	7	41	0,41

Tabela 38 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7
12. Możliwość otwarcia i prowadzenia wygodnej, niekłopotliwej praktyki prywatnej	24	26	28	10	38	0,37
13. Nawiązywanie korzystnych kontaktów	18	32	30	8	38	0,39
14. Możliwość awansu w miejscu pracy	25	33	23	7	30	0,33
15. Wzrost prestiżu wśród pacjentów	22	39	22	5	27	0,32
16. Uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym	25	38	21	4	25	0,31
17. Wzrost prestiżu w środowisku zawodowym	32	37	16	4	20	0,26
18. Wzrost prestiżu w społeczeństwie	31	41	13	3	16	0,26

Źródło: opracowanie własne.

Pozostałe wymienione w kwestionariuszu rodzaje korzyści ze specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy badani ocenili jako średnio istotne. Odsetek respondentów wskazujących na istotność tych korzyści wahał się od 38 do 55% (średnio wyniósł 45%), zaś wskaźnik znaczenia oscylował między 0,37 a 0,48 (średnio – 0,42).

Nieliczne wypowiedzi dotyczące innych korzyści odnosiły się albo do rozwoju zawodowego i poszerzania horyzontów intelektualnych, albo do kwestii bytowych i finansowych.

W wypowiedziach respondentów, mających charakter dowolnych uwag i komentarzy do kwestii korzyści, jakie może przynieść lekarzowi uzyskanie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy, wyodrębnionych zostało kilkanaście wątków tematycznych, wśród których wystąpiły trzy ogólniejsze opcje: pozytywna, negatywna i neutralna.

W wypowiedziach o charakterze pozytywnym występowały dwa ogólne wątki tematyczne: (a) specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy poszerza wiedzę i pozwala kompetentnie wypełniać obowiązki, dlatego daje zadowolenie; (b) specjalizacja ta stanowi dodatkowe źródło dochodów, szczególnie w przypadku gabinetu prywatnego.

W wypowiedziach o charakterze negatywnym pojawiały się następujące wątki tematyczne: (a) lekarz medycyny pracy postrzegany jest przez pryzmat wydawania orzeczeń, jest to praca o charakterze administracyjnym; brak satysfakcjonujących korzyści; (b) lekarz medycyny pracy ma niski prestiż, zwłaszcza że takie same uprawnienia mają lekarze po kursach (bez specjalizacji); (c) brak zainteresowania profilaktyką ze strony pracodawców; (d) ograniczenie kontaktu z pacjentem, brak możliwości leczenia i inne negatywne aspekty pracy zawodowej związane z przepisami regulującymi działalność lekarza medycyny pracy.

Część wypowiedzi miała charakter neutralny z punktu widzenia oceny korzyści związanych z uzyskaniem specjalizacji z medycyny pracy. Występowały tutaj głównie relatywizacje do okresu, w jakim należałoby rozważać ewentualne korzyści oraz do stopnia i rodzaju zaangażowania w działalność związaną z medycyną pracy.

Ocena użyteczności profesjonalnej kształcenia specjalizacyjnego

W *Programie specjalizacji w medycynie pracy* (rozdział 1: *Cele studiów specjalizacyjnych*) stwierdza się m. in., że „celem studiów specjalizacyjnych jest uzyskanie przez lekarza szczególnych kwalifikacji w dziedzinie medycyny pracy i nabycie kompetencji umożliwiających uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia pracujących poprzez realizację głównych zadań medycyny pracy”. W *Programie...* wyróżnia się 12 takich zadań, stanowiących w istocie zestaw **ról zawodowych** lekarza medycyny pracy. Na każde z tych głównych zadań (na każdą z tych ról zawodowych) składa się wiele zadań szczegółowych, które

można określić jako **funkcje** lekarza medycyny pracy. Kolejne pytanie kwestionariusza skupiało się na głównych zadaniach (rolach zawodowych) lekarza medycyny pracy. Respondenci byli w nim proszeni o ocenę, czy – i w jakim stopniu – proces kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy oraz, ewentualnie, późniejsza jego kontynuacja na kursach i szkoleniach przygotowały ich do realizacji tych zadań/rol zawodowych, w istocie zatem mieli ocenić, czy ów proces edukacyjny okazał się użyteczny w praktyce zawodowej. Respondentów proszono o wzięcie pod uwagę w ocenie tylko formalnych cykli kształcenia, pominięcie zaś samokształcenia i doświadczeń wynikających z samej praktyki zawodowej (tab. 39).

Niektórzy respondenci (41 osób) na różne sposoby komentowali problematykę poruszaną w tym pytaniu. W wypowiedziach, które znalazły się w tej części kwestionariusza, pojawiały się występujące już wcześniej wątki tematyczne:

- 1) różnice w zakresie ujmowania problematyki wynikają z upływu czasu;
- 2) zasadnicze znaczenie doświadczenia zawodowego i doksztalcania się (aktualizacji, odświeżania wiedzy i umiejętności)
- 3) kształcenie specjalizacyjne nie jest adekwatne do potrzeb praktyki zawodowej; występują w nim tematy i obszary problemowe nieprzydatne w praktyce; sporej grupie lekarzy funkcjonujących w ramach służby medycyny pracy wystarczają kursy (nie mają specjalizacji);
- 4) pracodawcy nie są zainteresowani rzeczywistą opieką zdrowotną nad pracownikami; brak współpracy między lekarzem a pracodawcą; brak odpowiednich regulacji prawnych w tym względzie, brak świadomości społecznej co do potrzeb profilaktyki.

Siłą rzeczy badani lekarze komentowali problematykę kształcenia specjalizacyjnego przeważnie z punktu widzenia własnej praktyki zawodowej i związanych z tym różnych doświadczeń, w tym w znacznej mierze z punktu widzenia zagrożenia interesów profesjonalnych – w aspekcie rynkowym i w aspekcie czysto profesjonalnym. Natomiast eksperci, w swoich wypowiedziach nawiązujących do problematyki jakości czy skuteczności kształcenia specjalizacyjnego, wskazywali przede wszystkim na potrzebę zmian w strukturze i treści programu specjalizacji z medycyny pracy. Kwestię tę dostrzegali wszyscy eksperci, chociaż wypowiadali się w tej sprawie na różnym poziomie szczegółowości. Niektórzy stwierdzali ogólnie, że program wymaga tylko niewielkich korekt, zaś inni wskazywali konkretne obszary wiedzy wymagające nawet gruntownej przebudowy w strukturze programu. Do ogólnych, dobrych ocen programu można zaliczyć następujące wypowiedzi:

Program specjalizacji jest niezły, chociaż wymaga pewnych korekt.

Z programu specjalizacji trudno byłoby cokolwiek usunąć, bo wszystko tam zawarte jest naprawdę potrzebne. Może trochę należałoby zmienić proporcje.

Program specjalizacji wymaga tylko niewielkich korekt, jest dobry. Daje bardzo szerokie kompetencje, w zakresie patologii zawodowej, szacowania ryzyka, higieny pracy.

Tabela 39

Ocena stopnia przygotowania lekarza medycyny pracy do realizacji głównych zadań (ról zawodowych) – w rezultacie kształcenia specjalizacyjnego (kolumny 2–7 – % badanych). Uszeregowanie wg zakresu pozytywnej oceny przygotowania (w stopniu średnim i dużym)

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	Do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej) kształcenie specjalizacyjne w zakresie medycyny pracy				Zakres oceny przygotowania (4+5)	Wskaźnik oceny stopnia przygotowania ^a
	nie przygotowało	przygotowało w stopniu				
		niewielkim	średnim	dużym		
1	2	3	4	5	7	8
1. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy	1	8	30	50	80	0,73
2. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu	0,5	9	26	54	80	0,74
3. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy	1	11	32	47	79	0,71
4. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy	1	10	36	43	79	0,70
5. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą	0,5	11	35	43	78	0,69
6. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy	2	16	42	27	69	0,60

Tabela 39 (cd.)

1	2	3	4	5	7	8
7. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego	6	21	37	24	61	0,55
8. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej	9	30	30	21	51	0,51
9. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy	9	30	31	18	49	0,49
10. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących	12	37	27	11	38	0,42
11. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu	11	41	26	11	37	0,42
12. Dobór metod monitoringu biologicznego	21	37	20	11	31	0,36

^a Wskazaniom na brak przygotowania oraz przygotowanie w niewielkim, średnim bądź dużym stopniu przypisane zostały wagi (odpowiednio: 0, 1, 2 i 3), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik oceny stopnia przygotowania jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez dane zadanie (rolę zawodową) i maksymalnej (teoretycznie możliwej do uzyskania) liczby punktów – tutaj było to 864 (3 x 288 respondentów). Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowity brak przygotowania w badanej grupie osób, zaś „1” – duży stopień przygotowania wskazany przez wszystkie osoby z badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części wywiadu jeden z ekspertów wyjaśnił, jakie obszary wiedzy w programie specjalizacji wymagają skorygowania: „Mamy mniej kompetencji dotyczących rehabilitacji zawodowej, medycyny środowiskowej; tu program wymaga korekty, a także, gdy chodzi o zakres nauczania chorób wewnętrznych”.

W dyskusji nad zasadnością nauczania interny w obecnym zakresie ujętym w programie specjalizacji z medycyny pracy jeden z ekspertów stwierdził:

Należy skrócić staż z interny, a wprowadzić ergonomię i inne potrzebne dziedziny, ale staż na oddziałach internistycznych – pomimo iż w przeważającej części leżą tam osoby w podeszłym wieku – jest konieczny, ponieważ tylko tam lekarz może poznać diagnostykę i zastosowanie uzyskanej wiedzy o jednostkach chorobowych i ich skutkach. Ta wiedza umożliwia też właściwe orzekanie w medycynie pracy. A medycyna pracy obejmuje też patologię zawodową i umiejętność wczesnego wykrywania chorób jest niezbędna. Ale poziom kształcenia w internie lekarzy specjalizujących się w medycynie pracy w znacznym stopniu zależy od miejsca odbywania stażu. W wielu ośrodkach staż ten jest ograniczony do wąskiej interny, bez kontaktu z kardiologią, gastrologią i nie pokazuje całego spektrum problemów internistycznych.

Inny ekspert zwraca uwagę na potrzebę bardziej elastycznego podejścia do zakresu nauczania interny, uwzględniającego już posiadane specjalizacje:

Należy uwzględnić w kursie z interny specjalizację I° z chorób wewnętrznych i ewentualnie wyznaczyć czasokres. Jeśli np. specjalizacja z interny była robiona nie wcześniej niż 5 lat przed przystąpieniem do kursu, to lekarz mógłby być z tego kursu zwolniony.

Jednak w sprawie nauczania interny w kształceniu specjalizacyjnym z medycyny pracy eksperci częściej niż o zakresie niezbędnej wiedzy mówili o sposobie szkolenia i realizacji staży w tej dziedzinie. A zatem, wiedza z zakresu chorób wewnętrznych pozostaje dla większości ekspertów niekwestionowaną podstawą medycyny pracy i ich zdaniem należy raczej dążyć do doskonalenia wykładów i staży z interny, niż rozważać zasadność jej zakresu zawartego w programie specjalizacji.

Niemniej, większość ekspertów wskazuje na obszary wiedzy, których brakuje w programie specjalizacji lub są nauczane w zbyt ograniczonym zakresie. Przede wszystkim zwrócono uwagę na niewystarczające przygotowanie lekarzy do kontaktu z zakładem pracy i dokonywania oceny środowiska pracy.

W trakcie specjalizacji nie utrwała się umiejętności nawiązywania kontaktu z pracodawcą i umiejętności zainteresowania go zadaniami medycyny pracy. Nie uczy się też elementów zarządzania, przydatnych nawet w prowadzeniu prywatnego gabinetu.

W programie specjalizacji z medycyny pracy należałoby zamieścić więcej zajęć praktycznych dotyczących środowiska pracy, wizytacji stanowisk.

W programie specjalizacji musi być więcej zajęć praktycznych dotyczących zakładu pracy, uczących jak się w tym zakładzie porozumiewać, na czym ma polegać udział w komisji bhp, o dostosowaniu stanowisk do potrzeb pracowników.

W procesie specjalizacji uczy się kontaktu lekarz – pracownik, ale w mniejszym stopniu kontaktu z zakładem pracy.

Lekarz w trakcie kształcenia specjalizacyjnego powinien mieć dużo zajęć praktycznych i znać wszystkie występujące w procesie pracy szkodliwości.

Eksperti zwrócili również uwagę na niedostateczne przygotowanie lekarzy specjalizujących się w medycynie pracy do diagnozowania problemów zdrowotnych związanych z nowymi, tzw. miękkimi narażeniami i do doradztwa w zakresie ergonomicznych warunków pracy.

Obserwujemy niewątpliwie zmiany w technologii pracy, które powodują, że lekarz już dziś musi inaczej prowadzić wywiad w trakcie badania profilaktycznego i musi interesować się wszystkimi narażeniami.

Lekarze powinni być uczeni tego jak zadawać pytania w trakcie badania, powinni umieć zapytać o charakter pracy.

O treści programu specjalizacyjnego dotyczącej „miękkich” narażeń wypowiedziano się następująco:

Autorzy programu zawarli w nim pewne pozostałości dawnego systemu, toteż brakuje w tym programie nowoczesnego myślenia, a jest w nim dużo rutyny. Trzeba też zauważyć, że gdy program powstawał 10 lat temu, wiele zagrożeń jeszcze nie było znanych, a o pewnych zjawiskach nie myślano jak o zagrożeniach zawodowych.

W trakcie specjalizacji kształci się lekarzy w dziedzinie chorób parazawodowych, a w programie specjalizacji znajduje się cały pakiet zajęć z psychologii. Jest tygodniowy kurs z psychologii. Problematyka onkologiczna i psychologiczna to są te pakiety, które zostały wprowadzone w ostatnim czasie do programu specjalizacji.

Uzasadniano też trudności związane z rzetelnością nauczania o ryzyku zdrowotnym wynikającym z „miękkich” narażeń.

Tym problemom musimy się przyglądać, szczególnie tym mającym charakter psychologiczny. Brakuje w tej chwili kryteriów naukowych umożliwiających rzetelne diagnozowanie tych problemów. Jest problem, w jakim stopniu np. brak satysfakcji, stan niezadowolenia z pracy i stres wpływają na stan zdrowia.

Natomiast potrzebę poszerzenia wiedzy lekarzy w zakresie ergonomii uzasadniano, powołując się na zadania lekarza medycyny pracy związane z doradztwem w sprawach tworzenia sprzyjających zdrowiu stanowisk pracy:

Być może należałoby do programu kursu specjalizacyjnego wstawić jakieś elementy z zakresu, którym zajmuje się CIOP [Centralny Instytut Ochrony Pracy]. Może w postaci kursu lub stażu. Wprawdzie lekarz medycyny pracy powinien być w sprawach ergonomicznych jedynie doradcą, konsultantem, ale żeby pełnić tę funkcję musi posiadać pewien zasób wiedzy. A on nic nie wie. W tej chwili nie ma zespołów multidyscyplinarnych, więc tym bardziej istnieje zapotrzebowanie na wiedzę lekarza z zakresu ergonomii.

Po specjalizacji z medycyny pracy jesteśmy słabo przygotowani do realizacji zadań ergonomicznych, chodzi o fizjologiczne zasady dostosowania stanowiska pracy nie tylko do potrzeb osób zdrowych, ale także niepełnosprawnych. Tej wiedzy nie ma w ogóle w programie specjalizacji z medycyny pracy, a przede wszystkim nie ma nic, co dotyczyłoby pracowników niepełnosprawnych.

Warto odnotować, że tylko jeden ekspert, spośród udzielających wywiadu, zwrócił uwagę na potrzebę reorientacji programu specjalizacji na problemy pracowników niepełnosprawnych. Wobec zdecydowanego stanowiska Unii Europejskiej, zalecającego krajom członkowskim umożliwianie osobom niepełnosprawnym zatrudnienie na zasadach przewidzianych dla innych członków społeczeństwa, niedostrzeganie przez ekspertów tego faktu jako nowego zadania dowodzi niewątpliwie anachronicznego i stereotypowego myślenia o treści i zakresie kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy.

Przeciwko poszerzaniu programu specjalizacji o zagadnienia ergonomiczne wypowiedział się tylko jeden ekspert:

Nie uczymy lekarzy specjalizujących się w medycynie pracy doradzania pracodawcom. Przecież do tego potrzebni są bardzo dobrzy ergonomiści, specjaliści bhp, których kształci się pod tym kątem. Lekarze nie potrafią w trakcie wizytacji dostrzec wszystkich ułomności stanowisk pracy; to byłoby za dużo dla nich.

Zwracano natomiast uwagę na niedostateczne uprawnienia, jakie daje posiadanie specjalizacji z medycyny pracy, postulując zarazem odpowiednie poszerzenie programu specjalizacyjnego:

Lekarz ze specjalizacją z medycyny pracy powinien mieć więcej uprawnień. Ukończenie specjalizacji powinno dawać uprawnienia do badania wszystkich pracowników zatrudnionych we wszelkich narażeniach i nie należy wymagać ukończenia przez lekarza dodatkowych kursów uzupełniających, dających uprawnienia do badania kierowców, narażonych na promieniowanie jonizujące etc. Lekarz medycyny transportu może badać wszystkich pracowników, a medycyny pracy musi ukończyć dodatkowe kursy. To jest dyskryminacja lekarzy medycyny pracy. Zrealizowanie tego postulatu wymagałoby pewnego rozszerzenia programu specjalizacji.

W ramach medycyny pracy powinno się zdobywać również wiedzę z zakresu medycyny morskiej i tropikalnej, a także z medycyny kolejowej.

Ukończenie specjalizacji z medycyny pracy powinno dawać uprawnienia do badań profilaktycznych pracowników w pełnym zakresie, nie wymagać ukończenia dodatkowych kursów.

W wypowiedziach pojedynczych ekspertów pojawiły się również bardzo szczegółowe propozycje dotyczące wybranych fragmentów kształcenia. W rozmowie na temat niezbędnej liczby badań profilaktycznych, jakie powinien przeprowadzić lekarz w trakcie specjalizacji, ekspert zaproponował:

W programie powinno być zapisane, że lekarz ma wykonać określoną liczbę badań. Dla lekarzy, którzy robią specjalizację z medycyny pracy posiadając I° lub II° z interny lub medycyny ogólnej/rodzinnej należy zwiększyć liczbę tych badań.

Zaproponowano również uznanie doświadczenia zawodowego lekarzy posiadających uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych z tytułu 6-letniego stażu pracy i wprowadzenie odpowiednich zmian do zakresu staży kierunkowych i kursu podstawowego:

Lekarze, którzy uzyskali uprawnienia z tytułu stażu pracy, mogliby mieć staże kierunkowe nie na poziomie lekarza chorób wewnętrznych, tylko np. lekarza z I^o z medycyny pracy.

Lekarzom, którzy uzyskali uprawnienia z tytułu stażu pracy można by skrócić kurs podstawowy, bo są to osoby, które rzeczywiście pracowały w medycynie pracy.

Postulowano również potrzebę położenia większego nacisku w programie na przygotowanie lekarzy do działalności orzeczniczej i promocji zdrowia:

Lekarze medycyny pracy na co dzień bardziej zajmują się orzecznictwem niż patologią zawodową, dlatego też powinni mieć więcej zajęć i uzyskiwać więcej informacji z orzecznictwa do pracy.

W programie specjalizacji można by położyć nacisk na promocję zdrowia, z którą lekarze mają słaby kontakt na kursach w ramach specjalizacji.

W trakcie każdego wywiadu poruszany był problem kompetencji lekarza medycyny pracy, których istotnym elementem jest zakres posiadanej wiedzy z innych specjalistycznych dziedzin medycyny i możliwość jej wykorzystywania w trakcie badania profilaktycznego. Zróżnicowane opinie ekspertów na ten temat przytoczymy w dalszej części opracowania. Tutaj cytujemy wypowiedź eksperta, który opowiada się za poszerzeniem zakresu badania profilaktycznego wykonywanego przez lekarza medycyny pracy o elementy prostych badań specjalistycznych, a więc pośrednio także za dostarczaniem w procesie specjalizacji wiedzy z innych dziedzin medycyny:

To jest problem koncepcji badań profilaktycznych. Jeżeli kształcimy specjalistę medycyny pracy, to powinien on wykonać badanie profilaktyczne samodzielnie i nie korzystać z konsultacji specjalistycznych standardowo, lecz dopiero w sytuacji, gdy ma problem, bo taka jest idea konsultacji. Uzasadnieniem dla standardowego korzystania z konsultacji jest badanie, które może wykonać osoba nie będąca lekarzem, np. psycholog.

Swoistą klamrę dla cytowanych wyżej poglądów na temat struktury programu specjalizacyjnego i zakresu przekazywanej wiedzy stanowią opinie jednego z ekspertów na temat potrzeby całościowego podejścia w kształceniu specjalizacyjnym do zagadnień medycyny pracy:

W programie mówi się o wielu odrębnych jednostkach chorobowych. Program jest pocięty, pokrojony [...]. Brakuje nauczania całościowego spojrzenia na pracownika z jego wszystkimi schorzeniami w kontekście wielu narażeń na stanowisku pracy. Należy dążyć do zblokowania szkoleń, tematów, aby nie były uczone w rozproszeniu, aby nie była przemieszczana w czasie tematyka kursów podstawowych.

Na pewno potrzebna jest wiedza szczegółowa, ale potrzebna jest też umiejętność łączenia tych wszystkich elementów wiedzy. Tej umiejętności lekarze uczą się trochę w trakcie stażu w jednostce podstawowej, ale bezpośrednio po ukończeniu kursu postrzegają medycynę pracy „rozkawałkowaną”.

Problem integracji przekazywanej wiedzy dotyczy z pewnością wszystkich dziedzin nauczania, nie tylko w medycynie. Fakt ten nie zwalnia jednak autorów programu i prowadzących kształcenie specjalizacyjne z obowiązku przestrzegania zaleceń konsolidacji wiedzy i kształtowania całościowego wizerunku celów i zadań specjalizacji.

Najtrudniej było uzyskać od ekspertów opinie na temat kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy propagowanego w Unii Europejskiej. Fakt, że rola lekarzy w systemie ochrony zdrowia pracujących jest w krajach europejskich znacznie zredukowana i ukierunkowana na działalność w wielodyscyplinarnych zespołach, przypuszczalnie powoduje słabe zainteresowanie polskich ekspertów modułami wiedzy dominującymi w tamtych programach. Toteż eksperci na ogół unikali wypowiedzi na temat europejskich projektów specjalizacji w medycynie pracy, a jeden z ekspertów wymijająco i nie bez dumy skonstatował:

W kształceniu specjalizacyjnym lekarzy medycyny pracy w Europie większy nacisk położony jest na kompetencje dotyczące doradztwa, mediacji, ale polscy lekarze medycyny pracy dobrze radzą sobie w tamtych warunkach.

Według ekspertów, dla skuteczności kształcenia znaczenie ma nie tylko struktura i treść programu, ale także sposób jego realizacji, organizacja staży podstawowych i kierunkowych oraz warunki odbywania specjalizacji.

Jeśli chodzi o organizację staży szczegółowych, zwrócono przede wszystkim uwagę na niezasadną praktykę odbywania stażu z interny na oddziałach chorób wewnętrznych o wąskim profilu, nie zajmujących się problemami kardiologicznymi, gastrologicznymi itp., leczących najczęściej osoby w zaawansowanym wieku.

Kształcenie w chorobach wewnętrznych przebiega w znacznej mierze na oddziałach szpitalnych, gdzie przebywają głównie osoby w starszym wieku, już po okresie aktywności zawodowej. Skutek jest taki, że szkolenie, które przechodzimy w trakcie specjalizacji jest nieadekwatne do problemów, które musimy rozstrzygać w trakcie badań profilaktycznych.

Taki sposób kształcenia powoduje, że zdarzają się

[...] kłopoty z orzekaniem o zdolności do pracy.

Szkolenie w zakresie interny powinno odbywać się głównie w poradni przyszpitalnej, także w poradniach specjalistycznych. Natomiast mniej na oddziale szpitalnym, gdzie ordynator wiedząc, że lekarz-stażysta nie specjalizuje się w internie, nie przykładą się specjalnie do szkolenia i mając darmową siłę roboczą zleca wykonywanie najprostszych prac.

A zatem, tak realizowane staże, absorbujące czasowo i w założeniach stanowiące jeden z głównych filarów przygotowania lekarza do pracy w opiece zdrowotnej nad pracującymi, w praktyce mogą mieć dla lekarza niewielką wartość poznawczą.

Zgłoszono również zastrzeżenia do sposobu realizacji staży w poszczególnych dziedzinach specjalistycznych:

W poradniach specjalistycznych staż powinien trwać nie krócej niż interna. Obecnie trwa kilka dni i ogranicza się do poznania sprzętu i charakteru pracy lekarza specjalisty. Taki krótki staż nie daje możliwości zdobycia wiedzy z zakresu patologii zawodowej.

Podkreślano też potrzebę zwrócenia większej uwagi w realizacji programu specjalizacji na przygotowywanie lekarzy do działalności orzeczniczej w medycynie pracy:

W ciągu pięciu lat lekarz specjalizujący się ma wiele różnych zadań i w ogromnym procencie (ok. 50%) jego czas upływa na realizowaniu tych zadań, które nie są związane z orzecznictwem, a wręcz odwrotnie, są związane z immunologią, epidemiologią, w znacznym stopniu z interną.

Duże znaczenie dla efektywności kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny pracy ma prawidłowe przygotowanie do dokonywania analizy i oceny ryzyka w środowisku pracy. Jednak wizytowanie stanowisk pracy, jako podstawa tego przygotowania, według ekspertów, nie jest należycie traktowane ani w programie specjalizacji, ani w organizowaniu wizytacji.

Jeśli w wyniku badania profilaktycznego lekarz powinien wydać pracownikowi zalecenia dotyczące zachowania się w pracy w związku z posiadanymi chorobami, to musi znać stanowisko pracy. Jednak często nie ma tej wiedzy, ponieważ nie poznał stanowisk pracy w trakcie specjalizacji i w praktyce też niejednokrotnie ma trudności z przeprowadzeniem wizytacji stanowisk pracy. Nie może więc wydać żadnych zaleceń w wyniku przeprowadzonego badania, także pracodawcy. Znaczenie wiedzy o stanowiskach pracy poruszane jest na szkoleniach, ale w praktyce nie wszyscy lekarze – z różnych powodów – wizytują zakłady pracy.

W ramach stażu specjalizacyjnego odbywanego w dziale organizacji, nadzoru i szkolenia lekarze uczestniczą nie tylko w nadzorze jednostek podstawowych, ale mają także możliwość obejrzenia w zakładach stanowisk szkodliwych. Ale jest to możliwe jedynie tam, gdzie działają przychodnie przy zakładach pracy, a nie w przypadku lekarzy pracujących poza zakładem.

Lekarze specjalizujący się przeprowadzają wizytacje stanowisk pracy w ramach stażu specjalizacyjnego w jednostce podstawowej i w ramach stażu w dziale organizacji i nadzoru. Ale sposób, w jaki się to odbywa, zależy od zainteresowania lekarza i od dobrej woli kierowników specjalizacji, którzy organizują takie wizytacje w ramach stażu specjalizacyjnego.

Innym ważnym przedmiotem kształcenia, stanowiącym podstawę kompetencji lekarzy medycyny pracy, jest ich przygotowanie do prawidłowego przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników. Zdaniem wszystkich

ekspertów, jedyną instytucją, która może zapewnić odpowiedni poziom przygotowania lekarza specjalizującego się do wykonywania badań, jest wojewódzki ośrodek medycyny pracy. Toteż jednogłośnie uznano, że projekty ścisłego limitowania liczby badań profilaktycznych przeprowadzanych w womp-ach, a tym bardziej odebranie womp-om możliwości przeprowadzania badań dla celów szkoleniowych, są pomysłami, których realizacja może znacznie obniżyć jakość kształcenia specjalizacyjnego w zakresie medycyny pracy.

Zamierza się zabrać jednostkom akredytowanym możliwość wykonywania badań profilaktycznych, a więc uczenia lekarzy specjalizujących się. Projektodawcy uważają, że praktyczne nauczanie sposobu przeprowadzania badań profilaktycznych może odbywać się w jednostkach podstawowych.

Womp-om nie należy ograniczać badań profilaktycznych, ale nawet powinny ich robić więcej. Zwłaszcza osoby specjalizujące się po internie, po medycynie ogólnej; osoby te powinny też odbywać więcej wizytacji zakładów pracy i uczestniczyć w nadzorze nad jednostkami podstawowymi.

Szkolenia w jednostce podstawowej powinny odbywać się w womp-ie; inne jednostki podstawowe nie chcą się akredytować i brać na siebie dodatkowych obowiązków, bo nic z tego tytułu nie mają.

Niektórzy eksperci zwracali szczególną uwagę właśnie na niechęć jednostek podstawowych do przejścia staży kierunkowych w medycynie pracy:

Niewiele jednostek podstawowych chce prowadzić staż kierunkowy, chociaż pracują tam znakomici specjaliści. Ale jest to balast, nic za to nie dostają i – chociaż, jak twierdzą niektórzy, mają za to dodatkowego pracownika – za taką osobę trzeba wziąć odpowiedzialność, trzeba ją wdrożyć. Tego pracownika nie ma stale i tylko czeka na to, żeby mu podpisać kartę.

Nie można zmusić żadnego niepublicznego zakładu, aby zobowiązał się prowadzić staże specjalizacyjne.

Problem funkcjonowania wojewódzkich ośrodków medycyny pracy w charakterze jednostek podstawowych służby medycyny pracy od chwili powołania womp-ów wywoływał wśród organizatorów liczne kontrowersje, a wraz z rozbudowywaniem przez womp-y tej działalności coraz częściej zwracano uwagę na konieczność ograniczenia badań profilaktycznych wykonywanych przez womp. Kwestia ta nie należy do *meritum* relacjonowanego tu badania. Niemniej, istnieje potrzeba dyskusowania o zasadności utrzymywania w womp-ie jednostki podstawowej smp, także w kontekście jakości kształcenia specjalizacyjnego.

Niezwykle znaczący dla przebiegu i jakości kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy wydaje się być – bardzo rzadko dotąd podnoszony – problem miejsca, w którym zatrudniony jest lekarz w trakcie specjalizowania się w medycynie pracy. W przeciwieństwie do innych specjalizacji, na ogół nie jest to miejsce merytorycznie związane z medycyną pracy, a zatem w codziennej praktyce lekarz specjalizujący się w medycynie pracy nie może zdobywać doświadczenia uzupełniającego wiedzę zdobywaną na kursach i stażach specjalizacyjnych.

Lekarz realizuje program w taki sposób, na ile przygotowane są jednostki do realizowania staży kierunkowych. Jednak największe znaczenie dla przebiegu specjalizacji ma fakt, że jeżeli ktoś np. robi specjalizację z chirurgii, interny, chorób zakaźnych, dermatologii, to pracuje cały czas w tej specyfice, w której się specjalizuje. Natomiast nasz lekarz ma staż w wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, ma staż w jednostce podstawowej, ale to w sumie trwa nie dłużej niż dwa lata. Dlatego patrzę na ten program bardzo sceptycznie.

Brakuje w ciągu tych pięciu lat stałego kontaktu z problematyką medycyny pracy. Lekarz specjalizujący się w jakiś sposób powinien być związany z jednostką medycyny pracy lub zakładem pracy, gdzie na co dzień byłby zobligowany do orientowania się w sprawach warunków pracy podopiecznych.

Jest szczególnie ważne, aby specjalizujący się lekarz miał codzienny kontakt z tą właśnie specjalnością i by, chcąc nie chcąc, nasiąkał tą wiedzą. Tak jest w każdej innej specjalizacji. A do nas przychodzi człowiek, który chce być lekarzem medycyny pracy i musi polegać tylko na tym, co mu się udostępni, co mu się powie na kursie, a poza tym jest zainteresowany tylko tym, żeby najwięcej zarobić.

Taki tryb specjalizowania się w medycynie pracy wpływa, nie tylko bezpośrednio, ale również pośrednio na poziom kształcenia, co obszernie wyjaśnia jeden z ekspertów:

Lekarz specjalizujący się w medycynie pracy jest w trudnej sytuacji: aby żyć musi gdzieś pracować, wykonując zadania nie związane z medycyną pracy, bo nie ma uprawnień do badań profilaktycznych. Często pracuje jako lekarz rodzinny w podstawowej opiece zdrowotnej lub w innych zakładach i ze swoich zadań musi się wywiązać. Jego pracodawca bardzo mu idzie na rękę, godząc się, aby przez prawie cztery lata różnych stażów i kursów nie było tego lekarza w godzinach rannych w pracy. Przychodzi do pracy w godzinach popołudniowych i gdyby zrealizować zalecenie Ministra Zdrowia, że dzień roboczy specjalizującego się trwa osiem godzin, od 8 do 16, to wówczas lekarz jest w stanie stawić się w swoim miejscu pracy o godzinie 17-ej. Toteż w rzeczywistości lekarze odbywają staże specjalizacyjne do godziny 12-ej lub 13-ej. Program specjalizacji jest duży, trudny do zrealizowania, a te trudne warunki do wywiązania się z obowiązków powodują działania wbrew zaleceniom ministra. Codzienne długie dojazdy na kursy i staże i popołudniowa praca nie pozostawiają czasu na skoncentrowanie się na nauce, na zajęcia samokształceniowe, studiowanie literatury.

W przeszłości lekarze specjalizujący się w medycynie przemysłowej znajdowali się, zdaniem ekspertów, w lepszej sytuacji:

Kiedyś warunkiem robienia specjalizacji było zatrudnienie w strukturach medycyny przemysłowej, a lekarz na co dzień przeprowadzał wizytacje i musiał orientować się w narażeniach występujących w zakładzie, w którym pracował. W tej chwili on może mieć bardzo zróżnicowane spektrum pracowników, pracując w zakładzie opieki zdrowotnej, który może mieć wiele umów z różnymi zakładami, których lekarz nie wizytuje.

Dlatego, zdaniem innego eksperta:

W prawidłowo prowadzonym procesie specjalizacyjnym powinno się szkolić osoby zatrudnione na etatach lub etatach rezydentów w jednostkach specjalizujących, które mają odpowied-

nią bazę do szkolenia. Specjalizujący się lekarz ma dostęp do różnorodnej dokumentacji, może uzyskać na bieżąco od bardziej doświadczonych kolegów pomoc przy rozstrzyganiu pojawiających się problemów i wątpliwości.

Wojewódzki ośrodek medycyny pracy nie może jednak zatrudnić lekarza rozpoczynającego specjalizację, ponieważ nie ma on – zdaniem ekspertów – odpowiednich kwalifikacji. W sprawie tej mamy pewne wątpliwości; przecież taki lekarz mógłby zajmować się w womp-ie np. promocją zdrowia, tym bardziej że zwracano uwagę na niedostateczne kształcenie w tej dziedzinie w ramach specjalizacji. Jednak ekspert widzi inne, nieprzystające do modelu służby medycyny pracy, rozwiązanie:

Większy nabór na specjalizację mają te ośrodki, które udzielają świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, ponieważ lekarze, którzy zostaną zakwalifikowani do specjalizacji mogą być tam od razu zatrudnieni i pracować w opiece podstawowej. W womp-ach, które nie mają podstawowej opieki zdrowotnej, dopóki lekarz nie ukończy kursu specjalizacyjnego, nie jest do niczego potrzebny.

Eksperci zwracali też uwagę na znaczenie, jakie dla jakości kształcenia specjalizacyjnego ma kierownik specjalizacji. Podkreślano, że brak wyraźnie określonych obowiązków i gratyfikacji kierownika specjalizacji może wpływać zarówno na zakres, jak i poziom kształcenia specjalizującego się lekarza.

Ważną sprawą jest sytuacja kierowników specjalizacji, którzy za swoją działalność nie otrzymują wynagrodzenia. Otrzymują jedynie tzw. punkty szkoleniowe.

Kierownik specjalizacji nie dostaje żadnego wynagrodzenia za prowadzenie specjalizacji. W rozporządzeniu stawia się kierownikowi specjalizacji wymagania, określa się kary za niedopełnienie obowiązków, ale nie ma mowy o wynagrodzeniu.

Ważną sprawą w procesie specjalizacji jest problem kierowników specjalizacji: oni nie są szkoleni, nie są przygotowywani do tej roli. Wiele osób to są starzy kierownicy, ale jest też wiele nowych osób, które muszą przejąć kierowanie specjalizacją i muszą przygotować się do tego, a starzy muszą swoją wiedzę zaktualizować.

Być może, nie tylko z braku wynagrodzenia, ale także z powodu nieaktualnej wiedzy o medycynie pracy wielu kierowników specjalizacji zaniedbuje swoje obowiązki:

W praktyce rola kierownika specjalizacji ogranicza się do podpisywania karty specjalizacji. W niektórych womp-ach wielu spraw formalnych związanych ze specjalizacją pilnuje kierownik działu organizacji, nadzoru i szkolenia, a nie kierownik specjalizacji.

Powstał projekt, aby kierownicy specjalizacji przechodzili szkolenie w CMKP [Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego], ale na własny koszt, więc jest to propozycja kontrowersyjna, bowiem kierowanie specjalizacją nie jest opłacane.

Zwrócono również uwagę na kilka bardzo szczegółowych problemów dotyczących organizacji szkolenia specjalizacyjnego. Pierwszy z nich dotyczy udziału

w kontrolach jednostek podstawowych w ramach stażu w dziale nadzoru. Zdaniem jednego z ekspertów, udział w tych kontrolach umożliwia lekarzowi poznanie pełnego zakresu zadań lekarza sprawującego opiekę profilaktyczną nad pracownikami i stosowanych kryteriów oceny jakości świadczeń.

W trakcie specjalizacji nie zawsze uczy się lekarza o potrzebie zawierania umów z pracodawcą. Tę wiedzę uzyskuje w niektórych womp-ach w ramach stażu w dziale organizacji, nadzoru i szkolenia. Specjalizujący się lekarze jeżdżą z kierownikiem działu na kontrole do jednostek podstawowych, czytają sporządzony protokół i zalecenia pokontrolne. I kierownik działu zajmuje się tym bez względu na to, czy jest kierownikiem specjalizacji, czy nie. Zasada udziału w kontrolach jednostek podstawowych lekarzy specjalizujących się nie jest nigdzie zapisana, toteż przypuszczalnie nie wszędzie ten element wchodzi w skład stażu specjalizacyjnego.

Ten sam ekspert wskazuje na korzyści, jakie dla kształcenia specjalizacyjnego mogłoby mieć włączenie działów higieny pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych w strukturę wojewódzkich ośrodków medycyny pracy:

Dobrze byłoby połączyć pion higieny pracy i womp-y; wówczas można byłoby kompetentnie uczyć lekarzy specjalizujących się dokonywania oceny warunków pracy.

Pojawiła się również bardzo konkretna propozycja dotycząca reorganizacji kursów:

Kurs wprowadzający należy włączyć do kursu podstawowego z medycyny pracy. Część wykładów szczegółowych dotyczących np. alergii, należałoby przerzucić na szkolenia czasowe. Wówczas kurs ten mógłby być krótszy o kilka dni.

Większość ekspertów niechętnie dokonywała porównań programu specjalizacji z modelem systemu służby medycyny pracy. Nie wydaje się, aby przyczyną tego była trudność, jaką sprawia praktykom spojrzenie na rutynowo wykonywane zadania z perspektywy modelu. Jest to raczej skutek obecności w modelu słabo akceptowanych w środowisku lekarzy medycyny pracy, a więc także przez ekspertów uczestniczących w badaniu, elementów działalności niemedycejskiej, a więc odbiegającej od tradycyjnego wizerunku roli lekarza. Już we wcześniej przytaczanych poglądach eksperci wskazywali na niedostatek w programie specjalizacji wiedzy dotyczącej współpracy z pracodawcą i pracownikiem, dokonywania oceny zdrowotnych warunków pracy, doradztwa, ale wprost o niezgodności elementów kształcenia specjalizacyjnego z modelem służby medycyny pracy powiedzieli tylko nieliczni:

Lekarze z pewnością nie są przygotowani do pełnienia funkcji doradców. Większość nie potrafi doradzić pracodawcom, jak przerobić np. pod względem ergonomicznym dane stanowisko tak, aby były tam sprzyjające warunki dla człowieka zatrudnionego.

Są lekarze, którzy potrafią rozmawiać z pracodawcą, nakłaniać go do zmiany niekorzystnych warunków panujących na danym stanowisku pracy, ale tego nie uczą się w procesie specjalizacji. Ta umiejętność zależy od dyspozycji osobowościowych.

Lekarzom medycyny pracy brakuje kompleksowego spojrzenia w orzekaniu o przydatności do pracy.

Odpowiadając na kolejne pytanie kwestionariusza, lekarze medycyny pracy oceniali, czy, i ewentualnie z jaką intensywnością⁹, przedstawione im zadania (role zawodowe) realizowane są obecnie w ich praktyce zawodowej (tab. 40). W istocie była to szczególnego rodzaju ocena przydatności celów kształcenia specjalizacyjnego.

Wskaźniki realizacji ról zawodowych zestawione zostały następnie ze wskaźnikami stopnia przygotowania do realizacji tych ról – oczywiście w intersubiektywnym ujęciu odnoszącym się do całej badanej zbiorowości (tab. 41).

Zamieszczone w zestawieniu wskaźniki uwzględniają zarówno zakres występowania w odpowiedziach respondentów poszczególnych zadań, jak i ich miejsce na porządkowych skalach stopnia przygotowania oraz intensywności realizacji. Sposób ich obliczania (zob. s. 271) umożliwia dokonywanie porównań i interpretację ewentualnych podobieństw i różnic.

W wypadku wszystkich zadań występują pewne różnice w ocenie przygotowania specjalistycznego oraz intensywności realizacji zadań w praktyce, z tym że w większości przypadków są to różnice niewielkie, czasem wręcz nieistotne. Tylko w kilku przypadkach (wyróżnionych w tabeli) są to różnice dość wyraźnie wskazujące na to, że badani uważają się za lepiej przygotowanych do realizacji zadań zawodowych, niż wymagają tego od nich sytuacje, w których te zadania mogliby realizować. Można wysunąć w związku z tym dwie hipotezy: (a) cele i zawartość programowa kształcenia specjalistycznego są w jakimś stopniu nieadekwatne do rzeczywistych warunków i okoliczności świadczenia pracy, z jakimi mają do czynienia lekarze sprawujący opiekę zdrowotną nad pracownikami; (b) lekarze medycyny pracy nie mogą realizować w pełni swoich zadań (ról zawodowych) ze względu na niezależne od nich uwarunkowania zewnętrzne. Hipotezy te nie wykluczają się nawzajem, ponadto w przypadku potwierdzenia się każdej z nich należałoby postulować pewne zmiany czy korekty systemu kształcenia specjalistycznego.

W dość licznych dodatkowych uwagach i komentarzach respondenci sygnalizowali problemy, jakie napotyka realizacja ich zadań (ról) zawodowych w konkretnych warunkach i uwarunkowaniach zakładów pracy. Występujące w tych wypowiedziach wątki czy kategorie tematyczne składają się na zbiorową,

⁹ Respondenci zostali poinformowani w kwestionariuszu, że na intensywność realizacji zadania (roli zawodowej) składają się: ilość czasu oraz natężenie wysiłku (umysłowego, nerwowego i fizycznego) niezbędne do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej).

T a b e l a 40

Ocena zakresu i intensywności realizacji głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy (kolumny 2–7, % badanych)
 Usteregowanie wg zakresu rozszerzonej pozytywnej oceny intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	W praktyce zawodowej to zadanie				Ocena zakresu realizacji	Wskaźnik intensywności realizacji ^a
	nie jest realizowane	jest realizowane z intensywnością		dużą		
		niewielką	średnią			
1	2	3	4	5	6	7
1. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy	4	9	26	58	84	0,78
2. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu	6	10	31	49	80	0,72
3. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy	7	20	40	29	69	0,62
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą	8	19	37	32	69	0,62
5. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy	7	26	35	27	62	0,59
6. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy	11	35	28	21	49	0,52
7. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej	21	35	26	14	40	0,52

8. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy	19	39	25	14	39	0,43
9. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego	22	37	25	13	38	0,42
10. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących	29	39	21	7	28	0,34
11. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu	35	39	17	4	21	0,28
12. Dobór metod monitoringu biologicznego	47	30	13	5	18	0,23

^a Wskazaniami na brak realizacji oraz niewielką, średnią i dużą intensywność realizacji poszczególnych zadań przypisane zostały wagi (odpowiednio: 0, 1, 2 i 3), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik intensywności realizacji jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez dane zadanie (rolę zawodową) i maksymalnej (teoretycznej możliwej do uzyskania) liczby punktów – tutaj było to 864 (3 x 288 respondentów). Wskaźnik przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowitą zgodność w badanej grupie osób co do braku realizacji danego zadania, zaś „1” – przestrzeganie dużego stopnia realizacji przez wszystkie osoby z badanej grupy.

Źródło: opracowanie własne.

Porównanie wskaźników autooceny stopnia przygotowania lekarzy medycyny pracy do realizacji głównych zadań (ról zawodowych) oraz deklarowanej intensywności realizacji tych zadań

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	Wskaźnik		Różnica (2–3)
	oceny stopnia przygotowania	intensywności realizacji	
1	2	3	4
1. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy	0,71	0,59	0,12
2. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy	0,70	0,62	0,08
3. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu	0,74	0,72	0,02
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą	0,69	0,62	0,07
5. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy	0,73	0,78	–0,05
6. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących	0,42	0,34	0,08
7. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu	0,42	0,28	0,14
8. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy	0,60	0,52	0,08
9. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej	0,51	0,52	–0,01
10. Dobór metod monitoringu biologicznego	0,36	0,23	0,13
11. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy	0,49	0,43	0,06
12. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego	0,55	0,42	0,13

Źródło: opracowanie własne.

intersubiektywną diagnozę barier czy ograniczeń działalności zawodowej lekarzy medycyny pracy w Polsce. Pracodawcy nie są zainteresowani kwestiami opieki zdrowotnej nad pracownikami, w związku z czym utrudniona jest współpraca między nimi a lekarzami medycyny pracy albo w ogóle nie ma takiej współpracy. Możliwości realizacji zadań są ograniczone, także ze względu na trudną sytuację ekonomiczną i finansową wielu zakładów pracy. Działalność lekarzy medycyny pracy ma charakter doraźny, incydentalny, najczęściej ogranicza się do badań okresowych oraz obsługi „bieżącej zgłaszalności”. Sytuację utrudnia dodatkowo brak zainteresowania samych pracowników tematyką ich zdrowia, a nawet jej unikanie – ze względu na zagrożenie zwolnieniem bądź pogorszeniem warunków płacowych w wypadku stwierdzenia przez lekarza medycyny pracy przeciwwskazań do wykonywania określonej pracy.

Eksperci na temat rozbieżności pomiędzy wiedzą i umiejętnościami nabywanymi w procesie specjalizacji a możliwościami i ograniczeniami istniejącymi w praktyce sprawowania opieki zdrowotnej nad pracownikami wypowiadali się chętniej i bardziej obszernie niż o adekwatności programu specjalizacji do modelu opieki profilaktycznej.

Tylko jeden ekspert był przekonany, że specjalizacja bardzo dobrze przygotowuje lekarzy do zadań medycyny pracy, inni dostrzegali wiele rozbieżności pomiędzy wiedzą i praktyką. Zdaniem niektórych rozbieżności te należy niwelować, wprowadzając zmiany do programu specjalizacji, jednak większość ekspertów wskazywała przede wszystkim na różnorodne bariery i ograniczenia zewnętrzne, utrudniające lekarzowi wykorzystanie nabytej wiedzy i właściwe, kompleksowe realizowanie zadań profesjonalnych. Wśród ekspertów pojawiały się opinie, że to pracodawcy utrudniają lekarzom pełne wykorzystanie posiadanej wiedzy, jak zauważa jeden z ekspertów, zdarza się, że lekarze medycyny pracy nie są nadmiernie aktywni w dążeniach do wykazania się posiadaną wiedzą i umiejętnościami. Dostrzec można także znaczne różnice w przygotowaniu lekarzy do realizacji ich zadań z zakresu medycyny pracy, związane z okresem i trybem uzyskiwania przez nich specjalizacji.

Jednak wielu ekspertów upatruje również w zmianach systemowych przyczyn niewykorzystywania przez lekarzy posiadanej wiedzy i umiejętności. Zmiany te „oddaliły” lekarza medycyny pracy od zakładu pracy i ograniczyły możliwości optymalnego sprawowania opieki. Zmiany systemowe to także zmiany w strukturze i kompetencjach poszczególnych szczebli organizacyjnych służby medycyny pracy. One również mogą być przyczyną niestosowania wiedzy nabytej w trakcie specjalizacji.

9.3. Specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy a kariera zawodowa¹⁰

Kariera zawodowa może być ujmowana jako szczególnego rodzaju korzyść, a właściwie wiązka czy zestaw korzyści w obrębie życia zawodowego. Respondentom zaproponowane zostało rozumienie kariery zawodowej jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych kryteriów czy wymagań¹¹. Następnie respondenci pytani byli, czy ich zdaniem lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny pracy może liczyć na zrobienie tak rozumianej kariery zawodowej. W pytaniu wyodrębnione zostały dwa obszary lekarskiego rynku pracy: podsystem ochrony zdrowia pracujących oraz inne części systemu zdrowia. Tabela 42 przedstawia rozkłady odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 42

Możliwość kariery zawodowej lekarza medycyny pracy w dwóch wyróżnionych częściach polskiego systemu zdrowia – w opinii badanych (liczba i odsetek wskazań)

Czy lekarz medycyny pracy może liczyć na tak rozumianą karierę zawodową?	W podsystemie ochrony zdrowia pracujących	W innych częściach systemu zdrowia
Zdecydowanie tak	62 (22%)	25 (9%)
Raczej tak	127 (44%)	95 (33%)
Raczej nie	81 (28%)	126 (44%)
Zdecydowanie nie	16 (6%)	24 (9%)
Brak odpowiedzi	2 (1%)	18 (6%)
Ogółem	288 (100%)	288(100%)

Źródło: opracowanie własne.

Struktura opinii badanych wskazuje na wyraźną dysproporcję między dostrzeganą przez nich możliwością kariery zawodowej w podsystemie ochrony zdrowia pracujących a możliwością takiej kariery w pozostałych częściach systemu zdrowia. Pozytywne opinie o możliwości kariery zawodowej w podsystemie ochrony zdrowia pracujących wyraziło 2/3 respondentów, zaś w innych częściach systemu zdrowia można zrobić karierę zawodową w opinii 42%

¹⁰ W tym podrozdziale wykorzystane są fragmenty artykułu Boczkowski, Zawadzka 2008.

¹¹ Problematyka kariery zawodowej (m. in. w aspekcie definicyjnym) podejmowana była m. in. przez Zygmunta Baumana (1960), Ewę Rokicką (1995), Annę Firkowską-Mankiewicz (1999).

badanych (niewiele ponad 2/5). Tak więc zdaniem większości respondentów lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny pracy nie ma możliwości zajmowania coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych stanowisk w innych niż ochrona zdrowia pracujących częściach systemu zdrowia.

Aby lepiej zorientować się w nastawieniu badanych wobec możliwości kariery zawodowej, utworzona została typologia ich opinii uwzględniająca pozytywne i negatywne odpowiedzi na obie części pytania. Wyróżnione zostały cztery typy opinii:

1. Osoby dostrzegające możliwość kariery zawodowej w całym systemie zdrowia (zarówno w podsystemie ochrony zdrowia pracujących, jak i w pozostałych częściach systemu zdrowia). Osób takich było 98 (34%).

2. Osoby dostrzegające możliwość kariery zawodowej tylko w podsystemie ochrony zdrowia pracujących, deklarujące brak takiej możliwości w innych częściach systemu zdrowia (78 osób, 27%).

3. Osoby mające negatywną opinię o możliwości kariery zawodowej w podsystemie ochrony zdrowia pracujących, ale dostrzegające możliwość takiej kariery w innych częściach systemu zdrowia (22 osoby, 8%).

4. Osoby nie dostrzegające żadnych możliwości kariery zawodowej dla lekarza-specjalisty w dziedzinie medycyny pracy – ani w podsystemie ochrony zdrowia pracujących, ani w innych częściach systemu zdrowia (72 osoby, 25%)¹².

Ci z respondentów, którzy udzielili przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, stanowiący 75% badanej zbiorowości, pytani byli w kwestionariuszu o czynniki wpływające na to, że lekarz medycyny pracy robi karierę w instytucjach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Zaproponowanych zostało pięć czynników (cztery zdefiniowane plus możliwość wskazania jakichś innych), których symbole respondenci rozmieszczali hierarchicznie w odpowiednich miejscach znajdującej się przy pytaniu tabeli jako wpływające na karierę zawodową w pierwszej, drugiej, trzeciej, czwartej i piątej kolejności. Brak symbolu jakiegoś czynnika w tabeli oznaczał, że dany czynnik, zdaniem respondenta, w ogóle nie wpływa na karierę zawodową w systemie zdrowia.

W literaturze socjologicznej mówi się o wpływie na procesy mobilności (również mobilności zawodowej) wielu różnych czynników¹³, które można ująć w dwie zasadnicze grupy. Po pierwsze, są to czynniki indywidualne związane z cechami jednostki – takie jak pochodzenie społeczne, wykształcenie, zmienne psychologiczne (inteligencja, motywacja do osiągnięć), po drugie – czynniki

¹² O 18 osobach (6%) brak danych umożliwiających określenie przynależności do któregoś z typów.

¹³ Krzysztof Zagórski pisał o pięciu aspektach ruchliwości społecznej: motywacyjnym, kulturowym, demograficznym, społeczno-politycznym i ekonomicznym (Zagórski 1978).

makrospołeczne, cechy struktury społecznej i systemu społeczno-gospodarczego, tj. poziom rozwoju technicznego, rozwój procesów industrializacyjnych i urbanizacyjnych, demokratyzacja oświaty, typ systemu politycznego. Ponieważ kariera zawodowa jest swoistą odmianą mobilności pionowej, można uważać te dwie grupy czynników za determinanty kariery. W pytaniu, o którym mowa, uwzględnione zostały trzy czynniki indywidualne: 1) wiedza i umiejętności, 2) zdolności organizatorskie, menedżerskie, 3) umiejętność wtapiania się w zastane układy.

Tabela 43 przedstawia szczegółowe rozkłady procentowe uzyskanych odpowiedzi, jak również zakres postrzegania poszczególnych czynników (mierzony odsetkiem osób wskazujących) oraz syntetyczny wskaźnik znaczenia¹⁴ każdego z czynników dla członków badanej zbiorowości.

Zdecydowanie na pierwszy plan wysunęły się dwa czynniki: wiedza i umiejętności oraz zdolności organizatorskie i menedżerskie. Syntetyczny wskaźnik znaczenia dla tych czynników jest na tym samym poziomie, chociaż np. analizując wskazania w pierwszej i drugiej kolejności, można wskazać na nieznaczną przewagę zdolności organizatorskich i menedżerskich. Na dalszych miejscach uplasowały się przypadek (zbieg okoliczności) oraz zdolność wtapiania się w zastane układy.

Występuje tutaj wyraźna przewaga czynników jednostkowych o charakterze wewnątrzsterownym, zależnych od starań i osobowości jednostki. Istnieje jednak ryzyko, że przy tej hierarchizacji mógł zadziałać mechanizm swoistej poprawności politycznej. Przypadek oraz zdolność wtapiania się w zastane układy znalazły się tutaj na oddalonych ostatnich miejscach, ale czynniki te pojawiały się wielokrotnie w wypowiedziach wolnych jako ograniczające możliwość zrobienia kariery zawodowej (Boczkowski, Zawadzka 2008). Podkreślano w tych wypowiedziach znaczenie wsparcia osób trzecich i czynników zewnętrznych, takich jak „znajomości w świecie polityków czy układy rodzinne, znajomości” oraz np. takiego sprzyjającego zbiegu okoliczności, jak „brak lepszego kandydata”. Można więc przypuszczać, że faktyczna waga pozamerytorycznych czynników, takich jak układy czy zbieg okoliczności, była dla badanych większa, niż wskazuje na to rozkład odpowiedzi uwidoczniiony w tabeli 43.

¹⁴ Wskazaniom na występowanie danego powodu w pierwszej, drugiej, trzeciej, czwartej lub piątej kolejności przypisane zostały wagi (odpowiednio: 5, 4, 3, 2 i 1), przez które to wartości mnożono liczbę wskazań. Wskaźnik znaczenia jest ilorazem sumy punktów uzyskanych przez dany powód i maksymalnej (teoretycznie możliwej do uzyskania) liczby punktów – tutaj było to 1440 (5 x 288). Wskaźnik ten przyjmuje wartości od 0 do 1, gdzie „0” oznacza całkowity brak postrzegania danego powodu w badanej grupie osób, zaś „1” – postrzeganie danego powodu w pierwszej kolejności przez wszystkie osoby z badanej grupy.

Tabela 43

Postrzeganie (ocena i hierarchizacja) czynników wpływających na karierę zawodową lekarza medycyny pracy w polskim systemie zdrowia. Uszeregowanie wg zakresu wskazywania

Czynniki wpływające na karierę zawodową	W 1. kolejności	W 2. kolejności	W 3. kolejności	W 4. kolejności	W 5. kolejności	Zakres (% wska- zujących dany czynnik)	Wskaźnik znaczenia
Wiedza i umiejętności	29	23	11	5	2	70	0,56
Zdolności organizator- skie, menedżerskie	25	31	8	3	0,3	67	0,56
Przypadek, zbieg oko- liczności	8	6	19	18	8	59	0,33
Zdolność wtapiania się w zastane układy	8	6	19	16	6	55	0,32
Coś innego	2	2	1	5	15	24	0,09

Źródło: opracowanie własne.

„Coś innego”, czyli inne oprócz wymienionych w tabeli czynniki wpływające (według respondentów) pozytywnie na karierę zawodową lekarza medycyny pracy w polskim systemie zdrowia, można ująć w kilka wątków tematycznych, które niekiedy pokrywają się częściowo z zaproponowanymi w pytaniu czynnikami. Tak więc oprócz wspomnianego wyżej wpływu (wsparcia) osób trzecich i różnych czynników zewnętrznych wskazywano cechy indywidualne, które zdaniem respondentów w znacznej mierze wpływają na przebieg kariery zawodowej („wszystko zależy od osobowości danego lekarza”; „dobre wychowanie, prezencja, ciepły stosunek do ludzi chorych i zdrowych”; „determinacja w dążeniu do celu”), a także po raz kolejny podkreślano wagę wiedzy i umiejętności jako głównego czynnika wpływającego na możliwość zrobienia kariery w tym zawodzie. Badani podkreślali, że specyfika tej specjalizacji polega nie tylko na zdobyciu i stosowaniu odpowiednich elementów wiedzy i umiejętności medycznych, ale również na orientacji w sferze administracyjno-prawnej, stąd „coś innego” to także „znajomość przepisów” oraz „zdolność rozumienia i interpretacji przepisów prawa”. Dodatkowym atutem w walce o lepsze pozycje w hierarchii organizacyjnej jest posiadanie formalnych uprawnień, np. do badań profilaktycznych kierowców („uprawnienia, które zakład pracy może wykorzystać”). Wskazywano także na taki zewnętrzny czynnik różnicujący szanse kariery zawodowej jak miejsce zamieszkania, z którym związana jest wielkość ośrodka, oraz liczba lekarzy tej specjalności na danym terenie.

Cechy społeczno-demograficzne nie różnicowały odpowiedzi badanych, tzn. wskazań na poszczególne proponowane przyczyny kariery zawodowej le-

karza medycyny pracy w Polsce. Świadczy to o jednolitości tej sfery świadomościowej w badanej zbiorowości.

Jak już wspomniano, w badaniu poruszane były m. in. kwestie użyteczności kształcenia oraz korzyści, jakie występują (wystąpiły) w praktyce zawodowej badanych w związku z uzyskaniem (posiadaniem) przez nich specjalizacji w tej dziedzinie. W zestawie zaproponowanych w kwestionariuszu 18 potencjalnych korzyści znalazły się również takie, które odnosiły się bezpośrednio do kariery zawodowej: awans w miejscu pracy oraz uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym. W rankingu opracowanym na podstawie dokonanej przez respondentów oceny wagi czy intensywności różnych korzyści z posiadania specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy te dwie korzyści sytuują się bardzo nisko: awans w miejscu pracy na 14. miejscu (tylko 30% badanych oceniło tę korzyść jako istotną, zaś 25% zadeklarowało brak takiej korzyści), a uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym na miejscu 16. (25% ocen tej korzyści jako istotnej, 25% deklaracji braku takiej korzyści). Fakt, że co czwarty badany lekarz specjalista w dziedzinie medycyny pracy nie dostrzega związku między uzyskaniem (posiadaniem) tej specjalizacji ani z możliwością awansu w miejscu pracy, ani z uzyskaniem lepszej pozycji w środowisku zawodowym może być traktowany jako potwierdzenie wniosku o ograniczonym znaczeniu formalnych kwalifikacji profesjonalnych dla kariery zawodowej lekarza medycyny pracy.

9.4. Ocena możliwości aplikacyjnych europejskiego programu kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy

W badaniu podjęta została również wspomniana w pierwszej części opracowania problematyka relatywności ujmowania oraz zmienności formułowania celów kształceniowych organizujących proces kształcenia, a także kwestia ich adekwatności do realiów sfery profesjonalnej. Cele kształcenia specjalistycznego lekarzy medycyny pracy w Polsce porównane zostały z celami zawartymi w projekcie europejskiego programu kształcenia specjalistycznego w tej dziedzinie, zaś te ostatnie zostały poddane ocenie respondentów z punktu widzenia ich praktyki zawodowej w warunkach polskich.

Na początek przedstawione zostaną rezultaty analizy porównawczej roli, zadań i funkcji lekarza medycyny pracy (tak jak ujmuje te kwestie polski program kształcenia specjalistycznego) oraz lekarza kierującego ochroną zdrowia pracujących (tak jak to ujmuje projekt opracowany w profesjonalnych stowarzyszeniach medycyny pracy funkcjonujących w krajach Europy Zachodniej). Wyniki tej analizy przedstawione zostały w kontekście ewolucyjnych zmian zachodzących w sferze opieki zdrowotnej nad pracującymi.

Medycyna pracy jest wielodyscyplinarną dziedziną zajmującą się ochroną zdrowia pracujących przed niekorzystnym wpływem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy lub związanych ze sposobem jej wykonywania (*Program specjalizacji w medycynie pracy* 2003: 2).

Medycyna pracy [*occupational medicine*] jest specjalnością medyczną. Lekarz medycyny pracy [*occupational physician*] jest jedną z profesji w ramach wielodyscyplinarnego zespołu sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi (Macdonald 1999: 2).

Na pierwszy rzut oka te dwa cytaty, stanowiące początkowe akapity dwóch programowych opracowań dotyczących wspomnianej w nich specjalności, uzupełniają się nawzajem. Ta komplementarność jest jednak w znacznej mierze pozorna. W pierwszym fragmencie, pochodzącym z najnowszej wersji polskiego programu specjalizacji w medycynie pracy, termin „wielodyscyplinarny” odnosi się wyłącznie do różnorodności wiedzy i umiejętności, jakie musi posiadać lekarz medycyny pracy. We fragmencie drugim, pochodzącym z opracowania zawierającego propozycje programowe dotyczące kształcenia specjalistów medycyny pracy w krajach Unii Europejskiej, termin „wielodyscyplinarny” odnosi się do zespołu, którego lekarz o takiej specjalności ma być członkiem (zresztą, jak pisze się o tym później, najważniejszym – kierującym pracą zespołu). Różnica ta jest znamienna: sygnalizuje istotną różnicę podejść do kształcenia lekarzy medycyny pracy w Polsce i w „starych” krajach Unii Europejskiej. Różnica ta przejawia się jeszcze dobitniej, gdy porównuje się odpowiednie programy specjalizacyjne, o czym będzie mowa dalej. W tym miejscu można jeszcze dodać, że owa różnica utrwalona jest także w formalnych strukturach i nazewnictwie instytucjonalnym: w Polsce mamy do czynienia ze **szkołą medycyny pracy** (działającą zresztą na bazie specjalnej ustawy do niej się odnoszącej¹⁵), zaś na zachodzie Europy mówi się o **usługach ochrony zdrowia pracujących** (*occupational health services*), gdzie medycyna pracy, jak to zostało powiedziane wyżej, jest bardzo ważnym, może nawet najważniejszym, ale tylko jednym z wielu elementów.

W ciągu kilku stuleci rozwoju gospodarczego, przemysłowego i naukowego profesja klinicznego lekarza opiekującego się pracującymi stawała się coraz bardziej złożona i ogarniała coraz większe obszary funkcji i zadań, jak również dała początek różnym specjalizacjom pozamedycznym związanym z dziedzinami nauki bezpośrednio bądź pośrednio dotyczącymi zdrowia. Obecnie w najbardziej rozwiniętych cywilizacyjnie krajach upowszechnia się tendencja, aby w skład wielodyscyplinarnego zespołu, którego zadaniem jest promocja i ochrona zdrowia pracowników, oprócz lekarza wchodził również inny specjaliści: higieniści, pielęgniarki, toksykolodzy, psychologowie. Praktyka medycyny pracy stymulowała także pojawienie się innych zawodów, takich jak inżynierowie bezpieczeństwa pracy (*safety engineers*) czy ergonomiści.

¹⁵ Ustawa z 27.06.1997 r. (z późniejszymi zmianami) o służbie medycyny pracy, Dz.U. 1997, nr 96, poz. 593.

W krajach Unii Europejskiej lekarz medycyny pracy coraz częściej funkcjonuje w ramach takiego wielodyscyplinarnego zespołu zajmującego się ochroną zdrowia pracujących. Jest to konieczne dla wypełniania misji polegającej na, po pierwsze, wspomaganie pracodawcy w przestrzeganiu istniejących tam wymagań prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa oraz obowiązku opieki nad pracownikami, a po drugie – pomocy i doradzaniu społeczności pracujących oraz planowaniu i realizacji przedsięwzięć służących ochronie ich zdrowia oraz zaspokojeniu potrzeb w zakresie promocji zdrowia.

Ochrona zdrowia pracujących, według definicji przyjętej w 1950 r. przez specjalny komitet powołany wspólnie przez Światową Organizację Zdrowia i Międzynarodowe Biuro Pracy¹⁶, ma na celu

promocję i utrzymanie na najwyższym poziomie fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu pracowników wszystkich zawodów; zapobieganie ubytkom w zdrowiu pracowników spowodowanym warunkami ich pracy; ochronę pracowników w ich miejscu pracy przed zagrożeniami stwarzanymi przez czynniki niekorzystne dla zdrowia; umieszczanie i utrzymywanie pracownika w środowisku pracy dostosowanym do jego fizjologicznych i psychologicznych możliwości; podsumowując: dostosowanie pracy do człowieka oraz każdego człowieka do jego pracy (*Technical and Ethical Guidelines...* 1998).

Na 12. sesji wspomnianego komitetu, która odbyła się w Genewie w 1995 r., definicja ta została uzupełniona o część stwierdzającą, że opieka zdrowotna nad pracującymi skupia się głównie na trzech różnych celach:

(1) utrzymaniu i promocji zdrowia pracowników i ich zdolności do pracy; (2) poprawie środowiska pracy i samej pracy tak, aby sprzyjały bezpieczeństwu i zdrowiu; (3) rozwijaniu organizacji pracy i kultury pracy w kierunku wspierania zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy, a w ramach tego – również promowania pozytywnego klimatu społecznego i podejścia perswazyjnego, co może zwiększyć wydajność pracy. Pojęcie kultury pracy oznacza w tym kontekście refleksję nad podstawowymi systemami wartości przyjętymi w danym miejscu pracy. Tego rodzaju kultura odzwierciedla się w praktyce w systemach zarządzania, polityce personalnej, zasadach uczestnictwa, polityce szkoleniowej oraz zarządzaniu jakością w zakładzie pracy (*Technical and Ethical Guidelines...* 1998).

Odpowiedzialność pracodawców za zdrowie i bezpieczeństwo pracowników w ich miejscu pracy jest określona w prawodawstwie i w dyrektywach Unii Europejskiej. W niektórych krajach (np. w Holandii i w Bułgarii) wielodyscyplinarne zespoły sprawujące opiekę zdrowotną nad pracującymi są już wymagane przez prawo.

W rezultacie rozszerzenia się pojęcia ochrony zdrowia pracujących poza znaczenia ściśle medyczne i włączenia w jego zakres promocji zdrowia w miejscu pracy zapoczątkowany został proces włączania do zespołów sprawujących opiekę zdrowotną nad pracującymi nowej specjalności dotyczącej problematyki

¹⁶ Joint WHO/ILO Committee on Occupational Health.

determinowania zdrowia przez style życia oraz konieczności aktywnego włączania się pracowników w zarządzanie zdrowiem.

W początkach lat 90. pojawiła się idea oraz powszechne dążenie do powołania ogólnoeuropejskich instytucji w tym zakresie. Jako pierwsze utworzone zostało Europejskie Stowarzyszenie Szkół Medycyny Pracy (EASOM – European Association of Schools of Occupational Medicine), wkrótce potem Sekcja Medycyny Pracy Związku Europejskich Specjalności Medycznych (OMS – Occupational Medicine Section of the UEMS – Union of European Medical Specialities), a następnie Europejska Sieć Towarzystw Lekarzy sprawujących opiekę nad pracującymi (ENSOP – European Network of Societies of Occupational Physicians). Wszystkie te organizacje są obecnie zaangażowane w działalność, mającą na celu rozwój tej profesji, we wszystkich też reprezentowane są odpowiednie polskie organizacje – towarzystwa naukowe i placówki kształcenia podyplomowego w dziedzinie medycyny pracy.

Zmiana ogólnej perspektywy – stopniowe przechodzenie od medycyny pracy pojmowanej jako kliniczno-higieniczna specjalność medyczna (lekarska) do wszechstronnej, wielodyscyplinarnej ochrony zdrowia pracujących – dokonująca się w skali europejskiej znajduje swoje odzwierciedlenie również w dziedzinie kształcenia specjalistycznego, czego wyrazem są podejmowane od jakiegoś czasu działania mające na celu stworzenie nowego, wspólnego dla Unii Europejskiej i wzorcowego dla innych krajów systemu kształcenia lekarzy – specjalistów w dziedzinie opieki zdrowotnej nad pracującymi. W skali naszego kraju, a ściślej mówiąc polskiego systemu kształcenia specjalistów w dziedzinie medycyny pracy, taka ewolucja również się dokonuje. Obowiązujący do 1999 r. tryb i program podyplomowego kształcenia specjalizacyjnego lekarzy medycyny pracy uległ pewnej modyfikacji w 2000 r. oraz został poddany kolejnej korekcie w 2003 r. Można powiedzieć ogólnie, że owe korekty i modyfikacje przybliżają nieco rozwiązania programowe obowiązujące w naszym kraju do tendencji i rozwiązań istniejących obecnie w Unii Europejskiej. Trudno w tym miejscu dokonywać wszechstronnej oceny stopnia tego przybliżenia i dystansu, jaki pozostał nam jeszcze do pokonania, aby osiągnąć ten poziom ewolucyjny, który opieka zdrowotna nad pracującymi oraz kształcenie specjalistyczne w tej dziedzinie osiągnęły w najbardziej rozwiniętych krajach zachodniej Europy. Warto jednak przyrzeć się podobieństwom i różnicom, jeśli idzie o role, zadania i funkcje oraz zakresy wiedzy i umiejętności lekarza medycyny pracy w Polsce¹⁷ i lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi w Europie Zachodniej (Macdonald 1999).

W *Programie specjalizacji w medycynie pracy* (rozdział 1. *Cele studiów specjalizacyjnych*) stwierdza się m. in., że „celem studiów specjalizacyjnych jest uzyskanie przez lekarza szczególnych kwalifikacji w dziedzinie medycyny pracy

¹⁷ Według cytowanego *Programu specjalizacji...* 2003.

i nabycie kompetencji umożliwiających uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia pracujących poprzez realizację głównych zadań medycyny pracy”. Wyróżnia się 12 grup czy rodzajów takich kompetencji:

1. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy.
2. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy.
3. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu.
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą.
5. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy.
6. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących.
7. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu.
8. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy.
9. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej.
10. Dobór metod monitoringu biologicznego.
11. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
12. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego.

W opracowaniu będącym swoistym projektem środowiskowym europejskiego programu kształcenia specjalistycznego lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad pracującymi wyróżnionych zostało 11 funkcji takiego lekarza, do realizacji których niezbędne są oczywiście określone kompetencje uzyskiwane w toku kształcenia. W odróżnieniu od polskiego programu, w projekcie programu „unijnego” każda z tych funkcji czy grup kompetencji, wyróżnionych na poziomie ogólności podobnym jak w zestawie polskim, opisana jest bardziej szczegółowo (jest podzielona na bardziej szczegółowe kompetencje). Tak więc zestaw „unijny” kompetencji merytorycznych lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi przedstawia się następująco:

1. Identyfikacja i ocena ryzyka spowodowanego zagrożeniami w miejscu pracy:
 - 1.1. Podejmowanie ocen środowiska pracy oraz doradzanie w kwestii metod jego kontroli.
 - 1.2. Diagnozowanie chorób i dolegliwości związanych z pracą.
 - 1.3. Organizowanie odpowiednich badań i analiz dla zdiagnozowania chorób zawodowych.
 - 1.4. Rozpoznawanie zapotrzebowania na specjalistyczną ocenę środowiska pracy przez innych członków wielodyscyplinarnego zespołu (toksykologów, higienistów, ergonomistów, psychologów organizacji itp.) oraz organizowanie pracy zespołu.
 - 1.5. Organizowanie nadzoru zdrowotnego nad pracownikami narażonymi na czynniki szkodliwe występujące w procesie pracy.
 - 1.6. Dobór metod monitoringu biologicznego według kryterium trafności w celu ochrony zdrowia określonych pracowników, z należyтым uwzględnieniem czułości, specyficzności i wartości predykcyjnej stosowanych testów.
 - 1.7. Ocena systemów kontrolnych mających eliminować bądź zmniejszać narażenia.
 - 1.8. Dobór odpowiedniego indywidualnego wyposażenia ochronnego (w razie potrzeby – przy pomocy innych ekspertów).
 - 1.9. Doradzanie w kwestiach zaopatrzenia w środki pierwszej pomocy oraz ustanowienia procedur postępowania w sytuacjach krytycznych.
 - 1.10. Doradzanie przy wprowadzaniu do procesu pracy nowych technologii oraz rozwiązań technicznych i organizacyjnych.
2. Uczestnictwo i inicjatywa w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych:
 - 2.1. Doradzanie kierownictwu i przedstawicielom pracowników w kwestii etycznych podstaw określonych decyzji.
 - 2.2. Doradzanie w kwestii potrzeby całościowych konsultacji z przedstawicielami pracowników.
 - 2.3. Koordynowanie rozmów kierownictwa i przedstawicieli pracowników, prowadzących do określonych uzgodnień.
 - 2.4. Czuwanie nad tym, aby pracownicy byli w pełni poinformowani o przyjętych rozwiązaniach i o swoich prawach.
3. Promowanie przystosowania pracy do pracownika. Ocenianie niezdolności i zdolności do pracy:
 - 3.1. Ocena ryzyka zagrożeń występujących w środowisku pracy oraz doradztwo w kwestii zapobiegania szkodliwościom.
 - 3.2. Ocena niezdolności i zdolności do pracy na określonych stanowiskach, wstępna oraz okresowa (w tym drugim przypadku – także ocena sytuacji w związku z ewentualnym wystąpieniem choroby bądź urazu związanego z wykonywaniem pracy).
 - 3.3. Ocena uszczerbku na zdrowiu, niesprawności i upośledzeń związanych z pracą.
 - 3.4. Kliniczne prowadzenie niesprawnych pracowników w procesie rehabilitacji.
 - 3.5. Stosowanie elementów ergonomii w procesie rehabilitacji.
 - 3.6. Stosowanie elementów psychologii organizacji w rehabilitacji – w przypadkach zaburzeń umysłowych związanych z pracą.
 - 3.7. Poradnictwo dla pracowników dotyczące absencji chorobowej.
 - 3.8. Radzenie sobie z pracownikami uzależnionymi (bądź na drodze do uzależnienia) od alkoholu, narkotyków i środków farmakologicznych.
 - 3.9. Doradzanie w kwestiach rehabilitacji i przesunięć na inne stanowiska.

4. Promowanie przystosowania pracy do pracownika w specjalnych okolicznościach (dotyczy kobiet ciężarnych i osób młodocianych).
5. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych dla kierownictwa i szeregowych pracowników:
 - 5.1. Porozumiewanie się z ludźmi o różnym poziomie i rodzaju wykształcenia i różnych możliwościach percepcyjnych.
 - 5.2. Sporządzanie pisemnych raportów z możliwie największą precyzją (przy wykorzystaniu danych liczbowych).
 - 5.3. Jasne przedstawianie ustne poszczególnych problemów z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
 - 5.4. Uczestnictwo w komitetach (komisjach), w szczególności zajmujących się problematyką zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
 - 5.5. Uczestnictwo w analizowaniu wypadków związanych z pracą i chorób zawodowych.
 - 5.6. Porozumiewanie się z przedstawicielami innych kręgów zawodowych w celu zorganizowania i przeprowadzenia odpowiednich szkoleń.
6. Rozwijanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy – poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby – z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej):
 - 6.1. Przeprowadzanie badania naukowego zgodnie z obowiązującymi regułami.
 - 6.2. Dokonywanie analiz problemowych w oparciu o istniejącą literaturę naukową oraz sporządzanie raportu na ich podstawie.
 - 6.3. Interpretowanie danych naukowych z czasopism fachowych i z własnych badań.
 - 6.4. Planowanie prostych badań terenowych.
 - 6.5. Rozpoznawanie i podejmowanie badań grup chorób występujących w zbiorowości pracowników.
 - 6.6. Analizowanie rutynowo gromadzonych danych, w tym danych o absencji chorobowej i wypadkach.
 - 6.7. Regularne składanie ustnych i pisemnych sprawozdań kierownictwu i pracownikom.
7. Doradzanie, wspieranie i monitorowanie w odniesieniu do wdrażania prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy:
 - 7.1. Stosowanie przepisów prawnych dotyczących opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz zasad etycznych związanych z tą sferą do indywidualnych przypadków.
 - 7.2. Doradzanie kierownictwu w kwestiach związanych z wdrażaniem przepisów prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz ochrony środowiska.
 - 7.3. Doradzanie w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.
 - 7.4. Powiadamianie pracowników i ich przedstawicieli o ich zobowiązaniach prawnych.
 - 7.5. Ocena zgodności decyzji (rozwiązań) z nowymi przepisami prawnymi.
8. Rozpoznawanie i doradzanie w zakresie szkodliwych narażeń pochodzenia przemysłowego występujących w danym środowisku:
 - 8.1. Diagnostyka różnicowa chorób związanych z pracą i środowiskiem.
 - 8.2. Identyfikacja i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy, bądź mogących pojawić się w rezultacie operacji czy procesów technologicznych; także doradzanie w związku z tym.

- 8.3. Rozpoznawanie czynników szkodliwych występujących w środowisku ogólnym pochodzących z innych źródeł; doradzanie w związku z tym.
- 8.4. Kontaktowanie się z innymi specjalistami odpowiedzialnymi za zdrowie środowiskowe i zdrowie społeczności lokalnej.
9. Uczestnictwo w związanych z pracą programach promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej:
 - 9.1. Analiza potrzeb zdrowotnych ludności pracującej.
 - 9.2. Analiza etycznych aspektów kontroli stanu zdrowia.
 - 9.3. Analiza kosztów i korzyści w odniesieniu do działań z zakresu promocji zdrowia związanych z pracą.
 - 9.4. Inicjowanie, przekonywanie o zasadności oraz prowadzenie uzgodnionego programu promocji zdrowia w miejscu pracy.
 - 9.5. Dążenie do zapewnienia uczestnictwa zarówno pracowników, jak i pracodawców w projektowaniu i wdrażaniu programów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej związanych z pracą.
 - 9.6. Ewaluacja i audyt programów promocji zdrowia w miejscu pracy, zwłaszcza pod względem ich związku z czynnikami szkodliwymi występującymi w miejscu pracy oraz kontrolą ryzyka występowania chorób zawodowych i urazów związanych z wykonywaniem pracy.
10. Kierowanie całokształtem opieki zdrowotnej nad pracownikami:
 - 10.1. Ocena potrzeb zakładu pracy (instytucji) w zakresie opieki zdrowotnej nad pracującymi.
 - 10.2. Określanie celów i zadań służb sprawujących opiekę zdrowotną nad pracownikami.
 - 10.3. Określanie ról poszczególnych członków personelu w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz formułowanie i wyznaczanie zakresów ich obowiązków zawodowych.
 - 10.4. Kierowanie placówką opieki zdrowotnej nad pracującymi.
 - 10.5. Ocena jakości udzielanych świadczeń oraz przeprowadzanie audytu klinicznego.
 - 10.6. Negocjowanie budżetu i zarządzanie nim.
 - 10.7. Tworzenie zespołu [sprawującego opiekę zdrowotną nad pracownikami].
 - 10.8. Polityka kadrowa.
 - 10.9. Projektowanie programów szkoleniowych dla personelu placówki.
11. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej:
 - 11.1. Przewodzenie zespołowi.
 - 11.2. Delegowanie i udzielanie pełnomocnictw ekspertom.
 - 11.3. Doradzanie przy wdrażaniu sformułowanych przez innych specjalistów ocen narażenia zawodowego.
 - 11.4. Koordynowanie nadzoru zdrowotnego i monitoringu biologicznego z nadzorem środowiskowym i oceną innych rodzajów zagrożeń.
 - 11.5. Promowanie [inicjowanie i pobudzanie] wielodyscyplinarnej działalności naukowej w zakresie gromadzenia danych o narażeniach.
 - 11.6. Planowanie efektywnego wykorzystania zasobów z zakresu różnych dyscyplin [specjalności].
 - 11.7. Ewaluacja działalności wielodyscyplinarnego zespołu (Macdonald 1999).

Porównanie ogólnych kompetencji (funkcji) lekarza medycyny pracy, zawartych w polskim programie specjalizacji, oraz kompetencji (funkcji) lekarza

sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi, zawartych w propozycji programowej z Bilthoven, skłania do następujących wniosków.

Zarówno polskie ustalenia programowe, jak i propozycje z Bilthoven dotyczą tego samego poziomu taksonomicznego, a mianowicie ogólnych kompetencji (i związanych z nimi funkcji) lekarza medycyny pracy i lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi. Propozycje z Bilthoven ujęte są obszerniej, co częściowo wynika z większej szczegółowości sformułowań, lecz przede wszystkim jest rezultatem większego zakresu różnych funkcji, obejmującego także takie, które w programie polskim w ogóle nie występują.

Pośród 11 grup kompetencji występujących w programie zachodnioeuropejskim 6 nie ma odpowiedników w polskim programie specjalizacyjnym. Są to następujące grupy kompetencji:

2. Uczestnictwo w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych.

5. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych (dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy) dla kierownictwa i szeregowych pracowników.

6. Powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy – poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby – z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej).

7. Uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy.

10. Kierowanie ochroną zdrowia pracujących.

11. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej.

Bardziej szczegółowe porównanie merytorycznych zakresów poszczególnych grup kompetencji w zestawie polskim i w zestawie zachodnioeuropejskim wykazuje, że zdecydowana większość grup kompetencji zawartych w polskim programie specjalizacyjnym jest bezpośrednio bądź pośrednio reprezentowana w czterech pozostałych grupach kompetencji wchodzących w skład propozycji programu zachodnioeuropejskiego. Porównania cząstkowe wykazują różny stopień zbieżności sformułowań i, co ważniejsze, zbieżności merytorycznej. Tylko wyjątkowo jednak mamy do czynienia z tożsamością poszczególnych grup kompetencji. Zakresy 4 (z 11) grup kompetencji z zestawu zachodnioeuropejskiego krzyżują się z zakresami poszczególnych elementów kompetencyjnych polskiego programu; niekiedy w poszczególnych zakresach kompetencyjnych jednego zestawu pojawiają się treści nieobecne w zestawie drugim, inne jest też rozłożenie akcentów merytorycznych oraz inne pogrupowanie szczegółowych sformułowań dotyczących kompetencji.

Można przyjąć, że program zachodnioeuropejski (jak również stojąca za nim profesja oraz obszar świadomości zdrowotnej) osiągnął wyższe stadium rozwoju, co znajduje swój wyraz, po pierwsze, w rozszerzeniu obszaru kompetencji lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi o sześć wymienionych wyżej zakresów, po drugie zaś – w znacznej modyfikacji wewnętrznej struktury całego obszaru kompetencyjnego.

W projekcie programu specjalizacji lekarskiej w dziedzinie opieki zdrowotnej nad pracującymi przedstawionym i wstępnie zaakceptowanym w Bilthoven szczególną rangę nadaje się kwestiom etycznym. Świadczy o tym nie tylko pojawienie się wątku etycznego w opisach poszczególnych grup kompetencji, jakie powinien uzyskać lekarz specjalizujący się w opiece zdrowotnej nad pracującymi, ale również (może nawet przede wszystkim) umieszczenie krótkiego rozdziału dotyczącego tej problematyki **przed** bardziej szczegółowym omówieniem tych kompetencji.

W rozdziale tym stwierdza się m. in., że złożone i niekiedy konkurujące ze sobą obowiązki profesjonalistów w dziedzinie opieki zdrowotnej nad pracującymi wobec pracowników, pracodawców, szerszego otoczenia społecznego, odpowiednich władz oraz innych czynników życia społecznego (system zdrowia publicznego, związki zawodowe, system ubezpieczeń społecznych czy system prawny) powodują, iż etyka musi być sytuowana w centrum praktyki z zakresu opieki zdrowotnej nad pracującymi. Co więcej, wielodyscyplinarny charakter zespołu opieki zdrowotnej nad pracującymi, obejmującego także ekspertów niemedycznych, którzy muszą mieć niekiedy dostęp do poufnych informacji medycznych, aby właściwie wykonywać swoje zadania, rozszerza zasady przestrzegania poufności oraz zachowań etycznych poza grupę profesjonalistów medycznych. W tej sytuacji lekarz musi bezwzględnie ustalać standardy, a także stanowić wzór zachowań zgodnych z uchwalonym w 1992 r. Międzynarodowym Kodeksem Etyki przeznaczonym dla profesjonalistów opieki zdrowotnej nad pracującymi (International Commission... 2002).

Bardzo silnie akcentowane są w propozycji z Bilthoven następujące pozamedyczne role lekarza sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi i kierującego wielodyscyplinarnym zespołem ochrony zdrowia pracujących:

(a) **rola doradcy** – odgrywanie tej roli przewidziane jest zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie całego zakładu pracy lub/i wobec występujących w nim grup (elementów organizacyjnych); z jej odgrywaniem ściśle związany jest silny nacisk położony w programie „unijnym” na znajomość zagadnień prawnych;

(b) **rola czynnika sprawczego, a przynajmniej aktywnego uczestnika zmian** w zakładzie (zakładach) pracy podlegających opiece: wykrywanie i wskazywanie nieprawidłowości organizacyjnych, sugerowanie zmian w organizacji pracy oraz metod i środków wprowadzania zmian;

(c) **rola zwornika systemu informacyjnego** – gromadzenie (również w drodze badań i analiz naukowych), rozpowszechnianie i regulowanie przepływu (w różnych kierunkach) informacji związanej ze zdrowiem i bezpieczeństwem w procesie pracy; projektowanie i realizacja programów szkoleniowych i oświatowych;

(d) **rola członka, a nawet szefa wielodyscyplinarnego zespołu** zajmującego się opieką zdrowotną nad pracującymi – stąd m. in. podkreślanie znaczenia właściwych interakcji z innymi ekspertami (członkami takiego zespołu oraz ekspertami z zewnątrz) i potrzebnych do tego umiejętności komunikacyjnych.

Warto zwrócić uwagę na to, że wprawdzie podstawowe założenia programowe kształcenia lekarzy medycyny pracy w Polsce w istotnej mierze odpowiadają definicjom i zaleceniom ŚOZ/MOP dotyczącym opieki zdrowotnej nad pracującymi, nie są jednak, zgodnie z tymi zaleceniami i definicjami, podporządkowane naczelnej idei prewencji¹⁸ w takim stopniu, jak to ma miejsce w programach kształcenia formułowanych w krajach Europy Zachodniej. Ponadto, jak już była o tym mowa, istnieją znaczne różnice zakresu i struktury merytorycznej programu kształcenia specjalistycznego w Polsce i w „starych” krajach Unii Europejskiej, dotyczące zresztą także szczegółowych zakresów wiedzy i umiejętności. W sumie – i w dużym uproszczeniu – różnice te sprowadzają się do tego, że w Polsce wciąż jeszcze kształci się przede wszystkim **lekarzy** o specjalności „medycyna pracy”, zaś w Europie Zachodniej istnieją silne tendencje oraz, co najważniejsze, szereg rozwiązań prawnych, administracyjnych i organizacyjnych, w rezultacie których kształci się (lub zamierza się kształcić) **specjalistów w zakresie ochrony zdrowia pracujących** (na bazie ich ogólnego i specjalistycznego wykształcenia medycznego) powołanych do koordynowania pracy wielodyscyplinarnych zespołów.

Projekt jednolitego europejskiego programu kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy oprócz ogólnych zadań (ról zawodowych) zawiera szczegółowy zestaw funkcji czy zakresów działania lekarza medycyny pracy, do których miałyby przygotowywać takie kształcenie. Respondenci proszeni byli o ocenę, czy – i, ewentualnie, z jaką intensywnością – poszczególne funkcje (a w ich ramach zakresy działania) są realizowane w praktyce zawodowej lekarza medycyny pracy w Polsce. Dla każdej funkcji zawodowej obliczone zostały według reguły stosowanej w poprzednich częściach opracowania: wskaźnik zakresu występowania w warunkach polskich (odsetek osób wskazujących na średnią i dużą intensywność realizacji tej funkcji w praktyce lekarza medycyny w Polsce) oraz syntetyczny wskaźnik postrzeganej intensywności

¹⁸ W jednym z podstawowych dokumentów dotyczących opieki zdrowotnej nad pracującymi Międzynarodowe Biuro Pracy stwierdza: „Rola służb opieki zdrowotnej nad pracującymi powinna być zasadniczo zapobiegawcza” (Occupational Health Services Recommendation 1985: s. 30).

realizacji¹⁹. Wskaźniki tych dwóch rodzajów obliczone zostały także dla każdego z dziesięciu ogólnych zadań (ról zawodowych) występujących w projekcie „europejskim”²⁰. Umożliwiło to dokonanie porównań między tym, jak badani lekarze medycyny pracy oceniali realizację w swojej praktyce zawodowej zadań, do których byli przygotowywani w trakcie kształcenia specjalistycznego, a tym, jak oceniali swoje doświadczenia z realizacji zadań sformułowanych w „europejskim” projekcie kształcenia specjalistycznego. Tabele 44 i 45 przedstawiają wskaźniki będące syntetycznym rezultatem obu zabiegów ewaluacyjnych.

Porównanie danych zawartych w tych dwóch tabelach prowadzi do następujących spostrzeżeń i wniosków.

1. Zakres i intensywność realizacji ról zawodowych lekarza medycyny pracy zdefiniowanych w polskim programie specjalizacyjnym była, średnio rzecz biorąc, wyraźnie niższa niż w przypadku tych ról określonych w projekcie europejskim. Dotyczy to zarówno ujęcia całościowego, uwzględniającego wszystkie role zawodowe, jak i ujęcia selektywnego, uwzględniającego tylko te role, których ogólne określenia (zawarte w tabelach) są mniej więcej zbieżne. Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że role czy zadania zawodowe, które zdefiniowano w projekcie europejskim, a które nieobecne były w polskim programie specjalizacyjnym, w praktyce polskich lekarzy medycyny pracy były również w istotnej mierze realizowane. Tak więc wyniki badania świadczą, z jednej strony, o istotnych różnicach w najogólniejszych założeniach koncepcyjnych dotyczących opieki zdrowotnej nad pracującymi, z drugiej strony zaś – o występowaniu w polskich warunkach takich zapotrzebowań na świadczenia profesjonalne, których nie uwzględniał program specjalizacyjny (pkt 2, 5, 6 i 10 w tab. 45).

2. Zadania/role zawodowe występujące w polskim programie specjalizacyjnym, które nie mają odpowiedników w projekcie UE (pkt 2, 4, 10 i 12 w tab. 44) mogą być potraktowane jako elementy anachroniczne w kontekście nowszych tendencji w opiece zdrowotnej nad pracującymi, których zasadniczym rysem jest eliminacja z zestawu ról profesjonalnych lekarza medycyny pracy działalności terapeutycznej oraz zrutynizowanych i sformalizowanych (zbiurokratyzowanych) masowych badań profilaktycznych.

3. Pomimo merytorycznej zbieżności niektórych zadań/ról zawodowych w obu zestawach ocena ich realizacji w praktyce zawodowej polskich lekarzy medycyny pracy (a więc, pośrednio, ocena użyteczności kształcenia specjalizacyjnego według wytycznych zawartych w zestawach) mogła ulec pewnym

¹⁹ Zob. przyp. na s. 271.

²⁰ (1) Są to średnie wskaźników obliczonych dla funkcji zawodowych składających się na poszczególne role zawodowe (ogólne zadania) lekarza medycyny pracy. (2) Ze względów praktycznych zadanie (rola zawodowa) nr 4, występujące w projekcie europejskim odrębnie, w kwestionariuszu włączone zostało do zadania 3 jako funkcja zawodowa 3.10.

zakłóceniom spowodowanym sposobem werbalizowania poszczególnych punktów, zwłaszcza zaś włączeniem do niektórych punktów z zestawu „unijnego” sformułowań dość odległych od praktyki edukacyjnej i zawodowej polskich lekarzy medycyny pracy. Na przykład: w zestawie polskim na pierwszym miejscu pod względem zakresu i intensywności realizacji znalazło się ocenianie zdolności i niezdolności do pracy (należy dodać – jako efekt badań profilaktycznych). Można przypuszczać, że uzupełnienie tego zadania profesjonalnego w zestawie „unijnym” o „promowanie przystosowania pracy do pracownika” spowodowało, że przesunęło się ono w tym swoistym rankingu na dalsze, czwarte miejsce.

4. Niezależnie od wyżej wspomnianych tendencji różnicujących dociekanie przyczyn negatywnych zjawisk zdrowotnych w obu zestawach znalazło się na bardzo dalekich miejscach (pozycja 9 w tab. 44 oraz pozycja 8 w tab. 45). Może to oznaczać, że kształcenie w tym zakresie nie jest skuteczne (nie daje odpowiedniej wiedzy i umiejętności) lub nie jest użyteczne (nie przynosi rozumianych w określony sposób korzyści zawodowych i dlatego nie jest realizowane). Może również być tak, że kształcenie było skuteczne i potencjalnie użyteczne (w określonym sensie), natomiast realizacja zadania napotkała bariery niezwiązane z wiedzą czy umiejętnościami.

Tabela 44

Ocena zakresu i intensywności realizacji głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy wymienionych w polskim programie specjalizacji w tej dziedzinie. Uszeregowanie wg wskaźnika intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	Wskaźniki	
	zakresu realizacji głównych zadań (% badanych)	intensywności realizacji głównych zadań
1	2	3
1. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy [zbieżne z pkt 4 w projekcie UE]	84	0,78
2. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu [nie ma w projekcie UE]	80	0,72
3. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy [zbieżne z pkt 1 w projekcie UE]	69	0,62

Tabela 44 (cd.)

1	2	3
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą [nie ma w projekcie UE]	69	0,62
5. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy [zbieżne z pkt 1 w projekcie UE]	62	0,59
6. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy [zbieżne z pkt 3 w projekcie UE]	49	0,52
7. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej [częściowo zbieżne z pkt 7 w projekcie UE]	40	0,52
8. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy [częściowo zbieżne z pkt 7 w projekcie UE]	39	0,43
9. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego [częściowo zbieżne z pkt 8 w projekcie UE]	38	0,42
10. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących [nie ma w projekcie UE]	28	0,34
11. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu [zbieżne z pkt. 9 w projekcie UE]	21	0,28
12. Dobór metod monitoringu biologicznego [nie ma w projekcie UE]	18	0,23
Średnia ogółem	50	0,51
Średnia dla zadań (ról zawodowych) zbieżnych z projektem UE	52	0,53

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 45

Ocena zakresu i intensywności realizacji w polskich warunkach głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy zdefiniowanych w „projekcie europejskim” kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Uszeregowanie wg wskaźnika intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)

Główne zadania lekarza medycyny pracy	Wskaźniki	
	zakresu realizacji głównych zadań (% badanych)	intensywności realizacji głównych zadań
1	2	3
1. Rozpoznawanie szkodliwych narażeń pochodzenia przemysłowego występujących w danym środowisku i doradzanie w związku z nimi [zbieżne z pkt 3 i 5 w polskim programie specjalizacyjnym]	47	0,46
2. Uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy [nie ma w polskim programie specjalizacyjnym]	38	0,41
3. Identyfikacja i ocena ryzyka spowodowanego zagrożeniami w miejscu pracy [zbieżne z pkt 6 w polskim programie specjalizacyjnym]	39	0,40
4. Ocenianie niezdolności i zdolności do pracy oraz promowanie przystosowania pracy do pracownika [zbieżne z pkt 1 w polskim programie specjalizacyjnym]	35	0,37
5. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych (dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy) dla kierownictwa i szeregowych pracowników [nie ma w polskim programie specjalizacyjnym]	31	0,35
6. Kierowanie ochroną zdrowia pracujących [nie ma w polskim programie specjalizacyjnym]	27	0,32
7. Uczestnictwo w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych [częściowo zbieżne z pkt 7 i 8 w polskim programie specjalizacyjnym]	24	0,30
8. Powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy – poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby – z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej) [częściowo zbieżne z pkt 9 w polskim programie specjalizacyjnym]	20	0,28

Tabela 45 (cd.)

1	2	3
9. Uczestnictwo w związanych z pracą programach promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej [zbieżne z pkt 11 w polskim programie specjalizacyjnym]	20	0,28
10. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej [nie ma w polskim programie specjalizacyjnym]	17	0,23
Średnia ogółem	30	0,37
Średnia dla zadań (ról zawodowych) zbieżnych z polskim programem specjalizacyjnym	31	0,35

Źródło: opracowanie własne.

9.5. Miejsce podnoszenia kwalifikacji w osiąganiu korzyści materialnych i niematerialnych z pracy zawodowej

Na kolejne pytanie kwestionariusza badani odpowiadali deklarując, czy działalność zawodowa w charakterze lekarza medycyny pracy przynosi im satysfakcjonujące korzyści materialne oraz niematerialne (zadowolenie, satysfakcję rozumianą jako efekt spełnienia oczekiwań czy realizacji planów zawodowych). Tabela 46 pokazuje rozkłady odpowiedzi na to pytanie.

Tabela 46

Osiąganie satysfakcjonujących korzyści materialnych i niematerialnych z pracy zawodowej (%)

Czy praca zawodowa w charakterze lekarza medycyny pracy przynosi satysfakcjonujące korzyści	Materialne?	Niematerialne?
Zdecydowanie tak	12	22
Raczej tak	55	44
Raczej nie	22	22
Zdecydowanie nie	8	7

Źródło: opracowanie własne.

Jakie działania respondenci byliby skłonni podjąć, aby praca zawodowa przynosiła im większe korzyści (materialne i niematerialne)? Co gotowi byliby zrobić w pierwszej kolejności, a co w drugiej i trzeciej? Odpowiadając na tak sformułowane pytanie, respondenci wybierali z przedstawionego im w kwestio-

nariuszu zestawu możliwości trzy działania i zaznaczali kolejność ich ewentualnego podejmowania.

Tabele 47 i 48 – odnoszące się kolejno do zwiększenia korzyści materialnych i korzyści niematerialnych – zawierają rozkłady procentowe uzyskanych odpowiedzi, wskaźniki zakresu występowania postrzegania poszczególnych działań jako właściwych do podjęcia w określonym celu (są to odsetki osób wskazujących na dane działanie) oraz syntetyczne wskaźniki postrzeganego znaczenia²¹ czy ważności każdego z działań dla osiągnięcia określonego w pytaniu celu.

Na pierwszym miejscu wśród proponowanych działań zwiększających korzyści materialne znalazło się rozpoczęcie lub zintensyfikowanie prywatnej praktyki, zaś wśród działań na rzecz zwiększenia korzyści niematerialnych – zainwestowanie w podniesienie kwalifikacji. W drugiej kolejności powiększeniu korzyści materialnych sprzyja właśnie podniesienie kwalifikacji, a zwiększeniu korzyści niematerialnych – zmiana miejsca pracy (w kraju). Jest to znamieny

Tabela 47

Działania, jakie respondenci skłonni byłiby podjąć dla zwiększenia korzyści materialnych ze swojej pracy zawodowej (kolumny 2–5, % badanych)

Był/a/bym skłonna/y podjąć następujące działania ...	... aby moja praca zawodowa przynosiła większe korzyści materialne:			Wskaźnik	
	w 1. kolejności	w 2. kolejności	w 3. kolejności	zakresu	znaczenia
1	2	3	4		
1. Rozpocząć lub zintensyfikować prywatną praktykę	43	19	16	77	0,60
2. Zainwestować w podniesienie swoich kwalifikacji	27	24	13	63	0,47
3. Zmienić miejsce pracy (w kraju)	9	18	24	51	0,29
4. Podjąć pracę za granicą	14	6	23	44	0,26
5. Zmienić specjalność	10	7	23	40	0,22
6. Zaangażować się w działalność polityczną, społeczną, związkową itp.	2	9	23	34	0,16
7. Zmienić zawód wykonywany	2	5	25	32	0,14
Średnia				49	0,31

Źródło: opracowanie własne.

²¹ Zob. przyp. na s. 242.

Tabela 48

Działania, jakie respondenci skłonni byłiby podjąć dla zwiększenia korzyści niematerialnych ze swojej pracy zawodowej (kolumny 2–5, % badanych)

Był/a/bym skłonna/y podjąć następujące działania ...	... aby moja praca zawodowa przynosiła większe korzyści niematerialne:			Wskaźnik	
	w 1. kolejności	w 2. kolejności	w 3. kolejności	zakresu	znaczenia
1	2	3	4		
1. Zainwestować w podniesienie swoich kwalifikacji	44	13	21	78	0,56
2. Zmienić miejsce pracy (w kraju)	9	15	22	46	0,26
3. Zmienić specjalność	13	9	18	40	0,25
4. Rozpocząć lub zintensyfikować prywatną praktykę	13	8	18	39	0,24
5. Zaangażować się w działalność polityczną, społeczną, związkową itp.	9	10	16	35	0,20
6. Podjąć pracę za granicą	7	5	21	34	0,18
7. Zmienić zawód wykonywany	4	5	20	28	0,13
			Średnia	41	0,26

Źródło: opracowanie własne.

układ: po pierwsze, kształcenie bardzo się liczy, ale w kwestii korzyści materialnych bardziej liczy się prywatyzacja; po drugie – wysoka pozycja zmiany miejsca pracy jako działania na rzecz zwiększenia korzyści niematerialnych (ale także materialnych – trzecie miejsce) może być interpretowana jako wyraz rozpowszechnionej wśród lekarzy medycyny pracy niechęci do zrutynizowanej, zburokratyzowanej, nierozwojowej (w ich opinii) działalności zawodowej.

Na podstawie własnych doświadczeń zawodowych respondenci oceniali jedną z najważniejszych korzyści niematerialnych – prestiż, poważanie, jakim cieszy się praca wykonywana przez lekarzy medycyny pracy w społeczeństwie w ogóle, w populacji pracujących i w szerszym środowisku lekarzy różnych specjalności. Oceny dokonywane były poprzez zaznaczenie na 8-punktowej skali prestiżu. Strukturę ocen odnoszących się do trzech środowisk przedstawia tab. 49.

Ocena dokonana przez większość badanych lekarzy medycyny pracy nie pozostawia żadnych wątpliwości: ich działalność raczej nie cieszy się prestiżem w społeczeństwie i zdecydowanie nie jest szanowana w szerszym środowisku lekarskim. Tylko w odniesieniu do zbiorowości pracujących proporcje ocen pozytywnych i negatywnych są odmienne – większość (60%) respondentów

Ocena prestiżu działalności zawodowej lekarzy medycyny pracy (% osób, które wskazały określone stopnie/poziomy prestiżu na trzech skalach)

Społeczeństwo		Populacja pracujących		Szersze środowisko lekarskie	
Ogółem: wyższy prestiż 33	2	Ogółem: wyższy prestiż 60	7	Ogółem: wyższy prestiż 15	0,4
	4		6		4
	9		18		5
	18		17		5
Ogółem: niższy prestiż 64	12	Ogółem: niższy prestiż 38	14	Ogółem: niższy prestiż 81	14
	24		9		16
	15		9		22
	13		6		28

Źródło: opracowanie własne.

twierdzi, że w tej populacji działalność lekarza medycyny pracy cieszy się raczej wysokim prestiżem. Wypowiedzi formułowane samodzielnie przez respondentów w różnych miejscach kwestionariusza potwierdzają negatywną część wyników zamieszczonych w powyższej tabeli, przy czym warto zwrócić uwagę na to, że w żadnej z tych wypowiedzi nie pojawiają się pozytywne oceny prestiżu działalności lekarza medycyny pracy w środowisku pracowniczym, natomiast w pewnej ich części obecne są opinie o lekceważącym stosunku pracujących do lekarzy wykonujących badania profilaktyczne i wystawiających odpowiednie zaświadczenia.

Również większość badanych ekspertów wyrażała, nie zawsze *explicite*, przekonanie o niezbyt wysokim, czy wręcz niskim prestiżu specjalizacji z medycyny pracy w środowisku lekarskim. Najczęstszym powodem tego zjawiska jest brak leczenia w działalności służby medycyny pracy i wynikające stąd traktowanie medycyny pracy jako gorszej kategorii medycyny. Jeden z ekspertów twierdzi, że niski prestiż dotyka szczególnie lekarzy młodych, nie mających innej specjalizacji:

Lekarze, którzy robią specjalizację z medycyny pracy zaraz po studiach, są ułomni w sensie terapeutycznym, bo nie mają obycia szpitalnego. To jest taka specyfika tej specjalizacji, że ci lekarze są raczej lekarzami w teorii; są bardziej doradcami, orzecznikami, co niekoniecznie im odpowiada, bo od razu są na pozycji lekarzy nie leczących, a lekarz powinien leczyć.

Ale nie tylko brak leczenia jest przyczyną niskiego prestiżu medycyny pracy. Winę przypisać można też rozstrzygnięciom systemowym:

Niski prestiż specjalizacji z medycyny pracy wynika nie tylko z braku leczenia i możliwości wypisywania recept, ale również stąd, że mając tylko tę specjalizację nie można pracować poza medycyną pracy, np. w podstawowej opiece zdrowotnej, nie mieści się ona bowiem w specjalnościach wymienionych w ustawie o ubezpieczeniach zdrowotnych.

Także władze państwowe nie przyczyniają się do poprawy prestiżu medycyny pracy. Zdaniem jednego z ekspertów:

W Ministerstwie Zdrowia medycyna pracy nie ma „przebicia”, nie ma tam silnej reprezentacji i nie ma lobbingu na rzecz medycyny pracy.

Natomiast inny ekspert uważa, że zarówno w społeczeństwie, jak i w środowisku lekarskim utrzymuje się błędne pojmowanie celów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej nad pracującymi, obniżające prestiż medycyny pracy:

Niski prestiż medycyny pracy wynika z przekonań, że medycyna pracy działa przeciwko pracownikowi, ponieważ jej celem jest niedopuszczenie do pracy.

Jednak niski prestiż medycyny pracy nie jest powodowany wyłącznie czynnikami zewnętrznymi. Przyczyniają się do tego, zdaniem niektórych ekspertów, sami lekarze poprzez nonszalancję w przeprowadzaniu badań profilaktycznych, nieprzestrzeganie jakości świadczeń i zaniżanie kosztów badań:

Prestiż medycyny pracy obniżają sami lekarze: przez brak gabinetów, przyjmowanie pracowników w przypadkowych miejscach, a także przez zaniżanie ceny badania. Wbrew panującej opinii ceny tej nie zaniżają wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, lecz lekarze prowadzący działalność prywatną. Zdarza się nawet, że badania są wykonywane za 5–7,5 zł. Ustalenie ceny minimalnej nie jest dobrym rozwiązaniem, ponieważ wówczas sankcjonuje się marną jakość za niską cenę.

Niemniej, eksperci dostrzegają również czynniki sprzyjające wzrostowi prestiżu, uznając za najistotniejsze wprowadzenie mechanizmów wolnego rynku świadczeń oraz kryteriów kwalifikacyjnych dla lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne pracowników.

W oczach lekarzy medycyny pracy prestiż tej specjalizacji wzrósł, gdy pojawił się wolny rynek, a także dlatego, że ograniczono dostęp lekarzy do sprawowania opieki profilaktycznej nad pracownikami do tych, którzy posiadają określone kwalifikacje.

Jednak eksperci przyznają, że – podobnie jak w wypadku motywów podejmowania specjalizacji – do wzrostu prestiżu specjalizacji przyczynia się przede

wszystkim funkcjonowanie medycyny pracy na zasadach wolnego rynku świadczeń:

Medycyna pracy najpierw była traktowana po macoszemu, był to jakiś drugi gatunek medycyny, a gdy wszedł wolny rynek, określono kompetencje i możliwość zarabiania pieniędzy, wtedy zainteresowano się, ale nie medycyną pracy, lecz tym jak zdobyć te kompetencje i zarabiać pieniądze.

9.6. Praktycy i eksperci o kształceniu specjalizacyjnym w dziedzinie medycyny pracy: jeden światopogląd, dwie perspektywy

Na końcu kwestionariusza respondenci mieli możliwość wpisania dowolnych uwag, komentarzy czy postulatów dotyczących problematyki poruszanej w badaniu i znaczna ich część skorzystała z tej możliwości, w większości podejmując wątki tematyczne, które wystąpiły już wcześniej. Niektóre z wypowiedzi przytoczone zostały poniżej jako dobrze pokazujące kierunki i sposób myślenia lekarzy medycyny pracy o problemach wiążących się – bezpośrednio lub pośrednio – z kształceniem specjalizacyjnym.

Wypowiedzi te oraz podejmowane w nich wątki tematyczne zestawione zostały z tymi fragmentami wypowiedzi ekspertów, które nawiązują do szeroko rozumianej problematyki warunków działania profesjonalistów medycyny pracy, w szczególności zaś do takich kwestii, jak: kształcenie specjalizacyjne, wpływ rozwiązań organizacyjno-prawnych na pełnienie roli lekarza medycyny pracy (na możliwości działania w ramach tej roli), stosunek pracodawców i pracowników do profilaktycznej opieki zdrowotnej (w tym opinii o obligatoryjności badań profilaktycznych), jakość świadczeń, perspektywy medycyny pracy.

Porównanie tych dwóch grup wypowiedzi, potwierdzając wymownie przynależność obu badanych grup do jednolitej świadomościowo i ideowo grupy społeczno-zawodowej, wskazuje przy tym na wyraźne zróżnicowanie perspektyw, w jakich postrzegane i oceniane są problemy związane z działalnością profesjonalną. Pierwsza z tych perspektyw, właściwa badanej zbiorowości lekarzy-praktyków medycyny pracy, jest perspektywą konkretną, diagnozującą i oceniającą bezpośrednio przez nich doświadczane przejawy pewnych ogólniejszych zjawisk i procesów. Perspektywa druga przejawia się w większej części wypowiedzi ekspertów. Punktem wyjścia dla opisu i oceny rzeczywistości medycyny pracy są tu trwale usytuowane w świadomości profesjonalnej ogólne założenia ideowe, zaś odwołania do praktyki medycyny pracy mają raczej charakter ilustracyjny.

Nie jest to oczywiście podział w pełni rozłączny. W wypowiedziach osób należących do obu grup stwierdzić można elementy właściwe tej drugiej perspektywie, ponadto wspólne obu grupom jest odwoływanie się do własnych doświadczeń zawodowych.

Zarówno w wypowiedziach lekarzy praktyków, jak i w wypowiedziach ekspertów podejmowane były kwestie związane z kształceniem specjalizacyjnym (przed- i podyplomowym). Pojawiała się problematyka kształcenia ustawicznego, opisywana niekiedy jako realizacja istotnej zawodowo potrzeby doksztalcenia się lekarzy medycyny pracy, jak również potrzeby promowania rozszerzonej wiedzy z tej dziedziny. Większość wypowiedzi badanych lekarzy praktyków oraz wypowiedzi niektórych ekspertów wskazywały na dotkliwe, zdaniem ich autorów, nieprawidłowości, zaniechania i utrudnienia w zakresie kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy.

Oto niektóre wypowiedzi lekarzy medycyny pracy dotyczące tej problematyki, formułowane po wypełnieniu kwestionariusza ankiety jako dowolne, spontaniczne uwagi, komentarze lub postulaty.

Mało jest literatury z medycyny pracy, konkretnej, aby lekarzowi ułatwiło to pracę. Myślę, że to jest niemożliwe, ale dobrze by było, gdyby nawet za zaliczeniem pocztowym chociaż raz do roku były wysyłane do miejsca zamieszkania lekarza medycyny pracy krótkie informacje o nowych wydawnictwach (książkach) i krótki opis (czego dotyczą).

Bardzo ważny jest udział w szkoleniach z zakresu medycyny pracy, w tym kursy zagraniczne w tej specjalności (staże) w zakładach naukowych.

Uważam, że specjalizacja medycyny pracy jest zbyt łatwo dostępna, nie szanujemy się sami. Jest zbyt mało kursów w dziedzinie medycyny pracy, a jeśli są to najczęściej powtarzają się te same tematy. Ilość chorób zawodowych spada, zresztą nigdy ich nie było tyle co na papierze, dlatego warto odstąpić od tego tematu, a poszerzyć inne zagadnienia, które pojawiają się wraz z nową rzeczywistością.

Brak szkoleń pozwalających uaktualnić swoją wiedzę i umiejętności w związku z zachodzącymi zmianami organizacyjnymi, ekonomicznymi i prawnymi, szczególnie w ostatnim dziesięcioleciu, w ramach kształcenia ustawicznego obowiązkowego obecnie i nie tylko (wszyscy jesteśmy świadomi postępu wiedzy w medycynie).

Zwiększyć ilość kursów i szkoleń doksztalcających, nawet w formie obowiązkowej w jednoście typu IMP np. co 3–5 lat!

Apeluję o większą aktywność WOMP-ów w procesie kształcenia lekarzy. Obecna rola to sporadyczna rola kontrolna.

Jakość szkoleń w trakcie specjalizacji w zakresie medycyny pracy decyduje o jakości lekarza – daje nie tylko wiedzę zawodową, ale też wzory życiowe – nauczycieli takich jak Pani dr G. czy Pan prof. B. Ich nigdy się nie zapomina. Życzę ich następcom, aby mogli wejść na takie wyżyny.

Uważam, że system kształcenia lekarzy w okresie, w którym ja specjalizowałam się, znacznie lepiej przygotowywał do wykonywania zawodu. Lekarz był zobowiązany w ramach szkolenia zapoznać się praktycznie ze stanowiskami pracy, technologią produkcji, zagrożeniami itd. Funkcja lekarza zakładowego obejmowała również leczenie, co wprawdzie zabierało sporo czasu, ale dawało pełen obraz stanu zdrowia pracowników. Dzisiaj lekarz uczy się o zagrożeniach, których nigdy nie widział i często wykonuje badania pracowników „z dosłoku”. Mało wie o samych pracownikach i mimo że wizytacja stanowisk należy do jego obowiązków, rzadko to robi.

Praca w charakterze lekarza medycyny pracy powinna być obligatoryjnie połączona z pracą w szpitalu, ponieważ w takim przypadku możliwe jest ustawiczne podnoszenie kwalifikacji (według zasady reprezentowanej przez UE – „uczenie się przez całe życie”).

Zdecydowanie zbyt mało (tragicznie mało) poświęcono uwagi problemowi neurotoksykologii – znajomość tego problemu wśród lekarzy jest nikła, zwłaszcza gdy trzeba ocenić wpływ [występujących] narażeń.

Uważam, że zagadnienia dotyczące medycyny pracy są bardzo rzadko poruszane na łamach prasy medycznej, a oddzielenie po 1999 r. od NFZ spowodowało, że problemy medycyny pracy w ogóle nie interesują Ministerstwa Zdrowia.

Proponuję wprowadzić obowiązkowe wykłady i ćwiczenia praktyczne na wszystkich wydziałach lekarskich, pozwoli to środowisku lekarskiemu ukierunkować się na potrzebę istnienia tej specjalności i jej rolę wśród społeczności pracujących.

Również eksperci dzielili się swoimi spostrzeżeniami i ocenami odnoszącymi się do obecnej sytuacji specjalizacji z zakresu medycyny pracy, roli lekarza i warunków funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

W sprawie programu specjalizacji z medycyny pracy, jego zakresu i trybu kształcenia zwrócono uwagę na potrzebę wprowadzenia takich zmian do programu, które umożliwiłyby absolwentom uzyskanie pełnych uprawnień, bez konieczności odbywania dodatkowych kursów:

W systemie szkolenia lekarzy medycyny pracy są dwa błędy: brak pełnych uprawnień specjalistów medycyny pracy oraz to, że zajęcia ze studentami z medycyny pracy może prowadzić każdy lekarz, a nie specjalista medycyny pracy.

Postulowano także zintensyfikowanie zajęć praktycznych, przede wszystkim tych, które dotyczą higienicznej oceny środowiska pracy, a także dążenie do wyraźnego związania lekarza specjalizującego się z placówką, w której realizowane jest kształcenie specjalizacyjne, co już wcześniej wymieniane było jako jeden z podstawowych warunków skuteczności kształcenia.

Istnieje potrzeba w realizacji programu specjalizacji związania lekarza z jednostką specjalizującą i zintensyfikowania zajęć praktycznych dotyczących higienicznej oceny środowiska pracy. Wprawdzie lekarze mają wiedzę na ten temat, ale z powodu funkcjonowania na trudnym do kontroli wolnym rynku świadczeń, zaniedbują jakość świadczeń, nie wnikając w warunki pracy. Dzieje się tak dlatego, że często lekarze nie mają umów z pracodawcami na badania profilaktyczne. Przyjmują pracowników bez umów z pracodawcą i wtedy nie mogą wejść na teren zakładu pracy.

Zauważono również brak stabilizacji w naborze kandydatów na specjalizację. Wahania w tym względzie są zarówno okresowe (wynikające przypuszczalnie z następującej co pewien czas zmiany przepisów), jak i terytorialne:

Po zmianie systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, zgłosiła się na specjalizację w zakresie medycyny pracy spora liczba młodych lekarzy, ale teraz znowu nikt nie chce się specjalizować. W niektórych ośrodkach jest wystarczająca liczba specjalizujących się, ale w niektórych ośrodkach brakuje chętnych do specjalizacji.

I to jest z pewnością przyczyna skrajnych opinii na temat zainteresowania specjalizowaniem się w medycynie pracy:

Nie ma w tej chwili kłopotu z naborem kandydatów na specjalizację z medycyny pracy.

W tej chwili jest tendencja spadkowa w podejmowaniu specjalizacji z medycyny pracy, bo rynek się nasyca.

Inny ekspert wyjaśnia przyczyny spadku zainteresowania specjalizacją z medycyny pracy decyzjami podejmowanymi przez osoby i ośrodki opinotwórcze w tej dziedzinie:

Uważa się, że w tej chwili nie ma potrzeby zwiększania liczby osób specjalizujących się; przyjęto, że specjalistów z medycyny pracy już wystarczy. Z uwagi na zmianę technologii i narażeń jest mniejsze zapotrzebowanie na specjalistów z medycyny pracy.

Poza wymienianym niejednokrotnie przez ekspertów brakiem wystarczających kompetencji lekarzy medycyny pracy w zakresie dokonywania oceny środowiska pracy podnoszono również problem różnicy w kwalifikacjach lekarzy specjalistów i tych, którzy uzyskali uprawnienia z tytułu 6-letniego stażu pracy w profilaktycznej opiece zdrowotnej. Zwrócono uwagę na zjawisko, które po powołaniu systemu służby medycyny pracy było przyczyną wielu nieporozumień i nadal wpływa na poziom jakości świadczeń udzielanych przez lekarzy. Chodzi nie tylko o niższe, jak sądzi większa część środowiska lekarzy medycyny pracy, kwalifikacje „sześciolatek”, ale również o przedostanie się do systemu lekarzy specjalistów z innych dziedzin medycyny, którzy wprowadzili byli zatrudnieni w przemysłowej służbie zdrowia, ale faktycznie nigdy nie sprawowali tam profilaktycznej opieki zdrowotnej. Znaczny odsetek tych lekarzy w służbie medycyny pracy obniża, zdaniem niektórych ekspertów, poziom jakości świadczeń i zniekształca rolę lekarza medycyny pracy.

Istnieje problem różnicy w kwalifikacjach pomiędzy lekarzami posiadającymi specjalizację z medycyny pracy i tymi, którzy uzyskali uprawnienia na podstawie 6-letniego stażu pracy w przemysłowej służbie zdrowia. Do tej drugiej kategorii dostali się lekarze, którzy faktycznie nie mieli z medycyną pracy nic wspólnego, bowiem pracowali w przychodniach przemysłowych w innych specjalnościach, np. jako chirurdzy. Oni nie mają pojęcia o opiece nad pracownikami, ale mają uprawnienia, bo w przeszłości mieli etat lekarza przemysłowego. Ale trudno jest uogólniać, bo wszystko zależy od tego na ile lekarz sam chce się dokształcać.

Jednak na problem ten można również spojrzeć z całkiem innego punktu widzenia, podkreślając zrelatywizowaną w gruncie rzeczy wartość zarówno doświadczenia zawodowego, jak i certyfikowanych kompetencji uzyskanych w toku kształcenia specjalizacyjnego.

Istnieje różnica między lekarzami posiadającymi z różnego tytułu uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników. Lekarze z 6-letnim stażem pracy górują często nad posiadającymi II stopień specjalizacji, ale uzyskany dawniej. „Sześciolatek” po kursach kwalifikacyjnych niejednokrotnie wie więcej niż ci lekarze, którzy uzyskali specjalizację w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych i nie są na bieżąco w problemach medycyny pracy.

Podsumowanie części drugiej

Część empiryczna pracy oparta została na dwóch podstawowych założeniach związanych z racjonalizacją subiektywnego nurtu oceny jakości kształcenia. Pierwsze z tych założeń dotyczyło maksymalizacji poziomu znawstwa przy zastosowaniu intersubiektywnych wskaźników jakości kształcenia, zaś drugie – zobiektywizowania tendencji w dynamice wskaźników poprzez ich monitorowanie i merytoryczną interpretację w ramach długookresowej analizy. Zaproponowane zostały konkretne metody i narzędzia intersubiektywnego oceniania skuteczności i użyteczności kształcenia oraz sposoby analizy danych zgromadzonych za pomocą tych metod i narzędzi. Przedstawione zostały wyniki kilku badań empirycznych, w ramach których empirycznie potwierdziła się funkcjonalność metod i narzędzi intersubiektywnego oceniania skuteczności i użyteczności kształcenia. W toku tych badań: (a) poddany został analizie walidacyjnej stosowany w praktyce sposób oceniania skuteczności kształcenia – „obiektywny” test wiedzy oraz podjęta została próba określenia perspektywy stosowania w takim ocenianiu tzw. testu postępów, (b) zbadana została teza o dominacji funkcji certyfikacyjnej kształcenia podyplomowego nad innymi funkcjami, w szczególności funkcją dystrybucyjną, (c) przeanalizowany został stereotyp jednolitego postrzegania sfery kształcenia podyplomowego przez poszczególne podmioty potencjalnie zainteresowane tym kształceniem, (d) poddana została weryfikacji teza o użyteczności specjalistycznego kształcenia podyplomowego.

W pierwszym z omawianych badań ocenie poddany został zestaw pytań testowych sprawdzających wiedzę z zakresu medycyny pracy i higieny pracy oraz zbadano opinie profesjonalistów o możliwościach zastosowania testu postępów w kształceniu podyplomowym (specjalizacyjnym) z zakresu medycyny pracy.

Analiza danych uzyskanych w badaniu, oprócz wniosków odnoszących się do jego poszczególnych elementów, przyniosła również wnioski o bardziej ogólnym charakterze. Po pierwsze, uzyskany materiał wykazał niejednorodność i niejednorodność wiedzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (w zakresie objętym pytaniami w badanym zestawie). Po drugie, wyraźnie widoczna była niechęć specjalistów medycyny pracy do elementów wiedzy wykraczających

poza codzienną rutynę. Po trzecie, ujawniła się potrzeba stosowania w toku kształcenia specjalizacyjnego tzw. sprawdzianów kształtujących: nie „na ocenę”, lecz pociągających za sobą dyskusję, a także wskazywanie i analizę odniesień literaturowych i praktycznych. Po czwarte, stwierdzić można było nadspodziewanie duży wpływ sposobu sformułowania pytań na prawidłowość odpowiedzi. Wreszcie po piąte, idea testu postępów uznana została za interesującą i pożyteczną, ale dopiero po spełnieniu szeregu warunków. Przede wszystkim niezbędne jest upowszechnienie wzorców i przykładów właściwego pod względem merytorycznym i metodologicznym formułowania pytań testowych stosowanych w sprawdzianach oceniających z zakresu medycyny pracy i higieny pracy, ze szczególnym uwzględnieniem: (a) odpowiedniego zakresu merytorycznego (doboru problematyki z praktycznego punktu widzenia, adekwatności do programu kształcenia, poziomu trudności) oraz (b) właściwego ukierunkowania oceny, np. na: odtwarzanie wiedzy podstawowej, umiejętności diagnostyczne, umiejętności terapeutyczne, umiejętność rozwiązywania problemów itp.

W ramach kolejnego przedsięwzięcia badawczego, w głównej mierze dotyczącego skuteczności i użyteczności kształcenia podyplomowego, przygotowane i zastosowane zostały dwa narzędzia oceny tych aspektów jakości kształcenia: kwestionariusz oceny procesu kształcenia w aspekcie jego skuteczności (ocenianie poszczególnych elementów programu oraz osób prowadzących zajęcia) oraz kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji (ocena skuteczności kształcenia), wraz z częścią dotyczącą oceny użyteczności programu kształcenia oraz częścią dotyczącą oceny przydatności programu kształcenia jako całości i jego poszczególnych elementów w nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji.

Wyniki praktycznych zastosowań dowodzą, że kwestionariusz oceny procesu kształcenia spełnił swoje zadanie jako narzędzie monitorowania jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy i higieny pracy. Dostarcza on uporządkowanych informacji o intersubiektywnej ocenie stopnia spełnienia indywidualnych oczekiwań osób uczestniczących w procesie kształcenia. Na podstawie takich danych można m. in. wyciągać wnioski dotyczące adekwatności programów kształcenia i procedur dydaktycznych do społecznych i jednostkowych oczekiwań wobec kształcenia podyplomowego.

Dane uzyskane dzięki zastosowaniu tego narzędzia w pewnym stopniu różnicują poddane ocenie elementy programu kształcenia oraz osoby prowadzące zajęcia. Niezbyt duża faktyczna rozpiętość ocen, a więc i relatywnie ograniczony zakres owego zróżnicowania, związane są z wyraźną dominacją ocen pozytywnych we wszystkich badaniach przeprowadzonych za pomocą tego kwestionariusza. Można sformułować trzy hipotetyczne przyczyny dominacji ocen pozytywnych: (a) w badaniu uczestniczyły i odpowiadały na pytania oceniające głównie te osoby, które czuły się usatysfakcjonowane treścią i formą cyklu szkoleniowego, zaś osoby, które uważały, iż cykl ten nie spełnił ich oczekiwań, raczej nie brały udziału w badaniu;

(b) odpowiedzi (i formułowane w nich oceny) były w znacznym stopniu kurtuazyjne lub intencjonalnie pochlebne;

(c) programy kształcenia, treść zajęć i sposób ich prowadzenia były zgodne z oczekiwaniami uczestników.

Pierwszej hipotezy nie można wykluczyć bez specjalnie ukierunkowanych badań i analiz, wydaje się ona jednak dość wątpliwa właśnie z powodu konsekwencji, z jaką przypadkowo uformowane grupy osób pozytywnie oceniały wszystkie poddane zabiegom ewaluacyjnym kursy i szkolenia. Gdyby hipoteza ta była prawdziwa, to zawarta w niej reguła byłaby czymś w rodzaju powszechnego prawa czy funkcyjnej zależności, co wydaje się nieprawdopodobne w odniesieniu do tego rodzaju zachowań zbiorowych, jakim są ankiety ewaluacyjne, otwierające przecież przed oceniającym możliwość wyrażenia także odczuć negatywnych.

Hipoteza druga, jak się zdaje, może być słuszna tylko w bardzo ograniczonym zakresie. Podobnie jak w przypadku hipotezy pierwszej, skala zjawiska pozytywnego oceniania wyklucza ją jako główną czy jedyną przyczynę tego zjawiska.

Hipoteza trzecia – że to właśnie spełnienie oczekiwań słuchaczy było główną przyczyną konsekwentnie wysokich ocen w ciągu dwuletniego okresu prowadzenia analiz ewaluacyjnych – wydaje się najbardziej prawdopodobna. Wysokie zbiorowe oceny dokonane zostały przez kilkadziesiąt losowo skonfigurowanych grup osób, co skłania do stwierdzenia, iż oceny te były wyrazem ich rzeczywistych odczuć.

W zgromadzonym materiale było stosunkowo niewiele propozycji zmian czy korekt programowych. Tym niemniej uwagi i propozycje, które się pojawiły w wypełnionych kwestionariuszach (zarówno pozytywne, jak i negatywne bądź krytyczne), stanowią pokaźny zasób informacji do wykorzystania (a przynajmniej rozważenia) w dalszym programowaniu kursów i szkoleń oraz w korygowaniu procedur dydaktycznych.

Kwestionariusz samooceny kompetencji składał się z dwóch części. W części pierwszej respondenci proszeni byli o ogólną ocenę zmian, które dokonały się w ich kompetencjach określonego rodzaju wskutek uczestnictwa w procesie kształcenia. W części drugiej oceniają poszczególne bloki tematyczne i prowadzone w ich ramach zajęcia (ewentualnie tylko zajęcia) w kontekście poszczególnych rodzajów kompetencji.

W rezultacie stosowania pierwszej części tej procedury dla poszczególnych rodzajów kompetencji obliczane są wskaźniki przyrostu kompetencji, oparte na średniej indywidualnych różnic między autooceną sprzed kursu (cyklu szkoleniowego) i po ukończeniu kursu. Wskaźnik przyrostu kompetencji pokazuje, którym z rodzajów kompetencji program kształcenia, ujmowany jako całość, służył w większym, a którym w mniejszym stopniu – w sensie nabywania nowej wiedzy i umiejętności, rozszerzania już posiadanych kompetencji merytorycz-

nych itd. Wskaźnik ten odzwierciedla intersubiektywnie ujęte odczucia badanej grupy uczestników procesu kształcenia.

Ta część narzędzia oceny skuteczności kształcenia dowiodła swojej przydatności, różnicując oceniany fragment rzeczywistości edukacyjnej w stopniu wystarczająco istotnym i w sposób dostatecznie zgodny z dotychczasową wiedzą na temat tej rzeczywistości. Systematyczne stosowanie tej części procedury samooceny w stosunku do kolejnych edycji poszczególnych rodzajów kursów (cykliów szkoleniowych) umożliwia śledzenie i analizę zmian w tym aspekcie jakości kształcenia.

Podobnie jak pierwsza część kwestionariusza samooceny kompetencji, również jego część druga istotnie różnicowała oceniane fragmenty rzeczywistości edukacyjnej i umożliwiała – przy systematycznym stosowaniu w kolejnych edycjach cykliów szkoleniowych – analizę zmian skuteczności kształcenia.

Przy założeniu, iż zamieszczony w kwestionariuszach ewaluacyjnych i w tabelach wyników zestaw rodzajów kompetencji profesjonalnych (w tym wypadku – w zakresie medycyny pracy i higieny pracy) jest prawidłowo dobrany i sformułowany wyczerpujący oraz charakteryzuje się wszechstronnością itp., można by się zastanawiać nad modyfikacją niektórych bloków tematycznych czy zestawów zajęć poszczególnych cykliów edukacyjnych.

Nie można jednak wykluczyć sytuacji, w której należałoby przyjąć założenie, iż zawartość programu kształcenia jest właściwie dobrana, zajęcia są dobrze przygotowane i prowadzone; że odpowiadają zdefiniowanym w określony sposób zapotrzebowaniom społecznym, a w szczególności oczekiwaniom słuchaczy, zaś rodzaje kompetencji – cele kształcenia – sformułowane zostały niewłaściwie i powinny być zmodyfikowane lub nawet przeformułowane²².

W trzecim z omawianych badań, które objęło swym zasięgiem absolwentów, pracodawców i ekspertów, jedna z hipotez zakładała, że studia podyplomowe w analizowanym zakresie postrzegane są przede wszystkim jako użyteczne w sensie formalnym (funkcja certyfikacyjna), zaś użyteczność w sensie rozwoju indywidualnego (funkcja samorealizacji) postrzegana jest w mniejszym stopniu. Okazało się, że uczestnictwo w studiach podyplomowych postrzegane były w znacznej mierze jako przynoszące korzyści formalne, przy czym na podstawie wyników analizy ilościowej nie można było powiedzieć, że ten aspekt użyteczności dominuje: niemal równie częste były deklaracje występowania korzyści merytorycznych i innych osobistych. Dopiero analiza odpowiedzi na pytania otwarte dostarczyła materiału zdecydowanie bardziej potwierdzającego sformułowaną wcześniej hipotezę.

Sytuacja studiów podyplomowych, w tym ich użyteczność, postrzegana była w sposób zróżnicowany przez absolwentów, pracodawców i ekspertów – ze względu na różne interpretacje rzeczywistości społecznej oraz brak wspólnej,

²² Szczególną sytuacją tego rodzaju jest podporządkowanie zestawu celów głównie lub wyłącznie kryteriom ideologicznym.

jednolitej wizji użyteczności kształcenia. W znacznym stopniu różnili się oni w ocenie rzeczywistości studiów podyplomowych. Podejmowanie takiego kształcenia stosunkowo często postrzegane było – przede wszystkim przez pracowników, ale także i przez niektórych pracodawców – jako pozbawione waloru użyteczności dla firmy.

W świadomości absolwentów oraz pracodawców użyteczność jednostkowa kształcenia podyplomowego (odnoszona do uczestnika kształcenia i absolwenta oraz do zakładu pracy) dominowała nad użytecznością społeczną w szerszym sensie, tzn. była postrzegana w separacji od innych podmiotów społecznych potencjalnie zainteresowanych kształceniem. Ekspertci wypowiadający się na temat użyteczności kształcenia podyplomowego prezentowali na ogół stanowisko zgodne z oficjalną ideologią edukacyjną: kształcenie to jest użyteczne zarówno dla bezpośrednich uczestników, jak i dla wszystkich innych zainteresowanych podmiotów społecznych.

Okazało się, że nie ma ścisłego związku między kompetencjami nabytymi w drodze kształcenia podyplomowego a karierą zawodową w instytucjach zatrudniających absolwentów. Pozytywny wpływ studiów podyplomowych na karierę zawodową postrzegany jest przez absolwentów w mocno ograniczonym zakresie. Związek między nabytymi kompetencjami a możliwościami kariery zawodowej jest mniejszy niż wynika to z założeń ideologicznych kształcenia podyplomowego czy szerzej – kształcenia ustawicznego.

Szczególnym rodzajem kształcenia podyplomowego jest kształcenie specjalizacyjne lekarzy. W czwartym z omawianych przedsięwzięć badawczych poddane zostały analizie niektóre aspekty kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy.

Jedną z kwestii podjętych w badaniach była problematyka motywacji do podejmowania kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy, a w jej ramach – kwestia akceptacji niegdysiejszego wyboru tej specjalizacji, wskaźnikowa dla aktualnego stanu świadomości profesjonalnej lekarzy tej specjalności. Wyborem specjalizacji kierowały w znacznym stopniu motywy pozamerytoryczne, co, jak można sądzić, w istotnej mierze wpłynęło na to, że tylko niespełna 3/4 badanych odpowiedziało twierdząco na pytanie, czy obecnie zdecydowałoby się na specjalizację z medycyny pracy; co czwarty/a dokonał/a/by innego wyboru.

Proporcja ta jest różnicowana przez zmienne społeczno-demograficzne, tworząc swoiste profile sprzyjające i niesprzyjające postawie akceptacji swojego dawniejszego wyboru. Analiza tych profili wykazała, że to raczej sytuacje zewnętrzne w stosunku do zawartości programu kształcenia specjalizacyjnego (uregulowania prawne opieki nad pracującymi, możliwość sprywatyzowania działalności zawodowej) sterują indywidualną i intersubiektywną oceną użyteczności kształcenia specjalizacyjnego. Treści programowe wpływają na tę ocenę w mniejszym stopniu.

Niezależnie od wpływu warunków zewnętrznych o charakterze makrosystemowym akceptacja roli zawodowej lekarza medycyny pracy pozostaje w istotnym związku z niektórymi motywami wyboru tej specjalizacji: zainteresowaniami, koniecznością dostosowania się do wymogów w miejscu pracy oraz perspektywą korzyści materialnych i dobrej płatnej pracy. Respondenci, którzy kierowali się takimi właśnie motywami, częściej niż inni akceptowali swój wybór sprzed lat.

Przy dość oczywistym założeniu, iż uzyskanie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy może przynieść lekarzowi określone korzyści (traktowane jako aspekty użyteczności kształcenia specjalizacyjnego), badani proszeni byli o ocenę, czy poszczególne korzyści wymienione w jednym z pytań rzeczywiście mają miejsce w kontekście ich działalności zawodowej, a jeśli tak – to jaka jest ich odczuwana intensywność.

Okazało się, że korzyści najczęściej postrzegane jako rzeczywiście występujące i istotne to: formalne uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, umiejętność wykonywania takich zadań zawodowych, jakich przedtem nie umiało się wykonywać, oraz umiejętność wykonywania pewnych zadań lepiej niż przed uzyskaniem specjalizacji.

Korzyści postrzegane najrzadziej jako rzeczywiście występujące i istotne to: wzrost prestiżu w społeczeństwie, w środowisku zawodowym wśród pacjentów, uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym oraz możliwość awansu w miejscu pracy.

Tak więc kształcenie specjalizacyjne postrzegane jest przede wszystkim jako użyteczne formalnie (w sensie uzyskania formalnych uprawnień zawodowych), a w drugiej kolejności jako użyteczne ściśle profesjonalnie, nie jest natomiast postrzegane jako użyteczne w procesie ruchliwości w górę.

W badaniu podjęta została również kwestia roli, jaką odgrywa specjalizacja w dziedzinie medycyny pracy w karierze zawodowej, rozumianej jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy w miarę spełniania różnych kryteriów czy wymagań. Dwie trzecie badanych stwierdziło, że lekarz posiadający specjalizację w tej dziedzinie może liczyć na zrobienie tak właśnie rozumianej kariery zawodowej w podsystemie ochrony zdrowia pracujących, co trzeci/a był/a odmiennego zdania. Tylko niewiele ponad 40% respondentów wyraziło pozytywną opinię o możliwościach kariery lekarza medycyny pracy w innych częściach systemu zdrowia, ponad połowa wyraziła w tym względzie opinię negatywną.

Respondenci proszeni byli o ocenę, czy – i w jakim stopniu – proces kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy oraz, ewentualnie, późniejsza jego kontynuacja na kursach i szkoleniach przygotowały ich do realizacji poszczególnych zadań czy ról zawodowych wyszczególnionych w oficjalnych dokumentach specjalizacyjnych.

Badani lekarze medycyny pracy czuli się stosunkowo najlepiej przygotować do:

- analizy i oceny relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy;
- dokonywania oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy;
- sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu;
- profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia chorób zawodowych i związanych z pracą;
- postępowania orzeczniczego dotyczącego oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy.

Relatywnie najgorzej badani lekarze czuli się przygotowani do:

- inicjowania rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących;
- inicjowania, opracowywania i realizowania programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu;
- współdziałania z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej;
- doboru metod monitoringu biologicznego;
- doradztwa w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy.

Respondenci oceniali także, czy – i ewentualnie z jaką intensywnością – wymienione zadania (role zawodowe) realizowane są w ich praktyce zawodowej. Najczęściej najintensywniej realizowane były: postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu.

Zaś stosunkowo najrzadziej i najmniejszą intensywnością – zadania następujące:

- doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy,
- analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego,
- inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących,
- inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu,
- dobór metod monitoringu biologicznego.

W wypadku większości zadań występują wyraźne rozbieżności w ocenie przygotowania specjalistycznego i intensywności realizacji w praktyce. Wszystkie różnice mają ten sam kierunek: badani deklarują lepszy (niekiedy znacznie lepszy) stopień przygotowania specjalistycznego, niż wymaga tego ich codzienna praktyka lekarzy medycyny pracy.

Badani oceniali także, czy – i z jaką intensywnością – poszczególne role zawodowe (zakresy działania) zawarte w projekcie jednolitego europejskiego programu kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy są realizowane w praktyce zawodowej lekarza medycyny pracy w Polsce.

Według deklaracji respondentów, najczęściej i najbardziej intensywnie realizowane są role zawodowe lekarza medycyny pracy określane jako:

- rozpoznawanie szkodliwych narażeń pochodzenia przemysłowego występujących w danym środowisku i doradzanie w związku z nimi,
- uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy,
- identyfikacja i ocena ryzyka spowodowanego zagrożeniami w miejscu pracy.

Najrzadziej i najmniej intensywnie realizowane są zakresy działania lekarza medycyny pracy określane jako:

- praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej,
- powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy – poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby – z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej),
- uczestnictwo w związanych z pracą programach promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej.

Wszystkie wskaźniki zakresu i intensywności realizowania w polskich warunkach wyżej wymienionych ról zawodowych są średnio o połowę niższe niż wskaźniki odnoszące się do deklarowanej przez respondentów realizacji rodzimych zadań lekarza medycyny pracy (mimo semantycznego podobieństwa niektórych sformułowań). Najpewniej spowodowane było to niejaką egzotyką wielu elementów poszczególnych ról zawodowych przedstawionych w kwestionariuszu – często bardzo odbiegających od edukacyjnych i praktycznych reguł i zwyczajów obowiązujących w polskiej medycynie pracy.

Co trzeci badany lekarz medycyny pracy twierdził, że działalność zawodowa przynosi mu satysfakcjonujące korzyści materialne i niematerialne. Dla zwiększenia korzyści materialnych ze swojej pracy zawodowej badani w pierwszej kolejności byliby skłonni rozpocząć bądź zintensyfikować prywatną praktykę, zaś w drugiej kolejności – zainwestować w podniesienie swoich kwalifikacji.

Aby zwiększyć korzyści niematerialne (przede wszystkim zadowolenie, satysfakcję rozumianą jako efekt spełnienia oczekiwań czy realizację planów zawodowych), badani gotowi są przede wszystkim zainwestować w podniesienie swoich kwalifikacji.

Niewątpliwie to m. in. takie właśnie deklaracje – oraz ekstrapolowane z nich przekonania i zachowania – stanowią istotną przesłankę ideologii kształcenia przez całe życie. W przypadku zwiększania korzyści materialnych zainwestowanie w podnoszenie kwalifikacji (wyrażające się akcesem do przedsięwzięć edukacyjnych) traktowane jest w warunkach polskich prawdopodobnie jako istotny czynnik uruchomienia bądź rozwinięcia prywatnej praktyki. W przypadku zwiększania korzyści niematerialnych podnoszenie kwalifikacji lekarze medycyny pracy wysuwają na pierwszy plan, co można potraktować jako sygnał swoistej autotelizacji kształcenia ustawicznego w tej dziedzinie.

Badani lekarze medycyny pracy oceniali szczególną korzyść z posiadania specjalizacji, a mianowicie prestiż, poważanie, jakim cieszy się praca wykonywana przez lekarzy medycyny pracy w społeczeństwie w ogóle, w populacji pracujących i w szerszym środowisku lekarzy różnych specjalności. Ocena dokonana przez większość respondentów nie pozostawia żadnych wątpliwości: ich działalność raczej nie cieszy się prestiżem w społeczeństwie i zdecydowanie nie jest szanowana w szerszym środowisku lekarskim. Tylko w odniesieniu do zbiorowości pracujących większość respondentów oceniła prestiż swojej działalności zawodowej jako raczej wysoki.

W wywiadach swobodnych wyselekcjonowana grupa respondentów – doświadczeni lekarze medycyny pracy pełniący istotne funkcje w systemie opieki zdrowotnej nad pracującymi²³ – wypowiadała się m. in. na temat motywów podejmowania specjalizacji z medycyny pracy i prestiżu tej specjalizacji w środowisku zawodowym, treści i zakresu wiedzy przekazywanej w procesie kształcenia specjalizacyjnego, przydatności tej wiedzy w praktyce lekarza medycyny pracy, warunków organizacji kursów i stażów specjalizacyjnych.

U podstaw podejmowania specjalizacji z zakresu medycyny pracy tkwi najczęściej motywacja, która zdaniem ekspertów ma charakter finansowy i wynika z możliwości uzyskiwania wysokich dochodów w warunkach wolnego rynku świadczeń. Rzadziej motywacją do podejmowania specjalizacji jest chęć odmiennego uprawiania medycyny, zainteresowanie profilaktyką i atrakcyjność samodzielności, jaką może dawać działalność w służbie medycyny pracy. Zdarzają się też kandydaci przypadkowi, którzy nie potrafią podać przyczyn swojego akcesu, nie mają choćby najogólniejszej wiedzy o specyfice medycyny pracy, a nawet twierdzą, że nigdy z nią się nie zetknęli, nawet na studiach.

²³ Dyrektorzy wojewódzkich ośrodków medycyny pracy i ich zastępcy ds. medycyny pracy, kierownicy działów konsultacyjnych i działów organizacji nadzoru i szkolenia wojewódzkich ośrodków medycyny pracy, konsultanci wojewódzcy w medycynie pracy.

Barierą dla „pozytywnego” naboru na specjalizację w dziedzinie medycyny pracy, jak również głównym źródłem niskiego prestiżu, zarówno samej specjalizacji, jak i systemu służby medycyny pracy jest brak w medycynie pracy możliwości leczenia.

Jednak eksperci dostrzegali również czynniki sprzyjające wzrostowi prestiżu, uznając za najistotniejsze wprowadzenie mechanizmów wolnego rynku świadczeń oraz kryteriów kwalifikacyjnych dla lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne pracowników.

Wszyscy eksperci dostrzegali potrzebę zmian w strukturze i treści programu specjalizacji, przy czym niektórzy stwierdzali ogólnie, że program wymaga pewnych korekt, zaś inni wskazywali obszary wiedzy wymagające gruntownej przebudowy w strukturze programu. W szczególności rozszerzenie wiedzy w programie specjalizacji powinno dotyczyć rehabilitacji zawodowej, medycyny środowiskowej oraz zakresu nauczania chorób wewnętrznych.

Respondenci zwracali uwagę na niewystarczające przygotowanie lekarzy do kontaktu z zakładem pracy i dokonywania oceny środowiska pracy. W trakcie specjalizacji nie rozwija się ani nie utrwała umiejętność nawiązywania kontaktu z pracodawcą i umiejętności zainteresowania go zadaniami medycyny pracy. Ponadto, lekarz w trakcie kształcenia specjalizacyjnego powinien mieć dużo więcej niż obecnie zajęć praktycznych i poznać możliwie wszystkie występujące w procesie pracy szkodliwości.

Eksperti zwrócili również uwagę na niedostateczne przygotowanie lekarzy specjalizujących się w medycynie pracy do diagnozowania problemów zdrowotnych związanych z tzw. miękkimi narażeniami²⁴. Obowiązujący program specjalizacyjny powstawał jakiś czas temu i niektóre zagrożenia tego rodzaju jeszcze nie były rozpoznane, a o pewnych zjawiskach nie myślano jak o zagrożeniach zawodowych.

W procesie kształcenia specjalizacyjnego brakuje treningu w całościowym spojrzeniu na pracownika – z jego wszystkimi schorzeniami w kontekście wielu narażeń na stanowisku pracy. Na poszczególnych wykładach i kursach analizowane są odrębne problemy i właściwie nigdy nie mówi się o problemach zdrowotnych człowieka jako osoby.

Najtrudniej było uzyskać od ekspertów opinie na temat kształcenia specjalizacyjnego w medycynie pracy propagowanego w Unii Europejskiej. Fakt, że rola lekarzy w systemie ochrony zdrowia pracujących jest w krajach europejskich znacznie zredukowana i ukierunkowana na działalność w wielodyscyplinarnych zespołach, przypuszczalnie powoduje słabe zainteresowanie polskich ekspertów modułami wiedzy dominującymi w tamtych programach.

²⁴ Stres zawodowy, także związany z warunkami społecznymi i organizacyjnymi oraz niepewnością zatrudnienia, wypalenie zawodowe, mobbing itp.

Oceniając praktyczną przydatność wiedzy zdobytej w trakcie specjalizacji, większość ekspertów wskazywała na różnorodne bariery i ograniczenia zewnętrzne, utrudniające lekarzowi wykorzystanie nabytej wiedzy i właściwe, kompleksowe realizowanie zadań lekarza medycyny pracy. Według niektórych ekspertów to pracodawcy utrudniają lekarzom pełne wykorzystanie posiadanej wiedzy, ponieważ brakuje zachęt dla pracodawców, aby dbali o jakość opieki profilaktycznej. Wielu ekspertów upatruje w zmianach systemowych przyczyn niewykorzystywania przez lekarzy posiadanej wiedzy i umiejętności. Zmiany te „oddaliły” lekarza medycyny pracy od zakładu pracy i ograniczyły możliwości optymalnego sprawowania opieki.

Odnosząc się do obecnej sytuacji specjalizacji z zakresu medycyny pracy, roli lekarza i warunków funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, postulowano: 1) wprowadzenie zmian do programu, które umożliwiłyby absolwentom uzyskanie pełnych uprawnień, bez konieczności odbywania dodatkowych kursów; 2) zintensyfikowanie zajęć praktycznych, przede wszystkim tych, które dotyczą higienicznej oceny środowiska pracy; 3) związanie lekarza specjalizującego się z jednostką specjalizującą.

Zakończenie

Społeczne funkcje szkolnictwa wyższego (szerzej – kształcenia na poziomie wyższym i podyplomowym) można ująć w pewnym uproszczeniu następująco:

- przekaz kulturowy (cywilizacyjny),
- przekaz wiedzy,
- rozwijanie możliwości innowacyjnych,
- wprowadzanie w życie zawodowe określonego rodzaju,
- przygotowanie do wejścia i utrzymania się na rynku pracy,
- wykonywanie badań naukowych o charakterze poznawczym i aplikacyjnym, w tym użytecznych dla:
 - gospodarki,
 - pracowników naukowo-dydaktycznych,
 - kształcenia studentów.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w Unii Europejskiej w dyskursie dotyczącym reformowania i przyszłości szkolnictwa wyższego jeden z wymiarów powyższego zestawienia wyraźnie wysuwa się na pierwszy plan. Składają się nań: funkcja przygotowania do wejścia i utrzymania się na amorficznym w swej istocie rynku pracy oraz funkcja prowadzenia badań użytecznych dla gospodarki (inaczej mówiąc – badań stosowanych). Inne wymienione funkcje traktowane są jako służebne, podporządkowane temu jednemu aspektowi działalności instytucji szkolnictwa wyższego. Zjawisku temu towarzyszy szybki zanik autotelicznej motywacji do studiowania, co należy traktować przede wszystkim jako skutek takiego jednowymiarowego postrzegania tej problematyki i zdominowania dyskursu w tej sferze rzeczywistości przez związaną z potrzebami rynku pracy aplikacyjno-usługową wizję szkolnictwa wyższego.

Ideologia edukacyjna strategii lizbońskiej – proces boloński – jest ideologią edukacji dla rynku pracy.

Zagrożenia i wypływające z nich obawy dotyczące sfery szkolnictwa wyższego i związane z podejmowanymi w skali europejskiej próbami jego reformowania są refleksem ogólniejszych konstatacji na temat impasu modernizacyjnego Unii Europejskiej.

Przeszło dekadę po przyjęciu strategii lizbońskiej zarówno w krajach „starej” UE, jak i nowej różnice między poszczególnymi „społeczeństwami wiedzy” oraz wewnątrz tych społeczeństw, jak również główne problemy systemów gospodarczych „opartych na wiedzy” są znaczne i nie tylko nie ulegają zmniejszeniu, lecz powiększają się.

Jak powszechnie wiadomo, w rezultacie przedsięwzięć podejmowanych w ramach strategii lizbońskiej europejski system gospodarczy i społeczny ma stać się konkurencyjny w skali światowej, zwłaszcza w relacji do potęgi ekonomicznej USA. To głównie dlatego władze Unii Europejskiej zdecydowały o zaadaptowaniu amerykańskiego modelu szkolnictwa wyższego, który bywa uważany za podstawę amerykańskiego sukcesu ekonomicznego. Jednakże kryzys gospodarki amerykańskiej, którego symptomy widoczne były już przed kilkoma laty, a który wszedł w fazę szczytową w drugiej połowie 2008 r. i rozlał się na cały świat, ujawniając poważne społeczno-kulturowe – nie tylko ekonomiczne czy finansowe – problemy Stanów Zjednoczonych (będące w istocie kwintesencją problemów współczesnego kapitalizmu), stawia pod znakiem zapytania tezę o wyższości amerykańskiego paradygmatu rozwoju społeczno-ekonomicznego nad europejskim.

Oczywiście, nie zmienia to faktu, że w sferze decyzji politycznych zarówno na poziomie instytucji UE, jak i rządów poszczególnych krajów członkowskich, tak samo jak w polityce USA, nie ma perspektywicznych strategii modernizacyjnych, zwłaszcza uwzględniających sytuację globalnych zagrożeń kryzysowych w sferze cywilizacyjnej generowanych przez trwający kryzys ekonomiczno-finansowy. Strategia lizbońska, która miała być takim modernizacyjnym projektem, jest propozycją polityczno-ideologiczną, a przynajmniej tak jest powszechnie traktowana. Szczególnie wyraźnie widać to w niemal wyłącznie symbolicznych, uwarunkowanych bieżącą polityką reakcjach rządów nowych krajów członkowskich (np. w Polsce, na Węgrzech) na zalecenia Unii Europejskiej, dotyczące implementacji podstawowych założeń strategii¹. Wiele publicznych wypowiedzi, dotyczących tematu jej realności, skuteczności i użyteczności w skali całej Unii oraz w skali poszczególnych krajów członkowskich, jest w istocie wyznaniem wiary w te idee, które strategia prezentuje. Wiara ta niezbyt często odwołuje się do zobiektywizowanych, racjonalnych przesłanek; głównie jest inspirowana, z jednej strony, przez marzenia i nadzieje ludzi, z drugiej zaś – przez potrzeby ideologiczne bieżącej polityki. Także proces boloński, którego główne tezy mówią o przekształcaniu systemu kształcenia na poziomie wyższym, jest w istocie doraźnym, uwarunkowanym ideologicznie programem krótko-, co najwyżej średnioterminowych działań politycz-

¹ Brakowi strategii modernizacyjnej towarzyszy, zwłaszcza w nowych krajach członkowskich, ograniczanie nakładów na sfery generujące procesy modernizacyjne: naukę, edukację (w Polsce w ostatnich latach nakłady na te sfery relatywnie malały).

nych, ponieważ nie zakłada i nie postuluje realnych zmian w całym systemie edukacyjnym, na wszystkich poziomach kształcenia; w szczególności zaś hierarchicznego, wstępującego warunkowania zmian na danym poziomie kształcenia przez zmiany na niższych poziomach.

Z wieloletniej już perspektywy można stwierdzić, że dotychczasowa implementacja procesu bolońskiego raczej nie przyczyniła się do istotnych merytorycznych zmian w systemach edukacji krajów członkowskich UE. Zasadniczą tego przyczyną jest ograniczenie wdrażania tego projektu do wymiaru formalno-proceduralnego (dwa stopnie kształcenia na poziomie wyższym, punkty ECTS, instytucjonalizacja i biurokratyzacja niektórych procedur zapewniania jakości) – przy oczywistych różnicach co do stopnia owej ograniczoności w poszczególnych krajach. Rządowe strategie i programy resortowe są doraźnymi, sterowanymi politycznie odpowiedziami na unijne dyrektywy i zalecenia. W Polsce każda ekipa rządząca przedstawia swój polityczny program naprawy edukacji, który, niezależnie od stopnia niedoskonałości, wchodzi w fazę realizacyjną. Polityczna zmiana ekipy rządzącej powoduje uruchomienie odmiennie warunkowanego ideowo i politycznie, ale zawsze ograniczonego merytorycznie i niekompletnego programu reformatorskiego oraz, na ogół, wycofanie się z całości bądź części uprzednich zmian reformatorskich. Charakterystyczne jest, że bez względu na opcje ideologiczne ugrupowań sprawujących władzę polityka edukacyjna (także wobec szkolnictwa wyższego) nigdy dotychczas nie znalazła się wśród rzeczywistych priorytetów politycznych.

Zmiana tej sytuacji byłaby ewentualnie możliwa tylko przy spełnieniu warunku wypracowania długofalowej, realistycznej polityki edukacyjnej. Musiałaby ona zakładać powstanie apolitycznego interdyscyplinarnego gremium wyposażonego w szerokie prerogatywy, kontrolowanego przez parlament i opinię publiczną, z zadaniem przygotowania i czuwania nad wprowadzeniem w życie głębokich zmian w całym systemie edukacji – od przedszkola do studiów doktoranckich i mechanizmów sprzyjających kształceniu w ciągu całego życia. Szczególnie ważnym zadaniem byłoby wypracowanie optymalnych sposobów realizacji głównego celu: uelastycznienia postaw edukacyjno-zawodowych, stymulowania potrzeb i chęci uczenia się nowych rzeczy. Zakłada to zmianę systemu i hierarchii wartości, nowe spojrzenie na to, co dla kogo jest korzyścią (redefiniowanie wartości, a zwłaszcza skuteczności i użyteczności kształcenia). To zaś wymaga spójnej koncepcji edukacyjnej, która, po pierwsze, mogłaby stanowić podstawę konkretnych programów kształcenia, oraz, po drugie, byłaby konsekwentnie realizowana od chwili wejścia jednostki do systemu edukacyjnego, w trakcie jej uczestnictwa we wszelkich przedsięwzięciach edukacyjnych.

Reformy systemów szkolnictwa wyższego w Unii Europejskiej mają u swych podstaw założenie zasadniczej zmiany paradygmatu kształcenia – od nauczania (*teaching*) do uczenia się (*learning*). Tak określony kierunek reform raczej nie jest wystarczającą dyrektywą dla zmian systemowych, zwłaszcza że

nie sposób wyobrazić sobie zastosowanie tutaj – tak jak w wypadku zmian strukturalnych – mechanizmów i środków administracyjnych. Polityka edukacyjna państwa wobec wyższych uczelni powinna mieć na celu tworzenie odpowiednich reguł prawnych i, ewentualnie, schematów strukturalnych; reszta należy do uczelni, w tym tworzenie „sprzyjającego uczeniu się środowiska” (*favourable learning environment*), które niekiedy utożsamiane jest ze wspomnianą wyżej zasadniczą zmianą. Tymczasem zmiana paradygmatu edukacyjnego to coś więcej niż zmiana języka publicznych wypowiedzi o modelowych rozwiązaniach edukacyjnych plus sprzyjające uczeniu się enklawy uczelniane. To przede wszystkim posiadanie przez studiujących (rozpoczynających studia) takiej struktury motywacyjnej, która umożliwiałaby istotnie większą niż dotychczas aktywność intelektualną i zaangażowanie studentów w samodzielne zdobywanie wiedzy i umiejętności, co wszakże stanowi o rzeczywistym zakresie znaczeniowym pojęcia uczenia się. Kształtowanie (od początku uczestnictwa jednostki w systemie edukacyjnym) odpowiednich motywacji z oczywistych przyczyn nie zawsze byłoby skuteczne, nie zawsze też byłoby efektywne i użyteczne, zatem niezbędne byłoby wprowadzenie mechanizmów selekcji pojmowanej jako sito przepuszczające tylko tych, na których zmiana paradygmatu, czy choćby samo „sprzyjające uczeniu się środowisko” mogłyby w ogóle mieć jakiś pozytywny wpływ. Praktyka polskiego systemu szkolnictwa wyższego w tym względzie dowodzi, że takie zjawiska, jak faktyczny brak selekcji na studia płatne czy niefortunny pomysł matury jako jedyne kryterium selekcyjnego na większość kierunków studiów, wybitnie przyczyniają się do drastycznego obniżenia elementarnie pojmowanej jakości kształcenia, co powoduje, że postulat faktycznej zmiany paradygmatu jest, przynajmniej na razie, nierealny.

Reforma szkolnictwa wyższego nie jest możliwa bez gruntownej reorganizacji w całym systemie edukacji, zaplanowanych w perspektywie czasowej niezwiązanej z koniunkturalnym cyklem zmian politycznych. Sztandarowe dla systemu kształcenia na poziomie wyższym postulaty: uczyć jak się uczyć, przejście od nauczania do uczenia się, pomoc w znajdowaniu własnej drogi do wiedzy, uczenie się przez całe życie itp., abstrahując od ich ogólnikowości oraz ideologicznego charakteru, mogą uzyskać sens jako rzeczywista inspiracja dla konkretnych przedsięwzięć tylko w kontekście powszechnie akceptowanej idei reformy całego systemu edukacyjnego. Chodzi tutaj nie tylko i nie przede wszystkim o nowoczesne metody czy techniki dydaktyczne, ale o odpowiednią stymulację intelektualną, emocjonalną i behawioralną przyszłych studentów, a tym samym przyszłych aktorów na scenie gospodarki oraz podmiotów na rynku pracy. Właściwe ukierunkowanie oczekiwań studentów oraz przygotowanie do sprostania wymogom studiowania, w tym, ewentualnie, specyficznej selekcji – to są zadania wcześniejszych etapów edukacji. Obecnie studenci najczęściej nie oczekują, a raczej nie spodziewają się studiowania (ponieważ nie

zostali przygotowani do prawidłowego definiowania zakresu tego pojęcia), lecz kontynuacji kształcenia na poziomie średnim minus dyscyplina szkolna. Postulowane i gdzieś tam realizowane zmiany dydaktyczne, programowe, także zmiany idące w kierunku „środowiska sprzyjającego uczeniu się” trafiają w znacznej mierze w swoistą próżnię intelektualną, emocjonalną i behawioralną.

Wspomniana wyżej jednowymiarowość dyskursu edukacyjnego generowanego przez proces boloński skłania do sformułowania tezy, że członkowie europejskich społeczeństw traktowani są z punktu widzenia postulowanych reform systemu edukacji przede wszystkim lub wyłącznie jako siła robocza, której przygotowanie, formowanie, rozwój – w istocie realizacja koncepcji dostosowania człowieka do pracy – jest głównym celem czy funkcją systemu edukacji na poziomie wyższym. Można przy tym zastanawiać się, czego właściwie dotyczą terminy „szkolnictwo wyższe”, „wyższe uczelnie” czy nawet „uniwersytety”? Czy w przypadku tego ostatniego terminu chodzi o uniwersytety „humboldtowskie” (jeśli jeszcze są takie, które wyrażnie i nie tylko od „święta” nawiązują do starej europejskiej tradycji uniwersytetu), czy o instytucje kształcące z uniwersytetem w nazwie, czy o wszystkie instytucje kształcące na poziomie wyższym, w tym ściśle zawodowe i artystyczne? Jak **uniwersyteckie** kształcenie na poziomie wyższym ma się do głównych postulatów reformatorskich: zbliżenia do gospodarki, większych możliwości zatrudnienia, zapewnienia większej liczby coraz lepszych miejsc pracy? W ramach każdej wyższej uczelni, także w ramach „prawdziwych” czy „klasycznych” uniwersytetów (stymulowanych w istotnym stopniu głodem wiedzy) wydział wydziałowi nierówny, jeśli idzie o związki z gospodarką czy sferą zatrudnienia. I czy tylko o gospodarkę i zatrudnienie chodzi? Mówimy o społeczeństwie wiedzy, używając tego skrótu myślowego przede wszystkim na oznaczenie problematyki zmieniającej się jakościowo gospodarki, w tym sfery zatrudnienia. A przecież są również inne potrzeby społeczne, zaspokajanie których wchodzi w zakres funkcji kształcenia na poziomie wyższym.

Postulat silniejszego powiązania szkolnictwa wyższego z rynkiem pracy, pomijając nawet wątpliwości związane ze stopniem ogólności czy nieselektywnością takiego sformułowania, wydaje się nierealne ze względu na zasadnicze różnice, z jednej strony, w dynamice zmian strukturalnych i koniunkturalnych w gospodarce, zarówno globalnej, jak i w gospodarkach regionalnych oraz krajowych, z drugiej zaś – w dynamice zmian systemu kształcenia. Co więcej, znajomość przyszłych potrzeb gospodarki, jeśli chodzi o rodzaje wiedzy i umiejętności, jest niewielka (nic nie gwarantuje kontynuacji obecnych trendów), zatem dopasowanie kształcenia do tych potrzeb nie jest możliwe. Trzeba nastawić się na wiedzę ogólną oraz kształtowanie umiejętności i chęci uczenia się nowych rzeczy, co wiąże się z problematyką stymulowania i motywacji do uczestnictwa w systemie edukacyjnym. Wymaga to głębokich i wszechstronnych, rewolucyjnych zmian w sposobach i programach kształcenia na wszystkich poziomach systemu edukacji.

Masowość kształcenia wyższego, w ostatnich dekadach poprawna politycznie, jest w gruncie rzeczy mało przydatna gospodarce, ponieważ jej bezpośrednim skutkiem jest nadprodukcja ludzi z marnym wyższym wykształceniem, ale o nadmiernie rozbudzonych aspiracjach, zaś efektem wtórnym – inflacja dyplomów oraz frustrująca świadomość posiadania nadmiernego, funkcjonalnie zbędnego wykształcenia (*overeducation*). Kumulacja tych zjawisk, zwłaszcza w warunkach dekonunktury gospodarczej, może okazać się sporym zagrożeniem dla równowagi społecznej.

Dlaczego musi czy powinno być możliwie jak najwięcej osób z wyższym wykształceniem? Teza o potrzebach gospodarki przedstawiającej się na wiedzę jest ograniczona do paru wąskich dziedzin inżynieryjno-przyrodniczych. Jest również osłabiana przez kształcenie (doksztalcenie) przez firmy i instytucje funkcjonujące na rynku pracy we własnym zakresie, poza systemem edukacyjnym. Abstrahując od kwestii ideologicznych i przyjmując roboczo założenie racjonalności takiego „masowego” podejścia, należałoby sądzić, że posiadanie wyższego wykształcenia przynosi określone korzyści merytoryczne i formalne związane z pracą zawodową – indywidualne, grupowe oraz ogólnospołeczne. Jednakże taki sąd opiera się na założeniu, iż proces edukacyjny był optymalnie realizowany przez uczących i studentów, które to założenie w odniesieniu do znacznej części (większości?) instytucji szkolnictwa wyższego nie jest prawdziwe.

Masowość kształcenia na poziomie wyższym jest powszechnym zjawiskiem w krajach Unii Europejskiej. Czy wynika stąd coś pozytywnego w związku z głównymi postulatami strategii lizbońskiej i procesu bolońskiego? Na pewno są skutki negatywne – obniżanie się jakości kształcenia, zakłócenia w prawidłowym funkcjonowaniu instytucji kształceniowych, deprecjacja wyższego wykształcenia związana z drastycznymi odstępstwami od zasady merytokracyjności.

Do negatywnych skutków prowadzi również urynkowanie znacznej części potencjału edukacyjnego wyższych uczelni. Niekorzystnym zjawiskiem jest dostosowywanie się uczelni do istniejących zapotrzebowań i oczekiwań studentów i potencjalnych studentów, do standardów, które wynoszą oni z dotychczasowego funkcjonowania w systemie edukacyjnym na niższych jego szczeblach. Należy wspomnieć również potencjalnie korzystne (na razie jeszcze nie występujące w naszym kraju) skutki oddziaływania „niewidzialnej ręki” rynku edukacyjnego, takie jak eliminowanie z rynku edukacyjnego najgorszych z punktu widzenia społecznego (gospodarczego, kulturalnego itd.) placówek edukacyjnych oraz tworzenie uczelni, kierunków studiów niejako „pod potrzeby” gałęzi gospodarki czy koncernów.

Piśmiennictwo

- The 7th Ottawa Conference on Medical Education and Assessment. Maastricht, June 1996*, The University of Limburg [materiały seminaryjne].
- The American Heritage Dictionary of the English Language* (1980), ed. W. Morris; Houghton Mifflin Comp., Boston.
- Aron R. (1964), *La lutte de classes: Nouvelles leçons sur les sociétés industrielles*, Gallimard, Paris.
- Baird J. R. (1989), *Quality: What Should Make Higher Education „Higher”?*, „Higher Education Research and Development”, 7(2): 141–152.
- Ballantine J. H. (2001), *The Sociology of Education. A Systematic Analysis*, Prentice-Hall, Inc. Upper Saddle River, New Jersey.
- Barnett R. (1992), *Improving Higher Education. Total Quality Care*, The Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Barnett R. (1994b), *Limits of Competence. Knowledge, Education and Society*, The Society for Research into Higher Education & Open University Press.
- Barnett R. (1994a), *The Idea of Quality. Voicing the Educational*, [w:] *Developing Quality Systems in Education*, (ed.) G. D. Doherty, Routledge, London, pp. 38–45.
- Barr R. B., Tagg J. (1995), *From Teaching to Learning – A New Paradigm for Undergraduate Education*, „Change Magazine”, 27(6): 13–25.
- Bauman Z. (1960), *Kariera. Cztery szkice socjologiczne*, Iskry, Warszawa.
- Bauman Z. (1998), *Ideologia*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Oficyna Naukowa, Warszawa: 297–301.
- Ben-David J. (1958), *The Professional Role of the Physician in Bureaucratized Medicine: A Study in Role Conflict*, „Human Relations”, 11(3): 255–274.
- Benjamin J. M. (1976), *Lester F. Ward and Public Education*, „Journal of Thought”, 11(3): 252–256.
- Bernstein B. (1975), *Classes, Codes and Control*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Bernstein B. (1990), *Odtwarzanie kultury*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Bialecki I. (2006), *Pojęcie kompetencji a polityka wobec edukacji i rynku pracy*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 2/28: 97–107.
- Bialecki I. (2009), *Nierówności edukacyjne, badania, polityka*, [w:] *Wartości, polityka, społeczeństwo*, red. M. Zahorska i E. Nasalska, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa: 293–307.
- Blackledge D., Hunt B. (1985), *Sociological Interpretations of Education*, Croom Helm, London–Sydney–Dover (N.H.) 1985.
- Bloom B. S. et al. (ed.) (1956), *Taxonomy of Educational Objectives. The Classification of Educational Goals*, David McKay, New York.

- Boczkowski A. (2000a), *Zapewnianie i ocena jakości kształcenia w dziedzinie medycyny pracy w wybranych krajach Europy Zachodniej i w USA*, cz. I, *Europa Zachodnia*, „Medycyna Pracy”, 51(5): 517–539.
- Boczkowski A. (2000b), *Zapewnianie i ocena jakości kształcenia w dziedzinie medycyny pracy w wybranych krajach Europy Zachodniej i w USA*, cz. II, *USA*, „Medycyna Pracy”, 51(6): 653–666.
- Boczkowski A. (2001), *The Competences Postulated as Requirements for Occupational Medicine Training in Europe as viewed by Polish Specialists*, „International Journal of Occupational Medicine as Environmental Health”, 14(1): 63–69.
- Boczkowski A. (2001a), *Ocena jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. Podstawy teoretyczne i praktyka ewaluacyjna*, Oficyna Wydawnicza IMP, Łódź 2001.
- Boczkowski A. (2001b), *Samoocena kompetencji profesjonalnych jako metoda oceny skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. Poradnik metodyczny*, Oficyna Wydawnicza IMP, Łódź.
- Boczkowski A. (2001c), *Zapewnianie i ocena jakości kształcenia w dziedzinie higieny pracy w Wielkiej Brytanii, USA i Kanadzie*, „Medycyna Pracy”, 52(2): 145–152.
- Boczkowski A. (2003), *Studia podyplomowe w zakresie zdrowia publicznego: problemy oceny skuteczności*, „Medycyna Pracy”, 54(3): 251–262.
- Boczkowski A. (2004), *Od medycyny pracy do opieki zdrowotnej nad pracującymi*, „Pedagogika Pracy”, 44: 97–110.
- Boczkowski A. (2009), *Skuteczność i użyteczność kształcenia jako kategorie socjologiczne*, „Przegląd Socjologiczny”, 58(3): 93–117.
- Boczkowski A. (2010), *Proces boloński jako ideologia edukacyjna strategii lizbońskiej*, [w:] *Proces boloński – ideologia i praktyka edukacyjna*, red. A. Buchner-Jeziorska, A. Dziedzic-Foltyn, Wydawnictwo UŁ, Łódź: 22–61.
- Boczkowski A., Kopias J. (1999), *Kształcenie lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad pracującymi w krajach Unii Europejskiej: problemy i propozycje rozstrzygnięć*, „Medycyna Pracy”, 50(6): 593–600.
- Boczkowski A., Zawadzka J. (2008), *Możliwości kariery zawodowej w opiniach lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy*, „Medycyna Pracy”, 59(4): 315–324.
- Bonal X. (2002), *Plus ça change... the World Bank Global Education Policy and Post-Washington Consensus*, „International Studies in Sociology of Education”, 1: 3–22.
- Boudon R. (1999), *Local vs General Ideologies: A Normal Ingredient of Modern Political Life*, „Journal of Political Ideologies”, 4(2): 141–161.
- Bourdieu P., Passeron J.-C. (2006), *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa.
- Brauer J.-P., Kühme E.U. (1999), *Poradnik wdrażania systemu zarządzania jakością wg ISO 9000*, Oficyna Wydawnicza Spectrum, Warszawa.
- Brzezińska A., Brzeziński J., Elias A. (2004), *Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej*, Academia, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, Warszawa.
- Buchner-Jeziorska A. (2005), *Szkolnictwo wyższe jako czynnik modernizacji społecznej. Przykład Polski okresu transformacji*, [w:] *Edukacja w cywilizacji XXI wieku*, red. A. Buchner-Jeziorska, M. Sroczynska, Wyd. Wyższej Szkoły Umiejętności, Kielce: 49–57.
- Buchner-Jeziorska A., Boczkowski A. (1996), *Procedury i negocjacje. Jakość kształcenia w szkole wyższej*, Instytut Socjologii UŁ, Łódź.
- Buchner-Jeziorska A., Boczkowski A. (2003), *Ocena skuteczności kształcenia podyplomowego – problemy i rezultaty badań ewaluacyjnych*, [w:] *Zastosowanie systemu ciągłego doskonalenia jakości w procesie nauczania*, red. J. Suchecka, C. Domański, Łódź: 5–18.

- Byczkowska Z., Dawydzik L. [red.] (1999), *Medycyna pracy w praktyce lekarskiej*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Cambridge Advanced Learner's Dictionary (2003), Cambridge University Press, Cambridge, UK.
- Chernay G. (1990), *Accreditation and the Role of the Council on Post-secondary Accreditation (COPA)*, Washington D.C.
- Clark B. (1983), *The Higher Education System: Academic Organization in Cross-National Perspective*, University of California Press.
- Collins R. (1971), *Functional and Conflict Theories of Educational Stratification*, „American Sociological Review”, 36: 1002–1018.
- Coleman J. S. et al. (1966), *Equality of Educational Opportunity*, Government Printing Office, Washington D.C.
- Crosier D., Purser L., Smidt H. (2006), *Trends V: Universities Shaping the European Higher Education Area. An EUA Report*, European University Association.
- Czerniawska M., Dolata E. (2005), *Rola zawodowa a system wartości (na przykładzie pielęgniarek, nauczycielek i zakonnic)*, „Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska [Med.]”, 60(68, Supl. 16): 307–311.
- Czapów C., Podgórecki A. (1972), *Socjotechnika – podstawowe pojęcia i problemy*, [w:] *Socjotechnika. Style działania*, red. A. Podgórecki, Książka i Wiedza, Warszawa: 9–35.
- Davis K., Moore W. E. (1975), *O niektórych zasadach uwarstwienia*, [w:] *Elementy teorii socjologicznych. Materiały do dziejów współczesnej socjologii zachodniej*, red. W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, PWN, Warszawa 1975: 464–476.
- Dąmbaska I. (1975), *O konwencjach i konwencjonalizmie*, Ossolineum, Wrocław–Warszawa–Kraków–Gdańsk.
- Dendura K. (2002), *Metodyka wdrożenia systemu zarządzania jakością w kształceniu akademickim*, Wydawnictwo Uczelniane Akademii Morskiej w Gdyni, Gdynia.
- Dubois M. (2001), *Sociology of Ideology*, [w:] *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, eds. N. J. Smelser, P. B. Baltes, Elsevier Ltd.: 7177–7182.
- Eagleton T. (1991), *Ideology: An Introduction*, Verso, London.
- Ellis R. (1993), *A British Standard for University Teaching*, [w:] *Quality Assurance for University Teaching*, ed. R. Ellis, The Society for Research into Higher Education & Open University Press: 16–36.
- European Commission (2001), *Making a European Area of Lifelong Learning Reality*, Brussels. COM(2001) 678 final report.
- Evans C. (1993), *The Reflective Practitioner, the Institution and Help from Outside*, [w:] *The Audit and Assessment of Teaching Quality*, Standing Conference on Educational Development, ed. P. T. Knight, Birmingham: 53–65.
- Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej* (2004), red. A. Brzezińska, J. Brzeziński, A. Eliaz, Academica, Wydawnictwo SWPS, Warszawa.
- Ewaluacja w edukacji* (1997), red. L. Korporowicz, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Fielden J., Pearson P. K. (1978), *The Cost of Learning with Computers. The Report of the Financial Evaluation of the National Development Programme in Computer Assisted Learning*, Council for Educational Technology, London.
- Firkowska-Mankiewicz A. (1999), *Zdolnym być... Kariery i sukces życiowy warszawskich trzydziestolatków*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Frazer M. J. (1992), *Quality Assurance in Higher Education*, [w:] *Quality Assurance in Higher Education*, ed. A. Craft, The Falmer Press, London–Washington D.C. 9–25.
- Frazer M. J. (1995), *Issues of Quality*, „Higher Education in Europe”, 30(1–2): 13–17.
- Friedman T. L. (2006), *Świat jest płaski. Krótka historia XXI wieku*, Rebis, Warszawa.
- Geertz C. J. (1964), *Ideology as a Cultural System*, [w:] *Ideology and Discontent*, ed. D. E. Apter, Free Press, New York: 47–76.

- Goodman N. (1997), *Wstęp do socjologii*, Zysk i S-ka Wydawnictwo s. c., Poznań.
- Gorard S., Selwyn N. (2005), *Towards a Le@rning Society? The Impact of Technology on Patterns of Participation in Lifelong Learning*, „British Journal of Sociology of Education”, 26(1): 71–89.
- Guen R. L., Pearson S. D., Brennan T. A. (2004), *Physician-citizens – Public Roles and Professional Obligations*, „Journal of the American Medical Association”, 291(1): 91–98.
- Guidance on the Staffing of Environmental Health Services in the European Region* (1996), WHO Regional Office for Europe.
- Hargreaves D. (1975), *Interpersonal Relations and Education*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Harvey L., Green D. (1993), *Defining Quality*, „Assessment and Evaluation in Higher Education”, 18(1): 9–34.
- Holmes B. (1994), *Herbert Spencer (1820–1903)*, PROSPECTS (The Quarterly Review of Comparative Education)”, 24(3/4): 533–554.
- Hornowska E. (2004), *O pomiarze jakości usług w obszarze edukacji*, [w:] *Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej*, red. A. Brzezińska, J. Brzeziński, A. Eliaz, Academia, Wydawnictwo SWPS, Warszawa: 119–134.
- Indulski J. A., Boczkowski A. (1999), *The Results of the Self-assessment of the Competencies in Public Health Management as a Measure of Effectiveness of Postgraduate Training*, „International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health”, 12(1): 15–27.
- Indulski J. A., Boczkowski A., Mikulski M. (1998a), *Postawy polskich lekarzy medycyny pracy wobec europejskiego projektu wymagań szkoleniowych w tej dziedzinie*, „Medycyna Pracy”, 49(5): 423–438.
- Indulski J. A., Boczkowski A., Mikulski M. (1998b), *Requirements for Occupational Medicine Training in Europe Postulated by Polish Professionals*, „International Journal of Occupational Medicine & Environmental Health”, 11(3): 255–265.
- Indulski J. A., Opala-Dudek G. (1984), *Lekarze przemysłowi w Polsce. Studium socjologiczne*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- International Commission on Occupational Health, *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*. ICOH Board [serial online], marzec 2002:[26 ss. ekranowych], s. 4. Adres: http://www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_eng.pdf.
- Ja nie chcę tylko orzekać, ja chcę pacjentów leczyć* [wywiad z Danutą Paśnicką, lekarzem medycyny pracy]. Pr. Zdrow. [serial online] 2007; 4: [3 ss. ekranowe]; http://www.pracaizdrowie.com.pl/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=216.
- Jastrząb-Mrozicka M. (1995), *Sposoby badania opinii studentów o zajęciach dydaktycznych*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 6.
- Jencks Ch. et al. (1972), *Inequality*, Basic Books, New York.
- Johnson M. D., Fornell C. (1991), *A Framework for Comparing Customer Satisfaction Across Individuals and Product Categories*, „Journal of Economic Psychology”, 12: 267–286.
- Johnson M. D., Gustafsson A. (2000), *Improving Customer Satisfaction, Loyalty and Profit: An Integrated Measurement and Management System*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Jóźwiak J., Morawski R. Z. (2009), *Spółeczna rola szkolnictwa wyższego i jego misja publiczna w perspektywie dekady 2010–2020*, [w:] *Polskie szkolnictwo wyższe. Stan, uwarunkowania, perspektywy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa: 45–47.
- Korporowicz L. (1999), *Spółeczne funkcje ewaluacji*, [w:] *Strategie reform oświatowych w Polsce na tle porównawczym*, red. I. Wojnar, A. Bugaj, J. Kubin, Komitet Prognoz „Polska 2000 Plus” przy Prezydium PAN, Warszawa.
- Korporowicz L. (2000), *Nowe twarze ewaluacji: w kierunku interwencji, analizy czy inspiracji?* [w:] *Socjotechnika. Kontrowersje, rozwój, perspektywy*, red. J. Kwaśniewski,

- J. Kubin, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji UW, Polskie Tow. Socjologiczne, Warszawa: 85–93.
- Korporowicz L. (2001), *Ewaluacja (ujęcie socjologiczne)*, [w:] *Jakość kształcenia w szkolnictwie wyższym. Słownik tematyczny*, red. M. Wójcicka, Centrum Badań Polityki Naukowej i Szkolnictwa Wyższego UW, Warszawa: 30–35.
- Kotarbiński T. (1970), *Sprawność i błąd (z myślą o dobrej robocie nauczyciela)*, Państwowe Zakłady Wydawnictw Szkolnych, Warszawa.
- Kubin J. (1978), *Orientacja socjotechniczna w socjologii*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 2: 219–240.
- Kwieciński Z. (2006), *Dryfować i łudzić. Polska „strategia” edukacyjna*, „Nauka”, 1: 27–45.
- Longman Dictionary of Contemporary English (1995), Third Edition, Longman Group Ltd.
- Loos G. P. (1994), *Manual and Assessment Matrix. Conducting a Self-Assessment Study of Minimum Competency Levels for Public Health Graduates*, Asia Pacific Academic Consortium for Public Health, September 1994.
- Macmichael J. (2009), *Client–customer – What Is the Difference?*, <http://ezinearticles.com/?client-customer---What-is-the-difference?&id=2050907> [15.01.2010].
- Macdonald E. (1999), *Occupational Medicine in Europe. Evolution of the Profession* [materiał przedstawiony na spotkaniu roboczym *Workshop of Training Curricula and Core Competencies of Occupational Physicians* zorganizowanym w dniach 27–28.05.1999 r. w Bilthoven (Holandia) przez European Centre for Environment and Health, WHO, Regional Office for Europe].
- Mannheim K. (2008), *Ideologia i utopia*, Wyd. Aletheia, Warszawa.
- Marshall G. [red.] (2004), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, PWN, Warszawa.
- Mazurkiewicz G. (2007), *Bezradność szkoły. Jakich szkół potrzebuje społeczeństwo wiedzy?*, [referat wygłoszony na III Konferencji Naukowej z serii „Wiedza i Innowacje”, 11.01.2007 r., Kraków].
- Meighan R. (1993), *Socjologia edukacji*, Wyd. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Mills C. W. (2007), *Wyobrażenia socjologiczne*, PWN, Warszawa.
- Misztal B. (2000), *Teoria socjologiczna a praktyka społeczna*, Universitas, Kraków 2000.
- Muijtjens A. (1998), *The Maastricht Medical Progress Test*, Department of Medical Informatics, University of Maastricht [materiał powielony].
- Mudyń K. (2000), *Stereotyp*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 4, red. K. W. Frieske, H. Kubiak, G. Lissowski, J. Mucha, J. Szacki, M. Ziółkowski, Oficyna Naukowa, Warszawa: 119–123.
- Musimy zmienić system szkolenia* (2004), „Promotor”, 5: 36–40.
- Nielsen P., Lundvall, B.-A. (2003), *Innovation, Learning Organizations and Industrial Relations*, DRUID Working Paper No. 03–07.
- Niemierko B. (1992), *Sztuka nauczania*, PWN, Warszawa.
- Okoń W. (1987), *Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej*, PWN, Warszawa.
- Olechnicki K., Załęcki P. (1997), *Słownik socjologiczny*, Wydawnictwo Graffiti, Toruń.
- Ornacka K. (2003), *Ewaluacja: między naukami społecznymi i pracą socjalną*, Instytut Socjologii UJ, Kraków.
- Patrick J. (1992), *Training: Research and Practice*, Academic Press Ltd, London.
- Pawełczyk A., Pawełczyk T., Bielecki J. (2007), *Determinanty wyboru specjalizacji medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej przez absolwentów wydziałów lekarskich*, Pol. Merkuriusz Lek. 2007; 22(129): 233–238.
- Piotrowski M. (2005), *Modele uczenia się w ustawicznej edukacji zawodowej*, [w:] *Kwalifikacje zawodowe na współczesnym rynku pracy*, red. S. M. Kwiatkowski, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa: 232–238.

- Podgórecki A. (1996), *Sociotechnics. Basic Problems and Issues*, [w:] *Social Engineering*, ed. A. Podgórecki, J. Alexander and R. Shields, Carlton University Press: 23–57.
- Pogorzelska D. (2002), *Pracownik skierowany na naukę a pracownik podejmujący naukę z własnej inicjatywy*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 64(1): 79–85.
- Pogorzelska D. (2004a), *Świadczenia przysługujące pracownikom skierowanym na naukę*, „Nowa Edukacja Zawodowa”, 1: 36–40.
- Pogorzelska D. (2004b), *Podnoszenie kwalifikacji w oczach pracowników i pracodawców*, „Polityka Społeczna”, 5–6: 2004, 12–15.
- Program specjalizacji z medycyny pracy* (2003), Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa.
- Quality Culture in European Universities: A Bottom-up Approach* (2006), EAU Publications.
- Reu H., Przybyła C. (1999), *Projekt ISO 9001:2000. Komentarz*, Oficyna Wydawnicza Spectrum, Warszawa.
- Rokicka E. (1995), *Wzory karier kierowniczych w gospodarce państwowej. Z badań nad ludnością dużego miasta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Rorty R. (1989), *Contingency, Irony and Solidarity*, Oxford University Press, Oxford.
- Sauerland K. (2006), *Idea uniwersytetu – aktualność tradycji Humboldta?*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 2/28.
- Schmidt F. L., Hunter J. E., Pearlman K. (1982), *Assessing the Economic Impact of Personnel Programs on Workforce Productivity*, „Personnel Psychology”, 35: 333–347.
- Scott P. (1984) *The Crisis of the University*, Croom Helm, Beckenham.
- Seliger M. (1976), *Ideology and Politics*, George Allen and Unwin, London.
- Sherman E. C. (1998), *Effects of Role Variables on Job Satisfaction – Physician Executive Role Variables*, „Physician Exec.”, 24(5): 40–45.
- Skrzypek E. (1999), *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo UMCS, Lublin.
- The Social Function of Higher Education in the Social Models of the European Knowledge Society. Final Report of the Research Project NESOR*, (2009), New Social Risks in the European Knowledge Society and Higher Education, coordinators of the Research team: K. Krüger and L. Jiménez.
- Sowa J. (1995), *Rozwój zawodowy człowieka*, „Zeszyty Naukowe WSP”, Rzeszów; 2: 61–73.
- Spencer H. (1911), *Essays of Education and Kindred Subjects*, J. M. Dent & Sons, Ltd. London.
- Spencer M. (1979), *Foundations of Modern Sociology*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Społeczne problemy funkcjonowania opieki zdrowotnej nad pracującymi. Sprawozdania z realizacji tematu IMP 8.8 (2007–2008)*, Instytut Medycyny Pracy 2007, 2008 [materiał niepublikowany].
- Strategia rozwoju kształcenia ustawicznego do roku 2010* (2003), Ministerstwo Edukacji Narodowej i Sportu. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów 8.07.2003 r., (http://www.menis.gov.pl/ksztzaw/strategia/strat_ust.php)
- Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego 2010–2020* (2009), Wyd. Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Strategia rozwoju szkolnictwa wyższego do 2020 roku* (2010), [Raport przygotowany przez Ernst & Young Business Advisory i Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową], Warszawa.
- Sytuacja zawodowa lekarzy służby medycyny pracy w kontekście zmian w systemie opieki zdrowotnej nad pracującymi* (1998), Raport z badań IMP 8.4, Instytut Medycyny Pracy, Łódź.
- Szczepański J. (1976), *Szkice o szkolnictwie wyższym*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Szczepański J. (1959), *Zadania uniwersytetów w perspektywie planu 15-letniego*, „Życie Szkoły Wyższej”, 16 (także w: S z c z e p a ń s k i J., *Odmiany czasu teraźniejszego*, Książka i Wiedza, Warszawa 1971).

- Sztompka P. (2002), *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Szymczak M. red. (1978), *Słownik języka polskiego*, t. I, PWN, Warszawa.
- Świerzbowska-Kowalik E. (1995), *Nauczyciele akademicki i studenci*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe”, 1: 90–99.
- Tarkowska E. (1999), *Mit*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 1, red. H. Domański, A. Kojder, K. Koseła, K. Kowalewicz, H. Kubiak, W. Kwaśniewicz, J. Mucha, M. Oficarska, A. Piotrowski, J. Szacki, M. Ziółkowski, Oficyna Naukowa, Warszawa: 249–252.
- Technical and Ethical Guidelines for Workers' Health Surveillance* (1998), International Labour Office, Geneva.
- Thompson J. B. (1990), *Ideology and Modern Culture: Critical Social Theory in the Era of Mass Communication*, Polity Press, Cambridge, UK.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2002), *Relacje lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*, Universitas, Kraków.
- Tomusk V. (2004), *Three Bolognas and Pizza Pie: Notes on Institutionalization of the European Higher Education System*, „International Studies in Sociology of Education”, 1/2004.
- Trzeciak B. (1999), *Socjologiczne aspekty wyboru specjalizacji lekarskich w warunkach transformacji systemowej*, Wyd. Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Walczak-Duraj D. (2006), *Podstawy współczesnej socjologii*, Omega-Praxis, Pabianice.
- Willis P. (1977), *Learning to Labour. How Working Class Kids Get Working Class Jobs*, Saxon House, London.
- Wirth L. (2008), *Przedmowa do wydania angielskiego*, [w:] K. Mannheim, *Ideologia i utopia*, Wyd. Aletheia, Warszawa.
- Wojciszke B. (2004), *Psychologia oceniania: mechanizmy, pułapki, środki zaradcze*, [w:] *Ewaluacja a jakość kształcenia w szkole wyższej*, red. A. Brzezińska, J. Brzeziński, A. Eliaz, Academica, Wydawnictwo SWPS, Warszawa.
- Wolf A. (1995), *Competence-based Assessment*, Open University Press, Buckingham–Philadelphia.
- Wójcicka M. (2001), *Ewaluacja, ocena pomiar*, [w:] *Jakość kształcenia w szkolnictwie wyższym. Słownik tematyczny*, red. M. Wójcicka, Centrum Badań Polityki Naukowej i Szkolnictwa Wyższego UW, Warszawa: 36–38.
- Wójcicka M. (2009), *Zmiany w szkolnictwie wyższym z procesem bolońskim w tle*, „Przegląd Socjologiczny”, 58(3): 9–30.
- Van der Vleuten C. P. M., Verwijnen M. (1990), *A System for Student Assessment*, [w:] *Problem-based Learning: Perspectives from the Maastricht Experience*, eds. C. van der Vleuten, W. Wijnen, Amsterdam.
- Van der Vleuten C. P. M., Verwijnen G. M., Wijnen W. H. F. W. (1996), *Fifteen Years of Experience with Progress Testing in a Problem Based Learning Curriculum*, „Medical Teacher”, 18(2): 103–109.
- Van Vught F. A., (1994), *Towards a Quality Management Approach for Higher Education. CRE-action*, „Journal of the Standing Conference of Rectors, Presidents and Vice-Chancellors”, 104: 79–97.
- Yorke M. (1991), *Performance Indicators: Observations on Their Use in the Assurance of Course Quality*, CNA project report, No. 30, CNA, London.
- Zagórski K. (1978), *Rozwój, struktura i ruchliwość społeczna*, PWN, Warszawa.

Spis rysunków

1. Przestrzeń odpowiedzialności systemu szkolnictwa wyższego (także kształcenia podyplomowego) jako motywacja do zapewniania wysokiej jakości kształcenia . . .	77
2. Model oddziaływań ewaluacyjnych w placówce kształcącej (wyższej uczelni) . . .	84
3. Pracownik dydaktyczny: główne relacje podporządkowania i dominacji przed wprowadzeniem systemu oceny jakości nauczania (m. in. <i>feedbacku</i>)	90
4. Pracownik dydaktyczny: główne relacje podporządkowania i dominacji po wprowadzeniu systemu oceny jakości nauczania (m. in. <i>feedbacku</i>)	90
5. Hierarchiczna struktura celów edukacyjnych (nabywanych kompetencji)	92
6. Model interakcji pracownik dydaktyczny-studenci/słuchacze: relacje wzajemnego oceniania	94
7. Podmioty zainteresowane kształceniem na poziomie wyższym i podyplomowym . .	109
8. Ogólne relacje skuteczności i użyteczności kształcenia	110
9. Trzy sposoby oceniania jakości kształcenia	110
10. Ocena (ewaluacja) skuteczności i użyteczności kształcenia	114
11. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny treści zajęć – po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–5) . . .	161
12. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny treści zajęć – po 10 cyklach kształcenia na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (skala 0–5)	162
13. Szczegółowe wskaźniki skuteczności w odniesieniu do treści zajęć z poszczególnych przedmiotów po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – według wykładanych przedmiotów (skala 0–5)	163
14. Porównanie wskaźników ogólnej i szczegółowej oceny umiejętności dydaktycznych wykładowców – po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–5)	164
15. Porównanie ogólnych i szczegółowych wskaźników skuteczności dotyczących umiejętności dydaktycznych wykładowców – po 11 cyklach kształcenia na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (skala 0–5)	165
16. Szczegółowe wskaźniki skuteczności w odniesieniu do umiejętności wykładowców, po czterech cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – według wykładanych przedmiotów (skala 0–5)	166
17. Dynamika średnich wskaźników odczuwanego przyrostu kompetencji w 11 grupach OZE (1998–2003); wszystkie kompetencje łącznie	172

18. Bezwzględne przyrosty kompetencji po pięciu cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – wskaźnik zbiorczy dla wszystkich kompetencji łącznie (skala 0–5)	176
19. Względne przyrosty kompetencji po pięciu cyklach kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe – wskaźnik zbiorczy dla wszystkich kompetencji łącznie (zakres 0 ... 1)	176
20. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – w ocenie słuchaczy po każdym z czterech cykli kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–3). Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika w 1998 r.	180
21. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – średnie ocen słuchaczy czterech cykli kształcenia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (skala 0–3). Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika	181
22. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu (rozwijaniu) wszystkich rodzajów kompetencji łącznie – średnie ocen słuchaczy 11 cykli kształcenia – w latach 1998–2004 na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (skala 0–3). Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźnika	182
23. Przydatność programu studiów na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe w 2003 r. (wszystkie przedmioty łącznie) w nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji. Kolejność przedmiotów według wysokości wskaźników; numery kompetencji według tab. 9.	182
24. Przydatność programu studiów na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe (wszystkich przedmiotów łącznie) dla realizacji celów kształcenia (nabywania/rozwijania wszystkich kompetencji łącznie) – w ocenie słuchaczy po czterech cyklach kształcenia (skala 0–3)	183
25. Przydatność programu studiów na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej (wszystkie przedmioty łącznie) dla realizacji celów kształcenia (nabywania/rozwijania wszystkich kompetencji) – w 6-letnim okresie badań ewaluacyjnych	183
A1. Struktura kompetencji profesjonalnych	332
A2. Struktura kompetencji akademickiej i kompetencji operacyjnej	333
A3. Metodologiczny schemat konstruowania kwestionariusza samooceny	339

Spis tabel

1. Dynamika rozwojowa systemu monitorowania/kontroli i oceny jakości kształcenia: pięć poziomów (faz) rozwoju systemu	82
2. Średnie (M) i odchylenia standardowe (STD) wskaźników walidacyjnych dla pytań testowych należących do poszczególnych bloków tematycznych	141
3. Związki między wskaźnikami walidacyjnymi (współczynniki korelacji Spearmana)	144
4. Trzy aspekty walidacyjne badanego zestawu pytań testowych z zakresu medycyny pracy w opinii lekarzy specjalistów w tej dziedzinie (% – liczba oceniających, N = 100)	147
5. Powody, dla których pytania testowe z zakresu medycyny pracy są postrzegane przez lekarzy specjalistów w tej dziedzinie jako łatwe bądź jako trudne – według częstości występowania w wypowiedziach respondentów	148
6. Proporcje poszczególnych rodzajów tematyki w zestawie pytań testowych z zakresu medycyny pracy w ocenie lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny pracy (w % osób badanych)	153
7. Wskaźniki postrzeganego przyrostu kompetencji w 11 grupach słuchaczy Studium Organizacji, Zarządzania i Ekonomiki w Opiece Zdrowotnej w latach 1998–2003	173
8. Dwa rodzaje wskaźników postrzeganego przyrostu kompetencji w pięciu grupach absolwentów studiów podyplomowych na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe po str.	176
9. Przydatność poszczególnych przedmiotów w nabywaniu/rozwijaniu poszczególnych kompetencji – ocena słuchaczy kończących studia na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe w 2003 r. po str.	180
10. Najważniejsze osobiste powody uczestnictwa w kształceniu podyplomowym w badanych zbiorowościach. Liczba i odsetek wskazań respondentów na wyróżnione powody	187
11. Tryb podejmowania decyzji o kształceniu podyplomowym (liczba i odsetek respondentów)	191
12. Opinie dotyczące stanowiska kierownictwa zakładu pracy (w przypadku absolwentów – głównego pracodawcy) wobec uczestnictwa pracowników w kształceniu podyplomowym. Liczba i odsetek respondentów w badanych zbiorowościach	192
13. Sposób finansowania udziału respondentów-pracowników w kształceniu podyplomowym. Liczba i odsetek respondentów	198
14. Dodatkowe świadczenia ułatwiające uczestnictwo w kształceniu podyplomowym otrzymywane od zakładu pracy (głównego pracodawcy). Liczba i odsetek respondentów	199

15. Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące korzyści merytorycznych (odsetek respondentów)	202
16. Kategoryzacja samodzielnie formułowanych pozytywnych odpowiedzi na pytanie dotyczące korzyści merytorycznych (liczba i odsetek wskazań na poszczególne kategorie odpowiedzi)	204
17. Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące korzyści formalnych (odsetek respondentów)	206
18. Kategoryzacja samodzielnie formułowanych pozytywnych odpowiedzi na pytanie dotyczące korzyści formalnych (liczba i odsetek wskazań)	208
19. Ogólna kategoryzacja odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące innych korzyści osobistych (odsetek respondentów)	209
20. Kategoryzacja pozytywnych odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące innych korzyści osobistych (liczba i odsetek respondentów)	211
21. Ocena korzyści, jakie przyniosło uczestnictwo w kształceniu podyplomowym (średnie arytmetyczne ocen respondentów, skala ocen od „0” do „5”)	212
22. Odsetki pracodawców i ekspertów, którzy odpowiedzieli na pytanie o warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w IMP. N(P) = 98, N(E) = 91	214
23. Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do organizacji kształcenia i opłat – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań	215
24. Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do programów kształcenia – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań	216
25. Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego w odniesieniu do rozwiązań dydaktycznych – w opinii pracodawców i ekspertów. Liczba i odsetek wskazań	218
26. Warunki użyteczności kształcenia w uporządkowaniu według odsetka wskazań pracodawców i ekspertów	218
27. Warunki użyteczności kształcenia podyplomowego – uporządkowanie według różnic w odsetkach wskazań pracodawców i ekspertów	219
28. Dostrzeganie możliwości zrobienia kariery zawodowej w polskich instytucjach i placówkach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej (liczba i odsetek respondentów)	222
29. Czynniki wpływające na karierę zawodową według ocenionej przez respondentów siły wpływu (średnia punktacja rankingowa, skala 1–5)	226
30. Dostrzeganie wpływu uczestnictwa w kształceniu podyplomowym na karierę zawodową (liczba i odsetek respondentów)	228
31. Ogólna kategoryzacja wypowiedzi dotyczących wpływu kształcenia podyplomowego na karierę zawodową (liczba i odsetek wskazań na poszczególne wątki)	230
32. Przyczyny braku pozytywnego wpływu kształcenia podyplomowego na karierę zawodową (liczba i odsetek wskazań na poszczególne wątki)	231
33. Inne niż medycyna pracy specjalizacje lekarskie posiadane przez respondentów (według liczby osób)	238
34. Deklaracja ponownego wyboru specjalizacji z medycyny pracy – średnio 76% badanych	240
35. Najważniejsze motywy podjęcia decyzji o specjalizowaniu się w dziedzinie medycyny pracy (kolumny 2–5: %, N = 288)	243
36. Związki pomiędzy cechami społeczno-demograficznymi a motywami podjęcia specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (miernik siły związku i poziom istotności statystycznej)	246
37. Związki między akceptacją roli zawodowej lekarza medycyny pracy a motywami podjęcia specjalizacji w tej dziedzinie	251

38. Postrzeganie korzyści związanych z uzyskaniem (posiadaniem) specjalizacji z medycyny pracy (% respondentów, N = 288). Uszeregowanie wg zakresu (odsetka) wskazań na znaczną i bardzo dużą korzyść	253
39. Ocena stopnia przygotowania lekarza medycyny pracy do realizacji głównych zadań (ról zawodowych) – w rezultacie kształcenia specjalizacyjnego (kolumny 2–7 – % badanych). Uszeregowanie wg zakresu pozytywnej oceny przygotowania (w stopniu średnim i dużym)	257
40. Ocena zakresu i intensywności realizacji głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy (kolumny 2–7, % badanych). Uszeregowanie wg zakresu rozszerzonej pozytywnej oceny intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)	270
41. Porównanie wskaźników autooceny stopnia przygotowania lekarzy medycyny pracy do realizacji głównych zadań (ról zawodowych) oraz deklarowanej intensywności realizacji tych zadań	272
42. Możliwość kariery zawodowej lekarza medycyny pracy w dwóch wyróżnionych częściach polskiego systemu zdrowia – w opinii badanych (liczba i odsetek wskazań)	274
43. Postrzeganie (ocena i hierarchizacja) czynników wpływających na karierę zawodową lekarza medycyny pracy w polskim systemie zdrowia. Uszeregowanie wg zakresu wskazywania	277
44. Ocena zakresu i intensywności realizacji głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy wymienionych w polskim programie specjalizacji w tej dziedzinie. Uszeregowanie wg wskaźnika intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)	290
45. Ocena zakresu i intensywności realizacji w polskich warunkach głównych zadań (ról zawodowych) lekarza medycyny pracy zdefiniowanych w „projekcie europejskim” kształcenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Uszeregowanie wg wskaźnika intensywności realizacji (średnia i duża intensywność)	292
46. Osiąganie satysfakcjonujących korzyści materialnych i niematerialnych z pracy zawodowej (%)	293
47. Działania, jakie respondenci skłonni byliby podjąć dla zwiększenia korzyści materialnych ze swojej pracy zawodowej (kolumny 2–5, % badanych)	294
48. Działania, jakie respondenci skłonni byliby podjąć dla zwiększenia korzyści niematerialnych ze swojej pracy zawodowej (kolumny 2–5, % badanych)	295
49. Ocena prestiżu działalności zawodowej lekarzy medycyny pracy (% osób, które wskazały określone stopnie / poziomy prestiżu na trzech skalach)	296
A1. Zwrotność kwestionariuszy ankiety w badanych zbiorowościach	353
A2. Absolwenci według głównego miejsca zatrudnienia oraz pracodawcy według rodzaju zakładu pracy (instytucji, firmy) – % respondentów	354

AN E K S 1

Metodyka badania skuteczności i użyteczności kształcenia podyplomowego

Ogólna problematyka kompetencji profesjonalnych

Kompetencje profesjonalne można określić jako zdolność do wykonywania pewnej funkcji profesjonalnej, na którą składają się określone działania lub zadania profesjonalne (*Guidance...* 1996). Kompetencje profesjonalne wymagają: określonej wiedzy, dość ściśle zdefiniowanych umiejętności (technicznych lub/i intelektualnych), odpowiednich postaw oraz doświadczenia zawodowego. Ogólne rozważania dotyczące kompetencji profesjonalnych zawsze powinny odnosić się do trzech sfer intelektu: wiedzy, umiejętności i postaw. Wszystkie te sfery bezpośrednio uczestniczą w kształtowaniu się kompetencji (rys. A1).

Ważny czynnik doświadczenia – bezpośredniego, osobistego uczestnictwa bądź obserwacji, przy zaangażowaniu wiedzy, umiejętności, postaw lub wszelkich konfiguracji tych czynników – stanowi szczególny kontekst dla tego układu: każda z tych trzech sfer i każda z ich kombinacji może być rozpatrywana z punktu widzenia doświadczenia zawodowego jednostki jako mniej lub bardziej utrwalona.

Pojęcie kompetencji łączy się z pojęciem standardu.

Powiedzieć o kimś, że jest kompetentny, to stwierdzić, że jego czyny (działania) osiągają pewien standard, niekiedy nawet dość wymagający. Być uznanym za kompetentnego [na przykład] na poziomie piątym, to mieć do czynienia z o wiele bardziej wymagającymi standardami niż te, z którymi ma się do czynienia na poziomie pierwszym. Im wyższy poziom kompetencji, tym bardziej wymagające standardy określają działalność (Barnett 1994b: 71–72).

Poziomy kompetencji można opisać na przykładzie charakterystyki zaczerpniętej z British National Quality Framework. Na poziomie pierwszym znajdują się kompetencje dotyczące wykonywania zadań pracowniczych w ograniczonym zakresie, przy czym większość z tych zadań jest rutynowa i przewidywalna.

Rys. A1. Struktura kompetencji profesjonalnych

Źródło: opracowanie własne.

Poziom drugi to kompetencje dotyczące rozszerzonego zakresu dość zróżnicowanych zadań pracowniczych, wykonywanych w niejednakowych okolicznościach. Niektóre z tych zadań są złożone i/lub nierutynowe, wykonawca obciążony jest pewną osobistą odpowiedzialnością i posiada pewien zakres autonomii. Niekiedy konieczna jest współpraca z innymi (uczestnictwo w zespole roboczym).

Poziom trzeci to kompetencje dotyczące szerokiego zakresu różnych zadań pracowniczych wykonywanych w kontekstach o dużym zróżnicowaniu, przy czym większość tych zadań ma charakter złożony i nierutynowy. Wykonawca jest w znacznym stopniu odpowiedzialny za to co robi, przy czym stopień jego autonomii jest również dość znaczny. Niekiedy wymagana jest kontrola innych wykonawców bądź nadzór nad nimi.

Na poziomie czwartym kompetencje dotyczą szerokiego zakresu złożonych (np. pod względem technicznym lub organizacyjnym) zadań pracowniczych, wykonywanych w kontekstach o dużym zróżnicowaniu przy znacznym stopniu osobistej odpowiedzialności i autonomii. Występuje często odpowiedzialność za pracę innych, jak również za alokację zasobów, środków technicznych itp.

Poziom piąty to kompetencje uwzględniające znajomość dużego zakresu złożonych zasad, reguł i technik postępowania oraz umiejętność ich stosowania

w zróżnicowanych i nieprzewidywalnych kontekstach, jak również przekazywania innym w zoperacjonalizowanej formie aplikacyjnej. Bardzo duża autonomia osobista często silnie nacechowana znaczną odpowiedzialnością za pracę innych i za alokację istotnych zasobów, jak również odpowiedzialnością za analizę i diagnozę, projektowanie, planowanie, wykonawstwo i ewaluację (Wolf 1995).

Ronald Barnett wyróżnia dwa rodzaje kompetencji, z jakimi mają do czynienia studenci/słuchacze w toku kształcenia: kompetencję akademicką i kompetencję operacyjną.

Kompetencja akademicka dotyczy sytuacji studentów wprowadzanych w dane dyscypliny naukowe, poddawanych swoistym procesom naukowej inicjacji. Dyscypliny naukowe postrzegane są jako niezależne dziedziny wiedzy kreujące określone wymagania w procesie uczenia się, zaś obowiązkiem studenta jest sprostać tym wymaganiom. Pojęcie dyscypliny ma tutaj coś wspólnego z tym procesem poddawania się zewnętrznym wymaganiom.

Kompetencja operacyjna odnosi się do sytuacji studentów mających osiągnąć pewne standardy zewnętrzne wyznaczone przez rzeczywistość zawodową (pracowniczą). Swoje wymagania narzuca tutaj nie struktura i zawartość dyscypliny naukowej, lecz struktura profesjonalna. Odwołanie się do pojęcia standardów, podobnie jak poprzednio do dyscypliny, wskazuje, że istnieją tutaj zewnętrzne dezyderaty, do których student musi dostosować się, jeśli ma robić postępy (Barnett 1994b: 190).

Zróżnicowanie składników kompetencji akademickiej i kompetencji operacyjnej ukazane zostało schematycznie na rys. A2.

	wiedza	umiejętności	postawy	doświadczenie
Kompetencja akademicka	teoretyczna i metodologiczna	prowadzenie ukierunkowanych poznawczo badań naukowych, budowa teorii, rozwijanie metodologii	bezkompromisowość poznawcza, poszukiwanie prawdy	działalność naukowa
Kompetencja operacyjna	aplikacyjna	prowadzenie badań stosowanych, praktyczna adaptacja teorii i metod	negocjacje i kompromisy, realizacja planu naukowego	działalność organizatorska i administracyjna, socjalizacja instytucyjna

Rys. A2. Struktura kompetencji akademickiej i kompetencji operacyjnej

Źródło: opracowanie własne.

Metodyka oceny i samooceny kompetencji

Ocena użyteczności kształcenia zależy od motywacji podmiotu zainteresowanego, w tym od mniej lub bardziej sprecyzowanych oczekiwań dotyczących korzyści związanych z kształceniem. Użyteczność może być oceniona wyłącznie w konfrontacji z oczekiwaniami, przy czym różne rodzaje oczekiwań wiążą się z różnymi rodzajami użyteczności.

Ocena skuteczności zależy przede wszystkim od sformułowania celów kształcenia przez podmioty zainteresowane – w tym przez instytucję kształcącą oraz studenta/słuchacza). Cele kształcenia są powiązane z oczekiwaniami podmiotów zainteresowanych. Skuteczność może być oceniona wyłącznie w konfrontacji ze sformułowanymi i zaakceptowanymi przez podmiot zainteresowany celami kształcenia.

Badania skuteczności i użyteczności kształcenia mogą obejmować różne podejścia – od szeroko zakrojonych, ilościowych, najczęściej rutynowych, poprzez bardziej ukierunkowane (np. rodzajowo) na pełniejszą ocenę użyteczności, co na ogół wymaga pogłębienia jakościowego, do analiz ukierunkowanych na konkretną dziedzinę, ewentualnie pogłębionych jakościowo, wymagających szerokiego stosowania metod jakościowych.

Metodologia ilościowa jest w obszarze takich badań bardzo ważna, ze względu chociażby na perspektywę zobiektywizowania i generalizacji wyników. Systematyczne badania o charakterze wieloletniego monitoringu z szansą na wykorzystanie wyników w praktyce instytucji edukacyjnej (zwłaszcza kształcącej w trybie podyplomowym) właściwie nie są w Polsce realizowane, podczas gdy w innych krajach robi się to dość często i regularnie (Boczkowski 2000a, 2000b, 2001c). W Polsce zazwyczaj robi się ilościowe, obciążone zrutynizowaną ideologią edukacyjną analizy jakości kształcenia o charakterze zewnętrznym, ramowym, niemal wyłącznie dotyczące kształcenia przeddyplomowego.

Raczej nie badało się też dotychczas skuteczności kształcenia podyplomowego rozumianej jako praktyczny i wymierny aspekt (wymiar operacyjny) jakości kształcenia. Wyniki badania klasycznie rozumianej skuteczności dobrze wpasowują się w interwencyjny (amelioracyjny) nurt zainteresowań socjologicznych – oczywiście związanych z realizacją społecznych funkcji edukacji. Na pewno nie badano użyteczności rozumianej np. jako szczególny aspekt skuteczności kształcenia albo jako odrębny ważny aspekt jakości kształcenia. To podejście jest odmienne od rutynowych ilościowych (i ideologicznych) podejść w ramach procesu pozyskiwania (u nas i gdzie indziej) różnego rodzaju certyfikatów, akredytacji, według ISO – w takim czy innym układzie instytucjonalnym. Proces ten prowadzi w sferze edukacyjnej głównie do zwiększenia biurokracji w klasycznym ujęciu Weberowskim, a więc powoduje (w założeniu) wzrost

efektywności, a przede wszystkim sprawności systemów i placówek edukacyjnych w realizacji celów sformalizowanych, kojarzonych z takimi pojęciami, jak minimalizacja odpadu edukacyjnego, przepływowość, dyplomy, wskaźniki funkcjonowania itp. Jak przewidział kiedyś Max Weber, może to przekształcać się w zjawisko patologiczne: biurokracja, zwłaszcza „zideologizowana edukacyjnie”, zaczyna żywić się sferą merytoryczną, kształtując ją według swoich potrzeb. Tak rozumiana sprawność czy efektywność (pomijając nawet wspomniane zjawiska patologiczne) niekoniecznie wiąże się ze wzrostem jakości rozumianej jako skuteczność bez manipulowania celami, a zwłaszcza jako użyteczność w rozumieniu podmiotu zainteresowanego kształceniem.

W konstruowaniu narzędzia do oceny skuteczności kształcenia podyplomowego zastosowane zostały różne sposoby jej operacjonalizacji, m. in. wykorzystując założenie, że w przypadkach, gdy oczekiwania podmiotu zainteresowanego są zbieżne z celami kształcenia (celami danego cyklu edukacyjnego), skuteczność i użyteczność funkcjonują w jednym polu semantycznym, a ich ocena jest wzajemnie uwarunkowana. Jeśli nie są, spełnienie oczekiwań wiąże się raczej z użytecznością przy założeniu, iż oczekiwania rozumiane są jako spodziewane korzyści. Jeżeli oczekiwania – spodziewane korzyści – są zbieżne bądź tożsame z celami kształcenia, jego skuteczność jest niezbywalnym warunkiem użyteczności. W szczególnych przypadkach, przy określonym zdefiniowaniu celów kształcenia i wyartykułowaniu oczekiwań kształcenie skuteczne może być uznane tym samym za użyteczne. Trzeba jednak zawsze pamiętać, że odczuwana użyteczność kształcenia może ulec zmianie, w tym zwłaszcza zakłóceniom spowodowanym czynnikami zewnętrznymi wobec danego układu celów kształcenia i oczekiwań z nim związanych – pomimo spełnienia powyższego warunku.

Kształcenie skuteczne w szczególnych podejściach badawczych może oznaczać zarówno kształcenie dobrze przygotowane pod względem dydaktycznym, jak i kształcenie, w wyniku którego dostrzega się przyrost określonych kompetencji. Zaś ocena przydatności zajęć z punktu widzenia praktyki zawodowej jest w istocie oceną użyteczności kształcenia.

W kwestionariuszach stosowanych w omawianych dalej badaniach chodziło o ocenę subiektywną, czyli o **postrzeganą** skuteczność i użyteczność. Zobiektywizowane badanie skuteczności kształcenia podyplomowego możliwe jest za pomocą testu postępów, gdzie monitorowany jest stopniowy przyrost wiedzy w dłuższych cyklach kształcenia (ocena formatywna) bądź za pomocą testu końcowego.

Zadaniem każdej placówki kształcącej w danym zakresie przedmiotowym jest przekazanie słuchaczom określonego zestawu kompetencji potrzebnych do rozwiązywania problemów istniejących i pojawiających się w określonej sferze rzeczywistości. Niezależnie od rodzaju placówki i typu czy poziomu kształcenia

(przeddyplomowe, podyplomowe, specjalizacyjne, ustawiczne) oraz różnaitości działań kształceniowych – w tym dydaktycznych – zadanie to wymaga kontroli i oceny wyników nauczania (w przypadku słuchaczy) oraz naukowo-dydaktycznych umiejętności personelu uczącego.

Nabywane przez słuchaczy kompetencje można uporządkować w specjalnie opracowanym formularzu, który mógłby służyć placówkom kształcącym w zakresie medycyny pracy jako narzędzie samooceny, mające trzy podstawowe zastosowania:

1) określenie przez **personel dydaktyczny**, czy poszczególne zajęcia (przedmioty, kursy) dostarczają minimalnych kompetencji w każdym z wyróżnionych zakresów, a także dla ustalenia, w jakim stopniu (z jaką intensywnością poznawczą) każda z tych kompetencji jest opanowana;

2) ocenę przez **studentów/słuchaczy** zakresu wiedzy i umiejętności, jaki w swoim odczuciu opanowali, a więc uświadomienie sobie przez nich zmian we własnym potencjale intelektualnym i behawioralnym.

3) wewnętrzny przegląd treści, zakresu i stopnia realizacji poszczególnych elementów programu kształcenia przez **kierownictwo placówki kształcącej** (np. w celach akredytacyjnych).

Główna część kwestionariusza samooceny miałaby postać rozbudowanej tabeli. Zamieszczone w jej „boczk” kompetencje powinny reprezentować pożądaný zakres wiedzy i umiejętności w zakresie medycyny pracy uzyskiwanych przez słuchaczy. W „główce” tabeli znajdowałyby się wszystkie zajęcia czy przedmioty, w ramach których te kompetencje mogłyby, potencjalnie, być przekazywane. Rzecz jasna, nie jest możliwe, aby każde zajęcia czy poszczególne przedmioty kursowe uwzględniały wszystkie zapotrzebowania kompetencyjne. Dla pełnej jasności rezultatów samooceny ważne byłoby jednak odniesienie zbiorowego doświadczenia studentów/słuchaczy zebranego w toku wszystkich zajęć (przedmiotów) do każdej z kompetencji.

Tak pomyślany formularz samooceny pozwoliłby określić obszary, gdzie występują braki tak w treściach szkoleniowych, jak i w umiejętnościach dydaktycznych personelu. Mógłby on również pomóc w identyfikacji obszarów, gdzie treści nauczania nakładają się na siebie, co umożliwiłoby np. restrukturyzację zajęć oraz właściwe uporządkowanie sekwencji kształceniowych (od poziomów wstępnych do bardziej zaawansowanych).

W polach utworzonych na skrzyżowaniu poszczególnych kompetencji i poszczególnych zajęć (przedmiotów) określany byłby poziom, jaki osiągnęła dana kompetencja w toku kształcenia. W kwestionariuszu opracowanym przez G. P. Loosa (1994) przewidziane są cztery poziomy. Każdy z nich (z wyjątkiem pierwszego) określany jest przy użyciu dwóch kryteriów: a) wymiaru czasowego i b) zamierzonego (osiągniętego) poziomu percepcji. Jeśli oceniana kompetencja nie spełnia żadnego z tych kryteriów na danym poziomie, oznaczenie punktowe powinno odnosić się do sąsiedniego niższego poziomu.

Proponowany przez Loosa system punktacji stosowany przy wypełnianiu kwestionariusza dla oceny stopnia opanowania każdej z kompetencji przedstawia się następująco:

„0” – dana kompetencja **nie była przekazywana** w trakcie nauczania danego przedmiotu (w ciągu danego kursu);

„1” – dana kompetencja jest/była przekazywana **na poziomie elementarnym** jako jeden z elementów zajęć, bez szczególnego wyróżniania spośród innych elementów. Zamierzony (osiągnięty) poziom percepcji: **przyswojenie i zrozumienie materiału**, czyli, po pierwsze, zapamiętanie i możliwość powtórzenia przez słuchaczy tego, co przeczytali bądź tego, co im zostało powiedziane; po drugie – zdolność do interpretowania tego, co zostało przyswojone;

„2” – dana kompetencja jest/była przekazywana **na poziomie średnio zaawansowanym** jako integralna część zajęć w ujęciu pogłębionym w czasie przynajmniej jednej sesji zajęciowej. Zamierzony (osiągnięty) poziom percepcji u studentów/słuchaczy – **aplikacyjny i analityczny**, tzn. umożliwiający, po pierwsze, stosowanie przyswojonej wiedzy w sytuacjach innych niż te, w których została ona nabyta i utrwalona; po drugie – podział danego fragmentu wiedzy na części, objaśnianie ich wzajemnego hierarchicznego ustosunkowania i innych powiązań między nimi.

„3” – dana kompetencja jest (była) przekazywana **na poziomie zaawansowanym** jako główny składnik zajęć, zaś jej przekazanie wymaga(ło) dwóch lub większej liczby sesji zajęciowych. Zamierzony (osiągnięty) u słuchaczy poziom percepcji – **synteza i ewaluacja**, czyli, po pierwsze, umiejętność układania elementów wiedzy i doświadczenia w nową całość za pomocą procesu indukcyjnego (konstruowanie z nich struktury uprzednio nieistniejącej) oraz, po drugie, umiejętność formułowania celowych sądów odnoszących się do przyswojonego materiału (w rezultacie porównywania z zasadami poprawności logicznej lub ze wzorami o charakterze zewnętrznym, np. najwyższymi standardami w danej dziedzinie).

Podobny kwestionariusz stosowany był do samooceny kompetencji przez absolwentów Studium Organizacji, Zarządzania i Ekonomiki w Opiece Zdrowotnej Łódzkiej Szkoły Zdrowia Publicznego, gdzie słuchacze kończący studia podyplomowe proszeni byli o ocenę udziału każdego z przedmiotów w nabywaniu lub rozwijaniu poszczególnych rodzajów kompetencji według skali nieco uproszczonej w porównaniu z powyższą: **0** oznaczało brak udziału, **1** – niewielki, śladowy udział, **2** – pewien istotny udział, zaś **3** – duży udział danego przedmiotu w nabywaniu/rozwijaniu kompetencji określonego rodzaju (Indulski, Boczkowski 1999).

Poważnym problemem metodologicznym jest tutaj **specyfika kształcenia podyplomowego**: po pierwsze, jest ono nabywaniem/przekazywaniem nowych kompetencji w kontekście już posiadanych; po drugie – w dużej mierze

doskonaleniem, odświeżaniem, aktualizacją itd. już posiadanych kompetencji (zwłaszcza w aspekcie wiedzy i umiejętności); po trzecie, silniejszy niż w przypadku kształcenia przeddyplomowego jest tutaj wpływ czynnika doświadczenia i czynnika postaw. Ma to oczywiście określone skutki programowe, dydaktyczne i ewaluacyjne (szczególna rola oceniania wstępnego, *entry assessment*).

Konstruowanie szczegółowego kwestionariusza samooceny wymaga rozwiązania trzech głównych problemów metodycznych.

Problem 1 – operacjonalizacja ogólnych sformułowań kompetencyjnych: przejście od przytoczonych wyżej ogólnych sformułowań do elementów mierzalnych, tzn. sformułowań w kwestionariuszu. Konieczne jest wskazanie takich elementów wiedzy, umiejętności, doświadczenia i postaw, które są reprezentatywne z punktu widzenia podstawowych celów kształcenia, a jednocześnie stosunkowo łatwe do zidentyfikowania. W stosunku do kompetencji w ujęciu operacyjnym nikt nie powinien mieć wątpliwości, czy je uzyskał w trakcie szkolenia bądź czy były one przedmiotem zajęć. Szczególnym aspektem tego problemu jest zachowanie odpowiedniego poziomu ogólności: sformułowania definiujące kompetencje w kwestionariuszu nie mogą być zbyt ogólne ani zbyt szczegółowe.

Problem 2 – dokonanie wstępnej oceny kompetencji na początku cyklu kształceniowego oraz uwzględnienie jej rezultatów w kwestionariuszu samooceny nabytych kompetencji: odróżnienie (na użytek respondentów-słuchaczy i gwoły poprawności analizy rezultatów autooceny) kompetencji, jakie mogli uzyskać w trakcie kształcenia od tych, które posiadali uprzednio. We wspomnianym kwestionariuszu samooceny zastosowanym w Łódzkiej Szkole Zdrowia Publicznego pytano słuchaczy/absolwentów – w odrębnym miejscu kwestionariusza, niezależnie od opisanej wyżej tabeli – o ocenę swoich kompetencji poszczególnych rodzajów **przed** rozpoczęciem studiów dyplomowych i **po** ich ukończeniu.

Problem 3 – standaryzacja indywidualnych procesów ewaluacyjnych: standaryzacja odbioru przez respondentów poszczególnych sformułowań operacjonalizujących kompetencje. W szczególności dotyczy to jednakowego u wszystkich różnicowania (stopniowania) kompetencji i zaznaczania tych różnic w kwestionariuszu. Wiąże się z tym konieczność właściwego ustalenia i odpowiedniego zakomunikowania respondentom kryteriów posiadania (przekazywania) danej kompetencji na określonym poziomie.

Niezależnie od sposobu rozwiązania głównych i pomniejszych problemów metodycznych konstruowanie kwestionariusza samooceny kompetencji w zakresie zdrowia publicznego powinno przebiegać według schematu przedstawionego na rys. A3.

Ogólne zadania (funkcje)	Kompetencje w ujęciu operacyjnym	Elementy kompetencji			
		wiedza	umiejętności	postawy	doświadczenie
1	1.1	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
	1.2	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
	...	...	...	...	...
	1.n	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
2, 3 etc.	...	...	...	...	...
N	N.1	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
	N.2	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←
	...	...	...	...	...
	N.n	←	←	←	←
		←	←	←	←
		←	←	←	←

Rys. A3. Metodologiczny schemat konstruowania kwestionariusza samooceny

Źródło: opracowanie własne.

Można przyjąć szacunkowo, że na każde zadanie/funkcję specjalisty w zakresie medycyny pracy (w ujęciu ogólnym) składa się kilka (3–5) kompetencji ujmowanych operacyjnie. Definicja każdej z nich powinna uwzględniać przynajmniej dwa z czterech składników kompetencji, tzn. wiedzę i umiejętności (te elementy stanowią o specyfice danej kompetencji), a niekiedy także wszystkie cztery składniki, z postawami i doświadczeniem łącznie. W rezultacie należałoby się liczyć z koniecznością umieszczenia w kwestionariuszu nawet kilkuset (np. 200–300) ocenianych elementów.

Nie wydaje się to możliwe jako stosowana rutynowo metoda monitorowania jakości kształcenia podyplomowego, dlatego też posłużono się zestawem najogólniejszych kompetencji, jakie powinien posiadać lekarz – specjalista w tej dziedzinie. Jak wiadomo, ma on sprawować profilaktyczną opiekę zdrowotną w zakładzie pracy oraz nadzór nad warunkami i organizacją pracy, nadzorować prawidłowość zatrudnienia na poszczególnych stanowiskach oraz podejmować działania na rzecz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom zawodowym. Jego zadania oraz związane z nimi kompetencje przedstawiane są w wytycznych do specjalizacji w tej dziedzinie.

W pracach nad skonstruowaniem i wdrożeniem narzędzi oceny jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy oraz w zakresie zdrowia publicznego takie właśnie ogólniejsze sformułowania przyjęte zostały jako cele kształcenia, określające zakresy wiedzy i umiejętności (rodzaje kompetencji), jakie powinien uzyskać słuchacz w rezultacie uczestnictwa w cyklu edukacyjnym. Trzeba przy tym pamiętać, że celem kształcenia podyplomowego jest nie tylko przekazywanie słuchaczom określonych nowych kompetencji, ale również odświeżanie i rozwijanie kompetencji już posiadanych przez słuchaczy.

Przedstawione zostaną trzy rodzaje narzędzi oceny jakości kształcenia (rozumianej tutaj jako skuteczności przekazywania lub/i nabywania kompetencji (pierwsze dwa z nich znalazły zastosowanie w kształceniu podyplomowym w Szkole Zdrowia Publicznego przy Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi):

- **Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego** przeznaczony dla słuchaczy kończących poszczególne etapy czy elementy kształcenia podyplomowego w dziedzinie medycyny pracy w Szkole Zdrowia Publicznego.

- **Kwestionariusz samooceny nabytych (przekazanych) kompetencji** przeznaczony dla słuchaczy (absolwentów). W ciągu kilku lat dwie jego wersje przeznaczone dla słuchaczy kończących poszczególne etapy szkolenia zastosowano do analizy skuteczności kształcenia w Szkole Zdrowia Publicznego przy IMP.

- Szczególnym rodzajem narzędzia oceny skuteczności kształcenia jest **test postępów w nabywaniu kompetencji**, stosowany kilkakrotnie w ciągu procesu edukacyjnego, w szczególności na początku i na końcu tego procesu¹. W dalszej części tego rozdziału przedstawiona zostanie procedura konstruowania i stosowania takiego testu oraz warunki, jakie musiałyby zostać spełnione, aby możliwe było stosowanie w praktyce tego obiecującego instrumentu oceny, zaś w rozdziale następnym – wyniki badania walidacyjnego dotyczącego zestawu pytań testowych mogących znaleźć zastosowanie w teście postępów.

¹ Pierwowzór tego testu funkcjonuje od wielu lat (w odniesieniu do kształcenia medycznego jako całości) na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Limburskiego w Maastricht (Muijtjens 1998, Van der Vleuten 1996).

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego

Założenia konstrukcyjne i warianty wdrożeniowe

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego (zob. Załączniki 6 i 7) jest narzędziem umożliwiającym monitorowanie jakości kształcenia poprzez pomiar postrzegania tej jakości przez kolejne grupy słuchaczy. Procedura ta zakłada systematyczny pomiar trzech aspektów postrzeganej jakości kształcenia. Poszczególne aspekty można określić w sposób następujący:

(a) aspekt ogólno-impresyjny. Słuchacze dają tutaj wyraz swemu ogólnemu wrażeniu, jakie wywarł na nich dany kurs (cykl szkoleniowy itp.). Aspekt ten reprezentowany jest przez następujące pytanie badawcze (ewaluacyjne): czy i w jakim stopniu kurs (cykl szkoleniowy itp.) – oceniany jako całość – spełnił oczekiwania słuchaczy pod względem treści zajęć, umiejętności dydaktycznych wykładowców, organizacji zajęć, warunków socjalno-bytowych i ogólnej atmosfery;

(b) aspekt programowy. Oceniana jest tutaj treść przeprowadzonych zajęć i ich wymiar czasowy. Ten aspekt reprezentują trzy pytania badawcze: 1) jaka jest ocena zawartości merytorycznej poszczególnych zajęć, 2) co należałoby dodać do programu kursu (szkolenia), a co z niego usunąć, 3) jak oceniany jest wymiar godzinowy poszczególnych bloków tematycznych (jaka jest proponowana liczba godzin dla zajęć w ramach każdego z bloków).

(c) aspekt dydaktyczny. Słuchacze oceniają tutaj umiejętności dydaktyczne poszczególnych osób prowadzących zajęcia – w miarę możliwości niezależnie od oceny programu zajęć. Pytanie badawcze (ewaluacyjne) jest tutaj następujące: jaka jest ocena sposobu uporządkowania i przekazania słuchaczom materiału szkoleniowego w trakcie poszczególnych zajęć.

Powyższe pytania badawcze (ewaluacyjne) zostały zoperacjonalizowane w formie pytań kwestionariuszowych. Trzeba było przy tym rozstrzygnąć dylemat, przed jakim staje każdy, kto przygotowuje procedurę ewaluacyjną, a mianowicie zachować właściwe proporcje między szczegółowością i zakresem oceniania. Im większa szczegółowość zadania ewaluacyjnego (oczywiście do określonych granic), tym większe są trafność i rzetelność oceny, równocześnie jednak zachodzi konieczność zmniejszenia jej zakresu – ze względu na ograniczone możliwości percepcyjne słuchaczy, a także ze względów technicznych i organizacyjnych². I na odwrót: konieczność czy potrzeba szerszego zakresu oceniania wymusza mniejszą szczegółowość zadań ewaluacyjnych. Nieuniknio-

² W toku studiów przed- oraz podyplomowych istnieje możliwość (częściej realizowana na studiach przed-dyplomowych) odrębnego oceniania przez studentów/słuchaczy **jednego** przedmiotu i **jednego** wykładowcy. Wówczas poziom szczegółowości zadania ewaluacyjnego może być wysoki, a liczba ocenianych elementów – duża (por. Jastrząb-Mrozicka 1995).

nemu w tej sytuacji osłabieniu trafności i rzetelności oceny można zapobiec (przynajmniej częściowo), zwiększając liczbę podmiotów oceniających do poziomu umożliwiającego analizę statystyczną.

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego musiał być dostosowany w szczególności do specyfiki kształcenia podyplomowego prowadzonego w formie cykli szkoleniowych zawierających na ogół wiele – kilkanaście lub nawet kilkadziesiąt – autonomicznych jednostek zajęciowych i angażujących wielu wykładowców. Zatem w kwestionariuszu trzeba było uwzględnić każdorazowo dużą liczbę zajęć i osób prowadzących zajęcia, a więc zakres oceniania musiał być bardzo szeroki. W związku z tym zadania ewaluacyjne dla słuchaczy musiały być sformułowane w sposób dość ogólny, bez wyodrębniania różnych aspektów czy wymiarów jakości programu nauczania oraz poszczególnych elementów czy właściwości procesu dydaktycznego. Słuchacze odnosili swoje oceny do subiektywnie definiowanych oczekiwań, jakie mieli podejmując decyzję o uczestnictwie w określonym cyklu kształceniowym (szkoleniu, kursie).

Pierwsze, najogólniejsze pytanie kwestionariusza wprowadza w preambule kryterium subiektywnych oczekiwań oraz wskazuje pięć aspektów czy sfer procesu kształceniowego poddawanych ocenie: (A) treść zajęć, w założeniu poszerzającą wiedzę i umiejętności w danej dziedzinie, (B) umiejętności dydaktyczne prowadzących zajęcia, (C) organizację zajęć, (D) kwestie socjalno-bytowe i (E) ogólną atmosferę kursu/szkolenia. Właściwe pytanie, zamieszczone w kwestionariuszu po preambule, brzmi: „Czy kurs (szkolenie etc.), oceniany jako całość, spełnił P. oczekiwania pod tymi względami?”. Tak więc pierwszym zadaniem ewaluacyjnym jest ocena dokonywana z najogólniejszego punktu widzenia i dotycząca w istocie całości danego cyklu kształceniowego. Każda ze sfer oceniana jest w pięciostopniowej skali porządkowej, której poszczególne punkty opisane są następującymi stwierdzeniami: „zdecydowanie tak”, „raczej tak”, „częściowo tak, częściowo nie”, „raczej nie” i „zdecydowanie nie”. Ze względu na potrzebę syntetycznego przedstawiania rezultatów oceny oraz dokonywania porównań przyjmuje się, że odpowiedź „zdecydowanie tak” odpowiada najwyższej ocenie punktowej w skali szkolnej, tzn. „5”, odpowiedź „raczej tak” – ocenie „4”, „częściowo tak, częściowo nie” – ocenie „3”, „raczej nie” – ocenie „2” i „zdecydowanie nie” – ocenie „1”.

Drugie pytanie kwestionariusza dotyczy oceny treści zajęć. W stosownej tabeli zamieszczone są tytuły zajęć, jakie odbyły się w czasie kursu (cyklu szkoleniowego), pogrupowane – jeśli przewidywał to program szkolenia – według pięcioelementowej typologii rodzajowej: (a) higiena pracy – czynniki fizyczne, (b) higiena pracy – czynniki chemiczne, (c) fizjologia i psychologia pracy, (d) epidemiologia, organizacja i aspekty prawne, (e) profilaktyka medyczna, patologia zawodowa. W odpowiednich rubrykach tabeli (ewentualnie wypisane kursywą przy tytułach zajęć) zamieszczane są także nazwiska osób

prowadzących zajęcia. Słuchacze kończący kurs (cykl szkoleniowy) proszeni są o ocenę w skali szkolnej – od 1 do 5 – treści (zawartości merytorycznej) każdego z wymienionych w tabeli zajęć z punktu widzenia ich wpływu na wiedzę i umiejętności ocenianego w zakresie danej problematyki. Aby lepiej uświadomić respondentom ich zadanie ewaluacyjne, przy pytaniu znajduje się poglądowa instrukcja dotycząca kryteriów przypisywania poszczególnych ocen tematów zajęć.

Pytanie trzecie, o strukturze podobnej do poprzedniego, zwraca uwagę respondenta na to, iż oprócz zawartości merytorycznej ważnym czynnikiem w szkoleniu jest sposób, w jaki materiał zajęciowy został uporządkowany, a następnie przekazany słuchaczom przez prowadzącego zajęcia. To właśnie jest oceniane w tym pytaniu (w sposób analogiczny do oceny w pytaniu poprzednim); chodzi przy tym o to, by respondent postarał się oddzielić w swoich ocenach sferę dydaktyczną poszczególnych zajęć od sfery treściowej czy programowej (ocenę treści zajęć od oceny osoby prowadzącej zajęcia). Nie jest to łatwe, zwłaszcza że nie sposób bardziej rozbudować samodzielnie wypełnianego przez słuchaczy kwestionariusza, zamieszczając w nim np. odniesienia do większej liczby bardziej szczegółowych cech procesu edukacyjnego, co niewątpliwie podniosłoby rzetelność ocen, w tym również precyzję wyżej wspomnianego oddzielenia treści programowych od umiejętności dydaktycznych. W pilotażowych zastosowaniach kwestionariusza oceny procesu edukacyjnego staraliśmy się ustalić, w jaki sposób przedstawiać respondentom te dwa zadania ewaluacyjne, aby w rezultacie otrzymać oceny rzeczywiście odnoszące się do dwóch, oddzielonych w świadomości ocenianych, sfer procesu kształcenia. Stosowane były dwa rozwiązania.

Pierwszym z nich było wyżej opisane rozdzielenie tych sfer już na wstępie – w postaci sformułowania dwóch odrębnych pytań, w których powtarza się podobna tabela zawierająca tematy zajęć i nazwiska osób prowadzących zajęcia, przy czym w pierwszym przypadku tematy drukowane są większą lub/i pogrubioną czcionką, a nazwiska czcionką mniejszą lub/i kursywą (tylko dla lepszego przypomnienia sobie zajęć przez ocenianego), zaś w drugim przypadku jest odwrotnie: nazwiska przedstawione są niejako na pierwszym planie (powiększone lub/i wytłuszczone), a tematy zajęć stanowią tylko szczególne tło mnemotechniczne.

Drugim z zastosowanych rozwiązań formalnych było umieszczenie obu zadań (sformułowanych jak wyżej) w jednym dwuczęściowym pytaniu z założeniem, iż bezpośrednio następujące po sobie oceny dwóch aspektów tych samych zajęć mogą ułatwić ocenianemu świadomościowe oddzielenie tych aspektów od siebie.

Jak się okazało, rozkłady ocen w obu wersjach były podobne, tak więc nie ma podstaw empirycznych dla wyrokowania o bezwzględnej wyższości któregoś

z tych sposobów przedstawiania zadań ewaluacyjnych. Po kilkudziesięciu zastosowaniach można jednak – na podstawie obserwacji sposobu oceniania w obu zastosowanych rozwiązaniach – sformułować dość prawdopodobną hipotezę o nieco większej praktyczności rozwiązania drugiego (jednego dwuczęściowego pytania z jedną dwuczęściową tabelą). Szczególnie w przypadku oceniania dłuższych cykli kształceniowych, z dużą liczbą różnorodnych zajęć i wieloma osobami prowadzącymi zajęcia taki sposób przedstawiania dwóch różnych zadań ewaluacyjnych i rejestracji rezultatów ich wykonywania wydawnie skraca czas wypełniania kwestionariusza, nie stwarzając ponadto trudnej psychologicznie dla mniej cierpliwych respondentów sytuacji dwukrotnego „przerabiania” całości tego samego materiału.

Pytanie czwarte stwarza oceniającym możliwość przedstawienia propozycji dotyczących programu cyklu kształceniowego. Jeśli respondent sądzi, że w aktualnym (tzn. tym, którego sam doświadczył) programie brakowało jakichś tematów czy zagadnień ważnych z punktu widzenia jego pracy zawodowej, które warto byłoby włączyć do programu, albo – przeciwnie – uważa, iż niektóre tematy można by z powodzeniem pominąć jako nie wnoszące nic nowego do jego wiedzy i umiejętności, jest proszony o wpisanie swoich propozycji w odpowiednim miejscu kwestionariusza. Miejsce na odpowiedzi – propozycje zmian programowych – podzielone jest na bloki tematyczne (jeśli taki podział występuje w programie), zaś w ramach danego bloku tematycznego respondent wpisuje w przeznaczonych na to miejscach: (a) jakie tematy należałoby dodać do programu oraz (b) jakie tematy należałoby w nim pominąć. W przypadku programów krótszych, np. ściślej zorientowanych na jakiś obszar medycyny pracy lub higieny pracy, czy też programów kursów monotematycznych, gdzie naturalnie nie występuje standardowy podział na bloki tematyczne, również w omawianym pytaniu znajdują się tylko dwa miejsca na wpisanie odpowiedzi: miejsce na propozycje pozytywne i miejsce na propozycje negatywne.

Pytanie piąte zamieszczane jest tylko w kwestionariuszach stosowanych po dłuższych cyklach kształceniowych, takich jak kursy do specjalizacji z medycyny pracy, kursy medycyny pracy do uprawnień, czy studia podyplomowe. Pytanie dotyczy wymiaru czasowego poszczególnych elementów programu szkolenia i związanych z tym ewentualnych propozycji słuchaczy. W odpowiedniej tabeli podane są wymiary godzinowe poszczególnych rodzajów zajęć w ramach bloków tematycznych – zgodnie z programem kursu, który respondent właśnie ukończył. Jeśli uważa on, że któryś z tych wymiarów godzinowych należałoby zwiększyć bądź zmniejszyć, ma możliwość wpisania proponowanej liczby godzin w odpowiedniej części tabeli. Jeśli aktualny wymiar godzin dla danego rodzaju zajęć w ramach danego bloku tematycznego respondent uważa za odpowiedni, również zaznacza to w określonym miejscu. W tabeli jest też miejsce na ewentualne uwagi dotyczące bloków tematycznych i rodzajów zajęć.

Zasady stosowania oraz warunki trafności i rzetelności

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego stosowany jest jako anonimowa ankieta audytoryjna po zakończeniu zajęć w ramach danego kursu czy cyklu szkoleniowego. W wyjątkowych wypadkach dopuszczane jest wypełnianie go przez słuchaczy w warunkach domowych i oddawanie w terminie późniejszym. Tryb audytoryjny umożliwia udzielanie wyjaśnień respondentom i rejestrację ich uwag, a także, co jest bardzo istotne, zapewnia większą zwrotność (z reguły wszyscy uczestniczący w ankiecie audytoryjnej oddają wypełnione – w zdecydowanej większości prawidłowo – kwestionariusze). Zasadniczą zaletą techniki audytoryjnej i głównym powodem jej stosowania jednak jest standaryzacja sytuacji wypełniania, której istotnym elementem jest autonomiczność ocen. Zakłada się, że kwestionariusze wypełnione samodzielnie przez oceniających mają większą wartość, tzn. są bardziej rzetelne i trafne niż te, które zawierają oceny będące rezultatem uzgodnień z innymi oceniającymi, nie mówiąc już nawet o sytuacji powielania cudzych ocen. W instruktażu do ankiety audytoryjnej (jednakowym we wszystkich przypadkach, co też stanowi ważny element standaryzacyjny) podkreśla się m. in. wagę samodzielnego wypełniania i większą wartość odpowiedzi „nie wiem”, „trudno powiedzieć”, „nie pamiętam” od odpowiedzi przepisywanych od innych bądź zaznaczanych mechanicznie, bezrefleksyjnie. Co więcej technika audytoryjna umożliwia dość skuteczną kontrolę przestrzegania kardynalnej zasady samodzielności wypełniania kwestionariusza.

Rzetelność i trafność ocen uwarunkowana jest także właściwym przygotowaniem kwestionariusza od strony merytorycznej. Te części poszczególnych pytań, które zawierają tematy zajęć, ich rodzaje (wykłady, ćwiczenia, seminaria itd.) oraz nazwiska osób prowadzących, a także wymiary czasowe bloków tematycznych muszą wiernie odzwierciedlać rzeczywisty przebieg kursu (szkolenia); niedopuszczalne są odstępstwa od tego, co faktycznie miało miejsce w czasie cyklu kształceniowego. Ponieważ w przygotowaniu kwestionariusza oceny procesu kształcenia wykorzystuje się najczęściej program kursu (szkolenia) poprzedzający jego faktyczną realizację, konieczne jest upewnienie się ponad wszelką wątpliwość, co z tego programu nie zostało w rzeczywistości zrealizowane, czy i jakie były zmiany w sformułowaniach tematów i w liczbie godzin faktycznie przeprowadzonych zajęć, czy były jakieś zastępstwa itp.

Wyniki realizowanych przez respondentów zadań ewaluacyjnych opracowywane są zbiorczo w postaci wskaźników ilościowych. Każda z ocen dotyczących danego kursu (szkolenia) zawartych w końcowym raporcie ewaluacyjnym ma charakter intersubiektywny, stanowiąc średnią indywidualnych ocen dokonywanych przez respondentów. Rzetelność i trafność owych zbiorczych, intersubiektywnych ocen, jak również ich wiarygodność, zależą w istotnej mierze od powszechności (kompletności) aktów oceniania, czyli od liczby osób

biorących udział w realizacji zadań ewaluacyjnych, tj. respondentów wypełniających kwestionariusz. Ideałem jest oczywiście zapewnienie sobie dobrowolnego udziału wszystkich słuchaczy uczestniczących w kursie (szkoleniu), a w każdym razie trzeba dążyć do tego, aby liczba respondentów zbliżała się jak najbardziej do tego ideału. Ponieważ w momencie przeprowadzania ankiety słuchacze odbyli już i zaliczyli wszystkie zajęcia, mają pełną świadomość, że ich opinie i oceny w żaden sposób nie wpłyną na ich sytuację, co wprawdzie, z jednej strony, sprzyja szczerości ocen, z drugiej strony jednak osłabia motywację do udziału w ankiecie, której ewentualne praktyczne konsekwencje, w postaci np. korzystnych dla słuchaczy zmian programowych, dotyczyć będą już całkiem innych osób. Dlatego bardzo ważny jest wybór takiego czasu i miejsca przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej, aby zgromadzić audytorium składające się ze wszystkich bądź z prawie wszystkich uczestników danego kursu (szkolenia). Pomocne może być tutaj uprzednie umieszczenie ankiety w programie zajęć w momencie poprzedzającym ostatnie spotkanie wszystkich uczestników (np. poświęcone omówieniu wyników testu zaliczeniowego lub rozdaniu zaświadczeń o ukończeniu kursu). Nie do przecenienia jest pomoc kierownika naukowego kursu, którego pozytywne nastawienie do monitorowania jakości kształcenia (i dawanie wyrazu temu nastawieniu w kontaktach ze słuchaczami) znakomicie zwiększa liczbę osób dobrowolnie biorących efektywny udział w ankiecie ewaluacyjnej.

Ocena zastosowań

Kwestionariusz stosowany był w kilku wersjach różniących się rozwiązaniami metodyczno-konstrukcyjnymi dotyczącymi zasadniczo dwóch kwestii: 1) sposobu zadawania pytań o ocenę treści zajęć i o ocenę umiejętności dydaktycznych osób prowadzących zajęcia oraz 2) zakresu kwestionariusza czy też okoliczności, w jakich można poszerzyć jego problematykę.

Jeśli chodzi o kwestię pierwszą, okazało się, że pomimo istotnej przesłanki metodologicznej przemawiającej za formułowaniem odrębnych pytań dla dwóch wymienionych wyżej pól pomiaru (lepsze ukierunkowanie myślenia ewaluacyjnego na wskazane obszary oceniania), bardziej wskazane jest ujmowanie obu pytań wspólnie, co wydatnie ułatwia respondentom pracę, nie powodując przy tym istotnych różnic w uzyskanych wynikach.

Jeśli chodzi o kwestię drugą, rozszerzenie kwestionariusza o pytanie dotyczące problemowej zawartości programu kształcenia okazało się rozwiązaniem korzystnym i przynosiło materiał wartościowy z punktu widzenia konstruowania i modyfikowania programu kształcenia, natomiast pytanie dotyczące wymiaru czasowego zajęć było użyteczne tylko w przypadkach oceniania kursów (cyklów szkoleniowych) o programie kształcenia bardziej rozbudowanym i w związku z tym ustrukturyzowanym na poziomie wyższym niż jednostki zajęciowe.

Kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji

Kwestionariusz ten ma zazwyczaj postać tabeli. Zamieszczone w jej „boczku” kompetencje powinny reprezentować pożądany zakres wiedzy i umiejętności uzyskiwanych przez studentów danego kierunku (słuchaczy – uczestników kursów prowadzonych w ramach kształcenia podyplomowego). W „główce” tabeli powinny znajdować się wszystkie zajęcia czy przedmioty, w ramach których te kompetencje są przekazywane. Tak szczegółowe odniesienie do programu kształcenia możliwe jest jednak tylko w przypadku kwestionariusza dla prowadzących zajęcia (każdy z nich ocenia relacje między zestawem kompetencji a swoimi zajęciami). W przypadku słuchaczy (studentów) tak szczegółowa dyrektywa ewaluacyjna byłaby w praktyce niemożliwa do wykonania, dlatego ocenianie musi przebiegać tutaj w sposób uproszczony, o czym mowa dalej. Oczywiście nie jest możliwe ani potrzebne, aby każde zajęcia czy poszczególne przedmioty kursowe lub bloki tematyczne miały udział w przekazywaniu wszystkich kompetencji z danego zestawu. Dla kompletności rezultatów samooceny ważne jest jednak odniesienie zbiorowego doświadczenia osób prowadzących zajęcia oraz słuchaczy, zebranego w toku wszystkich zajęć (przedmiotów) – do każdej z kompetencji, nawet jeśli w rezultacie poszczególnych jednostkowych ocen okaże się, że dana kompetencja nie była przekazywana w ramach określonych zajęć (danego przedmiotu, bloku zajęć itp.).

Kwestionariusz samooceny przekazanych kompetencji (wersja dla prowadzących zajęcia – postulowana)

W polach utworzonych na skrzyżowaniu poszczególnych kompetencji i poszczególnych zajęć (przedmiotów) oceniający wskazuje poziom, jaki według niego miała osiągnąć (faktycznie osiągnęła) dana kompetencja w toku kształcenia. Zalecane jest posługiwanie się czterema poziomami, przy czym każdy z nich (z wyjątkiem pierwszego) określany jest przy użyciu dwóch kryteriów: (a) wymiaru czasowego, (b) zamierzonego (osiągniętego) poziomu percepcji. Jeśli oceniana kompetencja nie spełnia żadnego z tych kryteriów na danym poziomie, oznaczenie punktowe powinno odnosić się do sąsiedniego niższego poziomu.

Tak pomyślana procedura samooceny pomogłaby określić obszary, gdzie występują braki tak w treściach szkoleniowych, jak i w umiejętnościach dydaktycznych personelu. Mogłaby także pomóc w identyfikacji obszarów, gdzie treści nauczania nakładają się na siebie, co umożliwiłoby np. restrukturyzację zajęć oraz właściwe uporządkowanie sekwencji kształceniowych (od poziomów wstępnych do bardziej zaawansowanych). Można byłoby również skonfrontować perspektywę percepcyjną słuchaczy (absolwentów) z wizją osób prowadzących zajęcia (kierowników kursów, przedmiotów) oraz, ewentualnie, rady programowej.

Kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji (wersja dla słuchaczy)

Procedura samooceny nabytych kompetencji oraz oceny udziału poszczególnych zajęć i bloków tematycznych w ich nabywaniu ma charakter impresyjny. Kwestionariusz samooceny kompetencji składa się z dwóch części (zob. Aneks 8). W części pierwszej respondenci proszeni są o ogólną ocenę zmian, jakie dokonały się w ich kompetencjach określonego rodzaju wskutek uczestnictwa w procesie kształcenia. W części drugiej oceniają poszczególne bloki tematyczne i prowadzone w ich ramach zajęcia (ewentualnie tylko zajęcia) w kontekście poszczególnych rodzajów kompetencji.

W rezultacie stosowania pierwszej części tej procedury dla poszczególnych rodzajów kompetencji obliczane są wskaźniki przyrostu kompetencji, oparte na średniej arytmetycznej indywidualnych różnic między autooceną sprzed cyklu kształceniowego i autooceną po ukończeniu kursu. Wskaźniki przyrostu kompetencji pokazują, którym z rodzajów kompetencji program kształcenia, ujmowany jako całość, służył w większym, a którym w mniejszym stopniu – w sensie nabywania nowej wiedzy i umiejętności, rozszerzania już posiadanych kompetencji merytorycznych etc. Wskaźniki te odzwierciedlają intersubiektywnie ujęte odczucia badanej grupy uczestników procesu kształcenia.

W rezultacie stosowania drugiej części kwestionariusza samooceny kompetencji obliczane mogą być, po pierwsze, wskaźniki zakresu udziału danego bloku tematycznego, bądź całego programu w nabywaniu (rozwijaniu) poszczególnych rodzajów kompetencji profesjonalnych (jest to każdorazowo odsetek jednostek zajęciowych, które wskazywane były przez respondentów jako przydatne w nabywaniu/rozwijaniu kompetencji określonego rodzaju) oraz, po drugie, wskaźniki intensywności udziału danego bloku tematycznego (jest to iloraz faktycznej liczby wskazań na jednostki zajęciowe danego bloku i największej możliwej liczby wskazań otrzymywanej z pomnożenia liczby respondentów w danym badaniu przez maksymalną liczbę wskazań dla jednego respondenta).

Stosowanie drugiej części kwestionariusza samooceny kompetencji umożliwia również analizę na poziomie jednostek zajęciowych wchodzących w skład poszczególnych bloków tematycznych lub programów jako całości. W ramach tej analizy obliczane są i interpretowane wskaźniki intersubiektywnej oceny skuteczności poszczególnych zajęć (jeden główny i trzy pomocnicze). Wskaźnikiem głównym jest odsetek wskazań na dane zajęcia (spośród ogólnej liczby wszystkich wskazań na wszystkie zajęcia danego bloku tematycznego lub danego programu) jako na najbardziej skuteczne w odczuciu respondentów. Wskaźniki pomocnicze to: (1) liczba oraz numery rodzajów kompetencji, przy których wskazywano dane zajęcia, (2) rodzaje kompetencji, przy których najczęściej wskazywano dane zajęcia oraz (3) liczba oraz numery rodzajów kompetencji, przy których nie wskazywano w ogóle danych zajęć. Wskaźniki

pomocnicze służą do bardziej szczegółowych interpretacji wyników badań ewaluacyjnych, dokonywanych zwłaszcza podczas porównywania rezultatów badań dotyczących kilku kursów tego samego rodzaju (o identycznym programie).

Test postępów

Idea testu postępów (*progress test*), będącego narzędziem oceny skuteczności kształcenia, realizowana jest w niektórych ośrodkach przeddyplomowego kształcenia medycznego na świecie. Szczególnym podejściem do kwestii oceny skuteczności kształcenia jest stosowany z powodzeniem od kilkunastu lat na Wydziale Medycznym Uniwersytetu Limburskiego w Maastricht (Holandia) test postępów, przeznaczony do oceny poziomu wiedzy i umiejętności, jakie powinien posiadać absolwent studiów medycznych prowadzonych w systemie *problem-based learning*. W przypadku studiów innego rodzaju i nie stosujących tak szeroko jak tam (bądź w ogóle nie stosujących) metody PBL, zasady konstruowania i stosowania takiego narzędzia, jak również zawartość testu musiałyby ulec znacznym zmianom, niemniej jednak test postępów w postaci krótko scharakteryzowanej poniżej może być inspiracją do opracowania oryginalnych rozwiązań – przy zachowaniu ogólnej koncepcji oceniania postępów w nabywaniu wiedzy i umiejętności.

Test postępów jest rodzajem egzaminu końcowego: stanowi wszechstronny sprawdzian odzwierciedlający ostateczne cele kształcenia według danego programu studiów. Każdy test postępów składa się z blisko 250 pytań typu „prawda/fałsz”, ujętych w kategorie oparte na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (International Classification of Diseases – ICD). Jest on przekrojową próbką losową wiedzy ze wszystkich dyscyplin (przedmiotów) i obszarów problemowych medycyny, przy czym wiedza ta odpowiada poziomowi, jaki powinien osiągnąć lekarz medycyny. Cztery razy w roku (dwa razy w semestrze) testowi postępów poddawani są wszyscy studenci wszystkich lat (ok. 900 osób). Za każdym razem konstruowany jest nowy test. Odpowiedzią na pojedyncze pytanie testowe może być „TAK” („prawda”), „NIE” („fałsz”), albo też wybór opcji „nie wiem”, która nie jest ani nagradzana (punktowana dodatnio), ani karana (punktowana ujemnie). Odpowiedź poprawna nagradzana jest jednym punktem, zaś odpowiedzi błędnej przypisywany jest jeden punkt ujemny. Aby zapobiec zgadywaniu, ogólny wynik testu podawany jest jako liczba odpowiedzi poprawnych minus liczba odpowiedzi błędnych. Aby umożliwić dokonywanie porównań między wynikami różnych testów, wyniki przedstawia się na skali procentowej.

Studenci pierwszego roku nie są w stanie odpowiedzieć na tyle pytań, na ile odpowiedzieć mogą studenci drugiego roku, którzy jednak nie mogą odpowiedzieć na tyle pytań co studenci trzeciego roku – itd.

Pytania do testu postępów układane są przez członków personelu nauczającego ze wszystkich merytorycznych komórek uczelni. Pytania sytuują się na wszystkich poziomach taksonomicznych i mogą zawierać fakty, liczby lub też hasła problemowe. Niezależnie od poziomu taksonomicznego pytania wiedza, której ono dotyczy, powinna być funkcjonalna dla absolwenta uczelni. Pytania, na które można odpowiedzieć zapamiętawszy jedynie to, czego udało się wyuczyć w noc poprzedzającą sprawdzian, mają niską wartość dla testu postępów. Wszystkie pytania są krytycznie analizowane pod względem treści, sformułowań oraz trafności przez specjalną („przeglądową”) komisję składającą się z przedstawicieli różnych dyscyplin (grup dyscyplin). Praktycznie wszystkie pytania są przeformułowywane, a wiele z nich jest odrzucanych przed zastosowaniem w teście. Wszystkim pytaniom towarzyszą odniesienia do literatury fachowej. Po wypełnieniu testu studenci oddają formularze odpowiedzi, zaś broszurę z pytaniami testowymi zabierają do domu. Zachęca się ich do krytyki poszczególnych pytań, zwłaszcza jeśli znajdą w literaturze poparcie dla swych krytycznych uwag. Komentarze studentów oraz statystyki testów są ponownie analizowane przez komisję przeglądową i pytania nietrafne, ułomne itp. są usuwane (nie bierze się ich pod uwagę w ocenie). Mniej więcej ok. 7% pytań eliminowanych jest w rezultacie komentarzy studentów. Następnie obliczane są końcowe rezultaty testu (ostateczna punktacja). Informacja o wynikach, wraz z ogólną punktacją oraz punktacjami szczegółowymi, profilowanymi przekazywana jest studentom, ich opiekunom oraz administracji uczelni (dziekanatowi). Średnie dla poszczególnych kategorii ICD oraz punktacje dla poszczególnych dyscyplin uzyskane na poszczególnych latach przekazywane są odpowiednim komórkom organizacyjnym Wydziału Medycznego oraz komisjom programowym. Wyniki zastosowania poszczególnych pytań przekazuje się tam, gdzie pytania te zostały przygotowane, wraz z komentarzami studentów i raportami komisji przeglądowej. W 1996 r. bank pytań Wydziału Medycznego w Maastricht zawierał ok. 15 000 pozycji.

W literaturze przedmiotu wskazuje się na główne zalety i wady testu postępów.

Zalety:

- (1) Zapobieganie studiowaniu ukierunkowanemu głównie na zdawanie egzaminów.
- (2) Skupienie się na wiedzy funkcjonalnej.
- (3) Bogate źródło informacji na temat przebiegu procesu kształcenia (w wymiarze zbiorowym i indywidualnym).
- (4) Wczesne wykrywanie szczególnie uzdolnionych studentów.
- (5) Wylimitowanie egzaminów poprawkowych.
- (6) Niewrażliwość organizacyjna na zmiany w programie kształcenia.
- (7) Ogromny potencjał analityczno-badawczy.

Wady:

- (1) Mniejsza czułość testu w pierwszym okresie studiów.
- (2) Trudności w wyeliminowaniu różnic w trudności poszczególnych edycji testu.
- (3) Konieczność przeznaczenia znacznych zasobów i środków na centralne administrowanie testem oraz uczestnictwa (choćby pośredniego) nauczycieli akademickich w procesie ewaluacyjnym.
- (4) Ciągłe niebezpieczeństwo włączania do testu itemów zbyt szczegółowych, odnoszących się do specjalistycznej wiedzy (Muijtjens 1998, van der Vleuten, Verwijnen 1990; van der Vleuten et al. 1996).

ANEXS 2

Metodyka badania ewaluacyjnego wśród absolwentów, pracodawców i ekspertów

Kwestionariusze ewaluacyjne przygotowano dla trzech grup badanych:

1. Absolwenci trzech rodzajów kształcenia podyplomowego w IMP (zob. Aneks 9):

a) studiów podyplomowych – dwa rodzaje:

- Organizacja, Zarządzanie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej (OZE),
- Zdrowie Publiczne (od 2001 r. Zdrowie Publiczne i Środowiskowe).

b) kursów specjalizacyjnych w dziedzinie medycyny pracy,

c) kursów odświeżających w dziedzinie medycyny pracy i higieny pracy.

2. Pracodawcy absolwentów w czasie podejmowania przez nich kształcenia podyplomowego w IMP (zob. Aneks 10).

3. Eksperci (osoby związane zawodowo z kształceniem w dziedzinie zdrowia publicznego i medycyny pracy – wykładowcy, kierownictwo placówek kształcenia podyplomowego w wymienionych dziedzinach, kompetentni w zakresie kształcenia podyplomowego specjaliści z tych dziedzin dobrani celowo i w sposób zindywidualizowany). Eksperci reprezentują środowiska profesjonalne oraz z założenia występowali jako rzecznicy interesu społecznego związane go z wykonywaniem zawodów, w ramach których i dla których funkcjonuje kształcenie podyplomowe wymienionych rodzajów (zob. Aneks 11).

Zastosowane w badaniu kwestionariusze zawierały następujące części merytoryczne:

1. Moduł odtworzonych motywacji słuchaczy: zewnętrzna (formalna kariera profesjonalna, konieczności administracyjne) – wewnętrzna (rozwój intelektualny, samorealizacja zawodowa).

2. Moduł sytuacji decyzyjnej: postawa czynna (samodzielna inicjatywa) – postawa bierna (skierowanie, inicjatywa zewnętrzna wobec jednostki).

3. Moduł roli pracodawcy w podjęciu (podejmowaniu) kształcenia w trybie podyplomowym: pozytywna, obojętna (neutralna), negatywna.

4. Moduł finansowania uczestnictwa w cyklu edukacyjnym. Kto i w jakim zakresie: pracodawca, słuchacz, inny sposób?

5. Moduł użyteczności cyklu kształceniowego jako całości: jakie korzyści przyniósł, jakie potrzeby zaspokoił (także intensywność odczuwania korzyści).

6. Moduł postrzeganej, odczuwanej (w przypadku absolwentów i pracodawców) oraz przewidywanej, obserwowanej przydatności (użyteczności) zrealizowanych programów kształcenia, w odniesieniu do których słuchacze dokonywali ocen i samoocen na zakończenie każdego z objętych badaniem cykli kształceniowych. W przypadku słuchaczy – będzie to załączony program szczegółowy; w przypadku pracodawców i ekspertów – program ogólny. W odniesieniu do absolwentów uwzględniane będzie wielokrotne uczestnictwo, jeśli cykle kształceniowe, w których uczestniczyli byli różne (istotnie różniły się programem).

7. Moduł kryteriów optymalizacji użyteczności (postulowanych zmian zwiększających użyteczność)

8. Moduł oceny kariery zawodowej przed cyklem kształceniowym i po jego ukończeniu: czy ukończenie kursu (studiów) miało jakieś znaczenie dla zdefiniowanej uprzednio kariery zawodowej.

9. Moduł oceny badań ewaluacyjnych prowadzonych bezpośrednio po zakończeniu cyklu kształceniowego.

10. Moduł wtórnej oceny skuteczności cyklu kształceniowego.

Tabela A1

Zwrotność kwestionariuszy ankiety w badanych zbiorowościach

Badana grupa	Rozprowa- dzone kwestiona- riusze	Wypełnione i odesłane kwestionariusze	
		liczba	%
Absolwenci ZPiŚ	351	137	39
Absolwenci OZE	447	100	22
Absolwenci kursów z 2004	602	205	34
Absolwenci ogółem	1400	442	32
Pracodawcy	497	98	20
Eksperci	132 / 578	91	69 / 16 ^a

^a Rzeczywisty odsetek zwrotów od ekspertów jest nie do ustalenia, ponieważ nie wiadomo, do ilu osób faktycznie dotarły kwestionariusze. Zwrotność kształtowałaby się na poziomie minimalnym (16%) wówczas, gdyby wszystkie kwestionariusze dotarły do potencjalnych respondentów – w znacznej części za pośrednictwem tych, do których wysłane zostały przesyłki. Maksymalny odsetek zwrotów (69%) byłby wówczas, gdyby nikt z adresatów przesyłek nie przekazał dalej ani jednego kwestionariusza (obie te skrajne możliwości są zresztą raczej nieprawdopodobne). Rzeczywisty odsetek zwrotów mieści się gdzieś pomiędzy tymi dwiema skrajnościami.

Źródło: opracowanie własne.

Badania ankietowe w grupie absolwentów i pracodawców przeprowadzone zostały w II połowie 2005 r., zaś badanie ekspertów uruchomione zostało w okresie od grudnia 2005 r. do lutego 2006 r. Liczba rozesłanych kwestionariuszy oraz wskaźniki zwrotności przedstawione są w tabeli A1. W tabeli A2 ukazana jest struktura branżowa: (1) głównych miejsc zatrudnienia absolwentów oraz (2) pracodawców, którzy wzięli udział w badaniu.

Tabela A2

Absolwenci według głównego miejsca zatrudnienia oraz pracodawcy według rodzaju zakładu pracy (instytucji, firmy) – % respondentów

Rodzaj miejsca pracy (zakładu, instytucji, firmy)	Absolwenci				Pracodawcy
	ZPiŚ	OZE	kursy 2004	ogółem	
1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej	4	62	28	32	14
2. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (także praktyka prywatna)	1	17	32	17	10
3. Wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna	9	1	2	4	3
4. Powiatowa lub graniczna stacja sanitarno-epidemiologiczna	82	1	4	27	51
5. Wojewódzki (regionalny) ośrodek medycyny pracy	–	–	8	4	10
6. Zakład badawczo-pomiarowy (także laboratorium)	–	–	6	3	3
7. Państwowy (komunalny, samorządowy) zakład przemysłowy, usługowy, handlowy	1	1	7	3	3
8. Niepaństwowy zakład przemysłowy, usługowy, handlowy	–	3	8	4	4
9. Instytucja naukowa, badawcza, edukacyjna (instytut naukowo-badawczy, uczelnia itp.)	1	5	4	3	1
10. Inna odpowiedź (instytucja administracji publicznej, instytucja ubezpieczeniowa, instytucja wojskowa, struktury NFZ, zakład pracy chronionej)	2	9	2	4	–

Źródło: opracowanie własne.

Badanie użyteczności kompetencji nabywanych podczas kształcenia specjalistycznego – charakterystyka badanej zbiorowości lekarzy medycyny pracy

Strukturę zbiorowości badanej za pomocą kwestionariusza ankiety pocztowej charakteryzowało osiem kontrolowanych w tym badaniu cech społeczno-demograficznych i zawodowych: płeć, wiek, miejsce uzyskania przez respondenta specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej), okres uzyskania specjalizacji, miejsce pracy, liczba miejsc pracy, zajmowanie stanowiska kierowniczego oraz staż respondenta jako lekarza medycyny pracy.

Wśród 288 osób, które odesłały wypełnione kwestionariusze, było 116 mężczyzn i 165 kobiet – odpowiednio 40,3% i 57,3%. Siedem osób (2,4%) nie odpowiedziało na pytanie o płeć. Na podstawie podanego przez zdecydowaną większość respondentów roku urodzenia wyróżnionych zostało pięć przedziałów wieku: 35–39 lat (29 osób, 10,1%), 40–49 lat (58 osób, 20,1%), 50–59 lat (90 osób, 31,3%), 60–69 lat (60 osób, 20,8%), 70 i więcej lat (39 osób, 13,5%). Roku urodzenia nie podało 12 osób (4,2%).

Miejsca uzyskania przez respondentów specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy (medycyny przemysłowej) sklasyfikowane zostały w trzech kategoriach: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi (specjalizację z medycyny pracy uzyskało tutaj 67 osób – 23,3% badanej zbiorowości), Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu (72 osoby, 25%) oraz inne miejsca (114 osób, 39,6%). Na pytanie o miejsce uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) nie odpowiedziało 35 osób (12,2%).

Wyróżnionych zostało pięć okresów, w jakich respondenci uzyskali tę specjalizację: lata 1958–1970 (15 osób, 5,2%), 1971–1980 (70 osób, 24,3%), 1981–1990 (43 osoby, 4,9%), 1991–2000 (99 osób, 34,4%) i 2001–2005 (28 osób, 9,7%). Na pytanie o rok uzyskania specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) nie odpowiedziały 33 osoby (11,5%).

Swoje miejsca pracy respondenci określali, wskazując w kwestionariuszu odpowiednie, dość ogólne ich kategorie. Ostatecznie do analizy weszła 5-elementowa klasyfikacja rodzajowa miejsc pracy: publiczny zakład opieki zdro-

wotnej – tego rodzaju miejsca pracy wskazały 94 osoby (32,6%), niepubliczny zakład opieki zdrowotnej – 177 osób (61,5%), prywatną praktykę lekarską (indywidualną lub grupową) – 168 osób (58,3%), wojewódzki ośrodek medycyny pracy lub jego oddział – 25 osób (8,7%), instytucję naukową, badawczą, edukacyjną – 26 osób (9%). Na pytanie o miejsce(a) pracy nie odpowiedziały 4 osoby (1,4%).

Większość respondentów (159 osób, 54,5%) była zatrudniona w więcej niż jednym miejscu pracy, w tym 18 osób (41%) w dwóch, 35 osób (12,2%) w trzech i 6 osób (2,1%) w czterech miejscach. Nie uzyskano danych o 4 osobach (1,4%).

Ponad 1/3 respondentów (110 osób, 38,2%) zajmowała stanowisko kierownicze co najmniej w 1 miejscu pracy.

ANEKS 4

Kwestionariusz ankiety w badaniu walidacyjnym pytań testowych

**Instytut Medycyny Pracy
im. prof. dra Jerzego Nofera
Szkoła Zdrowia Publicznego
Pracownia Kształcenia Podyplomowego**
ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8
90-950 Łódź
tel. 42 6314 844
fax 42 6314 849
e-mail: abocz@imp.lodz.pl

**Zakład Badań Naukowych
Polskiego Towarzystwa Socjologicznego**
ul. Żurawia 32/34
00-515 Warszawa
tel. 22 628 60 21 w. 146
fax 22 816 14 02

Badanie ewaluacyjne pytań testowych z zakresu medycyny pracy i higieny pracy

--	--	--	--

[Do użytku wewnętrznego]

Szanowna Pani Doktor, Szanowny Panie Doktorze,

Celem tego badania jest środowiskowa analiza i ocena pytań testowych sprawdzających wiedzę z zakresu medycyny i higieny pracy, stosowanych w procedurach kontroli skuteczności podyplomowego kształcenia specjalistycznego w tych dziedzinach. Badanie prowadzone jest w ramach projektu SPR 05.13.4 (*Opracowanie i wdrożenie narzędzi oceny jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy i higieny pracy*).

Upieramy się prosimy Panią Doktor/Pana Doktora o współpracę w realizacji badania ewaluacyjnego, polegającą na wykonaniu następujących zadań.

Zadanie 1

Udzielenie odpowiedzi na pytania zamieszczone w załączonym zestawie.

Nie chodzi tutaj o ocenę czy sprawdzanie Państwa wiedzy. Udział Pani Doktor/Pana Doktora w tym badaniu jest anonimowy (nie łączymy w żaden sposób nazwisk i adresów z wypełnionymi zestawami), ponadto odpowiadając na pytania możecie Państwo korzystać z dowolnych źródeł przez dowolną ilość czasu (ankieter zgłosi się w ustalonym przez Panią Doktor/Pana Doktora terminie). Zależy nam po prostu na tym, aby odpowiadając na pytania uświadomili sobie Państwo w pełni ich treść oraz proponowane możliwości odpowiedzi – po to, by móc dokonać ich oceny pod różnymi względami.

Zadanie 2

Ocena każdego z pytań (według 4-punktowej skali) z punktu widzenia trzech kryteriów:

- * trudności pytania dla lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne z medycyny pracy,
- * zgodności pytania z programem szkolenia specjalizacyjnego z medycyny pracy,
- * przydatności problematyki podejmowanej w pytaniu w praktyce lekarza medycyny pracy w Polsce.

Zadanie 3

Sformułowanie jak największej liczby uwag dotyczących *przede wszystkim* różnych zagadnień odnoszących się do poszczególnych pytań i ich grup, a także uwag dotyczących programów kształceniowych z zakresu medycyny i higieny pracy, metod i procedur oceny skuteczności kształcenia w tej dziedzinie.

Zadanie 4

Udzielenie naszemu ankietorowi krótkiego wywiadu podczas jego drugiej wizyty, a więc po wykonaniu pierwszych trzech zadań.

Ponieważ rzetelne wykonanie tych zadań jest dość pracochłonne i wymaga poświęcenia pewnej ilości czasu i uwagi, proponujemy Pani Doktor/Panu Doktorowi wynagrodzenie w wysokości do 120,- zł brutto. Odpowiednią umowę-zlecenie i rachunek przedstawi do podpisu nasz ankietor.

Wszelkie pytania, na które nie będzie mógł odpowiedzieć ankietor oraz wszelkie wątpliwości, których nie będzie mógł rozwiązać prosimy kierować bezpośrednio do nas. Adres, telefon, fax i e-mail zamieszczone są na tytułowej stronie kwestionariusza.

Z góry dziękujemy za współpracę!

[.....]

Numer i treść pytania	Ocena trudności pytania dla lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne z medycyny pracy Skala ocen 1 – bardzo łatwe 2 – raczej łatwe 3 – raczej trudne 4 – bardzo trudne	Ocena zgodności pytania z programem szkolenia spe- cjalizacyjnego z medycyny pracy Skala ocen 1 – zdecydowanie zgodne 2 – raczej zgodne 3 – raczej niezgodne 4 – zdecydowanie niezgodne	Ocena przydatności pro- blematyki podejmowanej w pytaniu w praktyce lekarza medycyny pracy w Polsce Skala ocen 1 – zdecydowanie przydatna 2 – raczej przydatna 3 – raczej nieprzydatna 4 – zdecyd. nieprzydatna
Uporządkuj prosimy o zakreślenie właściwej odpowiedzi			
1. W prewencji choroby nowotworowej największe znaczenie przypisuje się wykrywaniu: (a) onkoprotein w surowicy (b) zwiększonej aktywności enzymów narządowo-specyficznych w surowicy (c) zwiększonego zużycia glukozy za pomocą stosowanych testów czynnościowych (d) mikroalbuminurii	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Najczęstszą przyczyną zawodowego wyprysku kontaktowego w Polsce jest uczulenie na: (a) nikiel (b) związki chromu (c) przyspieszacze wulkanizacji i związki przeciwstarzeniowe obecne w gumie, żywności poliestrowe	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

3. U osób pracujących przy monitorach komputerowych mogą występować nieswoiste zmiany na skórze twarzy. Najczęściej stwierdza się: (a) trądzik zwykły (b) liszajec (c) trądzik różowaty (d) liszaj rumieniowaty przewlekły	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Narzędem krytycznym dla rakotwórczego działania radonu i produktów jego rozpadu jest: (a) wątroba (b) tarczycza (c) płuco (d) skóra	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Pylicą płuc nazywamy: (a) nagromadzenie pyłu w płucach (b) każdy proces chorobowy płuc spowodowany wdychaniem pyłu (c) nagromadzenie pyłu w płucach i reakcje tkanki płucnej na jego obecność	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

6. Podstawę do rozpoznania pylicy płuc stanowią: (a) długoletnie narażenie zawodowe na pył przemysłowy w stężeniach przekraczających normatywy higieniczne (b) typowe zmiany radiologiczne uwidocznione na pełnowymiarowym zdjęciu płuc u osoby z wieloletnim narażeniem na pył (c) typowe cechy kliniczne pylicy u osoby narażonej na pył przemysłowy (d) zmiany osłuchowe pod postacią rzeżeń i trzeszczeń	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Które z wymienionych cech należą do pylicy niekolagenowej? (a) nagromadzenie pyłu w płucach (b) retikulinozy charakter odczynu płucnego (c) brak zniszczenia struktury płuc (d) odwracalny charakter zmian (e) wszystkie powyższe	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Do gruźlicy płuc usposabia: (a) azbestoza (b) manganoza (c) talkoza (d) krzemica (e) żelazica	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4

itd.

ANEXS 5

Kwestionariusz wywiadu w badaniu walidacyjnym pytań testowych

Instytut Medycyny Pracy
im. prof. dra Jerzego Nofera
Szkoła Zdrowia Publicznego
Pracownia Kształcenia Podyplomowego
ul. św. Teresy od Dzieciątka Jezus 8
90-950 Łódź
tel. 42 6314 844, fax 42 6314 849
e-mail: abocz@imp.lodz.pl

Zakład Badań Naukowych
Polskiego Towarzystwa Socjologicznego
ul. Żurawia 32/34, 00-515 Warszawa
tel. 22 628 60 21 w. 146
fax 22 816 14 02

Kwestionariusz wywiadu

[Badanie ewaluacyjne pytań testowych
z zakresu medycyny pracy i higieny pracy]

1. Jak ocenia P. Doktor zestaw pytań testowych, z którym miał P. możliwość się zapoznać, pod względem trudności? Chodzi o ocenę stopnia trudności całego zestawu z punktu widzenia lekarza, który ukończył cykl podyplomowego kształcenia specjalistycznego z zakresu medycyny pracy.

Pytania	(1) bardzo trudne	(2) raczej trudne	(3) raczej łatwe	(4) bardzo łatwe
(a) wszystkie				
(b) większość				
(c) mniej więcej połowa				
(d) mniejszość (pewna istotna część)				
(e) tylko niektóre				

Inna odpowiedź lub/i uwagi:

2. Jeśli uważa P. Doktor, że w zestawie znajdują się pytania trudne („bardzo” i „raczej”), proszę spróbować określić, na czym polega ich trudność [prośba o szerszy komentarz]:
3. Jeśli uważa P. Doktor, że w zestawie znajdują się pytania łatwe („bardzo” i „raczej”), proszę spróbować określić, na czym polega ich łatwość [prośba o szerszy komentarz]:
4. Jak ocenia P. Doktor ten zestaw pytań testowych pod względem zgodności z aktualnym programem kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy?

Pytania	(1) zdecydowanie zgodne	(2) raczej zgodne	(3) raczej niezgodne	(4) zdecydowanie niezgodne
(a) wszystkie				
(b) większość				
(c) mniej więcej połowa				
(d) mniejszość (pewna istotna część)				
(e) tylko niektóre				

Inna odpowiedź lub/i uwagi:

5. Zapewne ma P. Doktor jakieś przewidywania dotyczące zmian, jakie ewentualnie mogą zajść w nowym, przygotowywanym obecnie programie kształcenia specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy. Jak oceniłby P. nasz zestaw pytań z tej „przyszłościowej” perspektywy, tzn. z punktu widzenia nowego, zmodyfikowanego programu kształcenia specjalistycznego?

Pytania	(1) zdecydowanie zgodne	(2) raczej zgodne	(3) raczej niezgodne	(4) zdecydowanie niezgodne
(a) wszystkie				
(b) większość				
(c) mniej więcej połowa				
(d) mniejszość (pewna istotna część)				
(e) tylko niektóre				

Inna odpowiedź lub/i uwagi:

6. Jeśli uważa P. Doktor, że w zestawie znajdują się pytania niezgodne („zdecydowanie” i „raczej”) z przewidywanym przez P. kształtem nowego programu specjalizacji z medycyny pracy, proszę wskazać, których pytań bądź grup pytań (ewentualnie – grup tematycznych) ta niezgodność dotyczy [prośba o szerszy komentarz]:
7. Jak ocenia P. Doktor przeanalizowany zestaw pytań testowych z punktu widzenia adekwatności problematyki poruszanej w pytaniach do bieżących potrzeb praktyki medycyny pracy (opieki zdrowotnej nad pracującymi)?

Pytania	(1) zdecydowanie adekwatne	(2) raczej adekwatne	(3) raczej nieadekwatne	(4) zdecydowanie nieadekwatne
(a) wszystkie				
(b) większość				
(c) mniej więcej połowa				
(d) mniejszość (pewna istotna część)				
(e) tylko niektóre				

Inna odpowiedź lub/i uwagi:

8. Adekwatność do potrzeb praktycznych można ujmować także perspektywicznie, przyszłościowo – w związku ze zmieniającą się sytuacją w środowisku pracy (zmianami technologicznymi, ekonomicznymi, ekonomicznymi, społecznymi itd.). Zmiany w tym środowisku rodzą nowe potrzeby zdrowotne, a więc również nowe zadania dla lekarzy sprawujących opiekę zdrowotną nad pracującymi.

Jak w tym kontekście ocenił(a)by P. Doktor adekwatność problematyki podejmowanej przez pytania zawarte w zestawie do nowych potrzeb i zadań, które mogą pojawić się w praktyce lekarza medycyny pracy?

Pytania	(1) zdecydowanie adekwatne	(2) raczej adekwatne	(3) raczej nieadekwatne	(4) zdecydowanie nieadekwatne
(a) wszystkie				
(b) większość				
(c) mniej więcej połowa				
(d) mniejszość (pewna istotna część)				
(e) tylko niektóre				

Inna odpowiedź lub/i uwagi:

9. Jak ocenia P. Doktor proporcje różnych tematów (rodzajów problematyki) w zestawie? Prosimy dokonać takiej oceny w porównaniu, **po pierwsze**, z programem szkoleń specjalistycznych oraz **po drugie**, z konkretnym (praktycznym) zapotrzebowaniem lekarza medycyny pracy na określoną wiedzę i umiejętności.

Jakiej tematyki w przedłożonym zestawie jest tyle ile być powinno, jakiej za mało (powinno być więcej), jakiej za dużo (powinno być mniej)? A może czegoś (jakiejś tematyki) nie powinno być w ogóle w ramach takiego zestawu lub też powinna znaleźć się w nim jakaś tematyka, której teraz nie ma?

[Odpowiedzi prosimy wpisać do tabeli na następnej stronie.

Odpowiedzi nieprzewidziane w tabeli, uwagi i komentarze prosimy zanotować poniżej.]

Inna odpowiedź lub/i uwagi [prośba o szerszy komentarz]:

Tematyka	W porównaniu z programem szkolenia specjalistycznego:				W porównaniu z konkretnym (praktycznym) zapotrzebowaniem lekarza medycyny pracy na określoną wiedzę i umiejętności:			
	za mało	tyle, ile trzeba	za dużo	tematyka niepo- trzebna	za mało	tyle, ile trzeba	za dużo	tematyka niepo- trzebna
Patologia zawodowa								
Orzecznictwo								
Profilaktyka medyczna								
Higiena pracy – czynniki fizyczne								
Higiena pracy – czynniki chemiczne								
Fizjologia pracy								
Psychologia pracy								
Epidemiologia								
Biostatystyka								
Organizacja ochrony zdrowia								
Zagadnienia prawno-administracyjne								
Inne oprócz wyżej wymienionych określenia (inne rodzaje) tematyki								

10. Czy potrafił(a)by P. Doktor wskazać konkretne pytania, które **należałoby usunąć** z zestawu (traktowanego jako załączek banku pytań, skąd czerpie się materiał do testów kontrolnych) biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy w dziedzinie medycyny i higieny pracy oraz bieżącą praktykę lekarza medycyny pracy? A może ma P. Doktor jakieś propozycje konkretnych pytań, które **należałoby dodać** do przedstawionego Państwu zestawu? Nie muszą to być gotowe sformułowania, wystarczy powiedzieć czego – ale konkretnie! – miałoby dotyczyć proponowane pytanie.

(a) Numery pytań do usunięcia:

(b) Konkretne propozycje nowych pytań:

11. Jak P. Doktor sądzi, czy pytania w testach kontrolnych stosowanych jako forma zaliczenia kursu czy szkolenia powinny być grupowane blokami tematycznymi, czy też nie jest to potrzebne ani przydatne?

(a) TAK, jest to potrzebne (przydatne)

(b) nie ma to większego znaczenia [przejsć do pytania 13]

(c) NIE

12. Dlaczego P. tak sądzi? Jak uzasadnił(a)by P. Doktor tę opinię?

13. Jak P. Doktor sądzi, jaka powinna być długość testu kontrolnego? Jaka liczba pytań byłaby najlepsza, tzn. optymalna ze względu na potrzebę rzetelnego i trafnego sprawdzenia wiedzy

– przy założeniu, iż stosuje się pytania takie same lub podobne do tych z zestawu?

[Prosimy notować wszelkie uwagi i komentarze!]

14. Jaka jest opinia P. Doktor(a) o ewentualnym stosowaniu w kształceniu specjalistycznym w dziedzinie medycyny pracy tzw. **testu postępów** (test kontrolny na początku i na końcu cyklu kształcenia specjalistycznego – albo nawet na początku i końcu poszczególnych etapów tego kształcenia, przy czym wyniki testu wstępnego nie byłyby brane pod uwagę przy zaliczaniu kursu lub szkolenia).

[Prosimy notować wszelkie uwagi, komentarze, pytania, wątpliwości, podejrzenia itp.]

15. Jakie cechy charakteru, osobowości oraz jakie umiejętności są niezbędne (potrzebne) w działalności lekarza medycyny pracy oprócz wiedzy (w takim ujęciu, w jakim sprawdza ją załączony zestaw pytań testowych)?

(a) niezbędne są następujące cechy charakteru, osobowości:

(b) niezbędne są następujące umiejętności:

16. Jak, zdaniem P. Doktor(a) należałoby sprawdzać wiedzę, umiejętności oraz ewentualne predyspozycje osobowościowe i charakterologiczne niezbędne w praktyce medycyny pracy?

W jakiej mierze (i czy w ogóle?) test składający się z takich pytań jak w zestawie – bądź podobnych – rzeczywiście sprawdza przygotowanie do działalności w sferze opieki zdrowotnej nad pracującymi, a na ile jest tylko sprawdzianem dotyczącym wąsko pojmowanego szkolenia specjalistycznego? Czy przypadkiem nie jest tak, że test się zalicza, część (jak dużą?) wiedzy zapomina, zaś tak naprawdę ważne jest tylko doświadczenie, praktyka? [Prosimy o jak najszerszą wypowiedź w tych sprawach.]

Uprzejmie prosimy o podanie kilku informacji o sobie.

1. Płeć: M K
2. Rok urodzenia:
3. W którym roku ukończył(a) P. Doktor studia medyczne?
4. Proszę podać nazwę ukończonej uczelni:
Akademia Medyczna w
5. Czy posiada P. Doktor specjalizację(e) medyczną(e)?
(a) Tak, specjalizację(e) I^o [prosimy podać jaką(ie) i w którym roku zrobione]:
(b) Tak, specjalizację II^o [prosimy podać jaką(ie) i w którym roku zrobione]:
(c) Nie
6. Jakie kursy/szkolenia/studia podyplomowe (specjalizacyjne, doskonalące itp.) P. Doktor ukończył(a)? Prosimy wymienić wszystkie te, które zakończyły się uzyskaniem świadectwa ukończenia (dyplomu).
7. Czy posiada P. Doktor stopień lub/i tytuł naukowy?
Tak [jaki?]:
Nie
8. Gdzie P. Doktor pracuje?
(Prosimy o określenie rodzaju każdego z miejsc zatrudnienia, np. szpital [kliniczny, miejski, rejonowy], poradnia [ogólna, specjalistyczna – jaka?], prywatna praktyka itp.)

- 1)
- 2)
- 3)
-
9. Czy zajmuje P. Doktor stanowisko kierownicze? Jeśli tak, proszę powiedzieć, jak się nazywa to stanowisko.
 - (a) Tak:
 - (b) Nie
10. Jaki jest staż pracy P. Doktor(a)?
 - (a) staż pracy ogółem: _____ lat(a)
 - (b) ... w opiece zdrowotnej nad pracującymi? _____ lat(a)
 - (c) ... na obecnym stanowisku? _____ lat(a)
11. W jakiej miejscowości P. Doktor pracuje:
 - * wielkie miasto – powyżej 500 tys. mieszkańców
 - * duże miasto – powyżej 100 tys. do 500 tys. mieszkańców
 - * miasto średniej wielkości – powyżej 20 tys. do 100 tys. mieszkańców
 - * małe miasto – do 20 tys. mieszkańców
 - * wieś

AN E K S 6

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego (kursy, szkolenia)

ANKIETA ANONIMOWA

dotycząca

[tytuł szkolenia/kursu]

(data)

Zwracamy się do Pani /Pana/ z uprzejmą prośbą o wzięcie udziału w ankiecie oceniającej przebieg szkolenia. Mamy nadzieję, że jej anonimowość i duże znaczenie, jakie przywiązujemy do jej rezultatów, skłonią P. do udzielenia przemyślanych i całkowicie szczerych odpowiedzi.

Z GÓRY DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

**Pracownia Analiz Jakości Kształcenia
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi**

1. Rozpoczynając szkolenie, miał(a) P. na pewno jakieś **oczekiwania** – przede wszystkim związane z poszerzeniem swojej wiedzy i umiejętności w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy, ale także dotyczące prowadzących zajęcia, samej organizacji zajęć, strony socjalno-bytowej i ogólnej atmosfery.

Czy szkolenie, oceniane jako całość, spełniło P. oczekiwania pod tymi względami?

[Prosimy wpisać znak X w odpowiednią rubrykę poniższej tabeli.]

Oceniana sfera	Czy szkolenie spełniło P. oczekiwania?				
	Zdecydowanie tak	Raczej tak	Częściowo tak, częściowo nie	Raczej nie	Zdecydowanie nie
	Ocena: 5 (bdb)	Ocena: 4 (db)	Ocena: 3 (dst)	Ocena: 2 (mier)	Ocena: 1 (ndst)
Treść zajęć poszerzająca wiedzę i umiejętności w danej dziedzinie					
Umiejętności dydaktyczne prowadzących zajęcia					
Organizacja zajęć					
Kwestie socjalno-bytowe					
Ogólna atmosfera szkolenia					

2. W pierwszej części poniższej tabeli znajdują się tytuły zajęć, które odbyły się w czasie szkolenia – wraz z nazwiskami prowadzących zajęcia.

W drugiej części tabeli uprzejmie prosimy ocenić w skali „szkolnej” – od 1 do 5 – **treść (zawartość merytoryczną) każdego z tych zajęć z punktu widzenia jej wpływu na P. wiedzę i umiejętności z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy.**

Jeśli uważa P., że dane zajęcia nic P. nie dały, tzn. w ogóle nie powiększyły P. wiedzy i umiejętności pod tym względem – prosimy wpisać X w kolumnie „1 (ndst)”.

Jeśli uważa P., że dane zajęcia maksymalnie spełniły P. oczekiwania dotyczące powiększenia wiedzy i umiejętności pod tym względem – prosimy wpisać X w kolumnie „5 (bdb)”.

Oceny mieszczące się pomiędzy tymi dwiema skrajnościami prosimy zaznaczać w kolumnach oznaczonych: „2 (mierny)”, „3 (dst)” i „4 (db)”.

Oprócz zawartości merytorycznej ważnym czynnikiem w szkoleniu jest sposób, w jaki materiał zajęciowy został uporządkowany, a następnie przekazany słuchaczom przez prowadzącego zajęcia.

W trzeciej części tabeli prosimy to ocenić w odniesieniu do każdego z wymienionych zajęć.

Prosimy o wpisanie znaków X w odpowiednie pola trzeciej części tabeli, zgodnie z powyższą instrukcją.

CZĘŚĆ PIERWSZA		CZĘŚĆ DRUGA					CZĘŚĆ TRZECIA				
Tytuły zajęć	Osoby prowadzące zajęcia	Ocena stopnia, w jakim dane zajęcia wpłynęły na P. wiedzę i umiejętności z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy (ocena zawartości merytorycznej zajęć)					Ocena sposobu uporządkowania i przekazania słuchaczom materiału zajęciowego (ocena prowadzącego zajęcia)				
		5 (bdb)	4 (db)	3 (dst)	2 (mier)	1 (ndst)	5 (bdb)	4 (db)	3 (dst)	2 (mier)	1 (ndst)

3. Jak ocenił(a)by P. poziom swojej wiedzy i umiejętności w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy **przed rozpoczęciem szkolenia**?
Prosimy o ocenę w skali „szkolnej” – od 1 do 5, gdzie „1” oznacza bardzo niski poziom kompetencji (graniczący z ich brakiem), natomiast „5” – poziom najwyższy z możliwych.
Ocenę prosimy wpisać w miejsce wskazane poniżej.

4. Jak ocenia P. poziom swojej wiedzy i umiejętności w tej dziedzinie **obecnie, tzn. po zakończeniu szkolenia**?
Prosimy o ocenę w skali „szkolnej” – od 1 do 5, gdzie „1” oznacza bardzo niski poziom kompetencji (graniczący z ich brakiem), natomiast „5” – poziom najwyższy z możliwych.
Ocenę prosimy wpisać w miejsce wskazane poniżej.

5. Jeśli uważa P., że w aktualnym programie szkolenia:
- brakowało jakichś tematów (zagadnień) – ważnych z punktu widzenia P. pracy zawodowej, które warto byłoby włączyć do programu, bądź też

b) niektóre tematy nie wniosły nic nowego do P. wiedzy i umiejętności, a więc można by je z powodzeniem pominąć – uprzejmie prosimy o wpisanie poniżej swoich propozycji.

a) należałoby dodać temat(y):

b) należałoby pominąć temat(y):

6. Prosimy ocenić, w jakim stopniu poszczególne zajęcia przyczyniły się do powiększenia Pani /Pana/ wiedzy i umiejętności z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy. Prosimy wpisać:

- w kolumnie „3” numery zajęć, które według P. opinii najbardziej przyczyniły się do poszerzania P. wiedzy i umiejętności,
- w kolumnie „2” numery zajęć, które miały, P. zdaniem, pewien istotny wpływ na poszerzenie P. wiedzy i umiejętności,
- w kolumnie „1” numery zajęć, które miały niewielki (śladowy) wpływ na poszerzenie P. wiedzy i umiejętności,
- w kolumnie „0” numery zajęć, które nie miały żadnego wpływu na poszerzenie P. wiedzy i umiejętności z tego zakresu.

Uwaga: Prosimy wziąć pod uwagę wszystkie zajęcia wymienione w pytaniu 2

Numery zajęć ocenianych przez P. jako			
3	2	1	0
te, które najbardziej przyczyniły się do powiększenia P. wiedzy i umiejętności	te, które miały pewien istotny wpływ na powiększenie P. wiedzy i umiejętności	te, które miały niewielki (śladowy) wpływ na powiększenie P. wiedzy i umiejętności	te, które nie miały żadnego wpływu na powiększenie P. wiedzy i umiejętności

7. Prosimy także o wszelkie uwagi dotyczące szkolenia, jego programu, organizacji zajęć, wykładowców, kwestii socjalno-bytowych itp.:

DZIĘKUJEMY!

ANEXS 7

Kwestionariusz oceny procesu dydaktycznego (studia podyplomowe)

ANKIETA ANONIMOWA

Ocena studiów podyplomowych
w Szkole Zdrowia Publicznego przy IMP w Łodzi

OZE – 9, OZE – 10

Zwracamy się do P. z uprzejmą prośbą o wypełnienie ankiety.
Mamy nadzieję, że jej anonimowość i duże znaczenie, jakie przywiązujemy do jej rezultatów, skłonią P. do udzielenia przemyślanych i całkowicie szczerych odpowiedzi.

Z GÓRY DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

Pracownia Analiz Jakości Kształcenia
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi

1. Podejmując studia podyplomowe w Szkole Zdrowia Publicznego przy IMP w Łodzi, miał(a) P. na pewno jakieś oczekiwania związane z poszerzeniem swojej wiedzy, uzyskaniem nowych umiejętności itp.; także oczekiwania dotyczące osób prowadzących zajęcia oraz związane z organizacją studiów, stroną socjalno-bytową i ogólną atmosferą.

Czy studia w Szkole Zdrowia Publicznego, oceniane ogólnie, spełniły P. oczekiwania pod tymi względami?

[Prosimy wpisać krzyżyk w odpowiednią rubrykę poniższej tabeli.]

Oceniana sfera	Czy studia spełniły P. oczekiwania?				
	zdecydowanie tak	raczej tak	częściowo tak, częściowo nie	raczej nie	zdecydowanie nie
Treść zajęć mających na celu poszerzenie wiedzy, przekazanie umiejętności, dostarczenie nowych informacji					
Umiejętności dydaktyczne osób prowadzących zajęcia					
Organizacja studiów					
Kwestie socjalno-bytowe					
Ogólna atmosfera studiów					

2. W następnej tabeli znajdują się nazwy przedmiotów (kursów), jakie prowadzone były w czasie studiów. Uprzejmie prosimy ocenić w skali „szkolnej” – od 1 do 5 – **treść (zawartość merytoryczną)** każdego przedmiotu z punktu widzenia jej **wpływu na P. wiedzę, umiejętności w danym zakresie problemowym**.

** Jeśli uważa P., że zajęcia prowadzone w ramach danego przedmiotu maksymalnie spełniły P. oczekiwania dotyczące powiększenia (rozwinienia, uporządkowania itp.) wiedzy, uzyskania nowych informacji i umiejętności – prosimy wpisać krzyżyk w kolumnie „5 (bardzo dobry)”.*

** Jeśli uważa P., że zajęcia w ramach danego przedmiotu nic P. nie dały pod względem merytorycznym, tzn. w ogóle nie powiększyły (nie rozwinęły, nie uporządkowały itp.) P. wiedzy ani nie dostarczyły nowych informacji i umiejętności – prosimy wpisać krzyżyk w kolumnie „1 (niedostateczny)”.*

** Oceny mieszczące się pomiędzy tymi dwiema skrajnościami prosimy wpisywać w kolumny oznaczone: „4 (dobry)”, „3 (dostateczny)” i „2 (mierny)”.*

Nazwy przedmiotów [osoby prowadzące zajęcia]	Ocena stopnia, w jakim zawartość merytoryczna zajęć wpłynęła na P. wiedzę, dostarczyła nowych informacji (ocena programu realizowanego w ramach danego przedmiotu)				
	5 (bdb)	4 (db)	3 (dst)	2 (mier)	1 (ndst)
1. ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE [.....]					
2. PSYCHOLOGIA ORGANIZACJI [.....]					
3. SOCJOLOGIA ORGANIZACJI [.....]					

4. GOSPODARKA FINANSOWA [.....]					
5. EKONOMIKA ZDROWIA [.....]					
6. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE [.....]					
7. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE [.....]					
8. PRAWO W OCHRONIE ZDROWIA [.....]					
9. ADMINISTRACJA PUBLICZNA A ZDROWIE [.....]					
10. MARKETING USŁUG ZDROWOTNYCH [.....]					
11. GOSPODARKA LEKIEM [.....]					
12. INFORMATYZACJA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ [.....]					
13. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA [.....]					
14. ZINTEGROWANE RATOWNICTWO MEDYCZNE [.....]					
15. PRZEGLĄD PRASY [.....]					

3. Oprócz zawartości merytorycznej ważnym czynnikiem jest **sposób, w jaki materiał zajęciowy został uporządkowany, a następnie przekazany słuchaczom przez osobę prowadzącą zajęcia.**
- W poniższej tabeli prosimy to ocenić w odniesieniu do każdej z osób prowadzących zajęcia w ramach poszczególnych przedmiotów.
- [Prosimy o wpisanie krzyżyków w odpowiednie pola tabeli, zgodnie z instrukcją do poprzedniego pytania.]

Osoby prowadzące zajęcia w ramach poszczególnych przedmiotów		Ocena sposobu, w jaki uporządkowano i przekazano słuchaczom materiał zajęciowy (ocena osoby prowadzącej zajęcia)				
		5 (bdb)	4 (db)	3 (dst)	2 (mier)	1 (ndst)
ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE	1. [.....]					
PSYCHOLOGIA ORGANIZACJI	2. [.....]					
	3. [.....]					
SOCJOLOGIA ORGANIZACJI	4. [.....]					
GOSPODARKA FINANSOWA	5. [.....]					
EKONOMIKA ZDROWIA	6. [.....]					
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE	7. [.....]					
UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	8. [.....]					
PRAWO W OCHRONIE ZDROWIA	9. [.....]					

ADMINISTRACJA PUBLICZNA A ZDROWIE	10. [.....]					
MARKETING USŁUG ZDROWOT- NYCH	11. [.....]					
GOSPODARKA LEKIEM	12. [.....]					
	13. [.....]					
INFORMATYZACJA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ	14. [.....]					
PODSTAWOWA OPIEKA ZDRO- WOTNA	15. [.....]					
ZINTEGROWANE RATOWNICTWO MEDYCZNE	16. [.....]					
PRZEGLĄD PRASY	17. [.....]					
	18. [.....]					
	19. [.....]					
	20. [.....]					

4. Jeśli uważa P., że w programie danego przedmiotu (danych przedmiotów):
- a) brakowało jakichś tematów (zagadnień) – ważnych z P. punktu widzenia, które warto byłoby włączyć do programu, bądź też
 - b) niektóre tematy nie wniosły nic nowego do P. wiedzy i umiejętności, a więc można by je z powodzeniem pominąć,
- **uprzejmie prosimy o wpisanie poniżej swoich propozycji:**

1) ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

2) PSYCHOLOGIA ORGANIZACJI:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

3) SOCJOLOGIA ORGANIZACJI:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

4) GOSPODARKA FINANSOWA:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

5) EKONOMIKA ZDROWIA:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

6) UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

7) UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

8) PRAWO W OCHRONIE ZDROWIA:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

9) ADMINISTRACJA PUBLICZNA A ZDROWIE:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

10) MARKETING USŁUG ZDROWOTNYCH:

należałoby dodać temat(y):

należałoby pominąć temat(y):

11) **GOSPODARKA LEKIEM:***należałoby dodać temat(y):**należałoby pominąć temat(y):*12) **INFORMATYZACJA ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ:***należałoby dodać temat(y):**należałoby pominąć temat(y):*13) **PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA:***należałoby dodać temat(y):**należałoby pominąć temat(y):*14) **ZINTEGROWANE RATOWNICTWO MEDYCZNE:***należałoby dodać temat(y):**należałoby pominąć temat(y):*15) **PRZEGLĄD PRASY:***należałoby dodać:**należałoby pominąć:*

5. W poniższej tabeli podane są wymiary godzinowe poszczególnych przedmiotów – tak, jak były one realizowane w trakcie Państwa studiów. Interesują nas bardzo P. propozycje w tym względzie.

Czy któryś z tych wymiarów godzinowych należałoby, P. zdaniem, zmniejszyć lub zwiększyć?

Jeśli tak, prosimy o wpisanie proponowanej liczby godzin w odpowiedniej rubryce.

Jeśli obecny wymiar godzin dla danego przedmiotu uważa P. za odpowiedni – prosimy w odpowiednim polu wpisać „bz” (bez zmian).

W ostatniej kolumnie tabeli prosimy wpisywać ewentualne sugestie dotyczące rodzajów zajęć (wykłady, ćwiczenia, seminaria – ich proporcje w realizacji programu w ramach danego przedmiotu) oraz inne uwagi dotyczące wymiaru czasowego i organizacji zajęć.

Przedmiot	Liczba godzin		Uwagi
	fak- tyczna	propo- nowana	
1. ORGANIZACJA I ZARZĄDZANIE	36		
2. PSYCHOLOGIA ORGANIZACJI	20		
3. SOCJOLOGIA ORGANIZACJI	11		
4. GOSPODARKA FINANSOWA	30		
5. EKONOMIKA ZDROWIA	20		
6. UBEZPIECZENIA ZDROWOTNE	30		
7. UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE	8		
8. PRAWO W OCHRONIE ZDROWIA	30		
9. ADMINISTRACJA PUBLICZNA A ZDROWIE	16		
10. MARKETING USŁUG ZDROWOTNYCH	20		
11. GOSPODARKA LEKIEM	10		
12. INFORMATYZACJA Z.O.Z.	8		
13. PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	6		
14. ZINTEGROWANE RATOWNICTWO MEDYCZNE	2		
15. PRZEGLĄD PRASY	30		

6. Prosimy także o wszelkie uwagi dotyczące studiów, ich programu, Szkoły, wykładowców, kwestii organizacyjnych, kwestii socjalno-bytowych itp.:

DZIĘKUJEMY!

ANEXS 8

Kwestionariusz samooceny nabytych kompetencji (studia podyplomowe)

ankieta anonimowa

OZE 9, OZE 10

**Zwracamy się do P. z uprzejmą prośbą o wypełnienie ankiety.
Mamy nadzieję, że jej anonimowość i duże znaczenie, jakie przywiązujemy
do jej rezultatów, skłonią P. do udzielenia przemyślanych i całkowicie
szczerych odpowiedzi.**

Z GÓRY DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

**Pracownia Analiz Jakości Kształcenia
Instytut Medycyny Pracy w Łodzi**

W **TABELI 1** wymienionych jest kilkanaście rodzajów kompetencji, jakie powinien posiadać menedżer pracujący w sektorze zdrowia publicznego.

Pytanie 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?**

Prosimy o oceny w skali „szkolnej” – od 1 do 5, gdzie „1” oznacza bardzo niski poziom kompetencji (graniczący z ich brakiem), zaś „5” – poziom najwyższy z możliwych. Oceny prosimy wpisać do odpowiednich rubryk kolumny A.

Pytanie B:

A jak ocenia P. poziom swoich kompetencji (w ramach każdego z wymienionych w tabeli rodzajów) **obecnie, tzn. pod koniec studiów w Szkole Zdrowia Publicznego?**

Podobnie jak przy pytaniu A prosimy o oceny w skali „szkolnej” – od 1 do 5, gdzie „1” oznacza bardzo niski poziom kompetencji (graniczący z ich brakiem), zaś „5” – poziom najwyższy z możliwych. Oceny prosimy wpisać do odpowiednich rubryk kolumny B.

TABELA 1

Rodzaje kompetencji	A	B
Rozpoznawanie wpływu procesów ludnościowych oraz struktur demograficznych na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych ludności		
Epidemiologiczne rozpoznawanie problemów zdrowotnych konkretnej zbiorowości		
Analiza i ocena przydatności praktycznej wyników badań epidemiologicznych		
Posługiwanie się danymi statystycznymi oraz wynikami badań epidemiologicznych i społecznych dla ustalania struktury i wielkości potrzeb zdrowotnych populacji		
Posługiwanie się normami prawnymi regulującymi funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej i organów administracji w zakresie ochrony zdrowia		
Formułowanie strategii działania zakładów opieki zdrowotnej		
Projektowanie struktur i procedur organizacyjnych		
Koordynowanie działań różnych instytucji zaangażowanych w ochronę zdrowia danej zbiorowości terytorialnej		
Znajomość problemów instytucji ubezpieczeniowych i systemu ubezpieczeń zdrowotnych		
Pozyskiwanie do współpracy ludzi i instytucji oraz prowadzenie negocjacji		

Wykorzystywanie danych o kosztach w procesie racjonalnego gospodarowania zasobami i kierowania programami zdrowotnymi		
Podjmowanie decyzji w sprawie przepływu środków finansowych między dysponentem środków publicznych a zakładem opieki zdrowotnej		
Zarządzanie zasobami ludzkimi, w szczególności dobór pracowników do realizacji konkretnych programów zdrowotnych oraz prowadzenie racjonalnej polityki personalnej		
Rozpoznawanie czynników społecznych i psychologicznych kształtujących zachowanie ludzi w organizacji opieki zdrowotnej i w jej otoczeniu		
Ocena przydatności i stopnia wykorzystania aparatury medycznej		
Posługiwanie się technikami organizatorskimi i technikami decyzyjnymi w rozpoznawaniu i rozwiązywaniu problemów z zakresu organizacji i zarządzania		
Zarządzanie różnymi formami własności		

Pytanie C: 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.

Legenda

ORG. I ZARZ.	= Organizacja i zarządzanie [36 g.] – [osoba prowadząca zajęcia]
PSYCH. ORG.	= Psychologia organizacji [20 g.] – [.....]
SOC. ORG.	= Socjologia organizacji [11 g.] – [.....]
GOSP. FINANS.	= Gospodarka finansowa [30 g.] – [.....]
EKON. ZDR.	= Ekonomia zdrowia [20 g.] – [.....]
UBEZP. SPOŁ.	= Ubezpieczenia społeczne [8 g.] – [.....]
UBEZP. ZDR.	= Ubezpieczenia zdrowotne [30 g.] – [.....]
PRAWO	= Prawo w ochronie zdrowia [30 g.] – [.....]
ADM. PUBL.	= Administracja publiczna a zdrowie [16 g.] – [.....]
MARKETING	= Marketing usług zdrowotnych [20 g.] – [.....]
GOSP. LEK.	= Gospodarka lekowa [10 g.] – [.....]
INF. ZOZ	= Informatyzacja zakładów opieki zdrowotnej [8 g.] – [.....]
POZ	= Podstawowa opieka zdrowotna [6 g.] – [.....]
RAT. MED.	= Zintegrowane ratownictwo medyczne [2 g.] – [.....]
PRASA	= Przegląd prasy [30 g.] – [.....]

Prosimy o wszelkie uwagi dotyczące zajęć, wykładowców, Szkoły itd.:

DZIĘKUJEMY!

ANEKS 9

Kwestionariusz dla absolwenta (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

**Pracownia Analiz
Jakości Kształcenia**

Szkoła Zdrowia Publicznego

Użyteczność kształcenia podyplomowego

Ankieta anonimowa

KWESTIONARIUSZ DLA ABSOLWENTA

Wzór OZE ...

[symbol rocznika studiów, kursu]

1. W latach ... był/a/ P. słuchaczem /słuchaczką/ studiów podyplomowych na kierunku [W dniach od ... do ... uczestniczył/a/ P. w kursie] w Szkole Zdrowia Publicznego Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Jakie były najważniejsze osobiste powody P. uczestnictwa w tych studiach [w tym kursie]?
[Prosimy o wybór i zaznaczenie **najwyżej dwóch** spośród proponowanych niżej możliwości.]
 - (a) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego wykonywania funkcji zawodowych
 - (b) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wie-

dzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego zrozumienia tego fragmentu rzeczywistości

- (c) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w tym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu korzystniejszego pod względem materialnym wykonywania funkcji zawodowych
- (d) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań formalno-administracyjnych w związku z pełnioną funkcją (zajmowanym stanowiskiem)
- (e) konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciał/a/ P. objąć (warunkujących pełnienie funkcji, jaką pragnął/ęła/ Pani pełnić)
- (f) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji w dziedzinie [prosimy wpisać nazwę specjalności]: . . .
- (g) inna odpowiedź, dodatkowe uwagi: . . .

2. Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących P. decyzji o podjęciu studiów podyplomowych na tym kierunku [o uczestnictwie w tym kursie]. Prosimy o wybór jednego z nich – tego, które jest najbliższe okolicznościom, w jakich podejmowana była ta decyzja.

- (a) Decyzję podjąłem (podjęłam) samodzielnie, bez porozumiewania się z kierownictwem zakładu pracy (głównym pracodawcą).
- (b) Decyzję podjąłem (podjęłam) samodzielnie po porozumieniu się z kierownictwem zakładu pracy (głównym pracodawcą) i po uzyskaniu jego zgody.
- (c) Decyzję podjąłem (podjęłam) z inicjatywy kierownictwa zakładu pracy (głównego pracodawcy), kierując się jego sugestiami.
- (d) Inna sytuacja przy podejmowaniu decyzji [prosimy opisać, jaka]: . . .

3. Jak określił(a)by P. stanowisko, jakie zajęło kierownictwo P. zakładu pracy (główny pracodawca) wobec podjęcia i odbywania przez P. tych studiów podyplomowych [wobec P. uczestnictwa w tym kursie]? Czy było to stanowisko

- (a) zdecydowanie pozytywne,
- (b) raczej pozytywne,
- (c) obojętne,
- (d) raczej negatywne,

- (e) zdecydowanie negatywne?
- (f) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:
-
- 4. W jaki sposób finansowane były P. studia podyplomowe [finansowany był P. udział w kursie]?
 - (a) całkowicie przeze mnie
 - (b) częściowo przeze mnie, częściowo przez mój zakład pracy (głównego pracodawcę)
 - (c) częściowo przeze mnie, częściowo z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
.....
 - (d) całkowicie przez mój zakład pracy (głównego pracodawcę)
 - (e) całkowicie z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
.....
 - (f) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:
.....
- 5. Jakie świadczenia ułatwiające odbywanie tych studiów podyplomowych [uczestnictwo w kursie] (niezależnie od sposobu finansowania) otrzymał/a/ P. od swojego zakładu pracy (głównego pracodawcy)? [Prosimy zaznaczyć wszystkie świadczenia, które P. otrzymał/a/.]
 - (a) nie otrzymałem/am/ żadnych świadczeń
 - (b) urlop szkoleniowy
 - (c) zwolnienie z części dnia pracy
 - (d) pokrycie kosztów zakwaterowania i wyżywienia
 - (e) zwrot kosztów przejazdu na zajęcia i z powrotem
 - (f) inne (jakie?):
.....

Studia podyplomowe, o jakich [kurs, o jakim] mowa w tym kwestionariuszu mogły [mógł] przynieść słuchaczom [uczestnikom] określone korzyści, które dzielą się na trzy rodzaje:

A. Korzyści merytoryczne polegające na tym, że po ukończeniu studiów [kursu], w związku z nabytymi czy udoskonalonymi (odświeżonymi) umiejętnościami i elementami wiedzy osoba, która ukończyła studia

- (1) jest w stanie wykonywać takie zadania zawodowe, jakich przedtem nie była w stanie realizować, bądź też
- (2) pewne zadania zawodowe może wykonywać, realizować lepiej, skuteczniej, bardziej efektywnie niż przed podjęciem studiów podyplomowych.

B. Korzyści formalne polegające na tym, że świadectwo ukończenia studiów [kursu] daje uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, zajmowania określonych stanowisk, awansu w miejscu pracy itp.

C. Inne korzyści osobiste, to takie zmiany w wiedzy i umiejętnościach absolwenta, które praktycznie nie wpływają na jego działalność zawodową, lecz odczuwane są przez niego jako pozytywne rezultaty uczestnictwa w studiach [kursie] i ich [jego] ukończenia – np. rozwój (wzbogacenie) wiedzy z określonej dziedziny, zaspokojenie ciekawości dotyczącej pewnych zagadnień, poznanie ciekawych ludzi, nawiązanie interesujących kontaktów itp.

6. Prosimy opisać korzyści (trzech wymienionych wyżej rodzajów), jakie przyniosło P. podjęcie i ukończenie tych studiów podyplomowych.

A. Korzyści merytoryczne:

.....

B. Korzyści formalne:

.....

C. Inne osobiste korzyści:

.....

7. Biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności, w szczególności zaś odpowiedź na pytanie poprzednie, jak ocenia P. korzyści spowodowane odbywaniem i ukończeniem studiów podyplomowych, o których tutaj mowa [uczestnictwem w tym kursie i jego ukończeniem]?

(W odniesieniu do każdego rodzaju korzyści prosimy zaznaczyć ocenę w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak korzyści danego rodzaju, 1 – b. małe korzyści, 2 – niewielkie korzyści, 3 – średnie korzyści, 4 – znaczne korzyści, 5 – bardzo duże korzyści)

Nazwa kierunku studiów podyplomowych [kursu]	Korzyści merytoryczne						Korzyści formalne						Inne osobiste korzyści					
	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
...																		

8. Karierę zawodową rozumie się na ogół jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych kryteriów czy wymagań warunkujących to przechodzenie. Czy P. zdaniem w instytucjach, firmach, zakładach pracy takich jak P. główne miejsce pracy można liczyć na zrobienie tak rozumianej kariery zawodowej?

- (a) zdecydowanie tak
 (b) raczej tak
 (c) raczej nie
 (d) zdecydowanie nie
 (e) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:

.....

9. Co, P. zdaniem, wpływa na to, że ktoś robi karierę w takich miejscach pracy? Co w pierwszej kolejności, co w drugiej, w trzeciej itd.? [Prosimy wpisać symbole literowe w odpowiednie kratki.]

- A. przypadek, zbieg okoliczności
 B. posiadana wiedza i umiejętności zawodowe
 C. zdolności organizatorskie, menedżerskie
 D. zdolność wtapiania się w zastane układy
 E. coś innego – co?

.....

W pierwszej kolejności

W ostatniej kolejności

10. Czy studia podyplomowe na kierunku [ukończenie kursu] w Szkole Zdrowia Publicznego IMP w Łodzi mają lub będą miały [ma lub będzie

miało] wpływ na P. karierę zawodową w powyższym rozumieniu – w tym lub w innym miejscu pracy?

- (a) nie mają i nie będą miały [nie ma i nie będzie miało] żadnego wpływu [Prosimy przejść do pytania 12.]
- (b) mają lub będą miały [ma lub będzie miało] niewielki wpływ
- (c) mają lub będą miały [ma lub będzie miało] dość duży wpływ
- (d) mają lub będą miały [ma lub będzie miało] bardzo duży wpływ
- (e) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:

.....

11. Prosimy opisać możliwie dokładnie, na czym polega lub będzie polegał wpływ tych studiów [tego kursu] na P. karierę zawodową:

12. Dlaczego, P. zdaniem, te studia podyplomowe [ten kurs] nie mają ani nie będą miały [nie ma ani nie będzie miał] wpływu na P. karierę zawodową?

13. Jeśli ma P. dodatkowe uwagi i spostrzeżenia dotyczące praktycznej użyteczności, przydatności:

- (a) studiów podyplomowych [kursu], o których [którym] była mowa w kwestionariuszu
- (b) kształcenia podyplomowego w tej i pokrewnych dziedzinach
- (c) działalności kształceniowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, itp. prosimy o ich zanotowanie poniżej.

22. Prosimy określić rodzaj P. zakładu pracy (firmy, instytucji) będącej P. głównym miejscem pracy – zaznaczając jedną z poniższych kategorii lub wpisując własne określenie w wykropkowanym miejscu.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej
2. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
3. Wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna
4. Powiatowa lub graniczna stacja sanitarno-epidemiologiczna
5. Wojewódzki (regionalny) ośrodek medycyny pracy
6. Zakład badawczo-pomiarowy (także laboratorium)
7. Państwowy zakład przemysłowy
8. Niepaństwowy zakład przemysłowy
9. Państwowy zakład usługowy (także komunalny, samorządowy)
10. Niepaństwowy zakład usługowy
11. Instytucja naukowa, badawcza, edukacyjna (instytut naukowo-badawczy, uczelnia itp.)
12.

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

ANEKS 10

Kwestionariusz dla pracodawcy (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

**Pracownia Analiz
Jakości Kształcenia**

Szkoła Zdrowia Publicznego

Użyteczność kształcenia podyplomowego

Ankieta anonimowa

KWESTIONARIUSZ DLA PRACODAWCY

1. Jakie są, według Państwa opinii, najważniejsze powody podejmowania przez Waszych pracowników kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi (uczestnictwa w różnych kursach, podejmowania studiów podyplomowych)?
[Prosimy o wybór i zaznaczenie **najwyżej dwóch** spośród proponowanych niżej możliwości.]
 - (a) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego wykonywania funkcji zawodowych

- (b) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego zrozumienia otaczającego świata
 - (c) chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu korzystniejszego pod względem materialnym wykonywania funkcji zawodowych
 - (d) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań formalno-administracyjnych w związku z pełnioną funkcją (zajmowanym stanowiskiem)
 - (e) konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które dana osoba chciałaby objąć (warunkujących pełnienie funkcji, jaką chciałaby pełnić)
 - (f) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji w dziedzinie [prosimy wpisać nazwę specjalności]:
.....
 - (g) inna odpowiedź, dodatkowe uwagi:
.....
2. Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących trybu podejmowania przez pracowników decyzji o uczestnictwie w różnych formach kształcenia podyplomowego. Jak to zazwyczaj wygląda u Państwa? Prosimy o wybór **jednego** stwierdzenia – opisującego sytuację, która występuje najczęściej.
- (a) Pracownicy podejmują decyzję o kształceniu podyplomowym samodzielnie, bez porozumiewania się z kierownictwem firmy (pracodawcą).
 - (b) Pracownicy podejmują decyzję o kształceniu podyplomowym samodzielnie po porozumieniu się z kierownictwem firmy (pracodawcą) i po uzyskaniu akceptacji.
 - (c) Pracownicy podejmują decyzję o kształceniu podyplomowym z inicjatywy kierownictwa firmy (pracodawcy), kierując się jego sugestiami.
 - (d) Inna sytuacja przy podejmowaniu przez pracowników decyzji o kształceniu [prosimy ją opisać]:
.....
3. Jakie stanowisko zajmuje zwykle Państwa firma wobec podejmowania przez pracowników kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi? Czy jest to stanowisko
- (a) zdecydowanie pozytywne
 - (b) raczej pozytywne
 - (c) obojętne
 - (d) raczej negatywne

- (e) zdecydowanie negatywne
 (f) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:

4. Dlaczego P. firma zajmuje zwykle takie właśnie stanowisko?

.....

5. W jaki sposób najczęściej finansowana jest główna opłata za udział P. pracowników w różnych formach kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi (czesne, opłata za kurs)?

- (a) w całości przez pracownika
 (b) częściowo przez pracownika, częściowo przez firmę
 (c) częściowo przez pracownika, częściowo z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
 (d) całkowicie przez firmę
 (e) całkowicie z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
 (f) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:

6. Czy Państwa pracownicy otrzymują od firmy jakieś świadczenia ułatwiające udział w kształceniu podyplomowym w IMP w Łodzi (niezależnie od głównego sposobu jego finansowania)? Jak te świadczenia i jak często są przyznawane?

[Prosimy wstawić znak „x” w odpowiednim polu każdego wiersza poniższej tabeli.]

Świadczenia	TAK			NIE
	we wszystkich przypadkach	w większości przypadków	w niektórych przypadkach	
1. Zwolnienie z części dnia pracy				
2. Pokrycie kosztów zakwaterowania i wyżywienia				
3. Zwrot kosztów przejazdu na zajęcia tam i z powrotem				
4. Urlop szkoleniowy				
5. Urlop wypoczynkowy w terminie dogodnym dla kształcącego się pracownika				
6. Urlop bezpłatny				
7. Inne świadczenia (jakie?)				

Kształcenie podyplomowe może przynieść pracodawcy – zakładowi pracy, instytucji, firmie określone korzyści, które można podzielić na dwa rodzaje:

Korzyści merytoryczne polegające na tym, że po ukończeniu kształcenia, w związku z nabytymi czy udoskonalonymi (odświeżonymi) umiejętnościami i elementami wiedzy pracownik (1) potrafi wykonywać takie zadania zawodowe, jakich przedtem nie potrafił wykonywać, (2) pewne zadania zawodowe może wykonywać lepiej, bardziej efektywnie niż przed podjęciem kształcenia.

Korzyści formalne polegające na tym, że świadectwo ukończenia kursu daje uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, zajmowania określonych stanowisk, awansu w miejscu pracy itp.

7. Jakie korzyści (dwóch wymienionych wyżej rodzajów) przyniosło Państwa instytucji (firmie) uczestnictwo Waszych pracowników w różnych formach kształcenia podyplomowego prowadzonego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi?

(W odniesieniu do każdego rodzaju korzyści prosimy zaznaczyć ocenę w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak korzyści danego rodzaju, 1 – b. małe korzyści, 2 – niewielkie korzyści, 3 – średnie korzyści, 4 – znaczne korzyści, 5 – bardzo duże korzyści)

Rodzaje kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi	Korzyści merytoryczne							Korzyści formalne						
	0	1	2	3	4	5	Trudno powiedzieć	0	1	2	3	4	5	Trudno powiedzieć
Studia podyplomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej														
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe														
Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy														
Inne kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy														
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy														

8. Uprzejmie prosimy o podanie konkretnych przykładów korzyści merytorycznych i korzyści formalnych, jakie przyniosło instytucji (firmie) uczestnictwo Państwa pracowników w kształceniu podyplomowym prowadzonym w IMP w Łodzi.

(a) Korzyści merytoryczne:
.....
.....
.....

(b) Korzyści formalne:
.....
.....
.....

9. Jakie warunki powinny spełniać poszczególne rodzaje kształcenia podypłomowego prowadzonego w IMP w Łodzi, aby być maksymalnie użytecznymi dla Państwa instytucji (firmy)? Bardzo prosimy o wypowiedź na ten temat według schematu przedstawionego poniżej.

Rodzaje kształcenia podypłomowego w IMP	Warunki użyteczności		
	rozwiązania organizacyjno-ekonomiczne (terminy, czas trwania, opłaty itp.)	zawartość programów kształcenia	rozwiązania dydaktyczne (sposób prowadzenia zajęć, materiały i pomoce szkoleniowe itp.)
Studia podypłomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej			
Studia podypłomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe			
Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy			

Inne kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy			
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy			

10. Karierę zawodową rozumie się na ogół jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych warunków, kryteriów czy wymagań. Czy w miejscach pracy takich jak Państwa firma (instytucja) można liczyć na zrobienie tak rozumianej kariery zawodowej?

- (f) zdecydowanie tak
 (g) raczej tak
 (h) raczej nie
 (i) zdecydowanie nie
 (j) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:

.....

11. Co wpływa na to, że ktoś robi karierę w miejscach pracy takich jak Państwa firma (instytucja)? Co w pierwszej kolejności, co w drugiej, w trzeciej itd.? [Prosimy wpisać symbole literowe w odpowiednie kratki.]

- F. przypadek, zbieg okoliczności
 G. posiadana wiedza i umiejętności zawodowe
 H. zdolności organizatorskie, menedżerskie
 I. zdolność wtapiania się w zastane układy
 J. coś innego – co?

.....

W pierwszej kolejności

W ostatniej kolejności

12. Czy poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego prowadzonego w IMP w Łodzi mają wpływ na rozumianą w powyższy sposób karierę zawodową pracowników Państwa instytucji (firmy)?

Rodzaj kształcenia podyplomowego	Wpływ na karierę zawodową pracowników				trudno powiedzieć
	nie ma wpływu	niewielki wpływ	dość duży wpływ	bardzo duży wpływ	
Studia podyplomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej					
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe					
Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy					
Inne kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy					
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy					

Uwagi dodatkowe:

.....

13. Jeśli dostrzegacie Państwo jakiś, choćby niewielki wpływ różnych form kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi na karierę zawodową pracowników P. instytucji (firmy), prosimy napisać, na czym ten wpływ polega i podać przykłady:

14. Jeśli nie dostrzegacie Państwo żadnego wpływu poszczególnych form kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi na karierę zawodową pracowników Waszej instytucji (firmy), prosimy napisać dlaczego, Państwa zdaniem, nie ma takiego wpływu?

15. Jeśli macie Państwo dodatkowe uwagi i spostrzeżenia dotyczące praktycznej użyteczności, przydatności kształcenia podyplomowego w sferze zdrowotnej, działalności kształceniowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi itp., uprzejmie prosimy o ich zanotowanie poniżej.

16. Prosimy określić rodzaj Państwa zakładu pracy (firmy, instytucji) – zaznaczając jedną z poniższych kategorii lub wpisując własne określenie w wy kropkowanym miejscu.

1. Publiczny zakład opieki zdrowotnej
2. Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej
3. Wojewódzka stacja sanitarno-epidemiologiczna
4. Powiatowa lub graniczna stacja sanitarno-epidemiologiczna
5. Wojewódzki (regionalny) ośrodek medycyny pracy
6. Zakład badawczo-pomiarowy (także laboratorium)
7. Państwowy zakład przemysłowy
8. Niepaństwowy zakład przemysłowy
9. Państwowy zakład usługowy (także komunalny, samorządowy)
10. Niepaństwowy zakład usługowy
11. Instytucja naukowa, badawcza, edukacyjna (instytut naukowo-badawczy, uczelnia itp.)
12.

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

ANEKS 11

Kwestionariusz dla eksperta (badanie użyteczności kształcenia podyplomowego)

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

**Pracownia Analiz
Jakości Kształcenia**

Szkoła Zdrowia Publicznego

Użyteczność kształcenia podyplomowego

Ankieta anonimowa

KWESTIONARIUSZ DLA EKSPERTA

Szanowna Pani, Szanowny Panie!

Gorąco zapraszamy do współpracy w przedsięwzięciu badawczym polegającym na systematycznej analizie użyteczności kształcenia podyplomowego. Zwracamy się do Pani /Pana/ z prośbą o udział w badaniu, ponieważ wiemy, że ma Pani /Pan/ różnorodne doświadczenia związane z problematyką kształcenia podyplomowego w sferze zdrowotnej. W szczególności chodzi nam o praktyczny aspekt tych doświadczeń, inaczej mówiąc – o uwarunkowania użyteczności czy praktyczną przydatności takiego kształcenia w całokształcie funkcjonowania tej sfery.

Nasze badania mają na celu ulepszanie, poprawę jakości i przydatności oferowanych przez naszą Szkołę usług edukacyjnych. Ich szeroki zasięg (są to badania ogólnopolskie) na pewno przyczyni się do zwiększenia wiarygodności rezultatów i płynących z nich wniosków, a co za tym idzie – do takich zmian

programowych, dydaktycznych i organizacyjnych, które uczynią kształcenie podyplomowe w sferze zdrowotnej bardziej użytecznym dla słuchaczy – pracowników tej sfery. Chcemy im służyć jak najlepiej w poszerzaniu i doskonaleniu wiedzy i umiejętności profesjonalnych, zaś jedną z ważnych dróg prowadzących do tego celu jest poznanie Państwa doświadczeń, opinii i poglądów dotyczących ważnych aspektów użyteczności kształcenia podyplomowego w ramach systemu zdrowia.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie kwestionariusza „Użyteczność kształcenia podyplomowego”. Zależy nam bardzo, aby na pytania w nim zawarte odpowiedziała jak największa liczba osób rzeczywiście kompetentnych. Im więcej z Państwa wypowie się w ankiecie, tym bardziej wiarygodne i miarodajne będą jej wyniki. Z tego też względu **ogromne znaczenie dla nas mają odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza.**

W przypadku pomyłki prosimy przekreślić błędną odpowiedź i zaznaczyć bądź wpisać odpowiedź właściwą.

Gwarantujemy pełną anonimowość odpowiedzi i ich wykorzystanie wyłącznie w opracowaniach o charakterze zbiorczym.

Wypełniony przez Panią /Pana/ kwestionariusz prosimy włożyć do załączonej zaadresowanej koperty i odesłać nam – bez nalepiania znaczka pocztowego. Otrzymane przez nas wypełnione kwestionariusze nie będą udostępniane nikomu spoza zespołu badawczego.

Bardzo liczymy na Pani /Pana/ życzliwość, wyrozumiałość i cierpliwość.

Kierownik Pracowni
Analiz Jakości Kształcenia

Dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego
Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi

[.....]

[.....]

1. Jak P. sądzi, jakie są najważniejsze osobiste powody podejmowania przez pracowników sektora zdrowotnego kształcenia podyplomowego w różnych placówkach oferujących studia podyplomowe, kursy, szkolenia itp. o różnych profilach tematycznych i zakresach programowych?

Jeśli to możliwe, prosimy odnieść to pytanie w szczególności do kształcenia podyplomowego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi³.

[Prosimy o wybór i zaznaczenie w każdej z dwóch kolumn [B i C] **najwyżej dwóch** spośród proponowanych niżej możliwości. Prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze związane z problematyką sygnalizowaną przez to pytanie]

³ Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi prowadzi studia podyplomowe w zakresie: (1) zdrowia publicznego i środowiskowego, (2) organizacji, zarządzania i ekonomiki w opiece zdrowotnej, (3) zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy oraz kursy (w tym do specjalizacji) i szkolenia z zakresu medycyny pracy i higieny pracy.

Najważniejsze osobiste powody podejmowania kształcenia podyplomowego ...	... w ogóle, w różnych placówkach?	... w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi?
(a) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego wykonywania funkcji zawodowych		
(b) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu lepszego zrozumienia otaczającego świata		
(c) Chęć przyswojenia sobie nowych elementów wiedzy i nowych umiejętności zawodowych w danym zakresie (lub odświeżenia już posiadanej wiedzy i już opanowanych umiejętności) w celu korzystniejszego pod względem materialnym wykonywania funkcji zawodowych		
(d) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań formalno-administracyjnych w związku z pełnioną funkcją (zajmowanym stanowiskiem)		
(e) Konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które dana osoba chciałaby objąć (warunkujących pełnienie funkcji, jaką chciałaby pełnić)		
(f) Konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań związanych ze zdobywaniem specjalizacji w dziedzinie [prosimy wpisać nazwę specjalności]:		
(g) Nie wiem, trudno powiedzieć		

Inna odpowiedź, dodatkowe uwagi:

.....

2. Poniżej znajduje się kilka stwierdzeń dotyczących trybu podejmowania przez pracowników sektora zdrowia decyzji o uczestnictwie w różnych formach kształcenia podyplomowego. Prosimy o wybór **jednego** stwierdzenia – opisującego sytuację, która Pani /Pana/ zdaniem występuje **najczęściej**.
- (a) Pracownicy sektora zdrowia podejmują decyzje o kształceniu podyplomowym samodzielnie, bez porozumiewania się z kierownictwem swojej instytucji, firmy (pracodawcą).
 - (b) Pracownicy s.z. podejmują decyzje o kształceniu podyplomowym samodzielnie po porozumieniu się z kierownictwem swojej instytucji, firmy (pracodawcą) i po uzyskaniu akceptacji.

- (c) Pracownicy s.z. podejmują decyzje o kształceniu podyplomowym z inicjatywy kierownictwa swojej instytucji, firmy (pracodawcy), kierując się jego sugestiami.
 - (d) Inna sytuacja przy podejmowaniu przez pracowników s.z. decyzji o kształceniu [prosimy opisać, jaka]:
3. Jak określił(a)by P. stanowisko, jakie zajmuje większość instytucji, firm działających w sektorze zdrowia w naszym kraju wobec podejmowania przez pracowników kształcenia podyplomowego? Czy jest to stanowisko
- (a) zdecydowanie pozytywne
 - (b) raczej pozytywne
 - (c) obojętne
 - (d) raczej negatywne
 - (e) zdecydowanie negatywne?
 - (f) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:
4. Dlaczego tak się dzieje? Prosimy o szerszą wypowiedź w tej kwestii.
.....
5. W jaki sposób **najczęściej** finansowana jest główna opłata za udział pracowników sektora zdrowia w różnych formach kształcenia podyplomowego (cześnie, opłata za kurs)?
- (g) w całości przez pracownika
 - (h) częściowo przez pracownika, częściowo przez instytucję, firmę, w której jest zatrudniony
 - (i) częściowo przez pracownika, częściowo z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
.....
 - (j) całkowicie przez instytucję, firmę
 - (k) całkowicie z innych źródeł [prosimy napisać, z jakich]:
 - (l) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:
6. Według P. najlepszej wiedzy: czy P. pracownicy otrzymują od swoich instytucji, firm jakieś świadczenia ułatwiające udział w kształceniu podyplomowym (niezależnie od głównego sposobu jego finansowania)? Jakie to świadczenia i jaka jest częstotliwość ich przyznawania? [Prosimy wstawić znak „x” w każdym wierszu poniższej tabeli.]

Świadczenia	Częstotliwość				
	zawsze	często	czasami	rzadko	nigdy
1. Czesne, opłata za kurs (szkolenie) – pokryte w całości					
2. Czesne, opłata za kurs (szkolenie) – pokryte częściowo					
2. Zwolnienie z części dnia pracy					
3. Pokrycie kosztów zakwaterowania i żywienia					
4. Zwrot kosztów przejazdu na zajęcia tam i z powrotem					
5. Urlop szkoleniowy					
6. Urlop wypoczynkowy w terminie dogodnym dla kształcącego się pracownika					
7. Urlop bezpłatny					
8. Inne świadczenia [jakie?]					

Kształcenie podyplomowe może przynieść społeczeństwu, a ściślej biorąc jego interesom zdrowotnym, określone korzyści, które dzielą się na dwa rodzaje:

Korzyści merytoryczne polegające na tym, że po ukończeniu kształcenia, w związku z nabytymi czy udoskonalonymi (odświeżonymi) umiejętnościami i elementami wiedzy pracownik sektora zdrowia

(3) jest w stanie wykonywać takie zadania zawodowe, jakich przedtem nie był w stanie realizować, bądź też

(4) pewne zadania zawodowe może wykonywać, realizować lepiej, skuteczniej, bardziej efektywnie niż przed podjęciem kształcenia.

Korzyści formalne polegające na tym, że świadectwo ukończenia kursu daje uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych, zajmowania określonych stanowisk, awansu w miejscu pracy itp.

7. Jakie korzyści (dwóch wymienionych wyżej rodzajów) przynosi interesom zdrowotnym naszego społeczeństwa uczestnictwo pracowników sektora zdrowia w różnych formach kształcenia podyplomowego prowadzonego w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi?

(W odniesieniu do każdego rodzaju korzyści prosimy zaznaczyć ocenę w skali od 0 do 5, gdzie 0 oznacza brak korzyści danego rodzaju, 1 – b. małe korzyści, 2 – niewielkie korzyści, 3 – średnie korzyści, 4 – znaczne korzyści, 5 – bardzo duże korzyści)

Rodzaje kształcenia podyplomowego	Korzyści merytoryczne							Korzyści formalne						
	0	1	2	3	4	5	Trudno powie- dzieć	0	1	2	3	4	5	Trudno powie- dzieć
Studia podyplomowe na kie- runku Organizacja, Zarządza- nie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej														
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe														
Kursy i szkolenia do specja- lizacji z medycyny pracy														
Inne kursy i szkolenia z za- kresu medycyny pracy														
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy														

8. Uprzejmie prosimy o podanie konkretnych przykładów korzyści merytorycznych i korzyści formalnych, jakie przyniosło społeczeństwu uczestnictwo pracowników sektora zdrowia w kształceniu podyplomowym prowadzonym w IMP w Łodzi.

(a) Korzyści merytoryczne:

.....

(b) Korzyści formalne:

.....

9. Jakie warunki powinny spełniać poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego prowadzonego w IMP w Łodzi, aby być maksymalnie użytecznymi dla sektora zdrowia? Bardzo prosimy o wypowiedź na ten temat według schematu przedstawionego poniżej.

Rodzaje kształcenia podyplomowego	Warunki użyteczności		
	rozwiązania organizacyjno-ekonomiczne	programy kształcenia	rozwiązania dydaktyczne
Studia podyplomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomika w Opiece Zdrowotnej			
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe			
Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy			
Inne kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy			
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy			

Uwagi dodatkowe:

.....
.....

10. Karierę zawodową rozumie się na ogół jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych kryteriów czy wymagań warunkujących to przechodzenie. Czy P. zdaniem w instytucjach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej można liczyć na zrobienie tak rozumianej kariery zawodowej?
- (a) zdecydowanie tak
 (b) raczej tak
 (c) raczej nie
 (d) zdecydowanie nie
 (e) inna odpowiedź, uwagi dodatkowe:
11. Co, P. zdaniem, wpływa na to, że ktoś robi karierę w instytucjach ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej? Co w pierwszej kolejności, co w drugiej, w trzeciej itd.? [Prosimy wpisać symbole literowe w odpowiednie kratki.]
- (a) przypadek, zbieg okoliczności
 (b) posiadana wiedza i umiejętności zawodowe
 (c) zdolności organizatorskie, menedżerskie
 (d) zdolność wtapiania się w zastane układy
 (e) coś innego – co?

W pierwszej kolejności

W ostatniej kolejności

12. Czy poszczególne rodzaje kształcenia podyplomowego prowadzonego w IMP w Łodzi mają wpływ na rozumiane w powyższy sposób kariery zawodowe pracowników sektora zdrowia?

Rodzaj kształcenia podyplomowego	Wpływ na karierę zawodową pracowników				Trudno powiedzieć
	nie ma wpływu	niewielki wpływ	dość duży wpływ	bardzo duży wpływ	
Studia podyplomowe na kierunku Organizacja, Zarządzanie i Ekonomia w Opiece Zdrowotnej					
Studia podyplomowe na kierunku Zdrowie Publiczne i Środowiskowe					

Kursy i szkolenia do specjalizacji z medycyny pracy					
Inne kursy i szkolenia z zakresu medycyny pracy					
Kursy i szkolenia z zakresu higieny pracy					

Uwagi dodatkowe:

.....

13. Jeśli dostrzeża P. jakiś, choćby niewielki wpływ różnych form kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi na karierę zawodową pracowników P. instytucji (firmy), prosimy podać przykłady takiego wpływu:

--

14. Jeśli P. zdaniem poszczególne formy kształcenia podyplomowego w IMP w Łodzi nie mają wpływu na kariery zawodowe pracowników sektora zdrowia, prosimy napisać dlaczego, P. zdaniem, tak się dzieje.

--

15. Jeśli ma P. dodatkowe uwagi i spostrzeżenia dotyczące praktycznej użyteczności, przydatności kształcenia podyplomowego w sektorze zdrowotnym, działalności kształceniowej Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi, itp. uprzejmie prosimy o ich zanotowanie poniżej.

--

Na zakończenie chcielibyśmy bardzo Panią /Pana/ prosić o wyrażenie zgody na spotkanie – w dogodnym dla Pani /Pana/ czasie i miejscu – z przedstawicielem naszego zespołu badawczego w celu przeprowadzenia bezpośredniej rozmowy dotyczącej problemów zapewniania użyteczności kształcenia podyplomowego w sektorze zdrowia. Gdyby zechciała Pani (zechciał Pan/ zgodzić się na taką rozmowę uprzejmie prosimy o wpisanie poniżej swojego imienia i nazwiska oraz numeru telefonu (faxu, adresu e-mail), abyśmy mogli skontaktować się w celu ustalenia terminu i miejsca spotkania.

Wyrażam zgodę.

Nie wyrażam zgody.

Imię i nazwisko

Tel., fax, e-mail

**BARDZO DZIĘKUJEMY ZA DOTYCHCZASOWĄ
WSPÓŁPRACĘ!**

ANEKS 12

Kwestionariusz dla lekarza medycyny pracy (badanie skuteczności i użyteczności kształcenia specjalizacyjnego)

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera

**Pracownia Analiz
Jakości Kształcenia**

Szkoła Zdrowia Publicznego

Lekarze medycyny pracy o swojej specjalności

Ankieta anonimowa

1. Jakie specjalizacje lekarskie oprócz specjalizacji z medycyny pracy (medycyny przemysłowej) Pani /Pan Doktor posiada? Upzejmie prosimy o wpisanie poniżej ich nazw i stopni:
.....
2. Gdyby można było ponownie dokonać wyboru – czy zdecydował/a/by Pani/Pan Doktor na specjalizację z medycyny pracy?
 1. Tak [prosimy przejść do pytania 4]
 2. Nie
3. A jaką specjalność wybrał/a/by Pani / Pan Doktor zamiast medycyny pracy – i dlaczego?

--

4. Jakie powody skłoniły Panią Doktor / Pan Doktora do specjalizowania się w zakresie medycyny pracy? Co wpłynęło na tę decyzję w pierwszej kolejności, co w drugiej i trzeciej kolejności?

Prosimy o wybór **trzech** spośród proponowanych niżej możliwości i zaznaczenie każdej z nich znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

Powody specjalizowania się w dziedzinie medycyny pracy	W pierwszej kolejności	W drugiej kolejności	W trzeciej kolejności
(a) zainteresowanie wiedzą i umiejętnościami zawodowymi z zakresu medycyny pracy			
(b) względna łatwość dostania się na tę specjalizację			
(c) względna łatwość ukończenia tej specjalizacji			
(d) względna łatwość uzyskania pracy po tej specjalizacji			
(e) korzystne pod względem materialnym wykonywanie zadań zawodowych po uzyskaniu tej specjalizacji			
(f) konieczność lub potrzeba spełnienia wymagań w związku z zajmowanym stanowiskiem (pełnioną funkcją)			
(g) konieczność lub potrzeba spełnienia kryteriów wymaganych na stanowisku, które chciał/a/ Pani /Pan objąć			
(h) inny powód /inne powody [prosimy napisać, jakie]:			

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.....

5. Uzyskanie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy może przynieść lekarzowi określone korzyści. Uprzejmie prosimy ocenić w poniższej tabeli, czy poszczególne wymienione w niej korzyści wystąpiły (występują) w Pani/Pana praktyce zawodowej, a jeśli tak – to jaka jest ich wielkość czy intensywność w Pani/Pana odczuciu.

W odniesieniu do każdej z wymienionych korzyści prosimy zaznaczyć ocenę znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

Korzyści, jakie może przynieść lekarzowi uzyskanie specjalizacji w dziedzinie medycyny pracy	Brak takiej korzyści	Niewielka korzyść	Dość duża korzyść	Bardzo duża korzyść
1. umiejętność wykonywania takich zadań zawodowych, jakich przedtem nie umiało się wykonywać				
2. umiejętność wykonywania pewnych zadań zawodowych lepiej (bardziej skutecznie i efektywnie) niż przedtem				
3. formalne uprawnienia do wykonywania określonych zadań zawodowych				
4. możliwość zajmowania określonych stanowisk				
5. możliwość awansu w miejscu pracy				
6. możliwość utrzymania się na zajmowanym stanowisku				
7. możliwość otwarcia i prowadzenia zyskowej praktyki prywatnej				
8. możliwość otwarcia i prowadzenia wygodnej, niekłopotliwej praktyki prywatnej				
9. możliwość otwarcia i prowadzenia praktyki prywatnej bez większych nakładów na wyposażenie gabinetu				
10. nabycie lub rozwój (wzbogacenie) wiedzy niezwiązanej z działalnością zawodową				
11. zaspokojenie ciekawości (realizacja zainteresowań, zamiłowań)				
12. poprawa sytuacji materialnej, większe dochody				
13. poznawanie interesujących ludzi				
14. nawiązywanie korzystnych kontaktów				
15. uzyskanie lepszej pozycji w środowisku zawodowym				
16. wzrost osobistego prestiżu w społeczeństwie				
17. wzrost osobistego prestiżu w środowisku zawodowym				
18. wzrost osobistego prestiżu wśród pacjentów				
19. inna korzyść /inne korzyści [<i>prosimy napisać jakie</i>]				

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.
.

6. Karierę zawodową rozumie się na ogół jako przechodzenie do coraz bardziej odpowiedzialnych i lepiej wynagradzanych rodzajów pracy – w miarę spełniania różnych kryteriów, warunków czy wymagań. Czy zdaniem Pani Doktor/Pana Doktora w polskim systemie zdrowia lekarz medycyny pracy może liczyć na zrobienie tak rozumianej kariery zawodowej:

(a) w instytucjach i placówkach ochrony zdrowia?

1. zdecydowanie tak
2. raczej tak
3. raczej nie
4. zdecydowanie nie

(b) w innych instytucjach systemu zdrowia?

1. zdecydowanie tak
2. raczej tak
3. raczej nie
4. zdecydowanie nie

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.....

7. Co, P. zdaniem, wpływa na to, że lekarz medycyny pracy robi karierę w instytucjach systemu zdrowia? Co w pierwszej kolejności, co w drugiej, w trzeciej itd.?

Prosimy rozmieścić wszystkie symbole literowe – od A do E – w odpowiednich kratkach. Przyjmujemy, że brak symbolu oznacza, iż dany czynnik, zdaniem Pani /Pana Doktora, w ogóle nie wpływa na karierę zawodową w sektorze zdrowia.

A. przypadek, zbieg okoliczności

W pierwszej kolejności

B. posiadana wiedza i umiejętności zawodowe

C. posiadanie specjalizacji z medycyny pracy

D. zdolności organizatorskie, menedżerskie

E. zdolność wtapiania się w zastane układy

F. coś innego – co?

W ostatniej kolejności

.....

W Programie specjalizacji w medycynie pracy (rozdział 1. Cele studiów specjalizacyjnych) stwierdza się m. in., że „celem studiów specjalizacyjnych jest uzyskanie przez lekarza szczególnych kwalifikacji w dziedzinie medycyny pracy i nabycie kompetencji umożliwiających uczestnictwo w systemie ochrony zdrowia pracujących poprzez realizację głównych zadań medycyny pracy”.

W Programie... wyróżnia się 12 takich zadań, stanowiących w istocie zestaw ról zawodowych lekarza medycyny pracy. Na każde z tych głównych zadań (na każdą z tych ról zawodowych) składa się wiele zadań szczegółowych, które można określić jako funkcje lekarza medycyny pracy. Pozostawimy na razie przy głównych zadaniach (rolach zawodowych) lekarza medycyny pracy.

8. Prosimy ocenić czy – i ewentualnie z jaką intensywnością⁴ – wymienione w tabeli zadania (role zawodowe) realizowane są obecnie w praktyce zawodowej Pani Doktor /Pana Doktora.

W odniesieniu do każdego z poniższych zadań (ról zawodowych) prosimy zaznaczyć ocenę znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Bardzo prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	W mojej praktyce zawodowej to zadanie			
	nie jest realizowane	jest realizowane z niewielką intensywno- ścią	jest realizowane ze średnią intensywno- ścią	jest realizowane z dużą intensywno- ścią
1. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy				
2. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy				
3. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu				

⁴ Na intensywność realizacji danego zadania (roli zawodowej) składają się: poświęcany mu czas oraz natężenie wysiłku związanego z realizacją (umysłowego, nerwowego i fizycznego).

4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą				
5. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy				
6. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących				
7. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu				
8. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy				
9. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej				
10. Dobór metod monitoringu biologicznego				
11. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy				
12. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego				

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.....

9. A teraz prosimy o ocenę, czy – i w jakim stopniu – proces kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy oraz, ewentualnie, późniejsza jego kontynuacja na kursach i szkoleniach przygotowały Panią Doktor/Pana Doktora do realizacji tych zadań (ról zawodowych). W ocenie prosimy wziąć pod uwagę tylko formalne cykle kształcenia, pomijając samokształcenie i doświadczenie wynikające z samej praktyki zawodowej.

W odniesieniu do każdego z poniższych zadań (ról zawodowych) prosimy zaznaczyć ocenę znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Bardzo prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

Główne zadania (role zawodowe) lekarza medycyny pracy	Kształcenie w zakresie medycyny pracy			
	nie przygotowa- wało mnie do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej)	przygotowa- wało mnie do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej) w niewiel- kim stopniu	przygotowa- wało mnie do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej) w średnim stopniu	przygotowa- wało mnie do realizacji tego zadania (tej roli zawodowej) w dużym stopniu
1. Analiza i ocena relacji zachodzących między stanem zdrowia a warunkami środowiska pracy osób zatrudnionych w ekspozycji na szkodliwe i uciążliwe czynniki środowiska pracy				
2. Dokonywanie oceny rodzaju, stopnia i okresu narażenia zawodowego na czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne, psychospołeczne oraz narażenia wynikającego ze sposobu wykonywania pracy				
3. Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi i pobierającymi naukę zawodu				
4. Profilaktyka, wczesne rozpoznawanie i leczenie chorób zawodowych i związanych z pracą				
5. Postępowanie orzecznicze dotyczące oceny zdolności do pracy w konkretnych warunkach środowiska pracy				
6. Inicjowanie rehabilitacji leczniczej i zawodowej pracujących				
7. Inicjowanie, opracowywanie i realizowanie programów promocji zdrowia w miejscu pracy i pobierania nauki zawodu				
8. Identyfikacja i ocena ryzyka zdrowotnego spowodowanego zagrożeniami występującymi w miejscu pracy				

9. Współdziałanie z pracodawcami w zakresie organizacji stanowisk i warunków pracy w sposób optymalny z punktu widzenia fizjologii, psychologii pracy i ergonomii oraz zapewnienia pracownikom właściwych środków ochrony zbiorowej i osobistej				
10. Dobór metod monitoringu biologicznego				
11. Doradztwo w procesach decyzyjnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy				
12. Analiza przyczyn zdrowotnych wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz innych zjawisk wskazujących na patologie pochodzenia zawodowego				

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.....

10. Rozważany od jakiegoś czasu **projekt jednolitego europejskiego programu kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy** oprócz ogólnych zadań (ról zawodowych) zawiera szczegółowy zestaw funkcji czy zakresów działania lekarza medycyny pracy, do których miałyby przygotowywać takie kształcenie. Uprzejmie prosimy Panią Doktor/Pana Doktora o ocenę, czy – i, ewentualnie, z jaką intensywnością – poszczególne funkcje (zakresy działania) są realizowane w praktyce zawodowej lekarza medycyny pracy w Polsce.

W odniesieniu do każdej z wymienionych funkcji (każdego z zakresów działania) prosimy zaznaczyć ocenę znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Bardzo prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

<u>Role i funkcje (zakresy działania)</u> lekarza medycyny pracy, do których miałyby przygotowywać kształcenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy	W praktyce lekarza medycyny pracy w Polsce funkcja ta			
	nie jest realizowana	jest realizowana z niewielką intensywno- ścią	jest realizowana ze średnią intensywno- ścią	jest realizowana z dużą intensywno- ścią
1. Identyfikacja i ocena ryzyka spowodowanego zagrożeniami w miejscu pracy <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
1.1. Podejmowanie ocen środowiska pracy oraz doradzanie w kwestii metod jego kontroli				
1.2. Diagnozowanie złego stanu zdrowia związanego z pracą				
1.3. Organizowanie odpowiednich badań i analiz dla zdiagnozowania chorób zawodowych				
1.4. Określanie zapotrzebowania na specjalistyczną ocenę środowiska pracy dokonywaną przez członków wielodyscyplinarnego zespołu (toksykologów, higienistów, ergonomistów, psychologów organizacji itp.) oraz organizowanie pracy takiego zespołu				
1.5. Organizowanie nadzoru zdrowotnego nad pracownikami narażonymi na czynniki szkodliwe w miejscu pracy				
1.6. Dobór metod monitoringu biologicznego według kryterium trafności w celu ochrony zdrowia pracowników narażonych na szkodliwości biologiczne, z należyтым uwzględnieniem czułości, specyficzności i wartości predykcyjnej stosowanych testów				
1.7. Ocena systemów kontrolnych mających eliminować bądź zmniejszać narażenia				
1.8. Dobór odpowiedniego indywidualnego wyposażenia ochronnego (w razie potrzeby – przy pomocy innych ekspertów)				

1.9. Doradzenie w kwestiach zaopatrzenia w środki pierwszej pomocy oraz ustanowienia procedur postępowania w sytuacjach krytycznych				
1.10. Doradzenie przy wprowadzaniu do procesu pracy nowych technologii oraz rozwiązań technicznych i organizacyjnych				
2. Uczestnictwo w procesie kształtowania polityki zdrowia i bezpieczeństwa opartej na solidnych podstawach etycznych <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
2.1. Doradzenie kierownictwu i przedstawicielom pracowników w kwestii etycznych podstaw decyzji dotyczących kwestii zdrowia i bezpieczeństwa				
2.2. Doradzenie w kwestii potrzeby kompleksowych konsultacji z przedstawicielami pracowników				
2.3. Koordynowanie rozmów kierownictwa i przedstawicieli pracowników, prowadzących do uzgodnień w kwestiach zdrowia i bezpieczeństwa				
2.4. Czuwanie nad tym, aby pracownicy byli w pełni poinformowani o przyjętych rozwiązaniach i o swoich prawach				
3. Ocenianie niezdolności i zdolności do pracy oraz promowanie przystosowania pracy do pracownika <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
3.1. Ocena ryzyka narażeń występujących w środowisku pracy oraz doradztwo w kwestii zapobiegania uszczerbkowi na zdrowiu				
3.2. Ocena niezdolności i zdolności do pracy na określonych stanowiskach – wstępna, okresowa oraz ocena sytuacji w związku z wystąpieniem choroby bądź urazu związanego z wykonywaniem pracy				
3.3. Ocena uszczerbku na zdrowiu, niesprawności i upośledzeń związanych z pracą				

3.4. Kliniczne prowadzenie niesprawnych pracowników w procesie rehabilitacji				
3.5. Stosowanie rozwiązań ergonomicznych w procesie rehabilitacji				
3.6. Stosowanie w procesie rehabilitacyjnym zaleceń z zakresu psychologii organizacji – w przypadkach zaburzeń umysłowych związanych z pracą				
3.7. Doradzanie pracownikom w kwestii absencji chorobowej				
3.8. Poradnictwo dla pracowników z problemem alkoholowym i problemem narkotykowym				
3.9. Doradzanie w kwestiach rehabilitacji i przesunięć na inne stanowiska				
3.10. Promowanie przystosowania pracy do pracownika w specjalnych okolicznościach (dotyczy kobiet ciężarnych i osób młodocianych)				
4. Współpraca w dostarczaniu informacji oraz w przedsięwzięciach szkoleniowych i oświatowych (dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy) dla kierownictwa i szeregowych pracowników <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
4.1. Porozumiewanie się z ludźmi o różnym poziomie i rodzaju wykształcenia				
4.2. Sporządzanie pisemnych raportów z możliwie największą precyzją (z wykorzystaniem danych liczbowych)				
4.3. Jasne i zrozumiałe prezentacje ustne dotyczące problemów z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy				
4.4. Uczestnictwo w organach decyzyjnych i doradczych zajmujących się problematyką zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy				
4.5. Uczestnictwo w analizowaniu wypadków przy pracy i chorób zawodowych				

4.6. Porozumiewanie się z przedstawicielami innych zawodów w celu odpowiedniego zorganizowania i przeprowadzenia szkoleń				
5. Powiększanie wiedzy naukowej o zagrożeniach dla zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy – poprzez badania i analizy problemów zdrowotnych związanych z pracą, zgodnie z zasadami etycznymi dotyczącymi pracy badawczej w ogóle i badań medycznych w szczególności (w razie potrzeby – z odwołaniem się do oceny niezależnej komisji etycznej) <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
5.1. Przeprowadzanie badania naukowego zgodnie z powszechnie obowiązującymi regułami				
5.2. Dokonywanie analiz problemowych w oparciu o istniejącą literaturę naukową oraz sporządzanie raportu na ich podstawie				
5.3. Interpretowanie danych naukowych pochodzących z czasopism fachowych i z własnych badań				
5.4. Planowanie prostych badań terenowych				
5.5. Podejmowanie badań dotyczących rozpoznanych grup chorób występujących w zbiorowości pracowników				
5.6. Analizowanie rutynowo gromadzonych danych, w tym danych o absencji chorobowej i wypadkach				
5.7. Regularne składanie ustnych i pisemnych sprawozdań kierownictwu i pracownikom				
6. Uczestnictwo we wdrażaniu prawodawstwa dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w procesie pracy <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
6.1. Stosowanie przepisów prawnych oraz zasad etycznych związanych z opieką zdrowotną nad pracującymi do indywidualnych przypadków				
6.2. Doradzanie kierownictwu w zakresie wdrażania przepisów prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy oraz ochrony środowiska				

6.3. Doradzanie w zakresie zarządzania zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy				
6.4. Doradzanie pracownikom i ich przedstawicielom w kwestiach dotyczących ich zobowiązań prawnych				
6.5. Ocena zgodności decyzji w sferze zdrowia i bezpieczeństwa z nowymi przepisami prawnymi dotyczącymi tej sfery				
7. Rozpoznawanie szkodliwych narażeń pochodzenia przemysłowego występujących w danym środowisku i doradzanie w związku z nimi <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
7.1. Wyodrębnianie spośród innych chorób i diagnozowanie chorób związanych z pracą i środowiskiem				
7.2. Identyfikacja i ocena czynników szkodliwych występujących w środowisku pracy, lub mogących pojawić się w rezultacie operacji czy procesów technologicznych; doradzanie w tych kwestiach				
7.3. Rozpoznawanie szkodliwości występujących w szerszym środowisku pochodzących z innych źródeł lub związanych z innymi niż praca rodzajami działalności; doradzanie w związku z tym				
7.4. Kontaktowanie się z innymi specjalistami odpowiedzialnymi za zdrowie środowiskowe i zdrowie społeczności lokalnej				
8. Uczestnictwo w związanych z pracą programach promocji zdrowia i oświaty zdrowotnej <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
8.1. Analiza potrzeb zdrowotnych populacji pracujących				
8.2. Analiza etycznych aspektów kontroli stanu zdrowia				
8.3. Analiza kosztów i korzyści w odniesieniu do działań z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy				

8.4. Inicjowanie oraz przekonywanie o zasadności wprowadzania uzgodnionych programów promocji zdrowia w miejscu pracy oraz nadzór nad ich realizacją				
8.5. Dążenie do zapewnienia uczestnictwa zarówno pracowników, jak i pracodawców w projektowaniu i wdrażaniu programów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w miejscu pracy				
8.6. Ewaluacja (w tym poddawanie kontroli zewnętrznej) programów promocji zdrowia w miejscu pracy – z punktu widzenia ich celowości, a zwłaszcza ich związku z czynnikami szkodliwymi występującymi w miejscu pracy oraz kontrolą ryzyka występowania chorób zawodowych i urazów związanych z wykonywaniem pracy				
9. Kierowanie opieką zdrowotną nad pracującymi <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
9.1. Ocena potrzeb pracowników danego(ych) zakładu(ów) pracy w zakresie opieki zdrowotnej				
9.2. Określanie celów i zadań zespołu (placówki) sprawującego(ej) opiekę zdrowotną nad pracującymi				
9.3. Określanie ról poszczególnych członków zespołu sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi oraz formułowanie i wyznaczanie zakresów ich obowiązków				
9.4. Tworzenie zespołu sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi i kierowanie tym zespołem				
9.5. Negocjowanie budżetu będącego w dyspozycji zespołu (placówki) i zarządzanie tym budżetem				
9.6. Projektowanie programów szkoleniowych dla członków zespołu sprawującego opiekę zdrowotną nad pracującymi				

9.7. Ocena jakości udzielanych świadczeń oraz poddawanie działalności zespołu (placówki) zewnętrznej kontroli				
10. Praca zawodowa w ramach działalności wielodyscyplinarnej <i>Ta rola zawodowa obejmuje następujące funkcje (zakresy działania):</i>				
10.1. Delegowanie ekspertów do określonych zadań oraz udzielanie im pełnomocnictw				
10.2. Doradzanie przy rozpatrywaniu ocen narażenia zawodowego sformułowanych przez innych specjalistów				
10.3. Koordynowanie nadzoru zdrowotnego i monitoringu biologicznego z nadzorem środowiskowym i oceną innych rodzajów zagrożeń				
10.4. Inicjowanie i pobudzanie wielodyscyplinarnej działalności naukowej w zakresie gromadzenia danych o narażeniach				
10.5. Planowanie efektywnego wykorzystania wiedzy i umiejętności z zakresu różnych dyscyplin (specjalności)				
10.6. Oparta na analizie porównawczej ewaluacja działalności członków wielodyscyplinarnego zespołu				

10. Jeśli ma Pani / Pan Doktor jakieś uwagi, spostrzeżenia czy postulaty dotyczące praktycznej użyteczności, przydatności kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny pracy, uprzejmie prosimy o ich zanotowanie poniżej.

Odpowiedź na to pytanie jest dla nas bardzo ważna!

11. Czy praca zawodowa w charakterze lekarza medycyny pracy przynosi Pani Doktor /Panu Doktorowi satysfakcjonujące korzyści (a) materialne oraz (b)

niematerialne (zadowolenie, satysfakcję rozumianą jako spełnienie oczekiwań czy realizację planów z nią związanych)?

Zadowalające korzyści materialne

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie

Zadowalające korzyści niematerialne

- 1) zdecydowanie tak
- 2) raczej tak
- 3) raczej nie
- 4) zdecydowanie nie

12. Jakie działania był/a/by Pani/Pan Doktor gotowa/gotów podjąć, aby praca zawodowa przynosiła Pani/Panu zadowalające korzyści (materialne i niematerialne) – aby poprawić swoją sytuację zawodową lub nie dopuścić do jej pogorszenia? Co gotowa/gotów był/a/by Pani/Pan zrobić w pierwszej kolejności, co w drugiej i trzeciej kolejności?

Prosimy o wybór **najwyżej trzech** spośród proponowanych niżej możliwości i zaznaczenie każdej z nich znakiem „x” w jednej z kolumn tabeli. Prosimy również o wszelkie uwagi i komentarze.

Był/a/bym gotowa /gotów podjąć następujące działania:	W pierwszej kolejności	W drugiej kolejności	W trzeciej kolejności
1. Zgodzić się na ewentualną zmianę warunków pracy			
2. Podjąć lub zintensyfikować prywatną praktykę			
3. Zmienić miejsce pracy (w kraju)			
4. Podjąć pracę zagranicą			
5. Zainwestować w podniesienie swoich kwalifikacji			
6. Zmienić specjalność			
7. Zmienić zawód wykonywany			
8. Zaangażować się w działalność polityczną, społeczną, związkową itp.			
9. Inne działania [prosimy napisać, jakie]:			

Inna odpowiedź, uwagi, komentarze:

.....

13. Jak ocenił/a/by Pani /Pan Doktor prestiż, poważanie, jakim cieszy się praca wykonywana przez lekarzy medycyny pracy (a) w społeczeństwie, (b) w populacji pracujących i (c) w środowisku lekarskim?

16. Czy w którymś z miejsc pracy zajmuje Pani/Pan Doktor obecnie stanowisko kierownicze? Jeśli tak, prosimy napisać, jak się nazywa to stanowisko.

Tak:

Nie

6. Jak długo (ile lat) pracuje Pani/Pan Doktor jako lekarz medycyny pracy?
..... lat/a/

BARDZO DZIĘKUJEMY ZA WSPÓŁPRACĘ!

Od Redakcji

Andrzej Boczkowski ukończył studia socjologiczne na Wydziale Ekonomiczno-Socjologicznym Uniwersytetu Łódzkiego w 1971 r. Praca magisterska *Pytania pośrednie i projekcyjne w wywiadzie kwestionariuszowym* przygotowana pod kierunkiem prof. J. Lutyńskiego została w następnym roku opublikowana. Od 1971 do 1983 r. A. Boczkowski był zatrudniony jako asystent i starszy asystent w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN, w kierowanej przez prof. Z. Gostkowskiego Pracowni Metod i Technik Badań Socjologicznych (późniejszym Zakładzie Metodologii Badań Socjologicznych). W tym okresie zainteresowania naukowe A. Boczkowskiego skupiały się na teoretycznych i praktycznych problemach stosowania metod i technik badawczych w socjologii (w ramach problemu węzłowego 11.2.2. *Przewidywane zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego*). W czerwcu 1983 r. obronił w IFiS PAN rozprawę doktorską *Teoretyczne i metodologiczne problemy badania zainteresowań społecznych* (promotor – Z. Gostkowski). Obszerne jej fragmenty opublikowane zostały później w „Studiach Socjologicznych” oraz w „Kulturze i Społeczeństwie”.

Od kwietnia 1984 r. do lutego 2009 r. A. Boczkowski był zatrudniony na stanowisku adiunkta w łódzkim Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, początkowo w Pracowni Organizacji i Zarządzania, następnie jako kierownik w Pracowni Kształcenia Podyplomowego, a później Pracowni Analiz Jakości Kształcenia, a w latach 2006–2009 jako kierownik Pracowni Społecznych Problemów Zdrowia. W 1993 r. i 1995 kierował m. in. dwoma projektami badawczymi obejmującymi swym zasięgiem kadre kierowniczą stacji sanitarno-epidemiologicznych w Polsce. Wyniki tych badań i wyływające z nich wnioski opisał w dwóch książkach: *Sytuacja zawodowa, aspiracje i potrzeby edukacyjne personelu Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (1994) i *Status społeczno-zawodowy i świadomość profesjonalna kadry kierowniczej Państwowej Inspekcji Sanitarnej* (1998). Współautorem obu pozycji był J. Indulski. W latach 1998–2001 w ramach Strategicznego Programu Rządowego SPR-1 *Bezpieczeń-*

stwo i ochrona zdrowia człowieka w środowisku pracy A. Boczkowski kierował projektem badawczym dotyczącym jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy i higieny pracy. Powstały dwa niepublikowane raporty, kilka artykułów w czasopiśmie naukowych oraz dwie książki: *Samoocena kompetencji profesjonalnych jako metoda oceny skuteczności kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy* (2000) i *Ocena jakości kształcenia podyplomowego w zakresie medycyny pracy. Podstawy teoretyczne i praktyka ewaluacyjna* (2001).

Od 1995 r. A. Boczkowski jest zatrudniony w Katedrze Socjologii Edukacji UŁ. W 1996 r. opublikował (przy współautorstwie z A. Buchner-Jeziorską) nagrodzoną przez Dziekana Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego UŁ książkę pt. *Procedury i negocjacje. Ocena jakości kształcenia na Uniwersytecie Łódzkim* (1996), podsumowującą rezultaty projektu badawczego TEMPUS CME nr 01102-95. W latach 2007–2008 uczestniczył w realizacji międzynarodowego projektu badawczego *New Social Risks in the European Knowledge Society and Higher Education (NESOR)*. Aktualnie (lata 2010–2012) bierze udział w realizacji dwóch projektów międzynarodowych: *Entrepreneurship and SME Policies across Europe* (projekt realizowany w ramach międzynarodowej sieci IPREG 2 – Innovative Policy Research for Economic Growth, 2nd phase) oraz *An EU Postgraduate Training and Working Programme to Achieve 'Total Mobility' of Postgraduate Students across the EU (EU-GRAD)*, projekt realizowany w ramach Lifelong Learning Programme (sub-programme ERASMUS, Co-operation between Universities and Enterprises).

Główne zainteresowania naukowe, a co za tym idzie – także dydaktyczne A. Boczkowskiego to socjologia edukacji (ze szczególnym uwzględnieniem problematyki jakości kształcenia), socjologia zdrowia i zdrowia publicznego oraz metodologia badań społecznych. Jest autorem bądź współautorem ponad 100 prac naukowych (kilkunastu w języku angielskim), w tym ośmiu książek, dwóch podręczników oraz licznych referatów i plakatów prezentowanych na konferencjach naukowych (ponad 80 doniesień na konferencjach w kraju, ok. 30 na konferencjach zagranicznych). Jest również autorem kilkudziesięciu niepublikowanych raportów z realizacji projektów badawczych.

Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Socjologicznego (od 2001 r. – w zarządzie Sekcji Socjotechniki), Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego oraz European Society of Health and Medical Sociology.