

Elena Gurková, Renáta Zeleníková

Klinické prostředí v přípravě sester

organizace, strategie, hodnocení





Elena Gurková, Renáta Zeleníková

Klinické prostředí v přípravě sester

organizace, strategie, hodnocení

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

**KLINICKÉ PROSTŘEDÍ V PŘÍPRAVĚ SESTER
organizace, strategie, hodnocení**

Autorky:

doc. Mgr. Elena Gurková, PhD.

PhDr. Renáta Zeleníková, PhD.

Recenzentky:

prof. Mgr. Katarína Žiaková, PhD.

prof. PhDr. Darja Jarošová, PhD.

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2017

Cover Photo © depositphotos.com 2017

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 6772. publikaci

Odpovědná redaktorka: Mgr. Ivana Podmolíková

Sazba a zlom Karel Mikula

Počet stran 128

1. vydání, Praha 2017

Vytiskla Tiskárna v Ráji, s.r.o., Pardubice

Publikace je součástí řešení grantu KEGA „Hodnotenie klinického prostredia v pregraduálnom vzdelávaní sestier“ (016PU-4/2015).

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-9180-2 (ePub)

ISBN 978-80-271-1868-7 (pdf)

ISBN 978-80-271-0583-0 (print)

Obsah

Úvod	7
1 Klinické výukové prostředí v pregraduální přípravě sester	9
1.1 Stereotypy a východiska klinické výuky	10
1.2 Teoretické přístupy zkoumání klinického výukového prostředí	18
1.2.1 Klinické prostředí a situační koncepce vyučování	18
1.2.2 Zkušenostní, zážitkové učení a reflektivní praxe	19
2 Klinické výukové prostředí jako předmět ošetrovatelského výzkumu	23
2.1 Klinické výukové prostředí jako zdroj stresu	24
2.1.1 Intervence zaměřené na redukci stresu během klinické praxe	30
2.2 Výukový potenciál klinických pracovišť	33
2.2.1 Nástroje hodnocení výukového potenciálu klinických pracovišť	33
2.3 Klinické výukové prostředí a vedení studentů mentorem klinické praxe	37
2.3.1 Vymezení základních rolí v procesu klinické výuky	39
2.3.2 Role mentora klinické praxe	42
3 Strategie a metody výuky na klinickém pracovišti	46
3.1 Proces klinické výuky	46
3.1.1 Charakteristika procesu klinické výuky	46
3.1.2 Praktický přístup k procesu klinické výuky	56
3.2 Faktory ovlivňující výběr výukových strategií a metod	60
3.2.1 Výukové cíle	60
3.2.2 Charakteristiky studentů	61
3.2.3 Potřeby pacientů	62
3.2.4 Načasování aktivit a dostupnost výukových možností	62
3.3 Výukové strategie a metody na klinickém pracovišti	63
3.3.1 Klasické metody výuky	64
3.3.2 Aktivizující metody výuky	74
3.3.3 Komplexní metody výuky	76
4 Metody hodnocení studentů v klinických podmínkách	81
4.1 Východiska klinického hodnocení	81
4.2 Význam, cíle hodnocení	83
4.3 Obsah hodnocení – potřeby praxe a klíčové kompetence	87
4.4 Metody hodnocení a vlastnosti hodnotících nástrojů	89
4.4.1 Hodnotící nástroje klinických kompetencí	93
4.4.2 Objektivní strukturované klinické zkoušení	96
4.4.3 Hodnocení studenta při krátce trvajícím vyšetření pacienta a provádění klinických procedur	99
4.4.4 Sebehodnotící metody	100
Závěr	105

Literatura	107
Rejstřík	121
Souhrn	124
Summary	124

Úvod

Klinická výuka je zásadní součástí odborné přípravy zdravotnických pracovníků. Zajištění interdisciplinární klinické výuky, spolupráce mezi vzdělávacími institucemi a klinickými pracovišti, příprava studentů na nové role a způsoby vzdělávání na pracovišti jsou v uvedeném procesu klíčové. Tato forma výuky byla po určitou dobu vnímána jako formální součást vzdělávání zdravotnických pracovníků bez podrobnější analýzy jeho kvality s dlouhodobě neměnným modelem její realizace. Větší pozornost se věnovala klinickému výukovému prostředí, jakož i kvalitě a organizaci klinické výuky obecně v rámci transformace ošetrovatelské výuky v České a Slovenské republice v souvislosti s přistoupením k Evropské unii. Slovenské a české vzdělávací instituce měly možnost participovat v rámci několika evropských projektů zaměřených na implementaci nových perspektiv a koncepcí v klinické výuce v pregraduálním vzdělávání sester – zejména mentoringu a klinické supervize. Právě zkušenosti z mnohých mezinárodních projektů zaměřených na problematiku vzdělávání sester pro nás byly prvotní inspirací k uvedené publikaci.

Vzdělávání zdravotnických profesionálů zaznamenalo v mezinárodním kontextu výrazný modernizační posun a snahu o uplatňování vědeckých přístupů ve výuce (tzv. *evidence-based education*). V klinické výuce se změny promítly nejen v širším využívání simulačních technologií, ale i v rozvoji výzkumu zaměřeného na systematické sledování efektivnosti výukových strategií a metod hodnocení studentů pro rozvoj jejich kompetencí. Na druhé straně z historického hlediska v klinické výuce sester přetrvávají určité profesní stereotypy. Předložená kniha je pokusem o systematickou analýzu klinického výukového prostředí ze širšího kontextu. Naším cílem není prezentovat konkrétní návrhy a pokyny pro organizaci, hodnotit klinickou výuku ve vzdělávání sester, ale zpracovat je přes prizma dostupných vědeckých studií z oblasti vzdělávání zdravotnických pracovníků. Současně jsme se pokusili předložit závěry z našeho výzkumu o hodnocení vybraných aspektů a faktorů klinického prostředí.

Úsilí o implementaci výzkumných důkazů patří v posledních letech mezi významné a integrující charakteristiky ošetrovatelského výzkumu, vzdělávání a klinické praxe. Pojednáváme o praxi, zdravotní péči založené na důkazech, v menší míře je u nás diskutovanou problematikou vzdělávání založené na důkazech. Z uvedeného vyvstávají otázky, např.: Které strategie, metody, formy výuky, hodnocení v klinickém prostředí přispívají k lepšímu rozvoji kompetencí studentů? Jak můžeme hodnotit klinické prostředí? Jaké jsou perspektivy klinické výuky v budoucnu?

Ve srovnání s tradiční preklinickou, teoretickou výukou má klinická výuka své specifické požadavky, determinanty, očekávání a důležitost. Právě z hlediska jejího významu v odborné přípravě sester se po vzdělávacích institucích vyžaduje kontrola její kvality, využívání transparentních, konzistentních a měřitelných ukazatelů procesu, obsahu a výsledků klinické výuky.

Monografie je strukturována v logickém pořadí jednotlivých kroků námi provedené analýzy. První kapitola se věnuje základním atributům klinické výuky, jejím teoretickým východiskům, ale i přetrvávajícím stereotypům. Druhá kapitola se zaměřuje na pedagogický, výukový potenciál klinických pracovišť, modely klinické výuky a proces socializace studentů v klinickém prostředí. Otevírá problematiku klinického prostředí z pohledu studentů.

V rámci druhé kapitoly jsme analyzovali zdroje, projevy a strategie zvládání zá-
těžových situací studentů během klinické praxe a jejich vliv na výkonnost studentů.
Tato část tvoří východisko pro následující dvě kapitoly, kde se zabýváme klinickými
vzdělávacími strategiemi a metodami hodnocení kompetencí studentů. Hodnocení
způsobilostí a kompetencí studentů ošetrovatelství bylo a stále je poznamenáno znač-
nou dávkou subjektivity. Zpracováváme proto nejen objektivní přístupy k hodnocení
kompetencí budoucích odborníků v oblasti zdravotnictví, ale také věnujeme zvláštní
pozornost rozvíjejícímu se hodnocení a přístupu založenému na získávání kompeten-
cí. V jednotlivých kapitolách jsou prezentovány a shrnuty výsledky zahraničních vý-
zkumů a našich empirických výstupů zaměřených na sledování vztahu mezi aspekty
klinické výuky a kompetencemi studentů. Vzdelávání a kompetence sester se u nás do
jisté míry stávají politickými tématy s rezonujícími diskuzemi o výhodách předcháze-
jícího vzdělávání sester na středních zdravotnických školách. V uvedených diskuzích
ale absentuje to, co jsme chtěli v práci zdůraznit – důkazy.

V řadě evropských zemí (např. Finsko, Velká Británie) je dlouhodobým trendem
kontinuálně sledovat klinické výukové prostředí zdravotnických pracovišť a jeho vliv
na rozvoj klíčových kompetencí budoucích zdravotnických pracovníků. Globální ne-
dostatek sester a předčasný odchod mladších sester z profese zintenzivňují zájem ev-
ropských vzdělávacích institucí o problematiku vzdělávání založeného na důkazech.
Kontinuální audit klinické výuky s následnými inovacemi v klinické výuce, posílení
role mentora klinické praxe, individuálního supervizního vztahu mentor–student, im-
plementace reflektivní praxe, rozvíjejících metod hodnocení kompetencí studentů jsou
příklady strategií zvyšování efektivnosti klinického prostředí a získávání klíčových
kompetencí sester z mnohých evropských zemí. Věříme, že obsah kapitol komplexně
reflektuje výše uvedené oblasti a přispěje k systematictějšímu sledování klinického
výukového prostředí v našich podmínkách, a to především k využívání měřitelných
ukazatelů procesu, obsahu a výsledků klinické výuky.

Monografie může být užitečným a jedinečným zdrojem informací pro odbornou
komunitu, která se podílí na vytváření efektivního klinického prostředí, především
pro učitele, mentory, resp. pro pracovníky vzdělávacích institucí a zdravotnických za-
řízení spolupracujících na klinické výuce.

1 Klinické výukové prostředí v pregraduální přípravě sester

Profesionální příprava budoucích sester je komplexní vzdělávací trajektorií, během níž jsou u studentů podporovány rozmanité způsoby získávání odborných kompetencí. Klinická výuka (představující přibližně 50 % vzdělávacích kurikul) se v rámci propojení teorie s praxí považuje za její nenahraditelný, vitální, strategický úsek (Henriksen et al., 2012). Během klinické výuky jsou posluchači v reálných klinických situacích vedeni k řešení konkrétních problémů, resp. k tomu, co standardně označujeme aplikací teorie do praxe.

Klinická pracoviště poskytují studentům možnosti nejen pro rozvoj způsobilosti kognitivních (např. kritické myšlení, klinická rozvaha), partikulárních psychomotorických a afektivních (např. komunikačních) (Chan, 2001), ale jsou pro ně příležitostí pro detailnější pozorování poskytované péče, její reflektování, porozumění svým osobním postojům ve vztahu k očekávaným profesním hodnotám, nacházení vzorů pro svou budoucí profesi apod.

Za klinické výukové prostředí můžeme považovat jakýkoli prostor, v rámci něhož studenti aplikují teoretické vědomosti do konkrétních klinických situací s cílem rozvoje svých relevantních zručností, postojů, klinického rozhodování (Flott, Linden, 2016). Klinické prostředí může zahrnovat také hrané situace v různých simulačních centrech, odborných laboratořích apod. (Flott, Linden, 2016). Můžeme ho chápat jako interaktivní síť (Dunn, Hansford, 1997) různých aspektů (prostorových, fyzických, interpersonálních, sociálních, psychologických, emocionálních, kulturních) daného výukového pracoviště, které pro studenty (ošetřovatelství, resp. všech zdravotnických oborů) vytvářejí příležitosti pro učení a ovlivňují i jeho výsledky. Výuková pracoviště, na kterých studenti vykonávají klinickou praxi, představují širokou síť zdravotnických zařízení – od standardních lůžkových oddělení nemocnic, oddělení dlouhodobé péče až po pracoviště primární zdravotní péče, včetně péče v sociálním prostředí klientů (např. v sociálních, sociálně zdravotních zařízeních, v domácím prostředí apod.).

Klinické výukové prostředí tvoří všechny (zjevně hmatatelné, ale i latentní – skryté) oblasti, které mají vliv na studenta – prostory, materiálně technické zabezpečení pracoviště, personál, pacienti, učitelé, ale i dostupné učební materiály, prostředky, didaktické metody, interpersonální vztahy apod. Prostředí je tvořené nejen psychosociálními, fyzickými a interpersonálními organizačními faktory (Chan, 2002; Espeland, Indrehus, 2003), ale zahrnuje další významné externí faktory ovlivňující proces učení na pracovišti, jako jsou např. přístup ze strany pacientů (Suikkala, Leino-Kilpi, 2002), supervize (Gidman, 2001),¹ přítomnost pedagoga (Saarikoski et al., 2009), vedení pracoviště a sociální prostředí na pracovišti (Chan, 2002). V aktuálně publikované konceptuální

1 V tomto případě se koncept supervize vztahuje na vedení, podporu a hodnocení posluchačů ošetřovatelství v průběhu klinické praxe. Termín *mentorka/mentor* se používá v zahraniční literatuře k označení osobního supervizora jmenovaného pro konkrétního studenta. Tyto pojmy jsou podrobněji popsány v podkapitole 2.3.1.

analýze (Flott, Linden, 2016)² byly identifikovány čtyři základní **atributy charakterizující klinické prostředí v pregraduální přípravě sester**:

- fyzický prostor klinického pracoviště
- psychosociální a interakční faktory
- organizační kultura a zapojení studentů do péče
- strategie výuky, metody (vedení studenta učitelem/mentorem atd.)

Podrobnější poznání a analýza důležitých aspektů charakterizujících klinické prostředí usměrňuje využívání strategií k ovlivnění faktorů, které podporují, resp. predikují lepší rozvoj kompetencí studentů (Chan, 2002, s. 69). Klinické výukové prostředí ovlivňuje úroveň připravenosti posluchačů na podmínky reálné klinické praxe, jejich kompetence, ale také jejich profesionální socializaci, popř. spokojenost s profesí a rozvoj jejich profesní identity (Flott, Linden, 2016).

V oblasti hodnocení klinického prostředí bylo publikováno několik přehledových studií (Lambert, Glacken, 2005; Henderson et al., 2012), kvalitativních (Spouse, 2001; Papp et al., 2003; Sharif, Masoumi, 2005; Levet-Jones et al., 2009) a kvantitativních výzkumů (Dunn, Hansford, 1997; Chan, 2001; Saarikoski, Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2008, 2009) studujících vybrané aspekty klinického prostředí. Co tedy explicitně a implicitně zahrnuje klinické výukové prostředí? Jak lze definovat, měřit a nakonec ovlivnit jednotlivé aspekty prostředí? Na tyto otázky se budeme snažit odpovědět v následujících podkapitolách. Budeme se zabývat nejdůležitějšími teoretickými východisky klinického prostředí, klinické výuky a jejich využitím ve vzdělávání a hodnocení efektivnosti výuky. V dalším textu analyzujeme stereotypy klinické výuky, její kontextuální faktory a východiskové pedagogické teorie, které byly implementovány v klinické výuce.

1.1 Stereotypy a východiska klinické výuky

Zkoumání klinického prostředí, jeho aspektů, efektivnosti pro adekvátní přípravu sester nemá v českých a slovenských podmínkách dlouhodobou tradici. Klinická výuka byla do určitého období vnímána spíše jako formální součást vzdělávání zdravotnických pracovníků bez podrobnější analýzy její kvality, se standardním, dlouhodobě neměnným modelem její realizace.³ V rámci transformace vzdělávání sester v České a Slovenské republice v souvislosti se vstupem do Evropské unie (dále EU) byla věnována větší pozornost klinickému výukovému prostředí a také kvalitě a organizaci klinické výchovy obecně. Slovenské a české vzdělávací instituce měly možnost participovat na několika evropských projektech zaměřených na implementaci nových

2 Konceptuální analýza je kvalitativní metoda zaměřená na vymezení základních atributů, znaků zkoumaného pojmu. Prostřednictvím vymezení definujících znaků pojmu, jejich diferenciací od irelevantních, vedlejších znaků se upřesňuje význam pojmu, který byl dříve vágní (nejednoznačný). V dané práci byl použit Walkerův-Avantův model konceptuální analýzy, který na základě několika kazuistik identifikuje nejen definující znaky (atributy) pojmu, ale také jeho související antecedenty (spouštěče, determinanty) a konsekvence (následky).

3 V tradičním modelu má učitel klinické praxe dvojí zodpovědnost – za výuku skupiny studentů na klinickém pracovišti stejně jako za teoretickou výuku. Modely klinické výuky jsou blíže rozpracovány v podkapitole 2.3.2.

perspektiv a koncepcí v klinické výuce v pregraduálním vzdělávání sester – zejména mentorství a klinické supervize.

Projekty v této oblasti (např. síťové projekty, projekty celoživotního vzdělávání)⁴ se zaměřovaly na výměnu vědomostí, zkušenosti s modely klinické výuky mezi jednotlivými zeměmi a perspektivu harmonizace klinické výuky v kontextu evropské diverzity. V důsledku těchto aktivit došlo ke změnám v tradičním modelu klinické výuky, určitému posunu ve vymezení rolí a kompetencí pedagogických pracovníků fakult v zajištění klinické výuky – od tradiční role pedagoga odpovědného za celou klinickou výuku na pracovišti až po roli kouče, tutora, resp. koordinátora klinické výuky (Barrett, 2007). Na druhé straně byla posílena role mentorů na klinických pracovištích při poskytování praktických cvičení.

V širším evropském kontextu byl výzkum zaměřený na klinické prostředí v profesionální přípravě sester ovlivněn taktéž transformací pregraduálního vzdělávání sester v zemích EU, která kontinuálně probíhala od 60. let 20. století (Saarikoski et al., 2013, s. 78).

Zvýšení zájmu o tuto problematiku souvisí také s demografickými, sociopolitickými a ekonomickými faktory sesterské profese, jako je např. globální nedostatek sester, předčasný odchod sester z profese, narůstající nespokojenost v zaměstnání a fluktuace sester, klesající zájem o ošetrovatelskou profesi a kontinuálně klesající počet absolventů oboru ošetrovatelství. Podpora vzdělávání studentů na pracovišti a investice do ní se považovaly za jeden z rozhodujících prvků rozvoje lidských zdrojů (Chan, 2001).

Základním předpokladem evropských projektů bylo zefektivnění klinické výuky prostřednictvím přípravy vyškolených mentorů klinické praxe a následně podpora spokojenosti studentů, jejich profesní identity, a tím i motivace zůstat v profesi.

Srovnávací studie byly publikovány v mezinárodních evropských projektech (Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010; Antohe et al., 2016; Dobrowolska et al., 2016). Porovnávaly klinické prostředí v souvislosti s organizací klinické výuky mezi evropskými zeměmi. První srovnávací výzkumy se realizovaly především v západních evropských zemích.

Nezahrnutí zemí střední a východní Evropy bylo odůvodněno kulturními rozdíly stejně jako rozdíly ve vzdělávání a organizaci klinické výuky (Warne et al., 2010, s. 811). V souvislosti s výzkumem v západoevropských zemích (Warne et al., 2010; Saarikoski et al., 2013) byl v rámci projektu *Empowering the Professionalization of Nurses through Mentorship* (dále EmpNURS) realizovaný komparativní výzkum (Antohe et al., 2016) ze zemí střední a východní Evropy (České republiky, Maďarska, Rumunska a Litvy).

Výsledky těchto aktivit poukazují na značnou variabilitu a rozmanitost při definování a implementaci konceptů souvisejících s modely klinické výuky, zejména mentorství v pregraduálním vzdělávání mezi zeměmi EU. Charakter vztahu mezi mentorem a studentem (individuální vs. tradiční skupinová výuka) byl ve studiích potvrzen jako nejdůležitější faktor ovlivňující efektivnost klinické výuky.⁵ Při pozoro-

4 Mezi projekty, na kterých jsme participovali, byl např. mezinárodní síťový *Thematic European Nursing Network*, program celoživotního vzdělávání Leonardo da Vinci *Workplace training in healthcare*, dále evropský projekt *Empowering the Professionalization of Nurses through Mentorship* (EmpNURS), Project NIL-II 006 TRENNS: *Theory, Research and Education in Nursing in Slovak – Norwegian Context* a mnohé další.

5 Blíže se analýze této oblasti budeme věnovat ve 2. kapitole.

vání aspektů klinického prostředí je pozornost zaměřena také na jeho latentní, skryté proměnné, které vyplývají nejen z navenek pozorovatelné péče a organizace výuky, ale především z interakčních, socializačních a emocionálních faktorů. V tomto kontextu Chan (2002) zdůrazňuje, že klinické výukové prostředí je multidimenzionální entitou s mnohostranným, složitým sociálním kontextem, který ovlivňuje výsledky a profesní růst studentů. Mnohé výzkumy (Papp et al., 2003; Lewin, 2007) upozorňují na skutečnost, že výukový potenciál klinického prostředí nemusí být v souladu s požadovanými kompetencemi studentů ze strany vzdělávací instituce a během klinické výuky může docházet spíše k rozdílu mezi teorií a praxí než jejich integraci. Příčinou mohou být podle Oermannové a Gabersonové (2007) nedostatečné strukturální parametry prostředí (např. nedostatek personálu, časová tíseň atd.) stejně jako zažité stereotypy. Přehledně je zpracovaly australské autorky Hendersonová et al. (2012). Z historického hlediska považují klinickou výuku za ritualistickou, založenou na určitých profesních stereotypech.

Prvním stereotypem označují funkční systém přerozdělování úkolů studentům na praxi, resp. orientaci na plnění úkolů. Cílem vedení studentů v rámci klinické praxe je splnění určených výkonů, častokrát rutinním způsobem vycházejícím ze zvyklostí daného pracoviště.⁶ Zaměření na výkonnost se promítá v behaviorálním vymezení kompetencí studentů ošetrovatelství.⁷ Hendersonová et al. (2012) uvádějí, že daný přístup nepodporuje u studentů rozvoj schopností, jakými jsou klinická rozvaha, kritické myšlení, reflexe apod., ale naopak vede k rigidnímu, strukturovanému, ritualistickému plnění úkolů a tendenci studentů „vyhovět“ rutinnímu chodu pracoviště. Druhým stereotypem označují „endemii“ ošetrovatelského procesu v klinickém vzdělávání. Důraz kladený na jednotlivé fáze ošetrovatelského procesu sice u studentů podporuje reflexi potřeb pacienta, ale na druhé straně jde o přístup, který je do jisté míry redukcionistický, fragmentující, nepodporující reflexi a kritické myšlení. V oblasti využívání ošetrovatelského procesu (především v oblasti ošetrovatelské diagnostiky) nacházíme v klinické výuce spíše dichotomii teorie a praxe než její propojení. Během klinické praxe jsou studenti vedeni k důslednému dokumentování jednotlivých fází

6 Funkční systém péče se promítl do vzdělání.

7 McMullan et al. (2002, s. 285) navrhuji následující tři normativní konceptualizace, které tvoří základ současných přístupů k hodnocení pojmu „kompetence“. První z nich je behaviorální přístup, který se používá nejčastěji, zejména ve Velké Británii a evropských zemích. Kompetence (ve významu *competence*) je definována jako činnost, chování nebo výsledek, který lze prokázat, sledovat a hodnotit. Jedná se o externí kompetence používané v řízení lidských zdrojů, jež jsou důležité při definování pracovních činností v dané pracovní pozici. Tyto kompetence se týkají povolání (McMullan et al., 2002, s. 286). Druhý je generický přístup více zaměřený na širší spektrum schopností jedince, které jsou koncepčně propojeny. Kompetence (*competency*) označuje základní charakteristiky jedince, jež souvisejí s jeho odbornou činností (vědomosti, porozumění, kritické myšlení, kompetence). Jde o vnitřní kompetence pracovníka používané v řízení lidských zdrojů, jež mají význam při vymezení požadavků na výkon povolání pro určitou pracovní pozici. Třetí přístup je označován jako komplexní, celostní přístup, ve kterém je kompetence vymezena jako dynamický, konstantně se měnící konstrukt, integrující vědomosti, dovednosti a postoje jedince s kontextem, ve kterém mohou být aplikovány. Výhodou tohoto přístupu ve srovnání s generickým je zakomponování kontextuálních faktorů a zdůraznění reflektivní praxe. V našich podmínkách dominuje behaviorální přístup k hodnocení, který se odráží i všeobecně v chápání kompetencí sester na legislativní úrovni (Kurucová a kol., 2014). Současně nemáme komplexní, holistický přístup k problematice kompetencí sester, což se projevuje v ignorování získané úrovně vzdělání sestry (*competency*) a nastavením pracovních činností sester (*competence*) zaměstnavateli.

ošetřovatelského procesu, resp. k vedení ve formě, která se v praxi nevyužívá nebo má pouze formální charakter. V důsledku toho mohou studenti vnímat ošetřovatelský proces spíše jako formální požadavek (ze strany vzdělávacích institucí, zákona), ne jako „zvnitřněný“ postoj, smysluplnou činnost s praktickým přínosem pro zkvalitnění a individualizaci péče.

Učení v klinických podmínkách, konfrontace s reálnými klinickými situacemi představuje komplexní proces implikující rozvoj širokého spektra schopností studentů, jakými jsou psychomotorické dovednosti, kritické myšlení, komunikační dovednosti a řešení problémů (klinické rozhodování), časový management a další (Sharif, Masoumi, 2005; Karayurt et al., 2008). Předchozí dva stereotypy ve vzdělávání v klinických podmínkách dominují i v našem prostředí. Strukturovaná observace výkonů studentů, seznamy výkonů ve formě záznamníků klinické praxe, hodnocení dokumentace fází ošetřovatelského procesu jsou nejčastějšími způsoby, které se využívají při hodnocení studentů. Současné přístupy ke klinickému vzdělávání by podle Hendersonové et al. (2012) měly nacházet oporu spíše v principech praxe založené na důkazech, a to především v podpoře hledání nových inovativních postupů, kritické analýzy a reflexe poskytované péče.

Gabersonová et al. (2015) analyzovali několik východisek filozofického kontextu klinické výuky – charakter současné klinické praxe; kompetence učitele/mentora klinické praxe; charakter klinické výuky; roli studenta v klinické praxi; atmosféru výuky; podmínky pro hodnocení studentů; základní vs. doplňující skrytá kurikula; kvalitu vs. kvantitu výuky; navržený vs. realizovaný učební plán. Budeme je blíže popisovat v následujícím textu.

Atributy klinické výuky

Klinická výuka jako reflexe charakteru praxe (teorie vs. praxe)

V rámci klinické výuky jsou studenti vystaveni skutečnosti klinické praxe, která nemůže být vyjádřena prostřednictvím simulace, resp. příklady z učebnic. Schön (1987) přibližuje dva druhy problémů, s nimiž se sestry setkávají v klinické praxi. První skupinou jsou problémy, jejichž řešení je založeno na technických, manuálních dovednostech, klinických znalostech a zkušenostech, praxi založené na důkazech, event. se při jejich řešení můžeme přidržovat standardních, klinicky doporučených postupů (např. při komplikacích výkonů atd.). Druhou skupinu problémů přirovnává k „nejasnému terénu“, ve kterém vnímáme variabilitu, složitost, nejasnost, komplexnost problémů, resp. u nich vzniká hodnotový konflikt. Tyto problémy jsou častokrát „rezistentní“ proti vědomostem a dovednostem expertů (např. nedostatečná spolupráce pacienta při léčbě). Klinická výuka by proto neměla být založena pouze na využívání dobře strukturovaných problémů, na které lze nalézt odpovědi v odborné a vědecké literatuře, v medicínských a ošetřovatelských databázích. Naopak by měla vyzdvihovat ty situace, ve kterých jsou odpovědi nejednoznačné, informace jsou často rozporuplné a mnohovýznamové.

Druhou rovinou může být vnímání rozdílů mezi teorií a praxí. Často se setkáváme se situacemi, kdy se výkony realizované v podmínkách simulačních učeben liší od těch, které studenti vykonávají v klinické praxi u pacientů. Dostupnost pomůcek, reakce pacienta, časový prvek, požadavky na zaměstnance na pracovišti jsou faktory, jež ovlivňují úroveň výkonu. Výsledkem může být kolísání mezi dvěma extrémy –