

Dorota Cianciara

SPECJALIZACJA Z PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ W POLSCE WOBEC KLUCZOWYCH KOMPETENCJI W TYCH DZIEDZINACH

SPECIALISATION PROGRAMME IN HEALTH PROMOTION AND HEALTH EDUCATION IN POLAND VERSUS CORE COMPETENCIES IN THESE FIELDS

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
w Warszawie

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
– Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

STRESZCZENIE

Rozwój kompetentnej kadry ma podstawowe znaczenie dla potencjału promocji zdrowia, wykonania zadań oraz efektywności. Jedną z dróg kształcenia takiej kadry w Polsce jest tzw. specjalizacja w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której program będzie wkrótce zmieniony. Artykuł omawia szerszy kontekst tej specjalizacji. Przypomina zakres działania promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w wymiarze międzynarodowym. Omawia tło krajowe – charakterystykę zawodu „promotor zdrowia” oraz dotychczasowe warunki uzyskiwania tytułu specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (rodzaj akredytacji). Porusza również tło międzynarodowe – wybrane zestawy kompetencji w zdrowiu publicznym i edukacji zdrowotnej (USA) oraz w promocji zdrowia, w tym tzw. *Galway Consensus Statement*. Zwrócono uwagę na dobre i złe strony definiowania zakresu kompetencji, a także metody tworzenia listy kompetencji. W procesie tworzenia nowego programu specjalizacji w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej zaproponowano wykorzystanie procesu konsultacji oraz brak pośpiechu.

Słowa kluczowe: *promocja zdrowia, kluczowe kompetencje, konsensus z Galway, specjalizacja, Polska*

ABSTRACT

Development of competent workforce is critical for health promotion capacity, performance and effectiveness. One track of validated education in this field in Poland is so called specialist training which is now to be altered. This paper reports broad context for specialist health promotion and health education training in Poland. Reminds the scope of health promotion and health education in international dimension. Describes internal Polish circumstances – officially recognized “health promoter” occupation and rules of possessing a granted diploma of specialist in health promotion and health education (kind of accreditation). Considers international context too – some existing list of competencies in public health, health education (USA) and health promotion, including Galway Consensus Statement. Some advantages and disadvantages of competencies formulating are mentioned. Finally, the consultation process and adequate time framework is recommended for process of development of new specialist postgraduate training programme in health promotion and health education.

Key words: *health promotion, core competencies, Galway Consensus Statement, specialist training, Poland*

WSTĘP

Podstawowe znaczenie dla rozwoju promocji zdrowia ma kompetentna kadra – zespół ludzi z odpowiednią wiedzą oraz umiejętnościami transpozycji polityk, teorii i wyników badań naukowych na działania praktyczne. Międzynarodowe zainteresowanie rozwojem sprawności kadry promocji zdrowia jest znakiem czasów, zwłaszcza ostatniej dekady. Znaczącym przykładem takiego nastawienia jest wielośrodkowa współpraca

zainicjowana przez Międzynarodową Unię Promocji Zdrowia i Edukacji Zdrowotnej (*International Union for Health Promotion and Education – IUPHE*) w czerwcu 2008 r. na konferencji w Galway w Irlandii. Jej celem było zwiększanie potencjału (czyli całościowej infrastruktury) promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej poprzez wymianę doświadczeń nt. kompetencji i akredytacji pracowników. Efektem było opracowanie w lutym 2009 r. listy tzw. kluczowych kompetencji, które stanowią charakterystyczną dla tej dziedziny

wypadkową wiedzy, umiejętności, postaw, zdolności, możliwości działania oraz odpowiedzialności za podejmowane czynności. Lista ta powstała w wyniku uzgodnień pomiędzy reprezentantami różnych krajów i kontynentów, głównie z Europy i USA. Znana jest pod nazwą *Galway Consensus Statement* i stanowi podłoże do szerszej dyskusji, a także dalszych prac nad sformulowaniem uniwersalnych kompetencji pracowników promocji zdrowia (1).

Ustalenia te mają szczególne znaczenie dla Polski, gdzie pod koniec września 2009 r. podjęto prace nad sformulowaniem nowych zasad odbywania specjalizacji z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, m.in. celów kształcenia podyplomowego w tym zakresie, przyszłościowych kompetencji zawodowych, szczególnego zakresu wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych będących przedmiotem specjalizacji, a także planu kształcenia.

Artykuł poświęcony jest zagadnieniom, które tworzą kontekst dla specjalizacji z promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w Polsce. Omówiono zakres działania promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a także tło krajowe (charakterystykę zawodu „promotor zdrowia” oraz dotychczasowe warunki uzyskiwania tytułu specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej) oraz tło międzynarodowe (wybrane zestawy kompetencji w promocji zdrowia stworzone w poszczególnych krajach i na forum międzynarodowym oraz ich podobieństwa).

ZAKRES DZIAŁANIA PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Za początek promocji zdrowia uznaje się zazwyczaj rok 1986, kiedy pod egidą ŚOZ na międzynarodowej konferencji w Ottawie proklamowano tzw. Kartę Ottawską nt. promocji zdrowia (2). W dokumencie tym promocja zdrowia została opisana jako proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad zdrowiem, a dzięki temu jego poprawę. Słowo „kontrola” ma tu szerokie znaczenie i obejmuje panowanie nad sytuacją życiową i zdrowotną, a także kierowanie nią z pożytkiem dla zdrowia. Aby proces ten mógł zaistnieć należy zastosować trzy podstawowe, „newralgiczne” strategie: (1) ułatwiać zmiany (*enable*), (2) pośredniczyć między różnymi grupami (mediować – *mediate*) oraz (3) przemawiać na rzecz zdrowia (orędownąć, być rzecznikiem zdrowia – *advocate*). Należy przy tym podążać w pięciu podstawowych kierunkach: (i) kreowanie polityki prozdrowotnej, (ii) tworzenie wspierającego środowiska, (iii) wzmocnienie działań społeczności, (iv) kształtowanie zachowań indywidualnych oraz (v) zmiana zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich udzielania, czyli tzw. reorientacja świadczeń zdrowotnych.

Trzeba odnotować, że stanowisko dotyczące kształtu promocji zdrowia wyrażone przez gremia ściśle związane ze ŚOZ nie było ani pierwsze, ani jedyne. Pojęcie to pojawiło się już wcześniej – w 1976 r. w USA, kiedy uchwalono pospiesznie Ustawę o Informacji Zdrowotnej i Promocji Zdrowia, która powołała do życia odpowiednie Biuro. Pomimo tego pierwsza robocza definicja promocji zdrowia powstała dopiero w 1979 r. Wkrótce Biuro Naczelnego Lekarza Kraju (*Surgeon General*) podało następującą, niejako oficjalną definicję promocji zdrowia: „każda forma łączenia oświaty zdrowotnej z działaniem interwencyjnym, o charakterze organizacyjnym, politycznym i ekonomicznym, mającym na celu przyczynianie się do zmian behawioralnych i środowiskowych, sprzyjających zdrowiu”. W 1989 r. w czasopiśmie *American Journal of Health Promotion* podano definicję rozszerzoną (3): „Promocja zdrowia jest nauką i sztuką pomagania ludziom w zmianie ich stylu życia, aby osiągać stan optymalnego zdrowia. Optymalne zdrowie wynika z równowagi zdrowia fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego oraz intelektualnego. Zmiany stylu życia mogą być ułatwiane poprzez połączenie wysiłków zmierzających do zwiększania świadomości, zmiany zachowania oraz stworzenia środowisk, które wspierają dobre praktyki zdrowotne. Z trzech wymienionych czynników – trzeci – wspierające środowisko ma przypuszczalnie największy wpływ na wywołanie trwałych zmian”.

Należy zauważyć, że równolegle istnieją też inne opisy czy interpretacje. Można nawet powiedzieć, że promocja zdrowia ciągle zmagą się z własną tożsamością. Wynika to przede wszystkim z jej heterogenicznego rodowodu, z faktu, że jest to bardzo różnorodny obszar, obejmujący różne dziedziny, wiele metod oraz podejść. Zarazem jednak stanowisko Karty Ottawskiej i ŚOZ staje się coraz bardziej powszechne i akceptowane. Zgodnie z tą linią i nowszą definicją z 1998r. za promocję zdrowia uznaje się „proces, który umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad determinantami zdrowia, a dzięki temu poprawę zdrowia” (4).

Edukacja zdrowotna (oświata zdrowotna) ma dłuższą historię, zwłaszcza w USA, i mocne podwaliny w naukach takich jak pedagogika czy psychologia społeczna. W piśmiennictwie podaje się wiele definicji edukacji zdrowotnej (5). Wszystkie skupiają się wokół stwierdzeń, że są to procesy lub czynności, które dążą do prozdrowotnej zmiany zachowania indywidualnego oraz działania społecznego ludzi. Tak więc promocja zdrowia jest ogólną drogą postępowania (można powiedzieć ideą, filozofią czy polityką), podczas gdy edukacja zdrowotna jest narzędziem, metodą, która może wspierać zarówno 3 strategie jak 5 kierunków działania promocji zdrowia. Należy podkreślić, że edukacja zdrowotna może być wykorzystywana nie tylko w promocji zdrowia, ale również w innych sferach

rach systemu zdrowotnego – w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji oraz opiece medyczno-społecznej.

ZAWÓD „PROMOTOR ZDROWIA”

Klasyfikacja zawodów i specjalności obowiązująca w Polsce (6-8) jest zgodna ze standardami międzynarodowymi i służy m.in. ujednoczeniu nazewnictwa zawodów i specjalności występujących na rynku pracy, a także opracowywaniu zasad kształcenia oraz szkolenia zawodowego. Od 1 stycznia 2003 r. wprowadzono do niej zawód „promotor zdrowia” (zawód oznaczony kodem 223906), którego charakterystykę zamieszczono w tabeli I (9). Do wykonywania tego zawodu, który mieści się w tzw. grupie wielkiej „specjaliści”, wymagane są kwalifikacje uzyskiwane na studiach wyższych zawodowych, magisterskich albo doktoranckich. Przed tą datą, w poprzedniej klasyfikacji, występował zawód

pracy oraz zestaw chorób i problemów zdrowotnych, które wymieniono jako priorytety działań, są już nieco przestarzałe.

Zgodnie z wykładnią prawa, zawód (każdy zawód) zdobywa się w wyniku wykształcenia lub praktyki. Według obowiązującego systemu kształcenia przeddyplomowego, promocja zdrowia nie jest samodzielnym kierunkiem studiów. Może być co najwyżej specjalnością na innym kierunku, zwłaszcza na kierunku „zdrowie publiczne”, jeśli dana uczelnia prowadzi taką specjalność na studiach I lub II stopnia. Informacja o przebytych kształceniu w obszarze promocji zdrowia (i potencjalnych kwalifikacjach do wykonywania zawodu) może być odnotowana tylko w suplemencie do dyplomu, ale nie jest elementem tytułu zawodowego. Pozostaje mieć nadzieję, że w myśl założeń twórców Klasyfikacji zawodów i specjalności: „kiedy zadania pracownika są typowe dla kilku zawodów lub specjalności na tym samym poziomie kwalifikacji, pracownik

Tabela I. Opis zawodu „promotor zdrowia”

Table I. Description and tasks for “health promoter” occupation

Nazwa i kod zawodu: Promotor zdrowia / 223906
Synteza: Rozpoznaje potrzeby, planuje i realizuje, we współpracy z instytucjami i organizacjami państwowymi i społecznymi, programy oświaty zdrowotnej; określa strategię i taktykę postępowania w profilaktyce medycznej i promocji zdrowia, upowszechnia zasady wychowania zdrowotnego w podległym sobie regionie, placówce czy środowisku społecznym; prowadzi instruktaż i poradnictwo dla personelu oświatowego, nadzoruje i kontroluje działalność placówek oświaty zdrowotnej
Zadania zawodowe - badania diagnostyczne populacji w celu określenia potrzeb w zakresie oświaty zdrowotnej (zwalczanie robaczyc, próchnicy, paradontozy, wszawicy, grzybic i innych chorób) w środowisku szkolnym, wojsku, zakładach pracy i innych; - ewidencja i gromadzenie danych, umożliwiających planowanie ukierunkowanych działań w zakresie oświaty zdrowotnej, np. przeciwdziałania rozpowszechnianiu się chorób społecznych (AIDS, chorób wenerycznych, żółtaczk zakaźnej, zatruc pokarmowych, świerzb i innych), wspólnie ze specjalistami z zakresu higieny, epidemiologii, medycyny szkolnej i innymi; - przygotowywanie programów edukacyjnych z zakresu oświaty zdrowotnej dla osób i środowisk dotkniętych patologiami społecznymi: alkoholizmem, narkomanią, nikotynizmem i innymi; - prowadzenie działalności uświadamiającej społeczeństwo o zagrożeniach zdrowotnych, wynikających z zaniedbań higieniczno-sanitarnych, za pomocą publikatorów: prasy, radia, telewizji, broszur, ulotek i innych; - organizowanie konkursów, wystaw, imprez artystycznych, sportowych i innych, propagujących zachowania i nawyki prozdrowotne; - nawiązywanie łączności i współpracy z instytucjami, organami, placówkami i organizacjami, które uczestniczą w wychowaniu zdrowotnym społeczeństwa: (służba zdrowia, szkoły, harcerstwo, wojsko, organizacje sportowe, PCK i inne); - szkolenie pracowników resortów oświaty, pomocy społecznej i innych w zakresie oświaty zdrowotnej, prowadzenie instruktażu w szkołach, klubach sportowych, wojsku, policji, straży pożarnej, zakładach pracy i innych placówkach o dużym znaczeniu społecznym
Dodatkowe zadania zawodowe - kierowanie placówkami oświaty zdrowotnej; - prowadzenie badań naukowych i publikowanie ich wyników

„specjalista oświaty zdrowotnej (zawód 2229007), który zgodnie z odpowiednim Rozporządzeniem wymagał „kwalifikacji odpowiadającym w zasadzie wyższemu wykształceniu” (10).

Analizując opis i zadania zawodowe „promotora zdrowia” trudno oprzeć się wrażeniu, że zawód ten powstał niemal automatycznie, z przemianowania „specjalisty oświaty zdrowotnej”. W kilku miejscach dodano hasłowo promocję zdrowia, ale trzon zadań pozostał niezmienny. Promotor zdrowia ma zajmować się głównie, jeśli nie wyłącznie, oświatą zdrowotną (vel wychowaniem zdrowotnym). Ponadto metody

ten powinien być klasyfikowany w zawodzie o przeważającym zespole czynności”. W przeciwnym razie zawód „promotora zdrowia” zostanie wchłonięty przez „specjalistę zdrowia publicznego” (zawód 223910). W obliczu takiego realnego zagrożenia, szczególnego znaczenia nabiera podyplomowe, specjalistyczne wykształcenie w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej – specjalizacja.

UZYSKIWANIE TYTUŁU SPECJALISTY W DZIEDZINIE PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

Przed laty w Polsce można było uzyskać tytuł specjalisty II^o z oświaty zdrowotnej w trybie odpowiedniego szkolenia podyplomowego. Trudno jest ocenić ile było takich osób w kraju, ale można zaryzykować tezę, że liczba ta nie mogła być większa niż 10-20 osób.

Pod koniec 2002 r. zaczęły obowiązywać nowe zasady uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej (11). Wymagania wobec jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji oraz program kształcenia były jednak tak skonstruowane, że w przeciągu 6. lat żaden ośrodek w Polsce nie został upoważniony (akredytowany) do prowadzenia takiej specjalizacji, bo też i żaden o to nie występował (podobny los spotkał specjalizację ze zdrowia środowiskowego). Tak więc normalnym trybem nie można było uzyskać ani takiego wykształcenia, ani tytułu. Równolegle istniała procedura polegająca na powierzeniu, przez ministra właściwego do spraw zdrowia, obowiązków specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Mogły starać się o to osoby legitymujące się dorobkiem naukowym i zawodowym w tych dziedzinach, w których dotychczasowe przepisy nie przewidywały uzyskania tytułu specjalisty. Dotyczyło to m.in. omawianej specjalizacji. W efekcie takiego postępowania np. w 2008 r. dwunastu osobom powierzono tymczasowo obowiązki specjalisty w tej dziedzinie. Osoby te powinny, przy zachowaniu odpowiedniego trybu postępowania i po uiszczeniu opłaty, zdać egzamin państwowy do 31 grudnia 2012 r.

Należy wspomnieć, że wstępny program specjalizacji, powstający na mocy Rozporządzenia z 2002 r. spotkał się z ostrą krytyką środowiska promocji zdrowia – badaczy i praktyków. Wątpliwości budziła zarówno treść, forma, czas jak warunki kształcenia, a przede wszystkim wyraźne biomedyczne podłoże całego toku kształcenia. Zastrzeżenia były tak liczne i poważne, że Komisja Promocji Zdrowia Rady Sanitarno-Epidemiologicznej w stosownym trybie wnioskuje o wstrzymanie procedury zatwierdzania programu (12). Bezskutecznie. Dotychczasowy program specjalizacji można znaleźć na stronie: http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Promocja%20zdrowia%20program%20podstawowy%202003.pdf.

Trzeba zauważyć, że uzyskanie tytułu specjalisty jest najważniejszą drogą do zdobywania zawodu 223906 w wyniku wykształcenia, a nie praktyki. Uzyskiwanie takiego tytułu jest odpowiednikiem systemu certyfikacji pracowników, a jeśli jest połączone z rejestracją czy licencjonowaniem sprzyja zwiększeniu prestiżu zawo-

du. W omawianym przypadku jednak, plan ten obrócił się wniwecz. Nową szansą, oby nie zmarnowaną, jest podjęta właśnie próba opracowania nowego programu specjalizacji, zgodnie z wymaganiami nowego Rozporządzenia z 2008 r. (13). Zgodnie z jego literą, opis programu specjalizacji ma zawierać więcej elementów, a zasadnicza zmiana polega na konieczności sformułowania uzyskiwanych kompetencji zawodowych.

KLUCZOWE KOMPETENCJE W PROMOCJI ZDROWIA – PRZEGLĄD MIĘDZYNARODOWY

Początek lat 90. XX w. przyniósł duże zainteresowanie tzw. szkołą zasobów, jako mechanizmem strategicznego zarządzania daną organizacją, firmą czy całą dziedziną działalności (14). Zgodnie z tym podejściem sukces organizacji jest wynikiem posiadanych przez nią zasobów (w tym ludzkich) oraz tzw. kluczowych kompetencji. Ich charakterystyczną cechą jest: (1) zapewnienie jednorodnych zasad działania organizacji, (2) przenikanie wszystkich strategii/ rynków firmy, (3) wyjątkowość i(lub) niemożność skopiowania przez inne organizacje. Stanowisko to rzuciło nowe światło na przygotowanie kadr w wielu dziedzinach. Było też ważnym impulsem do tworzenia zestawów kompetencji w obszarze promocji zdrowia w wielu krajach Europy (15), w Kanadzie (16), Australii (17,18) i Nowej Zelandii (19). Szczególnym przykładem są doświadczenia USA, gdzie sformułowano kompetencje w pokrewnych obszarach – w zdrowiu publicznym (20) oraz edukacji zdrowotnej (21). Ma to związek z długą tradycją i mocną pozycją zawodu „*health edukator*” (pierwsze próby określania kompetencji w oświacie zdrowotnej podjęto w 1978 r.) oraz nieco odmiennym rozumieniem promocji zdrowia.

Jakkolwiek pojęcie kompetencji w promocji zdrowia bywa różnie definiowane, przeważa pogląd, że kompetencje te oznaczają wiedzę, umiejętności (zdolności) oraz postawy potrzebne do efektywnego wdrożenia specyficznych działań. W piśmiennictwie i zasobach internetowych można odszukać wiele zestawów kompetencji, z których kilka przytoczono w tabeli II. Istniejące listy kompetencji w promocji zdrowia różnią się pod wieloma względami. Główne różnice dotyczą: wyróżnienia poziomów kompetencji w zależności od pozycji zawodowej (np. podstawowe oraz zaawansowane), wewnętrznej hierarchii kompetencji (zakresy odpowiedzialności, kompetencje kluczowe oraz szczegółowe), dokładności opisu (hasła problemowe oraz detale), a także sposobu ich definiowania (w formie osobowej i bezosobowej). Z tego powodu tabela II ma niejednorodną konstrukcję.

Tabela II. Kompetencje w promocji zdrowia w wybranych krajach
 Table II. Competencies in health promotion in selected countries

Kraj/ a/rok	Dziedzina	Kluczowe kompetencje	L. K.Sz*
USA, 2009	Zdrowie publiczne	Analityczne/ szacowanie	12
		Tworzenie/ planowanie polityki/programu	11
		Komunikacja	6
		Kompetencje kulturowe	6
		Praktyka pracy w społeczności	10
		Nauka zdrowia publicznego	9
		Planowanie finansów i zarządzanie	14
		Przywództwo i myślenie systemowe	8
USA, 1998-2004	Edukacja zdrowotna	I. Ocena potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej – indywidualnych i w społeczności	-
		Ocena istniejących danych związanych ze zdrowiem	4/1/-**
		Zebrań danych związanych ze zdrowiem	4/-/-
		Rozróżnienie zachowań, które sprzyjają i przeszkadzają dobrostanowi	2/1/-
		Oszacowanie czynników, które wpływają na uczenie się	-/2/1
		Określenie czynników, które sprzyjają i przeszkadzają w procesie edukacji zdrowotnej	2/1/1
		Na podstawie uzyskanych danych określenie potrzeb w zakresie edukacji zdrowotnej	1/1/1/
		II. Zaplanowanie strategii, interwencji i programów edukacji zdrowotnej	-
		Włączenie ludzi i organizacje do planowania programu	4/1/-
		Włączenie analizy danych i zasad organizacji społeczności	4/1/-
		Sformułowanie odpowiednich i dających się mierzyć zadań programu	1/4/2
		Stworzenie logicznego zakresu i porządkującego planu dla praktyki edukacji zdrowotnej	2/2/1
		Zaprojektowanie strategii, interwencji i programów zgodnie z zadaniami	-/2/3
		Wybranie strategii odpowiednich do realizacji zadań	2/2/1
		Oszacowanie czynników, które mają wpływ na wdrożenie	2/2/-
		III. Wdrożenie strategii, interwencji i programów	-
		Zainicjowanie planu działania	4/1/-
		Wykazanie się różnorodnymi umiejętnościami w realizacji strategii, interwen. i programów	2/2/-
		Wykorzystanie różnorodnych metod do realizacji strategii, interwencji, programów	5/1/-
		Przeprowadzenie programu szkoleniowego	-/1/1
		IV. Przeprowadzenie ewaluacji i badań związanych z edukacją zdrowotną	-
		Stworzenie planu ewaluacji i badań związanych z edukacją zdrowotną	2/1/1
		Przegląd badań i procedur ewaluacyjnych	2/3/2
		Opracowanie narzędzia do zbierania informacji	2/-/-
		Przeprowadzenie ewaluacji i badań	4/1/2
		Zinterpretowanie wyników ewaluacji i badań	4/2/2
		Wyciąganie wniosków dla przyszłych działań związanych ze zdrowiem	-/2/1
		V. Administrowanie strategiami, interwencjami i programami edukacji zdrowotnej	-
		Budowanie przywództwa organizacji	3/3/1
		Zapewnienie zasobów finansowych	-/1/1
		Zarządzanie zasobami ludzkimi	1/5/-
		Uzyskanie akceptacji i wsparcia dla programów	-/2/1
		VI. Służenie pomocą w edukacji zdrowotnej	-
		Wykorzystywanie zasobów informacji związanych ze zdrowiem	5/-/-
		Odpowiadanie na potrzeby dotyczące informacji związanych ze zdrowiem	2/-/-
		Wybranie zasobów materiałów do rozpowszechnienia	3/-/-
		Budowanie relacji współpracy	5/1/-
		VII. Informowanie o zdrowiu i edukacji zdrowotnej oraz rzecznictwo w tych sprawach	-
		Analizowanie i odpowiadanie na aktualne i przyszłe potrzeby w dziedzinie edukacji zdrowotnej	1/3/2
		Wykorzystanie różnorodnych metod i technik komunikacji	7/-/-
Promowanie zawodu edukacji zdrowotnej w wymiarze indywidualnym i zbiorowym	1/-/4		
Wpływanie na politykę zdrowotną w celu promowania zdrowia	1/1/2		

Galway Consensus Statement, 2009	Promocja zdrowia	Katalizowanie zmian - umożliwianie procesów przemian oraz upodmiotowienie jednostek i społeczności w celu poprawy ich zdrowia	-
		Przywództwo - nadawanie działaniom kierunków strategicznych oraz tworzenie możliwości udziału w tworzeniu polityki prozdrowotnej, mobilizowanie zasobów oraz zarządzanie nimi, a także powiększanie potencjału promocji zdrowia	-
		Szacowanie - prowadzenie oceny potrzeb oraz aktywów (zasobów) społeczności oraz systemów, aby identyfikować i analizować determinanty behawioralne, kulturowe, społeczne, środowiskowe, a także organizacyjne, które promują zdrowie albo je narażają	-
		Planowanie - tworzenie podlegających pomiarom celów i zadań, które nawiązują do oceny potrzeb i aktywów, a także określanie strategii, które płyną z wiedzy, jaka wynika z teorii, dowodów oraz praktyki	-
		Wdrożenie - wdrożenie strategii, które są efektywne i efektywne relatywnie (effective and efficient) oraz wrażliwe na kwestie kulturowe i etyczne, aby gwarantować największą możliwą poprawę zdrowia. Dotyczy to także zarządzania zasobami ludzkimi i materialnymi	-
		Ewaluacja - ocenianie zasięgu, efektywności oraz wpływu programów i polityk promocji zdrowia. Obejmuje to użycie odpowiednich metod badawczych i ewaluacyjnych, aby wesprzeć ulepszenia, trwałość oraz rozpowszechnienie	-
		Rzecznictwo - przemawianie z ludźmi oraz ze społecznościami, oraz w ich imieniu, na rzecz poprawy ich zdrowia i dobrostanu, a także zwiększanie ich zdolności do podejmowania działań, które zarówno ulepszają zdrowie jak zwiększają zasoby	-
		Partnerstwo - współpraca z różnymi dyscyplinami, sektorami oraz partnerami, aby zwiększać wpływ oraz trwałość programów i polityk promocji zdrowia	-
Kanada, 2007	Promocja zdrowia	Demonstracja wiedzy niezbędnej do prowadzenia promocji zdrowia	4
		Prowadzenie oceny potrzeb/ sytuacji społeczności w kontekście danej kwestii	5
		Planowanie odpowiedniego programu promocji zdrowia	5
		Udział w tworzeniu polityki	3
		Ułatwianie mobilizacji społeczności oraz budowanie potencjału wokół wspólnych priorytetów	3
		Zaangażowanie się w partnerstwo i współpracę	3
		Efektywne komunikowanie się z członkami społeczności i innymi profesjonalistami	4
		Organizacja, wdrożenie i zarządzanie interwencją promocji zdrowia	3
Austalia, 2009 * * *	Promocja zdrowia	Planowanie programu, wdrożenie i ewaluacja, w tym:	-
		Ocena potrzeb/ sytuacji	8
		Planowanie programu	5
		Planowanie strategii evidence-based	10
		Ewaluacja i badania	12
		Budowanie partnerstwa	3
		Komunikowanie i pisanie raportów	11
		Technologie	6
Wiedza	14		

* - „L.K.Sz.” oznacza liczbę kompetencji szczegółowych

** - „4/1/-”, oznacza kompetencje szczegółowe podzielone na trzy poziomy – podstawowy, zaawansowany 1, zaawansowany 2

*** dotyczy tylko poziomu podstawowego

Niemniej można odnotować cechy wspólne. Wszystkie zestawy wyróżniają podobne obszary, które wymagają stosownych kompetencji: szacowanie wstępne; planowanie i konsultacje; wdrożenie; ewaluacja i badania naukowe; wiedza – zasady, wartości oraz etyka; komunikacja; polityka, rzecznictwo oraz budowanie strategii; organizacja i zarządzanie; praca ze społecznością, wzmocnienie społeczności; budowanie partnerstwa i współpraca; strategiczne przywództwo. Ponadto istniejące zestawy powstały w wyniku długotrwałego procesu wymiany poglądów i współpracy badaczy i praktyków. Wiele z nich podlegało okresowym modyfikacjom.

Formułowanie uzgodnionych list kompetencji ma wiele plusów, np.: wprowadza wspólną wizję i powszechnie aprobowane metody pracy; porządkuje terminologię; pomaga w tworzeniu programów kształ-

cenia; pomaga w tworzeniu stanowisk pracy i poszukiwaniu odpowiednich pracowników; przyczynia się do konsolidacji kadry i dyscypliny. Może mieć jednak skutki uboczne: może hamować innowacyjność w realizacji promocji zdrowia oraz kształceniu; może sprzyjać budowaniu uproszczonego, rzemieślniczego wizerunku dziedziny oraz pracowników; może przyczyniać się do niedoceniań systemu zasad i wartości; może dawać narzędzie do biurokratycznej, a nawet politycznej kontroli pracowników.

PODSUMOWANIE

Tworzenie listy kompetencji w promocji zdrowia, podobnie jak w wielu innych dziedzinach, jest nie tylko

potrzebne, ale wskazane. Żeby wiedzieć czego uczyć, trzeba mieć określone kompetencje. Aby zdefiniować kompetencje, trzeba wiedzieć, jaki rodzaj prac mają wykonywać konkretni specjaliści. Aby wiedzieć, co mają robić, trzeba uzgodnić podstawowe funkcje i zadania danej dziedziny. Drogą tą podążają kraje, które mają znaczny potencjał wykonawczy promocji zdrowia i dobrą infrastrukturę. Jeszcze większe znaczenie ma to w krajach, do których należy Polska, w których warunki istnienia i rozwoju promocji zdrowia są nieporównanie trudniejsze. Stworzenie zakresu kompetencji będących drogowskazem dla kształcenia podyplomowego (specjalizacji) w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej należy potraktować jako pierwszy, ale znaczący krok w porządkowaniu tego obszaru nauki i praktyki. Wielkie znaczenie w tym dziele powinien mieć nie tylko powołany przez Ministra Zdrowia 4-osobowy zespół ds. opracowania programu specjalizacji, ale również całe środowisko. I choć, jak zawsze, swoje piętno wywiera presja czasu, nie należy się z tym niepotrzebnie spieszyć.

PIŚMIENNICTWO

1. Barry MM, Allegrante JP, Lamarre M-C, Auld ME, Taub A. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion* 2009; 16(2):5-11.
2. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization; 1986. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf (pobrane 24.10.2009)
3. Mittelmark MB, Kickbusch I, Rootman I, Scriven A, Tones K. Health Promotion. W: Heggenhougen HK, Quah S. red. *International Encyclopedia of Public Health*. Amsterdam: Elsevier, Academic Press; 2008: Tom: 3:225-240.
4. Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization; 1998:1-2. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf (pobrane 24.10.2009)
5. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007:102.
6. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 10 grudnia 2002 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Dz. U. Nr 222, poz.1868.
7. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Dz.U. Nr 265, poz.2644.
8. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 1 czerwca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Dz.U. Nr 106, poz.728.
9. Klasyfikacja zawodów i specjalności – opisy grup i zawodów. http://www.praca.gov.pl/index.php?page=klasyfikacja_zawodow (pobrane 24.10.2009)
10. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 20 kwietnia 1995 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. Dz. U. Nr 48, poz. 253.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Dz. U. Nr 173, poz.1419.
12. Miller M. Szkolenie podyplomowe (specjalizacja) w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w Polsce – ocena aktualnego stanu. W: *Potencjał promocji zdrowia w Polsce: Kształcenie i doskonalenie zawodowe pracowników i realizatorów*. Warszawa: Państwowy Zakład Higieny; 2006:32-34.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia. Dz. U. Nr 208, poz.1312.
14. Oblój K. Strategia organizacji. W poszukiwaniu trwałej przewagi konkurencyjnej. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne; 2001: 83-93.
15. Battel-Kirk B, Barry MM, Taub A, Lysoby L. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. *Global Health Promotion* 2009; 16(2):12-20.
16. Towards the Development of Canadian Health Promotion Competencies: Where we've been, where we are, and where we're going. Ontario Health Promotion E-Bulletin, 25 October 2007. OHPE Bulletin 2007; 538. <http://www.ohpe.ca/node/9068> (pobrane 24.10.2009)
17. Australian Health Promotion Association. Core Competencies for Health Promotion Practitioners, 2009. <http://healthpromotion.org.au/fileupload/Core%20Competencies%20for%20HP%20Practitioners.pdf> (pobrane 24.10.2009)
18. Queensland Health. Health Practitioner Core Competency Descriptor . Health Promotion Officer. Queensland Government 2008. http://www.health.qld.gov.au/phcareers/documents/cc_hpo.pdf (pobrane 24. 10.2009)
19. New Zealand Health Promotion Forum. Collective Identity for Health Promotion in Aotearoa-New Zealand. Discussion Paper, January 2007. <http://www.hpforum.org.nz/twhpc/resources/Coolectiveidentity.pdf> (pobrane 24.10.2009)
20. USA - Public Health Foundation. Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. Core Competencies for Public Health Professionals. Adopted June 11.2009. <http://www.phf.org/link/Core-Competencies-for-Public-Health-Professionals-ADOPTED-061109.pdf> (pobrane 24.10.2009)
21. National Commission for Health Education Credentialing, Inc. Credentialing Excellence in Health Education. 2006. http://www.nchec.org/_files/_items/nch-mr-tab6-78/docs/ches%20responsibilities.pdf (pobrane 24.10.2009)

Otrzymano: 26.10.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 02.12.2009 r.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Dorota Cianciara

Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia

Szkoła Zdrowia Publicznego

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

ul. Kleczewska 61/63, 01-826 Warszawa

tel.(022) 56 01 150,

e-mail:dorotac@cmkp.edu.pl

oraz

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwo-

wy Zakład Higieny

ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa

tel. (022) 54 21 375,

e-mail: dcianciara@pzh.gov.pl