

ZAAWANSOWANE KOMPETENCJE MENTORSKIE

**Moduły I-III zaawansowanych
kompetencji mentorskich**



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante



Projekt Wysokiej jakości mentoring służący rozwojowi kompetentnych studentów pielęgniarstwa (ang. QualMent) powstał przy wsparciu Komisji Europejskiej. Wsparcie Komisji Europejskiej przy tworzeniu tego materiału nie stanowi potwierdzenia dla treści, która odzwierciedla jedynie poglądy autorów, więc Komisja nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek wykorzystanie informacji w niej zawartych.

RedakcjaDr Kristina Mikkonen¹Dr Olga Riklikiene²Dr Bojana Filej³Dr Boris Miha Kaučič³

*1Uniwersytet w Oulu, Wydział Medycyny, Jednostka
Badawcza Nauk o Pielęgniarstwie i Zarządzaniu
Zdrowiem, Finlandia*

2Litewski Uniwersytet Nauk o Zdrowiu, Litwa

*3Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa w Celje, Instytut
Badawczy, Słowenia*

Recenzenci

Profesor nadzwyczajny, dr Nadja Plazar

Adiunkt, dr Tamara Štemberger Kolnik

Korekta

Ashlee Oikarainen

mgr Alenka Brezovšek

Tłumaczenie

K&J Translations

Wydawca

Visoka zdravstvena šola v Celju / Wyższa
Szkoła Pielęgniarstwa w Celje

Projekt publikacji

Tina Červan, Neža Penca

Dostępne na stronie internetowej:<http://www.qualment.eu>**Rok wydania**

2021

CIP - Katalożni zapis opublikacji

Univerzitetna knjižnica Maribor

616-083:378+005.963.2

ZAAWANSOWANE kompetencje
mentorskie [Elektronski vir] : moduły I-III
zaawansowanych kompetencji mentorskich
/ redaktorzy Kristina Mikkonen ... [et al.]. -
E-publikacja. - Celje : Visoka zdravstvena
šola, 2021

Metoda dostępu (URL): <http://www.qualment.eu>

ISBN978-961-92865-9-3

1. Mikkonen, Kristina

COBISS.SI-ID 68278531

O projekcie QualMent

*Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa w Celje była koordynatorem europejskiego projektu rozwojowego i badawczego o nazwie **Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent)**, który został wybrany w ramach programu Erasmus+ Partnerstwa Strategicznego w Szkolnictwie Wyższym.*

*Partnerami projektu są: **Wyższa Szkoła Pielęgniarstwa w Celje** (Słowenia), **Uniwersytet w Oulu** (Finlandia), **Uniwersytet Nauk o Zdrowiu** (Litwa), **Uniwersytet w Alicante** (Hiszpania) oraz **Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN)**. .*

*Omawiany projekt był realizowany w terminie **od 1 września 2018 roku do 31 sierpnia 2021 roku**.*

Zamierzeniem projektu było opracowanie programu szkoleniowego dla mentorów klinicznych w celu podniesienia jakości praktyki klinicznej dla studentów studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo, która jest zgodna z dyrektywą UE. Projekt przyniósł trzy główne rezultaty. Więcej informacji o projekcie QualMent można znaleźć na stronie internetowej: <https://www.qualment.eu>

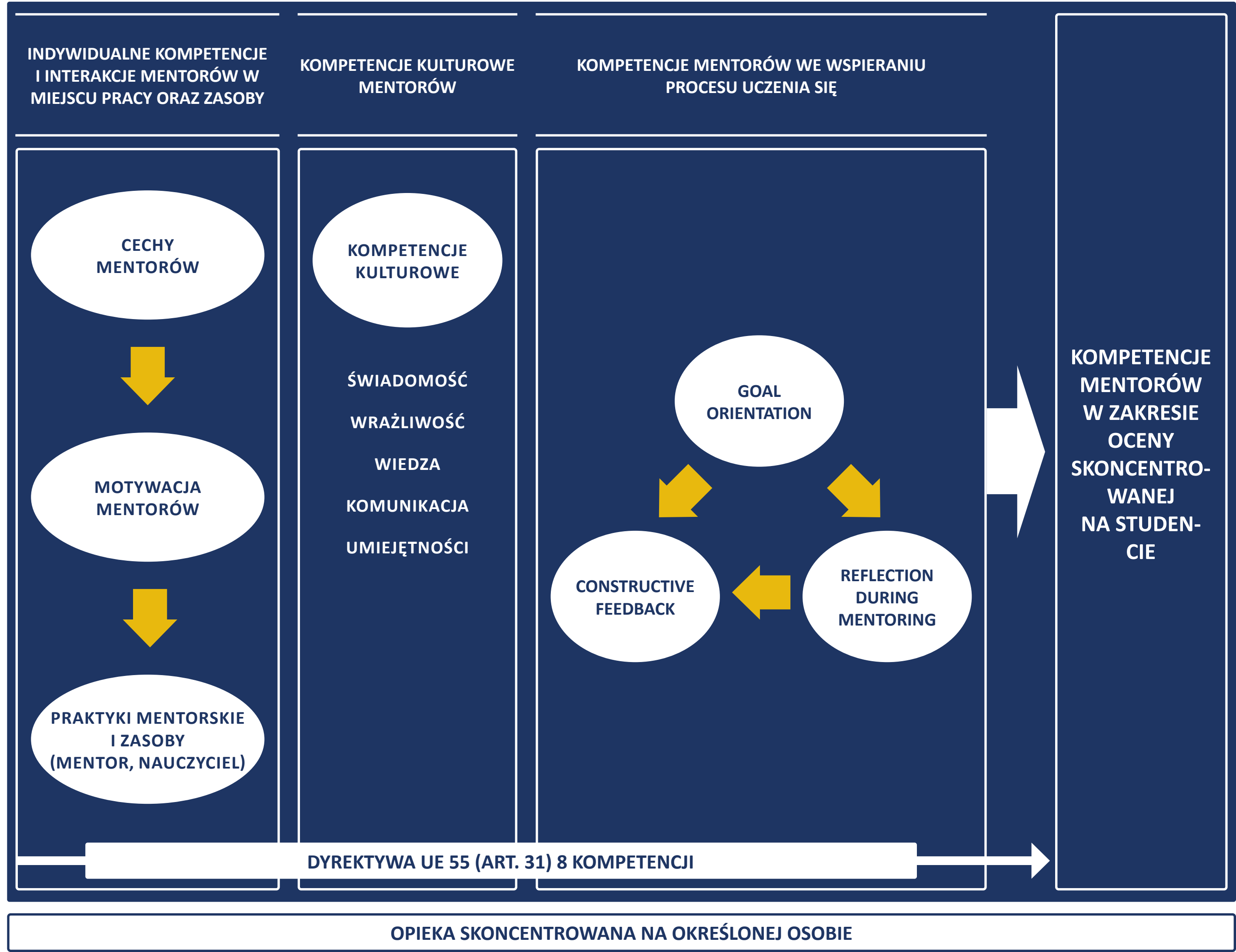
Wprowadzenie

Niniejsza publikacja dotycząca zaawansowanych kompetencji mentorskich zawiera opis modułów I¹, II² i III³ szkolenia w zakresie zaawansowanych kompetencji mentorskich. Celem tej publikacji jest wzmocnienie rozwoju kompetencji mentorskich u pielęgniarek klinicznych przez udostępnianie ogólnodostępnych treści edukacyjnych we wszystkich krajach Unii Europejskiej oraz zapewnienie konkretnych wskazówek dla mentorów w celu zwiększenia ich kompetencji mentorskich podczas pracy ze studentami pielęgniarstwa w ramach praktyki klinicznej. Niniejsza publikacja bazuje na opartym na dowodach modelu kompetencji mentora klinicznego (zobacz Rysunek 1), który został opracowany i przetestowany pilotażowo w ramach interwencji edukacyjnej z udziałem 216 mentorów w czterech krajach Unii Europejskiej (Finlandia, Litwa, Słowenia i Hiszpania) w ramach projektu Erasmus+ — Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent).

ZałożeniamowekursuModułówI-IIIobejmujątreści szkoleniowe, cele, wyniki uczenia się, formy szkolenia, materiały dydaktyczne oraz liczbę godzin szkoleniowych i formularzy nauczania zawartych w każdym module i można uzyskać do nich dostęp na oficjalnej stronie internetowej QualMent⁴. Niniejsza publikacja skoncentruje się na treści kursu i nie będzie zawierała pedagogicznych metod nauczania i etapów procesu uczenia się związanych z jego treścią.

1 dr M. Flores Vizcaya-Moreno, dr Paul De Raeve, dr Rosa M Pérez-Cañaveras. Moduł I. Wprowadzenie do mentoringu w pielęgniarstwie. Strony 5-20.
2 Ashlee Oikarainen, dr Kristina Mikkonen. Moduł II. Kompetencje w zakresie mentoringu studentów zróżnicowanych pod względem kulturowym i językowym. Strony 21-32.
3 dr Olga Riklikiene, Erika Juskauskienė. Moduł III. Kompetencje mentorskie w ocenie i refleksyjnej dyskusji. Strony 33-43.
4 https://www.qualment.eu/wp-content/uploads/2020/02/Advanced-Mentorship-Competences_upgraded_december_final.pdf

Rysunek 1. Oparty na dowodach model kompetencji mentorów klinicznych w krajach europejskich.





Moduł I.

WPROWADZENIE DO MENTORINGU W PIEŁĘGNIARSTWIE

Autorzy: dr M. Flores Vizcaya-Moreno,
dr Paul de Raeve, dr Rosa M Pérez-Cañaveras

Mentorzy odgrywają kluczową rolę w praktyce klinicznej studentów pielęgniarstwa. Kompetencje mentorów obejmują wszechstronne i wielowymiarowe obszary, do których należą indywidualne kompetencje mentorów i interakcje w miejscu pracy. Indywidualne kompetencje mentorów obejmują cechy mentorów, ich motywację do mentoringu oraz posiadanie wiedzy na temat praktyk mentorskich w ich organizacji, współpracy i zasobów (zobacz Rysunek 1⁵). Aby zapewnić indywidualne kompetencje mentorów i ich interakcje w miejscu pracy podczas mentoringu studentów pielęgniarstwa opracowano Moduł I. Wprowadzenie do mentoringu w pielęgniarstwie. Głównym celem Modułu I jest poprawa indywidualnych kompetencji mentorskich u mentorów klinicznych oraz osiągnięcie przez nich wyników uczenia się ustalonych w założeniach ramowych kursu. Wspomniany moduł został podzielony na pięć tematów: Europejski model kompetencji mentorów klinicznych, Dyrektywa UE 2013/55/UE, Ramy Kompetencji EFN i kompetencje mentorskie, dydaktyka i metody nauczania dobrych praktyk refleksyjnych w mentoringu, technologie uczenia się i wiedzy (LKT) w mentoringu i szkoleniu oraz wpływ kompetencji mentorów na jakość mentoringu.

5 Mikkonen K., Tomietto M., Kääriäinen M., Oikarainen A., Tuomikoski A.M., Riklikiene O., Juskauskienė E., Vizcaya-Moreno M.F., Pérez-Cañaveras R.M., De Raeve P., Filej B., Plazar N., Čuk V., Kaučič B.M. (2019). Development of an evidence-based nurse mentor's competency model. QualMent EU-project. Celje. Univerzitetna knjižnica Maribor, Slovenia. Dostępne pod adresem: https://www.qualment.eu/wp-content/uploads/2019/12/Development-of-an-Evidence-Based-Nurse-Mentors-Competence-Model_QualMent.pdf

Temat I.

EUROPEJSKI MODEL KOMPETENCJI MENTORÓW KLINICZNYCH: ŚRODOWISKO KLINICZNE UŁATWIAJĄCE PROCES UCZENIA SIĘ, ROLA RÓŻNYCH CZYNNIKÓW I MODEL KOMPETENCJI MENTORÓW KLINICZNYCH

Pielęgniarstwo to zawód oparty na praktyce, w którym praktyka kliniczna w ośrodkach opieki zdrowotnej jest istotnym elementem europejskiego programu studiów licencjackich. Kraje europejskie sygnatariusze Deklaracji Bolońskiej⁶ są zobowiązane do restrukturyzacji swoich systemów edukacji w taki sposób, aby stały się one bardziej przejrzyste i podobne, oraz do promowania mobilności studentów, nauczycieli i administracji w Europie. Zgodnie z dowodami znalezionymi w naszym projekcie QualMent zalecamy, aby mentorzy studentów pielęgniarstwa w Europie przeszli odpowiednie szkolenie w zakresie mentoringu.

Wielu autorów zdefiniowało środowisko kliniczne ułatwiające proces uczenia się (ang. CLE, Clinical Learning Environment) i zbadało je w ostatnich latach w dziedzinie pielęgniarstwa^{7,8}. CLE zostało zdefiniowane jako interaktywna sieć lub zestaw cech, które są nieodłączne względem praktyk, które wpływają na wyniki uczenia się i rozwój zawodowy. Stanowisko stażowe oferuje studentom optymalne scenariusze obserwacji modeli i zastanowienia się nad tym, co jest widziane, słyszane, postrzegane lub wykonane. CLE to „kliniczna sala lekcyjna” o zróżnicowanym klimacie społecznym, w której studenci, mentorzy, pielęgniarki, nauczyciele i pacjenci wchodzi w interakcje. Dowody naukowe pokazują, że praktyki kliniczne pozwalają studentom rozwijać umiejętność krytycznego myślenia, ćwiczyć umiejętności psychomotoryczne, umiejętności komunikacyjne, umiejętności zarządzania czasem i dystrybucji, a także zwiększają u nich pewność siebie do pełnienia funkcji

pielęgniarek i pielęgniarzy.

CLE wpływa na proces uczenia się studentów. Na przykład wyniki uczniów podczas uczenia się klinicznego można poprawić, modyfikując pozytywne warunki środowiska ułatwiającego proces uczenia się. W ten sam sposób negatywne środowiska kliniczne utrudniają studentom proces uczenia się. W literaturze naukowej jako pozytywne rozpoznano następujące czynniki: odpowiedzialność i samodzielność studentów, wykonywanie czynności pod nadzorem mentora, postrzeganie kontroli sytuacji oraz globalne rozumienie kontekstu praktyk. Wspomniane negatywne czynniki to problemy w relacji między studentem a opiekunem, wady organizacyjne w praktyce klinicznej oraz kłopoty związane z własnymi negatywnymi doświadczeniami studentów^{9,10}.

Saarikoski i Leino-Kilpi¹¹ (2002) stwierdzili, że głównymi elementami doskonałego CLE jest pięć następujących czynników:

- Relacja nadzorcza: indywidualna relacja jest najważniejszym elementem nauczania klinicznego i mentoringu/nadzoru.
- Założenia pielęgniarstwa na oddziale: wysokiej jakości opieka pielęgniarska jest najlepszym kontekstem dla udanych doświadczeń edukacyjnych.
- Założenia nauki na oddziale: wiele praktycznych elementów, które dają możliwość rozwoju zawodowego.
- Atmosfera na oddziale: niehierarchiczna struktura, praca zespołowa i dobra komunikacja.
- Styl przywództwa kierownika oddziału: jest świadomy fizycznych i emocjonalnych potrzeb studentów i personelu pielęgniarskiego.

Jakość procesu uczenia się klinicznego zależy głównie od jakości mentoringu. Mentoring (zwany również nadzorem) studentów pielęgniarstwa podczas praktyki klinicznej powinien służyć jako

6 The European Higher Education Area (1999). The Bologna Declaration of 19 June 1999. https://www.ehea.info/media.ehea.info/file/Ministerial_conferences/02/8/1999_Bologna_Declaration_English_553028.pdf [04/05/2021].

7 Saarikoski M. i Strandell-Laine (red.) (2018). The CLES scale: An evaluation tool for healthcare education. *Springer International Publishing*. doi: 10.1007/978-3-319-63649-8. Dostępne pod adresem: <http://www.springer.com/us/book/9783319636481>.

8 Vizcaya-Moreno, M. Flores, & Pérez-Cañaveras, Rosa M. (2020). Social Media Used and Teaching Methods Preferred by Generation Z Students in the Nursing Clinical Learning Environment: A Cross-Sectional Research Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(21), 8267. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218267>

9 Gurková, E., Žiaková, K., Cibířková, S., Magurová, D., Hudáková, A., & Mrošková, S. (2016). Factors influencing the effectiveness of clinical learning environment in nursing education. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), 470-475. doi: 10.15452/CEJNM.2016.07.0017

10 Dobrowolska, B., McGonagle, I., Kane, R., Jackson, C. S., Kegl, B., Bergin, M., Cabrera, E., Cooney-Miner, D., Di Cara, V., Dimoski, Z., Kekus, D., Pajnikihar, M., Prlić, N., Sigurdardottir, A. K., Wells, J., & Palese, A. (2016). Patterns of clinical mentorship in undergraduate nurse education: A comparative case analysis of eleven EU and non-EU countries. *Nurse Education Today*, 36, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.010>

11 Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 259–267. doi: [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(01\)00031-1](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(01)00031-1).

narzędzie rozwoju zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy, mające kluczowe znaczenie dla modelowania zawodowego studentów. Mentoring jest też niezbędny w socjalizacji przyszłych pielęgniarek i pielęgniarzy, a także nabywaniu przez nich kompetencji kulturowych. Ponadto mentor jest kluczowym czynnikiem w tym procesie. W tym akapicie autorzy niniejszego raportu uznają za kluczową kwestię mówiącą o tym, jak mentorzy postrzegają swoje kompetencje mentorskie w CLE. Rolą mentora, która jest niezbędna w procesie mentoringu pielęgniarstwa, jest rola lidera. Mentor w literaturze fachowej nazywany jest też osobą pomagającą innym osiągnąć cel, instruktorem-rówieśnikiem, wychowawcą, opiekunem pielęgniarki, przełożonym lub instruktorem klinicznym¹². Mentor to „*pielęgniarka dyplomowana, która wspiera studentów studiów licencjackich w ich nauce i jest odpowiedzialna za nauczanie i ocenianie ich podczas praktyki klinicznej*”¹³. Często nie jest ona zatrudniona przez instytucję edukacyjną i przez większość czasu musi łączyć pracę mentora z dużym obciążeniem swoją codzienną pracą. Zbadano, w jaki sposób cechy mentorów pozytywnie lub negatywnie wpływają na proces uczenia się studentów. Pozytywne cechy mentorów obejmują elementy elastyczności, negocjacji, pewności siebie i pozytywnego wzmocnienia studenta. Negatywne cechy mentorów obejmują elementy niewrażliwości, bycia nietaktownym, braku współczucia wobec studenta oraz nadmiernego oczekiwania doskonałości¹².

Oparty na dowodach model kompetencji mentorów klinicznych został przedstawiony na Rysunku 1. Opracowanie tego modelu było częścią pracy wykonanej w ramach projektu QualMent. Pierwszym elementem wspomnianego modelu są indywidualne kompetencje i interakcje mentorów w miejscu pracy. Kluczowe są tu cechy mentora, np. wspieranie i szkolenie, motywowanie, doradzanie, zachowanie uczciwości zawodowej, uczciwość, dostępność, przystępność, szacunek, entuzjazm i empatia¹⁴. Praktyki mentorskie w miejscu pracy można zdefiniować jako połączenie elementów CLE¹⁵, ¹⁶. Mentorzy pragną, aby rola studenta pielęgniarstwa była rolą aktywną. Studenci potrzebują ciągłych i spersonalizowanych informacji zwrotnych oraz wsparcia ze strony swoich mentorów,

którzy pomagają im czuć się bardziej bezpiecznymi i zaangażowanymi w bezpieczeństwo pacjentów.

Oprócz zapewnienia studentom pielęgniarstwa standaryzowanej edukacji pielęgniarstwa, należy wziąć pod uwagę społeczne pokolenia Y i Z¹⁷, ponieważ te pokolenia studentów wymagają różnych rodzajów metod nauczania. Osoby należące do pokolenia Y wydają się mniej dojrzałe niż poprzednie pokolenia i wyrażają wątpliwości co do swoich kompetencji naukowych. Mają oni trudności z komunikowaniem się tradycyjnymi kanałami i nie lubią pisać ani czytać. Ich zdolność do wielozadaniowości utrudnia skupienie się na jednej czynności. Pokolenie Z to prawdziwi cyfrowi tubylcy, wolni od uprzedzeń, zróżnicowani rasowo i etnicznie. Mają „*unikalną kombinację postaw, przekonań, norm społecznych i zachowań, które będą wpływać na edukację i praktykę przez wiele lat*”¹⁸. Można ich określić jako konsumentów w znacznym stopniu korzystających z technologii, łaknących cyfrowego świata i pragmatyków. Mają słabo rozwinięte umiejętności społeczne i interpersonalne, są ostrożni i troszczą się o bezpieczeństwo emocjonalne, fizyczne i finansowe. Są indywidualistami, ze zwiększonym ryzykiem izolacji, lęku, niepewności i depresji. Brakuje im też umiejętności długiego skupienia uwagi, szukają wygody i natychmiastowych rozwiązań. Na chwilę obecną stworzono niewiele opracowań naukowych dotyczących studentów pielęgniarstwa należących do pokolenia Z. Jednakże biorąc pod uwagę ich cechy pokoleniowe (wysoka etyka pracy, konserwatywny charakter, samorealizacja ponad wynagrodzeniem i stabilność pracy), istnieje powód, by sądzić, że uczniowie należący do pokolenia Z mogą zdecydować się na naukę pielęgniarstwa¹⁹. Z tego powodu mentorzy i edukatorzy muszą zrozumieć, w jaki sposób myślą nowe pokolenia uczniów lub jak wolą wchodzić w interakcje. Mentorzy i edukatorzy muszą rozpoznać i wziąć pod uwagę różnice w tych pokoleniach, aby skutecznie angażować i prowadzić studentów i początkujące pielęgniarki.

12 Vizcaya-Moreno M. F. (2005). Valoración del entorno de aprendizaje clínico hospitalario desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería. *Doctoral Dissertation*. Alicante: University of Alicante. URI: <http://hdl.handle.net/10045/13280>

13 Tuomikoski A.M., Ruotsalainen H., Mikkonen K., Miettunen J., & Kääriäinen M. (2018). The Competence of nurse mentors in mentoring students in clinical practice –A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 71, 78-83. doi: 10.1016/j.nedt.2018.09.008.

14 Hale, R. L., & Phillips, C. A. (2019). Mentoring up: A grounded theory of nurse-to-nurse mentoring. *Journal of clinical nursing*, 28(1-2), 159-172. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14636>

15 Saarikoski M. i Strandell-Laine (red.) (2018). The CLES scale: An evaluation tool for healthcare education. *Springer International Publishing*. doi: 10.1007/978-3-319-63649-8. Dostępne pod adresem: <http://www.springer.com/us/book/9783319636481>

16 Flott, E. A., & Linden, L. (2016). The clinical learning environment in nursing education: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 72(3), 501–513. doi: <https://doi.org/10.1111/jan.12861>

17 Vizcaya-Moreno, M. F., & Pérez-Cañaveras, R. M. (2020). Social Media Used and Teaching Methods Preferred by Generation Z Students in the Nursing Clinical Learning Environment: A Cross-Sectional Research Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(21), 8267. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17218267>

18 Chicca, J., & Shellenbarger, T. (2018). Connecting with generation Z: Approaches in nursing education. *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 180-184. doi: <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.03.008>

19 Williams, C. A. (2019). Nurse Educators Meet Your New Students: Generation Z. *Nurse Educator*, 44(2), 59-60. doi: 10.1097/NNE.0000000000000637

Temat II.

DYREKTYWA UE 2013/55/UE, RAMY KOMPETENCJI EFN I KOMPETENCJE MENTORSKIE

Odpowiednia opieka kliniczna dla studentów pielęgniarstwa jest sposobem na zapewnienie zgodności z ośmioma kompetencjami pielęgniarstwu określonymi w Załączniku V Dyrektywy UE 2013/55/UE²⁰, która określa, że połowa wszystkich godzin kontaktowych w każdym programie studiów pielęgniarstwu odbywa się w środowisku klinicznym i pod opieką mentora. Mentoring podczas praktyki klinicznej studentów pielęgniarstwa jest ważnym czynnikiem w ich edukacji, ponieważ po raz pierwszy wejdą oni w rzeczywistość praktyki zawodowej. Wysokiej jakości edukacja kliniczna ma kluczowe znaczenie dla rozwoju kompetentnych, zatrudnionych pielęgniarek, które są w stanie zapewnić bezpieczną opiekę skoncentrowaną na określonej osobie. Zapewnienie wyjątkowo potrzebnej struktury i wskazówek dla edukatorów pielęgniarstwa zapewniłoby większą spójność podejść i sprzyjałoby odpowiedniemu środowisku ułatwiającemu proces uczenia się dla pielęgniarek zatrudnionych w przyszłości. W związku z tym mentoring pielęgniarek musi opierać się na badaniach i dowodach, a także być uzasadniony za ich pomocą.

Aby przeprowadzać mentoring zgodnie z 8 kompetencjami UE zawartymi w art. 31 Dyrektywy 2013/55/UE, konieczne jest rozłożenie kompetencji na czynniki pierwsze według głównych obszarów i dalsze ich opisanie z uwzględnieniem istniejących ram kompetencji²¹. Obszary kompetencji zdefiniowane poniżej przez EFN umożliwiają lepsze zrozumienie wspomnianych kompetencji i listy powiązanych z nimi tematów oraz pozwalają na sformułowanie wyników uczenia się.

A. Kultura, etyka i wartości

- Należy promować i szanować prawa człowieka i różnorodność w świetle fizycznych, psychologicznych, duchowych i społecznych potrzeb autonomicznych jednostek, biorąc pod

uwagę ich opinie, przekonania, wartości i kulturę oraz międzynarodowe i krajowe kodeksy etyczne, a także konsekwencje etyczne świadczenia usług opieki zdrowotnej, zapewniając im prawo do prywatności i poszanowanie poufności informacji medycznych.

- Należy brać odpowiedzialność za uczenie się przez całe życie i ciągły rozwój zawodowy.
- Należy przyjmować odpowiedzialności za własne działania zawodowe oraz uznawać granice własnego zakresu praktyki i kompetencji.

B. Promowanie i profilaktyka zdrowia, przewodnictwo i nauczanie

- Należy promować zdrowy styl życia, środki zapobiegawcze i dbanie o własne zdrowie przez wzmacnianie usamodzielniania pacjentów, propagowanie zachowań zdrowotnych i prozdrowotnych oraz przestrzeganie zaleceń leczniczych.
- Należy w sposób samodzielny chronić zdrowie i dobrostan osób, rodzin lub grup będących pod opieką, zapewniając im bezpieczeństwo i propagując ich samodzielność.
- Należy integrować, promować i stosować wiedzę teoretyczną, metodologiczną i praktyczną. Umożliwia to promowanie i rozwój opieki pielęgniarstwu w ramach opieki długoterminowej, w przypadku występowania chorób współistniejących oraz w sytuacjach uzależnienia w celu zachowania osobistej autonomii jednostki i jej relacji z otoczeniem w każdym momencie procesu postępowania choroby lub powrotu do zdrowia.

C. Podejmowanie decyzji

- Należy stosować umiejętności krytycznego myślenia i systematycznego podejścia do rozwiązywania problemów oraz podejmowania decyzji pielęgniarstwu w kontekście zawodowym i opiekuńczym.
- Należy podejmować działania za pomocą uprzedniej identyfikacji i analizy problemów, co ułatwia poszukiwanie najkorzystniejszego rozwiązania dla pacjenta, rodziny i społeczności, a także osiąganie celów, poprawę wyników i utrzymanie jakości ich pracy.

D. Komunikacja i praca zespołowa

- Należy być zdolnym do wszechstronnej komunikacji, interakcji i efektywnej pracy z kolegami i personelem interdyscyplinarnym, a także pracy z osobami, rodzinami i grupami pod względem leczniczym.

20 European Council (2013). European Council Directive 2013/55/EU on the recognition of professional qualifications. Official Journal of the European Union (L 354/132). Dostępne pod adresem: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/ALL/?uri=celex%3A32013L0055>.

21 EFN Competency Framework for Mutual Recognition of Professional Qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. http://www.efnweb.be/?page_id=6897

- Należy zlecać czynności innym, zgodnie z umiejętnościami, poziomem przygotowania, kompetencjami i prawnym zakresem praktyki.
- Należy w sposób samodzielny korzystać z elektronicznych kart zdrowia służących do dokumentowania ocen pielęgniarek i pielęgniarzy, diagnoz, interwencji i wyników w oparciu o porównywalne systemy klasyfikacji pielęgniarstwa i taksonomię pielęgniarstwa.
- Należy w sposób samodzielny wyszukiwać i stosować informacje oraz dzielić się nimi z pacjentami i pracownikami służby zdrowia oraz udostępniać je placówkom opieki zdrowotnej i społecznościom.
- Należy w sposób samodzielny koordynować opiekę nad grupami pacjentów i pracować interdyscyplinarnie na rzecz wspólnego celu, jakim jest zapewnienie wysokiej jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów.

E. Badania i rozwój oraz przywództwo

- Należy wdrażać odkrycia naukowe do praktyki opartej na dowodach.
- Należy uwzględniać zasady równości i zrównoważonego rozwoju w opiece zdrowotnej oraz dążyć do racjonalnego wykorzystania zasobów.
- Należy dostosowywać style i podejścia w zakresie przywództwa do różnych sytuacji dotyczących pielęgniarstwa, praktyki klinicznej i opieki zdrowotnej.
- Należy promować i utrzymywać pozytywny wizerunek pielęgniarstwa.

F. Opieka pielęgniarstwa

- Należy wykazać się wystarczającą wiedzą i umiejętnościami, aby zapewniać profesjonalną i bezpieczną opiekę, odpowiednią do potrzeb zdrowotnych i w ramach pielęgniarstwa dotyczących jednostki, rodzin i grup, za którą pielęgniarz lub pielęgniarka jest odpowiedzialny, biorąc pod uwagę rozwój wiedzy naukowej, a także jakość oraz wymogi bezpieczeństwa ustalone zgodnie z przepisami prawa i etyki zawodowej.
- Należy w sposób samodzielny oceniać, diagnozować, planować i zapewniać skoncentrowaną na określonej osobie i zintegrowaną opiekę pielęgniarstwa skupioną na wynikach zdrowotnych przez ocenę wpływu sytuacji, pochodzenia i udzielonej opieki, za pomocą wytycznych dotyczących opieki klinicznej, które opisują procesy diagnozy, leczenia lub opieki oraz wydawanie zaleceń dotyczących opieki w przyszłości.

- Należy poznać i wdrażać teoretyczne i metodologiczne podstawy i zasady pielęgniarstwa, opierając interwencje pielęgniarstwa na dowodach naukowych i dostępnych zasobach.
- Należy w sposób samodzielny opracowywać mechanizmy i procesy oceny mające na celu ciągłą poprawę jakości w zakresie opieki pielęgniarstwa, z uwzględnieniem rozwoju naukowego, technicznego i etycznego.
- Należy rozumieć i działać zgodnie ze społecznymi i kulturowymi kontekstami zachowań poszczególnych jednostek oraz zdawać sobie sprawę z ich wpływu na ich zdrowie w kontekście społecznym i kulturowym.
- Należy rozumieć znaczenie posiadania systemów opieki skierowanych do osób, rodzin lub grup, przy jednoczesnej ocenie ich wpływu.
- Należy odpowiednio i na czas reagować na nieoczekiwane i szybko zmieniające się sytuacje.
- Należy w sposób samodzielny podejmować skuteczne środki w przypadku sytuacji kryzysowych i katastrof, które pozwalają na zachowanie życia i jego jakości.

Wyjątkowo ważne jest, aby podkreślić istotną rolę mentora w zapewnianiu tego, że kompetencje²¹ i wyniki uczenia się są osiągnięte. Wyniki uczenia się są związane z rozwojem kompetencji studentów (wiedza, umiejętności, cechy), które mają się rozwijać po ukończeniu procesu kształcenia i szkolenia. W niniejszym dokumencie przedstawiamy obszary kompetencji zdefiniowane zgodnie z Dyrektywą UE 55 i Ramami Kompetencji EFN przez wprowadzanie treści nauczania i propozycji potencjalnych wyników uczenia się.

DYREKTYWA UE 55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencja H – „Kompetencje do analizowania jakości opieki w celu doskonalenia własnej praktyki zawodowej jako pielęgniarki opieki ogólnej” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Kultura, etyka i wartości

TREŚĆ

POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ

- **Etyka i filozofia pielęgniarstwa, prawa człowieka**
 - **Samodzielność, prawa i bezpieczeństwo pacjenta**
 - **Kwestie prawne ochrony zdrowia i zawodu, ustawodawstwo dotyczące polityki społecznej i służby zdrowia**
 - **Poufność**
- Należy wykazywać etyczne, prawne i ludzkie postępowanie w opracowywaniu wszystkich działań mających na celu zapewnienie opieki pielęgniarskiej pacjentom, rodzinom i społeczności.
 - Należy promować i szanować prawa człowieka oraz różnorodność w świetle fizycznych, psychologicznych, duchowych i społecznych potrzeb autonomicznych jednostek.
 - Należy przyjmować odpowiedzialności za własne działania zawodowe oraz uznawać granice własnego zakresu praktyki i kompetencji.
 - Należy zlecać czynności innym, zgodnie z umiejętnościami, poziomem przygotowania, kompetencjami i prawnym zakresem praktyki.
 - Należy okazywać szacunek wobec opinii, przekonań i wartości pacjentów i ich bliskich.
 - Należy przestrzegać wymogów etycznych i prawnych, w tym krajowych i międzynarodowych kodeksów etycznych oraz rozumieć konsekwencje etyczne świadczenia usług opieki zdrowotnej.
 - Należy brać odpowiedzialność za uczenie się przez całe życie i ciągły rozwój zawodowy.
 - Należy zapewniać prawo do prywatności z poszanowaniem poufności informacji związanych ze świadczeniem usług opieki zdrowotnej.

DYREKTYWA UE 36/55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencja C – „Kompetencje do wzmacniania pozycji poszczególnych osób, rodzin i grup w zakresie zdrowego stylu życia i dbania o własne zdrowie” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Promowanie i profilaktyka zdrowia, przewodnictwo i nauczanie

TREŚĆ

POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ

- **Zasady zdrowia i choroby**
 - **Zdrowie publiczne oraz promowanie i profilaktyka zdrowia, opieka środowiskowa/ podstawowa**
 - **Przewodnictwa dla pacjenta i edukacja zdrowotna**
 - **Perspektywa i wpływy społeczne i międzysektorowe**
 - **Wzmocnienie pozycji i zaangażowania obywateli**
- Rozpoznać główne czynniki ryzyka i ochrony, które wpływają na proces postępowania choroby lub powrotu do zdrowia.
 - Należy angażować grupy i społeczności w edukację zdrowotną i działania szkoleniowe mające na celu wzmocnienie zachowań i przyjęcia zdrowego stylu życia.
 - Należy zapewniać pacjentom narzędzia sprzyjające przestrzeganiu zasad leczenia oraz identyfikować i monitorować osoby o wyższym ryzyku ich nieprzestrzegania, które mogą stanowić zagrożenie zarówno dla nich samych, jak i dla społeczności.
 - Należy stosować środki zapobiegawcze wobec osób zdrowych i pacjentów na wszystkich etapach ich życia i we wszystkich fazach naturalnej historii choroby.
 - Należy pokierować osobami, pacjentami i grupami w taki sposób, aby wiedzieli, jak postępować ze środkami zapobiegania chorobom i jak korzystać z usług świadczonych przez system opieki zdrowotnej.
 - Należy wzmacniać pozycję jednostek przez realizację działań edukacyjnych w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą im na jak najdłuższą samodzielność, a także podejmować decyzje dotyczące ich zdrowia i zaistniałych chorób.

DYREKTYWA UE 55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencje A – „Kompetencje do samodzielnego postawienia diagnozy odnośnie do wymaganej opieki pielęgniarstwiej na podstawie aktualnej wiedzy teoretycznej i klinicznej oraz planowanie, organizowanie i sprawowanie opieki pielęgniarstwiej w procesie leczenia pacjentów oraz F – „Kompetencje do samodzielnego zapewniania jakości opieki pielęgniarstwiej i jej oceny” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Podejmowanie decyzji	
TREŚĆ	POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ
• Podejmowanie decyzji jest kompetencją przekrojową, którą należy rozwijać w trakcie całego programu nauczania. • W tym celu ważne jest ustalenie wyników uczenia się, które można oceniać zgodnie z podejściem przekrojowym.	• Należy posługiwać się zdrowym rozsądkiem i doświadczeniem w identyfikowaniu problemów i sytuacji oraz ich rozwiązywaniu. • Należy rozpoznawać możliwości poszukiwania najlepszych alternatyw i decydować o najlepszych działaniach mających na celu rozwiązywanie problemów. • Należy skutecznie rozwiązywać problemy pojawiające się w opiece nad pacjentami, rodziną i społecznością przez wykorzystywanie zasobów materialnych i tymczasowych.

DYREKTYWA UE 55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencje B – „Kompetencje do efektywnej współpracy z innymi podmiotami z sektora służby zdrowia, w tym uczestnictwa w szkoleniach praktycznych personelu służby zdrowia” oraz G – „Kompetencje do porozumiewania się w sposób zrozumiały na temat kwestii zawodowych oraz współpraca z przedstawicielami innych zawodów z sektora zdrowia” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Komunikacja i praca zespołowa	
TREŚĆ	POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ
• e-zdrowie i technologie teleinformacyjne, systemy informacyjne dotyczące zdrowia i pielęgniarstwa • Praca interdyscyplinarna i wielodziedzinowa • Komunikacja interpersonalna • Pielęgniarstwo wielokulturowe, praca z klientami wielokulturowymi oraz w wielokulturowych środowiskach pracy • Umiejętności językowe • Transfer wiedzy	• Należy korzystać z systemów informatycznych dostępnych w systemie opieki zdrowotnej. • Należy stosować technologie ochrony zdrowia oraz systemy teleinformatyczne. • Należy porozumiewać się w sposób zrozumiały, okazując szacunek i autorytet demokratyczny, z zespołem opieki zdrowotnej, pacjentami, rodzinami i społecznościami, biorąc pod uwagę kontekst wielokulturowy. • Należy używać języka naukowego w formie ustnej i pisemnej, dostosowując go do osoby, do której się zwraca. • Należy ustalić jasne cele wspólnie z kolegami, a także z wielodziedzinowym i interdyscyplinarnym zespołem, aby osiągnąć wspólne cele, akceptując zmiany, które są niezbędne do ich osiągnięcia. • Należy przejmować obowiązki jako członek interdyscyplinarnego zespołu. • Należy wykazywać postawę zorientowaną na ciągłe doskonalenie. • Należy być zaangażowanym w pracę zespołową.

DYREKTYWA UE 55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencje A – „Kompetencje do samodzielnego postawienia diagnozy odnośnie do wymaganej opieki pielęgniarstwie na podstawie aktualnej wiedzy teoretycznej i klinicznej oraz planowanie, organizowanie i sprawowanie opieki pielęgniarstwie w procesie leczenia pacjentów oraz G – „Kompetencje do porozumiewania się w sposób zrozumiały na temat kwestii zawodowych oraz współpraca z przedstawicielami innych zawodów z sektora zdrowia” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Badania, rozwój i przywództwo	
TREŚĆ	POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ
• Pielęgniarstwo oparte na dowodach obejmujące wszystkie kompetencje • Podstawy badań, metodologia i terminologia • Innowacje i podnoszenie jakości w pielęgniarstwie • Przywództwo w pielęgniarstwie, zarządzanie i ciągłość opieki i świadczenia usług • Organizacja usług zdrowotnych i międzysektorowe środowisko usługowe • Ergonomia i bezpieczeństwo pracy	• Należy zapewniać opiekę pielęgniarstwą opartą na dowodach naukowych w celu dostarczenia bezpiecznych i wysokiej jakości wyników. • Należy stosować podstawy oraz teoretyczne i metodologiczne zasady pielęgniarstwa, opierając interwencje pielęgniarstwie na dostępnych dowodach i zasobach naukowych. • Należy brać aktywny udział w forum zawodowym i programach kształcenia ustawicznego. • Należy być odpowiedzialnym za własny rozwój zawodowy zgodnie z najnowszymi osiągnięciami naukowymi i technologicznymi. • Należy rozpoznawać kluczowe elementy przywództwa, które są niezbędne do koordynowania zespołów opieki zdrowotnej. • Należy rozpoznawać cechy funkcji zarządczej pełnionej przez usługi pielęgniarstwie i zarządzanie opieką. • Należy rozumieć różne etapy procesu administracyjnego: planowanie, organizacja, zarządzanie i ocena oraz jej kontekstualizacja w usługach pielęgniarstwie. • Należy dostosowywać style i podejścia w zakresie przywództwa do różnych sytuacji.

DYREKTYWA UE 36/55 W SPRAWIE KOMPETENCJI: Kompetencje A – „Kompetencje do samodzielnego postawienia diagnozy odnośnie do wymaganej opieki pielęgniarstwie na podstawie aktualnej wiedzy teoretycznej i klinicznej oraz planowanie, organizowanie i sprawowanie opieki pielęgniarstwie w procesie leczenia pacjentów oraz E – „Kompetencje do samodzielnego doradzania, instruowania i wspierania osób potrzebujących opieki” odnoszą się do KOMPETENCJI EFN: Opieka pielęgniarstwie (edukacja praktyczno-kliniczna i szkolenie)	
TREŚĆ	POTENCJALNE WYNIKI UCZENIA SIĘ
• Intensywna opieka • Opieka noworodków, dzieci i młodzieży • Opieka położnicza • Opieka długoterminowa • Ogólna medycyna wewnętrzna i chirurgia • Zdrowie psychiczne i choroby psychiczne • Niepełnosprawność i opieka nad osobami niepełnosprawnymi • Geriatry i opieka nad osobami starszymi • Podstawowa opieka zdrowotna, opieka środowiskowa • Opieka paliatywna, opieka nad śmiertelnie chorymi pacjentami i leczenie bólu	Następujące wyniki uczenia się należy rozpatrywać w szerszym kontekście w zależności od typu pacjenta i omawianego momentu cyklu życia, biorąc pod uwagę to, czy choroba ma ostry przebieg, czy jest długotrwała, a także jaki jest wymagany poziom opieki. Można go określić w sposób bardziej szczegółowy na podstawie każdej treści. Ocena i diagnoza • Należy rozpoznawać biologiczne, społeczne, psychologiczne i środowiskowe czynniki ryzyka, które mogą mieć wpływ na zdrowie ludzi. • Należy pytać poszczególne osoby, pacjentów i rodziny o ich potrzeby psychospołeczne oraz religijne w celu uwzględnienia ich w leczeniu. • Należy oceniać fizyczne, psychologiczne i społeczno-kulturowe cechy poszczególnych osób. • Należy rozpoznawać potrzeby opieki nad poszczególną osobą i pacjentem w trakcie całego cyklu życia za pomocą testów fizycznych, obserwacji i odpowiednich narzędzi propedeutycznych.

- Należy dokonywać oceny i diagnozy pielęgniarstwa, która pomaga ustalić związek ze wskazaniem i stosowaniem produktów leczniczych.

Planowanie opieki

- Należy nadawać priorytety i delegować interwencje w oparciu o wymagania pacjenta, rodziny i społeczności.
- Należy ustalać plan interwencji pielęgniarstwa.
- Należy dostosowywać plan opieki do cech pacjentów, a także do ich kontekstu i środowiska.
- Należy planować opiekę łączącą stosowanie leków i produktów leczniczych.

Interwencja pielęgniarstwa

- Należy wdrażać opiekę skoncentrowaną na pacjencie, wykazując zrozumienie wzrostu i rozwoju człowieka, fizjopatologii i farmakologii w ramach systemu opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę ciągłość opieki, która obejmuje zarówno zdrowie, jak i choroby.
- Należy stosować opiekę pielęgniarstwa, która zapewnia zrównoważony rozwój systemu opieki zdrowotnej.
- Należy wypełniać dziennik obejmujący przeprowadzone czynności.
- Należy stosować umiejętności krytycznego myślenia i systematycznego podejścia do rozwiązywania problemów oraz podejmowania decyzji pielęgniarstwa w szerokim kontekście zawodowym i opiekuńczym.
- Należy odpowiednio i na czas reagować na nieoczekiwane i szybko zmieniające się sytuacje.

Ocena i jakość

- Należy rozpoznawać i gromadzić dowody dotyczące czynności opiekuńczych.
- Należy uwzględniać protokoły, które zostały ustalone przez różne opracowane modele jakości.
- Należy oceniać poziom realizacji planów opieki.
- Należy przetwarzać dane i badać dowody, oceniając przy tym skuteczność przeprowadzonych czynności.
- Należy opracowywać i wdrażać plany poprawy.
- Należy zapewniać bezpieczną i wysokiej jakości pomoc pielęgniarstwa (opiekę) osobom i pacjentom w trakcie całego cyklu życia.
- Należy opracowywać mechanizmy i procesy oceny mające na celu ciągłą poprawę jakości w zakresie opieki pielęgniarstwa, z uwzględnieniem rozwoju naukowego, technicznego i etycznego.

Temat III.

DYDAKTYKA I METODY NAUCZANIA W ZAKRESIE DOBREJ PRAKTYKI REFLEKSYJNEJ W MENTORINGU

Niniejszy temat koncentruje się na wysokiej jakości mentoringu służącemu rozwojowi kompetentnych studentów pielęgniarstwa. Do tej pory analizowaliśmy środowisko ułatwiające proces uczenia się, rolę różnych uczestników w procesie nauczania/uczenia się oraz ogólny model kompetencji mentorów klinicznych. W tej części omówione zostaną kwestie związane z pozostałymi elementami pierwszego bloku modelu: praktyki mentorskie i zasoby dla mentorów i edukatorów pielęgniarstwa. Naszym celem jest zdobycie wiedzy o najlepszych metodach nauczania w zakresie dobrych praktyk refleksyjnych w mentoringu. Pojęcie nauczania zostało definiowane jako „interakcje między studentem a nauczycielem, za które odpowiada ten drugi, w celu ułatwienia oczekiwanych zmian w zachowaniu studenta”.²²

Celem nauczania, według tego samego autora, jest pomoc studentom w:

- Zdobywaniu wiedzy
- Zrozumieniu, analizowaniu, syntetyzowaniu i ocenianiu
- Pozyskaniu wymaganych umiejętności praktycznych
- Stworzeniu nawyków
- Przyjmowaniu określonych postaw

Aby mogło nastąpić nauczanie, musi pojawić się zmiana w sposobie myślenia, odczuwania i działania osoby, która się uczy²³. Z tego powodu wolimy mówić o procesie nauczania-uczenia się. Uważamy, że w procesie nauczania-uczenia się mamy określone wejścia (zobacz Rysunek 2), które w przypadku szkolnictwa wyższego materializuje się w przedmiotach, a dokładniej w omawianym przypadku,

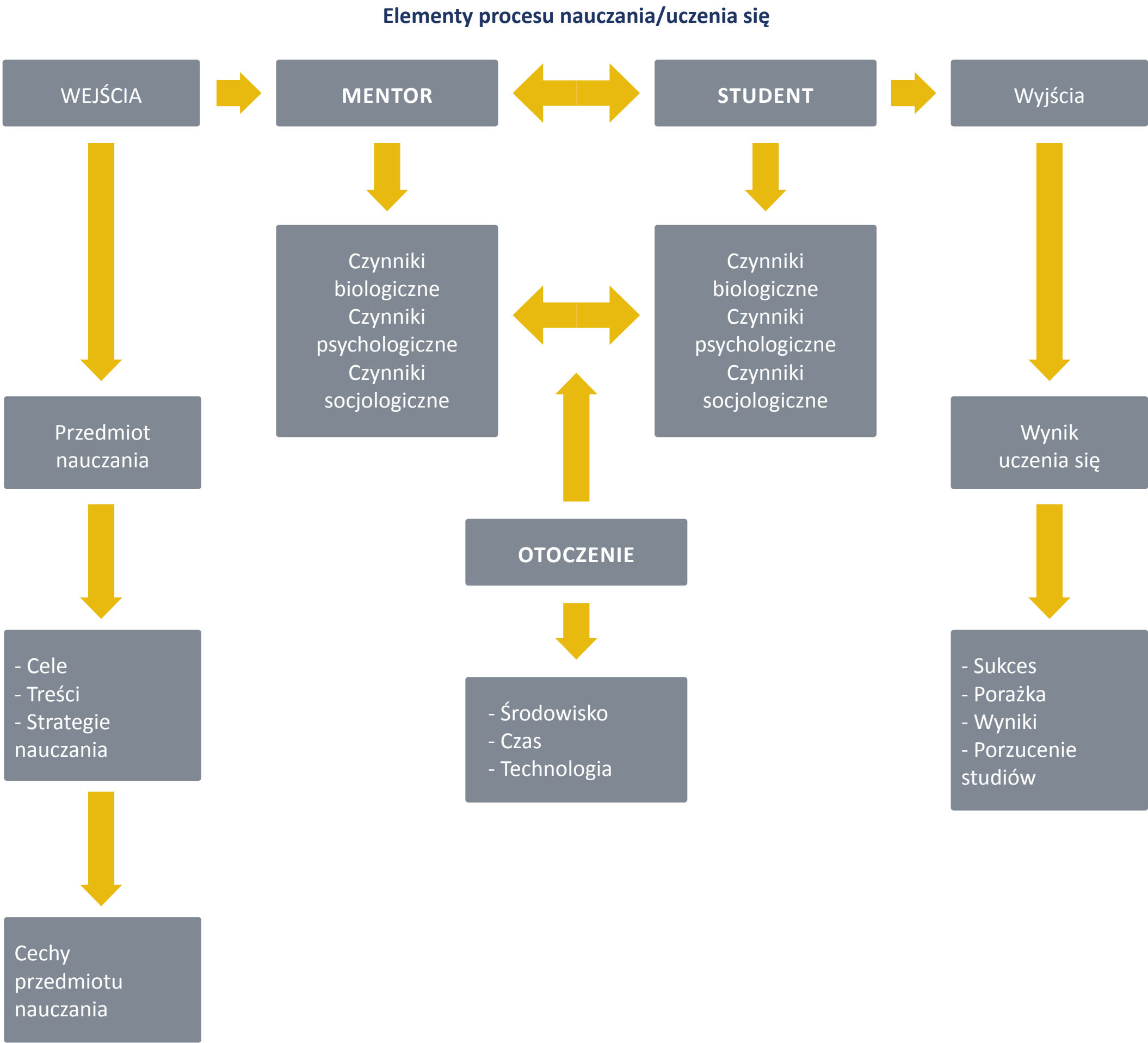
w przedmiotach wykładanych w ramach praktyki klinicznej. Stanowią one przedmiot nauki; czyli to, czego dana osoba chce lub musi się nauczyć. Przedmioty mają cechy charakterystyczne, w zależności od ich charakteru i zainteresowania, jakie wzbudzają w studencie, i powstają z grup celów, treści, metod lub strategii nauczania itp. Mielibyśmy też pewne wyjścia — rezultaty uczenia się, czyli kompetencje, które trzeba zdobyć. Ponadto ocena tego, czego się nauczono, może wiązać się z takimi pojęciami, jak sukces, porażka, wyniki w nauce, porzucenie studiów itp.

Wśród czynników, które uznaliśmy za kluczowe w tym procesie, znajdują się mentorzy i studenci. Fakt, że wzięliśmy pod uwagę tylko te dwa elementy, nie oznacza, że w omawianym procesie nie ma ich więcej, chodzi tylko o to, że w tym przypadku nie uważamy, że inne elementy, które również mogą się pojawiać, mają istotne znaczenie w tym procesie. Na koniec, częścią naszego modelu będzie środowisko, w tym czynniki środowiskowe lub otoczenia, a także czas w sensie ograniczeń czasowych oraz zasobów i technologii.

²² Guilbert, Jean-Jacques & World Health Organization (1998). Educational handbook for health personnel. J. J. Guilbert, 6th ed. rev. and updated 1998. World Health Organization. URI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42118>

²³ Pérez-Cañaveras, R.M. (2005). Perfil de los alumnos universitarios según sus intereses prácticos, estilo cognitivo y diferencias de género: bases para una acción tutorial. Doctoral Dissertation. University of Alicante. Spain. URI: <http://hdl.handle.net/10045/13254>

Rysunek 2. Elementy procesu nauczania-uczenia się i ich relacje²³.



Mentor kliniczny, jakim jest pielęgniarka, odpowiada za połowę szkolenia studentów pielęgniarstwa. Ponadto do pełnienia tej funkcji potrzebuje ona narzędzi ułatwiających jej pracę dydaktyczną, a także odpowiedniego uznania jej roli dydaktycznej. Mentoring to specyficzna forma nauczania, która została uwzględniona w trzech modułach tego projektu. Nauczanie w mentoringu odbywa się za pomocą ustalania celów nauczania ze studentem, oceniając ich proces uczenia się przez refleksyjną dyskusję, przekazywanie informacji zwrotnych i kierowanie postępami studentów przy pomocy oferowania im zadań edukacyjnych.

Temat IV.

TECNOLOGIE UCZENIA SIĘ I WIEDZY (LKT) W MENTORINGU I SZKOLENIU

Information and Communication Technologies (ICT) have changed the way we access information and handle je²⁴; tprzetwarzamy. Stanowią one nową formę komunikacji w społeczeństwie i zmieniły sposób, w jaki budujemy relacje²⁵. Gdy wspomniane technologie są wykorzystywane do pozyskiwania informacji i ulepszania procesu nauczania-uczenia się, nazywane są technologiami uczenia się i wiedzy (ang. Learning and Knowledge Technologies, LKT). Istnieje ogromna różnorodność technologii, które odpowiadają różnym metodom nauczania. Jednakże ich główną zaletą jest nadanie aktywnej roli w nauczaniu uczestnikowi. LKT zmuszają nas do zastanowienia się, w jaki sposób edukatorzy pielęgniarstwa wykorzystują wspomniane technologie w nadzorze klinicznym studentów pielęgniarstwa. Studenci pielęgniarstwa preferują metody nauczania, takie jak łączenie nauki mentorskiej z praktyką kliniczną, samouczki lub filmy online, gry interaktywne i wirtualne środowiska uczenia się jako narzędzia i strategie uczenia się podczas praktyk klinicznych¹⁷. Technologie mobilne mogą być używane w dowolnym miejscu i charakteryzują się podobnymi cechami jak komputer (smartfony lub tablety). Są one opisywane jako najnowsze technologie, które zapewniają studentom bardziej aktywną rolę w nauce, a w rezultacie rozwijają umiejętność krytycznego myślenia. Możemy zadać sobie pytanie, jakie technologie telekomunikacyjne (ICT) możemy wykorzystać w ramach mentoringu studentów pielęgniarstwa. Odpowiedź brzmi, że istnieje nieskończona liczba technologii, więc musimy znaleźć te, które pasują do naszej metodologii nauczania, celów, które mają zostać osiągnięte lub oprzeć je na naszych osobistych preferencjach.

Do tych przykładów należą:

- YouTube: to potencjalne narzędzie w dziedzinie edukacji o zdrowiu — począwszy od nauki anatomii człowieka, a skończywszy na nauczaniu procedur pielęgniarstkich. Na przykład może

poprawić umiejętność krytycznego myślenia podopiecznego przez analizowanie różnych wyników pracy pielęgniarek za pomocą tej samej techniki.

- Kahoot: poprawia motywację uczestnika dzięki systemowi nagród i rankingom. Możemy sprawdzać zrozumienie określonej lekcji przez studentów i czy cele zostały osiągnięte. Główną wadą jest to, że wspomniane narzędzie wymaga więcej niż jednego gracza, więc nie zalecamy, aby mentor miał przydzielonego tylko jednego studenta.
- Padlet: jest idealnym narzędziem do promowania uczestnictwa studentów. Studenci tradycyjnie uważają się za biernych uczestników w procesie nauczania-uczenia się. Czują się bezsilni. Z tego powodu Padlet stara się wzmocnić zaangażowanie uczestników za pomocą ścian współpracy, w których studenci mogą wspólnie pracować nad rozwiązywaniem problemów, dyskutować na różne tematy i publikować swoje pomysły. Można go również wykorzystać do ćwiczenia rozwiązywania przypadków klinicznych (nauka rozwiązywania problemów). Doskonale nadaje się do porządkowania pomysłów, pozwalając na tworzenie ścian i portfeli.

Sieci społecznościowe są definiowane jako społeczności wirtualne, w których użytkownicy mogą komunikować się ze sobą i udostępniać informacje. Młodzi studenci lepiej wykorzystują wspomniane platformy w kontekście społecznym, aniżeli naukowym, co podkreśla potrzebę nauczania studentów w zakresie korzystania z tych platform w sposób profesjonalny. Z drugiej strony mentorzy (podobnie jak pozostali edukatorzy zdrowia) często są opisywani jako słabo przygotowani do korzystania z nowych technologii. Powinni oni jednak oczekiwać ciągłych zmian w nauce i metodologii z każdym nowym pokoleniem studentów. Na przykład studenci z pokolenia Z są znani ze swojej elastyczności w korzystaniu z nowych technologii i oczekują od nauczycieli i mentorów szybkiego postępu, podobnie jak ma to miejsce w przypadku technologii. Z tego powodu mentorzy w jak największym stopniu muszą być na bieżąco i korzystać z sieci społecznościowych, z których korzystają ich studenci, aby zapewniać nowe technologie, które są odpowiednie dla metod nauczania-uczenia się w środowisku klinicznym.

Do niektórych popularnych wśród studentów i mentorów sieci społecznościowych, których moglibyśmy użyć jako narzędzi podczas praktyki mentorskiej, należą:

- Twitter: użytkownicy mogą odpowiadać na posty lub otwierać dyskusję i zapraszać do udziału innych członków społeczności. Oferuje możliwość współpracy między mentorami, studentami, innymi pracownikami służby zdrowia lub osobami zainteresowanymi tematem. Poza tym

24 Moya, M. (2013). De las TICs a las TACs: la importancia de crear contenidos educativos digitales. *Revista DIM*, (27), 1-15. Dostępne pod adresem: <https://www.raco.cat/index.php/DIM/article/view/275963>

25 Malo, S., & Figuer, C. (2010). Infancia, adolescencia y Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) en perspectiva psicosocial. *Intervención Psicosocial*, 19(1), 5-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5093/in2010v19n1a2>

studenci mogą używać Twittera jako świetnego sposobu promowania zdrowia w swojej społeczności. W ten sposób będą oni brali aktywny udział w edukacji ludności. Stwierdziliśmy, że limit 280 znaków jest wadą – może to być silny czynnik rozpraszający uwagę, a studenci mogą wykorzystywać wspomnianą platformę do upokorzenia kolegów z klasy.

- WhatsApp: jego grupy umożliwiają komunikację ze studentami, zwiększają poczucie ich przynależności do grupy lub udostępniają informacje za pomocą linków, zdjęć i filmów. Jego wadą jest to, że nauczyciele czują się przytłoczeni liczbą otrzymywanych wiadomości.
- Facebook: jego globalne zastosowanie zapewnia mentorom i studentom możliwość komunikowania się z profesjonalistami i kolegami z różnych krajów. Promuje on kulturową i językową różnorodność wśród kolegów. Studenci postrzegają Facebooka jako narzędzie do rozwoju zawodowego. Wadą Facebooka jest to, że może działać jako silny czynnik rozpraszający uwagę, a studenci mogą chcieć nie udostępniać swoich profili mentorom.
- Instagram: to jedna z najpopularniejszych sieci społecznościowych dla studentów z pokolenia Y i Z. Użytkownicy mogą szybko udostępniać i ponownie udostępniać informacje, zdjęcia i filmy. Instagram jest powszechnie stosowany w sektorze edukacji zdrowotnej. Główną jego wadą jest to, że skupia uwagę ludzi na obrazach. Opisy pod zdjęciami są rzadziej sprawdzane.

Podsumowując, podczas praktyki klinicznej studentów pielęgniarstwa czynności związanych z nauczaniem i mentoringiem powinny uwzględniać preferowane przez studentów narzędzia edukacyjne i strategie nauczania w celu podniesienia jakości uczenia się, a przede wszystkim zwiększenia motywacji oraz satysfakcji studentów i mentorów⁸.



Temat V.

WPLYW KOMPETENCJI MENTORÓW NA JAKOŚĆ MENTORINGU

Wspomniany temat modułu I ma na celu wyjaśnienie i zwiększenie świadomości na temat kompetencji mentorskich pielęgniarek w Europie zarówno w teraźniejszości, jak i przyszłości. Oparty na dowodach model kompetencji mentorów klinicznych został wykorzystany jako solidne podstawy pod stworzenie materiału nauczania. W tym temacie mentorzy zapoznali się z wcześniejszymi dowodami dotyczącymi praktyki mentorskiej, wybierając publikacje opracowane w ramach projektu QualMent. Mentorów zachęcano do dyskusji i zgłaszania sugestii dotyczących dobrych praktyk w zakresie kompetentnego mentoringu pielęgniarskiego w ramach zawodu pielęgniarki w Europie zarówno w teraźniejszości, jak i w przyszłości. Środkiem użytym do realizacji wspomnianego działania była metoda dydaktyczna polegająca na debacie internetowej. Aby rozpocząć debatę, zaproponowaliśmy zastanowienie się nad kompetencjami dobrych mentorów i ich doskonaleniem.

Należy zachęcać mentorów do korzystania z następujących metod mentoringu w celu wspierania procesu uczenia się studentów²²:

- Bądź dostępny dla studenta
- Zapewnij konstruktywną krytykę celów nauczania i metod pracy studenta
- Analizuj i oceniaj problemy zdrowotne
- Pomagaj studentowi określić jego cele nauczania
- Oceniaj pracę studentów
- Przygotowuj materiały edukacyjne
- Wybieraj zajęcia zawodowe dla studentów
- Konfrontuj studentów z nowymi problemami
- Rozwijaj umiejętności rozwiązywania problemów
- Pomagaj zrozumieć podstawowe zasady naukowe
- Monitoruj postępy studentów

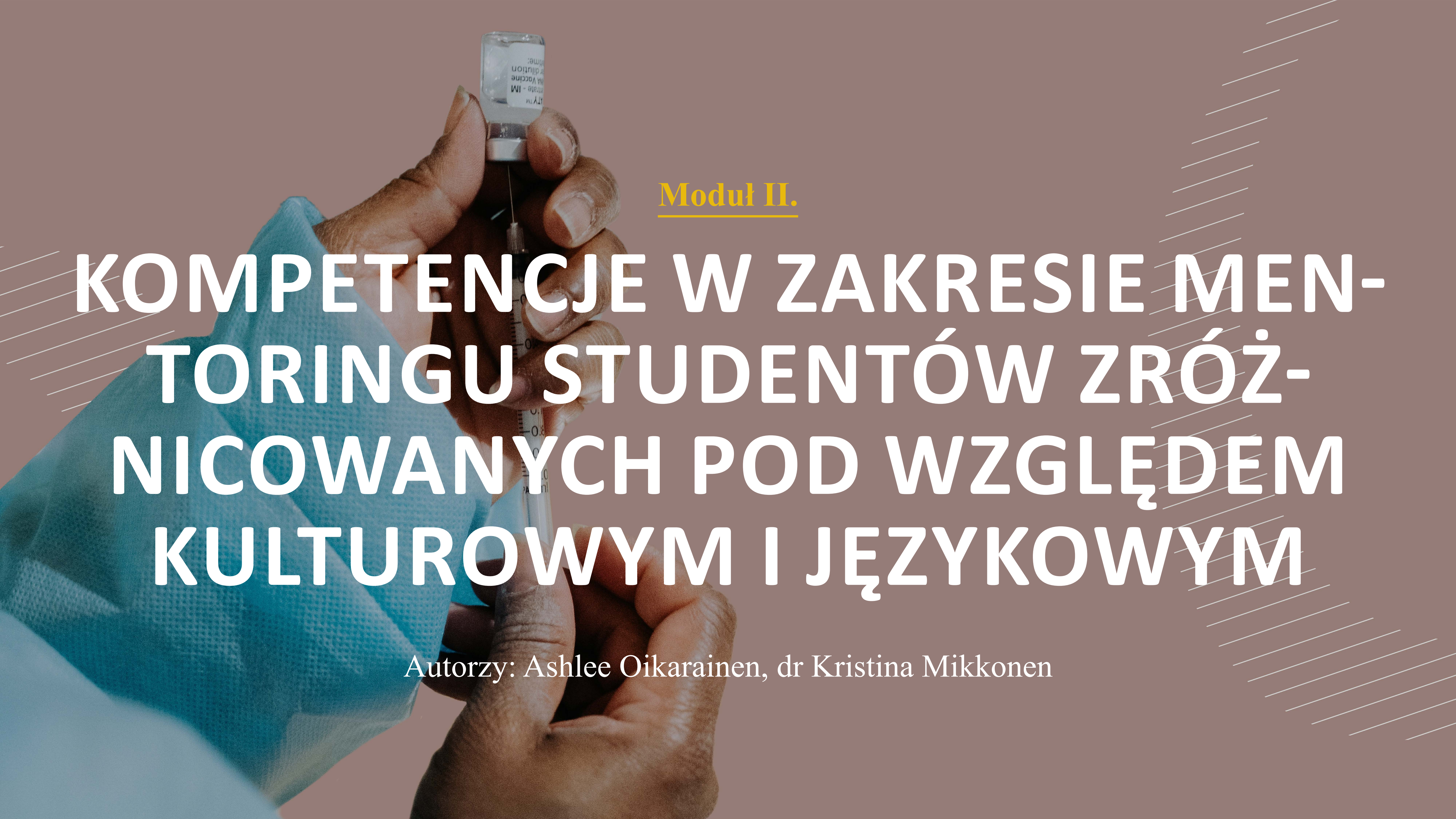
- Zidentyfikuj czynniki leżące u podstaw problemów zdrowotnych
- Promuj dyscyplinę intelektualną
- Wykorzystuj przykłady swoich doświadczeń zawodowych, aby pomóc w ich zrozumieniu

Świadomość mentorów w zakresie kompetencji mentorskich można podkreślić za pomocą ich edukacji i zapewniania im wszelkich potrzebnych zasobów, aby być w stanie przeprowadzać mentoring studentów pielęgniarstwa w praktyce klinicznej. Zalecamy mentorom budowanie swoich kompetencji zgodnie z naszym opartym na dowodach modelem kompetencji mentorów w następujących obszarach:

- Indywidualne kompetencje i interakcje mentorów w miejscu pracy oraz zasoby:
 - Cechy mentorów
 - Motywacja mentorów
 - Praktyki mentorskie i zasoby (pomiędzy mentorem, nauczycielem a studentem)
- Kompetencje kulturowe mentorów
- Kompetencje mentorów we wspieraniu procesu uczenia się
 - Mentoring zorientowany na cel
 - Refleksje podczas mentoringu
 - Konstruktywna informacja zwrotna
- Ocena skoncentrowana na studencie

Podsumowanie

- *Indywidualne kompetencje mentorów obejmują cechy mentorów, ich motywację do mentoringu oraz posiadanie wiedzy na temat praktyk mentorskich w ich organizacji, współpracy i zasobów.*
- *Środowisko kliniczne ułatwiające proces uczenia się zostało zdefiniowane jako interaktywna sieć lub zestaw cech, które są nieodłączne względem praktyk, które wpływają na wyniki uczenia się i rozwój zawodowy studentów pielęgniarstwa.*
- *Rola mentorów w środowisku klinicznym ułatwiającym proces uczenia się jest niezbędna w budowaniu bezpiecznej atmosfery nauczania i oferowaniu wsparcia studentom pielęgniarstwa.*
- *Odpowiednia opieka kliniczna dla studentów pielęgniarstwa jest sposobem na zapewnienie zgodności z ośmioma kompetencjami pielęgniarскими określonymi w Załączniku V Dyrektywy UE 2013/55/UE.*
- *Wysokiej jakości edukacja kliniczna ma kluczowe znaczenie dla rozwoju kompetentnych, zatrudnionych pielęgniarek, które są w stanie zapewnić bezpieczną opiekę skoncentrowaną na określonej osobie.*
- *Świadomość mentorów w zakresie kompetencji mentorskich można podkreślić za pomocą ich edukacji i zapewniania im wszelkich potrzebnych zasobów, aby być w stanie przeprowadzać mentoring studentów pielęgniarstwa w praktyce klinicznej.*



Moduł II.

KOMPETENCJE W ZAKRESIE MENTORINGU STUDENTÓW ZRÓŻNICOWANYCH POD WZGLĘDEM KULTUROWYM I JĘZYKOWYM

Autorzy: Ashlee Oikarainen, dr Kristina Mikkonen

Kompetencje kulturowe mentorów obejmują elementy wiedzy kulturowej, wrażliwości, świadomości, komunikacji i interakcji międzykulturowej oraz umiejętności kulturowych i bezpieczeństwa wraz ze zdolnością do tworzenia bezpiecznego pod względem kulturowym środowiska ułatwiającego proces uczenia się^{26, 27}. Od mentorów kompetentnych pod względem kulturowym wymaga się zapewnienia stosownej kulturowo opieki skoncentrowanej na określonej osobie, a także świadomego pod kątem kulturowym mentoringu dla studentów zróżnicowanych kulturowo i językowo (ang. CALD, culturally and linguistically diverse) (zobacz Rysunek 1). Aby zapewnić kompetencje kulturowe mentorów podczas praktyki klinicznej opracowano Moduł II. Kompetencje w zakresie mentoringu studentów zróżnicowanych pod względem kulturowym i językowym. Głównym celem Modułu II jest poprawa kulturowych kompetencji mentorskich u mentorów klinicznych oraz osiągnięcie przez nich wyników uczenia się ustalonych w założeniach ramowych kursu. Omawiany moduł został podzielony na sześć tematów: kompetencje kulturowe, wrażliwość i pragnienia kulturowe, świadomość kulturowa, komunikacja i interakcje międzykulturowe, umiejętności i bezpieczeństwo kulturowe oraz opieka skoncentrowana na określonej osobie pod względem kulturowym.

26 Campinha-Bacote J. (2011). Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence. *Online J Issues Nurs* 16:5.

27 Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kenny, A., Tomietto, M., Tuomikoski, A., Merilainen, M., . . . Kaariainen, M. (2020). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 75-86. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.06.005

Temat I:

KOMPETENCJE KULTUROWE

Mobilność międzynarodowa zwiększyła się wraz z postępem procesu globalizacji. Obecnie ludzie przemieszczają się z miejsca na miejsce bardziej niż kiedykolwiek wcześniej. W ostatnich latach liczba międzynarodowych imigrantów na całym świecie gwałtownie wzrosła, a statystyki z 2017 roku przedstawiają, że na całym świecie jest 258 milionów imigrantów. Szacuje się, że na całym świecie jest około 26 milionów uchodźców i osób ubiegających się o azyl, co wynosi 10% wszystkich międzynarodowych imigrantów. 78 milionów międzynarodowych imigrantów mieszka w Europie, z czego większość z nich mieszka w Niemczech, Wielkiej Brytanii, Francji, Hiszpanii i Włoszech. Globalizacja kadry edukacyjnej i studentów nabiera coraz większego znaczenia w wyniku procesu internacjonalizacji. Internacjonalizacja przyczynia się do zwiększenia mobilności studentów, globalnej konkurencyjności i wiedzy w zakresie edukacji zdrowotnej²⁸.

W TEMACIE MOBILNOŚCI MIĘDZYNARODOWEJ STOSUJE SĄ RÓŻNORODNE KONCEPCJE:

Imigrant = migrant, bez względu na dochód. Imigrantem może być np. osoba powracająca, uchodźca lub osoba ubiegająca się o azyl.

Uchodźca = cudzoziemiec, który ma powody, by obawiać się prześladowania ze względu na swoje wyznanie, pochodzenie, narodowość, przynależność do określonej grupy społecznej lub poglądy polityczne.

Grupa etniczna = grupa, którą łączy wyznanie, dziedzictwo, pochodzenie, język lub wygląd.

Mniejszość etniczna = grupy osób reprezentujące mniejszość w dziedzictwie kulturowym określonego państwa.

Według Leiningera,²⁹ kultura oznacza wartości, przekonania, normy i styl życia określonej grupy. Ponadto elementy te są nauczane i przekazywane między płciami. Kultura kieruje ludzkim myśleniem, procesem podejmowania decyzji i działaniem w sposób systematyczny. Obecnie uważa się, że kultura jest nieustannie zmieniającym się i różnorodnym procesem, a jej definicja podkreśla różnorodność i wyjątkowość ludzi, rodzin i społeczności. Ze względu na to, że kultura ciągle się zmienia, trudno jest zidentyfikować typowe cechy określonej kultury. W niniejszym module kultura jest zdefiniowana jako system ludzkiej wiedzy, wartości i przekonań, za pomocą których ludzie obserwują i konstruują swoje interpretacje, a także działają i dokonują wyborów pomiędzy różnymi opcjami.

OBSZARY KOMPETENCJI KULTUROWYCH

Wiedza kulturowa to proces, dzięki któremu mentor poszukuje odpowiednich informacji na temat przekonań kulturowych i praktyk studenta/pacjenta, w celu nawiązania ze sobą dobrych relacji.

REFLEKSJE DLA MENTORÓW

W jaki sposób i dlaczego należy uwzględnić pochodzenie kulturowe studenta/pacjenta w zakresie mentoringu/opieki nad pacjentem?

Wrażliwość kulturowa odnosi się do świadomości własnej kultury oraz wartości i przekonań innej kultury. Wrażliwość kulturowa nie polega na osądzaniu się nawzajem na podstawie pochodzenia kulturowego i przekonań określonej osoby, ale na chłonności i otwartości na inne kultury.

Jak bardzo jesteś zmotywowany do rozwijania swoich własnych kompetencji kulturowych? Co motywuje Cię do przeprowadzania mentoringu studentów lub opieki nad pacjentami pochodzącymi z różnych kultur?

²⁸ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *International Migration Report 2017: Highlights*(ST/ESA/SER.A/404)

²⁹ Leininger, M.M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. NLN Press, New York.

Temat II:

WRAŻLIWOŚĆ I PRAGNIENIA KULTUROWE

Kompetencje kulturowe to całościowy, zorientowany na cel i wielowarstwowy proces rozwoju. Wspomniane kompetencje opierają się na różnorodnych cechach, takich jak: elastyczność, cierpliwość, pozytywne nastawienie, otwartość, zainteresowanie, ciekawość, empatia i uczciwość. Rozwój omawianych kompetencji nie jest automatyczny, ale wymaga świadomego ich ćwiczenia. Motywacja mentora do przeprowadzania mentoringu w znaczący sposób wpływa na rozwój udanej relacji mentorskiej. Postępując z zachowaniem wrażliwości kulturowej, mentor wykazuje autentyczne pragnienie i wrażliwość na zrozumienie studenta. Mentor szanuje również i przyjmuje pochodzenie i wartości studenta. Ponadto mentor tworzy atmosferę, w której student czuje, że jest wysłuchany, dostrzeżony, postrzegany i ceniony jako osoba.

KONCEPCJE ZAGRAŻAJĄCE WRAŻLIWOŚCI KULTUROWEJ W MENTORINGU:

- *Uprzedzenia* oznaczają z wcześniej ustaloną, bezpodstawną i z góry przyjętą opinię na temat poszczególniej osoby lub grupy osób.
- *Etnocentryczność* odnosi się do tendencji do postrzegania obcej kultury przez pryzmat własnej kultury, przy czym wspomniane kultury ocenia się pod kątem dobra i zła. Taka osoba uważa, że jej sposób myślenia, działania i przekonania są jedynymi słusznymi. Etnocentryczność to cecha ludzi ograniczonych i uprzedzonych. Może ona zacząć dominować nad osobą, a tym samym zakłócać interakcję z osobą lub społecznością pochodzącą z innej kultury. Etnocentryczność może przerodzić się np. w rasizm lub nadwrażliwość.
- *Stereotypy* to wspólne, ugruntowane, zwarte i często nieświadome negatywne lub pozytywne postrzeganie, oczekiwania i założenia dotyczące cech lub zachowań związanych z różnymi rodzajami ludzi. Warto pamiętać, że każdy człowiek, oprócz pochodzenia kulturowego, ma też swoje unikalne doświadczenia.

Badania wykazały, że studenci pochodzący z różnych kultur niestety nadal zmagają się z uprzedzeniami, dyskryminacją, rasizmem i stereotypami^{30,31}. W wywiadzie dwóch afrykańskich studentów opowiedziało o swoich doświadczeniach w następujący sposób: „*Na oddziale, na którym studenci odbywali swoją praktykę kliniczną, zaobserwowano dyskryminację i rasizm.*” *Studenci mieli nadzieję, że tą sprawą zajmie się organizacja edukacyjna. Studenci martwili się o swoich przyjaciół, którzy byli zastraszani, wyśmiewani i niezrozumiani. Zaskakujące okazało się to, że byli to pracownicy służby zdrowia, którzy zachowywali się w tak lekceważący sposób wobec studentów pochodzących z innych kultur. Mówią, że nie jest łatwo przystosować się do życia w nowym kraju lub nauczyć się języka. Sposób, w jaki wspomniani studenci zostali potraktowani, zniechęcił ich i wpłynął na nich bardzo negatywnie. Pomogłaby chociaż odrobina zrozumienia ze strony pielęgniarek* 30

Doświadczenia związane z poczuciem braku przynależności, odosobnienia i dyskryminacji są postrzegane jako frustrujące i zagrażające. Studenci są szczególnie wrażliwi i narażeni na odrzucenie lub wykluczenie społeczne, jeśli należą do grupy mniejszościowej. Mentorzy odgrywają ważną rolę w rozpoznawaniu i zwalczaniu nierównego traktowania lub dyskryminacji. Adaptacja do nowej kultury wymaga czasu, a studenci mogą odczuwać negatywne emocje, gdy muszą zrezygnować z własnych wartości i praktyk kulturowych. Szacunek dla różnorodności, godności i indywidualności jest niezbędny zarówno w zapewnianiu dobrej opieki, jak i przeprowadzania mentoringu studentów. Otwartość na różne przekonania i praktyki kulturowe oraz szacunek dla wyjątkowości człowieka to ważne cechy współczesnego społeczeństwa. Akceptacja różnych kultur wymaga przyjaznej postawy, a także umiejętności akceptowania różnorodności i wartości lub światopoglądu innych osób. W ramach mentoringu student musi być postrzegany jako jednostka, a nie w sposób stereotypowy. Wyjątkowo ważne jest, aby mentor był gotowy do rozpoznania swojej etnocentryczności, a także ewentualnych uprzedzeń lub stereotypów dotyczących pochodzenia studenta/pacjenta. Kompetencje kulturowe można rozwijać przez aktywne zaangażowanie w spotkania wielokulturowe, oferując mentorowi możliwość poznania różnych kultur. Spotkania mogą pomóc mentorowi w ukształtowaniu ich wcześniejszego postrzegania różnych grup kulturowych i przełamaniu stereotypów.

30 Korhonen, H., Tuomikoski, A., Oikarainen, A., Kaariainen, M., Elo, S., Kyngas, H., . . . Mikkonen, K. (2019). Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of the clinical learning environment and mentoring: A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 41, 102637. doi:10.1016/j.nepr.2019.102637

31 Mikkonen, K., Elo, S., Kuivila, H., Tuomikoski, A., & Kaariainen, M. (2016). Culturally and linguistically diverse healthcare students' experiences of learning in a clinical environment: A systematic review of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 173-187. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.004

Temat III:

ŚWIADOMOŚĆ KULTUROWA

Mentorzy będą lepiej rozumieć wartości, przekonania i praktyki studentów, gdy sami będą świadomi swoich wartości, przekonań i praktyk. Rozpoznanie i zrozumienie własnej kultury stanowi punkt wyjścia do docenienia wartości i poglądów innych kultur. Byłoby wskazane, aby mentor spróbował zrozumieć, jak jego własna kultura wpływa na inne spotkania wielokulturowe. Podczas tych spotkań istotne jest poszanowanie wartości obu stron. Należy unikać myślenia, że własna kultura jest lepsza od innej. Mentor nie musi rezygnować z własnych wartości, aby rozwiązywać sytuacje, w których dochodzi do konfliktu wartości. Jak się okazało w przeszłości, koncepcja wielokulturowości jest szeroka i międzywymiarowa. W najlepszym razie wielokulturowość to współistnienie różnych kultur, które szanują innych. Różnorodność znajduje odzwierciedlenie w codziennym życiu pracowników służby zdrowia. Istnieją różnice między ludźmi w środowisku pracy a ich klientami, na przykład ze względu na płeć, wiek, wyznanie, wykształcenie, status lub sytuację życiową. Różnorodność można postrzegać w bardziej ograniczony sposób jako różnorodność kulturową, co oznacza, że ludzie różnią się swoim pochodzeniem kulturowym, na przykład ze względu na pochodzenie etniczne. Rosnąca różnorodność kulturowa wynika na przykład z internacjonalizacji i zwiększenia się zjawiska imigracji. Różnorodność należy uwzględniać w codzienności opieki zdrowotnej, ponieważ różnice kulturowe i bariery językowe mogą utrudniać budowanie relacji między klientem a pracownikiem służby zdrowia, a tym samym obniżać jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów.

RÓŻNORODNOŚĆ KULTUROWA W ŚRODOWISKU PRACY

MOŻLIWOŚCI

- Rozwijanie kompetencji kulturowych wszystkich pracowników
- Kompetencje językowe nieprofesjonal-

WYZWANIA

- Zapewnienie odpowiednich kompetencji pracowników służby zdrowia pochodzących z zewnątrz

nych pracowników służby zdrowia mające na celu obsługę zróżnicowanej bazy klientów

- Poprawa dostępu do usług, w szczególności dla grup mniejszościowych
- Zdolność wielokulturowego środowiska pracy do lepszego uwzględniania i odpowiadania na potrzeby klientów pochodzących z różnych kultur, zwiększając tym samym satysfakcję klientów z ich opieki

- Pracownicy służby zdrowia z innych krajów nie posiadają znajomości języka lokalnego/krajowego i mają różne style wchodzenia w interakcje
- Narażenie pracowników na uprzedzenia i dyskryminację ze strony przełożonych, współpracowników lub klientów
- Zagrożenie dla bezpieczeństwa klienta ze względu na różnice kulturowe lub wyzwania językowe

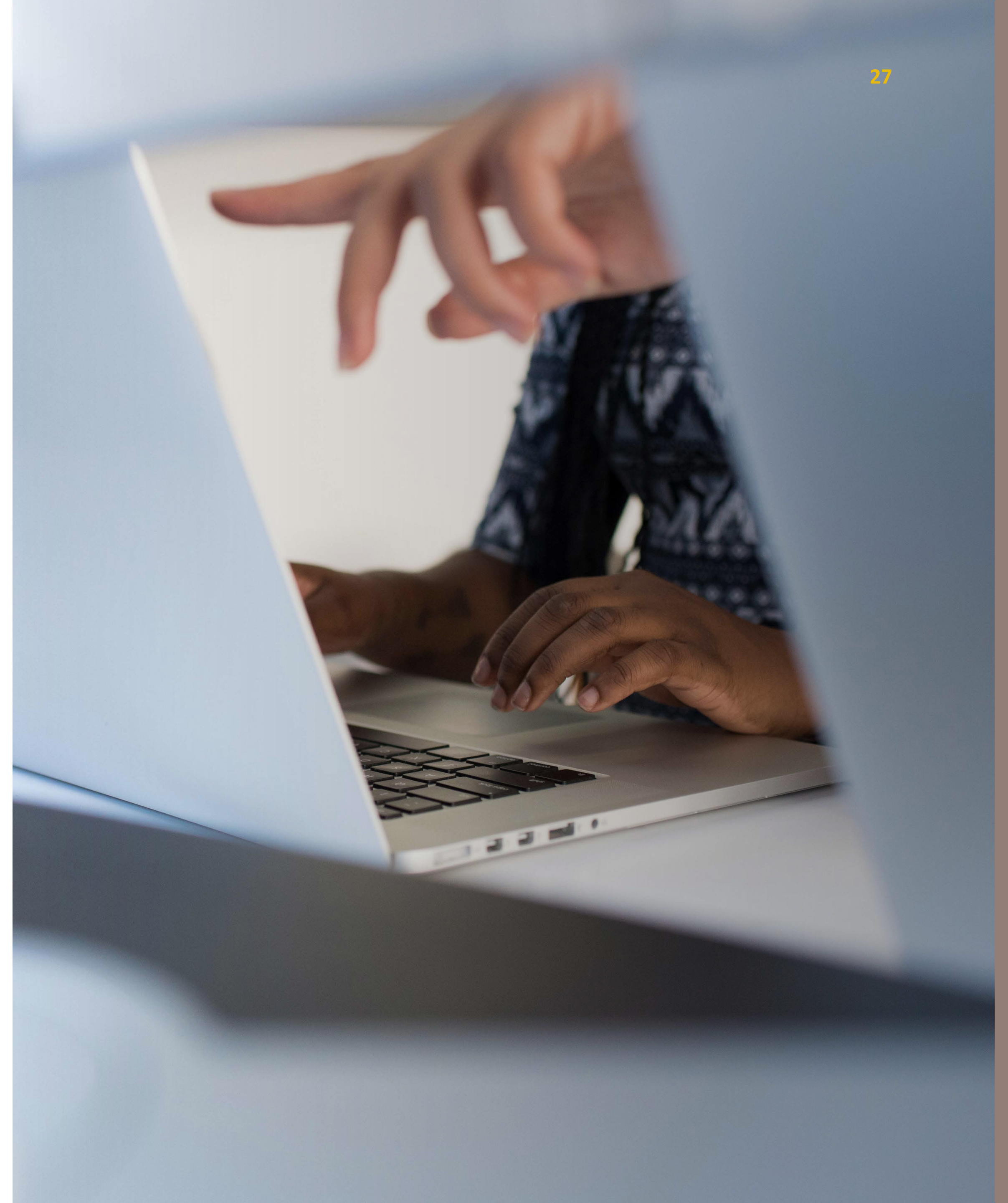
Środowisko pracy musi przyjrzeć się tradycyjnym sposobom pracy i wchodzenia w interakcje. Rosnąca różnorodność kulturowa w środowiskach opieki zdrowotnej zwiększa potrzebę rozwijania przez pracowników służby zdrowia zorientowanej na klienta, bezpiecznej i skutecznej opieki w tych środowiskach, przy jednoczesnym uwzględnieniu ich potrzeb kulturowych i językowych.



Studenci pielęgniarstwa pochodzący z różnych kultur często stają przed największymi wyzwaniami w trakcie swojej edukacji, kończąc praktykę kliniczną. Stawianie czoła różnicom kulturowym, szczególnie na początku praktyki, może powodować uczucie niepokoju i desperacji. Wyzwania językowe lub brak umiejętności językowych mogą powodować trudności w zrozumieniu, nagrywaniu lub raportowaniu słownictwa zawodowego. Studenci mogą uznać, że wyzwania kulturowe lub językowe ograniczają ich zdolność do wykonywania ćwiczeń, na przykład zdobywania umiejętności klinicznych. Na przykład mogą oni mieć możliwość jedynie obserwowania procedur, zapewnienia podstawowej opieki lub wykonywania zadań, które nie spełniają ich potrzeb edukacyjnych. Studenci mogą doświadczać nieufności ze strony swoich mentorów, personelu i/lub pacjentów oraz muszą nieustannie udowadniać swoje umiejętności.

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE ZDOBYWANIA WIEDZY O RÓŻNYCH KULTURACH:

- Zdobywanie i uzyskiwanie wiarygodnych informacji z otoczenia kulturowego pacjenta/klienta lub studenta może ułatwić opiekę i mentoring. Warto jednak pamiętać, że uczenie się o określonej kulturze to nie tylko zdobywanie informacji i bycie uważnym, ale także aktywność, zainteresowanie i zaangażowanie.
 - Praca z osobami z obcej kultury bez znajomości i zrozumienia wszystkich zasad postępowania lub ich celu jest możliwa.
 - Niezbędne informacje można uzyskać np. pytając i omawiając je z przedstawicielem obcej kultury. Pokazuje to jednocześnie, że naprawdę interesujesz się kulturą innej osoby i chcesz dowiedzieć się o niej więcej.
 - Pod przewodnictwem, zdolność mentora do poznania pochodzenia kulturowego studenta, wartości i światopoglądu oraz wypracowanie wspólnego zrozumienia różnic kulturowych może wzmocnić poczucie wspólnoty między mentorem a studentem.
 - Ponadto, aby wspierać naukę studenta, niezwykle ważne jest, żeby mentor starał się zrozumieć jego indywidualne potrzeby, takie jak jego styl uczenia się lub potrzeby językowe.
-



Temat IV:

KOMUNIKACJA I INTERAKCJA MIĘDZYKULTUROWA

W komunikacji międzykulturowej różni ludzie dokładają wszelkich starań, aby zrozumieć innych i samemu być zrozumianym. Podczas komunikacji międzykulturowej obie strony dostosowują się do siebie. Kultura ma znaczący wpływ na komunikację werbalną. Kulturę tworzy i podtrzymuje wspólny język. Język służy do dokładnego wyrażania różnych kwestii. Bez wspólnego języka przekazywanie wartości, norm społecznych lub przekonań z pokolenia na pokolenie byłoby niemożliwe. Komunikacja niewerbalna jest w znacznym stopniu związana z kulturą, a różne modele komunikacji odgrywają kluczową rolę w spotkaniach międzykulturowych. W różnych kulturach gesty, wyrazy twarzy, postawy, kontakt wzrokowy, dotyk, ubiór, cisza i wykorzystanie przestrzeni mają różne znaczenie. To, co w jednej kulturze jest właściwe i grzeczne, w innej może być lekceważące, a nawet obraźliwe. W spotkaniach międzykulturowych należy być świadomym tego, jak się zachowuje i jak można potencjalnie wchodzić w interakcje. Ponadto nasza kultura wpływa na to, jak doświadczamy i dokonujemy obserwacji na temat otaczającego nas świata oraz jak podejmujemy decyzje i rozwiązujemy problemy. W różnych kulturach różne reguły kulturowe odnoszą się do różnych sytuacji, które są wykorzystywane do wchodzenia w interakcje. Na przykład w niektórych kulturach mogą występować tematy, które są nieodpowiednie do poruszania, podczas gdy w innych ten sam temat może być swobodnie omawiany.

JAK KULTURA WPŁYWA NA KOMUNIKACJĘ I INTERAKCJE?

KONTAKT WZROKOWY

Natężenie odpowiedniego kontaktu wzrokowego różni się w zależności od określonych kulturach. W kulturze zachodniej utrzymywanie kontaktu wzrokowego przez dłuższy czas jest postrzegane jako oznaka szacunku dla rozmówcy. W wielu kulturach jest dokładnie odwrotnie, a unikanie kontaktu wzrokowego jest oznaką uprzejmości i szacunku dla partnera.

WYRAZY TWARZY/GESTY

Istnieje wiele różnic między wyrazami twarzy i gestami w różnych kulturach. W innych kulturach gestykulacja jest ważnym i wielkodusznym elementem komunikacji (np. Europa Południowa i Ameryka Łacińska), podczas gdy w innych kulturach gesty i wyrazy twarzy są używane w bardziej umiarkowany sposób (np. kraje skandynawskie). Jednakże w wielu kulturach azjatyckich wyrażanie negatywnych uczuć nie jest właściwe.

SŁUCHANIE / WYKORZYSTYWANIE CISZY

Tolerancja ciszy i jej interpretacja są różne w zależności od różnych kultur. W niektórych kulturach powszechne jest rozmawianie ze sobą nawzajem, podczas gdy w innych kulturach oczekuje się, że wspólne konwersacje zostaną zakończone.

POZYCJE / DOTYK

W różnych kulturach głośność i ton głosu przekazują inne rzeczy. Na przykład w Hiszpanii głośność wydawanego dźwięku, odgrywa istotną rolę w znaczeniu przekazu. Na podstawie głośności wydawanego dźwięku można dokonać interpretacji wpływu rozmówcy. Z kolei cisza jest też częścią komunikacji niewerbalnej, a członkowie jednej kultury są bardziej tolerancyjni wobec ciszy niż inni.

To, co uważa się za odpowiedni dystans fizyczny, będzie się różnić w zależności od kultury, natomiast zasady dotyczące zachowywania dystansu mogą również różnić się w ramach określonej kultury, w zależności od płci, wieku lub znajomości poszczególnych osób. O ile na północy Europy rozmówca, który jest zbyt blisko, jest postrzegany jako osoba wprawiająca innych w zakłopotanie, o tyle na południu duży dystans fizyczny może być interpretowany jako oziębłość i arogancja.

Te same interakcje lub komunikaty mogą być rozumiane na różne sposoby przez ludzi pochodzących z różnych środowisk. Niepowodzenia w interakcjach międzykulturowych mogą prowadzić do niepewności, nadmiaru informacji, nieporozumień i sprzeczności. Nawet umiętny, świadomy

kulturowo rozmówca nie zawsze jest w stanie uniknąć popełniania błędów. Przekazanie określonej wiadomości jest najważniejszym elementem całej komunikacji i nie trzeba posiadać doskonałych umiejętności językowych. Wyjaśnienie nieporozumień daje możliwość zbudowania wspólnego zrozumienia. Umiejętności komunikacji międzykulturowej odgrywają istotną rolę w unikaniu nieporozumień. Na poziomie organizacyjnym rozwój umiejętności pracowników można wspierać przez zapewnianie wystarczającego wsparcia, zasobów i szkoleń.

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE UNIKANIA NIEPOROZUMIEŃ W SPOTKANIACH WIELOKULTUROWYCH:

- Spróbuj zrozumieć pochodzenie społeczne i kulturowe innych osób i pamiętaj, że nie wszyscy podzielają to samo myślenie i zachowanie, co my.
 - Identyfikuj i unikaj stereotypów
 - Omawiaj, słuchaj i uzgadniaj z innymi, jak radzić sobie w określonych sytuacjach
 - Pytaj o pragnienia i potrzeby innych za pomocą otwartych pytań
 - Zwracaj uwagę na komunikację niewerbalną
 - Postaraj się zrozumieć różne style komunikacji i miej na uwadze, że mogą one prowadzić do nieporozumień (egocentryczny lub kontekstowy styl komunikacji)
 - Staraj się identyfikować i regulować własne uczucia oraz uczucia innych w interakcjach międzykulturowych
 - Świadomie rozwijaj swoje umiejętności wchodzenia w interakcje, na przykład za pomocą rzeczywistych sytuacji interakcji.
-

Mentorzy odgrywają ważną rolę we wspieraniu nauki języków przez studentów. Podczas mentoringu studentów zróżnicowanych pod względem kulturowym i językowym, mentor musi być w stanie rozpoznawać indywidualne potrzeby studenta w zakresie nauki języków. Jeśli wspomniane umiejętności nie są wystarczające, wspólnie z placówkami szkolnictwa wyższego studentów i samym studentem planowane są odpowiednie działania. Mentorzy muszą zapewniać studentowi przestrzeń

do wykorzystywania języka w rzeczywistych sytuacjach i dostarczać niezbędne wsparcie potrzebne w tych sytuacjach. Na przykład mentor może angażować studentów w dyskusje i zadawać pytania w taki sposób, aby studenci mogli aktywnie uczestniczyć i w odpowiednim momencie zapewniać wsparcie. Mentorzy mogą też wcześniej wspólnie przećwiczyć możliwe sytuacje (np. opieka nad pacjentem), dzięki tworzeniu otwartej atmosfery. Mentor i student muszą uzgodnić, kiedy i gdzie mentor może poprawić jego język i przekazać mu informację zwrotną. Ustanowienie wspólnych zasad w praktyce może zapewnić studentowi większą pewność siebie. Kluczem do nauki języka jest zaakceptowanie osoby pochodzącej z innej kultury jako człowieka, należy być otwartym i dać jej czas. Słabo rozwinięte umiejętności językowe mają duży wpływ na interakcje. Może to powodować nieporozumienia i zamieszanie, zagrażać bezpieczeństwu pacjenta i sprawiać, że mentor poczuje się obciążony. Dla studenta może to powodować frustrację, poczucie dyskryminacji, samotność, wstyd, porzucanie nauki, utrudnienia w nauce, ukończeniu studiów i znalezieniu pracy. Słabo rozwinięte umiejętności językowe mogą być interpretowane jako ignorancja lub niezdolność studenta do wykonywania procedur pielęgnacyjnych. Zgodnie z wcześniejszymi dowodami wiadomo również, że brak umiejętności językowych może rozwijać umiejętności komunikacji niewerbalnej studenta i jego empatię dla osób z zaburzeniami mowy, które nie posiadają umiejętności językowych³¹.

JAK POTWIERDZIĆ ZROZUMIENIE INNYCH OSÓB?

- Konstruktywna informacja zwrotna — pozytywne doświadczenia wzmacniają poczucie wspólnoty u studenta, otwierają możliwości na nowe, różnorodne doświadczenia edukacyjne, wzmacniają zaufanie do umiejętności zawodowych
 - Ilustrowanie i wyjaśnianie znaczeń, zwyczajów i postaw w ramach języka
 - Obserwowanie praktyk językowych i norm/oczekiwań językowych
 - Empatia ze strony mentora dla studenta może pomóc stworzyć atmosferę, w której odważy się on zadawać pytania, wchodzić w interakcje z innymi i dzielić się swoimi obawami
-

Temat V:

UMIEJĘTNOŚCI KULTUROWE I BEZPIECZEŃSTWO

Umiejętności kulturowe pielęgniarek obejmują zdolność do gromadzenia istotnych pod kątem kulturowym informacji związanych z problemami zdrowotnymi pacjenta pochodzącego z różnych kultur oraz umiejętność jego badania w sposób wrażliwy kulturowo. W mentoringu studentów umiejętność kulturowa odnosi się do umiejętności gromadzenia istotnych kulturowo informacji związanych z aktualną potrzebą studenta w zakresie poradnictwa oraz do bycia wrażliwym kulturowo w ramach mentoringu. Niezwykle ważne jest, aby mentor otrzymał informacje o pochodzeniu kulturowym, wykształceniu, dotychczasowym doświadczeniu w opiece zdrowotnej i praktyce klinicznej studenta przed lub na początku praktyki klinicznej. Niektóre organizacje edukacyjne wymagają od studentów stworzenia portfolio lub dokumentów zbliżonego CV, które mentor może przejrzeć przed pierwszym spotkaniem studentów z mentorem. Są one uważane za przydatne, ponieważ pozwalają mentorowi szybko uzyskać wgląd w doświadczenie studenta. Jeśli student nie przygotował portfolio ani CV, mentor może poprosić studenta o ich dostarczenie.

Studenci muszą wejść w bezpieczne kulturowo środowisko ułatwiające proces uczenia się, aby móc odnieść sukces w swojej praktyce klinicznej. Dzięki praktyce klinicznej studenci rozwijają swoje umiejętności interpersonalne i lepiej nawiązują relacje z pacjentami, kolegami i studentami. Bezpieczne pod względem kulturowym środowisko ułatwiające proces uczenia się oznacza środowisko, które jest fizycznie, społecznie i psychicznie bezpieczne dla studenta. Stworzenie i utrzymanie takiego środowiska wymaga stałej refleksji i rozwijania umiejętności mentora. Mentor powinien budować ze studentem poufną i otwartą relację mentorską, ponieważ taka relacja ma istotny wpływ na doświadczenia edukacyjne studenta. Pewność siebie należy także budować podczas spotkań z klientami i bliskimi, aby zapewnić bezpieczne środowisko dla wszystkich. Stwierdzono, że tworzenie pełnego wsparcia i bezpiecznego środowiska ułatwiającego proces uczenia się pomaga zarówno mentorowi, jak i studentowi³². Wyzwania związane z praktyką kliniczną dodatkowo obciążają studentów, a czasami mogą nawet prowadzić do zmiany ścieżki kariery lub przerwania

studiów. Wyzwania mogą być również bardzo trudne dla mentorów i wpływać na ich gotowość do przeprowadzania mentoringu studentów pochodzących z różnych kultur.

WSKAZÓWKI DOTYCZĄCE WSPIERANIA ŚRODOWISKA BEZPIECZNEGO POD WZGLĘDEM KULTUROWYM:

- Studenci są traktowani z szacunkiem i równością, a dyskryminacja, rasizm czy przemoc nie są zabronione
- Mentoring uwzględnia indywidualne potrzeby edukacyjne studenta
- Zachęcanie studentów do spontaniczności, motywacji, samodzielnej pracy, odpowiedzialności, empatii i aktywności
- Wystarczająco wszechstronna orientacja w praktyce klinicznej może pomóc mentorom i studentom w ustaleniu zasad zachowania i określeniu wyników uczenia się
- Postępowanie zgodnie z ustalonymi harmonogramami i przepisami
- Mentor i student wspólnie zastanawiają się nad doświadczeniami związanymi z procesem uczenia się, a także nad wyzwaniami, które muszą zostać rozpoznane i rozwiązane
- Mentor udziela konstruktywnej i pozytywnej informacji zwrotnej
- Mentor ma możliwość wspierania procesu uczenia się studenta
- Student jest zintegrowany z zespołem pielęgniarskim i zapewnia mu możliwość uczenia się od rówieśników i innych pracowników służby zdrowia
- Systematyczne wprowadzanie zasad bezpiecznego środowiska ułatwiającego proces uczenia się do kultury organizacyjnej określonej organizacji
- Całe środowisko pracy zobowiązuje się do wspierania przystosowania studenta pochodzącego z obcej kultury
- Dodatkowo studenci odczuwają znaczenie wsparcia rówieśników i dzielenia się z nimi wzajemnymi doświadczeniami. Podczas prowadzenia mentoringu mentorzy mogą wprowadzać elementy współpracy między studentami.

32 Mikkonen, K., Merilainen, M., & Tomietto, M. (2020). Empirical model of clinical learning environment and mentoring of culturally and linguistically diverse nursing students. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 653-661. doi:10.1111/jocn.15112

Temat VI:

OPIEKA SKONCENTROWANA NA OKREŚLONEJ OSOBIE POD KĄTEM KULTUROWYM

Prawo do zdrowia jest prawem człowieka. Każdy ma prawo do najwyższego możliwego do osiągnięcia poziomu zdrowia fizycznego i psychicznego. Ponadto każda osoba ma prawo do dobrego i spersonalizowanego leczenia w sposób pozbawiony dyskryminacji, który szanuje jej wartości i przekonania kulturowe.³³ Pracownicy służby zdrowia są etycznie, moralnie i prawnie zobowiązani do zapewniania możliwie najlepszej i bezpiecznej pod względem kulturowym opieki. Pracownicy służby zdrowia potrzebują umiejętności i odwagi do obrony praw człowieka. Środowiska pracy odgrywają ważną rolę w zapewnieniu każdemu klientowi opieki, która szanuje jego pochodzenie i uwzględnia jego indywidualne potrzeby. Dlatego istotne jest, aby wspomniane wartości pielęgniarские były wprowadzane do zestawu wartości określonej organizacji opieki zdrowotnej. Na przykład prawo do zdrowia jest regulowane na szczeblu międzynarodowym przez traktaty dotyczące praw człowieka i przepisy krajowe. Ponadto istnieją różne zalecenia, które promują zapewnianie kompetentnej pod kątem kulturowym opieki przez pracowników służby zdrowia. Tradycyjnie uważano, że w spotkaniach wielokulturowych niezbędne jest poznanie różnych kultur na podstawie ich ogólnych i zewnętrznych kryteriów. Obecnie opieka zdrowotna zostaje skonfrontowana z wieloma różnymi grupami kulturowymi i coraz częściej z osobami reprezentującymi jednocześnie więcej niż jedną grupę kulturową. W ramach tej samej kultury też mogą występować znaczące różnice. Pracownicy służby zdrowia mają mniej czasu i zasobów na poznanie praktyk i przekonań różnych grup kulturowych. Ponadto kultura ciągle się zmienia, przez co niezwykle trudno lub jest to niemożliwe, aby zidentyfikować wszystkie typowe cechy określonej kultury. Podczas sprawowania opieki nad pacjentami/klientami zróżnicowanymi pod kątem kulturowym, organizacje powinny umożliwiać tłumaczom wchodzenie w interakcję w sytuacjach, w których brakuje wspólnego języka. Ramy kompetencji pielęgniarek EFN³⁴ określają kulturę, etykę i wartości jako kompetencje pielęgniarek *do promowania i szanowania prawa człowieka i różnorodności w świetle fizycznych, psychologicznych, duchowych i społecznych potrzeb autonomicznych jednostek, biorąc pod uwagę ich opinie, przekonania, wartości i kulturę oraz międzynarodowe i krajowe kodeksy etyczne, a także konsekwencje etyczne świadczenia usług opieki zdrowotnej, zapewniając im prawo do prywatności i poszanowanie poufności informacji medycznych.*

33 The Universal Declaration of Human Rights (1948). <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

34 European Federation of Nurses, EFN. (2015). EFN competency framework for mutual recognition of professional qualifications Directive 2005/36/EC, amended by Directive 2013/55/EU. EFN Guideline to Implement Article 31 Into National Nurses' Education Programmes. Dostępne pod adresem: http://www.efnweb.be/?page_id=6897



Podsumowanie

- *Od mentorów studentów zróżnicowanych pod względem kulturowym i językowym wymaga się dobrych teoretycznych i klinicznych umiejętności oceny sytuacji, dobrych umiejętności interpersonalnych, umiejętności mentoringu i dokonywania oceny, a także umiejętności zrozumienia wpływu różnorodności kulturowej i jej obrony.*
- *Niezwyczajnie istotne znaczenie ma zdolność mentorów do tworzenia bezpiecznego pod względem kulturowym środowiska ułatwiającego proces uczenia się.*
- *Poradnictwo dla studentów pochodzących z różnych kultur wymaga wiedzy, czasu i cierpliwości. Szczególnie udzielanie poradnictwa w języku obcym było postrzegane jako wyczerpujące, stresujące i wymagające. Mentoring może zająć więcej czasu i zasobów, dlatego ważne jest, aby w razie potrzeby uzyskać wsparcie ze środowiska pracy i pielęgniarzkiej instytucji szkolnictwa wyższego.*
- *Mentorom należy zapewniać odpowiednie wsparcie ze strony kierownictwa i instytucji szkolnictwa wyższego, aby utrzymać motywację związaną z mentoringiem.*
- *Mentorzy powinni otrzymywać wsparcie zarówno ze strony instytucji edukacyjnych, jak i środowiska pracy, zwłaszcza na początku praktyki klinicznej studenta.*
- *Ponadto zdecydowanie zalecamy, aby mentorzy mieli możliwość*

uczęszczania na zajęcia w zakresie edukacji mentorskiej, a także szansę na dzielenie się swoimi doświadczeniami z innymi mentorami.

- *Niewystarczające wsparcie i informacje ze strony instytucji edukacyjnej powodują frustrację u mentorów. Współpraca z edukatorami pielęgniarstwa jest postrzegana jako istotna. Edukatorzy pielęgniarstwa mogą zapewniać wsparcie studentom, udzielając im informacji zwrotnych, odwiedzając praktykę kliniczną i zapewniając osobiste wsparcie dla studentów i mentorów.*

A woman with long dark hair and black-rimmed glasses is sitting at a desk, looking down at an open spiral notebook. She is holding a blue pen in her right hand, ready to write. The notebook has several pages with tables or spreadsheets on them. The background is a solid dark grey color with some white diagonal lines on the left side.

Moduł III.

KOMPETENCJE MENTORSKIE W OCENIE I REFLEKSYJNEJ DYSKUSJI

Autorzy: dr Olga Riklikiene, Erika Juskauskiene

„Ocena polega na gromadzeniu informacji o nauce i wynikach studentów, które mogą być wykorzystywane do określania ich dalszych potrzeb edukacyjnych i zaplanowania działań, które pomogą im zaspokoić wspomniane potrzeby^{35,36}. Jest to część procesu uczenia się, na którą składają się elementy orientacji na cel, refleksji podczas przeprowadzania mentoringu, konstruktywnej informacji zwrotnej i oceny skoncentrowanej na studencie (zobacz Rysunek 1). Podczas praktyki klinicznej studentów pojawiły się wyzwania w ocenie ich kompetencji³. Aby zapewnić kompetencje mentorów w zakresie oceny i refleksyjnej dyskusji opracowano Moduł III. Kompetencje mentorskie w ocenie i refleksyjnej dyskusji. Głównym celem Modułu III jest poprawa kompetencji mentorskich w ocenie i refleksyjnej dyskusji u mentorów klinicznych oraz osiągnięcie przez nich wyników uczenia się ustalonych w założeniach ramowych kursu. Niniejszy moduł został podzielony na pięć tematów: ocena i ewaluacja, narzędzia oceny, uczenie się przy pomocy refleksji, ciągłe informacje zwrotne w procesie uczenia się studentów oraz powiązanie oceny z ramami kompetencji EFN dla wzajemnego uznawania kwalifikacji zawodowych.

35 Oermann, M.H. (2018). Chapter 12: assessment methods. In: Oermann, M.H., De Gagne, J.C., Phillips, B.C. (Eds.), Teaching in Nursing and Role of the Educator: The Complete Guide to Best Practice in Teaching, Evaluation and Curriculum Development, 2nd ed.. Springer Publishing Company, New York .

36 Immonen, K., Oikarainen, A., Tomietto, M., Kaariainen, M., Tuomikoski, A., Kaucic, B. M., . . . Mikkonen, K. (2019). Assessment of nursing students' competence in clinical practice: A systematic review of reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 100, 103414. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.103414

Temat I:

OCENA I EWALUACJA

Celem oceny jest zachęcanie studentów do ciągłego procesu uczenia się, który wymaga konstruktywnej informacji zwrotnej i możliwości refleksji między studentem, mentorem a edukatorem. ³ Jest to działanie, w ramach którego gromadzone są informacje na temat aktywności, postępów i kompetencji studenta — określanie indywidualnych i zawodowych postępów studenta. Quinn³⁷ opisał ocenę studenta odpowiednią dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej jako *ocenę, która dotyczy nie tylko pomiaru osiągnięć studenta, ale obejmuje również takie aspekty jednostki, jak postawa, uzdolnienia, osobowość i inteligencja.*

Uzasadnienie oceny studenta podczas praktyki klinicznej obejmuje:

- przekazywanie informacji zwrotnej studentowi, aby mógł się dalej rozwijać
- zwiększanie motywacji studenta dzięki wspomnianej informacji zwrotnej
- zachęcanie studenta do uczenia się przez całe życie zdobywania osiągnięć
- wspieranie studenta
- dawanie studentowi satysfakcji
- promowanie pewności siebie i samodzielności studenta

Ocena kompetencji studenta w praktyce klinicznej jest bezpośrednio związana z celami nauczania w zakresie nauczania i uczenia się. Każdy okres praktyki klinicznej ma określone cele nauczania lub wyniki uczenia się, które prowadzą studenta do osiągnięcia określonych kompetencji. *Według Oermann³⁵, cele nauczania reprezentują poziom kompetencji pielęgniarских, które student musi osiągnąć i można je zapisać w trzech dziedzinach uczenia się: poznawczej, afektywnej i psychomotorycznej. Cele nauczania muszą być jasno określone i mierzalne, ponieważ kierują studentami w procesie uczenia się, a także kierują osobami zaangażowanymi w ich ocenę, tj. mentorami, opiekunami, kierownikami pielęgniarek.*^{35, 36}. *Przed rozpoczęciem praktyki klinicznej studenci muszą być zaznajomieni z tym, czego się od nich oczekuje, a także z kompetencjami klinicznymi, które muszą rozwijać.*³ Mentorzy powinni być również dobrze poinformowani w zakresie celów nauczania studentów, ponieważ są

oni silnie zaangażowani w ich wyniki uczenia się³⁸. Poza formalnymi wymogami oceny studentów, ważne są też cechy i umiejętności oceniającego. Mentor biorący udział w procesie oceny studentów powinien posiadać zaawansowane zdolności w zakresie umiejętności doradczych, menedżerskich i praktycznych, posiadać aktualną wiedzę zawodową, znać program studiów pielęgniarских, wyrażać zainteresowanie studentem jego i praktyką, wykazywać odpowiednie postawy wobec pacjentów i studentów, okazywać im szacunek, podnosić samoświadomość i zapewniać ciągły rozwój kompetencji. Pacjenci mogą być również zaangażowani w ocenę kompetencji studentów. Studenci, jak pokazuje nasza praktyka mentorska, bardzo poważnie traktują swoją ocenę przez pacjenta i są raczej wrażliwi na jej punkcie jako uczciwej informacji zwrotną od swojego podopiecznego. Ponadto pacjenci zazwyczaj są osobami najlepiej oceniającymi, co może poprawić motywację studentów pielęgniarstwa do ciągłego uczenia się i dobrego przygotowania do przyszłej kariery.

Ocenę uczenia się i kompetencji studentów można przeprowadzić za pomocą podejścia formatywnego lub sumatywnego³⁹. **Ocena formatywna** jest przydatną strategią, w której informacja zwrotna jest postrzegana jako niezbędna w pomaganiu studentom w zrozumieniu ich własnych osiągnięć, w tym braków w wiedzy lub praktyce. Regularne informacje zwrotne pomagają studentom uświadomić sobie swoje braki, co jest dla nich niezbędne, aby móc ćwiczyć. Bieżąca ocena formatywna opiera się na informacjach o studencie i jego potrzebach edukacyjnych, określonych sposobach doskonalenia, a w ten sposób motywuje ona jego do nauki. Ocena formatywna stwarza okazję do dyskusji między studentem a mentorem. **Ocena** sumatywna zazwyczaj jest stosowana na zakończenie praktyki lub kursu, aby upewnić się, czy student zdobył odpowiednią wiedzę lub umiejętności. Jej celem jest sformułowanie wniosków na temat osiągnięć poszczególniej osoby pod koniec okresu nauki. Ten rodzaj oceny studentów opiera się na ocenie formatywnej i jest poparty udokumentowanymi dowodami. Ocena sumatywna ocenia poziom nauki studenta pod koniec jednostki instruktażowej i pozwala nam porównać jego osiągnięcia z określonym standardem lub punktem odniesienia.

Student pielęgniarstwa w trakcie swojej praktyki klinicznej może być oceniany przy użyciu różnych podejść.⁴⁰ **Ocena epizodyczna** umożliwia sprawdzanie studenta na określonym etapie programu

³⁷ Quinn F.M. (2000). Principles and practice of nurse education. Cheltenham: Stanley Thorpes Publishers Ltd.

³⁸ Dobrowolska, B., McGonagle, I., Kane, R., Jackson, C.S., Kegl, B., Bergin, M., Cabrera, E., Cooney-Miner, D., Di Cara, V., Dimoski, Z., Kekus, D., Pajnikihar, M., Prlic, ' N., Sigurdardottir, A.K., Wells, J., Palese, A. (2016). Patterns of clinical mentorship in undergraduate nurse education: a comparative case analysis of eleven EU and non-EU countries. *Nurse Education Today* 36, 44–52. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.07.010>.

³⁹ Neary, M. (2000). Teaching, assessing and evaluation for clinical competence. A practical guide for practitioners and teachers. Cheltenham: Stanley Thorpes Publishers Ltd.

⁴⁰ Kinnell, D., & Hughes, P. (2010). *Mentoring nursing and healthcare students*. Sage.

edukacyjnego. Główne wady oceny epizodycznej to: 1) jednorazowe wyniki studenta w dniu oceny, które mogą nie odzwierciedlać jego ogólnych umiejętności; 2) tworzenie fałszywych sytuacji i fałszowanie rzeczywistych umiejętności studenta, ponieważ może on ćwiczyć określony scenariusz, aż będzie wychodzić on doskonale. **Ciągła ocena** wydaje się być bardziej całościowa w praktyce, ponieważ w trakcie kursu sprawdzane są wszystkie aspekty umiejętności studenta. Zalety takiego podejścia dotyczą: 1) ciągłej świadomości nauczyciela o rozwoju i wiedzy studenta; 2) stopniowego narastania oceny, co skutkuje łączną oceną wyników.

Ponadto istnieją dwie główne metody oceny: ocena **w oparciu o normy** i ocena **w oparciu o kryteria**. Ocena w oparciu o normy porównuje ze sobą wyniki studentów, tj. gdy ich wyniki są uszeregowane od niskich do wysokich, a ich miejsca w rankingu są porównywane ze sobą nawzajem. Nie próbuje się tu interpretować wyników w kategoriach tego, co studenci wiedzą i co mogą zrobić, z wyjątkiem ograniczonego zakresu, w którym wyniki studenta są typowe dla innych studentów o niskich, średnich lub wysokich wynikach w określonej grupie.³⁶ Ocena w oparciu o normy jest przeciwstawna względem oceny *w oparciu o kryteria*. W przypadku oceny **w oparciu o kryteria** każdy student jest oceniany według wcześniej ustalonych, bezwzględnych standardów lub kryteriów, niezależnie od wyników innych studentów.⁴¹ W edukacji zwykle dokonuje się oceny w oparciu o kryteria w celu ustalenia, czy student opanował nauczany materiał na określonym poziomie lub kursie.

Jakie elementy osiągnięć studenta należy oceniać podczas szkolenia klinicznego? Istnieją cztery główne obszary oceny:

- Wiedza – to, co poszczególna osoba wie, umiejętność zapamiętywania faktów, aby te fakty można było zastosować w praktyce.
- Umiejętności – coś, czego poszczególna osoba uczy się robić dobrze i ćwiczy to, aby nadal robić to dobrze.
- Postawy – połączenie uzasadnionych i nieuzasadnionych odpowiedzi
- Rozumienie – umiejętność zrozumienia pojęć i zachowań.

Zazwyczaj terminy ocena i ewaluacja są używane zamiennie, chociaż mają inne znaczenia. Ewaluacja to proces oceny tego, co zostało i w jaki sposób zostało osiągnięte. Innymi słowy jest to decyzja dotycząca poziomu osiągnięć. Jest to jest wynik oceny.

41 Lok, B., McNaught, C., & Young, K. (2015). Criterion-referenced and norm-referenced assessments: compatibility and complementarity. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 41(3), 450–465. <https://doi.org/10.1080/02602938.2015.1022136>



Temat II:

NARZĘDZIA OCENY

Mentorzy uważają, że ocena kompetencji studentów jest szczególnie trudna i podkreślają znaczenie zrozumiałych kryteriów oceny, wsparcia ze strony edukatorów pielęgniarstwa oraz dalszej edukacji w zakresie oceniania³⁵. Tradycyjny ilościowy sposób oceny studentów podczas szkolenia klinicznego, który skupiał się wyłącznie na liczbie wykonywanych procedur lub na podstawowych czynnościach opiekuńczych, został zmieniony na bardziej jakościowe podejście do oceny, w którym liczy się nie tylko liczba, ale też jakość. Można jednak powiedzieć, że nadal istnieje pewna niespójność między metodami i narzędziami oceny między krajami i instytucjami szkolnictwa wyższego⁴². Z tego powodu zasugerowano, że mentorzy i edukatorzy pielęgniarstwa powinni ze sobą współpracować w celu osiągnięcia porozumienia w zakresie treści i procesów oceniania. *Ponadto relacja między mentorem a studentem jest niezbędnym założeniem służącym do osiągnięcia otwartości i wzajemnego zrozumienia w procesie oceny*³⁵. W ramach niniejszego projektu przeprowadziliśmy systematyczny przegląd recenzji¹, który dodatkowo ujawnił, że narzędzia oceny stosowane do oceny kompetencji studentów pielęgniarstwa w trakcie ich praktyki klinicznej zwykle koncentrują się na obszarach cech zawodowych, praktyk etycznych, komunikacji i relacji interpersonalnych, procesów pielęgniarских, krytycznego myślenia i rozumowania (zobacz. Tabela 1).³⁵

Tabela 1. Metody i narzędzia oceny studenta w szkoleniu klinicznym.

METODY I NARZĘDZIA OCENY		
Raport	Praca indywidualna	Recenzja pracy naukowej
Studium przypadku	Projekt indywidualny	Raport na temat uczenia się klinicznego
Ocena końcowa	Samoocena	Rozwiązywanie problemów
Portfolio	Ocena rówieśników	Test z odpowiedziami wielokrotnego wyboru
Dziennik	Referat	Zadania
Egzamin	Prezentacja plakatu	Test
Praca pisemna	Mapa pomysłów	Symulacja
Praca zespołowa	Przegląd i prezentacja literatury	
Projekt zespołowy		

W omawianej recenzji zasugerowano, że należy wzmocnić współpracę między instytucjami szkolnictwa wyższego a praktyką kliniczną w celu zapewnienia strategii, spójności i rzetelności oceny. Wszystkie czynniki obecne w szkoleniu klinicznym studentów pielęgniarstwa muszą w spójny sposób rozumieć kryteria oceny.

Do głównych cech kryteriów oceny ależą⁴³:
Ważność — zakres, w jakim ocena mierzy to, do czego została zaprojektowana.
Na przykład:

- Przedstawienie przez studenta procedury wykonania zastrzyku pokazuje jego wiedzę i

42 Cant, R., McKenna, L., Cooper, S. (2013). Assessing preregistration nursing students’ clinical competence: a systematic review of objective measures. *International Journal of Nursing Practice* 19 (2), 163–176. <https://doi.org/10.1111/ijn.12053>.

43 Quinn, F.M., Hughes, S.J. (2007). Quinn’s principles and pracice of nurs education, 5th edn. *Cheltenham: Nelson Thornes Limited*.

umiejętności kliniczne.

- Sesja symulacyjna pozwala ocenić umiejętności pracy zespołowej i przywództwa.
- Zadania projektowe to odpowiedni sposób na wyrażenie kreatywności i wiedzy studenta.
- Rozwiązywanie problemów pokazuje zdolność studenta do krytycznego myślenia.

Wiarygodność — w spójny sposób wskazuje, czy ocena mierzy to, co ma mierzyć. Powinna przedstawiać podobne wyniki przy zastosowaniu w różnych odstępach czasu, jeśli inne zmienne pozostają bez zmian.

Praktyczność — przeprowadzana ocena musi być odpowiednia do tego celu. Kryteria oceny studentów pielęgniarstwa zostały sformułowane na podstawie porad i wskazówek zarówno pedagogów, jak i praktyków. Na każdym poziomie szkolenia, począwszy od początku programu szkoleniowego, aż do jego zakończenia, wymagania dotyczące oceny zostały ustalone zgodnie z przewidywanym rozwojem studenta.

Ocena musi być udokumentowana w celu dostarczenia dowodów oceny, zwłaszcza w sytuacjach krytycznych, kiedy studentom nie udaje się jej zaliczyć. W procesie oceny odpowiedzialność ponosi nie tylko mentor, ale też student. Niezwykle ważne jest, aby zaangażować studentów w dokonywanie oceny na temat ich osiągnięć i wyników uczenia się. Samoocena studenta poprawia proces uczenia się, sprawia, że studenci czują, że mają pewną kontrolę nad własną oceną, rozwija niezależność studenta i jego zdolności poznawcze, sprzyja lepszemu zrozumieniu treści oraz wyższej jakości i zachowaniu rozwagi przy wykonywaniu zadań, zmniejsza niepokój i łagodzi konflikt między studentami a nauczycielem dzięki ujawnieniu procesu oceniania. Należy uwzględnić pewne kwestie związane z samooceną studentów, ponieważ niektórzy z nich są niechętni do samooceny, ze względu na to, że mogą czuć, że brakuje im niezbędnych umiejętności, pewności siebie lub zdolności do oceny własnej pracy lub oczekują, że zostaną ocenieni przez eksperta i uważają to za odpowiedzialność nauczyciela, boją się pomyłki lub są dla siebie zbyt surowi i nie czują się komfortowo, gdy ponoszą odpowiedzialnością, a ostatecznie studenci tego nie lubią i nie widzą w tym korzyści. Co więcej, u niektórych studentów kwestie kulturowe mogą wpływać na samoocenę, ponieważ wystawianie sobie dobrej oceny jest uważane za niewłaściwe lub za oznakę przechwalania się. Podczas procesu oceny mentorzy mają również określone obowiązki. Mentorzy powinni stwarzać bezpieczne środowisko dla procesu oceny, badać i wyjaśniać procesy myślenia, udzielać konstruktywne i zrozumiałe informacje zwrotne, znać podstawowe zasady i protokoły, przestrzegać uzgodnionego czasu i zasad oraz tworzyć pisemne zapisy wszystkich elementów oceny. Mentorzy muszą przyjąć na siebie odpowiedzialność za upewnienie się, że studenci są odpowiedni do wypełniania celu i praktyki zawodowej.

Uprzedzenia w trakcie oceny. Świadomość zarówno etycznych, jak i prawnych ram praktyki ma ogromne znaczenie dla oceniającego i pozwala upewnić, że proces oceny jest zarówno humanistyczny, jak i zasadny. Jeśli mentorzy pozwalają, aby czynniki, które nie są istotne dla obszaru oceniania, na nich oddziaływały, to stają się subiektywni i narażeni na ryzyko, że błąd wpłynie na ich ocenę sytuacji.

DO GŁÓWNYCH BŁĘDÓW W TRAKCIE OCENY NALEŻĄ:

- Hojność lub pobłażliwość — tendencja do dawania ocen wyższych niż należy.
- Błąd rygorystyczności — przeciwieństwo błędu hojności, jednak uznane za mniej prawdopodobne. Niektórzy ludzie wydają się być dumni z posiadania reputacji „twardego negocjatora”.
- Błędy tendencji centralnej — oceniający niechętnie korzystają z obu końców skali oceniania, co skutkuje grupowaniem studentów wokół wartości średniej. Może to wskazywać na brak zaufania do jakości procesu oceniania.
- Błąd logiczny — podobny do efektu aureoli, występuje on wtedy, gdy oceniający zakłada związek między dwoma kryteriami, a następnie ocenia je w podobny sposób.
- Efekt aureoli — tendencja do oceniania ogólnego wrażenia, zamiast rozróżniania różnych kryteriów. Może mieć na niego wpływ ogólne pozytywne cechy.

Efekt diabelski jest tego przeciwieństwem, gdzie przeważają postrzegane przez oceniającego negatywne cechy.

- Błąd obowiązku — gdy ocena zostaje wystawiona względem kryterium, które widnieje w formularzu oceny, mimo że oceniający nie miał wystarczających możliwości oceny studenta w tym obszarze pracy.
- Błąd bliskości — gdy ocena jednego kryterium wpływa na inne, staje się on wyraźniejszy, gdy odstęp między ocenami jest krótszy.

Świadomość zarówno etycznych, jak i prawnych ram praktyki ma ogromne znaczenie dla oceniającego i pozwala upewnić, że proces oceny jest zarówno humanistyczny, jak i zasadny.

Temat III.

UCZENIE SIĘ PRZY POMOCY REFLEKSJI

Badanie przeprowadzone przez Tuomikoskiego et al.¹³ osób stwierdziło, że mentorzy muszą rozwijać się w obszarze kompetencji związanym refleksyjną dyskusją ze studentami. Refleksja polega na odmiennym rozumieniu osobistych doświadczeń i pełni rolę rezultatu. Praktyka refleksyjna obejmuje szeroki zakres umiejętności: samoświadomość, krytyczne myślenie, samoocenę, analizę wielu perspektyw i wprowadzanie spostrzeżeń mające na celu poprawę przyszłego procesu uczenia się i raktyki⁴⁴. Jasper⁴⁵ opisał umiejętności refleksyjne jako „*szczególnie zorganizowane strategie refleksyjne, które umożliwiają jednostkom w pełni wykorzystać wszystko to, co robią*”. Obejmuje ona nie tylko pamiętanie rzeczy z przeszłości, ale też przewidywanie i planowanie przyszłości.

Korzyści płynące z praktyki refleksyjnej podczas mentoringu studentów pielęgniarstwa w trakcie praktyki klinicznym dotyczą:

- Wsparcia nauki z doświadczenia
- Pomocy w rozwoju krytycznego myślenia
- Wspierania rozumowania klinicznego
- Ułatwiania połączenia teorii z praktyką
- Stymulowania nowych pomysłów
- Pomocy w uświadomieniu sobie własnych ograniczeń w ramach kompetentnej i bezpiecznej praktyki
- Zdobywania wiedzy w praktyce i przez doświadczenie
- Stymulowania procesu ciągłego uczenia się i rozwoju w przez całą karierę
- Pomocy w doskonaleniu praktyki zawodowej

Istnieje wiele modeli lub ram, które mentorzy mogą wykorzystać, aby poprowadzić swój osobisty proces refleksji oraz proces refleksji swoich studentów. Jednostki uczą się przez myślenie o rzeczach, które się wydarzyły (doświadczenie) i postrzeganie ich w inny sposób (procesy refleksyjne lub refleksje), co

umożliwia im podjęcie pewnego rodzaju działania z nowego punktu widzenia⁴⁴. Model Kolba koncentruje⁴⁶ csię na koncepcji rozwijania zrozumienia przy pomocy rzeczywistego doświadczenia i zawiera cztery kluczowe etapy: konkretne doświadczenie, refleksyjna obserwacja, abstrakcyjna konceptualizacja, aktywne eksperymentowanie. Cykl refleksyjny Gibbsa⁴⁷ zachęca studenta do systematycznego myślenia o etapach określonego doświadczenia lub działania. Istnieje sześć etapów, które pozwalają uporządkować refleksje, zadając serię pytań dotyczących określonego wydarzenia. Ramy rozwojowe Bortona, w dalszym stopniu rozbudowane przez Driscolla⁴⁸ w połowie lat 90., są stosunkowo prostym modelem i nadają się raczej dla początkujących praktyków. Opiera się on na potrzebie identyfikacji (Co?), nadania sensu (Co z tego?) i reagowania na rzeczywiste sytuacje (Co teraz?). Najnowszym i najbardziej zaawansowanym jest *model holistycznej refleksji Bassa*⁴⁹ który byłby odpowiedni na potrzeby refleksyjnego mentoringu w praktyce pielęgniarstwa. Wspomniany model wykorzystuje sześć zintegrowanych, współzależnych etapów, które zostały zaprojektowane w celu promowania szczegółowej, krytycznej refleksji na głębszym, osobistym i holistycznym poziomie. Umożliwia on przygotowanie się do całościowej integracji doświadczenia, rozwijając u studenta zdolność do refleksyjności. Wspomniane etapy przedstawiają refleksję jako całościową ciągłość, która została zaprezentowana za pomocą kół.

Pomimo znaczenia wykorzystywania refleksji w edukacji pielęgniarstwa i mentoringu, pielęgniarki i studenci nie stosowali regularnie refleksji w praktyce zawodowej ze względu na:

- Brak wiedzy na temat refleksji i słabo rozwinięte umiejętności jej zastosowania
- Niedocenianie refleksji (myślenie, że pielęgniarstwo to praca techniczna)
- Trudności w wyrażaniu siebie i dzieleniu się swoimi emocjami
- Założenie, że refleksja jest „odbiciem” złej praktyki
- Fakt, że uczciwa eksploracja jest ważna, trudno zaakceptować własne błędy
- Obojętność na refleksję w środowisku klinicznym i na szczeblu kierowniczym
- Brak czasu i wartości przywiązywanej do refleksji

Pisanie refleksyjne jest postrzegane jako wartościowy sposób uczenia się przez praktykę. Jest to sposób na rozwijanie krytycznego myślenia i tworzenie dowodów, aby przekonać innych o rozwoju osobistym i zawodowym. Istnieją różne rodzaje i formy pisania refleksyjnego: refleksyjne recenzje, wpisy do portfolio, praca pisemna.

46 Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Upper Saddle River: Prentice Hall.

47 Gibbs, G. (1998). *Learning by Doing: A Guide to Teaching and Learning Methods*. Oxford: Further Education Unit, Oxford Polytechnic.

48 Driscoll, J. (ed.). (2007). *Practicing Clinical Supervision: A Reflective Approach for Healthcare Professionals*. Edinburgh: Elsevier.

49 Bass, J., Fenwick, J., Sidebotham, M. (2016). Development of a Model of Holistic Reflection to facilitate transformative learning in student midwives. *Women and Birth* 30 (2017) 227–235. doi: 10.1016/j.wombi.2017.02.010.

44 Mann, K., Gordon, J., MacLeod, A. (2009). Reflection and reflective practice in health professions education: a systematic review, *Advances in Health Sciences Education*, 14(4), 595-621.

45 Jasper, M. (2013). *Beginning Reflective Practice*. Andover: Cengage Learning.

Temat IV.

CIĄGŁE INFORMACJE ZWROTNE W PROCESIE UCZENIA SIĘ STUDENTÓW

Rozwój w zakresie praktyk udzielania informacji zwrotnej i zapewniania studentom możliwości refleksji są ważne we wspieraniu ciągłego procesu uczenia się studentów³⁵. Mentorzy powinni być w stanie udzielać studentom konstruktywne informacje zwrotne na temat wyników w praktyce i postępów w trakcie ich praktyk klinicznych. Mimo że dla mentorów wspomniany proces stwarza wiele wyzwań związanych z udzielaniem studentom zrozumiałych i konstruktywnych informacji zwrotnych dotyczących ich potrzeb rozwojowych⁵⁰. Według opisu, informacja zwrotna to każdy rodzaj komunikacji, który daje pewien dostęp do opinii, uczuć, myśli lub oceny sytuacji innych osób na temat własnego działania. Ciągła informacja zwrotna to proces, w którym student otrzymuje stałą informację zwrotną i jest prowadzony w sposób systematyczny przy pomocy otwartej dyskusji z mentorem na temat swoich mocnych i słabych stron.

50 Almalkawi, I., Jester, R., Terry, L. (2018). Exploring mentors’ interpretation of terminology and levels of competence when assessing nursing students: an integrative review. Nurse Education Today 69, 95–103. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.07.003>.

KONSTRUKTYWNA INFORMACJA ZWROTNA PODCZAS MENTORINGU W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ MOŻE PRZYNIEŚĆ KORZYŚCI STUDENTOWI, MENTOROWI I ORGANIZACJI⁵¹.

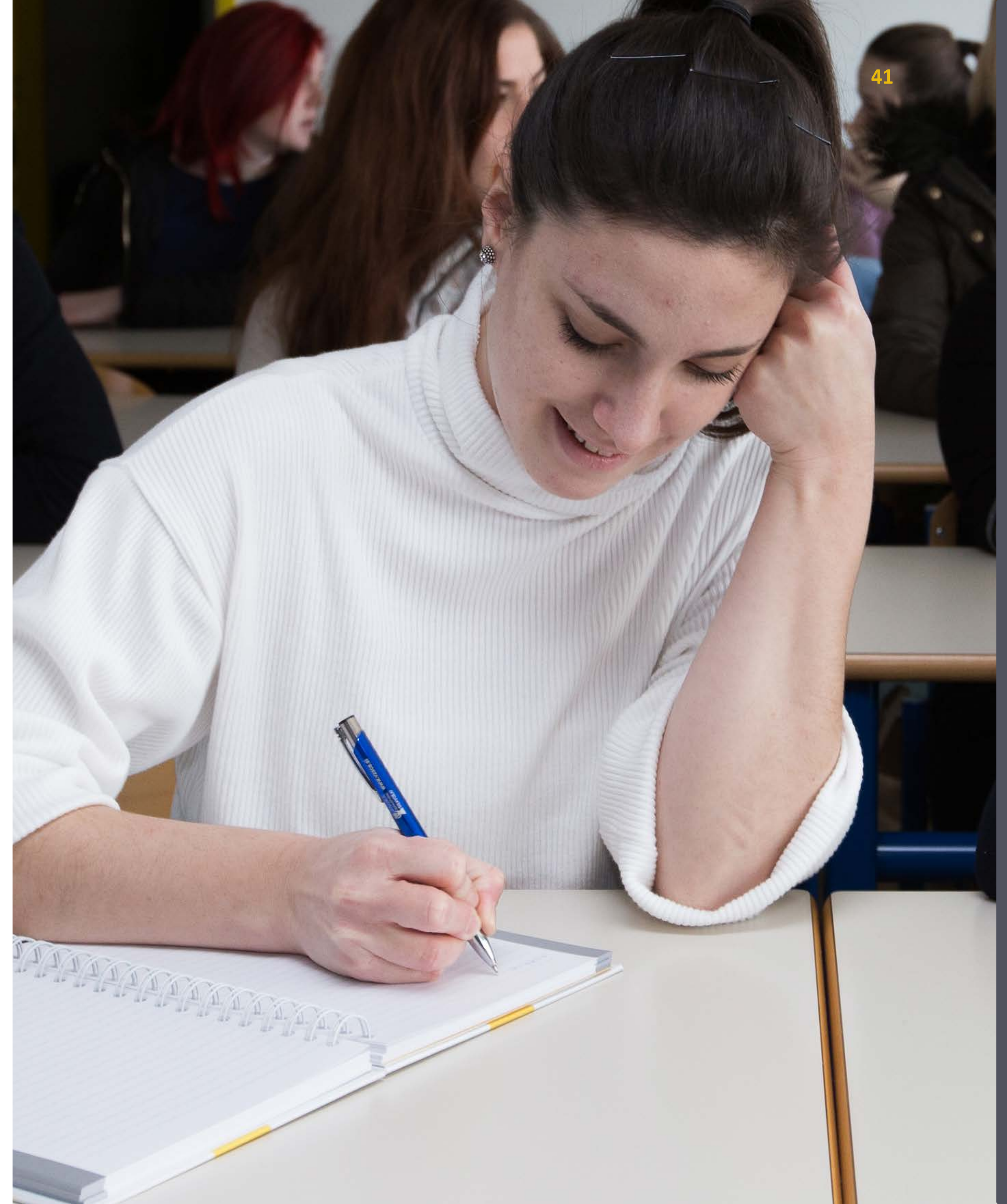
KORZYŚĆ DLA ZAWODU	KORZYŚĆ DLA STUDENTA	KORZYŚĆ DLA MENTORA
Zapewnienie, że wykwalifikowane pielęgniarki są kompetentne i „odpowiednie do odbycia praktyki”	Zwiększenie motywacji studentów do nauki i rozwoju	Wspomaganie mentora w pracy w ramach standardów zawodowych
Ochrona społeczeństwa przed wykwalifikowanymi pielęgniarkami, które nie osiągnęły kompetencji i pomaganie w uniknięciu możliwych katastrofalnych skutków w przyszłości	Pomaganie w identyfikacji luki w nauce i formułowaniu planów działania dla studentów, którzy nie zdają <u>egzaminów semestralnych</u> .	Stymulowanie skutecznych doświadczeń mentorskich dla mentora
Pomoc w kształceniu kompetentnych i sumiennych pielęgniarek w przyszłości	Pomaganie w identyfikacji luki w nauce i formułowaniu planów działania dla studentów, którzy nie zdają egzaminów semestralnych.	Wzmocnienie rozwoju osobistego i zawodowego mentora
Wprowadzanie do zawodu kompetentnych praktyków	Dostarczanie formalnych, udokumentowanych dowodów na wczesnym etapie, gdy student nie zda egzaminu. Należy w pełni informować studentów o ich błędach	Mentorzy ponoszą odpowiedzialność prawną i zawodową za wspieranie i kształcenie studentów pielęgniarstwa

51 Wells, L., McLoughlin, M. (2014). Fitness to practice and feedback to students: A literature review. Nurse Education in Practice 14, 137-141.

Obie strony są zaangażowane w udzielanie i przyjmowanie informacji zwrotnej — dostawca i odbiorca. Dla dostawcy ważne jest, aby udzielać informacji zwrotnych w odpowiednim czasie, aby zwiększać obiektywność, zaplanować ją z wyprzedzeniem, dostosować informacje zwrotne do każdej poszczególnej osoby i odpowiedniej sytuacji. Niezbędne są dobre umiejętności komunikacji oraz zapewnianie prywatności i poufności dzięki indywidualnym informacjom zwrotnym. Aby przyjąć informację zwrotną, odbiorca musi być otwarty, zadawać pytania wyjaśniające i prosić o informację zwrotną w ważnych kwestiach, aktywnie słuchać i wysłuchać tego, co zostało powiedziane, nie sprzeciwiać się ani nie komentować, pytać innych o zdanie, zastanawiać się i decydować, jak wykorzystać informację zwrotną i na koniec — doceniać informację zwrotną.

Główne bariery w udzielaniu konstruktywnych informacji zwrotnych to:

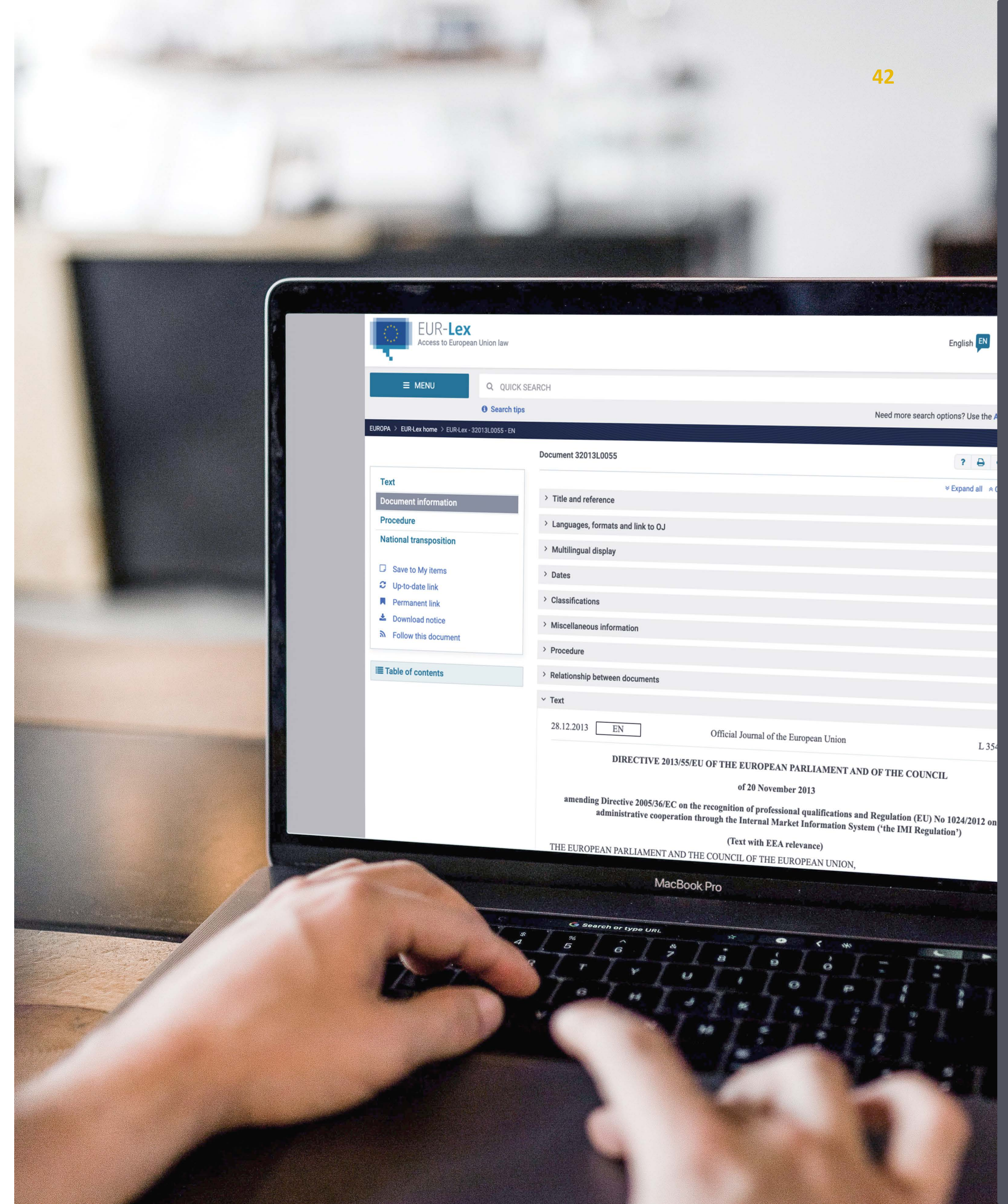
- Zmaganie się z udzielaniem studentom informacji zwrotnej, zwłaszcza gdy jest ona negatywna, tj. wyjątkowo trudno jest przedstawić negatywną krytykę twarzą w twarz
- Unikanie negatywnej informacji zwrotnej z obawy przed wystąpieniem odwrotnego efektu demotywującego u studenta
- Sprzeczne wymagania dotyczące czasu mentora
- Unikanie szkodliwego wpływu na relacje między mentorem a studentem
- Zaangażowanie emocjonalne — uczucie dyskomfortu związane z możliwością zakończenia kariery studenta
- Poczucie osobistej porażki, jeśli student nie osiąga pożądanych wyników
- Wywoływanie u mentorów poczucia winy i zwątpienia w siebie
- Bariery fizyczne, takie jak hałas, brak przestrzeni osobistej
- Bariera językowa lub brak wiedzy na temat różnorodności kulturowej



Temat V.

POWIĄZANIE OCENY Z RAMAMI KOMPETENCJI EFN DLA WZAJEMNEGO UZNAWANIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

Aby móc ocenić kompetencje studentów pielęgniarstwa, pielęgniarki muszą w odpowiedni sposób rozumieć wymagania kompetencyjne, zgodnie z Dyrektywą UE 2013/55. Aby pomóc mentorom w tym zakresie, EFN opracowała Ramy Kompetencji EFN²², które rozkładają na czynniki pierwsze każdą z kompetencji określonych w art. 31 na bardziej szczegółowe obszary kompetencji, opisując, co powinno się osiągnąć dzięki określonym kompetencjom, niezbędny zakres edukacyjny objęty programem nauczania oraz szereg potencjalnych wyników uczenia się. Pomiar tych obszarów kompetencji dla każdego wyniku uczenia się ma kluczowe znaczenie dla transparentności i mobilności pielęgniarek w UE. W związku z tym EFN opracowała skalę pomiarową, która pomoże Ci zmierzyć zgodność studentów pielęgniarstwa z Dyrektywą UE 2013/55/UE. Podczas prowadzenia mentoringu dla studentów niezbędnym elementem będzie to, żeby mentor kliniczny miał wyraźny pogląd na te kwestie, aby osiągnąć zgodność z prawodawstwem UE.



Podsumowanie

- *Ocena w praktyce klinicznej polega na gromadzeniu informacji o uczeniu się i wynikach studentów celu oceny poziomu ich kompetencji pielęgniarских.*
- *Jest to część procesu uczenia się, na którą składają się elementy orientacji na cel, refleksji podczas przeprowadzania mentoringu, konstruktywnej informacji zwrotnej i oceny skoncentrowanej na studencie.*
- *Ocena jest zachętą studentów do ciągłego procesu uczenia się, wprowadzając konstruktywną informację zwrotną i refleksyjną dyskusję.*
- *Ocena kompetencji studenta w praktyce klinicznej jest bezpośrednio związana z celami nauczania w zakresie nauczania i uczenia się.*
- *Przed rozpoczęciem praktyki klinicznej studenci muszą poznać oczekiwania względem praktyki klinicznej oraz własne potrzeby w zakresie rozwoju kompetencji.*
- *Mentorzy powinni być również dobrze poinformowani w zakresie celów nauczania studentów, ponieważ są oni zaangażowani w ich wyniki uczenia się i kompetencje.*
- *Ocena studentów może być przeprowadzana jako ocena ciągła, mająca na*

celu wspieranie ich procesu uczenia się, ale także jako ocena formatywna (w połowie semestru) i ocena sumatywna (końcowa).

- *Mentorzy mogą korzystać z różnych narzędzi i metod oceny, aby wspierać jej obiektywność i trafność.*
- *Refleksyjna dyskusja obejmuje samoświadomość, krytyczne myślenie, samoocenę i współpracę między studentami a mentorami.*
- *Ciągła informacja zwrotna między mentorem a studentem wspiera wzajemne relacje zawodowe i rozwój kompetencji.*
- *Pielęgniarki muszą posiadać odpowiednią wiedzę na temat wymagań kompetencyjnych określonych w dyrektywie UE 2013/55.*