

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, Ph.D.

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 zvládnání závažných 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 ošetřovatelství bylo a stále je poznamenáno značnou 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 kompetencí. V jednotlivých kapitolách jsou prezentovány a shrnuty výsledky zahraničních výzkumů a našich empirických výstupů zaměřených na sledování vztahu mezi aspekty klinické výuky a kompetencemi studentů. Vzdělávání a kompetence sester se u nás do jisté míry stávají politickými tématy s rezonujícími diskuzemi o výhodách předcházejícího 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 nedostatek sester a předčasný odchod mladších sester z profese zintenzivňují zájem evropských 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, implementace 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 zařízení 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 kauzistik 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 zažitá 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 –

adaptace na „rutinní“ pracovní prostředí nebo odmítání provedení daného výkonu a rigidní setrvávání na učebnicových zásadách.

Další dichotomií může být výše zmíněná problematika ošetřovatelské diagnostiky, event. její zdůrazňování ve vzdělávání a její reálné (ne)využívání v klinické praxi. Ošetřovatelská diagnostika je u nás součástí vzdělávacích kurikulů přibližně od poloviny 90. let 20. století, avšak širší implementace ošetřovatelských diagnóz v klinické praxi nastala až po zakomponování diagnostiky do právních norem usměrňujících ošetřovatelskou praxi⁸ v posledním desetiletí (Žiaková a kol., 2013). Používání ošetřovatelských diagnóz v klinické praxi přináší různé názory. Na základě vlastních zkušeností můžeme víceméně předpokládat, že sestry i studenti vnímají zatím ošetřovatelské diagnózy jako formální požadavek. Za negativní faktory, resp. bariéry v efektivním využívání ošetřovatelských diagnóz můžeme považovat především strukturu a organizaci práce ve zdravotnických zařízeních, jako např. rozvržení práce na oddělení, počet výkonů, administrativní zátěž, nedostatek času, počet pacientů na sestru, charakter ordinací lékaře, nejednotnost v používání terminologie apod. Objevují se i práce, které naopak uvádějí pozitivní faktory, zlepšující využití a přesnost diagnóz. Jako pozitiva byly identifikovány vzdělávací programy zaměřené na zlepšení diagnostických dovedností. Paans et al. (2011) ve svém přehledu 24 studií identifikovali následující 4 skupiny faktorů ovlivňujících využívání a přesnost ošetřovatelských diagnóz v klinické praxi: a) *diagnostické kompetence* (zahrnující postoj a angažovanost k diagnóze, zkušenosti a odbornost v dané diagnóze, znalosti související s daným problémem a diagnostikou, dovednosti při zdůvodňování dané diagnózy); b) *prostředky a vzdělání v oblasti diagnostiky* (usměrňované klinické zdůvodňování – argumentace, edukace v oblasti ošetřovatelského procesu, implementace klasifikačních systémů, strukturované dokumentární záznamy); c) *složitost, komplexnost situace pacienta* (kulturní rozdíly ve vyjadřování potřeb pacienta, způsob vyjádření závažných diagnóz, vážné lékařské diagnózy ve specifických oblastech); d) *nemocniční politika a prostředí* (počet pacientů na sestru, pracovní zátěž, čas strávený na ošetřovatelských diagnózách, dominance biomedicínského modelu, administrativní zátěž, postoj lékařů k ošetřovatelské diagnostice, způsob vedení dokumentace na oddělení). V souvislosti s praktickou využitelností ošetřovatelského procesu v klinickém vzdělávání bychom upozornili na výsledky slovenské kvalitativní studie (Žiaková a kol., 2013), ve které autoři analyzovali na základě čtyř faktorů (kompetence a zkušenosti sestry; možnosti a kvalita vzdělávání; stav pacienta; organizační faktory) zkušenosti sester s využitím ošetřovatelské diagnostiky ve výuce a praxi. Zaměřili se na dva základní faktory – stimuly a bariéry, ke kterým se sestry vyjadřovaly. Překvapivé zjištění v dané práci bylo, že sestry nevnímaly význam, využitelnost ošetřovatelské diagnostiky ke zlepšení péče o pacienty. Bariéry v používání ošetřovatelských diagnóz identifikovaly především v oblastech organizačních faktorů, kompetencí a vzdělávání sester, tedy v oblastech týkajících se samotného oboru nebo péče. Také bariéry v této oblasti se týkaly úrovně verbalizace problému pacientem, nikoli však závažnosti stavu pacienta. Uvedená zjištění mohou naznačovat, že při identifikaci bariér využívání ošetřovatelských diagnóz se sestry za-

8 Ve Slovenské republice je použití ošetřovatelských diagnóz zahrnuto do následujících zákonů a vyhlášek: zákon č. 576/2004 Sb., vyhlášky MZ SR č. 306/2005, kterým se stanoví seznam ošetřovatelských diagnóz; Odborné pokyny MZ SR o vedení zdravotnické dokumentace č. 07594/2009 – OZS. V České republice není ošetřovatelská diagnostika zakomponovaná do legislativních norem.

měřují spíše na technické a administrativní aspekty práce s diagnózami než na jejich „klinické zvládnutí u pacienta“. Jedním z vysvětlení může být, že ošetrovatelské diagnózy v klinické praxi vnímáme především jako problém teoretického vymezení a ne východiska pro intervence, jako je např. při diagnostice v jiných oborech (v medicíně, psychologii apod.). V klinické výuce je třeba se více zaměřovat na přibližování konkrétních příkladů benefitů správné diagnostiky a negativních konsekvencí nesprávné diagnostiky a kultivaci postoje studentů k ošetrovatelské diagnostice.

Student není sestra (učení vs. výkon)

Během klinické praxe jsou studenti ve dvou různých, ale vzájemně propojených kontextech, které ovlivňují jejich proces učení v klinickém prostředí – ***v kontextu učení a v kontextu vykonávání činností ošetrovatelské praxe.***

Kontext učení se vytváří, když je proces učení uznaný za legitimní aspekt klinické situace. V této situaci sestry (mentorky), učitelé a další členové zdravotnického týmu vedou studenty k observaci, reflexi situace, resp. vysvětlují její různé aspekty.

Pozorování a učení je součástí vedení studentů. Druhý kontext, kontext provádění ošetrovatelské praxe, představují situace, ve kterých student musí provádět jednotlivé činnosti v návaznosti na cíle vzdělávání. Studenti v klinické praxi potřebují mít zkušenosti v obou kontextech a efektivní vedení studentů vyžaduje jejich propojení. Ideální klinické prostředí dokáže v rozumné míře využívat a přemostovat uvedené dva kontexty, tzn. že poskytuje podmínky pro profesní růst, rozvoj kompetencí a dovedností v kombinaci s rozvojem nezávislého myšlení a otevřenosti ke změně. Vzdělávací potenciál pracoviště ovlivňuje optimální propojení kontextu učení a ošetrovatelské praxe (Gaberson et al., 2015). S uvedenou problematikou souvisí i další zásada klinické výuky, a to poměr kvantity a kvality vzdělávání na klinickém pracovišti. Jednou z klíčových otázek pro učitele klinické praxe/mentory může být čas potřebný k učení některých témat v učebních osnovách: např. jaký poměr času by měli věnovat provádění ošetrovatelských činností a jaký čas vzdělávacím aktivitám, např. analýze případových studií, opakování vybraných klinických témat, simulačním cvičením, aktivitám samostudia apod.

Gabersonová et al. (2015) vysvětlují, že by časové schéma mělo být přizpůsobeno jednak individuálním schopnostem studenta, ale také důležitosti témat. Dvouhodinová aktivita, jež vede ke vzniku nových základních dovedností, může být důležitější než osmihodinové opakování naučených dovedností.

S tím souvisí otázka rotace, cirkulace studenta mezi jednotlivými pracovišti během klinické výuky, což je velmi diskutováno v ošetrovatelských výzkumech. Jak dlouho by měl student mít praxi na každém pracovišti? Je pro získání lepších studijních výsledků efektivnější častější cirkulace mezi pracovišti, nebo delší setrvání na jednom místě? Warne et al. (2010) v mezinárodním výzkumu z devíti západoevropských zemí studoval vztah mezi délkou klinické praxe a spokojeností studentů s klinickým prostředím. Pravidelné setkání s mentorem a individuální vedení mentorem⁹ po dobu nejméně 7 týdnů byly faktory spojené s vyšší spokojeností studentů s klinickou výukou. Můžeme předpokládat, že vyšší spokojenost studentů je spojena s vyšší kvalitou klinické výuky a větším rozvojem jejich kompetencí. V našem výzkumu (Gurková a kol., 2016), provedeném na souboru 503 studentů ošetrovatelství 2. a 3. ročníků ze šesti sloven-

9 To znamená vztah jeden student–jeden mentor během klinické praxe na daném pracovišti.

ských univerzit, jsme nepotvrdili signifikantní vztah mezi hodnocením klinického prostředí studenty a délkou klinické praxe. V našem souboru pouze 34 % studentů mělo klinickou praxi na daném pracovišti déle než 4 týdny. Jedním z vysvětlení může být kratší klinická praxe studentů ve zmíněném výzkumu ve srovnání se souborem v práci Warne et al. (2010). Přetrvávající způsob rozdělení výuky na dva semestry a klasický rozvrh hodin stejně jako plánování praxe ve všech základních odděleních neumožňují studentovi zůstat na jednom pracovišti déle. Z hlediska zjištění efektivního klinického prostředí je proto důležité zkoumat vliv délky klinické praxe na jednotlivých pracovištích a její vztah k rozvoji klinických kompetencí, studijních výsledků posluchačů atd.

Čas učení, čas hodnocení (učení vs. hodnocení)

Získávání praktických dovedností je komplexní proces zahrnující i vytváření chyb a učení se, jak se jim následně vyhnout a korigovat je. Jednou z důležitých zásad klinické výuky je usměrňovat studenta při realizaci ošetrovatelských intervencí, poskytnout mu čas a prostor k získání odpovídajících dovedností. Zkušený pedagog a mentor by měl vytvářet atmosféru vzájemné důvěry a respektu během klinické výuky, poskytovat konstruktivní zpětnou vazbu. Blíže problematiku analyzujeme ve 2. kapitole.

Základní a rozšiřující kompetence v kurikulu (podstatné vs. druhotné)

Obsah vzdělávacích kurikul se může z hlediska důležitosti (neformálně) diferencovat na tzv. esenciální, klíčové a doplňkové kompetence.

Druhá úroveň představuje obsah vzdělávání zaměřený na oblasti, které nejsou zásadní, rozhodující, ale jejich realizace zvyšuje kvalitu vzdělávání. V žádném vzdělávacím programu nemáme k dispozici neomezené množství hodin klinické výuky. Klinická výuka by se proto měla zaměřit na nejčastěji se vyskytující problémy, oblasti, s nimiž se setkávají studenti na daném pracovišti. Z vytvořeného seznamu např. 10 vzdělávacích výsledků/cílů tak mentor/učitel klinické praxe může vyselektovat 5 nejdůležitějších, které jsou potřebné pro profesionální přípravu budoucího kompetentního odborníka na pracovišti (Gaberson et al., 2015).

Učební plán a jeho realizace (záměr vs. skutečnost)

Gabersonová et al. (2015) uvádějí, že učební plány, osnovy kurikula fungují na dvou úrovních – teoretické a praktické. Teoretická úroveň zahrnuje vymezené výsledky, podmínky, učební plán navržený v procesu akreditace studijního programu.¹⁰

Praktická úroveň představuje reálně dosažené výsledky a realizované oblasti. Učitel klinické praxe/mentor přizpůsobuje v daném čase učební plán podmínkám, dostupným zdrojům klinického pracoviště nebo individuálním potřebám studentů a pacientů. Podle Gabersonové et al. (2015) by vzdělávací instituce neměla důsledně předepisovat obsah a cíle vzdělávání jednotlivých pracovišť, zejména proto, aby student nevnímal rozpor/rozdíl mezi svými vzdělávacími aktivitami a klinickou zkušeností.

¹⁰ V našich podmínkách pro tento účel slouží tzv. informační listy předmětů, resp. sylaby, které zahrnují druh, rozsah, metodu vzdělávacích činností, podmínky absolvování předmětu, výsledky vzdělávání, sylabus – stručnou osnovu předmětu – a doporučenou literaturu.

Skryté kurikulum (*hidden curriculum*)

Skryté kurikulum je diskutovanou problematikou ve vzdělávání v pomáhajících profesích (Allan et al., 2010). V posledních 15 letech bylo důležitým tématem v publikacích věnujících se profesionalizaci ve zdravotnictví a zdravotnické etice. V současné době se analyzuje v několika profesích, včetně ošetrovatelství. MacMillan (2016) jej popisuje jako neformální studijní plán, učební osnovy, jejichž funkcí je socializovat studenty v oblasti profesního chování a klinické praxe. Skryté kurikulum obsahuje procesy, tlaky, omezení, která se vyskytují mimo formální, explicitně stanovené učební osnovy, kurikula. V kontextu s klinickou výukou ho popisují Wear a Skillcorn (2013) jako to, co se děje na klinických pracovištích, přičemž může jít o svérázné, neplánované a oportunistické instrukce ze strany mentora, učitele a zdravotnického personálu. Najdeme ho v jazyce, metodách, strategiích pedagogů a mentorů a v jejich procesu výuky. Představuje implicitní, nepřímou vyjádřenou složku vzdělávání, verbálně i neverbálně vyjádřené, skryté odkazy, signály, probírání vzorců chování, vyjadřování mentorů, zdravotnického personálu apod. To může být obsaženo v převládající hegemonii zdravotní péče a výukového prostředí, stereotypech sesterské profese (např. ošetrovatelství jako ženská profese).

V souvislosti se socializací studentů na klinických pracovištích má mentor nenahraditelnou roli. Allan et al. (2010) zdůrazňují, že právě prostřednictvím skrytého kurikula dochází u studentů k formování profesních rolí a chování. Skryté kurikulum v klinické výuce zahrnuje procesy socializace studentů na daném pracovišti, které jsou ovlivněny chováním zkušených odborníků – učitelů klinické praxe, mentorů a dalších. V odborné literatuře je skryté kurikulum diskutované v souvislosti s globalizací vzdělávání, resp. snahou o kompatibilitu vzdělávání mezi zeměmi (harmonizace pregraduálního vzdělávání sester v rámci EU). Např. v souvislosti s transformací vzdělávání sester v České republice a na Slovensku byl zaveden nový systém, obsah vzdělání, s nímž jsme dosud měli zkušenosti (např. implementace mentorství).

* * *

Výše uvedená východiska naznačují, že kontext prostředí, v němž probíhá klinická výuka, je specifický. Ve srovnání s tradiční předklinickou teoretickou výukou má své specifické požadavky, determinanty, očekávání a důležitost. Právě z hlediska jeho významu v profesionální přípravě sester se vyžaduje od vzdělávacích institucí kontrola kvality (Mansutti et al., 2017), použití transparentních, konzistentních a měřitelných ukazatelů procesu, obsahu a výsledků klinické výuky. Sirkka et al. (2015) upozorňují, že při hodnocení kvality výuky byla věnována větší pozornost především aspektům teoretické přípravy. V oblasti hodnocení kvality klinické výuky kritizují fragmentované přístupy jejího monitorování (např. ve formě zpětné vazby získané od posluchačů nebo hodnocení odborné způsobilosti mentorů). V následujících kapitolách analyzujeme přístupy k hodnocení klinického prostředí, včetně nástrojů měření, které lze využít k posouzení kvality pregraduálního vzdělávání sester.

1.2 Teoretické přístupy zkoumání klinického výukového prostředí

Klinické prostředí si můžeme představit jako klasickou třídu s řadou specifík. Ve srovnání s tradiční školní simulační učebnou se výuka odehrává v komplexním sociálním kontextu, kdy učitel nebo mentor musí sledovat nejen potřeby studentů, ale také pacientů a zdravotnického personálu. Klinické výukové prostředí v ošetrovatelství je založeno na sociálně-participativním modelu, situačních (autentických, realistických) a zážitkových (zkušenostních) koncepcích vyučování (Bergjan, Hertel, 2013).

V ošetrovatelství bylo v souvislosti s klinickou výchovou analyzováno a realizováno několik pedagogických a psychologických teorií a přístupů, zejména teorie situačního vyučování – tzv. *teorie o legitimní okrajové participaci* (Lave, Wenger, 2001); *zkušenostní učení* – Kolbův učební cyklus (Kolb, 1984); *zážitkové učení* – Jarvisova zážitková pedagogika (Jarvis, 2004) a *sociálně-kognitivní teorie* (Bandura, 1991).

Jednotlivé koncepty výše zmíněných pedagogických teorií budeme konkretizovat a popisovat ve specifických podmínkách pregraduálního vzdělávání v ošetrovatelství.

1.2.1 Klinické prostředí a situační koncepce vyučování

Situační koncepce výuky v pedagogice obecně zdůrazňují sociální aspekt učení – tzn. že prostředí, ve kterém učení probíhá, je stejně důležité jako samotný obsah učiva. Klinické výukové prostředí dává studentům ošetrovatelství nejen prostor k učení, poskytuje dosažení vzdělávacích cílů, ale také ovlivňuje způsob, jakým proces učení probíhá. Situační výuka se opírá o teorii *situační kognice* (Brill, 2001 in Gavora, Kisošová, 2003), která předpokládá, že ideální způsob učení je ve spojení přirozené situace a kognice. Student se tedy učí z komplexnosti praktické situace, ne ze zadaného abstraktního úkolu, který bývá dekomponovaný, fragmentovaný a nesituační (Gavora, Kisošová, 2003).

Proces získávání odborných kompetencí v klinickém prostředí vychází z předpokladů situačního vyučování a zapojení studentů do specifické odborné komunity, ve které se učí neformální reakci v daných sociálních situacích s důrazem na komunikaci s odborníky. Situační učení neobsahuje jen získávání partikulárních psychomotorických dovedností v jednotlivých ošetrovatelských výkonech, ale zahrnuje i získávání širších zkušeností a schopností. V rámci participace v ošetrovatelské péči student využívá, aplikuje svoje vědomosti (uvědomuje si jejich význam v jednotlivých situacích) a zároveň se adaptuje na kulturu pracoviště – osvojuje si hodnoty, postoje, představy a další atributy dané kultury (tzv. výše uvedené *hidden curriculum*). Situační výuka se tedy snaží o jednotu tří prvků – kognice, situace a kultury (Gavora, Kisošová, 2003).

Teorie o *legitimní okrajové participaci* (Lave, Wenger, 2001) vysvětluje, že student nejdříve zastává okrajovou pozici. V analogii s klinickou výukou v ošetrovatelství to znamená, že během prvních cvičení postupně „absorbuje“ kulturu pracoviště (Melincavage, 2010), zejména při pozorování zkušených sester, učitelů/mentorů. Tato pozice se označuje za legitimní, protože učící se objekt se stává od začátku řádným členem „komunity praxe“ (odborná komunita zkušených sester). Postupně, když získává nové zkušenosti, se dostává z okrajové pozice „nováčků“ (*newcomer*) do postavení „ostříleného veterána“ (*old-timer*) s většími kompetencemi, nezávislostí, zodpovědností. Bergjan a Hertel (2013) však poukazují na skutečnost, že v porovnání s jinými obory studenti ošetrovatelství neobjevují svou profesi „od periferie do centra“, ale často se přímo podílejí na klíčových aspektech péče o pacienty a jejich rodiny. Laveová a Wenger

(2001) ve své teorii popisují, že komunita praxe (v našem případě sester, lékařů, dalších členů zdravotnického týmu) má své (neformální) směrnice, postupy definující, kdo je v ní odborníkem, kdo outsiderem nebo kdo stojí mezi uvedenými dvěma póly.

Studenti ošetrovatelství jsou během klinické praxe v komunitě, která sestává nejen z členů zdravotnického týmu, ale také z pacientů, vrstevníků z jiných ročníků, oborů apod. Pozice začátečníka na oddělení je spojena s úzkostí z prostředí a snahou dostat se z okrajového postavení do středu mezi odborníky. Úkolem učitele klinické praxe/mentora je usměrňování, podpora a vytváření příležitostí pro studenty s cílem jejich progresu v tomto procesu. Pokud přístup personálu a učitele/mentora udržuje pouze okrajovou participaci studentů, může to však u něj vést k vyšší míře úzkosti a demotivace.¹¹

Další teorie situačního učení, která byla implementována v pregraduálním vzdělávání sester, je kognitivní „učňovská“ teorie (*Cognitive Apprenticeship theory*, Brown et al., 1989 in Melincavage, 2010). Uvedená teorie spolu s teorií o legitimní okrajové participaci jsou součástí situačních koncepcí výuky. Gavora a Kisořová (2003, s. 79) ji vysvětlují následně:

„... jde o model učení, založený na situační kognici, autentické činnosti a sociální interakci, a uskutečňuje se podobným způsobem, jako je to v učení se řemeslu. Student se v něm seznamuje s kognitivními nástroji, osvojuje si je a rozvíjí v reálné situaci. Učení je založeno na autentické činnosti, ve které se student naučí „kulturu praxe“. Používání metafory učňovského učení zdůrazňuje význam činnosti při učení se a praktických poznatků zakotvených v situaci, přičemž při učení dochází k nové enkulturaci. Postupuje se od pozorování činnosti, kterou předvádí odborník, k pochopení této činnosti, pak k jejímu napodobování a nakonec k vlastní samostatné činnosti. Úloha učitele v kognitivním učňovském učení je zásadně odlišná od tradičního učení. Učitel po předvedení vzorové činnosti poskytuje studentovi podporu (scaffolding). Jedná se o méně přímý a někdy ještě méně explicitní způsob předávání poznatků učícímu se subjektu. Podpora se skládá z návrhů, komentářů, pochvaly a podobných zásahů učitele. V průběhu výuky učitel stále méně přispívá k učení se studenta a nakonec ustoupí do pozadí (fading), takže studenti pracují zcela samostatně. Míra a intenzita podpory učitelů klesá přímo úměrně s tím, jak student získává dokonalost a dovednost v práci s učivem.“

1.2.2 Zkušenostní, zážitkové učení a reflektivní praxe

Aktuální odborná literatura věnovaná problematice klinických simulací, klinické výuky, mentoringu a klinické supervize v ošetrovatelství zdůrazňuje přístup založený na známých teoriích zážitkové pedagogiky (Rose, Best, 2005). Diskutované a nejvíce citované jsou zejména práce autorů Kolba (Kolbův cyklus učení, Kolb, 1984) a Jarvise (Jarvis, 2004). Kolbova koncepce – cyklus zkušenostního/zážitkového učení¹² – a Jarvisova teorie zkušenostního učení jsou systematicky a komplexně zpracovávány v sociálních vědách – pedagogických (zejména v andragogických), psychologických, v oblasti roz-

11 Uvedený vztah blíže popisujeme ve 2. kapitole.

12 V literatuře nacházíme různý překlad konceptu *experiential learning*. Někteří autoři jej interpretují jako zážitkové, jiní jako zkušenostní učení (Dočekal, 2012). V naší práci jsme nakloněni názoru Dočekala (2012), který dává přednost použití termínu zkušenostní z důvodu akcentace výstupu cyklu učení – zkušenosti. V procesu učení (prostřednictvím reflexe) se počáteční zážitek (začátek cyklu) transformuje do zkušenosti (výstup cyklu).

voje lidských zdrojů. Svoje uplatnění nacházejí v programech profesního, osobního rozvoje, odborného vzdělávání, institucionálního rozvoje vysokoškolského vzdělávání, v sociálně-psychologickém výcviku, koučování atd. V naší práci jsme se zaměřili na analýzu jejich využití v klinické výuce v ošetrovatelství.

Kolbova teorie zkušenostního učení je založena na předchozích významných psychologických a pedagogických teoriích a modelech, jejichž ústředním pojmem je zážitek/zkušenost (*experience*).¹³ Proces učení (obsahující percepční/smyslovou, afektivní/emocionální, behaviorální/konativní a symbolickou/kognitivní součást) je podle teorie proměna/transformace zážitku na vědomosti a zkušenosti. Kolbův cyklus lze shrnout do vzájemného (spirálovitého)¹³ propojení následujících konceptů:

- **zážitek** (prožívání) – vztahuje se k tomu, co student vidí, dělá (např. odběr krve u pana XY)
- **reflexe** (uvážlivé pozorování) – zkoumání situace, zážitku, vyjasňování toho, co se stalo, co student a ostatní prožívali (např. úzkost z výkonu, strach z reakce pacienta, pozorování ostatních, zapomenutí na pomůcky)
- **konceptualizace** (abstrahování, zevšeobecnování) – hledání nových informací, formování nových myšlenek a následně lepší porozumění tomu, co se stalo (např. vyhýbání se výkonům na oddělení)
- **experiment** (aktivní zkoušení) – zkoušení nových způsobů (např. vytvoření hierarchie činností, pozorování ostatních při výkonech, odstranění rušivých faktorů, dostatek času na výkon)
- **zkušenost** (nová zkušenost/vědomost iniciující další učební cyklus) – implementace nových myšlenek v praxi (odběr krve u jiných pacientů)

Jednotlivé složky cyklu jsou znázorněny na obrázku 1.1. V kontextu klinické výuky dochází prostřednictvím reflexe k přeměně zážitků na nové vědomosti, dovednosti a postoje (nové zkušenosti). Zkušenostní učení je výchozím bodem reflektivní praxe (Driscoll, 2007; Gibbs, 1988; Bulman, Schultz et al., 2013), která byla zakomponovaná v tzv. Gibbově modelu reflexe (obr. 1.2). Reflektivní praxe je podle Knechtové a Vaňkové (2014) nastavení učebního prostředí, které podporuje záměrný proces zpětné vazby a přemýšlení o klinické situaci, jež vede k hlubšímu nahlédnutí do dané situace a následně ke změně v praxi.

V porovnání s tradičními výukovými metodami stavějícími na memorování a reprodukování faktů zdůrazňuje zkušenostní učení hlubší porozumění zážitkům, vytváření nových zkušeností a jejich vzájemné propojování. Ústředním nástrojem v tomto procesu je reflexe zahrnující:

¹³ Kolb ve své teorii navázal na předcházející práce Johna Deweyho (zakladatele experimentalismu, který zdůraznil získávání zkušeností z praktické činnosti a aktivního experimentování), Kurta Lewina a Jeana Piageta. Zdůraznil také propojení své teorie s dalšími zdroji zkušenostního učení (Dočekal, 2012). Kolbova teorie představuje syntézu děl výše uvedených autorů. Klíčovým ideovým východiskem Kolbovy teorie byl Lewinův model zkušenostního učení (Dočekal, 2012), který se skládá z *konkrétní zkušenosti (zážitku) – pozorování a reflexe* (reflektujícího pozorování) – *utváření, formování abstraktních konceptů a zevšeobecnění* (konceptualizace abstraktních pojmů) – *testování důsledků konceptů v nových situacích* (aktivní experimentování). Piagetova teorie genetické epistemologie vývojových stadií dítěte byla výchozím bodem Kolbovy typologie stylů učení. Kolb definoval čtyři styly učení – divergentní (s dominantním stylem prožívat a vnímat), asimilující (ve stylu učení dominuje percepce a myšlení), konvergující (tzv. myšlení a jednání) a akomodující (prožívání a jednání).