



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA KLINIČNEGA MENTORJA PRI
DELU S ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE
V KLINIČNEM OKOLJU**

**THE ROLE OF CLINICAL MENTORS IN
WORKING WITH NURSING STUDENTS IN
CLINICAL SETTINGS**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidat: Irena Šivic

Somentor: Sanela Pivač, pred.

Jesenice, september, 2013

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in somentorici Saneli Pivač, pred., za strokovno pomoč in vse napotke pri pisanju diplomskega dela.

Zahvala gre tudi obema recenzentkama doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik in mag. Jožici Ramšak Pajk.

Iskrena hvala prijateljicam Luciji, Mojci in Simoni za vso spodbudo in podporo v času študija.

Posebna zahvala gre moji družini, možu Darku, ki je potrpežljivo prenašal vse moje študijske obveznosti in mi stal ob strani, ter sinovoma Domnu in Tadeju za vso pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: mentorstvo v kliničnem okolju ima zelo pomembno vlogo pri profesionalnem in osebnem razvoju študentov na njihovi nadaljnji poti. Pomembno je, da se zavedamo, kako nujno je prenašanje znanja in izkušenj na študente, saj s tem pridobimo kakovostne bodoče sodelavce.

Cilj: cilj diplomskega dela je ugotoviti vlogo kliničnega mentorja pri pridobivanju teoretičnega in praktičnega znanja študentov na klinični praksi, ter najpogostejše težave, s katerimi se srečujejo.

Metoda: v mesecih od januarja do marca 2013 smo izvedli kvantitativno metodo zbiranja podatkov v obliki anketnega vprašalnika. V raziskavi je sodelovalo 33 kliničnih mentorjev, zaposlenih v Splošni bolnišnici Jesenice in na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ter 40 študentov, vpisanih v 3. letnik študija na prvi stopnji študijskega programa Zdravstvena nega. Uporabili smo namenski vzorec. Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili Microsoft Excel in program SPSS, verzija 20.0.

Rezultati: raziskava je pokazala, da se klinični mentorji najbolj strinjajo s trditvami, da nimajo podpore vodstva pri svojem delu ($PV = 4,36$; $SD = 1,11$) in da nimajo podpore v zdravstvenem timu ($PV = 4,15$; $SD = 0,87$). Vsi klinični mentorji, vključeni v raziskavo, bi nadaljevali s svojim delom, kar kaže na interes za osebni in karierni razvoj, ki jim ga omogoča delo kliničnega mentorja. V nalogi se je pokazala pomembnost dobre komunikacije med študenti in mentorji ($PV = 4,64$; $SD = 0,49$). Rezultati korelacije pokažejo visoko povezanost med profesionalno in osebno rastjo kliničnih mentorjev ($r = 0,824$; $p = 0,01$).

Razprava: izvedena raziskava je podala ugotovitve, da bi z odpravljanjem težav in problemov, ki se pojavljajo na klinični praksi, dosegli večje zadovoljstvo tako pri kliničnih mentorjih kot pri študentih. Kaže se potreba po dodatni raziskavi o tem, kako klinične mentorje razbremeniti rednega dela in jim zagotoviti več časa za delo s študenti.

Ključne besede: klinični mentorji, študenti, zdravstvena nega, izobraževanje

SUMMARY

Theoretical starting points: Mentorship in clinical environment has a very important role in professional and personal development of students for their further development. It is important to realise how urgent it is to pass on the knowledge and experience to students, because this provides a better qualified future for co-workers.

Goal: The goal of the diploma thesis is to establish the role of a clinical mentor in obtaining teoretical and practical knowledge of students on clinical practice and the most common problems, which they are facing.

Method: Quantitative research was used with a survey method between January and March 2013. The sample included 33 clinical mentors employed at Jesenice General Hospital and the University Clinic for Lung Disease and Allergies in Golnik, as well as 40 students from the Jesenice College of Nursing. We used Microsoft Excel and SPSS version 20.0 for statistical analysis.

Results: Research showed that clinical mentors agree with the claims that they do not get sufficient support from their superiors (AV = 4.36; SD = 1.11) and that they do not get support from their team (AV = 4.15; SD = 0.87). All mentors involved in the research claimed that they would like to continue with their work, which shows interest in personal and career development as clinical mentors. The study showed the importance of good communication between students and mentors (AV = 4.64; SD = 0.49). Correlation results show a strong connection between professional and personal growth of clinical mentors ($r = 0.824$; $p = 0.01$).

Discussion: The study showed that by solving difficulties and issues during the practice we would achieve satisfaction between clinical mentors and students. There is a need for further research on how to unburden mentors from their regular work to ensure them enough time to work with their students.

Keywords: clinical mentors, students, nursing care, education

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	TEORETIČNI DEL.....	2
2.1	MENTORSTVO	2
2.1.1	Oblike mentorstva.....	3
2.1.2	Prednosti mentorstva.....	4
2.2	MENTORJI.....	4
2.3	KLINIČNO OKOLJE- KLINIČNI MENTORJI	6
2.3.1	Naloge kliničnih mentorjev.....	7
2.4	KOMPETENTNOST, KOMPETENCE	8
2.4.1	Kompetence v zdravstveni negi.....	9
2.4.2	Kompetence študentov.....	10
2.4.3	Etika v zdravstvu in etične kompetence	12
2.5	IZOBRAŽEVANJE	12
2.5.1	Metode poučevanja	17
2.6	KOMUNIKACIJA.....	17
2.6.1	Pomen odnosa med mentorjem in študentom	19
3	EMPIRIČNI DEL	20
3.1	NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA	20
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	21
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	21
3.3.3	Opis vzorca	22
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	24
3.4	REZULTATI	26

3.5	RAZPRAVA	35
4	ZAKLJUČEK.....	42
5	LITERATURA.....	43
6	PRILOGE	48
6.1	INSTRUMENT.....	48

KAZALO TABEL

Tabela 1: Prednosti mentorstva za študente, mentorje in organizacijo	4
Tabela 2: Demografske značilnosti kliničnih mentorjev	23
Tabela 3: Demografske značilnosti študentov	24
Tabela 4: Težave, s katerimi se klinični mentorji srečujejo pri svojem delu	26
Tabela 5: Težave, s katerimi se srečujejo študenti na klinični praksi.....	27
Tabela 6: Rezultati korelacijske analize	28
Tabela 7: Razlike v oceni trditev med kliničnimi mentorji in študenti v odnosu do komunikacije	29
Tabela 8: Odnos kliničnih mentorjev do ocenjevanja študentov na klinični praksi	30
Tabela 9: Odnos študentov do ocenjevanja na klinični praksi	31
Tabela 10: Razlike v razvrstitvi osebnostnih lastnosti kliničnih mentorjev med študenti in kliničnimi mentorji	33
Tabela 11: Ali bi bili, ko se zaposlite, tudi sami pripravljene postati mentor?	33
Tabela 12: Napišite vaše predloge in pripombe o izvajanju klinične prakse	34
Tabela 13: Ali ste delo kliničnega mentorja pripravljene opravljati tudi v bodoče?	34
Tabela 14: Vaši predlogi in pripombe glede izvajanja mentorskega dela	35

1 UVOD

Kaj se zgodi, ko dosežemo stopnjo izvedenca na svojem področju? Kam nadaljujemo od tam? Maslow ugotavlja, da je naslednji korak osebna transcendenca, kjer pomagamo drugim, da dosežemo svoj potencial. V zdravstveni negi so takšna dejanja doprinesla k vrednosti izboljševanja nege pacientov. S pomočjo drugim medicinskim sestram te izboljšajo svojo prakso, mi pa se posredno dotaknemo vsakega pacienta, tako se izoblikuje neprekinjena veriga zdravstvene nege. Predstavitve in publikacije so čudovit način, s katerim lahko medicinske sestre pripomorejo k svojemu poklicu zdravstvene nege in izboljšajo pacientove izvide. Z deljenjem naših znanj in izkušenj vsi postanemo boljši (Ulrich, 2007).

Naziv mentor se običajno uporablja za registrirano medicinsko sestro, ki prevzame vlogo omogočanja podpore, vodenja in vzora za študente v okolju, kjer opravljajo delo. Študenti zdravstvene nege morajo imeti dodeljenega ustreznega mentorja, ki dela z njimi na posameznem področju kliničnega okolja (Mead, Hopkins, Wilsom, 2011).

Odgovornost mentorja je spodbujati proces učenja in ocenjevati napredek in dosežke. Učinkovito mentorstvo omogoča študentom zdravstvene nege ojačiti njihovo osebno in profesionalno podobo, s tem pa dopolnjujejo svoje znanje in sposobnosti, ki so potrebne za kompetentnega izvajalca zdravstvene nege (Dadge, Casey, 2009).

Po mnenju študentov je najbolj pomembna lastnost mentorja komunikativnost. Poudarjajo pomembnost empatije in možnosti postavljanja vprašanj, brez kritičnosti do študentov. Medosebni odnosi s študenti odražajo mentorjevo zmožnost interakcije s študenti; besede, kot so »izraža zaupanje«, »spoštuje študente«, »je odkrit in neposreden s študenti« in »spodbuja študente k spraševanju in izražanju potrebe po pomoči« izražajo vse te zmožnosti (Elcigil, Sari, 2008).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 MENTORSTVO

V 90-tih letih prejšnjega stoletja se je mentorstvo razmahnilo. Sodoben koncept mentorstva se je razvil v zadnjih 20-ih oziroma 30-ih letih na različnih področjih in prinaša številne prednosti za mentorja, posameznika in za organizacijo. Ideja mentorstva se je naglo razvijala v izobraževanju medicinskih sester v 80-ih in 90-ih letih preteklega stoletja in je pogosto prisotna v takratnem izobraževalnem jeziku (Maggs, 1994 povz. po Mihelič Zajec, Ramšak Pajk, 2006, str. 9).

Mentorstvo pozitivno vpliva na mentorje, poveča njihovo poklicno pripadnost, samozavest, zadovoljstvo pri delu in vpliva na njihov karierni razvoj (Ramšak Pajk, 2008).

Ramšak Pajk (2007) pravi, da je mentorstvo v najširšem pomenu razumljeno kot vzpostavljanje podpornega medosebnega odnosa, ki pa se lahko manifestira v obliki spodbujanja, treniranja, odpiranja, vodenja in percepcije. Prav tako ugotavlja, da je v sodobnem času zaradi različnih vplivov težko definirati pojem mentorstva. Največ definicij izhaja iz podjetniškega modela mentorstva, kjer je bistven odnos med mentorjem in mentoriranim in je načeloma prostovoljen ter usmerjen v karierni razvoj.

Skupna definicija mentorstva (mentorja) v zdravstveni negi po navedbah avtorjev (OHA, 2006; Rosser in drugi, 2004; Nursing and Midwifery Council (NMC), 2004; Vance, 2002 povz. po Ramšak Pajk, 2007, str. 72) je prostovoljno, dobronamerno vzpostavljen odnos, kjer izkušeni in strokovno usposobljeni mentor nudi podporo manj izkušenemu začetniku medicinski sestri, študentu pri razvoju osebnih potencialov. Poteka v duhu spoštovanja in pripadnosti ter vključuje učenje, rast in razvoj ter mnogo spodbud.

Zakaj ima mentorstvo pozitiven vpliv na študente, so avtorji (Ehrich in drugi, 2002 povz. po Ramšak Pajk, 2007, str. 72) na osnovi pregleda 159 raziskav prikazali in združili v 6 temeljnih razlogov:

- podpora, empatija, spodbuda, usmerjanje, prijateljstvo;

-
- pomoč v procesu učenja, znanja iz različnih področij, posredovanje virov;
 - diskusija, izmenjava idej, reševanje problemov, nasveti;
 - povratne informacije, pozitivne spodbude, povečano samozaupanje;
 - pripadnost stroki, želja po poklicnem razvoju.

Najpogosteje omenjen negativni problem je pomanjkanje časa mentorja in prekratek čas druženja z njim.

Cilji mentorskega dela so: pridobivanje praktičnega znanja za delo v zdravstveni negi, tesnejše povezovanje teorije in prakse, pridobivanje poklicnih pristojnosti, podpora in spodbujanje k samostojnosti, vsakodnevno reflektiranje doseženega znanja in sodelovanje v zdravstvenem timu (Kobentar, 2007).

2.1.1 Oblike mentorstva

Navedena literatura opisuje dva tipa mentorstva, in sicer neformalno in formalno. Največja razlika med njima je v ciljih in nalogah. Omenjeni tipi mentorstva se pojavljajo na področju izobraževanja kot tudi na področju razvoja kadra. Neformalno mentorstvo nastane, ko se dva sestaneta po predhodnem dogovoru glede na njun razpoložljiv čas in kjer je jedro njunega pogovora profesionalni razvoj oziroma možnosti napredovanja pri manj izkušenemu posamezniku. Pobude za srečanja lahko predlagata oba, njun odnos ni strukturiran, ni vnaprej določen in nima vnaprej določenih ciljev in nalog (Vance, 2002 povz. po Ramšak Pajk, 2007, str. 73).

Slaba stran neformalnega mentorstva je tovrstno vzpostavljanje mentorskega odnosa, ki je lahko omejeno zaradi spola, narodnosti, različnih interesov, poznanstev (prav tam).

Formalno mentorstvo je pogosto in je odvisno od narave pojavljanja, usmerjenosti, od pričakovanih rezultatov in predvsem od organizacije, institucije oziroma okolja, kjer je mentorstvo organizirano. Formalno mentorstvo ima navadno vnaprej določen program, cilje in naloge, omejitve, pogoje in posledice ter je v skladu s cilji institucije, ki formalno mentorstvo omogoča, podpira in vodi. Program formalnega mentorstva vključuje časovni plan, kjer se mentor aktivno in z določenimi nameni ukvarja s

študenti. Organiziran mora biti tako, da nudi enake možnosti za vsem udeležencem (Ehrich, Hansford, Tennent, 2004; Gibson, Heartfield, 2005 povz. po Ramšak Pajk, 2007, str. 73).

2.1.2 Prednosti mentorstva

Včasih je vloga mentorja težavna, zlasti ob prehajanju iz vloge medicinske sestre v vlogo mentorja. K temu Rosser in sod. (2004, povz. po Mihelič Zajec, Ramšak Pajk, 2006, str. 11) dodaja še težave: težka organizacija časa, razvijanje specialnih sposobnosti, ki jih mentorstvo zahteva, spopadanje s pričakovanji drugih, timsko delo in prevzemanje vodstvenih vlog. Mentorstvo pa prinaša tudi številne prednosti za študenta, mentorja in organizacijo (Tabela 1).

Tabela 1: Prednosti mentorstva za študente, mentorje in organizacijo

Študent	Mentor	Organizacija
Usposabljanje.	Pozitivni izzivi in stimulacija, ki spodbujajo reflektivno prakso.	Usposobljena, motivirana in avtonomna delovna sila.
Povečano zadovoljstvo pri delu, pripadnost in pripravljenost ostati.	Povečano zadovoljstvo pri delu.	Zadovoljni zaposleni, zmanjšana fluktuacija.
Izboljšanje znanja s povezovanjem teorije s prakso.	Izvajanje prakse na visoki ravni; vzajemno izobraževanje.	Razvoj, kakovostna obravnava pacienta in kakovostne storitve zdravstvene nege.
Izboljšana samopodoba.	Izboljšana samopodoba.	Samozavestni in cenjeni zaposleni.
Socializacija v novem delovnem okolju in organizaciji.	Podpora, zgled.	Socializacija posameznikov in poistovetenje s cilji in vizijo organizacije.
Osebna in profesionalna rast ter razvoj.	Profesionalni in osebni razvoj, zadovoljstvo ob razvoju drugih.	Profesionalno osebje, ki je zmožno izkoristiti znanje, izkušnje in prispevati k razvoju stroke.

Vir: Mihelič Zajec, Ramšak Pajk (2006, str. 11)

2.2 MENTORJI

Korenine besede mentor segajo v grško mitologijo in Homerjevo epsko pesnitev Odiseja, kjer Odisej pred odhodom na potovanje prijatelju Mentorju zaupal skrb za svojega sina Telemaha (Kotnik, Petrica, Erjavšek, 2010).

Mentor je voditelj, učitelj, vzgojitelj, moder in dobro misleč svetovalec (Turenšek Mikačič, 2008).

Ramšak Pajk (2007) ugotavlja, da je mentor tisti, ki študenta spodbuja, vodi, usmerja, motivira, krepi njegovo samopotrđitev in vpliva na njegov karierni razvoj.

Prav tako Kobentar (2007) pravi, da je mentor profesionalac na določenem področju, ki z nasveti in pojasnili usmerja ter vodi mladega in manj izkušenega sočloveka. V primeru izobraževanja za zdravstveno nego to pomeni strokovnjaka na področju zdravstvene nege, ki svetuje, usmerja in spodbuja učence in študente k prevzemanju aktivnejše vloge v učnem procesu. V krogih zdravstvene nege sodelavci mentorja vidijo kot strokovnjaka in učitelja, ki je sposoben vzpostaviti odnos z mentorirancem in zna transformirati znanja in pridobljene praktične izkušnje osebi na usposabljanju in izobraževanju.

Mentor ima osebni interes, da oseba, ki mu je zaupana (študent), v določenem časovnem obdobju razvije znanje in veščine v vsem možnem obsegu. Mentorsko vedenje vključuje nekaj ali vse od naslednjega:

- učenje novih veščin in pospeševanje intelektualnega razvoja,
- vodenje posameznika v seznanjanju z vrednotami, običaji, navadami in možnostmi procesije,
- dajanje vzora mlademu posamezniku,
- svetovanje in moralna podpora v času doživljanja stresa,
- pospeševanje individualnega razvoja in zaupanje mladi osebi,
- podpora v razvijanju življenjskih ciljev mlade osebe,
- jamstvo za napredek mlade osebe (Ramšak Pajk, 2009).

Nursing and Midwifery Council (2004 povz. po Mihelič Zajec, Ramšak Pajk, 2006, str. 10) določa, da naj bi imeli mentorji v dodiplomskem izobraževanju za medicinske sestre in babice veliko izkušenj in znanja ter sposobnosti, da ocenijo in oblikujejo učno okolje

in omogočijo učenje na različnih področjih delovanja medicinskih sester in babic. Spretno sprejemanje vlog, komunikacija in odnosi na delu so kazalci dobre prakse.

Mentor naj daje navdih in naj bo dober zgled mlademu sodelavcu za poklicno učenje in ustvarjanje, včasih pa tudi lahko prispeva k odločitvi mladega človeka, da je poklic prezahteven in ponuja premalo osebnega zadovoljstva (Kobentar, 2007).

2.3 KLINIČNO OKOLJE – KLINIČNI MENTORJI

Učenje v kliničnem okolju predstavlja edino možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege. Zato je vloga mentorja v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna, saj študenti na kliničnih vajah pridobivajo izkušnje preko učenja neposredno v praksi (Lorber, Donik, 2009).

Klinični mentorji študentom nudijo nasvete pri praktičnem usposabljanju, so njihovi vzorniki, jih ščitijo in vrednotijo njihov napredek. Dobri mentorji pomagajo študentom prenesti znanje v prakso, zagotavljajo priložnost za učenje in jim pomagajo, da delajo po svojih najboljših močeh. Poleg tega pa bi mentorji morali imeti možnost uporabe vseh izobraževalnih strategij za pospeševanje učenja (Elcigil, Sari, 2008).

Mentorji v kliničnem okolju s svojimi dejanji, obnašanjem in delovanjem dajejo vzor in zgled študentom zdravstvene nege. Njihov nastop, izkušnje in znanja pomembno vplivajo na študente zdravstvene nege, da uspešno zaključijo del izobraževanja v kliničnem okolju. Od mentorjev v kliničnem okolju se zahtevajo komunikacijske sposobnosti, empatičen odnos do študenta, dajanje povratnih informacij v smislu pohvale ali dobronamerne kritike, pustiti študenta, da sam poišče in razreši določen problem, je na voljo študentu pri zbiranju, analiziranju in sintezi določenih informacij, da spodbuja in nadzira na podlagi trenutnih opazovanj v kliničnem okolju in osebnih izkušenj. Mentorstvo opisujemo kot izvajanje praktičnih intervencij. Mentorji imajo sicer veliko praktičnih izkušenj, vendar se lahko mentorji v kliničnem okolju velikokrat srečujejo s težavo, kako posredovati svoja praktična znanja, saj imajo premalo pedagoško-andragoških izkušenj (Lorber, Donik, 2009).

Učenje v kliničnem okolju je povezano tudi z vzpostavljanjem primernega odnosa med mentorjem in dijakom ali študentom, med izkušenim strokovnjakom in začetnikom.

Prav v tem odnosu se ustvarja prvi pozitiven ali negativen premik v sprejemanju poklicne identitete bodočega sodelavca. Ta segment bi mentorji morali še posebej izpostaviti in pri tem nazorno prikazati prijetne in manj prijetne plati poklica medicinske sestre/zdravstvenega tehnika v praksi. Ob tem se morajo zavedati lastnih sposobnosti, omejitev in odločanja, poklicnih možnosti, nujnosti vseživljenjskega izobraževanja ter oblikovanja lastne profesionalne poti (Kobentar, 2007).

Mentor pričakuje študenta in je seznanjen z nalogami, ki ga čakajo. Na nek način je mentor formalno in tudi moralno vezan na izpolnitev ciljev oziroma učnih načrtov (Ramšak Pajk, 2011).

Pri tem pa je zelo pomembno, kot pravijo Sharpies, Kelly in Elcock (2007), da se klinične mentorje primerno podpre pri izvajanju praktičnega pouka. Če ni primerne podpore za klinične mentorje, da uspešno vodijo študente skozi klinično prakso, se lahko mentorji počutijo nesposobni za poučevanje in nadzor ter posledično težje omogočijo primerno oskrbo pacientov.

Znano je, da odnos, izkušnje in znanje mentorja zdravstvene nege vplivajo na študenta, opravljene pa so bile številne raziskave o značilnostih učinkovitih kliničnih mentorjev. Te značilnosti so bile v literaturi uvrščene v pet kategorij: klinična usposobljenost in poznavanje predmeta, medosebna razmerja s študenti, učne sposobnosti, vrednotenje strategije in osebne značilnosti (Elcigil, Sari, 2008).

2.3.1 Naloge kliničnih mentorjev

Naloge mentorja so predvsem načrtovanje praktičnih vsebin s študenti, vodenje z oblikovanjem učnih ciljev in metod, preverjanje uspeha, svetovanje ter spremljanje z ustnim in pisnim usmerjanjem, kakor tudi priprava delovnega okolja (kliničnega oddelka) za praktični pouk. Pogovor z dijakom ali študentom ob prvem srečanju s kliničnim oddelkom naj bo usmerjen v neformalno preverjanje poznavanja področja, kjer poteka klinična praksa, in poizvedovanja o prijetnih ali neprijetnih izkušnjah iz katerekoli prakse. Tako se mentor približa dijaku ali študentu in mu s pogovorom poskuša prikazati specifične strokovnega področja ter naleti na morebitne strahove ali predsodke, ki spremljajo mladega človeka na poti pridobivanja znanja in kompetenc prek lastnih izkušenj (Kobentar, 2007).

Filozofija učenja klinične prakse je pomembna v zdravstveni negi in je skupek prepričanj o namenu klinične prakse in odgovornosti mentorja (učitelja) ter študenta. Študent na klinični praksi pridobiva izkušnje prek procesa učenja, zato je naloga mentorja ne toliko učenje, temveč organizacija in iskanje priložnosti za izvajanje intervencij zdravstvene nege. Mentor klinične prakse mora znati nenehno prepoznavati potrebe po novih znanjih, jih sprejeti in uvesti v prakso (Ramšak Pajk, 2007).

Chow in Suen (2001, povz. po Elcigil, Sari, 2008) sta navedla, da je organizacija učnih priložnosti in lajšanje učenja v kliničnem okolju ena od najpomembnejših nalog mentorjev.

2.4 KOMPETENTNOST, KOMPETENCE

Kompetentnost izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali usposobljenost oziroma kvalificiranost. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti, potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu, oseba pa si jih je pridobila s formalnim ali neformalnim izobraževanjem, pri delu ali z drugimi izkušnjami (Može, 2005).

Pojem kompetenca je v laični javnosti običajno razumljen kot pristojnost, kar ne odraža vsebinskega pojmovanja kompetence. V pogovoru večina ljudi ob izrazu »biti kompetenten« pomisli na osebo, ki dobro obvlada svoje delo, je uspešna in zna rešiti problem v različnih situacijah. V strokovni javnosti se pojem uporablja drugače, in nova terminologija si utira pot tudi na področju zdravstvene nege (Mihelič Zajec, 2010).

Kompetence medicinske sestre se pričnejo razvijati že z vstopom v izobraževalni sistem prve stopnje zdravstvene nege in dosežejo nivo usposobljenosti za poklic, ko študent uspešno zagovarja diplomsko delo. Kompetence diplomirane medicinske sestre so opredeljene v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti in izhajajo iz Kompetenc Mednarodnega sveta medicinskih sester (ICN) in evropskih direktiv. Kompetence iz navedenih direktiv so usklajene z evropsko direktivo (Filej, 2009).

Kompetentnost izraža dokazano oziroma prikazano sposobnost posameznika, da v obstoječih poklicnih situacijah ustrezno uporablja svoje znanje, spretnost ali

usposobljenost oziroma kvalificiranost. Biti kompetenten pomeni biti več in sposoben opraviti nalogo z analitičnim pristopom, kako in zakaj ter biti sposoben analizirati rezultate opravljene naloge (Železnik, 2010).

Kaučič in drugi (2008, povz. po Skinder Savič et al., 2009, str. 3) navajajo, da so kompetence klinične prakse predmetov zdravstvene nege pomembne, ker:

- zagotavljajo jasno sliko vloge in odgovornosti študenta in mentorja klinične prakse,
- prispevajo k individualni odgovornosti,
- zagotavljajo temelj za procese ocenjevanja,
- zagotavljajo osnovo za določitev kriterijev uspešnosti študenta in mentorja.

2.4.1 Kompetence v zdravstveni negi

Medicinska sestra je kot nosilka zdravstvene nege samostojna pri opravljanju svojega dela, vendar le v okviru svojih poklicnih kompetenc. Biti profesionalca na področju zdravstvene nege pomeni obvladati negovalne aktivnosti in pridobiti kompetence za izvajanje te dejavnosti. Kompetence jasno določajo odgovornosti v zdravstveni negi. Kot navaja Zakon o zdravstveni dejavnosti, zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je za to delo usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. V zdravstveni negi se uporabljajo različni modeli kompetenc, na primer: splošni model (obvladovanje dela in časa, zavzetost za rezultate in odgovornost, pozitiven odnos do sprememb in stalno učenje, uporaba znanja in izkušenj), osebni in vedenjski model (odkrivanje in odziv na priložnost, kreativno mišljenje in izražanje, etičnost, osebni vzgled, odločanje), model za delo z ljudmi (komuniciranje, delegiranje, postavljanje ciljev, obvladovanje konfliktov, delo v timu, pogajanja) in model za delo z informacijami (natančnost, ažurnost, poznavanja delovnih procesov, vodenje projektov, estetski videz, pozicioniranje (Železnik, 2010).

Železnik (2010) pravi, da so kompetence v zdravstveni negi izjemno pomembne, ker zagotavljajo jasno sliko vloge in odgovornosti medicinske sestre, vplivajo na proces zagotavljanja zaščite javnosti, pospešujejo prosto globalno gibanje medicinskih sester in

s tem prost pretok delovne sile, zagotavljajo osnovo za določanje standardov, prispevajo k individualni in poklicni odgovornosti, pojasnjujejo prispevek medicinskih sester v odnosu do prispevka drugih strokovnjakov zdravstvenega varstva in drugih poklicnih strokovnjakov zdravstvenega varstva v multidisciplinarnem timu, zagotavljajo temelj za pripravo učnega programa za študij zdravstvene nege in procese ocenjevanja tako v teoretičnih kot v praktičnih okoljih (zaradi česar bodo medicinske sestre imele takšno izobrazbo in usposobljenost, da bodo lahko zadovoljile zdajšnje potrebe zdravstvenega varstva in zdravstvene nege v svoji državi), pomagajo pri določanju poklicnih pričakovanj v zvezi z nalogami v zdravstveni negi in zagotavljajo osnovo za določitev kriterijev za uspešnost, ki so specifični za posamezno delo.

2.4.2 Kompetence študentov

Diplomant/ka zdravstvene nege med študijem za samostojno delo pridobi znanja in določene spretnosti, sposobnosti razumevanja in uporabe znanja, odločanja, sporočanja, sporazumevanja in je sposoben/sposobna samostojnega pridobivanja znanja. Ministrstvo za zdravje je v dopisu št. 504-15/2007-1 zabeležilo, da je potrebno pridobljene splošne in specifične kompetence, pridobljene s študijskim programom Zdravstvena nega 1. stopnja, uskladiti s kompetencami v Seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki so usklajene s področno direktivo o poklicnih kvalifikacijah v Evropski uniji. To je razlog, da so kompetence v študijskem programu zdravstvene nege na Zdravstveni fakulteti skladne z omenjenimi kompetencami.

Diplomant/ka zdravstvene nege:

- pozna in upošteva načela profesionalne etike,
- zna povezovati teoretično znanje iz različnih področij s praktičnimi izkušnjami pri delu s pacienti,
- obvlada teoretično in praktično znanje za samostojno opravljanje negovalnih intervencij in za opravljanje dela v interdisciplinarnem timu pri izvajanju diagnostičnih in terapevtskih posegov,

-
- ceni spoznanja sorodnih ved (naravoslovnih in humanističnih) in jih povezuje s stroko – zdravstveno nego,
 - ima razvite komunikacijske spretnosti, vključno s komunikacijo v mednarodnem prostoru,
 - sprejema pedagoško delo za vzgajanje in izobraževanje lastnega kadra ter raziskovalno delo,
 - ceni vseživljenjsko učenje in je usposobljen/a za samoizobraževanje in podiplomsko organizirano izobraževanje (Starc, Ovijač, 2010).

Nujno je, da se razvoj kompetenc spremlja, še zlasti v času izobraževanja. V literaturi je zaslediti različne raziskave na to temo, ki proučujejo stopnjo razvoja kompetenc, vzroke za pridobitev višje stopnje kompetentnosti, merjenje stopnje kompetentnosti z vidika študenta in z vidika mentorja, povezanost časa, ki ga mentor prebije s študentom in stopnjo doseganja kompetence. V raziskavah tudi navajajo, da je merjenje kompetentnosti v izobraževalnem programu nadvse pomembno in da ni enotnega instrumentarija za merjenje kompetentnosti (Filej, 2009).

Študenti zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice razvijajo kompetence na predavanjih, seminarjih, kabinetnih vajah in na klinični praksi. Pri tem imajo pomembno in nadvse odgovorno delo vsi visokošolski učitelji, strokovni sodelavci in klinični mentorji, ki sodelujejo v izobraževalnem procesu. V procesu razvijanja kompetenc pri študentih ne gre samo za brezhibnost izvedbe nekega postopka in posega, temveč tudi za teoretično znanje, za kritično razmišljanje, za odnos do pacienta in sodelavcev, za etični in profesionalni vidik itd. (prav tam).

Harih, Kegl in Pajnkihar (2011) navajajo, da je klinično usposabljanje proces, ki podpira študenta zdravstvene nege pri njegovem usposabljanju za poklic diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika z namenom osvojitve ustreznih kompetenc, ki mu bodo omogočale učinkovito, neodvisno in odgovorno delovanje v stroki.

2.4.3 Etika v zdravstvu in etične kompetence

Na zdravstvene profesionalce, ki so prevzeli vlogo mentorjev, se lahko zanesemo, da bodo pacientom zagotovili varno in učinkovito nego. To je zelo dobro vidno iz vsakega profesionalnega nadzornega standarda vodenja in izvedbe, ki sta osnovana na principih etike (Gopee, 2008).

Obstaja več različnih definicij etičnih načel, ki jih najdemo v programih, raziskovalni literaturi in vodnikih. Marquisi in Huston (2006, povz. po Gopee, 2008) sta ugotovila, da je etika tisto, kar se nanaša na to, da je vodenje in ravnanje osebe tisto, kar bi se moralo skladati z našim mnenjem in mnenjem drugih ljudi ter širše okolice. Pravita, da je etika upravičevanje tistega, kar je prav in kar ni prav. Brown (2005, povz. po Gopee, 2008) navaja, da je etika vse tisto, kar ima opravka s socialnim vedenjem, moralo in vrednotami, ki so povezane z dobrim.

Etični principi, ki jih najdemo na več področjih življenja, npr. v medicini, podjetništvu in izobraževanju, vsebujejo ključne komponente: vrednost življenja, dobroto in pravičnost, pravico in poštenost, resnico in individualno svobodo (prav tam).

2.5 IZOBRAŽEVANJE

Ljudska modrost na različnih koncih zemeljske oble je že od nekdaj opisovala pomen znanja v svojih pregovorih. Tako lahko preberemo, da je znanje zaklad, ki povsod spremlja svojega lastnika (kitajski), da je znanje venec na glavi (perzijski), da vednost daje krila umu (ruski) in da je tisti, ki ne razdaja svojega znanja, kot luč v vrču (etiopski) (Seničar, Bojanc, 2010).

»Ljudje smo ustvarjeni za učenje. Vsaka sekunda življenja je eno samo poglavje učenja. Brez učenja ni napredka, učimo se tako, kot nas učijo starši, kot nas učijo učitelji v šolah, kot nas učijo sovrstniki in kot se učimo sami skozi izkušnje. Učenje ni en sam in enkrat, ampak je večplasten kontinuiran proces« (Kavčič, Lahe, 2005 cit. po Seničar, Bojanc, 2010, str. 97–8).

»Izobraževanje je divergenten proces, ki razvija spretnosti, interese, vrednote ipd. Cilj izobraževanja ni vnaprej določena točka niti akumulacija posameznih znanj in

spretnosti, ampak bolj sposobnost razvoja kritičnega mišljenja in fleksibilnosti ter prilagodljivosti. Izobraževanje nima končnega produkta; ne vemo, kdaj smo »izobraženi«. Iz tega sledi, da ne moremo vnaprej opredeliti, kakšna bo izobražena oseba, kajti le ta je stalno v procesu »nastajanja« (Ivančič, 1995; Burnard, Chapman, 1990 cit. po Pahor, 2006, str. 39).

»Izobraževalni proces danes ni več le priprava za vstop v delovni proces, temveč je tudi sam postal svojsko (sicer neplačano ali malo plačano) delo, ki je sam po sebi proizvodni dejavnik. Zaradi hitro spreminjajočih se delovnih razmer in postopkov mora izobraževalni proces temu slediti z veliko fleksibilnostjo. Posameznika oziroma posameznice ne uči toliko delovnih navad in postopkov, temveč predvsem organiziranja intelektualnih in fizičnih sposobnosti, tako da bo pripravljen/a poprijeti za široko paleto del v materialni ali/ in v nematerialni proizvodnji« (Ule, 2003 cit. po Trnavčević, 2008, str. 49).

Mentorji ostajajo ključne vodje učenja v trenutnem programu zdravstvene nege. Lloyd – Jones poudarjajo pomembnost stalnih kontaktov med mentorji in študenti, da se izognemo izgubi časa. Odkrili so, da odsotnost mentorja lahko pomeni možnost, da študentje delajo z neusposobljenim osebjem (Allan, Smith, Lorentzon, 2008).

Izobraževanje je treba prilagoditi hitrim spremembam v svetu. Na poklicnem področju je pomembno tako formalno kot neformalno izobraževanje. Pod pojmom formalno izobraževanje razumemo tiste vrste učenja ljudi, ki so organizirane v obliki šolskega dela oziroma pouka. Prednosti formalnega izobraževanja so, da člani skupine dvigajo motivacijo pri posamezniku. Pomembno je tudi medsebojno izmenjavanje izkušenj, tekmovalnost, prizadevanje za ugled in samopotrjevanje (Hoyer, 2005).

Med formalno izobraževanje prištevamo:

- formalno izobraževanje za pridobitev poklicne in strokovne izobrazbe, ki se lahko konča na različnih stopnjah (srednja, visoka, univerzitetna) in podeli javno priznано spričevalo;
- specializacije z javno veljavno potrditvijo posebne usposobljenosti;

- drugo izobraževanje in usposabljanje za poklicno delo ali poklic, ki se dokazuje s potrdilom o usposobljenosti za opravljanje poklica in dela.

Neformalno izobraževanje pa ne poteka po običajnem postopku formalnega šolskega dela, pouka z neposrednim osebnim stikom z učenci, temveč po drugih, manj formalnih poteh. Izraz neformalno izobraževanje uporabljamo tudi zato, ker poteka v najrazličnejših okoliščinah, bodisi doma, v odmorih med delom, med potjo na delo ali z dela (prav tam).

»Ker je izobrazba pomembna za družbeni položaj medicinskih sester v Sloveniji, je potrebno spodbujati vse oblike izobraževanja, ki bodo zagotavljale kakovostnejšo zdravstveno nego, s tem pa tudi bolj izobražene medicinske sestre, ki bodo imele več znanja, samospoštovanja, zaupanja, kritičnosti in odgovornosti pri svojem delu« (Kvas, 2003, cit. po Nastić, Plazar, Trobec, 2010, str. 222).

»Danes se veliko govori o pomenu usposobljenosti zdravnikov in o njihovi deficitarnosti, veliko manj besed je namenjenih medicinskim sestram, njihovem izobraževanju in njihovi vlogi v zdravstveni obravnavi. Številne raziskave v razvitem svetu so pokazale, da je uspešnost zdravstvene obravnave pacientov povezana s stopnjo izobrazbe medicinskih sester, njihovim številom v neposredni zdravstveni negi in njihovim kliničnim in raziskovalnim delom. Zdravstvena nega je integralni del zdravstvene dejavnosti, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v zdravju in bolezni ter obravnava ljudi vseh starosti in na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter na različnih strokovnih področjih« (Skela Savič, 2009, cit. po Klemenc, Požun, Buček Hajdarević, 2012, str. 71).

»Okolje, kamor študentje zdravstvene nege gredo na praktično usposabljanje, pogosto imenujemo klinično okolje in je pomemben dejavnik v uspešnem in kakovostnem izobraževanju. Klinično okolje daje študentom možnosti in priložnosti nabiranja izkušenj, znanj, sposobnosti in predstavlja realno okolje bodočega poklicnega delovanja« (Elliot, 2002 cit. po Ramšak Pajk, 2007, str. 73).

Može (2005) ugotavlja, da zdravstvena dejavnost sodi med tiste panoge z najvišjimi potrebami po znanju, ki ga je potrebno nenehno obnavljati, za kar se je treba vseskozi

izobraževati in pridobivati dolgoletne praktične izkušnje, potrebni so ljudje z globoko predanostjo poklicu in posluhom za stisko sočloveka.

Mentorstvo je že dolgo časa prisotno v izobraževanju medicinskih sester, njegov namen je podpora, izboljšanje in dvig kakovosti praktičnega usposabljanja. Klinična praksa, njeno vodenje ter mentorstvo so pomembni dejavniki v izobraževalnem procesu zdravstvene nege (Ramšak Pajk, 2007).

»Klinična praksa po direktivi EU znaša 50 % študijskega programa. Izvaja se v različnih učnih bazah šole v skladu s predmetnikom. Udeležba na klinični praksi je obvezna. Uspešno opravljena klinična praksa je pogoj za pridobitev ECTS pri posameznem predmetu in pogoj za napredovanje v višji letnik študija. Klinično prakso vodijo in koordinirajo habilitirani visokošolski učitelji, v izvajanju sodelujejo habilitirani strokovni sodelavci iz učnih baz, ki skrbijo za izvajanje vseh elementov sodobne zdravstvene nege v okviru klinične prakse, izvajajo sprotno in končno evalvacijo klinične prakse, s svojim pristopom poudarjajo human odnos do pacientov, pomembnost celostne obravnave, partnerski odnos med vsemi vključenimi v proces obravnave pacienta in v učni proces študentov« (Skela Savič, 2008, cit. po Skinder Savič et al., 2009).

Visokošolski učitelji, ki izvajajo izobraževalni proces na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, se držijo načela, da je izobraževalni proces usmerjen k študentu, zato ga postavljajo v središče izobraževalnega procesa in mu namenjajo aktivno vlogo, ter mu pomagajo, da postopoma postane moderator lastnih učnih aktivnosti (Skinder Savič et al., 2009, str. 2).

Ker klinične vaje predstavljajo velik delež v okviru študija zdravstvene nege, jih je potrebno dobro vsebinsko in organizacijsko zastaviti, da bo njihov namen dosežen. Potrebno je iskati nove načine in poti, kako zagotoviti, da bodo vaje potekale nemoteno in kakovostno (Skočir et al., 2007, str. 27).

V kliničnem okolju se teorija dopolnjuje s prakso. Pogoj za uspešno izvedbo klinične prakse je partnerski odnos med visokošolskim zavodom in učno bazo, ki mora temeljiti na zaupanju, medsebojni pomoči in odgovornosti vseh (Ahčin et al., 2009).

»Praksa zdravstvene nege se ne more razvijati brez teorije in teorija se ne more dopolnjevati brez prakse. V približevanju teorije in prakse imajo pomembno mesto visokošolski učitelji, visokošolski sodelavci in mentorji v kliničnem okolju. Ti prenašajo vsebino in terminologijo teorije v klinično okolje in v cilje zdravstvene obravnave« (Skela Savič, 2008 cit. po Ahčin et al., 2009, str. 422–3).

Namen kliničnih vaj lahko strnemo v tri področja: integracija skozi študij, prenos pridobljenega teoretičnega znanja v prakso, uspešno izvajanje negovalnih intervencij tudi pri delu s pacienti, spoznavanje delovnega okolja in organizacije dela, vključevanje v delovni tim, spoznavanje učne baze kot celote, sodelovanje z drugimi oddelki in službami (Skočir et al., 2007, str. 27).

Študijski program Zdravstvena nega omogoča študentu, da:

- pridobi bazalna znanja, praktične sposobnosti in sposobnosti komuniciranja,
- razmišlja samostojno in se uči iz lastnih izkušenj,
- študira samostojno ob pomoči pripravljenih materialov oz. da si zna poiskati literaturo in vire prek baze podatkov,
- zna poiskati rešitve za nove probleme,
- partnersko sodeluje z visokošolskimi učitelji in sodelavci,
- idr. (Skinder Savič et al., 2009, str. 3).

Med klinično prakso študenti pridobivajo kompetence, razvijajo osebno odgovornost, upoštevajo sodobne pristope v zdravstveni negi in kritično razmišljajo ter presojujejo. Paciente obravnavajo po procesu zdravstvene nege: ugotavljajo in rešujejo zdravstvene probleme pri posameznem pacientu ali tipičnih skupinah pacientov, družini in lokalni skupnosti v skladu s strokovnimi smernicami, uporabljajo teoretično znanje za izvajanje zdravstvene nege ob upoštevanju individualnih potreb pacienta, specifičnosti strokovnega področja in materialnih možnosti, izvajajo individualno, holistično, k pacientu orientirano obravnavo in opredeljene intervencije zdravstvene nege v okviru 14 aktivnosti po Virginiji Henderson ter sodelujejo pri diagnostično-terapevtskem

programu. Študenti so dolžni sodelovati po navodilih mentorja in vodstva učne baze ter po najboljših močeh v okviru pooblastil prispevati k izvajanju dejavnosti. Mentor jim lahko določi različne vloge v okviru njihovih sposobnosti in predpisanih delovnih obveznosti. Študent ne more oz. ne sme samostojno opravljati nalog, ki so v domeni mentorja oz. drugih strokovnih delavcev učne baze ali odločati o strokovnih zadevah, ki so povezane s pacienti, poslovanjem učne baze ali uradnimi postopki (prav tam).

2.5.1 Metode poučevanja

V klinični praksi sta uveljavljena dva načina vodenja dijakov in študentov, prvi, ko je mentor na kliniki hkrati tudi učitelj šole in ima svoj sedež na šoli. Drugi način, ki v vsakodnevni praksi vse bolj postaja realnost, pa je, da ima klinika svoje neposredne mentorje na oddelkih, ki vodijo praktično usposabljanje tako, da so poleg mentorstva dodatno neposredno vključeni in odgovorni za zdravstveno nego bolnikov na oddelku. Dvojna naloga in odgovornost teh mentorjev na oddelkih izhaja iz dejstva, da se zdravstvene nege učimo pri neposrednem delu z bolnikom (Kobentar, 2007).

Bennerjeva (1984, povz. po Kobentar, 2007, str. 3) je prek razvojnih stopenj identificirala različne pristojnosti mentorjev v izobraževalnem procesu, ki se začne z nesamostojnim in negotovim začetnikom do suverena in izkušenega eksperta.

Praksa je ena izmed glavnih delov izobraževanja na področju zdravstvene nege, kjer klinični mentorji igrajo zelo pomembno vlogo. Znanje, izkušnje in ravnanje mentorjev vplivajo na študente in jim pomagajo pri uspešnem dokončanju prakse. Dobri klinični mentorji študentom pomagajo, da teoretično znanje prenesejo v prakso, poskrbijo za učne priložnosti in jim pomagajo, da se izkažejo kar najbolje (Elcigil, Sari, 2008).

2.6 KOMUNIKACIJA

Beseda komuniciranje izvira iz latinske besede »communicare«, ki pomeni podeliti, sporočiti, narediti nekaj skupno, sporazumeti se, sodelovati (Prebil, Mohar, Drobne, 2009).

Komuniciranje, ustvarjanje ter ohranjanje odnosov je vseživljenjska dejavnost, ki tvori pomemben in neizogiben del našega vsakdanjika. Vzdrževanje odnosov vsebuje

vsakdanje pogovorne rituale in pripovedi, pa tudi odkritost, zaupanje in odpuščanje. Lahko vsebuje tudi nestrinjanje, zaskrbljenost, reševanje težav, dajanje in sprejemanje nasvetov, kritiziranje, načrtovanje ali sočustvovanje. Naše dobro počutje je pomembno odvisno od sposobnosti, da konstruktivno in učinkovito upravljamo s komuniciranjem in odnosi (Ule, 2005).

O komuniciranju med ljudmi govorimo tedaj, ko med partnerji v socialnem odnosu teče nepretrgan tok sporočil. Sporočila, ki si jih udeleženci v komunikaciji med seboj izmenjujejo, so lahko jezikovna – verbalna, ali nejezikovna – neverbalna (Ule, 2003 povz. po Triler, Prebil, Filej, 2010, str. 32).

Zmotno je misliti, da komuniciranje vključuje zgolj izmenjavo sporočil, informacij. Gre za mnogo več kot to. S pomočjo komunikacije posamezniki zadovoljujemo tudi psihološke potrebe, kot so potreba po pripadnosti, ljubezni, varnosti in po oblikovanju osebnosti (Taylor in drugi, 2005 povz. po prav tam, str. 32).

V komuniciranju z drugimi razvijamo svojo osebnost, odkrivamo pričakovanja drugih, se učimo medsebojnih odnosov in vključevanja v okolje (Hoyer, 2006 povz. po prav tam, str. 32).

Prebil, Mohar, Drobne (2009) navajajo, da v ožjem pomenu pod komunikacijo razumemo interakcijo ali sporazumevanje med dvema ali več osebami. Gre za komunikacijo iz oči v oči, za dialog oziroma za medosebno, neposredno komunikacijo. Med prejemnikom in pošiljateljem se oblikuje bolj ali manj tesen odnos (prijateljski, partnerski, poslovni).

Dobra komunikacija pomeni ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja. Podporno ali empatično komuniciranje je oblika besednega in nebesednega komuniciranja, s katerim hočemo pomagati tistim, za katere vemo, da potrebujejo podporo in pomoč. Podporno komuniciranje je v življenju nenehno navzoče in vpliva na zdravje in počutje ljudi, povečuje samoučinkovitost, soočenje s konfliktnimi dogodki in stresom, povezuje ljudi, povečuje kakovost življenja, oblikuje dobre odnose in izraža visoka etična načela, kot so skrb za drugega, odgovornost, zaupanje in sočutje (Prebil et al., 2009).

2.6.1 Pomen odnosa med mentorjem in študentom

Odnos študent – mentor je načrtovan ali vsaj pričakovan. Mentor vsekakor čuti tudi etično odgovornost tako do pacientov, kontinuitete dela na oddelku, sodelavcev kot tudi do študenta (Ramšak Pajk, 2011).

Odnos mentor – študent je v zdravstveni negi pogosto vzpostavljen z namenom pomagati študentu pri pridobivanju znanj in veščin, razvijanju kompetentnega in odgovornega odnosa, ter usmerjanje k bodočemu profesionalnemu delovanju. Vsi mentorski odnosi pa niso pozitivni (Ramšak Pajk, 2009).

Mentorski odnos je partnerstvo, ki vodi v profesionalen in osebni razvoj obeh vpletenih preko sodelovanja in odprtega dialoga. Bistvo omenjenega odnosa je v razvijanju in spodbujanju posameznika k spoznavanju vloge in podobe medicinske sestre. Naravna pot razvoja mentorskega odnosa je tista, kjer postaja študent samozavesten in samostojen in kjer se mentor iz avtoritativne vodje prelevi v prijatelja in svetovalca (prav tam).

Stalna prisotnost šolskega mentorja ob študentu na vajah je izrednega pomena, da se lahko razvije in izoblikuje odnos mentor – študent med samim potekom vaj, da se vzpostavijo vloge, pravila in meje. Vloga mentorjev pri tem je pomoč študentu pri vključevanju v delovno okolje, spodbujanje študenta k samostojnemu delu in nudenju pomoči pri reševanju problemov, konfliktov, po drugi strani pa tudi vključevanje v delovni proces ustanove in sodelovanje z delovnim timom (Skočir et al., 2007, str. 27).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI DIPLOMSKEGA DELA

Namen diplomskega dela je ugotoviti vlogo kliničnih mentorjev pri delu s študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju, ter mnenja, stališča in odnos kliničnih mentorjev do izobraževalnega procesa na področju dela s študenti. Prav tako želimo ugotoviti mnenja, stališča in odnos študentov do kliničnih mentorjev.

Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti najbolj pogoste težave, s katerimi se srečujejo tako klinični mentorji kot študenti na klinični praksi,
- ugotoviti, kakšen je odnos kliničnih mentorjev in študentov do vzpostavljanja komunikacijskih veščin,
- ugotoviti odnos kliničnih mentorjev do izobraževalnega procesa na področju kliničnega usposabljanja,
- ugotoviti, ali obstaja razlika med kliničnimi mentorji in študenti v odnosu do ocenjevanja znanja študentov na klinični praksi.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

V1: Katere so težave, s katerimi se klinični mentorji srečujejo pri delu s študenti na klinični praksi?

V2: Kakšna je povezava med izobraževanjem za delo kliničnega mentorja in profesionalnim in osebnostnim razvojem?

V3: Kakšna je razlika v odnosu do vzpostavitve komunikacije med kliničnimi mentorji in študenti?

V4: Kakšen je odnos študentov in kliničnih mentorjev do ocenjevanja znanja študentov na klinični praksi?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili metodo preučevanja domače in tuje literature. Zbrali smo strokovno literaturo, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah, v pomoč pa nam je bila virtualna knjižnica Cobiss. Uporabljeni so bili tudi znanstveni članki s področja zdravstvene nege, ki smo jih pridobili s podatkovnih baz Cinahl, PubMed in Eric. Zahteve za iskanje znanstvenih člankov so bile, da so dostopni v celotnem besedilu v angleškem jeziku, in da so bili izdani med leti 2006 in 2013. Pregled literature je trajal od meseca januarja do meseca aprila 2012. Uporabljene so bile ključne besede: klinični mentorji, študenti, zdravstvena nega in izobraževanje. Podatke smo zbirali v Splošni bolnišnici Jesenice, na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik in na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice. V raziskavi je bila uporabljena kvantitativna metoda raziskovanja, uporabili smo strukturiran vprašalnik v pisni obliki, ki je vseboval tudi odprta vprašanja.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot tehniko zbiranja podatkov smo uporabili anketiranje. Za izvedbo raziskave smo uporabili dva strukturirana vprašalnika. Vprašanja v vprašalniku smo oblikovali glede na namen in cilj diplomskega dela. Temeljila so na pregledu domače literature avtorjev (Lorber, Donik, 2009, Mihelič Zajec, Ramšak Pajk, 2006) in tuje literature avtorjev (Gopee, 2008, Elcigil, Sari, 2008, Sharpies, Kelly, Elcock 2007). Vprašalnika sta bila namenjena kliničnim mentorjem v kliničnih okoljih in študentom na klinični praksi ter sta vsebovala tri sklope vprašanj. V prvem sklopu smo uporabili štiri zaprta vprašanja, s katerimi smo pridobili demografske podatke anketirancev, v drugem sklopu je bilo podanih 46 trditev pri kliničnih mentorjih in 49 trditev pri študentih, za katere je bila uporabljena 5-stopenjska Likertova lestvica stališč od 1 do 5, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti ne strinjam/niti se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se zelo strinjam, v tretjem sklopu pa so bila podana tri odprta vprašanja, na katera so anketiranci odgovarjali glede na svoje mnenje. Vprašalnika sta bila sestavljena s pomočjo pregleda literature tujih in domačih avtorjev. Zanesljivost vprašalnika smo testirali s pomočjo Cronbachovega koeficienta alfa.

Cronbachov test zanesljivosti vprašalnika za klinične mentorje je znašal 0,781 in 0,868 za študente. Cronbachov koeficient alfa je presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli med kliničnimi mentorji, zaposlenimi v Splošni bolnišnici Jesenice in na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik, ter med rednimi in izrednimi študenti tretjega letnika Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Vprašalnike smo razdelili 40 mentorjem in 40 študentom. Raziskovalna vzorca sta bila dva. Prvi namenski vzorec so predstavljali klinični mentorji, zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice in na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Anketiranje je potekalo od januarja do marca 2013. Predvideno število vključenih kliničnih mentorjev v raziskavo je bilo 40. V anketiranju je sodelovalo 33 kliničnih mentorjev, kar predstavlja 82,5 %.

Tabela 2 prikazuje, da je v anketi sodelovalo 33 kliničnih mentorjev, zastopanega ni nobenega moškega. 6 oz. 18,2 % kliničnih mentorjev je starih med 21 in 30 let, 16 oz. 48,4 % je starih med 31 in 40 let, 7 oz. 21,2 % kliničnih mentorjev spada v skupino, kjer se starost giblje od 41 in 50 let, in 4 oz. 12,2 % kliničnih mentorjev spada v skupino od 51 do 60 leta. 3 oz. 9,1 % kliničnih mentorjev ima končano srednješolsko izobrazbo, največ, 29 oz. 87,9 %, ima visokošolsko izobrazbo, eden oz. 3 % anketirancev ima univerzitetno izobrazbo. Največ anketirancev je zaposlenih več kot 20 let, takšnih je 10, kar predstavlja 20 %, manj kot 5 let delovne dobe imajo 4 klinični mentorji, kar predstavlja 12,5 %, 6 anketirancev ima 5 do 10 let delovne dobe, to je 18,8 %, prav toliko jih je v skupini med 11 in 15 leti in prav tako v skupini med 16 in 20 leti delovne dobe.

Tabela 2: Demografske značilnosti kliničnih mentorjev

Spol									
Moški					Ženski				
Število		Odstotek			Število		Odstotek		
0		0			33		100		
Delovna doba									
Manj kot 5 let		5–10		11–15		16–20		Več kot 20	
Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
4	12,5	6	18,8	6	18,8	6	18,8	10	31,3
Izobrazba									
Srednješolska			Visokošolska			Univerzitetna			
Število		Odstotek	Število		Odstotek	Število		Odstotek	
3		9,1	29		87,9	1		3	
Starost									
21–30		31–40		41–50		51–60			
Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek	Število	Odstotek
6	18,2	16	48,5	7	21,2	4	12,1		

Drugi namenski vzorec so predstavljali študenti Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Predvideno število vključenih študentov v raziskavo je bilo 40. Končno število študentov, ki so sodelovali v anketi, je 40, kar predstavlja 100 %.

Tabela 3: Demografske značilnosti študentov

Spol	Moški		Ženski	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	9	22,5	31	77,5
Starost	Do 20		21–30	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	1	2,5	24	60
	31–40		Nad 40	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
13	32,5	2	5	
Način študija	Redni		Izredni	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	19	47,5	21	52,5
Letnik študija	Tretji		Absolvent	
	Število	Odstotek	Število	Odstotek
	30	75	10	25

Tabela 3 kaže, da je v anketi sodelovalo 40 študentov, od tega 9 moških, kar predstavlja 22,5 % vprašanih, in 31 žensk, kar predstavlja 77,5 % vprašanih. Zastopanost po starosti je najnižja pri starosti do 20 let, ena oseba, kar predstavlja 2,5 % vprašanih. Med 21. in 30. letom je največ vprašanih, 24, kar predstavlja 60 % anketirancev, od 31. do 40. leta je bilo 13 anketirancev, kar predstavlja 32,5 %, dva anketiranca pa sta starejša od 40 let, kar pomeni 5 % vseh vprašanih.

V anketi je sodelovalo 19 rednih (47,5 %) in 21 izrednih (52,5 %) študentov, izmed teh jih je 30 oz. 75 % v tretjem letniku študija, ter 10 oz. 25 % v absolventskem stažu, ostali letniki študija niso bili zastopani.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Pred izvajanjem raziskave smo najprej pridobili soglasje s strani učnih baz, vključenih v raziskavo, Splošne bolnišnice Jesenice in Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Z raziskavo smo seznanili tudi koordinatorice zdravstvene nege na oddelkih. Neposredno pred izvajanjem

raziskave smo pridobili ustno soglasje študentov za izvedbo raziskave in za uporabo pridobljenih rezultatov v študijske namene.

Raziskava med kliničnimi mentorji in študenti je bila izvedena od januarja do marca 2013. Anketiranje je zajemalo vlogo kliničnega mentorja pri pridobivanju teoretičnega in praktičnega znanja študentov na klinični praksi.

Kliničnim mentorjem so vprašalnike razdelile koordinatorice oddelkov ali pa jim je bil izročen osebno. Vprašalniki za študente so bili podani enemu študentu, ki jih je potem razdelil med ostale študente. Navodila za izpolnjevanje in namen raziskave so bili podani na vprašalniku. Anonimnost smo zagotovili tako, da so izpolnjene vprašalnike shranjevali v zaprte kuverte, ki so jih odlagali v za to namenjen kartonski zabojnik.

Dobljene rezultate smo obdelali s pomočjo Microsoft Excela in statističnega programa SPSS, verzija 20.0. Uporabili smo opisno statistiko. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo tabel. Demografski podatki so podani na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve vrednosti. V tabelah so navedene tudi povprečne vrednosti (PV) in standardne deviacije (SD) odgovorov pri celotni populaciji ter po posameznih demografskih skupinah (starost, delovna doba in način študija).

Za primerjavo ocen trditev med kliničnimi mentorji in študenti smo uporabili t-test. Za statistično pomembne podatke so bile upoštevane razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

3.4 REZULTATI

Tabela 4: Težave, s katerimi se klinični mentorji srečujejo pri svojem delu

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)					ANOVA (p)	F
		< 5	5–10	10–15	15–20	Več kot 20		
		n=4	n=6	n=6	n=6	n=10		
PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD			
Z mentorstvom sem preobremenjen/a.	3,06 ± 1,09	2,5 ± 1,23	3,0 ± 1,26	3,83 ± 0,41	3,0 ± 0,89	2,9 ± 1,29	0,395	1,249
Nimam podpore v zdravstvenem timu.	4,15 ± 0,87	4,75 ± 0,5	4,0 ± 0,89	3,67 ± 1,37	4,17 ± 0,75	4,3 ± 0,67	0,411	1,028
Študenti nimajo motivacije za delo.	2,61 ± 0,9	3,0 ± 0	2,83 ± 0,73	3,17 ± 0,75	2,67 ± 0,62	1,9 ± 1,1	0,038	2,948
Študenti pridejo nepripravljeni na klinično prakso.	2,85 ± 0,97	2,75 ± 1,26	3,0 ± 0,63	3,5 ± 0,84	3,0 ± 0,62	2,4 ± 1,17	0,285	1,328
Nimam podpore pri vodji.	4,36 ± 1,11	4,75 ± 0,5	3,33 ± 1,86	4,0 ± 1,26	4,83 ± 0,41	4,8 ± 0,42	0,058	2,600
Za delo s študenti imam premalo časa.	3,55 ± 0,94	4,25 ± 0,5	3,33 ± 1,03	3,83 ± 0,93	3,33 ± 0,82	3,5 ± 0,97	0,488	0,881
Pri svojem delu nimam težav.	3,25 ± 0,98	3,25 ± 0,95	3,8 ± 0,48	3,33 ± 1,03	3,17 ± 1,7	2,8 ± 0,92	0,435	0,982

PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Rezultati o težavah, s katerimi se srečujejo klinični mentorji pri svojem delu v tabeli 4, prikazujejo, da so klinični mentorji v povprečju navedli največje strinjanje s trditvijo, da nimajo podpore pri vodji (PV = 4,36; SD = 1,11). S povprečno oceno (PV = 4,15; SD = 0,87) je sledila trditev, da nimajo podpore v zdravstvenem timu, in s povprečno oceno (PV = 3,55; SD = 0,94) še trditev, da imajo za delo s študenti premalo časa. Najmanjše strinjanje je bilo v povprečju navedeno pri trditvi, da študentje nimajo motivacije za delo (PV = 2,61; SD = 0,90). Anketiranci z delovno dobo od 10 do 15 let so izrazili večje strinjanje (PV = 3,17; SD = 0,75), da študenti nimajo motivacije za delo, kot anketiranci z delovno dobo nad 20 let (PV = 1,9; SD = 1,1). ANOVA za neodvisne vzorce je med skupinama, ki se razlikujeta glede na delovno dobo, pokazala statistično pomembno razliko v povprečni oceni (F = 2,948; p = 0,038).

Tabela 5: Težave, s katerimi se srečujejo študenti na klinični praksi

Trditve	Celotna populacija PV ± SD	Način študija			
		Redni n=19 PV ± SD	Izredni n=21 PV ± SD	ANOVA (p)	F
		Klinični mentorji nas premalo vključujejo v svoje delo.	3,88 ± 0,75		
Klinični mentorji so preobremenjeni z delom.	3,75 ± 0,92	3,89 ± 1,04	3,62 ± 0,8	0,354	0,880
Klinični mentorji in ostalo osebje nam premalo zaupajo.	3,45 ± 0,93	3,74 ± 0,87	3,19 ± 0,92	0,063	3,659
Na klinični praksi je preveč študentov naenkrat.	3,23 ± 1,07	3,0 ± 1,24	3,43 ± 0,87	0,212	1,614
Klinični mentorji imajo previsoka pričakovanja glede naših sposobnosti.	3,15 ± 1,0	3,32 ± 1,0	3,0 ± 1,0	0,326	0,992

PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Rezultati o težavah, s katerimi se srečujejo študentje na klinični praksi v tabeli 5, prikazujejo, da so študentje v povprečju navedli največje strinjanje s trditvijo, da jih klinični mentorji premalo vključujejo v svoje delo (PV = 3,88; SD = 0,75). Anketiranci rednega študija so izrazili večje strinjanje (PV = 4,16; SD = 0,76), da jih klinični mentorji premalo vključujejo v svoje delo, kot pa anketiranci izrednega študija (PV = 3,62; SD = 0,66). ANOVA za neodvisne vzorce je med skupinama, ki se razlikujeta glede na način študija, pokazala statistično pomembno razliko v povprečni oceni (p = 0,023). S povprečno oceno (PV = 3,75; SD = 0,92) sledi trditev, da so klinični mentorji preobremenjeni z delom in s povprečno oceno (PV = 3,45; SD = 0,93) trditev, da jim klinični mentorji in ostalo osebje premalo zaupa. Najmanjše strinjanje je bilo v povprečju navedeno pri trditvah, da imajo klinični mentorji previsoka pričakovanja glede njihovih sposobnosti (PV = 3,15; SD = 1,00) in da je na klinični praksi preveč študentov naenkrat (PV = 3,23; SD = 1,07).

Tabela 6: Rezultati korelacijske analize

Trditve	1	2	3	4	5	6	7
1 - Delo kliničnega mentorja mi pomaga pri profesionalni rasti.	1	0,824**	0,565**	0,582**	0,367*	0,-012	-0,032
2 - Delo kliničnega mentorja mi pomaga pri osebni rasti.	0,824**	1	0,431*	0,390*	0,227	0,089	0,022
3 - Zaradi mentorstva redno spremljam novosti in spremembe na področju zdravstvene nege.	0,565*	0,431*	1	0,521**	0,295	-0,074	0,066
4 - Podpora in sodelovanje celotnega tima me pri mentorstvu še dodatno motivira.	0,582**	0,390*	0,521**	1	0,594**	0,112	-0,004
5 - Motivacijo za nadaljevanje svojega dela mi dajo zadovoljni študenti.	0,367*	0,227	0,295	0,594**	1	0,026	0,272
6 - Pri izobraževanju za delo kliničnega mentorja mi pomagajo drugi klinični mentorji v ustanovi, kjer sem zaposlen/a.	-0,012	0,089	-0,074	0,122	0,026	1	0,123
7 - Menim, da potrebujem dodatno izobraževanje.	-0,032	0,022	0,066	-0,004	0,272	0,123	1
N = 33 Sig (2-tailed)							

p = 0,01 (**), p = 0,05 (*), N = število anketirancev, Sig (2-tailed) = dvostranski test

Rezultati korelacijske analize v povezavi med izobraževanjem za delo kliničnega mentorja in profesionalnim in osebnostnim razvojem v tabeli 6 kažejo na statistično pomembno povezavo med trditvijo, da kliničnim mentorjem delo kliničnega mentorja pomaga pri profesionalni rasti, in trditvijo, da delo kliničnega mentorja pomaga pri osebni rasti ($r = 0,824$; $p = 0,01$). Povezanost pojasni 25 % skupne variance. Obstaja statistično pomembna povezava med trditvijo, da klinične mentorje podpora in sodelovanje celotnega tima pri mentorstvu dodatno motivira, in trditvijo, da jim delo kliničnega mentorja pomaga pri profesionalni rasti ($r = 0,582$; $p = 0,01$), kar skupno predstavlja 25 % skupne variance. Rezultati nam podajo tudi statistično pomembno pozitivno povezavo med trditvijo, da klinični mentorji zaradi mentorstva redno spremljajo novosti in spremembe na področju zdravstvene nege, in trditvijo, da jih podpora in sodelovanje celotnega tima pri mentorstvu še dodatno motivira ($r = 0,521$; $p = 0,01$). S tem rezultatom lahko pojasnimo 25 % skupne variance. Ugotovimo tudi, da obstaja statistično pomembna pozitivna povezava med trditvijo, da klinične mentorje

podpora in sodelovanje celotnega tima pri mentorstvu še dodatno motivirata, in trditvijo, da jim motivacijo za nadaljevanje njihovega dela dajo zadovoljni študenti ($r = 0,594$; $p = 0,01$). Gre za povezanost, ki pojasni 25 % skupne variance. Ugotovimo tudi statistično pomembno pozitivno povezavo med profesionalno rastjo in spremljanjem novosti in sprememb na področju zdravstvene nege ($r = 0,565$; $p = 0,01$). Gre za visoko povezanost, ki pojasni 25 % skupne variance. Ostalih statistično pomembnih povezav nismo dokazali.

Tabela 7: Razlike v oceni trditev med kliničnimi mentorji in študenti v odnosu do komunikacije

Trditve	Mentor		Študent		P
	PV	SD	PV	SD	
Odnos mentor – študent je lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo.	4,64	0,49	4,45	0,64	0,023
Pri odnosu mentor – študent je pomembna tudi neverbalna komunikacija.	4,42	0,71	4,53	0,64	0,399
Odnos mentor – študent je odvisen samo od študentov.	1,73	0,91	2,1	1,15	0,419
Odnos mentor – študent je odvisen samo od mentorjev.	1,7	0,92	2,1	1,17	0,212

PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

V tabeli 7 so prikazane povprečne vrednosti in standardni odkloni ocenjenih trditev med kliničnimi mentorji in študenti v odnosu do komunikacije, ter statistično pomembne razlike med njimi.

Med kliničnimi mentorji in študenti smo ugotovili statistično pomembno razliko pri trditvi, da je odnos mentor – študent lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo. Klinični mentorji (PV = 4.64; SD = 0,49) se bolj strinjajo s trditvijo, da je odnos mentor – študent lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo, kot študenti (PV 4,45; SD = 0,64). T-test je med ocenama izračunal statistično pomembno razliko ($p = 0,023$). Ostalih statistično pomembnih razlik med skupinama v odnosu do komunikacije nismo ugotovili.

Tabela 8: Odnos kliničnih mentorjev do ocenjevanja študentov na klinični praksi

Trditve	Celotna populacija	Delovna doba (let)					ANOVA (p)	F
		< 5	5–10	11–15	16–20	Več kot 20		
		n=4	n=6	n=6	n=6	n=10		
PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD			
S študentom se pogovorim o njegovi oceni.	4,58 ± 0,9	4,5 ± 0,58	4,33 ± 1,21	5,0 ± 0	4,83 ± 0,41	4,3 ± 1,25	0,562	0,757
Študente ocenim sam/a, saj potem sami lahko pogledajo, kako so bili ocenjeni.	3,18 ± 1,57	4,0 ± 1,41	2,83 ± 1,47	2,67 ± 1,51	2,5 ± 1,38	3,6 ± 1,78	0,443	0,964
Študente ocenim vse enako.	4,61 ± 0,66	4,75 ± 0,5	4,5 ± 0,84	4,5 ± 0,84	5,0 ± 0	4,5 ± 0,71	0,606	0,689
Pri ocenjevanju študentov na klinični praksi upoštevam kriterije za ocenjevanje.	4,18 ± 1,01	4,0 ± 0,82	3,33 ± 1,86	4,67 ± 0,52	4,67 ± 0,52	4,2 ± 0,62	0,136	1,918
Pri ocenjevanju upoštevam trud in angažiranost študentov za delo.	4,67 ± 0,54	5,0 ± 0	4,17 ± 0,75	5,0 ± 0	4,5 ± 0,55	4,8 ± 0,42	0,024	3,347
Pri ocenjevanju gledam tudi na osebne lastnosti študenta.	3,70 ± 0,95	3,5 ± 1,73	3,33 ± 0,52	3,67 ± 0,82	3,83 ± 0,75	3,9 ± 1,1	0,832	0,363
Tudi slabše študente ocenim dobro, saj nočem imeti slabe vesti, da zaradi mene ne napredujejo.	4,33 ± 0,69	4,25 ± 0,96	4,17 ± 0,96	4,33 ± 8,2	4,5 ± 0,55	4,4 ± 0,7	0,945	0,183

PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Rezultati glede odnosa kliničnih mentorjev do ocenjevanja študentov na klinični praksi v tabeli 8 prikazujejo, da so klinični mentorji v povprečju navedli največje strinjanje s trditvijo, da pri ocenjevanju upoštevajo trud in angažiranost študentov za delo (PV = 4,67; SD = 0,54). Anketiranci z delovno dobo manj kot 5 let (PV = 5,0; SD = 0) in anketiranci z delovno dobo od 11 do 15 let (PV = 5,0; SD = 0) so izrazili večje strinjanje, da pri ocenjevanju upoštevajo trud in angažiranost študentov za delo, kot pa anketiranci z delovno dobo od 5 do 10 let (PV = 4,17, SD = 0,75). ANOVA za neodvisne vzorce je med skupinama, ki se razlikujeta glede na delovno dobo, pokazala

statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($p = 0,024$). S povprečno oceno ($PV = 4,61$; $SD = 0,66$) sledi trditev, da klinični mentorji vse študente po končani klinični praksi ocenijo z isto oceno in s povprečno oceno ($PV = 4,58$; $SD = 0,90$) trditev, da se s študentom pogovorijo o njegovi oceni. Trditev, da tudi slabše študente ocenijo dobro, saj nočejo imeti slabe vesti, da zaradi njih ne napredujejo, je dosegla povprečno oceno ($PV = 4,33$; $SD = 0,69$), trditev, da pri ocenjevanju študentov na klinični praksi upoštevajo kriterije za ocenjevanje pa ($PV = 4,18$; $SD = 1,01$). Najmanjše strinjanje je bilo v povprečju navedeno pri trditvah, da študente ocenijo sami, saj le ti lahko potem sami pogledajo, kako so bili ocenjeni ($PV = 3,18$; $SD = 1,57$) in da pri ocenjevanju gledajo tudi na osebne lastnosti študenta ($PV = 3,70$; $SD = 0,95$).

Tabela 9: Odnos študentov do ocenjevanja na klinični praksi

Trditve	Celotna populacija	Način študija			
		Redni	Izredni	ANOVA (p)	F
		n=19	n=21		
PV ± SD	PV ± SD	PV ± SD			
Pri ocenjevanju mentor upošteva kriterije za ocenjevanje na klinični praksi.	4,0 ± 0,98	4,11 ± 1,1	3,9 ± 0,89	0,528	0,405
Mentor me oceni sam, za oceno izvem iz dokumentacije.	3,08 ± 1,07	3,26 ± 0,93	3,9 ± 1,18	0,297	1,119
Mentor se z menoj pogovori in me oceni.	3,75 ± 1,06	3,89 ± 0,87	3,62 ± 1,2	0,417	0,647
Mentor me ocenjuje glede na moje osebne lastnosti.	3,18 ± 0,98	3,47 ± 0,84	2,9 ± 1,04	0,067	3,551
Mentor me ocenjuje glede na mojo angažiranost in trud.	4,0 ± 0,96	4,21 ± 0,71	3,81 ± 1,12	0,191	1,772
Mentor ocenjuje samo moje sposobnosti pri opravljanju medicinsko-tehničnih posegov.	3,45 ± 0,98	3,84 ± 0,89	3,1 ± 0,94	0,015	6,539
Delno ocenjevanje poteka že med klinično prakso.	3,75 ± 1,13	3,53 ± 1,42	3,95 ± 0,74	0,237	1,443
Mentorji vse študente ocenijo z enako oceno.	2,88 ± 1,22	3,16 ± 1,13	2,62 ± 1,07	0,167	1,984
Ocenjevanje je vedno realno in pravično.	2,78 ± 1,09	2,95 ± 1,12	2,62 ± 1,07	0,351	0,890
Menim, da so slabši študenti ocenjeni boljše kot se izkažejo.	3,35 ± 1,14	3,32 ± 1,25	3,38 ± 1,07	0,86	0,032
Menim, da so slabši študenti ocenjeni realno.	2,93 ± 0,99	3,05 ± 1,03	2,81 ± 0,98	0,448	0,587

PV = povprečna vrednost; SD = standardni odklon; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Rezultati glede odnosa študentov do ocenjevanja na klinični praksi, ki ga izvajajo klinični mentorji, v tabeli 9 prikazujejo, da so študenti v povprečju navedli največje strinjanje s trditvama, da klinični mentorji pri ocenjevanju upoštevajo kriterije za ocenjevanje na klinični praksi (PV = 4,0; SD = 0,98) in da jih klinični mentorji ocenjujejo glede na trud in angažiranost (PV = 4,0; SD = 0,96). S povprečno oceno (PV = 3,75; SD = 1,13) sledita trditvi, da se klinični mentorji s študentom pogovorijo in ga ocenijo in da delno ocenjevanje poteka že med klinično prakso. Trditev, da klinični mentorji ocenjujejo samo njihove sposobnosti pri opravljanju medicinsko tehničnih posegov, je dosegla povprečno oceno (PV = 3,45; SD = 0,98). Anketiranci rednega študija so izrazili večje strinjanje (PV = 3,84; SD = 0,89), da klinični mentorji ocenjujejo samo njihove sposobnosti pri opravljanju medicinsko tehničnih posegov, kot pa anketiranci izrednega študija (PV = 3,1; SD = 0,94). ANOVA za neodvisne vzorce je med skupinama, ki se razlikujeta glede na način študija, pokazala statistično pomembno razliko v povprečni oceni ($F = 6,539$; $p = 0,015$). Najmanjše strinjanje je bilo v povprečju navedeno pri trditvah, da je ocenjevanje vedno realno in pravično (PV = 2,78; SD = 1,09), da klinični mentorji vse študente ocenijo z isto oceno (PV = 2,88; SD = 1,22) in da so slabši študenti ocenjeni realno (PV = 2,93; SD = 0,93).

Tabela 10 prikazuje razvrstitev osebnostnih lastnosti kliničnih mentorjev od najbolj pomembne do najmanj pomembne in je razdeljena na dve skupini, klinične mentorje in študente. Klinični mentorji in študenti so različno razvrstili pomembnost nekaterih osebnostnih lastnosti pri delu.

Vsi so podobno na prvi dve mesti uvrstili strokovnost in sposobnost komunikacije, le da klinični mentorji na prvo mesto uvrščajo strokovnost, študentje pa sposobnost komunikacije. Prijaznost je pri študentih na zelo visokem tretjem mestu, medtem ko ta lastnost pri kliničnih mentorjih ne igra pomembne vloge, uvrstila se je na predzadnje mesto pred ustvarjalnostjo, ki sta jo obe skupini uvrstili na zadnje mesto. Pri obeh skupinah je visoko zastopana tudi pomembnost aktivnosti pri delu, zanesljivost, odgovornost in pravičnost. Primerna stopnja izobrazbe je pri kliničnih mentorjih na visokem četrtem mestu, medtem ko je ta lastnost pri študentih na predzadnjem mestu.

Tabela 10: Razlike v razvrstitvi osebnostnih lastnosti kliničnih mentorjev med študenti in kliničnimi mentorji

Lastnosti so razvrščene od najbolj pomembne do najmanj pomembne	
Mentorji	Študenti
Strokovnost	Sposobnost komunikacije
Sposobnost komunikacije	Strokovnost
Odgovornost	Prijaznost
Primerna stopnja izobrazbe	Aktivnost pri delu
Aktivnost pri delu	Pravičnost
Zanesljivost	Zanesljivost
Pravičnost	Odgovornost
Dostopnost	Empatija
Odločnost	Skrb za etiko
Kolegialnost	Odločnost
Empatija	Dostopnost
Skrb za etiko	Kolegialnost
Prijaznost	Primerna stopnja izobrazbe
Ustvarjalnost	Ustvarjalnost

Tabela 11: Ali bi bili, ko se zaposlite, tudi sami pripravljene postati mentor?

Navedeni odgovori	n
Da, zakaj?	
Prenos znanja na študente	10
Želim biti podoben tistim, ki to delo opravljajo odlično	4
Popravljal bi tisto, kar mi ni bilo všeč in tako postal boljši od naših mentorjev	3
Delo mentorja bi mi bilo v veselje	2
Ne, zakaj?	
Za pravo mentorstvo ni dovolj časa	5
Prevelika odgovornost in izčrpanost	2
Nisem primeren kandidat za mentorja	2
Mentorstvo ni zgolj delo s študenti	3

Tabela 11 prikazuje odprti tip vprašanj za študente, kjer je na vprašanje, če bi bili pripravljeni postati mentor s pritrdilnim odgovorom odgovorilo 19 študentov, v veliki večini (10) zaradi prenosa znanja na študente. 12 študentov pa si tega ne želi, saj naj v večini primerov (5) za to ne bi bilo dovolj časa, trije menijo, da mentorstvo ni samo delo s študenti, po dva pa menita, da nista primerna kandidata za mentorja in da mentorstvo predstavlja preveliko odgovornost in izčrpanost.

Tabela 12: Napišite vaše predloge in pripombe glede izvajanja klinične prakse

Navedeni odgovori	n
Preobremenjenost mentorjev	4
Preveč klinične prakse	9
Več časa za študente	5
Ni zanimanja s strani mentorja in preveč ukazovanja	3
Preveč dokumentacije	6
Študentje bi morali tudi sami pokazati interes	4

Tabela 12 prikazuje odprti tip vprašanj za študente, kjer je največja pripomba glede izvajanja klinične prakse preobremenjenost z delom klinične prakse, saj tako meni 9 od 31 študentov, ki so odgovorili na to vprašanje, 6 jih meni, da je preveč dokumentacije, 5 študentov meni, da bi morali mentorji nameniti več časa za študente, 4 študentje menijo, da so mentorji preobremenjeni, prav toliko jih meni, da bi morali študentje tudi sami pokazati interes. Trije študentje vidijo problem v nezanimanju mentorjev za študente in ukazovanju.

Tabela 13: Ali ste delo kliničnega mentorja pripravljeni opravljati tudi v bodoče?

Navedeni odgovori	n
Da, zakaj?	
Vloga mentorja mi predstavlja izziv in profesionalno rast	4
Znanje in izkušnje se prenesejo na študenta	6
Osebni in karierni razvoj	9
Me veseli in motivira	4
Novo znanje, ki ga prinesejo študentje	2

Tabela 13 prikazuje odprti tip vprašanj za klinične mentorje, kjer jih je na vprašanje, če bi delo kliničnega mentorja opravljali še naprej, s pritrdilnim odgovorom odgovorilo 25 (vsi, ki so na vprašanje odgovarjali), od tega največkrat (9) zaradi osebnega in kariernega razvoja, najmanjkrat (2) pa zaradi novega znanja, ki ga prinesejo študentje. Šest kliničnih mentorjev bi to delo še v bodoče opravljalo zaradi znanja in izkušenj, ki jih prenesejo na študente, štirje pa zaradi izziva, ki ga to delo omogoča za profesionalno rast, prav toliko pa bi jih to počelo še v bodoče zaradi veselja in motivacije.

Tabela 14: Vaši predlogi in pripombe glede izvajanja mentorskega dela

Navedeni odgovori	n
Preobremenjenost z rednim delom	11
Več časa za delo s študenti in preveč študentov na enega mentorja	8
Prezahtevni oddelki za študente 1. letnika	1
Nemotivirani in slabo pripravljene študentje	2
En študent na enega mentorja	3

Tabela 14 prikazuje odprti tip vprašanj za klinične mentorje, kjer je največ pripomb (11 od 25) na preobremenjenost z rednim delom, nekoliko manjši problem predstavlja premalo časa za študente in preveliko število študentov na mentorja, predlog, da bi vsak mentor imel le enega študenta, so predlagali trije klinični mentorji, dva pripisujeta problem nemotiviranosti študentov, en klinični mentor pa meni, da so oddelki prezahtevni za študente 1. letnika.

3.5 RAZPRAVA

S težavami na klinični praksi se srečujejo tako klinični mentorji kot študenti. Rezultati naše raziskave so pokazali, da klinični mentorji večinoma menijo, da nimajo podpore pri vodji. V današnjem času, ko je veliko govora o tem, kako bi izboljšali potek in izvedbo klinične prakse, bi pričakovali večje razumevanje in sodelovanje vodij. Možnost je, da klinični mentorji pomanjkanje podpore vodij pripisujejo temu, da jih

delno ne razbremenijo del in nalog na oddelku. Drugi najpogostejši težavi, s katerima se srečujejo klinični mentorji, sta pomanjkanje časa za delo s študenti in preobremenjenost. Lorber in Donik (2009) ugotavljata, da kljub pozitivnim izkušnjam kliničnih mentorjev z mentorstvom v ospredje velikokrat prihajajo omejitve v smislu pomanjkanja časa in preobremenjenosti z delom. Trditev, da študenti nimajo motivacije za delo, je pokazala statistično pomembno značilnost. Večje strinjanje so izrazili klinični mentorji s krajšo delovno dobo. To lahko kaže na to, da starejši klinični mentorji tudi sami znajo motivirati študente za delo, saj imajo več delovnih izkušenj in potrpljenja in jim to ne predstavlja težave. Študenti kot največjo težavo na klinični praksi navajajo, da jih klinični mentorji premalo vključujejo v njihovo delo. To je tudi trditev, ki je pokazala statistično pomembno značilnost. Redni študenti so s to trditvijo izrazili večje strinjanje. Sklepamo lahko, da se izredni študenti lažje vključujejo v delo tudi sami, saj imajo že tudi nekaj svojih delovnih izkušenj. Študentom na klinični praksi težavo predstavlja tudi občutek, da jim klinični mentorji in ostalo osebje premalo zaupajo. Neopredeljeni pa so ostali pri trditvah, da je na klinični praksi preveč študentov naenkrat in da imajo klinični mentorji previsoka pričakovanja glede njihovih sposobnosti. Klinični mentorji se morajo zavedati, da študenti pridejo na klinično prakso zato, da se učijo, naučijo in pridobijo potrebne kompetence, ki so potrebne za izvajanje zdravstvene nege. Robida (2013) pravi, da zdravstveno osebje, ki usposablja študente zdravstvenih strok, mora skrbeti za nenehen lasten strokovni razvoj in prenašati svoje znanje, izkušnje ter veščine na študente. Prav to v svoji raziskavi ugotavljata tudi Elcigyl in Sari (2008) in navajata, da študenti od mentorjev pričakujejo, da jim bodo svetovali, jih vodili, informirali in jim pojasnili vse o klinični praksi na področju zdravstvene nege.

Razveseljivo pa je mnenje kliničnih mentorjev, da jim mentorstvo pomaga pri profesionalni in osebni rasti. Tudi Lorber in Donik (2009) v svoji raziskavi ugotavljata, da je spodbuden rezultat, da klinični mentorji mentorsko delo sprejemajo kot izziv in priznanje, da so »dobri«. Največjo motivacijo za svoje delo klinični mentorji najdejo v tem, da svoje znanje in izkušnje čim bolj uspešno prenesejo na študente, in v zadovoljnih študentih. Prav zadovoljni študenti so potrditev, da so svoje delo dobro opravili. Ti rezultati kažejo na to, da imajo klinični mentorji pozitiven odnos do izobraževanja, kajti brez dodatnega izobraževanja tudi dobrega in uspešnega mentorstva ne more biti. Da je izobraževanje kliničnih mentorjev pomembno, potrjuje tudi

Kobentar (2007), ki v svojem delu navaja, da bi pri delu mentorjev v bodoče morali razmišljati o njihovem kontinuiranem izobraževanju za posredovanje praktičnih izkušenj in jih delno razbremeniti neposrednega dela na oddelku.

Študenti od dobrega kliničnega mentorja v veliki meri pričakujejo spoštljiv odnos in sposobnost pohvale. Pri tem se nam postavlja vprašanje, ali so študenti na klinični praksi deležni le tega v tako visokem odstotku kot si to želijo. Ugotovitve na podlagi naše raziskave pokažejo, da je pri odnosu mentor – študent pomembna tudi neverbalna komunikacija, ki je pokazala statistično pomembno značilnost. S to trditvijo so se bolj strinjali redni kot izredni študenti, kar je presenetljiv rezultat. Izredni študenti imajo večinoma že delovne izkušnje, so starejši in bi pričakovali obraten rezultat. Domnevamo, da na svojih delovnih mestih ob obilici dela neverbalni komunikaciji ne posvečajo toliko pozornosti. Tudi pri kliničnih mentorjih in študentih smo v odnosu do komunikacije s t-testom dokazali statistično pomembno značilnost. Pri trditvi, da je odnos mentor – študent lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo, so večje strinjanje izrazili klinični mentorji kot študenti. Na raziskovalno vprašanje, kako pomembna je komunikacija v odnosu mentor – študent, lahko odgovorimo, da je komunikacija med kliničnimi mentorji in študenti izredno pomembna in ji tako klinični mentorji kot študenti pripisujejo velik pomen. Vemo, da brez dobrega komunikacijskega odnosa delo na klinični praksi ne more biti učinkovito in sproščeno. Pomanjkanje komunikacije ali nepopolna komunikacija lahko ogrozi varno in kakovostno zdravstveno nego ob pacientu. Komunikacija je proces, s katerim se izmenjujejo informacije med posamezniki, oddelki ali ustanovami. Neuspešna komunikacija je bila osnovni vzrok za skoraj 66 odstotkov vseh sporočenih opozorilnih nevarnih dogodkov v letih 1995 do 2005, ki jih spremlja komisija Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations (2007; povz. po Robida, 2013, str. 132). Elcigyl in Sari (2008) ugotavljata, da so študenti kot najpomembnejši element tovrstnega sodelovanja navedli komunikacijske sposobnosti. Poudarili so pomembnost sočutnosti in sposobnosti postavljanja vprašanj brez kritiziranja študentov. Medosebni odnosi s študenti odražajo učiteljeve sposobnosti interakcije s študenti. Dobra komunikacija zahteva, da vsi zaupajo eden drugemu; zahteva, da si iskren, tolerant in da si sposoben razumeti čustva drugih. Močan odnos med mentorjem in študentom je osnovan na dobri komunikaciji, ki omogoča tako študentom kot mentorjem, da uživajo

pri učenju. Tudi Valenčič Zuljan in Kalin (2007; povz. po Lorber, Donik, 2009) ugotavljata, da je za mentorstvo bistvenega pomena kakovost medosebnega odnosa med mentorjem in študentom, kjer oba udeležena subjekta soustvarjata, vzpostavljata, usmerjata in vzdržujeta. Temelje dobrega medosebnega odnosa lahko označimo s spoštovanjem, poslušanjem drugega, sprejemanjem drugačnosti in zavedanjem medsebojne odvisnosti v procesu komunikacije.

Pri odnosu do ocenjevanja se je pokazalo, da študenti opazijo » nepravilno« oziroma nerealno ocenjevanje kliničnih mentorjev, hkrati pa tudi klinični mentorji priznavajo takšno ocenjevanje. Klinični mentorji v veliki večini priznavajo, da po končani klinični praksi ocenijo vse študente enako. Odgovor na ta rezultat nam lahko da naslednja trditev, kjer klinični mentorji priznavajo, da tudi slabše študente ocenijo dobro, predvsem zato, ker nočejo imeti slabe vesti oziroma občutka, da zaradi njih ne napredujejo. Trditev, da pri ocenjevanju upoštevajo trud in angažiranost za delo, je pokazala statistično pomembno značilnost. Večje strinjanje so izrazili klinični mentorji z delovno dobo manj kot 5 let in z delovno dobo od 11 do 15 let, manjše strinjanje pa klinični mentorji z delovno dobo od 5 do 10 let in od 16 do 20 let. Rezultat si lahko razlagamo s tem, da so mlajši klinični mentorji bolj ambiciozni in polni energije in to pričakujejo tudi od študentov. Študenti so ostali neopredeljeni pri trditvah, da klinični mentorji vse študente ocenijo enako in da je ocenjevanje po končani klinični praksi vedno realno in pravično, strinjajo pa se s trditvijo, da so slabši študenti ocenjeni boljše, kot se izkažejo. To so rezultati pokazali tudi pri kliničnih mentorjih. Da klinični mentor ocenjuje samo njihove sposobnosti pri opravljanju medicinsko tehničnih posegov, je trditev, ki je pokazala statistično pomembno značilnost. Redni študenti so izrazili večje strinjanje s trditvijo kot izredni študenti. Iz tega lahko sklepamo, da jim zaradi neizkušenosti primanjkuje ročnih spretnosti, kar je zanje lahko dodatna obremenitev in lahko imajo občutek, da klinični mentorji ocenjujejo samo te spretnosti. Elcylgil in Sari (2008) pravita, da so študenti poudarili, da jih ocenjevanje mora spodbujati k več učenju. Kritika je pomembna, saj jim daje motivacijo, hkrati pa kritika ne sme zmanjšati motivacije za učenje. Študenti menijo, da bi morali klinični mentorji kritike podajati že med klinično prakso in ne šele po zaključku, ter da bi morali podeljevati ocene na podlagi njihovega znanja in ne na podlagi njihovih osebnih lastnosti. Goppe (2008) navaja, da se na zdravstvene profesionalce, ki so prevzeli vlogo mentorjev, lahko

zanesemo, da bodo pacientom zagotovili varno in učinkovito zdravstveno nego. Biti zanesljiv pomeni, da znaš opravičiti rezultate izvedbe nekoga in da znaš voditi vlogo nekoga na vseh področjih, ki so dodatek k klinični praksi. To vključuje organizacijo zdravstvene nege in učinkovito komunikacijo, poučevanje in ocenjevanje študentov, kolegov in pacientov ter vpletenost v prakso, osnovano na podlagi dokazov ali na raziskavah. Kot neetično prakso označujemo, če zdravstveni izvajalec v vlogi mentorja ne zagotavlja učenja, kot je potrebno, ali študentom omogoči zaključek klinične prakse, kljub temu, da nima dovolj dokazov glede praktičnih kompetenc študenta ali drugače povedano, mentor spregleda zanesljivost študentov pri izvajanju zdravstvene nege.

V drugem sklopu anketnega vprašanja smo zastavili tudi rangirano vprašanje tako kliničnim mentorjem kot študentom o tem, katere osebnostne lastnosti se jim pri kliničnih mentorjih zdijo pomembne. Podali smo 15 osebnostnih lastnosti, od katerih so izbrali deset lastnosti, ki jih smatrajo kot najbolj pomembne, in jih označili od 1 do 10, pri čemer 1 pomeni najmanj pomembna in 10 najbolj pomembna. Oboji, tako študenti kot klinični mentorji, so na prvi dve mesti uvrstili strokovnost in sposobnost komunikacije. Klinični mentorji strokovnost postavljajo na prvo mesto, študenti pa najvišje ocenjujejo sposobnost komunikacije. Ti rezultati kažejo na to, da klinični mentorji in študenti vedo, kako pomembni sta strokovnost in komunikacija. Na tretje mesto so študenti uvrstili prijaznost, klinični mentorji pa so jo s svojimi odgovori ocenili slabše in je šele na predzadnjem mestu. Sklepamo lahko, da so študenti, ki pridejo v drugo okolje, pod pritiskom, se ne znajdejo, ne poznajo osebja niti pacientov in jim prijaznost in občutek sprejetja pomenita lažje vključevanje v delovni proces. Primerna stopnja izobrazbe je pri kliničnih mentorjih dosegla četrto mesto, medtem ko študenti več pozornosti posvečajo pravičnosti, empatiji in skrbi za etiko, primerna stopnja izobrazbe pa zaseda predzadnje mesto. Tudi v raziskavi Lorber in Donik (2009) ugotavljata, da so najpomembnejše osebne lastnosti za klinične mentorje strokovnost, primerna stopnja izobrazbe in komunikacijske sposobnosti.

V tretjem sklopu anketnega vprašalnika smo kliničnim mentorjem in študentom postavili tri odprta vprašanja, na katera so odgovarjali po svoji intuiciji. Zelo dober rezultat je bil dosežen pri vprašanju kliničnim mentorjem, ali so delo kliničnega mentorja pripravljene opravljati tudi v bodoče in zakaj. Nanj je pritrdilno odgovorilo

vseh 25 kliničnih mentorjev, ki so odgovarjali na vprašanje. To delo želijo opravljati tudi v bodoče zato, ker jim delo kliničnega mentorja omogoča osebni in karierni razvoj. Posledično lahko svoje znanje in izkušnje uspešno prenesejo na študente, vloga mentorja jim predstavlja tudi izziv in profesionalno rast. To delo jih veseli in motivira, dobrodošlo pa je tudi novo znanje, ki ga prinesejo študenti. Glede na rezultat lahko sklepamo, da se klinični mentorji zavedajo, da z dobrim delom in angažiranostjo pri študentih tudi sami pridobijo kakovostne in sposobne sodelavce. Pri študentih je na vprašanje, ali bi bili tudi sami pripravljene prevzeti mentorstvo, ko se zaposlijo, dve tretjini anketirancev odgovorilo, da bi bili to pripravljene storiti. Največkrat zato, da bi svoje znanje prenesli na študente in da bi bili podobni tistim, ki svoje delo opravljajo odlično. Nekaj je takih, ki bi radi popravili tisto, kar jim ni bilo všeč pri njihovih kliničnih mentorjih in bi bili radi boljši od njih. Ena tretjina anketirancev je na vprašanje odgovorila, da ne, in sicer zato, ker naj bi za pravo mentorstvo ne bilo dovolj časa ter, da to ni samo delo s študenti. Skrbi jih tudi prevelika odgovornost in izčrpanost. Študenti bi na klinični praksi potrebovali dobre klinične mentorje, ki bi se študentom maksimalno posvečali, hkrati pa se zavedajo, da so le ti v svoji dvojni vlogi preobremenjeni in svojega dela ne morejo opravljati tako, kot bi si želeli.

Zadnje vprašanje anketnega vprašalnika za klinične mentorje se je nanašalo na pripombe in predloge glede mentorskega dela, v vprašalniku za študente pa na pripombe in predloge glede na izvajanje klinične prakse. Klinični mentorji večinoma navajajo preobremenjenost z rednim delom. Želeli bi si več časa za delo s študenti in manj študentov na enega kliničnega mentorja. Študenti pa večinoma navajajo, da je klinična praksa preobsežna in da je preveč dokumentacije, ki jo morajo izpolnjevati. Tudi študenti vidijo preobremenjenost kliničnih mentorjev in si želijo, da bi imeli več časa za njih. Težave, s katerimi se srečujejo tako klinični mentorji kot študenti na klinični praksi, in ki so se pokazale pri trditvah, so vidne tudi pri odgovorih na zadnje vprašanje. Prav zato bi v bodoče morali nujno razmišljati v smeri, da se klinične mentorje v kliničnih okoljih v celoti ali vsaj delno razbremeni rednega dela. Mogoče bi jim bili ob drugačni organizaciji dela lahko v večjo pomoč tudi šolski mentorji. Tudi Kulaš in Skela Savič (2013) ugotavljata, da je veliko nezadovoljstvo kliničnih mentorjev zaznati zaradi preobremenjenosti na delovnem mestu. Velike delovne obremenitve, dolg delovnik in ostale težave vplivajo na strpnost in pripravljenost na delo s študenti.

Klinični mentorji se zavzemajo za boljše sodelovanje z mentorjem na visokošolskem zavodu. Zainteresirani so za izvedbo učnih delavnic, ki bi jih organizirali visokošolski zavodi z namenom, da se jih seznanijo s postopki, ki se študenti učijo v kabinetih. To bi pripomoglo k zmanjšanju razkoraka med teorijo in prakso.

Raziskava je potekala na manjšem vzorcu. Pričakovali smo boljši odziv kliničnih mentorjev pri sodelovanju v raziskavi in pri odgovarjanju na odprta vprašanja. Predlagamo, da se v prihodnosti izvede raziskava na večjem vzorcu in da se naredi primerjava o delu kliničnih mentorjev med zavodi. V naši raziskavi dokumentacija, ki jo študenti potrebujejo na klinični praksi, ni bila podrobno obravnavana, to pa bi lahko bila tudi tema nadaljnjih raziskav.

4 ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo prišli do zaključkov, ki kažejo na to, da klinični mentorji želijo svoje delo opravljati naprej, hkrati pa si želijo tudi določenih rešitev, ki bi pripomogle k bolj kakovostnemu in uspešnejšemu delu s študenti. Odprava določenih problemov pri kliničnih mentorjih bi posledično odpravila tudi marsikatero težavo, s katerimi se srečujejo študenti na klinični praksi. Menimo, da bi z boljšim sodelovanjem med kliničnimi in šolskimi mentorji odpravili marsikateri problem, ki se pojavlja na klinični praksi. Z odpravljanjem težav in problemov, ki se pojavljajo na klinični praksi, bi dosegli večje zadovoljstvo tako pri kliničnih mentorjih kot pri študentih. Vemo, da takrat, ko smo zadovoljni, dosegamo boljše delovne rezultate, prav tako pa imamo več energije za učenje. Delo kliničnih mentorjev je pomembno in odgovorno, saj so zadolženi za aktivno delo s študenti na klinični praksi. Vprašanje je, ali so vsi klinični mentorji dovolj usposobljeni za prenos znanja in veščin na študente? Pomembne so dobre osebne lastnosti kliničnih mentorjev, saj bi drugače svoje delo težko kakovostno in uspešno opravljali. Rangirano vprašanje je pokazalo, da tako študentje kot klinični mentorji od osebnih lastnosti na prvo mesto uvrščajo komunikativnost in strokovnost. Iz lastne prakse nam je znano, da pomanjkanje komunikacije ali nestrokovnost lahko ogrozi varno in kakovostno zdravstveno nego pacienta. Rezultati kažejo, da ocenjevanje ni vedno realno in pravično, kar lahko predstavlja problem, saj dobra ocena pomeni, da je študent kompetenten za opravljanje določenih nalog kljub temu, da tega še ni sposoben. V prihodnosti bi bilo potrebno izvesti raziskavo o tem, kako bi se razbremenilo klinične mentorje na delovnih mestih in bi s tem pridobili več časa za delo s študenti. Možno je tudi razmišljanje o bolj kontinuiranem izobraževanju za klinične mentorje. Zaključila bi s trditvijo iz uvoda, ki se je v pričujoči diplomski nalogi prav tako pokazala za rdečo nit. Dadge in Casey (2009) namreč ugotavljata, da je odgovornost mentorja spodbujati proces učenja in ocenjevati napredek in dosežke. Učinkovito mentorstvo omogoča študentom zdravstvene nege ojačenje njihove osebne in profesionalne podobe, s tem pa dopolnjujejo svoje znanje in sposobnosti, ki so potrebne za kompetentnega izvajalca zdravstvene nege.

5 LITERATURA

Ahčin L, Kastelic M, Bizjak A, Tavčar M, Bršar Z, Zupan A, et al. Doživljanje študentov na klinični praksi. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 17.–18. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2009: 421–9.

Allan HT, Smith PA, Lorentzon M. Leadership for learning: a literature study of leadership for learning in clinical practice. *J Nurs Manage.* 2008;16(5):545–55.

Brezovnik A, Mithans L, Mithans A, Robnik P, Železnik D. Odsev etike skrbi s poudarkom na zaupanju. In: Lahe M, Lovrenčič A, eds. Razvijanje medpoklicnega sodelovanja v času študija na področju zdravstvenih ved: zbornik predavanj z recenzijo, Maribor, 15. september 2011. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2011: 169–77.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Dadge J, Casey D. Supporting Mentors in Clinical Practice. *Paediatr Nurs.* 2009;21(10):35–7.

Elcigil A, Sari HY. Students' opinions about and expectations of effective nursing clinical mentors. *J Nurs Educ.* 2008;47(3):118–23.

Filej B. Poklicne aktivnosti in kompetence v zdravstveni negi ter spremljanje študenta zdravstvene nege pri pridobivanju kompetenc v kliničnem okolju. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. Kako izboljšati povezovanje teorije, raziskovanja in prakse na področju mentorstva v zdravstveni negi: zbornik predavanj, Jesenice, 15.–16. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009: 1–4.

Goppe N. Assessing student nurses' clinical skills: the ethical competence of mentors. *Int J Ther Rehabil.* 2008;15(9):401–7.

Harih M, Kegl B, Pajnkihar M. Vodnik za klinično prakso med študijem zdravstvene nege – pot do odličnosti. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, Skinder Savič K,

eds. Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana 9.-10. junija 2011. Ljubljana: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011: 239–50.

Hoyer S. Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo; 2005.

Klemenc D, Požun P, Buček Hajderević I. Regulacija vpisnih mest in kakovost izobraževanja v zdravstveni negi na visokošolski ravni v Sloveniji – vloga in mesto Zbornice- Zveze. In: Skela Savič B, ed. Izobraževanje in znanje v zdravstveni negi na vseh treh bolonjskih stopnjah: diferenciacija kompetenc in sposobnosti: konferenčni zbornik. Ljubljana, 13. marec 2012. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2012: 69–82.

Kobentar R. Spremljanje dela mentorjev – prispevek h kakovosti strokovne prakse. In: Filej B, Kersnič P, eds. Zdravstvena in babiška nega-kakovostna, učinkovita in varna: zbornik predavanj in posterjev; Ljubljana, 10.–11. Maj 2007. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007: 1–5

Kotnik M, Petrica L, Erjavšek Z. Vloga mentorja v zdravstveni negi na onkološkem inštitutu Ljubljana. *Obzor Zdr N.* 2010;44(4):239–44.

Kulaš F, Skela Savič B. Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zurc J, eds. Znanje in odgovornost za spremembe in razvoj v zdravstvu glede na rastoče potrebe po zdravstveni obravnavi: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 6.–7. junij 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2013: 301–8.

Lorber M, Donik B. Učenje v kliničnem okolju – pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. In: Majcen Dvoršak S, Kvas A, Kaučič B M, Železnik D, Klemenc D, eds. Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč: zbornik prispevkov z recenzijo [CD ROM], Ljubljana, 11.–13. maj 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009.

Mead D, Hopkins A, Wilson C. Views of Nurse Mentors About Their Role. *Nurs Manage (Lond)*. 2011;18(6):18–23.

Mihelič Zajec A, Ramšak Pajk J. Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzor Zdr N*. 2006;40(1):9–14.

Mihelič Zajec A. Za doseganje kompetenc je potrebno več kot le znanje. In: Bobnar A, ed. *Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo: zbornik predavanj*, Ljubljana, 2. december 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 9–11.

Može M. Pridobivanje nacionalnih poklicnih kvalifikacij na področju zdravstvene nege. *Obzor Zdr N*. 2005;39(1):39–45.

Nastić M, Plazar N, Trobec I. Razvoj izobraževanja medicinskih sester v Sloveniji ter njihov pomen za stroko in znanstveno dejavnost zdravstvene nege. In: Bobnar A, Vettorazzi R, eds. *Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo*, Ljubljana, 8. junij 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 220–31.

Pahor M. *Medicinske sestre in univerza*. Domžale: Izolit; 2006.

Prebil A, Mohar P, Drobne J. *Komunikacija v zdravstvu*. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

Ramšak Pajk J. Etični vidiki terapevtske komunikacije. In: Skela Savič B, Prebil A, Romih K, Pivač S, Skinder Savič K, eds. *Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege – poklicna etika in profesionalni razvoj: zbornik prispevkov*, Jesenice, 13.–15. september 2011. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 21–30.

Ramšak Pajk J. Pomen in vloga mentorstva in mentorja v procesu kliničnega usposabljanja. In: Skela Savič B, Kaučič BM, Filej B, eds. *Kako izboljšati povezovanje teorije, raziskovanja in prakse na področju mentorstva v zdravstveni negi: zbornik predavanj z recenzijo*, Jesenice, 15.–16. september 2009. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2009: 1–4.

Ramšak Pajk J. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzor Zdr N*. 2007;41(2-3):71–5.

Ramšak Pajk J. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. In: Skela Savič B, Lokar K, Kaučič BM, eds. Jaz in moja kariera: zbornik predavanj, Bled, 25. januar 2008. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2008: 53–60.

Robida A. Kompetence za varnost pacientov. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, eds. Sodobna zdravstvena nega ali Znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje: zbornik prispevkov, Ljubljana, 31. januar 2013. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2013: 126–133.

Seničar Z, Bojanc S. Ali je znanje v zdravstveni negi še vrednota? In: Berkopec M, ed. Vrednote v zdravstveni negi: konferenčni zbornik. Novo Mesto, 21.–22. januar 2010. Novo Mesto: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo Novo Mesto; 2010: 95–105.

Sharpies K, Kelly D, Elcock K. Supporting mentors in practice. Nurs Stand. 2007;21(39):44–7.

Skočir H, Karnjuš I, Rebec D, Trobec I. Praktična izvedba kliničnih vaj v okviru zdravstvene nege. In: Čemažar M, Plazar N, Trobec I, eds. Kongres zdravstvene nege: knjiga povzetkov, Portorož, oktober 2007. Izola: Visoka šola za zdravstvo; 2007:27.

Starc A, Ovijač D. Kompetence v študijskem programu prve stopnje zdravstvene nege. In: Bobnar A, ed. Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo – zbornik predavanj. Ljubljana, 2. december 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 91–8.

Triler A, Prebil A, Filej B. Asertivno komuniciranje v zdravstveni negi. In: Bobnar A, Vettorazzi R, eds. Partnerstvo, znanje in razvoj na zdravstvenem področju: zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 8. junij 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 31–8.

Trnavčević A. Kakovost v edukativnem-izobraževalnem procesu (audit kultura): [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.

Turenšek Mikačič M. Veščine tutorstva in coachinga pri tutorstvu. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2008.

Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.

Ulrich BT. Professional Communications: Publications and Presentations. Nephrol Nurs J. 2007;34(5):503–8.

Železnik D. Pomen kompetenc za učinkovito in varno zdravstveno nego. In: Bobnar A, ed. Kompetence medicinskih sester v povezavi s profesionalizacijo: zbornik predavanj, Ljubljana, 2. december 2010. Ljubljana: Zdravstvena fakulteta; 2010: 13–22.

VIRI:

Skinder Savič K, Mežik Veber M, Lokar K, Kaučič BM. Koncept celovitega spremljanja študenta na klinični praksi na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice, 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/Koncept_celovitega_spremljanja_studenta_na_klinicni_praksi_na_visoki_soli_za_zdravstveno_nego_jesenice.pdf (13. 2. 2013).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Anketni vprašalnik za klinične mentorje

Moje ime je Irena Šivic, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Vloga kliničnega mentorja pri delu s študenti zdravstvene nege na klinični praksi«, pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigitte Skele Savič in somentorice Sanele Pivač, pred. Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj časa in odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za vaše odgovore in sodelovanje se vam že vnaprej iskreno zahvaljujem.

Na vprašanja odgovarjate tako, da obkrožite ustrezen odgovor ali označite trditev od 1 do 5, ki vam ustreza, pri čemer 1 pomeni, da se popolnoma ne strinjate, 2 da se ne strinjate, 3 se niti ne strinjate, niti strinjate, 4 da se strinjate in 5 da se popolnoma strinjate.

1 SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Starost (obkrožite)

- a) Pod 20
- b) 21–30
- c) 31–40
- d) 41–50
- e) 51–60

2. Spol (obkrožite)

- a) Ženska
- b) Moški

3. Izobrazba

- a) Srednješolska
- b) Višješolska
- c) Visokošolska
- d) Univerzitetna

4. Delovna doba

- a) manj kot 5 let
- b) 6–10 let
- c) 11–15
- d) 16–20
- e) več kot 20

2 SKLOP – MNENJA IN STALIŠČA DO DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA IZVAJANJE MENTORSKEGA DELA

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

5. Kaj vam pomeni delo kliničnega mentorja?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Svoje znanje z veseljem delim naprej.	1	2	3	4	5
2	Mentorstvo mi predstavlja dodatno obremenitev.	1	2	3	4	5
3	Mentorstvo mi predstavlja dodatni izziv.	1	2	3	4	5
4	Delo kliničnega mentorja mi pomaga pri profesionalni rasti.	1	2	3	4	5
5	Delo kliničnega mentorja mi pomaga pri osebni rasti.	1	2	3	4	5

6. Kaj vas motivira za delo v vlogi mentorja?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Motivacija za delo mi je dodatno plačilo.	1	2	3	4	5
2	Svoje znanje in izkušnje uspešno prenesti na študente.	1	2	3	4	5
3	Zaradi mentorstva redno spremljam novosti in spremembe na področju zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
4	Podpora in sodelovanje celotnega tima me pri mentorstvu še dodatno motivira.	1	2	3	4	5
5	Motivacijo za nadaljevanje svojega dela mi dajejo zadovoljni študenti.	1	2	3	4	5

7. Kje se izobražujete za delo kliničnega mentorja?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Za dodatno izobraževanje poskrbim sam/a.	1	2	3	4	5
2	Izobraževanje organizira ustanova, kjer sem zaposlen/a.	1	2	3	4	5
3	Izobraževanje organizira visokošolski zavod, kjer sem mentor študentom.	1	2	3	4	5
4	Menim, da ne potrebujem dodatnega izobraževanja.	1	2	3	4	5
5	Pri izobraževanju za delo kliničnega mentorja mi pomagajo drugi klinični mentorji v ustanovi, kjer sem zaposlen/a.	1	2	3	4	5

8. Tako kot vsi ljudje so si tudi študenti med seboj različni, kako se začne in poteka delo z njimi?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Študentom se predstavim in jih seznanim z oddelkom.	1	2	3	4	5
2	Informiram se, koliko teoretičnega znanja imajo s področja, kjer bodo opravljali klinično prakso.	1	2	3	4	5
3	Vključujem jih v svoje delo.	1	2	3	4	5
4	Spodbujam jih pri prepoznavanju in reševanju problemov s področja zdravstvene nege.	1	2	3	4	5
5	Pri mojem delu me lahko le opazujejo, saj nimajo izkušenj.	1	2	3	4	5

9. Kako vpliva komunikacija na odnos mentor-študent?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Odnos mentor – študent je lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo.	1	2	3	4	5
3	Pri odnosu mentor – študent je pomembna tudi neverbalna komunikacija.	1	2	3	4	5
4	Odnos mentor – študent je odvisen samo od študentov.	1	2	3	4	5
5	Odnos mentor – študent je odvisen samo od mentorjev.	1	2	3	4	5

10. Študenti na klinični praksi imajo veliko dokumentacije, ki jo je potrebno izpolnjevati. Kje dobite informacije in navodila, vezana na izpolnjevanje dokumentacije študentov?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Informacije in navodila o izpolnjevanju dokumentacije na klinični praksi dobim od visokošolskih učiteljev na uvodnih sestankih.	1	2	3	4	5
2	Informacije in navodila mi posredujejo študenti.	1	2	3	4	5
3	Informacije in navodila so priložene dokumentaciji in jih pred začetkom izvajanja klinične prakse preberem.	1	2	3	4	5
4	Informacije in navodila si preberem na spletni strani visokošolskega zavoda.	1	2	3	4	5
5	Informacije in navodila mi posreduje vodja oddelka.	1	2	3	4	5

11. Vsakega študenta je po končani klinični praksi potrebno oceniti. Spodaj so našteje trditve, označite, kaj velja za vas:

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	S študentom se pogovorim o njegovi oceni.	1	2	3	4	5
2	Študente ocenim vse enako.	1	2	3	4	5
3	Pri ocenjevanju študentov na klinični praksi upoštevam kriterije za ocenjevanje študentov na klinični praksi.	1	2	3	4	5
4	Pri ocenjevanju upoštevam trud in angažiranost za delo.	1	2	3	4	5
5	Pri ocenjevanju gledam tudi na osebne lastnosti študenta.	1	2	3	4	5
6	Tudi slabše študente ocenim dobro, saj nočem imeti slabe vesti, da zaradi mene ne napredujejo.	1	2	3	4	5
7	Študente ocenim sam/a, saj potem sami lahko pogledajo, kako so bili ocenjeni.	1	2	3	4	5

12. S katerimi težavami se najpogosteje srečujete pri svojem delu?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Z mentorstvom sem preobremenjen/a.	1	2	3	4	5
2	Nimam podpore v zdravstvenem timu.	1	2	3	4	5
3	Študenti nimajo motivacije za delo.	1	2	3	4	5
4	Študenti pridejo nepripravljeni na klinično prakso.	1	2	3	4	5
5	Nimam podpore pri vodji.	1	2	3	4	5
6	Za delo s študenti imam premalo časa.	1	2	3	4	5
7	Pri svojem delu nimam težav.	1	2	3	4	5

13. Katere osebnostne vrednote se vam pri kliničnih mentorjih zdijo pomembne? Označite jih z ocenami 1–10, kjer 1 pomeni najmanj pomembne in 10 najbolj pomembne.

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prijaznost | <input type="checkbox"/> Primerna stopnja | <input type="checkbox"/> Aktivnost pri delu |
| <input type="checkbox"/> Strokovnost | <input type="checkbox"/> izobrazbe | <input type="checkbox"/> Kolegialnost |
| <input type="checkbox"/> Empatija | <input type="checkbox"/> Komunikacijske | <input type="checkbox"/> Ustvarjalnost |
| <input type="checkbox"/> Dostopnost | <input type="checkbox"/> sposobnosti | <input type="checkbox"/> Poštenost |
| <input type="checkbox"/> Pravičnost | <input type="checkbox"/> Zanesljivost | <input type="checkbox"/> Odločnost |
| | <input type="checkbox"/> Odgovornost | <input type="checkbox"/> Skrb za etiko |

3 SKLOP – ODPRTA VPRAŠANJA

14. Kako vi vidite primernost vaše učne baze glede na število študentov, ki so naenkrat na klinični praksi?

15. Ali ste delo kliničnega mentorja pripravljeni opravljati tudi v bodoče?

- a) Da
Zakaj?

- b) Ne
Zakaj?

16. Vaši predlogi in pripombe glede izvajanja mentorskega dela!

Anketni vprašalnik za študente

Moje ime je Irena Šivic, sem absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. Pripravljam diplomsko delo z naslovom »Vloga kliničnega mentorja pri delu s študenti zdravstvene nege na klinični praksi«, pod mentorstvom izr. prof. dr. Brigite Skele Savič in somentorice Sanele Pivač, pred. Vljudno vas prosim, da si vzamete nekaj časa in odgovorite na vprašanja. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno za namene diplomskega dela. Za vaše odgovore in sodelovanje se vam že vnaprej iskreno zahvaljujem.

Na vprašanja odgovarjate, tako, da obkrožite ustrezen odgovor ali označite trditev z oceno 1–5, ki vam ustreza, pri čemer 1 pomeni, da se popolnoma ne strinjate, 2 da se ne strinjate, 3 se niti ne strinjate, niti strinjate, 4 da se strinjate in 5 da se popolnoma strinjate.

1. SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Starost (obkrožite)

- a) Do 20
- b) 21–30
- c) 31–40
- d) Nad 40

2. Spol

- a) Ženski
- b) Moški

3. Način študija

- a) Redni
- b) Izredni

4. Letnik študija

- a) Tretji
- b) Absolventi

2. SKLOP – MNENJA IN STALIŠČA DO DEJAVNIKOV, KI VPLIVAJO NA IZVAJANJE KLINIČNE PRAKSE

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

5. Kako poteka uvodna predstavitev pred pričetkom klinične prakse?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
1	Klinični mentor predstavi osnovne podatke o učni bazi.	1	2	3	4	5
2	Klinični mentor se predstavi.	1	2	3	4	5
3	Predstavi me negovalnemu in zdravstvenemu timu.	1	2	3	4	5
4	Seznani me z vključevanjem v delo negovalnega in zdravstvenega tima.	1	2	3	4	5
5	Predstavi mi oddelek.	1	2	3	4	5
6	Seznani me z negovalnimi pripomočki in drugimi materiali, ki jih študenti uporabljamo pri svojem delu.	1	2	3	4	5

6. Klinična praksa poteka na različnih področjih. Kako se pripravite nanjo?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
1	Pred pričetkom klinične prakse si pripravim vso potrebno dokumentacijo.	1	2	3	4	5
2	Menim, da prenesem zadosti teoretičnega znanja v klinično okolje.	1	2	3	4	5
3	Pred pričetkom klinične prakse še enkrat pogledam področje, na katerem bo potekala praksa .	1	2	3	4	5
4	Šolski mentorji nam pred pričetkom klinične prakse podajo zadosti informacij in navodil o poteku klinične prakse.	1	2	3	4	5
5	Pred pričetkom klinične prakse imamo v organizaciji, kjer poteka klinična praksa, uvodni seminar, kjer nas vodstveni delavci/mentorji seznanijo s potekom dela.	1	2	3	4	5

7. Kaj pričakujete od dobrega mentorja?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam / niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Od mentorja pričakujem, da me skozi klinično prakso vodi in usmerja.	1	2	3	4	5
2	Od mentorja pričakujem, da dopusti kritično razmišljanje.	1	2	3	4	5
3	Mentor naj bo strog.	1	2	3	4	5
4	Od mentorja pričakujem, da me seznanj z novostmi.	1	2	3	4	5
5	Mentor naj bi študentu pomagal pri iskanju informacij in literature.	1	2	3	4	5
6	Mentor mi pomaga, da teoretično znanje prenesem v prakso.	1	2	3	4	5
7	Mentor mi daje priložnosti za učenje.	1	2	3	4	5
8	Mentor je vzor in zgled študentom.	1	2	3	4	5
9	Dober mentor je sposoben dati pohvalo.	1	2	3	4	5
10	Od mentorja pričakujem spoštljiv odnos.	1	2	3	4	5
11	Mentor naj bi študenta spodbujal pri učenju intervencij zdravstvene nege.	1	2	3	4	5

8. Kako komunikacija vpliva na odnos mentor – študent?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Odnos mentor – študent je lahko vzpostavljen samo z dobro komunikacijo.	1	2	3	4	5
3	Pri odnosu mentor – študent je pomembna tudi neverbalna komunikacija.	1	2	3	4	5
4	Odnos mentor – študent je odvisen samo od študentov.	1	2	3	4	5
5	Odnos mentor – študent je odvisen samo od mentorjev.	1	2	3	4	5

9. Na klinični praksi je potrebno imeti in izpolniti veliko dokumentacije. Kako jo izpolnjujete?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Šolski mentorji nam dajo točna navodila o izpolnjevanju dokumentacije.	1	2	3	4	5
2	Mentorji so seznanjeni z našo dokumentacijo.	1	2	3	4	5
3	Ko naletimo na težave pri izpolnjevanju dokumentacije, se vedno lahko obrnemo po pomoč k šolskemu mentorju.	1	2	3	4	5
4	Ko naletimo na težave pri izpolnjevanju dokumentacije, se vedno lahko obrnemo po pomoč h kliničnemu mentorju.	1	2	3	4	5
5	Pri izpolnjevanju dokumentacije si študentje pomagamo med seboj.	1	2	3	4	5

10. Mentor vas na klinični praksi oceni. Kakšne izkušnje imate vi?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Pri ocenjevanju mentor upošteva kriterije za ocenjevanje na klinični praksi.	1	2	3	4	5
2	Mentor me oceni sam, za oceno izvem iz dokumentacije.	1	2	3	4	5
3	Mentor se z menoj pogovori in me oceni.	1	2	3	4	5
4	Mentor me ocenjuje glede na moje osebne lastnosti.	1	2	3	4	5
5	Mentor me ocenjuje glede na mojo angažiranost in trud.	1	2	3	4	5
6	Mentor ocenjuje samo moje sposobnosti pri opravljanju medicinsko tehničnih posegov.	1	2	3	4	5
7	Delno ocenjevanje poteka že med klinično prakso.	1	2	3	4	5
8	Mentorji vse študente ocenijo z enako oceno.	1	2	3	4	5
9	Ocenjevanje je vedno realno in pravično.	1	2	3	4	5
10	Menim, da so slabši študenti ocenjeni boljše, kot se izkažejo.	1	2	3	4	5
11	Menim, da so slabši študenti ocenjeni realno.	1	2	3	4	5

11. S kakšnimi težavami se soočate na klinični praksi?

Navedene trditve ocenite s 5-stopenjsko Likertovo lestvico stališč, kjer posamezne vrednosti pomenijo: 1 – se sploh ne strinjam; 2- se ne strinjam; 3 – niti se ne strinjam/niti se strinjam (neopredeljen); 4 – se strinjam; 5 – se zelo strinjam.

	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Klinični mentorji nas premalo vključujejo v svoje delo.	1	2	3	4	5
2	Klinični mentorji so preobremenjeni z delom.	1	2	3	4	5
3	Klinični mentorji in ostalo osebje nam premalo zaupajo.	1	2	3	4	5
4	Na klinični praksi je preveč študentov naenkrat.	1	2	3	4	5
5	Klinični mentorji imajo previsoka pričakovanja glede naših sposobnosti.	1	2	3	4	5

12. Katere osebnostne vrednote pri mentorjih so vam pomembne? Označite jih z ocenami 1–10, kjer 1 pomeni najmanj pomembne in 10 najbolj pomembne.

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prijaznost | <input type="checkbox"/> Primerna stopnja izobrazbe | <input type="checkbox"/> Aktivnost pri delu |
| <input type="checkbox"/> Strokovnost | <input type="checkbox"/> Komunikacijske sposobnosti | <input type="checkbox"/> Kolegialnost |
| <input type="checkbox"/> Empatija | <input type="checkbox"/> Zanesljivost | <input type="checkbox"/> Ustvarjalnost |
| <input type="checkbox"/> Dostopnost | <input type="checkbox"/> Odgovornost | <input type="checkbox"/> Poštenost |
| <input type="checkbox"/> Pravičnost | | <input type="checkbox"/> Odločnost |
| | | <input type="checkbox"/> Skrb za etiko |

3. SKLOP – ODPRTA VPRAŠANJA**13. Kako primerne se vam zdijo učne baze glede na število študentov, ki so naenkrat na klinični praksi?**

14. Ali bi bili , ko se zaposlite, tudi sami pripravljene biti mentor?

- a) Da
Zakaj?

b) Ne
Zakaj?

15. Napišite vaše predloge in pripombe o izvajanju klinične prakse!
