



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**KLINIČNO MENTORSTVO IN UČNE
METODE V KLINIČNEM USPOSABLJANJU
ŠTUDENTOV ZDRAVSTVENE NEGE**

**MENTORING AND METHODS OF WORK IN
CLINICAL TRAINING OF NURSING
STUDENTS**

Magistrsko delo

Mentorica: doc. dr. Irena Trobec
Kandidatka: Manca Pogačnik Žebovec

Ljubljana, julij, 2019

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici doc. dr. Ireni Trobec, viš. pred., za usmeritve in strokovno pomoč pri magistrskem delu. Zahvala tudi doc. dr. Radojki Kobentar, viš. pred. ter dr. Vesni Čuk, viš. pred., za recenzijo magistrskega dela.

Zahvaljujem se še Urški Antolin, dipl. trž. kom., družb. inf., za pomoč pri statistični obdelavi podatkov ter Jelici Žalig Grce, univ. dipl. nov., za lektoriranje magistrskega dela.

Največja HVALA pa moji družini, ki mi je stala ob strani in verjela vame do zadnjega.

Hvala vsem.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Učenje v kliničnem okolju naj bi potekalo pod nadzorom kliničnega mentorja. Klinično usposabljanje je način učenja, ki študentu omogoči svojstven način pridobivanja znanja in praktičnih izkušenj. Pri tem igra veliko vlogo usposobljenost kliničnega mentorja.

Cilj: Ugotoviti, v kolikšni meri klinični mentorji pri izvajanju kliničnega mentorstva uporabljajo učne metode pri delu s študenti v kliničnem okolju. Preučiti mnenje kliničnih mentorjev o vplivu učnih metod na proces kliničnega usposabljanja, smiselnosti načrtovanja in postavljanja ciljev ter izvedba končne samoevalvacije kliničnega mentorja.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno neeksperimentalno raziskovalno metodo. Podatke smo zbirali s pomočjo ankete. V namenski vzorec je bil vključen 201 klinični mentor iz šestih splošnih bolnišnic po Sloveniji ter štirih zdravstvenih domov iz Gorenjske. Podatke smo obdelali s pomočjo programa SPSS, verzija 20. Pridobljeni kvantitativni podatki so bili obdelani z bivariantno in multivariantno analizo. Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost.

Rezultati: Ugotovili smo, da klinični mentorji v povprečju na dan namenijo delu s študentom 3,43 ure, njihova povprečna samoocena znanja s področja didaktike je 3,4. Rezultati t-testa nam pokažejo, da se z večanjem časa za izvajanje kliničnega mentorstva večja tudi uporaba učne metode demonstracije ($p=0,049$), ter da samoocena znanja s področja didaktike kliničnih mentorjev vpliva na načrtovanje kliničnega usposabljanja ($p=0,037$). Regresijska analiza pokaže, da ima faktor »klinično usposabljanje« statistično pomemben vpliv na odvisno spremenljivko pogostost uporabe učnih metod ($\beta=0,199$; $p=0,007$). Klinični mentorji, ki dosegajo višji rezultat pri faktorju klinično usposabljanje, pogosteje uporabljajo testirane učne metode.

Razprava: Uporaba določenih učnih metod pri delu s študenti je povezana s časom, ki ga imajo klinični mentorji za izvajanje kliničnega mentorstva. Vključeni klinični mentorji se zavedajo pomanjkanja znanja iz didaktike ter učnih metod. Klinično usposabljanje je učinkovitejše, kadar klinični mentorji uporabljajo kombinacijo različnih učnih metod. Klinični mentorji morajo stremeti k temu, da znanje podajajo čim bolj učinkovito.

Ključne besede: klinično mentorstvo, klinično usposabljanje, klinični mentor, učne metode

SUMMARY

Introduction: Learning in the clinical environment should be performed under the supervision of a clinical mentor. Clinical training is a way of learning that enables students to gain knowledge and experiences in a unique way. In this respect, the qualification of a mentor plays a crucial role.

Aim: The aim of the diploma thesis was to establish to what extent clinical mentors employ teaching methods in their work with students in the clinical setting and to explore their opinions on the impact of teaching methods on clinical training, the relevance of planning and setting goals, and the final self-assessment of the clinical mentor.

Method: A quantitative, non-experimental research paradigm was employed. A survey was used to explore the described phenomenon. The purposive sample comprised 201 clinical mentors working across six different general hospitals in Slovenia and four community health centers from the Gorenjska region. The data were analyzed using the statistical package SPSS for Windows, version 20. Obtained quantitative data were analyzed with bivariate and multivariate analyses. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results: Our study results revealed that, on average, clinical mentors dedicate 3.43 hours a day to working with students, and that the result for their mean self-assessed teaching skills was 3.4. T-test results revealed that an increase of time spent being involved in clinical mentorship correlated positively with the use of the demonstration method ($p = 0.049$), and that the clinical mentors' self-assessed teaching skills had an impact on the planning of clinical training ($p = 0.037$). Regression analysis results showed that the factor 'clinical training' had a statistically significant impact on the dependent variable 'frequency of teaching methods used' ($\beta = 0.199$; $p = 0.007$). Clinical mentors who achieved a better result for the factor 'clinical training' employed the examined teaching methods more often.

Discussion: The use of certain teaching methods in working with students correlates with the amount of time that clinical mentors spend performing clinical training. The participating mentors are aware of their lack of teaching knowledge and knowledge of teaching methods. Clinical training is more effective when mentors employ a

combination of different teaching approaches. Clinical mentors must strive towards a more effective transmission of knowledge.

Key words: clinical mentorship, clinical training, clinical mentor, teaching methods

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 DIDAKTIKA.....	3
2.1.1 Učne metode	4
2.1.2 Didaktična načela	6
2.2 KLINIČNO MENTORSTVO	7
2.2.1 Klinični Mentor	8
2.3 KLINIČNO USPOSABLJANJE	11
3 EMPIRIČNI DEL	14
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	14
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	14
3.3 METODE RAZISKOVANJA	15
3.3.1 Dizajn raziskave	15
3.3.2 Instrument raziskave.....	16
3.3.3 Udeleženci raziskave	18
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	20
3.3.5 Obdelava podatkov	21
3.4 REZULTATI	22
3.5 RAZPRAVA.....	43
4 ZAKLJUČEK	52
5 LITERATURA	54
6 PRILOGE	61
6.1 INSTRUMENT	61

KAZALO SLIK

Slika 1: Vzorec anketirancev glede na spol.....	18
Slika 2: Vzorec anketirancev glede na stopnjo izobrazbe	19
Slika 3: Grafični prikaz pogostosti uporabe učnih metod pri kliničnem mentorstvu	35
Slika 4: Želja anketirancev po dodatnih izobraževanjih s področja didaktike	37

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih	17
Tabela 2: Vzorec anketirancev glede na področje dela	19
Tabela 3: Povprečne vrednosti socialno demografskih podatkov	20
Tabela 4: Okvirna samoocena znanja anketirancev s področja didaktike	20
Tabela 5: Klinično mentorstvo študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju	23
Tabela 6: Kaiser-Meyer-Olkin test in Bartlett test za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	24
Tabela 7: Stanje komunalitet za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	24
Tabela 8: Cronbach alfa za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo.....	25
Tabela 9: KMO in Bartlett test za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	25
Tabela 10: Stanje komunalitet za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo.	26
Tabela 11: Cronbach alfa za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	26
Tabela 12: Rezultati faktorjske analize za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	27
Tabela 13: Uporaba didaktike pri kliničnem mentorstvu	28
Tabela 14: KMO in Bartlett test za celotni nabor indikatorjev – didaktika	29
Tabela 15: Stanje komunalitet za celotni nabor indikatorjev – didaktika	30
Tabela 16: Cronbach alfa za celotni nabor indikatorjev – didaktika.....	31
Tabela 17: KMO in Bartlett test za reduciran nabor indikatorjev – didaktika	31
Tabela 18: Stanje komunalitet za reducirani nabor indikatorjev – didaktika.....	32
Tabela 19: Cronbach alfa za reduciran nabor indikatorjev - didaktika	32
Tabela 20: Skupni rezultati faktorjske analize – didaktika.....	33
Tabela 21: Pogostost uporabe učnih metod pri kliničnemu mentorstvu	34
Tabela 22: Rezultati faktorjske analize pogostost uporabe učnih metod pri kliničnem mentorstvu	35
Tabela 23: Uporaba podanih učnih metod glede na pogostost uporabe pri kliničnem mentorstvu	36
Tabela 24: Rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije za ugotavljanje povezave med uporabo učnih metod in časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom.....	38
Tabela 25: Rezultati t-testa za ugotavljanje razlik med časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom in pogostostjo uporabe učne metode	39
Tabela 26: Rezultati t-testa o samooceni znanja s področja didaktike ter načrtovanjem in postavitvijo ciljev kliničnega usposabljanja	40
Tabela 27: Rezultati t-testa o uporabi učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva	41

Tabela 28: Rezultati t-testa o samooceni znanja s področja didaktike ter končni samoevalvaciji kliničnega usposabljanja.....	41
Tabela 29: Regresijska analiza vpliva demografskih in vsebinskih spremenljivk na pogostost uporabe učnih metod	42

SEZNAM KRAJŠAV

RCN Royal College of Nursing
NMC Nursing & Midwifery Council

1 UVOD

Poznavanje didaktike je izjemnega pomena za učinkovito in kakovostno delovanje kliničnih mentorjev, saj olajša delo s študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju ter prav tako delo s pacienti. Med rednim izobraževanjem si diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki ne pridobijo dovolj znanja iz didaktike.

Klinično mentorstvo je vodenje in podpora, ki jo v različnih oblikah mladi osebi ali začetniku zagotavlja izkušena oseba (klinični mentor), ki prevzame vlogo vzornika, vodnika, tutorja, inštruktorja ali zaupnika (Muršak, 2012; Kaihlanen, et al., 2013). Je razmerje, ko strokovnjak (klinični mentor) pomaga drugemu (študentu) pri uspešnem razvoju njegove poklicne poti. Odnos se razvija skozi čas in je bistven za rast in razvoj študenta (Wood, 2018). Pomembno je, da klinični mentorji pri kliničnem mentorstvu uporabljajo osvojeno znanje didaktike. Že Komensky (1995) je daljnega leta didaktiko opredelil kot »navodilo za poučevanje«. Didaktika je izobraževalno področje, ki oblikuje učni proces in pomeni posredovanje ciljev, vsebin ter metod poučevanja, ki so pomembni dejavniki za učenje (Alves, et al., 2017). K doseganju učnih ciljev nas vodijo učne metode, ki so načrtovana ravnanja, katerih cilj je kakovost učnega procesa (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011).

Klinične mentorje in njihovo vlogo usmerja tudi VIII. načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije kjer piše, da medicinska sestra namenja »posebno skrb in pozornost študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom«. Tudi če zaposleni niso v formalni vlogi kliničnega mentorja, »z njimi delijo svoje znanje in profesionalne izkušnje, jih spodbujajo, so jim pomemben vzgled na njihovi profesionalni poti ter z njimi vzpostavljajo strpen strokovni dialog« (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

Glavni namen kliničnega usposabljanja je, da študenti pridobivajo znanje v resničnem okolju, in sicer zato, da se študenti seznanijo s svojim prihodnjim strokovnim delom, ter da svoje teoretično znanje podkrepijo še s kliničnimi izkušnjami. Učna ustanova, iz katere študenti prihajajo, in delovna organizacija, kjer bodo študenti opravljali klinično usposabljanje, sta se dolžni dogovoriti o učnem okolju, ki naj bi bilo čim bolj optimalno

za učinkovito in kakovostno učenje študentov. Učna ustanova za kakovostno klinično usposabljanje poskrbi s svojim učnim načrtom, urnikom in organizacijo razporejanja študentov na klinično usposabljanje, medtem ko delovna organizacija kakovost zagotovi, z načrtovanjem, jasno oblikovanimi cilji in evalvacijo kliničnega usposabljanja. Klinično usposabljanje poteka pod strokovnim vodstvom kliničnih mentorjev (Krek & Metljak, 2011). Naloga kliničnih mentorjev je, da zagotavljajo strokovno, varno in etično delo študentov. Zato študente spodbujajo in skrbijo, da je njihovo delo etično nesporno (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014).

Wooden & Yaeger (2012) opisujeta izjavo nekega očeta, ki je pogosto govoril: »Vse, kar veš, si se od nekoga naučil.« Vse na tem svetu se predaja. Vsak košček znanja je nekaj, kar je nekdo z nekom delil.

V magistrskem delu bomo preverjali uporabo učnih metod, ki jih klinični mentorji uporabljajo pri izvajanju kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege prve stopnje na kliničnem usposabljanju. Uporabo učnih metod bomo preverjali glede na čas, ki ga imajo klinični mentorji za izvajanje kliničnega mentorstva, število let izvajanja kliničnega mentorstva ter okvirno samooceno kliničnih mentorjev o znanju s področja didaktike. Ugotavljali bomo stališča anketirancev v namenskem vzorcu kliničnih mentorjev do kliničnega mentorstva, kliničnega usposabljanja ter uporabo didaktike, od načrtovanja in postavljanja ciljev kliničnega usposabljanja do končne samoevalvacije kliničnih mentorjev.

2 TEORETIČNI DEL

Izobraževanje je namenski, sistematičen, organiziran ter načrtovan proces, katere namen je spreminjanje osebnosti na kognitivnem in psihomotoričnem področju ter ima za rezultat izobrazbo (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011; ISCED, 1999 cited in Ermenc Skubic, 2014). Izobraževanje, kjer je bistveno pridobivanje praktičnih spretnosti študentov, ki so potrebne za opravljanje določenega dela, pa imenujemo usposabljanje (Muršak, 2012). Pouk, ki poteka v okviru izobraževanja, pa je raznoliko, večdimenzionalno vplivanje različnih subjektivnih, objektivnih, individualnih, socialnih in osebnih učnih situacij. Je »sintezni pojem« s tremi temeljnimi dejavnostmi, ki so vezane na delovanje kliničnih mentorjev in študentov: učenje, poučevanje in vzgajanje (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011, p. 18). Poučevanje, ki je dejavnost, vezana na klinične mentorje, pomeni posredovanje določene vsebine študentom v klinično pripravljeno okolje in je pomembno pri pridobivanju in usvajanju znanj študentov (Kramar, 2009; Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Dejavnikov, ki vplivajo na pridobivanje znanja študentov na kliničnem usposabljanju, je več, med pomembnejšimi dejavniki so spodbudno učno okolje ter metode in pristopi, ki so uporabljeni pri poučevanju. Žakelj (2012) navaja, da je pomemben dejavnik uspešnosti študentov tudi pristop kliničnih mentorjev do kliničnega usposabljanja.

2.1 DIDAKTIKA

Poznavanje oziroma znanje didaktike kliničnih mentorjev je osnova in podlaga za njihovo kvalitetno delo s študenti na kliničnem usposabljanju.

Didaktika je pedagoška znanstvena disciplina, ki obravnava vprašanja o izobraževanju, učenju in poučevanju z dveh ravni: na makroravni (učni načrti, cilji, zakonodaja) ter na mikroravni (učni proces) (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Muršak (2012, p. 23) didaktiko opisuje kot »disciplino vzgojno izobraževalnih ved«, ki proučuje splošne lastnosti »načrtovanja, uresničevanja in preverjanja ciljih, vsebinskih, metodičnih in organizacijskih vzgojno-izobraževalnih sestavin pouka ter izobraževanja zunaj pouka,

njihove strukture in procese, ki so v jedru skupni vsakršnemu formalnemu in neformalnemu izobraževanju, poučevanju in učenju».

Pridobivanje znanja, spretnosti, sposobnosti ter oblikovanje človekove osebnosti imenujemo učenje, posredovanje oziroma prenos učne vsebine študentom pa imenujemo poučevanje (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Da pa je poučevanje učinkovito, je treba povezovati učne cilje, vsebine, učne metode in način poučevanja, kar temelji na individualnosti študentov z upoštevanjem načel in postopkov načrtovanja ter vrednotenja učnega procesa. Pomembno je, da klinični mentorji uporabljajo učne metode, s katerimi vplivajo na miselne procese pri študentih in vzdržujejo učno motivacijo ter samostojnost študentov (Valentič Zuljan, 2012). Za poučevanje, ki je osredotočeno na študente, pristop in način poučevanja temeljita na primarni vlogi študentov, katerih cilj je izgradnja znanja, razumevanje ter uporaba usvojenega znanja. Naloga kliničnih mentorjev je, da poskrbijo za primerno učno okolje, poiščejo priložnosti za učenje ter študentom nudijo oporo pri učenju (Cvetek, 2019). Cvetek (2019, p. 15) navaja, da avtorji vse pogosteje pišejo o »premiku paradigme od poučevanja k učenju, kjer gre za proces spreminjanja osnovnih načel in predpostavk, na katerih se utemeljuje visokošolsko izobraževanje«. Gre za premik, pri katerem študenti sami nadzirajo učenje, odkrivajo in gradijo svoje znanje, pri katerem se ne izboljšuje kakovost poučevanja, ampak kakovost učenja (Cvetek, 2019).

V novejši literaturi se vse pogosteje uporabljata izraza poučevalna strategija in učna aktivnost. Poučevalna strategija je način (pristopi, metode, tehnike, postopki), ki ga uporabljajo klinični mentorji pri delu s študenti in vodijo k učenju. Učna aktivnost pa je način uresničevanja strategij. Kar delajo študenti, da dosežejo učni cilj (Cvetek, 2019).

2.1.1 Učne metode

Učne metode so način dela ter vidni del izobraževanja, ki nas vodijo k doseganju postavljenih ciljev ter so preverjeni načini učinkovite komunikacije med kliničnimi mentorji in študenti v učnem procesu (Ličen, 2009; Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Cvetek (2019, p. 33) učne metode označi kot »bolj praktični izraz in pomeni skupek strategij, tehnik ali postopkov, ki jih učitelji uporabljajo pri poučevanju».

Kubale (2018) učne metode opisuje kot pot ali načrtno delovanje pri uresničevanju vzgojno-izobraževalnega dela, ter da so to postopki v učnem procesu, ki omogočajo učinkovitejše usvajanje znanj, spretnosti in delovnih navad študentov ter njihov razvoj sposobnosti in interesov. Na izbiro učnih metod vplivajo objektivni dejavniki (cilji, vsebina, didaktično okolje in čas) ter subjektivni dejavniki (klinični mentorji in študenti) (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Fernandes s sodelavci (2018) dodaja, da so učne metode enako pomembne kot vsebina, ki jo je treba poučevati.

Razvrščanje učnih metod je različno, vendar imajo vse te razvrstitve veliko skupnega (Kubale, 2018). Ivanuš Grmek & Javornik Krečič (2011) sta učne metode razvrstili glede na vir informacij (verbalno-tekstualne, lustrativne-demonstracijske, laboratorijsko eksperimentiranje, metode izkustvenega učenja) glede na namen in funkcijo ter glede na prevladujoče procese. Kubale (2018) navaja naslednje učne metode: učna metoda razgovora, učna metoda razlage, učna metoda demonstracije ali prikazovanja, učna metoda pisnih in grafičnih del, učna metoda reševanja problemov ter učna metoda praktičnih del. Nekateri naši didaktiki so dodali še druge učne metode. Poljak dodaja učno metodo pisnih del ter delo s tekstom, Šilih učno metodo utrjevanje snovi ter Tomičeva učno metodo izkustvenega učenja (Kubale, 2018). Nekaj od teh učnih metod bomo opisali v nadaljevanju.

Učna metoda razlage je monološka metoda, pri kateri je komunikacija enosmerna (Hoyer, 2005; Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Učno metodo je potrebno prilagajati znanju študentov. Govor mora biti jasen, razločen ter povezan. Z dobro razlago klinični mentorji vzbujajo pozornost, spodbujajo aktivnost ter sprožijo miselne procese pri študentih. Pomanjkljivost učne metode razlage je pasivnost študentov (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011; Blažič, et al., 2003 cited in Banič, 2015). Razlaga ne sme biti samo predavanje, vendar tudi prikaz v kliničnem okolju. Potrebno je vključevanje študentov v pogovor, razpravo in sprotno evalvacijo (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2018).

Učna metoda demonstracije oz. prikazovanja se povezuje z načelom nazornosti in pomembno prispeva k razumevanju. Vloga kliničnih mentorjev je prikazovanje, vloga študentov pa opazovanje. Vrste demonstracije delimo na statično, dinamično in

psihomotorično učenje, kjer gre za učenje spretnosti in veščin in pomeni neposredno izvajanje tega, kar se študenti naučijo (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Učno metodo demonstracije uporabljamo zelo ciljno in prikazujemo samo tisto, kar je potrebno za doseg postavljenega cilja (Hoyer, 2005).

Učno metodo praktičnih del izberemo, ko imamo za cilj, da študenti neko nalogo znajo in si s tem pridobijo določene spretnosti. Učna metoda praktičnih del poteka v več fazah. V prvi fazi študente seznanimo s potekom dela ter jih motiviramo. V drugi fazi predstavimo diagnostično terapevtski postopek in ga tudi izvedemo. V tretji fazi študenti diagnostično terapevtski postopek ponovijo pod nadzorom kliničnih mentorjev. V četrti fazi pa poteka ponavljanje študentov, da čimbolj razvijejo določeno aktivnost. Druga in tretja faza učne metode praktičnih del sta blizu učni metodi demonstracije (Hoyer, 2005).

Učna metoda pogovora je dialoška metoda z dvosmerno komunikacijo. Učna metoda ima v učnem procesu svoje didaktično določeno mesto. Za uspešen potek pogovora je potrebno določeno znanje ter izkušnje študentov (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). Uporablja se za ugotavljanje že osvojenega znanja študentov. Prednost opisane učne metode je v individualnem pristopu k posamezniku. S pogovorom študente motiviramo, zato lahko dosežejo znanje, ki je bolj natančno in trdno (Hoyer, 2005).

Z učno metodo spodbujanja dosežemo usmerjenost študentov za doseganje postavljenih ciljev. Pomembna je za dvig samozaupanja študentov ter nasploh vzbuja pozitivna doživetja (Hoyer, 2005).

2.1.2 Didaktična načela

Slovar pojasnjuje didaktična načela kot smernice, vodila, izhodišča in osnovna pravila. Didaktična načela so spoznane lastnosti učnega procesa in izkušenj (Ivanuš Grmek & Javornik Krečič, 2011). So splošne, sistematične in dinamične norme, preko katerih so predvidene in organizirane dejavnosti učenja, poučevanja in vrednotenja v kliničnem okolju. Sistematika didaktičnih načel se oblikuje na način, v katerem medsebojno

vplivajo norme, zakoni in pravila, specifična za dejavnosti poučevanja, učenja, vrednotenja in tako zagotovijo učinkovitost in kakovost izobraževalnega procesa. Splošnost didaktičnih načel se nanaša na vse strukture in funkcionalne posebnosti izobraževalnega procesa. Zaradi fleksibilnosti lahko didaktična načela prilagajamo glede na učne situacije (Costel-Marius, 2010). V procesu izobraževanja je pomembna vloga vsakega načela posebej in vloga več načel skupaj. Klasifikacija didaktičnih načel je težavna in je od avtorja do avtorja različna. Ivanuš Grmek & Javornik Krečič (2011, p. 59) didaktična načela klasificirata z vidika »posameznih, z didaktiko povezanih interdisciplinarnih poudarkov«: psihološkem (aktivnost, nazornost, postopnost, prilagojenost), metodološkem (znanstvenost, sistematičnost, povezanost teorije s prakso), sociološkem (vzgojnost, aktualnost, racionalnost). Kubale (2018) navaja dvanajst didaktičnih načel: primernost kliničnega usposabljanja razvojni stopnji študentov; postopnost pri kliničnem usposabljanju; sistematičnost kliničnega usposabljanja; nazornost kliničnega usposabljanja; zavestna aktivnost študentov pri kliničnem usposabljanju; ekonomičnost in racionalnost pri kliničnem usposabljanju; sodobnost kliničnega usposabljanja; individualizacija kliničnega usposabljanja; povezovanje teorije s prakso; vedrost kliničnega usposabljanja ter trajnost znanja, spretnosti in navad. Costel-Marius (2010) opredeljuje didaktično načelo aktivne udeležbe študentov v kliničnem usposabljanju, v katerem je zelo pomembno, da so cilji jasno predstavljeni ter povezovanje pridobljenega znanja z novo pridobljenim znanjem. V didaktičnem načelu temeljitega pridobivanja znanja, spretnosti in sposobnosti pa opisuje, kako pomembno je, da študenti znanje pridobivajo postopoma ter da je pridobljeno znanje treba preverjati in študentom dati povratne informacije (Costel-Marius, 2010). Costel-Marius (2010) dodaja še didaktično načelo dostopnosti, kontinuitete ter intuicije.

2.2 KLINIČNO MENTORSTVO

Znanje in izkušnje, ki jih študenti pridobivajo v okviru kliničnega usposabljanja v realnem kliničnem okolju, so nujno potrebne za njihovo prihodnje odgovorno delo v zdravstveni negi, kjer prostora za napake ni.

Klinično mentorstvo je edinstven, dinamični, vzajemen in medosebni proces, v katerem se združujejo mentorjeve in študentove pretekle izkušnje ter znanja. Klinični mentorji študente usmerjajo z nasveti v katerem jih vodijo, vzgajajo, izobražujejo in svetujejo. Med kliničnim mentorjem in študentom se začne graditi občutek zaupanja in skrbstva drug za drugega, znotraj katerega pridobivata izkušnje tako klinični mentor kot študent (Kapustin & Stankiewicz Murphy, 2008; Govekar - Okoliš, et al., 2010; Galbraith & Cohen, 1995 cited in Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016; Govekar-Okoliš & Kranjčec, 2016). Istenič Starčič & Vonta (2010) navajata, da je klinično mentorstvo pomembno za profesionalni razvoj kliničnih mentorjev in učenja na delovnem mestu ter pomaga odkrivati kritične, samostojne in ustvarjalne študente in predstavlja pomoč pri njihovem razvoju in vključitvi v okolje. Posameznik v mentorskem odnosu gradi svojo osebnost, pridobi izkušnje in določena znanja, kar pomaga pri razvoju lastne identitete ter kariere. Za razvoj študentov je pomembno njihovo znanje, osebni razvoj in samouresničevanje (Holland, et al., 2010; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Da pa je klinično usposabljanje za študente čimbolj učinkovito je pomembno, da pa so poleg dobre motivacije študentov v kliničnem okolju tudi ustrezni klinični mentorji (Govekar - Okoliš, et al., 2010). Klinični mentorji morajo biti izbrani pravilno, se redno izobraževati in s tem razvijati veščine kliničnega mentorstva (Govekar - Okoliš, et al., 2010). Učne aktivnosti, ki jih izvajajo klinični mentorji, morajo biti vrednotene zaradi morebitne prilagoditve in ureditve učne dejavnosti. Predvideti je treba merila, na podlagi katerih lahko ocenimo in merimo kakovost izobraževanja (Costel-Marius, 2010).

2.2.1 Klinični Mentor

Izraz mentor v Sloveniji uporabljamo kot opis stopnje v kariernem razvoju strokovnega delavca oziroma za osebo, katera spodbuja, vodi in usmerja proces učenja pri študentih (Krek & Metljak, 2011; Muršak, 2012; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Skela Savič s sodelavci (2009) kliničnega mentorja imenujejo zaposleno osebo z ustrezno strokovno izobrazbo, ki ima najmanj tri leta delovnih izkušenj, licenco za opravljanje dela v zdravstveni negi in končano usposabljanje za klinične mentorje. Bennerjeva (2001 cited in Čuk, 2014) prav tako opisuje dve do tri leta delovnih izkušenj na

določenem strokovnem področju, ker se v tem obdobju razvijejo spretnosti in sposobnosti kliničnega mentorja za postavljanje ciljev in načrtovanje kliničnega usposabljanja. Kristl s soavtorji (2007 cited in Govekar – Okoliš & Kranjčec, 2016) pa dodaja, da je klinični mentor zaposleni, ki nima izobrazbe nižje od tiste, ki jo bo pridobil študent ob koncu šolanja ter ima delovne izkušnje na določenem strokovnem področju. Izjemoma pa je klinični mentor zaposleni z največ izkušnjami z zahtevnimi nalogami, vendar le v primeru, da nihče v delovni organizaciji ne izpolnjuje pogojev za kliničnega mentorja.

Klinični mentor je strokovni delavec, ki je odgovoren za izvedbo kliničnega usposabljanja (Muršak, 2012). Je tesen, izkušen in zaupanja vreden vodnik (Haggard, et al., 2011 cited in Jakubik, et al., 2016), ki z nasveti in navodili usmerja študente na kliničnem usposabljanju (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Ena izmed prednostnih nalog kliničnega mentorja je, da s študenti vzpostavi dobre delovne odnose (Beskine, 2009) ter da so študenti v kliničnem okolju sprejeti kot člani tima (Chachula, et al., 2015). Klinični mentor študentom pomaga pri prenosu teoretičnega znanja v klinično okolje (Royal College of Nursing (RCN), 2017), ter jim nudi pomoč pri zbiranju, razčlenjevanju in sintezi določenih informacij. Študente spodbuja in nadzira pri izvajanju diagnostično terapevtskih postopkov (Lorber & Donik, 2009). Ni dvoma, da je vloga kliničnega mentorja večplastna in kompleksna (Bray & Nettleton, 2007 cited in Rylance, et al., 2017). Imajo moč, da svetujejo in pospešujejo poklicni razvoj študentov (Holland, et al., 2010; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Znanje, sposobnost, izkušnje in sposobnost za uspešno izvajanje kliničnega usposabljanja so kompetence kliničnega mentorja. Klinični mentor nima le strokovnih znanj in izkušenj, motivacijskih in čustvenih sposobnosti ampak je tudi sposoben omenjeno uporabiti in uskladiti v določenih okoliščinah (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Študenti v kliničnem mentorju vidijo vzor, ki jim služi kot ogledalo za njihov strokovni razvoj (Kaihlainen, et al., 2013). Gray & Smith (2000 cited in Schupbach, 2012) sta opravila raziskavo, v kateri so študenti opisali pričakovanja od kliničnih mentorjev. Študenti pričakujejo, da je klinični mentor navdušen, potrpežljiv, dostopen, razumljiv, prilagaja tempo poučevanja za lažje napredovanje študentov, vključi študente v aktivnosti, ima smisel za humor, je profesionalen, organiziran, samozavesten, skrben, sposoben, dober komunikator, ima realna pričakovanja, zagotavlja redno povratno informacijo, se

resnično zanima za študenta, zagotavlja večjo neodvisnost študentov ter izkazuje zaupanje v sposobnosti študentov. Komunikacija med kliničnim mentorjem in študenti naj bo jasna, razumljiva, sprotna, direktna in naj tudi študentom omogoča izražanje lastnih mnenj in želja (Govekar - Okoliš, et al., 2010), kajti komunikacija z visoko stopnjo zaupanja je bistvena za uspešno klinično mentorstvo (Govekar - Okoliš, et al., 2010; Krause - Parello, et al., 2013).

Yonger s sodelavci (2002 cited in Schunpbach, 2012) ugotavlja, da se večina kliničnih mentorjev za svojo vlogo ne počuti pripravljeno, predvsem na področju poučevanja in ocenjevanja. Pravijo, da če izbira kliničnih mentorjev temelji izključno na razpoložljivosti in izobrazbi, ne pa na interesu oziroma sposobnosti, bo klinično usposabljanje ogroženo. Večina kliničnih mentorjev je izbranih na podlagi njihovih delovnih izkušenj z domnevo, da je posameznik dobro usposobljen in sposoben obvladovati dodatno odgovornost kot je izvajanje kliničnega mentorstva (Schunpbach, 2012). Chen s sodelavci (2016) navaja, da bi bilo potrebno vse klinične mentorje vključiti v usposabljanje za klinične mentorje ter jih redno ocenjevati, da se zagotovi visoka kakovost kliničnega usposabljanja ter da študenti pridobijo pozitivne izkušnje iz kliničnega okolja. Jasen opis kliničnega mentorstva je bistvenega pomena za učinkovitost izvajanja le tega. Enotno klinično mentorstvo omogoča razviti ustrezen program za izobraževanje kliničnih mentorjev (Jokelainen, et al., 2011).

Pri izvajanju kliničnega mentorstva se klinični mentorji velikokrat srečujejo s težavo, kako študentom na kliničnem usposabljanju posredovati svoje praktično znanje, saj imajo premalo pedagoško-andragoških izkušenj (Lorber & Donik, 2009). Govekar – Okoliš & Kranjčec (2018) dodajata, da k učinkovitemu učenju in delu študentov na kliničnem usposabljanju pomembno pripomorejo učne metode, o katerih naj bi vsi klinični mentorji imeli ustrezna znanja, kar s svojo raziskavo dokazuje tudi Eddins s sodelavci (2011). Izbor ustreznih učnih metod je ključnega pomena pri podpiranju študentov na kliničnem usposabljanju za premostitev vrzeli med teoretičnim in praktičnim znanjem (Pritchard & Gidman, 2012 cited in Al – Hamdan, et al., 2014). Katero učno metodo klinični mentorji izberejo, je zdaj prepuščeno vsakemu posamezniku (Lorber & Donik, 2009), pomembno je, da klinični mentorji učno metodo prilagodijo individualno glede na sposobnost, spretnost in samoiniciativnost študentov

(Govekar – Okoliš, et al., 2010; Borneuf, 2010 cited in Faydalı & Çayır, 2016). Shahram, et al. (2014) navaja, da so študenti na kliničnem usposabljanju deležni različnih načinov poučevanja in da izbrane učne metode, ki temeljijo na učnih stilih študentov, lahko spodbudijo učenje in povečajo uspeh kliničnega usposabljanja. Sodobni pristop učenja in poučevanja v kliničnem okolju je, da klinični mentorji študente aktivno vključijo k sodelovanju. S tem študentom klinični mentorji pomagajo pri ustvarjanju novega znanja, spodbujajo refleksijo, kritično razmišljanje ter samostojnost študentov pri izvajanju aktivnosti zdravstvene nege. Klinično usposabljanje, kjer so študenti aktivni, omogoča tudi razvoj možnosti za ustvarjanje spoštljivih medosebnih odnosov in etičnih vrednot stroke (Čuk, 2014; Cvetek, 2019). Oblika aktivnega izobraževanja vključuje zaporedne aktivnosti, pri katerih študenti pridobi znanje o določenem diagnostično-terapevtskem postopku, opazujejo kliničnega mentorja pri izvedbi diagnostično-terapevtskega postopka ter nato študenti opazovani postopek izvedejo sami. Po izvedbi diagnostično-terapevtskega postopka študenti prejmejo povratno informacijo o izvedeni aktivnosti (Silberman, 2006 cited in Boot, et al., 2011).

2.3 KLINIČNO USPOSABLJANJE

Klinično usposabljanje je način izobraževanja, ki poteka v kliničnem okolju in je namenjeno pridobivanju praktičnih spretnosti ter delovnih izkušenj (Muršak, 2012). Klinično usposabljanje poteka kakovostno, če je vnaprej načrtovano z določeno vsebino in predvidenimi cilji, ki jih študenti dosežejo med kliničnim usposabljanjem (Skela Savič, et al., 2009; Kermavnar & Govekar - Okoliš, 2016). Kakovostno izpeljavo kliničnega usposabljanja dosežemo z dobrim sodelovanjem med učno ustanovo in delovno organizacijo, kjer bodo študenti opravljali klinično usposabljanje. Klinični mentorji so s strani učne ustanove seznanjeni z načrtom kliničnega usposabljanja, kar vključuje cilje, vsebino kliničnega usposabljanja, kompetence ter predlagane učne metode (Bailey & Tuohy, 2009 cited in Helminen, et al., 2014; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Da pa bo kakovost kliničnega usposabljanja še višja, pa pripomore zadostno število kliničnih mentorjev v kliničnem okolju ter dokumentiranje poteka kliničnega usposabljanja in napredka znanj študentov (Skela Savič, et al., 2009).

Da pa lahko klinični mentorji ocenjujejo napredek študentov, so potrebni cilji, ki imajo pomembno vlogo (Kramar, 2009) in se določijo glede na učni načrt (Huybrecht, et al., 2011; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Izražajo tisto, kar želimo, da se študenti na kliničnem usposabljanju naučijo. Bolj so cilji natančno opredeljeni, bolj učinkovito lahko izvedemo klinično usposabljanje ter lažja je njihova evalvacija (Anderson, et al., 2016; Kubale, 2018). Kubale (2018) še dodaja, da imajo cilji smisel le, če so z njimi seznanjeni tudi študenti.

Klinični mentorji se na klinično mentorstvo pripravijo. Potrebno je, da naredijo načrt kliničnega usposabljanja, s tem oblikujejo cilje kliničnega usposabljanja ter načrtujejo učne metode, ki bodo uporabljene pri poučevanju študentov (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Pomembno je, da klinični mentorji klinično usposabljanje dobro načrtujejo. Na začetku se pogovorijo s študenti o njihovih sposobnostih ter ciljeh in jim razložijo stile poučevanja ter jasno opredelijo njihova pričakovanja (Burns, et al., 2006 cited in Schupbach, 2012; Krause – Parello, et al., 2013). Tudi klinični mentorji v raziskavi Govekar - Okoliš & Kranjčec (2018) na začetku kliničnega usposabljanja študente seznanijo z načinom dela in cilji kliničnega usposabljanja.

Klinični mentorji med kliničnim usposabljanjem ocenjujejo uspešnost študentov in jim dajejo povratne informacije o njihovem delu (Chachula, et al., 2015; Jyoti & Sharma, 2015; RCN, 2017). Dajanje in sprejemanje povratnih informacij, ki naj vsebujejo čim več informacij in pohval, koristijo tako kliničnim mentorjem kot tudi študentom. Kliničnim mentorjem povratne informacije dajejo dragoceno informacijo o njihovem poučevanju, na podlagi katerih lahko svoje poučevanje izboljšujejo (Donik & Lorber, 2009; Govekar - Okoliš, et al., 2010; Schupbach, 2012; Hill, 2007 cited in Bunyan & Lawson, 2013).

Glede na načrt kliničnega usposabljanja in postavljene cilje klinični mentorji izvajajo evalvacijo. Tekom kliničnega usposabljanja klinični mentorji izvajajo sprotne evalvacije, na podlagi katere prilagajajo potek kliničnega usposabljanja glede na postavljene cilje. Na koncu kliničnega usposabljanja sledi končna evalvacija, ki pomeni vrednotenje učinkovitosti kliničnega usposabljanja. Na podlagi končne evalvacije

klinični mentorji načrtujejo in izpeljejo naslednje klinično usposabljanje bolj kakovostno (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je ugotoviti mnenja in stališča kliničnih mentorjev do kliničnega mentorstva in kliničnega usposabljanja ter ugotoviti delo kliničnih mentorjev z vidika samoocene znanja s področja didaktike ter uporabo določenih učnih metod glede na čas, ki ga imajo klinični mentorji za delo s študenti ter število let izvajanja kliničnega mentorstva.

Cilji magistrskega dela:

C1: Primerjati uporabo različnih učnih metod glede na čas, ki ga imajo klinični mentorji za izvajanje kliničnega mentorstva ter število let izvajanja kliničnega mentorstva študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju.

C2: Ugotoviti, v kolikšni meri klinični mentorji uporabljajo učne metode demonstracije, razlaganja, praktičnih del, pogovora in spodbujanja pri delu s študenti zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju.

C3: Primerjati načrtovanje, postavitev ciljev in izvedbo končne samoevalvacije kliničnih mentorjev glede na samooceno znanja s področja didaktike.

C4: Ugotoviti mnenja in stališča kliničnih mentorjev o kliničnem mentorstvu na splošno ter z vidika didaktike, učnih metod ter poteka kliničnega usposabljanja.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1: Obstaja statistično značilna povezava med uporabo učnih metod demonstracije, razlaganja in spodbujanja ter časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu. Klinični mentorji, ki imajo več časa za izvajanje kliničnega mentorstva (več kot 3 ure), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učne metode demonstracije,

razlaganja ter spodbujanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo za klinično mentorstvo manj časa.

H2: Obstaja statistično pomembna razlika pri kliničnih mentorjih glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja s področja didaktike, načrtujejo ter postavijo cilje kliničnega usposabljanja, za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo.

H3: Obstaja statistično pomembna razlika med uporabo učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva. Klinični mentorji, ki dalj časa izvajajo klinično mentorstvo (več kot 5 let), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učno metodo praktičnih del, kot tisti klinični mentorji, ki klinično mentorstvo izvajajo krajši čas (do 5 let).

H4: Obstaja statistično pomembna razlika pri samoevalvaciji kliničnih mentorjev glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja s področja didaktike, pogosteje izvedejo končno samoevalvacijo kliničnega usposabljanja za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

3.3.1 Dizajn raziskave

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi dela. Teoretični del temelji na pregledu slovenske in tuje literature s pomočjo podatkovnih baz, empirični del magistrskega dela pa na kvantitativni raziskavi. Podatke za empirični del smo pridobili s strukturiranim vprašalnikom.

Za potrebe teoretičnega dela magistrskega dela smo pregledali literaturo s pomočjo podatkovnih baz COBISS, SPRINGERLINK in CINAHL. Za pregled tuje literature smo uporabili podatkovno bazo SPRINGERLINK in CINAHL z iskalnimi poizvedbami learning methods, clinical training, clinical mentor, clinical mentoring, nursing z

uporabo Boolovega operatorja AND v različnih kombinacijah z zahtevo po dostopnosti celotnega besedila, angleški jezik, razpoložljiv izvleček ter omejitev letnic med 2009 in 2019. Za pregled slovenske literature smo uporabili podatkovno bazo COBISS, kjer smo pregledovali literaturo s pomočjo izbirnega iskanja. Uporabili smo naslednje ključne besede: učne metode, klinični mentor, klinično mentorstvo, klinično usposabljanje in zdravstvena nega ter omejili letnice na zadnjih 10 let.

3.3.2 Instrument raziskave

Za izvedbo empiričnega dela kvantitativne raziskave je bila v ta namen oblikovana anketa na podlagi pregleda slovenske in tuje literature, pri čemer smo kot izhodišče vzeli spoznanja avtorjev podobnih raziskav. Osnova za vprašanja so članki avtorjev:

- Elcigil & Sari (2008), ki opisujeta pomembnost ocenjevanja kliničnega usposabljanja,
- Yildirim s soavtorji (2011), ki opisujejo pomembnost kritičnega razmišljanja ter sposobnost obravnave pridobljenega znanja,
- Porumb (2015), ki opisuje, da je bistveno razumevanje mentorskih pristopov kot sklop znanja, odnosa, vedenja in izkušenj,
- Amouzeshi1 s soavtorji (2015), ki so opravili raziskavo med študenti, razdeljenimi v dve skupini. V eni skupini so klinični mentorji uporabljali tradicionalne učne metode, v drugi skupini pa kombinirane učne metode,
- Sihrani Bidabadi s soavtorji (2016), ki opisujejo pomembnosti uporabe kombinacije več različnih učnih metod.

Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih vsebinskih sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o socialno demografskih značilnostih anketirancev ($n = 8$). Drugi sklop vprašalnika je vseboval trditve ($n = 11$), do katerih so klinični mentorji opredelili svoja stališča o kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. Tretji sklop vprašanj je prav tako vseboval trditve ($n = 20$), do katerih so klinični mentorji opredelili svoja stališča glede uporabe didaktike pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. Drugi in tretji sklop vprašalnika je bil sestavljen s pomočjo Likertove merske lestvice, kjer so klinični

mentorji označili stopnjo strinjanja za vsako od navedenih trditev. V vprašalniku je stopnja 1 pomenila, da se anketiranci z navedeno trditvijo nikakor ne strinjajo, stopnja 2, da se ne strinjajo, stopnja 3, da se niti ne strinjajo ali da se niti strinjajo, stopnja 4, da se strinjajo in stopnja 5, da se popolnoma strinjajo. V četrtem sklopu vprašalnika sta bili dve vprašanji na temo pogostosti uporabe učnih metod, od tega so se anketiranci pri prvem vprašanju o pogostosti uporabe napisanih učnih metod opredelili na lestvici od 1 do 4, pri kateri je stopnja 1 pomenila nikoli, stopnja 2 je pomenila enkrat na teden, stopnja 3 vsak drugi dan ter stopnja 4 vsak dan/večkrat na dan. Pri drugem vprašanju v četrtem sklopu vprašanj so anketiranci s številkami od 1 do 5 rangirali že podane učne metode, ki jih glede na pogostost uporabljajo pri kliničnem mentorstvu. Število 1 je pomenilo, da učno metodo uporabljajo najpogosteje ter število 5, da učno metodo uporabljajo redkeje. Sledilo je vprašanje odprtega tipa, kjer so anketiranci napisali na katerih področjih si želijo dodatnih izobraževanj za kakovostnejše izvajanje kliničnega mentorstva ter eno dihotomno vprašanje o želji po dodatnem izobraževanju s področja didaktike. Vprašalnik se je zaključil z odprtim vprašanjem kjer so anketiranci napisali predloge in pripombe, ki jih želijo dodati glede na obravnavano temo.

Zanesljivost instrumenta smo testirali po metodi koeficienta Cronbach alfa. Vprašalnik je zajemal tri sklope z Likertovo mersko lestvico, kjer smo za vsak sklop ločeno izračunali koeficient Cronbach alfa.

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika po sklopih

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Klinično mentorstvo	11	0,782
Didaktika	20	0,738
Učne metode	5	0,905

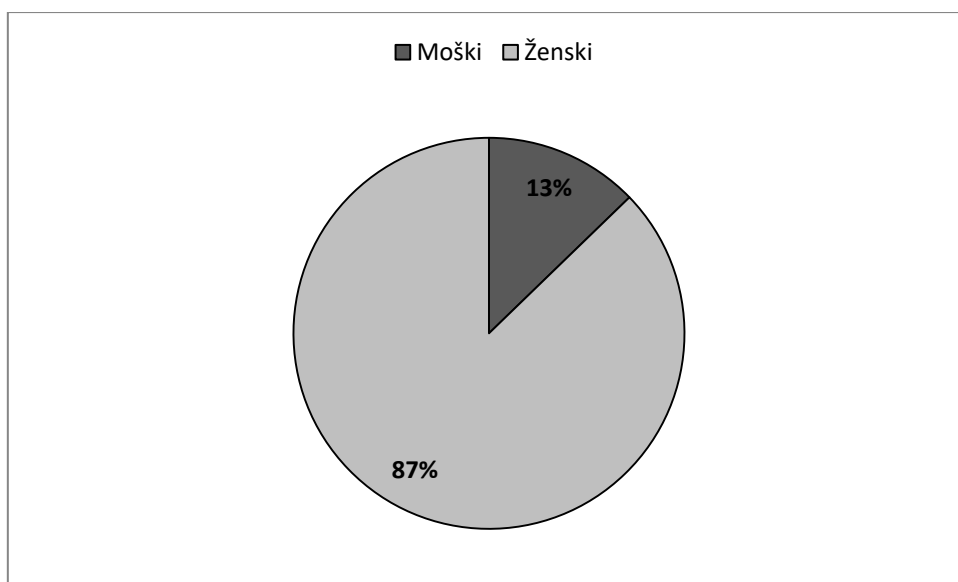
Rezultati v tabeli 1 prikazujejo, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh sklopih presegel vrednost 0,7, ki v strokovni literaturi predstavlja prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally & Bernstein, 1994).

3.3.3 Udeleženci raziskave

Za sodelovanje v raziskavi so se odločile Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Brežice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec in Splošna bolnišnica Trbovlje. Od zdravstvenih domov Gorenjske so se za sodelovanje v raziskavi odločili Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstveni dom Radovljica in Zdravstveni dom Kranj.

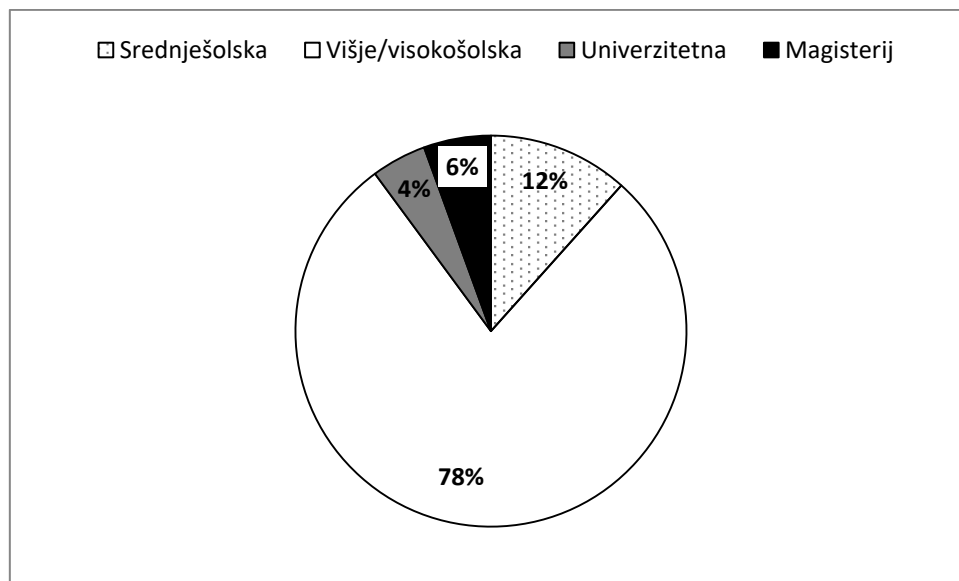
Poslane so bile 303 ankete, vrnjena pa je bila 201 anketa, kar predstavlja 66,33 % realizacijo vzorca.

Raziskavo smo izvedli na vzorcu kliničnih mentorjev, ki izvajajo klinično mentorstvo študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju.



Slika 1: Vzorec anketirancev glede na spol

Slika 1 v odstotkih prikazuje vzorec anketirancev glede na spol. Na sliki lahko vidimo, da je največji delež anketirancev ženskega spola (87 %).



Slika 2: Vzorec anketirancev glede na stopnjo izobrazbe

Slika 2 v odstotkih prikazuje vzorec anketirancev glede na stopnjo izobrazbe. S slike lahko razberemo, da ima največ anketirancev višje oziroma visokošolsko stopnjo izobrazbe (78 %), najmanj pa jih ima univerzitetno stopnjo izobrazbe (4 %).

Tabela 2: Vzorec anketirancev glede na področje dela

Delovno mesto	f	%
Patronažno varstvo	12	6,00
Negovalna enota/oddelek	118	59,00
Ambulantna dejavnost (primarna raven)	10	5,00
Ambulantna dejavnost (sekundarna raven)	15	7,50
Enota intenzivne terapije	34	17,00
Urgentna dejavnost	11	5,50

Legenda: f= frekvenca, %= odstotek

V tabeli 2 je prikaz vzorca anketirancev glede na področje dela. Iz tabele je razvidno, da je največji delež anketirancev zaposlenih v negovalni enoti/oddelku (59 %), najmanjši delež anketirancev pa v ambulantni dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva (5 %).

Tabela 3: Povprečne vrednosti socialno demografskih podatkov

	N	Min	Max	PV	SO
Starost	199	25	59	39,71	8,883
Delovna doba	201	1	38	17,82	9,609
Število let izvajanja kliničnega mentorstva	187	0	36	7,47	6,403
Koliko ur (povprečno) na dan, v času svojega delovnika, namenite delu s študenti?	190	0	8	3,43	2,003
Samoocena s področja didaktike	194	1	5	3,40	0,736

Legenda: N= število anketirancev, Min= minimalna vrednost, Max= maksimalna vrednost, PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon

Iz tabele 3, katera prikazuje povprečne vrednosti socialno demografskih podatkov, lahko razberemo, da je povprečna starost anketirancev 39,71 leta. Povprečna delovna doba je 17,82 leta. Anketiranci povprečno izvajajo klinično mentorstvo 7,47 leta. Povprečni čas, ki ga anketiranec nameni delu s študenti v svojem delavniku, je 3,43 ure. Povprečna samoocena znanja s področja didaktike anketirancev je 3,4.

Tabela 4: Okvirna samoocena znanja anketirancev s področja didaktike

	f	%
Ne znam	2	1,03
Slabo znam	12	6,19
Niti ne znam/niti znam	97	50,00
Dobro znam	72	37,11
Zelo dobro znam	11	5,67

Legenda: f= frekvenca, %= odstotek

V tabeli 4 je prikazana okvirna samoocena znanja anketirancev s področja didaktike. Iz tabele je razvidno, da je največji delež anketirancev svoje znanje iz didaktike ocenil niti ne znam/niti znam (50 %), najmanjši delež anketirancev pa je svoje znanje ocenil ne znam (1,03 %).

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Vodstvom ustanov vseh splošnih bolnišnic po Sloveniji (Celje, Izola, Brežice, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto, Jožeta Potrča Ptuj, Slovenj Gradec in Trbovlje) in gorenjskih zdravstvenih domov (Bled, Bohinj, Jesenice, Radovljica, Škofja

Loka, Tržič in Kranj) smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi z vso potrebno dokumentacijo za pridobitev soglasja za sodelovanje v raziskavi. Soglasje za izvedbo raziskave so potrdili v 10 ustanovah. Druge ustanove so sodelovanje zavrnilo. V ustanovah, ki so se odločile za sodelovanje v raziskavi, smo vodstvo prosili o številu kliničnih mentorjev študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. Glede na sporočeno število so bile poslane ankete.

V nobeni od sodelujočih ustanov ni bilo treba pridobiti dovoljenja etične komisije, ker se anketiranje ni izvajalo s pacienti, ampak z zaposlenimi v ustanovah.

Udeležba pri anketiranju je bila prostovoljna in anonimna. Na začetku vprašalnika in začetku vsakega sklopa vprašanj posebej so bila napisana navodila za izpolnjevanje vprašalnika. Anketiranje v ustanovah so izvedli njihovi zaposleni, ki so zadolženi za anketiranje. Anketiranje se je začelo novembra 2016 in končalo februarja 2017.

3.3.5 Obdelava podatkov

Podatke smo statistično analizirali s pomočjo SPSS programa, verzija 20.0 in programa MS Excel 2013.

Za statistično obdelavo podatkov smo uporabili opisno, bivariantno in multivariantno statistiko. Za prikaz socialno demografskih podatkov smo uporabili metodo opisne statistike: standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke. V nadaljevanju smo pri testiranju hipoteze 1 uporabili korelacijsko analizo za ugotavljanje povezanosti med pogostostjo uporabe učnih metod in časom, ki ga klinični mentor posveti kliničnemu mentorstvu oz. delu s študenti. Pri testiranju hipotez 1, 3 in 4 smo uporabili tudi t-test za dva neodvisna vzorca. V vseh teh primerih je bila odvisna spremenljivka ordinalnega tipa in nas je zanimala primerjava povprečne ocene glede na 2 skupini anketiranih. Za konstruktno validacijo merjenih pojavov smo uporabili izračune faktorske analize. S pomočjo faktorske analize smo iz nabora večjega števila trditev ocenjenih s 5-stopenjsko ocenjevalno lestvico ekstrahirali faktorje z metodo Maximum Likelihood (ML) ter jih shranili (v kot) nove spremenljivke, uporabljena metoda rotacije je bila Oblimin. Obe navedeni metodi sta dali najboljše rezultate.

Zanesljivost sestavljenih spremenljivk smo preverili z izračunom Cronbachovega alfa koeficienta, za katerega velja, da naj bi znašal vsaj 0,7, da lahko mersko lestvico označimo kot zanesljivo (Field, 2009). Za ugotavljanje vpliva neodvisnih spremenljivk na odvisno spremenljivko smo pri hipotezi 4 uporabili multiplo regresijsko analizo. Regresijo smo izvedli s pomočjo metode Stepwise, ki v regresijskem modelu izmed vseh vključenih ohrani le tiste neodvisne spremenljivke, ki značilno pojasnijo odvisno spremenljivko (Field, 2009). Vrednost $p < 0,05$ je določala statistično pomembnost. Rezultati so prikazani v obliki tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so prikazani rezultati raziskave, ki smo jo izvedli na namenskem vzorcu 201 anketiranega kliničnega mentorja iz 6 splošnih bolnišnic po Sloveniji ter 4 zdravstvenih domov Gorenjske, ki so podali soglasje za sodelovanje v raziskavi. Rezultati statistične analize podatkov so predstavljeni po posameznih sklopih.

Prvi sklop vprašanj je vseboval socialne in demografske značilnosti anketirancev, ki so razloženi v poglavju Udeleženci raziskave. V drugem sklopu vprašanj o kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju smo preverili 11 trditev, do katerih so se anketiranci opredelili po Likertovi merski lestvici, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Rezultati stališč anketirancev o kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju so prikazani v tabeli 5.

Tabela 5: Klinično mentorstvo študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju

Klinično mentorstvo	N	PV	SO
Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.	201	4,07	0,552
Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.	201	4,40	0,558
Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.	201	4,22	0,578
Študentu sem vzor in v podporo.	199	4,29	0,599
Vlogo kliničnega mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.	200	3,30	0,987
Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.	198	3,86	0,819
Vloga kliničnega mentorja mi predstavlja dodatno delovno obremenitev.	201	3,58	0,957
Za izvajanje kliničnega mentorstva imam dovolj časa.	201	2,59	0,856
Študentu na kliničnem usposabljanju ne zaupam dovolj, zato aktivnosti raje opravim sam/a.	201	2,46	0,734
Študentu na kliničnem usposabljanju zaupam.	200	3,51	0,618
Študentu na začetku kliničnega usposabljanja razložim, kaj pričakujem od njega.	201	3,97	0,744

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon

Iz tabele 5 je razvidno, da so vprašani največje strinjanje (PV=4,40; SO=0,558) izrazili pri trditvi Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju. Visoko strinjanje so anketiranci izrazili trditvi Študentu sem vzor in v podporo (PV=4,29; SO=0,599) ter Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela (PV=4,22; SO=0,578). Manjše strinjanje so vprašani izrazili pri trditvi Za izvajanje kliničnega mentorstva imam dovolj časa (PV=2,59; SO=0,856).

Z dejavniki, ki opredeljujejo klinično mentorstvo študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju, smo opravili dodatno faktorsko analizo, na podlagi katere bomo v nadaljevanju opravili dodatne analize. V prvi analizi smo v izhodišču upoštevali vseh 11 trditev, ki so se nanašale na odnos kliničnih mentorjev do kliničnega mentorstva. V začetnem koraku smo preverili primernost vzorca za faktorsko analizo. Povezanost med neodvisnimi spremenljivkami smo preverili z Bartlettovim testom in Kaiser-Meyer-Olkin testom (KMO). V našem primeru znaša vrednost KMO testa 0,685, kar pomeni, da je vzorec primeren za faktorsko analizo.

Tabela 6: Kaiser-Meyer-Olkin test in Bartlett test za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,685
Bartlettov test sferičnosti	B=361,876; df=55; p<0,05

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 6, kažejo, da je vrednost KMO testa 0,685, kar je ustrezno in lahko nadaljujemo z analizo. Pri Bartlettovem testu želimo, da je le-ta statistično značilen, kar se na naših podatkih potrди ($p < 0,05$).

Komunaliteto razumemo kot delež variance opazovanih spremenljivk, ki jo lahko pripišemo skupnemu faktorju oziroma celotni varianci. Spremenljivke z nizkimi komunalitetami postopoma izločamo iz nadaljnje analize, ker malo prinesejo skupnemu faktorju.

Tabela 7: Stanje komunalitet za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

	Initial	Extraction
M1 Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.*	0,224	0,241
M2 Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.	0,328	0,443
M3 Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.	0,359	0,574
M4 Študentu sem vzor in v podporo.	0,288	0,305
M5 Vlogo kliničnega mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.	0,381	0,343
M6 Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.	0,465	0,999
M7 Vloga kliničnega mentorja mi predstavlja dodatno delovno obremenitev.*	0,148	0,149
M8 Za izvajanje kliničnega mentorstva imam dovolj časa.*	0,162	0,999
M9 Študentu na kliničnem usposabljanju ne zaupam dovolj, zato aktivnosti raje opravi sam/a.*	0,184	0,651
M10 Študentu na kliničnem usposabljanju zaupam.*	0,186	0,223
M11 Študentu na začetku kliničnega usposabljanja razložim, kaj pričakujem od njega.*	0,105	0,123

Extraction Method: Maximum Likelihood. *Spremenljivke z zelo nizkimi komunalitetami, ki jih bomo iz faktorjske analize postopoma izločali.

Če bi vključili vse trditve o kliničnem mentorstvu v izračun nove skupne spremenljivke, bi bila zanesljivost tako dobljene lestvice prenizka (0,482), kar prikazuje spodnja tabela (tabela 8).

Tabela 8: Cronbach alfa za celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

	N	Koeficient Cronbach alfa
Celotni nabor indikatorjev – klinično mentorstvo	11	0,482

Legenda: N= število trditev

S faktorško analizo smo skušali pridobiti najbolj optimalno rešitev za sestavljanje novih skupnih spremenljivk, kar pomeni, da smo jo za posamezni sklop indikatorjev opravljali večkrat ter posamezne indikatorje z nizkimi komunalitetami in končnimi utežmi izločali dovolj dolgo, da smo dobili ustrezno rešitev.

V nadaljevanju predstavljamo rešitev, ki smo jo dobili v zadnjem koraku. Najprej smo preverili moč povezanosti med spremenljivkami s pomočjo testne statistike KMO in Bartlettovo statistiko.

Tabela 9: KMO in Bartlett test za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,643
Bartlettov test sferičnosti	B=245,354; df=15; p=0,000

Ker je vrednost statistike KMO nad 0,5 (0,643), vidimo, da so podatki primerni za uporabo izbrane metode. Poleg tega smo s pomočjo Bartlettovega testa preverili, ali je korelacijska matrika enotska, kar ni zaželeno. Izkaže se, da korelacijska matrika ni enotska (B=245,354; df=15; p=0,000), spremenljivke so med seboj dovolj povezane in podatki so ustrezni za nadaljnjo faktorško analizo.

V faktorško analizo smo vključili 11 trditev, nato smo postopoma izločili trditve z nizkimi vrednostmi komunalitet ter tako prišli do končne rešitve s 6 trditvami. Pri tej rešitvi so skoraj vse komunalitete po ekstrakciji ustrezno visoke ($\geq 0,3$).

Tabela 10: Stanje komunalitet za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

	Initial	Extraction
M1 Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.	0,178	0,218
M2 Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.	0,304	0,473
M3 Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.	0,328	0,513
M4 Študentu sem vzor in v podporo.	0,264	0,284
M5 Vlogo kliničnega mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.	0,366	0,331
M6 Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.	0,460	0,999

Legenda: Extraction Method: Maximum Likelihood.

Zaradi zagotavljanja višje zanesljivosti tako sestavljene lestvice bomo v analizi obdržali tudi spremenljivki z nižjimi vrednostmi komunalitet ter preverili končne vrednosti uteži (ali so te nad priporočeno mejno vrednostjo 0,3).

Tabela 11: Cronbach alfa za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

Koeficient Cronbach alfa	N
0,682	6
	Koeficient Cronbach alfa
M1 Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.	0,678
M2 Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.	0,649
M3 Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.	0,637
M4 Študentu sem vzor in v podporo.	0,627
M5 Vlogo kliničnega mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.	0,671
M6 Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.	0,573

Legenda: N= število trditev

Tabela 11 prikazuje stopnjo zanesljivosti konstruktov (Cronbach α) z manj spremenljivkami in se zanesljivost glede na prvotno opravljeno faktorsko analizo bistveno izboljša (za primerjavo glej tabela 8), hkrati vidimo tudi, da bi z nadaljnjim izločanjem indikatorjev dobili nižjo zanesljivost.

Rezultate faktorjske analize povzemamo v skupni končni tabeli. Skupni delež pojasnjene variance je dokaj velik in znaša 46,974 %, dobimo pa 2 faktorja, ki smo ju poimenovali vloga kliničnega mentorja in odnos do študenta.

Tabela 12: Rezultati faktorjske analize za reduciran nabor indikatorjev – klinično mentorstvo

		Faktor		% pojasnjene variance po rotaciji	Cronbach alfa
		1	2		
Vloga kliničnega mentorja	M6 Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.	0,998	0,351	28,004	0,681
	M5 Vlogo kliničnega mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.	0,575	0,212		
	M4 Študentu sem vzor in v podporo.	0,466	0,423		
Odnos do študenta	M3 Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.	0,320	0,715	18,970	0,647
	M2 Odnos klinični mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.	0,194	0,683		
	M1 Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.	0,209	0,466		

Metoda ekstrakcije: Maximum Likelihood, Metoda rotacije: Oblimin with Kaiser Normalization

V tabeli 12 vidimo, da s prvim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Vloga kliničnega mentorja« in v katerega so se uvrstile tri trditve, pojasnimo 28,004 % celotne variance. Najnižja vrednost uteži (0,466) je pri trditvi »Študentu sem vzor in v podporo«, najvišja vrednost uteži (0,998) pa pri trditvi »Vlogo kliničnega mentorja sprejemam kot izziv.«. Cronbach alfa za ta sklop znaša 0,681 in je ustrezno visok. Z drugim faktorjem »Odnos do študenta«, v katerega se prav tako uvrstijo tri trditve, pojasnimo 18,970 % celotne variance. Najnižja vrednost uteži (0,466) je pri trditvi »Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.«, najvišja vrednost uteži (0,715) pa je pri trditvi »Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.«. Cronbach alfa znaša 0,647 in je malenkost pod priporočeno še sprejemljivo mejo (0,7).

V tretjem sklopu vprašanj o uporabi didaktike pri kliničnem mentorstvu študentom zdravstvene nege smo zapisali 20 trditev, do katerih so se anketiranci opredelili po Likertovi merski lestvici, kjer je 1 pomenilo, nikakor se ne strinjam, 2 se ne strinjam, 3 niti se ne strinjam niti se strinjam, 4 se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Rezultati

stališč anketirancev o uporabi didaktike pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju so prikazani v tabeli 13.

Tabela 13: Uporaba didaktike pri kliničnem mentorstvu

Didaktika	N	PV	SO
Didaktika omogoča učinkovito osvajanje znanj in spretnosti študenta.	201	4,00	0,515
Pri kliničnem mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta.	201	3,88	0,579
Pri izvajanju kliničnega mentorstva uporabljam različne učne metode dela ne glede na znanje študenta.	201	3,51	0,843
Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstracije.	201	4,19	0,606
Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem.	200	2,93	0,945
Študentu ne dovolim, da bi delal sam brez nadzora.	201	3,84	0,869
Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom.	201	4,19	0,614
Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	200	3,16	0,899
Didaktična načela so mi vodilo za izvajanje kliničnega mentorstva.	201	3,49	0,756
Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode demonstracije in razlaganja.	201	3,72	0,907
Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode spodbujanja.	201	3,55	0,969
Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike.	201	2,90	0,878
Kot klinični mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja.	201	3,06	0,884
Pri kliničnem mentorstvu imam težave, kako posredovati študentu svoja praktična znanja.	200	2,55	0,912
Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim med kliničnim usposabljanjem doseči..	200	3,28	0,862
Pri kliničnem mentorstvu uporabljam individualno obliko dela.	199	3,96	0,623
Pri kliničnem mentorstvu uporabljam skupinsko obliko dela.	201	2,84	1,033
Kot klinični mentor študentu sprotno posredujem povratne informacije o uspešnosti učenja.	199	3,81	0,706
Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.	200	3,46	0,879
Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju.	201	4,09	0,711

Legenda: N= število anketirancev, PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon

V tabeli 13 vidimo, da so največje strinjanje vprašani izrazili pri trditvah Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstracije (PV=4,19; SO=0,606) ter Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom (PV=4,19; SO=0,614). Med tistimi z višjo stopnjo strinjanja so še trditve Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju (PV=4,09; SO=0,711), Didaktika omogoča učinkovito osvajanje znanj in spretnosti študenta (PV=4,00; SO=0,515) ter trditev Pri kliničnem mentorstvu uporabljam individualno obliko dela (PV=3,96; SO=0,623). Nizko stopnjo strinjanja so anketiranci opredelili pri trditvi Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike (PV=2,90; SO=0,878). Trditev z najmanjšo stopnjo strinjanja je Pri kliničnem mentorstvu imam težave, kako posredovati študentu svoja praktična znanja (PV=2,55; SO=0,912).

Tudi z dejavniki, s katerimi smo ugotavljali uporabo učnih metod pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju, smo opravili dodatno faktorsko analizo ter preverili, ali lahko množico ocenjevanih spremenljivk (trditev) združimo v manjše število latentnih spremenljivk. V začetnem koraku smo preverili, ali je lestvica primerna za faktorsko analizo. Povezanost med neodvisnimi spremenljivkami preverimo z Bartlettovim testom in Kaiser-Meyer-Olkin testom (KMO). V tabeli 14 vidimo, da je vrednost KMO= 0,740. Pri Bartlettovem testu želimo, da je le-ta statistično značilen, kar se na naših podatkih potrdi ($p < 0,05$).

Tabela 14: KMO in Bartlett test za celotni nabor indikatorjev – didaktika

KMO in Bartlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,740
Bartlettov test sferičnosti	B=1308,689; df=190; p=0,000

Komunaliteto razumemo kot delež variance opazovanih spremenljivk, ki jo lahko pripišemo skupnemu faktorju oziroma celotni varianci. Spremenljivke z nizkimi komunalitetami postopoma izločamo iz nadaljnje analize.

Tabela 15: Stanje komunalitet za celotni nabor indikatorjev – didaktika

	Initial	Extraction
D1 Didaktika omogoča učinkovito osvajanje znanj in spretnosti študenta.*	0,291	0,284
D2 Pri kliničnem mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta.	0,337	0,383
D3 Pri izvajanju kliničnega mentorstva uporabljam različne učne metode dela ne glede na znanje študenta.*	0,254	0,221
D4 Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstriranja.	0,365	0,347
D5 Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem.	0,527	0,679
D6 Študentu ne dovolim, da bi delal sam brez nadzora.	0,302	0,555
D7 Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom.	0,498	0,605
D8 Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	0,582	0,622
D9 Didaktična načela so mi vodilo za izvajanje kliničnega mentorstva.	0,541	0,748
D10 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode demonstriranja in razlaganja.	0,613	0,999
D11 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode spodbujanja.	0,595	0,573
D12 Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike.	0,626	0,599
D13 Kot klinični mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja.	0,655	0,999
D14 Pri kliničnem mentorstvu imam težave, kako posredovati študentu svoja praktična znanja.*	0,250	0,194
D15 Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim doseči tekom kliničnega usposabljanja.	0,511	0,568
D16 Pri kliničnem mentorstvu uporabljam individualno obliko dela.*	0,278	0,213
D17 Pri kliničnem mentorstvu uporabljam skupinsko obliko dela.*	0,265	0,178
D18 Kot klinični mentor sproti posredujem povratne informacije študentu o uspešnosti učenja.*	0,287	0,292
D19 Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.	0,360	0,299
D20 Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju.	0,477	0,717
D1 Didaktika omogoča učinkovito osvajanje znanj in spretnosti študenta.*	0,291	0,284

Extraction Method: Maximum Likelihood. *Spremenljivke z zelo nizkimi komunalitetami, ki jih bomo iz faktorске analize postopoma izločali.

Če bi vključili vse trditve o kliničnem mentorstvu v izračun nove skupne spremenljivke, bi bila zanesljivost tako dobljene lestvice dobra (0,738), kar prikazuje tabela 16.

Tabela 16: Cronbach alfa za celotni nabor indikatorjev – didaktika

	N	Koeficient Cronbach alfa
Celotni nabor indikatorjev – didaktika	20	0,738

Legenda: N= število trditev

Faktorsko analizo smo tudi za ta sklop indikatorjev opravljali večkrat ter posamezne indikatorje z nizkimi komunalitetami in končnimi utežmi izločali dovolj dolgo, da smo dobili ustrezno rešitev.

V nadaljevanju predstavljamo rešitev, ki smo jo dobili v zadnjem koraku. Ponovno smo najprej preverili moč povezanosti med spremenljivkami s pomočjo testne statistike KMO in Barlettovo statistiko.

Tabela 17: KMO in Bartlett test za reduciran nabor indikatorjev – didaktika

KMO in Barlettov test	
Kaiser -Meyer-Olkinov koeficient	0,758
Barlettov test sferičnosti	B=941,230; df=78; p=0,000

Ker je vrednost statistike KMO precej nad priporočeno mejo 0,5 in nekoliko presega tudi prvotno dobljeno rešitev (0,758), vidimo, da so podatki primerni za uporabo faktorske analize. Poleg tega smo s pomočjo Bartlettovega testa preverili, ali je korelacijska matrika enotska, kar ni zaželeno. Izkaže se, da korelacijska matrika ni enotska (B=941,230; df=78; p=0,000) in so podatki ustrezni za nadaljnjo faktorsko analizo.

Faktorsko analizo smo najprej izvedli z 20 trditvami, nato smo postopoma izločili trditve z nizkimi vrednostmi komunalitet in uteži ter tako prišli do končne rešitve z naborom trinajstih trditev. Pri tej rešitvi so vse komunalitete po ekstrakciji ustrezno visoke ($\geq 0,3$).

Tabela 18: Stanje komunalitet za reducirani nabor indikatorjev – didaktika

	Initial	Extraction
D2 Pri kliničnem mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta.	0,283	0,324
D4 Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstriranja.	0,271	0,411
D5 Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem.	0,514	0,662
D7 Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom.	0,306	0,470
D8 Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	0,556	0,629
D9 Didaktična načela so mi vodilo za izvajanje kliničnega mentorstva.	0,440	0,444
D10 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode demonstriranja in razlaganja.	0,585	0,999
D11 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode spodbujanja.	0,576	0,568
D12 Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike.	0,611	0,716
D13 Kot klinični mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja.	0,609	0,792
D15 Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim doseči tekom kliničnega usposabljanja.	0,497	0,563
D19 Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.	0,304	0,300
D20 Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju.	0,379	0,397

Vse komunalitete po ekstrakciji so ustrezno visoke (0,3 ali več), kar pomeni, da spremenljivke zadostno prispevajo k pojasnjevanju končnih faktorjev.

Tabela 19: Cronbach alfa za reducirani nabor indikatorjev - didaktika

	N	Koeficient Cronbach alfa
Reduciran nabor indikatorjev – didaktika	13	0,768

Legenda: N= število trditev

Stopnja zanesljivosti skupnega konstrukta (Cronbach α) z manj spremenljivkami se glede na prvotno opravljeno faktorsko analizo nekoliko izboljša, saj znaša 0,768, kar prikazuje tabela 19.

Rezultate končne faktorske analize povzemamo v skupni končni tabeli. Skupni delež pojasnjene variance je dokaj velik in znaša 55,963 %, dobimo pa 4 faktorje, ki smo jih

poimenovali načrt dela kliničnega mentorja, znanje kliničnega mentorja, pomanjkanje časa kliničnega mentorja in klinično usposabljanje.

Tabela 20: Skupni rezultati faktorске analize – didaktika

		Faktor				% pojasnjene variance po rotaciji	Cronbach alfa
		1	2	3	4		
Plan dela kliničnega mentorja	D5 Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem.	0,805	0,086	0,003	-0,085	19,198	0,815
	D8 Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	0,736	0,286	-0,062	0,042		
	D15 Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim doseči tekom kliničnega usposabljanja.	0,709	0,182	-0,016	0,163		
	D9 Didaktična načela so mi vodilo za izvajanje kliničnega mentorstva.	0,611	0,210	0,040	0,156		
	D19 Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.	0,387	0,337	-0,002	0,193		
Znanje kliničnega mentorja	D13 Kot klinični mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja.	0,253	0,850	0,006	0,078	13,594	0,857
	D12 Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike.	0,278	0,792	-0,068	0,087		
Pomanjkanje časa kliničnega mentorja	D10 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode demonstriranja in razlaganja.	-0,009	-0,054	0,998	0,022	12,144	0,857
	D11 Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode spodbujanja.	-0,006	-0,002	0,754	-0,001		
Klinično usposabljanje	D7 Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom.	0,064	0,082	-0,048	0,676	11,027	0,663
	D4 Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstriranja.	-0,103	0,010	0,039	0,631		
	D2 Pri kliničnem mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta.	0,218	0,064	0,031	0,520		
	D20 Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju.	0,276	0,353	-0,013	0,443		

Metoda ekstrakcije: Maximum Likelihood, Metoda rotacije: Oblimin with Kaiser Normalization

Iz tabele 20 razberemo, da smo prvi faktor poimenovali »Plan dela kliničnega mentorja«. Vanj se je uvrstilo pet trditvev, pojasni 19,198 % celotne variance. Vrednosti uteži so pri vseh trditvah ustrezno visoke; najnižja vrednost uteži (0,387) je pri trditvi »Kot klinični mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja«, najvišja vrednost uteži (0,805) pa pri indikatorju »Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem«. Cronbach alfa za ta sklop znaša 0,815. Z drugim faktorjem »Znanje kliničnega mentorja«, v katerega se uvrstita dve trditvi, pojasnimo 13,594 % celotne variance. Cronbach alfa koeficient znaša 0,857. S tretjim faktorjem, ki smo ga poimenovali »Pomanjkanje časa kliničnega mentorja« in v katerega se prav tako uvrstita dve trditvi, pojasnimo 12,144 % celotne variance. Cronbach alfa koeficient znaša 0,857. Četrty dobljeni faktor je na podlagi trditvev, ki so povezane z njim, dobil ime »Klinično usposabljanje«, v katerega se uvrstijo tri trditve, z njim pa pojasnimo 11,027 % variance. Cronbach alfa znaša 0,663 in je sicer nekoliko nižji od priporočene meje (0,7), ampak bomo tudi ta faktor v nadaljnji analizi upoštevali.

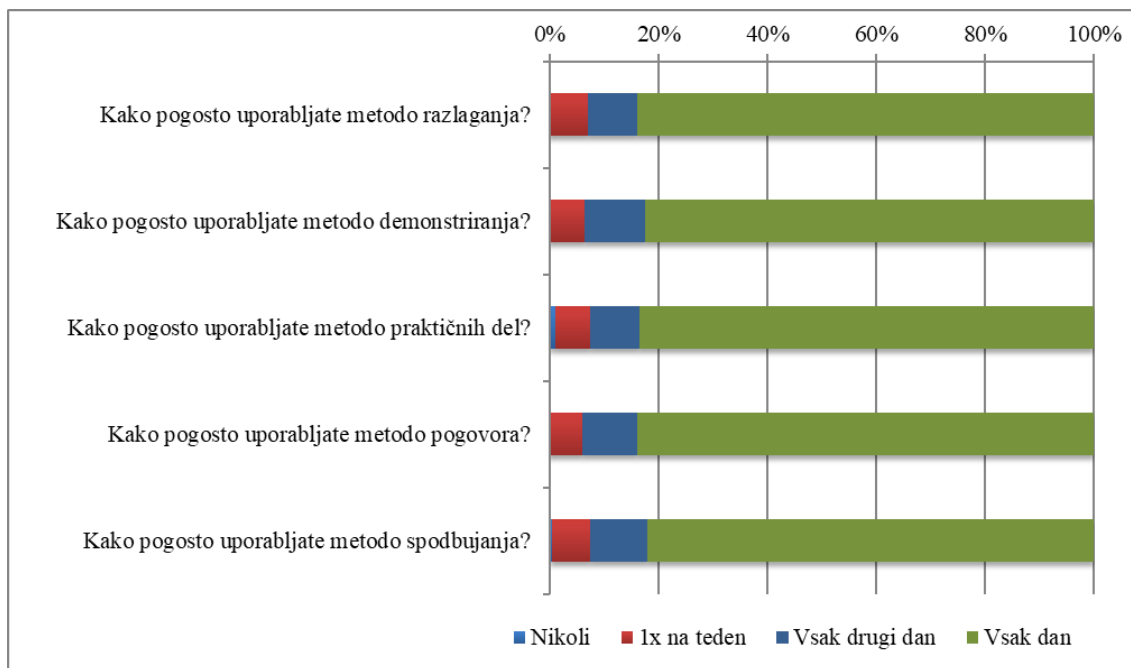
V četrtem sklopu vprašanj o pogostosti uporabe podanih učnih metod pri izvajanju kliničnega mentorstva študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju so se anketiranci pri prvem vprašanju opredelili na lestvici od 1 do 4, pri kateri je stopnja 1 pomenila nikoli, stopnja 2 je pomenila enkrat na teden, stopnja 3 vsak drugi dan ter stopnja 4 vsak dan/večkrat na dan.

Tabela 21: Pogostost uporabe učnih metod pri kliničnemu mentorstvu

	N	Min	Max	PV	SO
U1 Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	200	2	4	3,77	0,565
U2 Kako pogosto uporabljate metodo demonstracije?	200	2	4	3,76	0,560
U3 Kako pogosto uporabljate metodo praktičnih del?	200	1	4	3,75	0,616
U4 Kako pogosto uporabljate metodo pogovora?	200	2	4	3,78	0,541
U5 Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	200	1	4	3,74	0,604

Legenda: N = število anketirancev, Min= minimalna vrednost, Max = maksimalna vrednost, PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon

Tabela 21 prikazuje povprečne vrednosti, ki so zelo primerljive. Več kot 80 % anketirancev vse učne metode uporablja vsak dan. Kar lahko razberemo tudi iz spodnje slike (slika 3), ki prav tako prikazuje pogostost uporabe učnih metod pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju.



Slika 3: Grafični prikaz pogostosti uporabe učnih metod pri kliničnem mentorstvu

Ne nazadnje smo s pomočjo faktorске analize združili tudi posamezne učne metode oz. pogostost uporabe metod ter spremenljivko shranili kot novo skupno spremenljivko v bazi.

Tabela 22: Rezultati faktorске analize pogostost uporabe učnih metod pri kliničnem mentorstvu

		Faktor	% pojasnjene variance po rotaciji	Cronbach alfa
		1		
Pogostost uporabe učnih metod	U1 Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	0,877	65,976	0,905
	U2 Kako pogosto uporabljate metodo demonstracije?	0,874		
	U3 Kako pogosto uporabljate metodo praktičnih del?	0,814		
	U4 Kako pogosto uporabljate metodo pogovora?	0,782		
	U5 Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	0,702		

Metoda ekstrakcije: Maximum Likelihood.

V tabeli 22 vidimo, da s faktorško analizo dobimo en faktor, ki pojasni 65,976 % variance, ima visoko zanesljivost (0,905) ter predstavlja pogostost uporabe učnih metod nasploh. Ta spremenljivka bo v dodatni analizi predstavljala ključno odvisno spremenljivko, saj nas bo zanimalo, katere prediktorske spremenljivke v največji meri pojasnijo pogostost uporabe učnih metod. Lestvica pogostosti je bila zastavljena tako,

da ocena 1 pomeni neuporabo metode, ocena 4 pa uporabo metode večkrat na dan, torej tudi pri skupni spremenljivki višja ocena pomeni večjo pogostost uporabe metod.

Drugo vprašanje v četrtem sklopu vprašanj so anketiranci s številkami od 1 do 5 rangirali že podane učne metode, ki jih glede na pogostost uporabljajo pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. Število 1 pomeni, da učno metodo uporabljajo najpogosteje ter število 5, da učno metodo uporabljajo redkeje.

Tabela 23: Uporaba podanih učnih metod glede na pogostost uporabe pri kliničnem mentorstvu

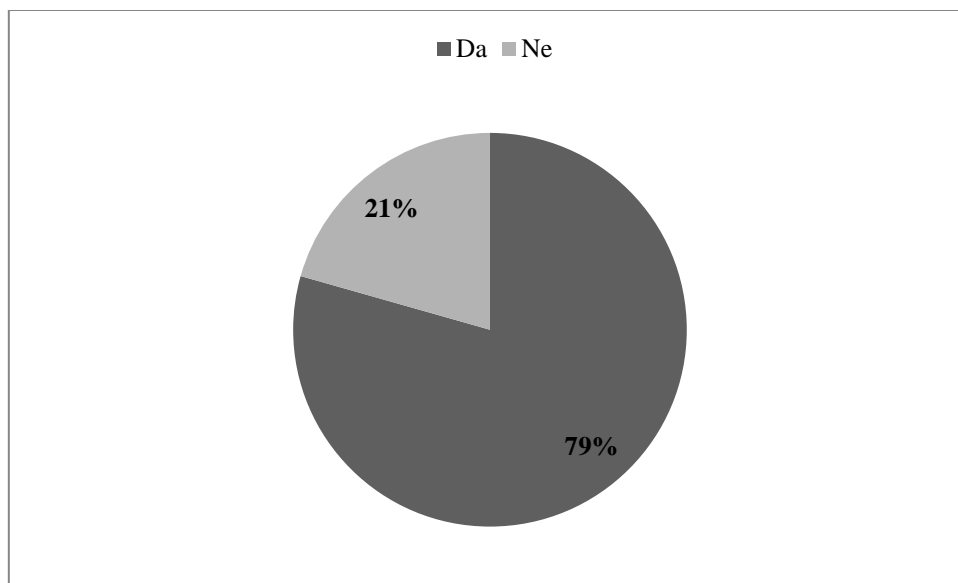
	Učno metodo uporabljam najpogosteje		2		3		4		Učno metodo uporabljam redkeje		Skupaj	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
Metoda razlaganja	106	53,5	47	23,7	26	13,1	11	5,6	8	4,0	198	100,0
Metoda demonstracije	32	16,2	76	38,4	48	24,2	30	15,2	12	6,1	198	100,0
Metoda praktičnih del	22	11,2	35	17,8	62	31,5	40	20,3	38	19,3	197	100,0
Metoda pogovora	26	13,2	30	15,2	42	21,3	55	27,9	44	22,3	197	100,0
Metoda spodbujanja	12	6,1	10	5,1	19	9,6	61	31,0	95	48,2	197	100,0

Legenda: f= frekvenca, 1= uporaba učne metode najpogosteje, 5= uporaba učne metode redkeje

Tabela 23 prikazuje uporabo že podanih učnih metod, kjer so klinični mentorji rangirali učne metode glede na pogostnost uporabe pri kliničnem mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju. Iz tabele razberemo, da je učno metodo razlaganja največ anketirancev (53,5 %) uvrstilo na prvo mesto, na drugo mesto pa 23,7 %. Učno metodo demonstracije je največ anketirancev uvrstilo na drugo mesto (38,4 %), na tretje mesto pa 24,2 %. Metodo praktičnih del je največ anketirancev uvrstilo na tretje mesto (31,5 %), na četrto mesto pa 20,3 %. Metodo pogovora je največ anketirancev uvrstilo na četrto mesto (27,9 %), na peto mesto pa 22,3 %. Metodo spodbujanja je največ anketirancev uvrstilo na peto mesto (48,2), 31 % pa na četrto mesto.

Pri vprašanju odprtega tipa glede dodatnih izobraževanj za kakovostnejše izvajanje kliničnega mentorstva so anketiranci odgovorili, da si najbolj želijo dodatnih

izobraževanj s področja didaktike (25 %), pedagogike (18,5 %) ter področja učnih metod (17 %). Sledijo teme iz celotne stroke (7,5 %), komunikacija, motiviranje študentov, novosti na področju kliničnega mentorstva ter izpolnjevanje dokumentacije (3,7 %). V nizkih odstotkih si anketiranci želijo še dodatnih izobraževanj iz andragogike, psihologije, obveznosti kliničnih mentorjev in študentov, standardov pediatrije, šolskega sistema, medicinsko tehničnih postopkov ter vodenja.



Slika 4: Želja anketirancev po dodatnih izobraževanjih s področja didaktike

Slika 4 v odstotkih prikazuje željo anketirancev po dodatnih izobraževanjih ter usposabljanjih na področju didaktike. S slike lahko razberemo, da si anketiranci želijo dodatnih izobraževanj in usposabljanj s področja didaktike (79 %).

Pri vprašanju razno so anketiranci napisali tisto, kar ni zajeto v vprašalniku, pa so menili, da je pomembno glede na obravnavano temo. Klinični mentorji so zapisali, da zaznavajo pomanjkanje časa za delo s študenti ($n = 4$), študentje ne dobijo dovolj znanja s kabinetnimi vajami ($n = 4$), odnos študent–klinični mentor ($n = 2$), klinično mentorstvo bi se moralo šteti kot delovna obveznost, kar bi moral upoštevati tudi delodajalec ($n = 1$), motivacija študentov k večjemu sodelovanju ($n = 1$), preverjanje osvojenega znanja študentov na kliničnem usposabljanju ($n = 1$) ter uporaba didaktike je odvisna od študentov in kraja izobraževanja ($n = 1$).

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati glede na postavljene hipoteze.

H1 – Obstaja statistično značilna povezava med uporabo učnih metod demonstracije, razlaganja, spodbujanja ter časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu. Klinični mentorji, ki imajo več časa za izvajanje kliničnega mentorstva (več kot 3 ure), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učne metode demonstracije, razlaganja ter spodbujanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo za klinično mentorstvo manj časa.

V raziskavi smo s to hipotezo želeli ugotoviti, ali obstaja povezava med časom, ki ga klinični mentorji lahko posvetijo kliničnemu mentorstvu, in pogostost uporabe učnih metod. Za testiranje smo uporabili Pearsonov koeficient korelacije.

Tabela 24: Rezultati Pearsonovega koeficienta korelacije za ugotavljanje povezave med uporabo učnih metod in časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom

		Koliko ur (povprečno) na dan, v času svojega delovnika, namenite delu s študenti?
Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	r	0,030
	p	0,679
Kako pogosto uporabljate metodo demonstriranja?	r	0,128
	p	0,078
Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	r	-0,010
	p	0,894

Legenda: p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 24 je razvidno, da Pearsonov koeficient korelacije ni pokazal statistično pomembnih povezav med povprečnim številom ur, namenjenih delu s študenti in pogostostjo uporabe učne metode demonstracije, učne metode razlaganja ter učne metode spodbujanja.

Tabela 25: Rezultati t-testa za ugotavljanje razlik med časom, ki ga klinični mentorji posvetijo študentom in pogostostjo uporabe učne metode

	Delu s študenti namenijo do 3 ure na dan		Delu s študenti namenijo več kot 3 ure na dan		t	p
	PV	SO	PV	SO		
U1 Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?	3,74	0,57	3,81	0,55	-0,811	0,419
U2 Kako pogosto uporabljate metodo demonstracije?	3,70	0,59	3,86	0,47	-1,983	0,049
U3 Kako pogosto uporabljate metodo praktičnih del?	3,73	0,59	3,79	0,64	-0,582	0,561
U4 Kako pogosto uporabljate metodo pogovora?	3,78	0,54	3,79	0,54	-0,060	0,952
U5 Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?	3,75	0,58	3,73	0,63	0,296	0,767

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 25 prikazuje t-test za dva neodvisna vzorca, kjer smo anketirance razdelili v dve skupini, in sicer v skupino, kjer anketiranci namenijo delu s študenti do 3 ure dnevno in anketirance, ki delu s študenti namenijo več kot 3 ure dnevno. Rezultat je pokazal statistično pomembno razliko med skupinama pri uporabi učne metode demonstracije. Tisti anketiranci, ki študentom dnevno namenijo več časa, pogosteje uporabljajo učno metodo demonstracije (PV=3,86; SO=0,47; p=0,049) kot tisti, ki študentom namenijo manj, to je le do 3 ure časa na dan (PV=3,70; SO=0,59; p=0,049). Za učno metodo razlaganja (do 3 ure PV=3,74; SO= 0,57; / več kot 3 ure PV=3,81; SO=0,55; p= 0,419) ter učno metodo spodbujanja (do 3 ure PV=3,75; SO= 0,58; / več kot 3 ure PV=3,73; SO= 0,63; p= 0,767) pa statistično pomembne razlike ni glede na čas, ki ga klinični mentorji namenijo študentu. Hipotezo delno potrdimo.

H2 – Obstaja statistično pomembna razlika pri kliničnih mentorjih glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja iz didaktike, načrtujejo ter postavijo cilje kliničnega usposabljanja za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja iz didaktike nižjo.

V raziskavi smo s to hipotezo želeli ugotoviti, ali se klinični mentorji razlikujejo glede na samooceno znanja iz didaktike ter načrtovanjem in postavitvijo ciljev kliničnega usposabljanja. V tabeli 26 so prikazani rezultati t-testa za dva neodvisna vzorca. Pri obdelavi podatkov so bili anketiranci združeni v dve skupini. V eni skupini so bili

anketiranci, ki so podali samooceno znanja iz didaktike z 1 do 3 (nižja), v drugi pa anketiranci s samooceno 4 in 5 (višja).

Tabela 26: Rezultati t-testa o samooceni znanja s področja didaktike ter načrtovanjem in postavitvijo ciljev kliničnega usposabljanja

	Nižja samoocena znanja s področja didaktike		Višja samoocena znanja s področja didaktike		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.	3,05	0,844	3,33	0,938	-2,102	0,037
Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim med kliničnim usposabljanjem doseči.	3,31	0,724	3,24	1,049	0,463	0,644

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj,

V tabeli 26 vidimo, da je bila statistično pomembna razlika ($p=0,037$) ugotovljena pri trditvi Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja. Vprašani z nižjo samooceno znanja s področja didaktike se v povprečju manj strinjajo ($PV=3,05$; $SO=0,844$) z navedeno trditvijo kot tisti z višjo samooceno ($PV=3,33$; $SO=0,938$).

Pri drugi trditvi Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim med kliničnim usposabljanjem doseči, nam ni uspelo dokazati statistično pomembne razlike ($p=0,644$). Vprašani z nižjo samooceno znanja s področja didaktike se v povprečju bolj strinjajo ($PV=3,31$; $SO=0,724$) z navedeno trditvijo kot tisti z višjo samooceno ($PV=3,24$; $SO=1,049$). Hipotezo delno potrdimo.

H3 – Obstaja statistično pomembna razlika med uporabo učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva. Klinični mentorji, ki dalj časa izvajajo klinično mentorstvo (več kot 5 let), pogosteje (vsak drugi dan) uporabljajo učno metodo praktičnih del kot tisti klinični mentorji, ki klinično mentorstvo izvajajo krajši čas (do 5 let).

S to hipotezo smo želeli ugotoviti, ali obstajajo razlike med pogostostjo uporabe učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva.

Tabela 27: Rezultati t-testa o uporabi učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva

	Klinično mentorstvo izvajam manj kot 5 let		Klinično mentorstvo izvajam več kot 5 let		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Metoda praktičnih del	3,13	1,256	3,29	1,221	-0,888	0,376

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Iz tabele 27 je razvidno, da nam s t-testom za dva neodvisna vzorca ni uspelo dokazati statistično pomembne razlike med uporabo učne metode praktičnih del ter številom let izvajanja mentorstva ($p=0,376$). Hipotezo zavrnamo.

H4 – Obstaja statistično pomembna razlika pri samoevalvaciji kliničnih mentorjev glede na samooceno znanja s področja didaktike. Klinični mentorji, ki imajo višjo (več kot 3) samooceno znanja s področja didaktike, pogosteje izvedejo končno samoevalvacijo kliničnega usposabljanja za razliko od tistih, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo.

V tabeli 28 so prikazani rezultati t-testa za dva neodvisna vzorca, s katerim smo želeli ugotoviti, ali obstajajo statistično pomembne razlike med kliničnimi mentorji ter končno samoevalvacijo kliničnega usposabljanja glede na samooceno znanja s področja didaktike.

Tabela 28: Rezultati t-testa o samooceni znanja s področja didaktike ter končni samoevalvaciji kliničnega usposabljanja

	Nižja samoocena znanja iz didaktike		Višja samoocena znanja iz didaktike		t	p
	PV	SO	PV	SO		
Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.*	3,37	0,822	3,61	0,922	-1,919	0,056

Legenda: PV= povprečna vrednost, SO: standardni odklon, t= t vrednost, p=mejno statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Tabela 28 prikazuje, da nam ni uspelo dokazati statistično pomembne razlike glede samoocene znanja kliničnih mentorjev s področja didaktike ter končne samoevalvacije kliničnega usposabljanja ($p=0,056$). Hipotezo prav tako zavrnamo.

Za proučevanje odnosa med odvisnimi in neodvisnimi spremenljivkami smo uporabili metodo multiple regresije. V regresijski model smo vključili vse tiste prediktorske spremenljivke, pri katerih smo predvidevali, da bi lahko bile pomembne za pojasnjevanje odvisne spremenljivke. Neodvisne spremenljivke nominalnega tipa smo pred izvedbo analize dihotomizirali (Spol: 1 – Moški / 0 – Ženska; Delovno mesto: 1 / Primarna raven / 0 – Sekundarna raven). Preostale neodvisne spremenljivke so bile bodisi ordinalne (Izobrazba, Samoocena znanja) bodisi številske (Starost, Delovna doba, Število let izvajanja kliničnega mentorstva ter vse spremenljivke, izvedene na osnovi faktorjske analize: to so vloga kliničnega mentorja, odnos do študenta, plan dela kliničnega mentorja, znanje kliničnega mentorja, pomanjkanje časa kliničnega mentorja).

Regresijo smo izvedli s pomočjo metode Stepwise, ki ohrani v modelu in oceni le tiste regresijske koeficiente, pri katerih je vpliv na odvisno spremenljivko statistično značilen. Rezultati so prikazani v tabeli 29.

Tabela 29: Regresijska analiza vpliva demografskih in vsebinskih spremenljivk na pogostost uporabe učnih metod

Model		Nestandardizirani koeficienti		Standardizirani koeficienti	t	p vrednost
		B	Standardna napaka	β		
1	Konstanta	-0,019	0,070		-0,266	0,790
	FAC4_2 Klinično usposabljanje*	0,229	0,083	0,199	2,750	0,007
*Vpliv spremenljivke je statistično značilen ($p < 0,05$)						
Spremenljivke, izločene iz modela						
Model		Beta In	t	p vrednost	Delna korelacija	Kolinearnost Tolerance
1	SPOLE	-0,047	-0,656	0,513	-0,048	0,999
	Izobrazba	0,019	0,259	0,796	0,019	0,996
	Delovno mesto	0,010	0,132	0,895	0,010	0,992
	Starost	0,043	0,587	0,558	0,043	0,999
	Delovna doba	-0,004	-0,058	0,954	-0,004	1,000
	Število let izvajanja kliničnega mentorstva	0,124	1,724	0,086	0,126	0,997
	Okvirna samoocena znanja iz didaktike	0,054	0,748	0,456	0,055	0,986
	FAC1_1 Vloga kliničnega mentorja	0,071	0,956	0,340	0,071	0,951
FAC2_1 Odnos do študenta	0,077	0,939	0,349	0,069	0,770	

Model	Beta In	t	p vrednost	Delna korelacija	Kolinearnost
					Tolerance
SPOL	-0,047	-0,656	0,513	-0,048	0,999
Izobrazba	0,019	0,259	0,796	0,019	0,996
Delovno mesto	0,010	0,132	0,895	0,010	0,992
Starost	0,043	0,587	0,558	0,043	0,999
Delovna doba	-0,004	-0,058	0,954	-0,004	1,000
Število let izvajanja kliničnega mentorstva	0,124	1,724	0,086	0,126	0,997
Okvirna samoocena znanja iz didaktike	0,054	0,748	0,456	0,055	0,986
1 FAC1_1 Vloga kliničnega mentorja	0,071	0,956	0,340	0,071	0,951
FAC2_1 Odnos do študenta	0,077	0,939	0,349	0,069	0,770
FAC1_2 Plan dela kliničnega mentorja	0,081	1,123	0,263	0,083	0,999
FAC2_2 Znanje kliničnega mentorja	0,033	0,453	0,651	0,033	0,995
FAC3_2 Pomanjkanje časa kliničnega mentorja	-0,036	-0,490	0,625	-0,036	0,996

Odvisna spremenljivka FAC1_3 Pogostost uporabe učnih metod, F statistika= 7,563 p – vrednost = 0,007, R2pop – delež pojasnjene variance = 3,4 %

Delež pojasnjene variance je 3,4 %, kar ni veliko, ampak glede na to, da je v modelu ostala samo ena neodvisna spremenljivka, je to razumljivo. S pomočjo F-statistike testiramo celoten regresijski model, ki se izkaže kot statistično značilen ter primeren za interpretacijo (F=7,563; p=0,007). Na odvisno spremenljivko značilno vpliva faktor klinično usposabljanje ($\beta=0,199$; p=0,007).

3.5 RAZPRAVA

Kakovost kliničnega usposabljanja je bistvena za profesionalni razvoj prihodnjih diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov. Klinično usposabljanje se izvaja v okolju, kjer študenti pridobijo znanje, da dosežejo zahtevano usposobljenost (Lorber & Donik, 2009; RCN, 2017). Lorber & Donik (2009) izpostavita pomembnost kliničnih mentorjev v procesu usposabljanja v kliničnem okolju. Pridobljena sposobnost in praktično znanje sta rezultat postopnega učenja na osnovi realnih situacij v kliničnem okolju (Lescelles, 2010). Temelj izobraževalnega programa zdravstvene nege je aktivno učenje v kliničnem okolju ter pridobivanje spretnosti z uporabo različnih učnih metod poučevanja v različnih učnih situacijah (Čuk, 2014). Poleg kliničnih mentorjev pa imajo pomembno vlogo tudi študenti. Pomembna so njihova že pridobljena znanja, motivacija, sposobnost povezovanja teoretičnega znanja s praktičnim znanjem ter njihovi cilji

(Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2016). Učinkovito klinično mentorstvo študentom zdravstvene nege omogoča krepitev osebnih in poklicnih lastnosti (Dadge & Casey, 2009).

Pri pregledu literature smo ugotovili, da so opravljene raziskave na temo kliničnega mentorstva z vidika pomanjkanja časa kliničnih mentorjev, vendar po našem vedenju ni raziskave o povezanosti časa kliničnih mentorjev ter številom let izvajanja kliničnega mentorstva z uporabo določenih učnih metod, kar pa je sestavni del naše raziskave.

Socialni in demografski podatki v naši raziskavi kažejo, da so raziskovalni vzorec večinoma predstavljale ženske. Ugotovili smo, da skoraj polovica (49,7 %) raziskovalnega vzorca predstavljajo klinični mentorji, ki klinično mentorstvo opravljajo do 5 let. Povprečna ocena lastnega znanja o didaktiki anketiranci ocenjujejo s 3,4. Po naših podatkih klinični mentorji na dan v povprečju delu s študenti namenijo 3,43 ure, kar je skoraj polovica delovnika. Do podobnih rezultatov je prišla Bjelanova (2010), ki navaja, da klinični mentorji študentom namenijo dobre 3 ure. Tudi ugotovitve kasnejših raziskav Kulaševe (2013) in Žerdonerjeve (2015) potrjujejo, da klinični mentorji v povprečju študentom v delovnem času namenijo 3 ure. Ugotavljamo, da se čas, ki ga klinični mentorji namenjajo delu s študenti med delovnim časom ne podaljšuje in ostaja približno enak. Čas, ki ga klinični mentorji namenijo delu s študenti, je zelo pomemben, saj povečuje učinkovitost kliničnega usposabljanja. Anketiranci v naši raziskavi se strinjajo s trditvijo, da za izvajanje kliničnega mentorstva nimajo dovolj časa, kar posledično vpliva na učinkovitost kliničnega usposabljanja. Zaradi tega se izgubljajo priložnosti za poučevanje in učenje študentov (Scupbach, 2012). Pomanjkanje časa pa je tudi opisana ovira za učinkovitost kliničnega mentorstva (Waters, et al., 2003 cited in Al – Hamdan, et al., 2014). Medenova s sodelavci (2017) ugotavlja, da se 69,4 % kliničnih mentorjev ter 86,8 % študentov strinja, da bi morali klinični mentorji s študenti preživeti več časa. Skela Savič (2009) kot enega izmed možnih razlogov za pomanjkanje časa za izvajanje kliničnega mentorstva navaja preveč učečega kadra v kliničnem okolju.

Odnos klinični mentor/študent so naši anketiranci ocenili kot pomemben. Menijo, da dober odnos temelji na medsebojnem zaupanju, ki ga najlažje dosežejo z individualno obliko dela. Nalog kliničnih mentorjev je veliko. Klinični mentorji so tisti, ki poskrbijo

za dobre delovne odnose in ustrezno klinično okolje, ki tudi pripomorejo k lažjemu in boljšemu učenju študentov (Beskine, 2009; Aston & Hallam, 2014; Borneuf, 2010 cited in Faydalı & Çayır, 2016). Naši anketiranci se zavedajo svoje vloge v kliničnem okolju in menijo, da so študentom vzor ter jim nudijo podporo, kar je tudi ena izmed pomembnejših nalog kliničnih mentorjev (NMC, 2008 cited in Lescelles, 2010).

Od kliničnih mentorjev v delovni organizaciji je odvisno, kako bo klinično usposabljanje študentov načrtovano in izvedeno v okviru danih možnosti (Govekar - Okoliš, et al., 2010). Klinični mentorji morajo na začetku kliničnega usposabljanja študentom razložiti pogoje klinične ustanove, ki niso vedno skladni z njihovimi pričakovanji, vendar vplivajo na učinkovitost kliničnega mentorstva. S tem se strinjajo tudi naši anketiranci, Elcigil & Sari (2008) pa dodajata, da so v njihovi raziskavi študenti izrazili željo, da se jim na začetku pojasnijo tudi merila za ocenjevanje uspešnosti kliničnega usposabljanja.

Klinični mentorji so odgovorni za poučevanje študentov ter oblikovanje učnih metod (Cvetek, 2019). Govekar - Okoliš & Kranjčec (2016) navajata, da je oblikovanje učnih metod del načrtovanja kliničnega usposabljanja in da so pravilno izbrane učne metode ključnega pomena pri premostitvi vrzeli med teoretičnim in praktičnim znanjem (Pritchard & Gidman, 2012). Kubale (2018) dodaja, da na izbiro učnih metod v veliki meri vpliva pedagoška in strokovna usposobljenost kliničnih mentorjev. Pri oblikovanju učnih metod morajo biti klinični mentorji pozorni, da jih oblikujejo individualno ter pri tem upoštevajo predhodno znanje in sposobnost posameznih študentov ter trenutno situacijo v kliničnem okolju, kar navajata tudi Lorber & Donik (2009), ki sta v svoji raziskavi ugotovili, da starejši klinični mentorji pogosteje prilagajajo učne metode kot mlajši. Čukova (2014) navaja, da je pristop k poučevanju, ki ga uporabljajo manj izkušeni klinični mentorji, lahko bolj omejen, usmerjen v kliničnega mentorja in ne toliko v aktivne študente. V raziskavi Momeni Danaei s sodelavci (2010, cited in Shirani Bidabadi, et al., 2016) so ugotovili, da je uporaba kombinacije različnih učnih metod poučevanja skupaj privedla do učinkovitejšega učenja. Uporaba samo ene učne metode poučevanja ne more spodbujati študentov k učenju in učenje ne more biti učinkovito (Shirani Bidabadi, et al., 2016).

Pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege je priporočljivo uporabljati tiste učne metode, ki so usmerjene v aktivne študente. Piramida učenja navaja, da si študenti pri učenju z delom povprečno zapomnijo 75 % snovi, pri demonstraciji pa 30 % (Kubale, 2018). Shirani Bidabadi s sodelavci (2016) navaja, da so najbolj učinkovite prav tiste učne metode, ki se osredotočajo na študentove dejavnosti in izvedbo naloge. Po drugi strani pa je nujno potreben nadzor študentov, kajti napake v kliničnem okolju niso dovoljene, saj je lahko morebitna napaka usodna in popravki praviloma niso možni. Naši anketiranci se strinjajo, da je najboljši način za učenje novih intervencij učna metoda demonstracije ter da je pomanjkanje časa tudi pogosto ovira za uporabo učne metode demonstriranja in učne metode razlaganja v kliničnem okolju. Priporočljivo je, da za učenje študentov diagnostično-terapevtskih postopkov v kliničnem okolju učni metodi demonstracije in učno metodo razlaganja povežemo, da s tem dosežemo bolj učinkovito poučevanje. Kubale (2018) dodaja, da pri sočasni uporabi obeh učnih metod klinični mentorji pri učni metodi razlaganja poudarijo bistvene točke, ki se nanašajo na pravilno izpeljan diagnostično-terapevtski postopek. Z raziskavo smo ugotovili, da je uporaba učne metode demonstracije in učne metode razlaganja odvisna od časa, ki ga imajo klinični mentorji za študente. Pri **hipotezi ena** smo ugotovili, da ni statistično pomembne korelacije med časom, ki ga klinični mentorji namenijo kliničnemu mentorstvu ter uporabo določenih učnih metod. Vendar smo z dodatnim testom ugotovili, da tisti klinični mentorji, ki dnevno študentom namenijo več kot 3 ure, pogosteje uporabljajo učno metodo demonstracije, pri uporabi učne metode razlaganja in spodbujanja pa statistično pomembne razlike ni glede na čas, ki ga imajo mentorji za klinično mentorstvo. Rezultat nas preseneti. Delni razlog za takšen rezultat je lahko, da je kliničnim mentorjem samoumevno, da ob uporabi učne metode demonstracije sočasno poteka učna metoda razlaganja. Tudi pri uporabi učne metode spodbujanja statistično pomembnih korelacij ni glede na čas, ki ga klinični mentorji namenijo kliničnemu mentorstvu. Anketiranci se zavedajo pomembnosti, da klinični mentorji študente spodbujajo, da čim več aktivnosti opravijo sami, kar kaže tudi visoko strinjanje po Likertovi merski lestvici s trditvijo Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom, kar navaja tudi Billett (2001 cited in Lescelles 2010), po drugi strani pa se naši anketiranci tudi strinjajo, da je prav tako za to učno metodo pomanjkanje časa razlog za njeno ne prepogosto uporabo.

Pri **hipotezi dve** nas je zanimala razlika o načrtovanju ter postavljanju ciljev kliničnega usposabljanja glede na samooceno znanja kliničnih mentorjev s področja didaktike. Ugotovili smo, da med kliničnimi mentorji obstaja statistično pomembna razlika glede načrtovanja kliničnega usposabljanja. Tisti klinični mentorji, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike višjo, pogosteje naredijo načrt kliničnega usposabljanja. Lahko povzamemo, da se klinični mentorji z višjo samooceno znanja s področja didaktike bolj zavedajo pomembnosti načrtovanja kliničnega usposabljanja kot tisti klinični mentorji, ki imajo samooceno znanja s področja didaktike nižjo. Govekar - Okoliš & Kranjčec (2010) navajata, da so prav tisti klinični mentorji, ki imajo vnaprej načrtovano shemo poučevanja najboljše, po drugi strani pa Shirani Bidabadi s sodelavci (2016) pravi, da je razlog za ne načrtovanje kliničnega usposabljanja pomanjkanje ustvarjalnosti kliničnih mentorjev pri poučevanju. Lorber & Donik (2009) sta v svoji raziskavi ugotovili, da starejši klinični mentorji pogosteje naredijo načrt kliničnega usposabljanja kot mlajši. Tako Čukova (2010) kot Kobentarjeva (2007 cited in Kulaš, 2013) navajata, da je načrtovanje kliničnega usposabljanja naloga kliničnih mentorjev in da praktične vsebine načrtuje skupaj s študenti, klinični mentorji oblikujejo cilje, učne metode ter delovno okolje za učenje. Kobentarjeva (2007 cited in Kulaš, 2013) pa še dodaja, da je na koncu naloga kliničnih mentorjev tudi preverjanje uspeha. V drugem delu druge hipoteze pa nas je zanimalo, ali obstaja razlika glede samoocene znanja s področja didaktike kliničnih mentorjev ter postavitvijo ciljev, ki jih klinični mentorji želijo doseči med kliničnim usposabljanjem. V tem delu hipoteze nam statistično pomembne razlike ni uspelo dokazati. Naši anketiranci se v povprečju strinjajo, da si postavijo cilje kliničnega usposabljanja. Borges & Smith (2004 cited in Aston & Hallam (2014) navajata, da mora biti celotno klinično mentorstvo usmerjeno k ciljem. Ugotovitev nas vodi v razmišljanje, ali se klinični mentorji zavedajo pomembnosti ciljev kliničnega usposabljanja, kajti postavljeni cilji so podlaga za nadaljnje delo kliničnih mentorjev. Kot navaja Cvetek (2019), je pomembno, da so cilji napisani jasno ter skladni z izbranimi učnimi metodami. Hipotezo dve delno potrdimo.

Klinični mentorji v naši raziskavi ne navajajo težav glede posredovanja praktičnega znanja študentom. Želeli smo preveriti, katera učna metoda se v kliničnem okolju uporablja najpogosteje. Ugotovili smo, da se vse učne metode uporabljajo zelo pogosto,

vsakodnevno. Pri rangiranju učnih metod, kjer so anketiranci učne metode medsebojno primerjalno ovrednotili, pa smo ugotovili, da sta učna metoda demonstracije in učna metoda razlaganja vseeno nekoliko bolj pogosto uporabljeni, sledita učni metodi praktičnih del in pogovora, kot najmanj pogosto uporabljena učna metoda pa je metoda spodbujanja. Nas pa preseneti, da je učna metoda pogovora, primerjalno gledano, proti koncu pogostosti uporabe v kliničnem okolju. Iz rezultatov naše raziskave je mogoče sklepati, da klinični mentorji, ki dosegajo višji rezultat pri faktorju kliničnega usposabljanja, v kliničnem okolju pogosteje uporabljajo testirane učne metode. To pomeni, da klinični mentorji, ki so pri trditvah klinično usposabljanje (Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom; Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstriranja; Pri kliničnem mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta; Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju) izrazili večje strinjanje, v kliničnem okolju pogosteje uporabljajo testirane učne metode.

Učinkovitost kliničnega usposabljanja je v veliki meri odvisna od tega, da klinični mentorji študentom omogočijo kar največ priložnosti za učenje. Sfard (1998 cited in Lescelles, 2010) navaja, da je takšen način poučevanja zelo koristen, kajti študenti pridobijo osebno, neposredno izkušnjo, ki je bistvena za učenje (Kolbl, et al., 2000 cited in Čuk, 2014). Študentom je treba zagotoviti priložnosti za pridobitev in razvoj sposobnosti, ki jih potrebuje usposobljena diplomirana medicinska sestra in zdravstvenik (Chan, 2002 cited in Lescelles, 2010; Aston & Hallam, 2014; RCN, 2017). Kubale (2018) dodaja, da si študenti največ zapomnijo pri učenju z delom ter uporabi znanja in spretnosti v praksi. Pri učni metodi praktičnih del so študenti tisti, ki diagnostično-terapevtski postopek izvedejo, klinični mentorji pa jih pri tem nadzirajo.

Pri **hipotezi tri** nas je zanimalo, ali število let izvajanja kliničnega mentorstva vpliva na pogostost uporabo učne metode praktičnih del. Predvidevali smo, da tisti klinični mentorji, ki imajo več let izkušenj s kliničnim mentorstvom, pogosteje dopuščajo študentom možnost, da diagnostično-terapevtski postopek izvedejo sami pod nadzorom kliničnega mentorja. Lescelles (2010) navaja, da je neposredni nadzor ključni element

pri podpiranju študentov pri uporabi učne metode praktičnih del. Statistično pomembne razlike nam ni uspelo dokazati, zato hipotezo zavrnamo.

Za vzdrževanje oziroma izboljševanje kakovosti poučevanja v kliničnem okolju je ključno, da klinični mentorji na koncu kliničnega usposabljanja naredijo evalvacijo o svojem delu s študenti. Pri tem morajo biti klinični mentorji do sebe kritični in oceniti stanje tako, kot je. Govekar - Okoliš (2011) navaja, da je potrebna evalvacija ustreznosti izbranih učnih metod, odnosa klinični mentor-študent in komunikacije. Anketirani klinični mentorji se v povprečju strinjajo, da na koncu kliničnega usposabljanja naredijo evalvacijo svojega dela. Do podobnih rezultatov je prišla Žerdonerjeva (2015). Pričakovali smo večje strinjanje, kajti le na podlagi samoevalvacije, s katero klinični mentorji najdejo pomanjkljivosti in priložnosti za izboljšave, klinični mentorji izboljšujejo klinično mentorstvo. Pri **hipotezi štiri** smo želeli preveriti, ali obstaja razlika med kliničnimi mentorji z višjo samooceno s področja didaktike ter končno samoevalvacijo svojega dela. Predvidevali smo, da se klinični mentorji z višjo samooceno s področja didaktike bolj zavedajo pomembnosti samoevalvacije kliničnega usposabljanja in jo na koncu tudi večkrat izvedejo. Statistično pomembne razlike nam ni uspelo dokazati, zato hipotezo zavrnamo. Kot smo ugotovili v raziskavi, anketiranci ne naredijo vedno načrta kliničnega usposabljanja in posledično tudi ne postavijo ciljev, ki jih želijo med kliničnim usposabljanjem doseči. Samoevalvacija pa ne more biti opravljena, če cilji niso postavljeni in klinično usposabljanje ni načrtovano.

Klinične mentorje usposabljanje brez načrta in ciljev lahko pripelje v »rutinsko«
izvajanje kliničnega usposabljanja, kar pomeni, da študentov ne obravnavajo individualno, ampak delajo z vsemi študenti na enak način in po enakem postopku. Sprašujemo se, ali se mentorji prepustijo toku dogajanja v kliničnem okolju ter študente učijo samo postopke, za katere se pojavi priložnost, ali iščejo še dodatne priložnosti za učenje študentov. V vsak diagnostično-terapevtski postopek bi lahko mentorji vključili vseh pet učnih metod, ki smo jih obravnavali v raziskavi. Kot navaja Cvetek (2019), je pomembna uporaba več različnih učnih metod. Kombinacija vseh učnih metod bi študentom omogočila lažje in kompleksnejše pridobivanje znanja. Zelo pomembno je, da klinični mentorji uporabijo tudi učno metodo praktičnih del, kar pomeni, da študentom dopustijo, da diagnostično-terapevtski postopek opravijo sami pod njihovim

nadzorom. Po izvedenem postopku pa je pomembno, da so študenti deležni povratne informacije o izpeljavi postopka. Drži pa, da klinični mentorji za uporabo te učne metode potrebujejo veliko več časa, kot če bi postopek naredili sami, hitreje. Po vsakem izvedenem diagnostično-terapevtskem postopku je treba študentom podati povratno informacijo o celotnem postopku. Gibbs & Simpson (2002 cited in Cvetek, 2019) navajata, da je pomembno, da je povratna informacija dovolj pogosta, razumljiva, hitra, natančna in da je usmerjena na učenje študentov in ne na njihove lastnosti. Študenti morajo povratno informacijo sprejeti in se nanjo tudi odzvati.

Naši anketiranci so na Likertovi merski lestvici nizko strinjanje izrazili pri trditvi Med rednim izobraževanjem sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike in Kot mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja. Anketiranci se zavedajo, da bi znanje na področju poučevanja lahko nadgradili. Med šolanjem diplomirane medicinske sestre in zdravstveniki ne pridobijo dovolj znanja o učenju in poučevanju. Med drugim bi bilo to nujno potrebno, kajti diplomirana medicinska sestra in zdravstvenik ne potreujeta znanja iz učenja in poučevanja izključno za delo s študenti, ampak se s poučevanjem srečujeta vsak dan v svojem delovnem okolju. Ne nazadnje je naloga vsake diplomirane medicinske sestre in zdravstvenika zdravstvena vzgoja pacientov, ki pa se izvaja na različne načine. Med vsemi kliničnimi mentorji, vključenimi v našo raziskavo, si jih večina želi dodatnih izobraževanj iz didaktike. Navedli so še, da si želijo dodatnih izobraževanj tudi o pedagogiki ter učnih metodah. Zavedajo se pomena podajanja znanja, vendar jih pomanjkanje časa velikokrat ovira pri izvajanju kliničnega mentorstva.

V kliničnem okolju bi bila smiselna priprava opomnika, ki bi klinične mentorje opominjal na pomembne točke kliničnega usposabljanja ter uporabo učnih metod glede na postavljene cilje. Klinične mentorje bi opominjal na načrtovanje kliničnega usposabljanja, postavitev ciljev, ki jih želijo med kliničnim usposabljanjem doseči in posledično tudi določitev učnih metod, ki bi bile uporabljene za doseg cilja ter na končno samoevalvacijo kliničnega usposabljanja. Klinični mentorji se morajo zavedati, da so učne metode enako pomembne kot snov in je od učnih metod v veliki meri odvisna tudi učinkovitost učenja. Za ocenjevanje učinkovitosti kliničnega poučevanja pa v kliničnih okoljih priporočamo uporabo orodja, ki sta ga razvila Copeland &

Hewson (2000 cited in Schupbach, 2012). Cilj orodja je bil zagotoviti tako pozitivne in negativne povratne informacije kliničnih mentorjev, na podlagi katerih bi klinični mentorji izboljševali poučevanje. Orodje vključuje 15 trditev, do katerih se klinični mentorji opredelijo po Likertovi merski lestvici. Trditve so: klinični mentor vzpostavlja dobro učno okolje, spodbuja samostojno učenje, omogoča ustrezno avtonomijo, organizira čas za poučevanje ter klinično delo, redno podaja povratne informacije, jasno določa, kaj se je treba naučiti in narediti, prilagaja poučevanje študentovim potrebam, zastavlja vprašanja, ki spodbujajo učenje, utemeljuje in podaja jasno razlago, prilagaja poučevanje različnim okoljem, poučuje tako klinične kot učne spretnosti, v poučevanje vključuje podatke in smernice iz raziskav, poučuje diagnostične spretnosti, poučuje učinkovito komunikacijo med pacienti in družino ter poučuje načela stroškovne učinkovitosti. To orodje lahko pomaga kliničnim mentorjem pri osredotočanju svoje pozornosti na ključne točke, ki so potrebne za dobro klinično izkušnjo (Schupbach, 2012).

Omejitve raziskave so, da smo uporabili samo delček učnih metod. Med vsemi učnimi metodami smo se odločili za učno metodo demonstracije, učno metodo razlaganja, učno metodo praktičnih del, učno metodo pogovora ter učno metodo spodbujanja, ki so za delo kliničnih mentorjev v kliničnem okolju bolj primerne in se največkrat uporabljajo. Omejitev raziskave je tudi to, da nismo našli dovolj primerljivih člankov prav za te učne metode. Kot zadnja omejitev raziskave pa je, da je bila raziskava opravljena le na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Predlagamo, da bi bilo v prihodnosti smiselno opraviti raziskavo tudi na terciarni ravni zdravstvenega varstva. Za omenjeno nadaljevanje raziskovanja na tem področju bi bilo treba preoblikovati anketni vprašalnik. Vsekakor pa bi bila dobrodošla tudi raziskava z vidika študentov, kako oni vidijo klinične mentorje in uporabo učnih metod na kliničnem usposabljanju ter v kolikšni meri so dejansko deležni uporabe učnih metod, pri katerih je aktiven študent in ne klinični mentor. Zanimivo bi bilo preveriti, ali je klinično usposabljanje učinkovitejše, če imajo klinični mentorji narejen načrt ter postavljene cilje kliničnega usposabljanja.

4 ZAKLJUČEK

Ključnih dejavnikov, ki vplivajo na učinkovitost kliničnega usposabljanja, je več, med pomembnejšimi pa so odnos med kliničnimi mentorji in študenti, čas, ki ga imajo klinični mentorji za delo s študenti in ustrezno izbrane učne metode.

Klinično mentorstvo je odgovorna in pomembna naloga/dolžnost, ki pa se je zaposleni v zdravstveni negi velikokrat ne zavedajo. Sodi med zelo učinkovite načine prenašanja znanja na študente, če je podajanje znanja ustrezno. Zahteva temeljito pripravo, izvedbo ter evalvacijo opravljenega dela. Odnos med kliničnimi mentorji in študenti je eden od pomembnih dejavnikov, ki vplivajo na učinkovitost kliničnega usposabljanja. Odnos je vzajemen, kar pomeni, da tako klinični mentorji kot študenti z dobrim medosebnim odnosom veliko pridobijo. Za dober odnos in kakovostno klinično usposabljanje pa je zelo pomemben čas, ki ga klinični mentorji lahko namenijo študentom. Ugotovili smo, da se čas, ki ga klinični mentorji namenijo študentom v delovnem času čez leta, ne podaljšuje, ostaja približno enak.

Z raziskavo smo prišli do pričakovane ugotovitve, da je pomanjkanje časa za izvajanje kliničnega mentorstva velika ovira za kakovostno klinično usposabljanje ter posledično tudi za uporabo določenih učnih metod. Želeli smo ugotoviti, ali čas, ki ga imajo klinični mentorji za izvajanje kliničnega mentorstva, vpliva na uporabo učnih metod. Ugotovili smo, da klinični mentorji, ki imajo več časa za izvajanje kliničnega mentorstva, pogosteje uporabljajo učno metodo demonstracije. Razumljivo je, da si lažje vzamejo čas in študentu počasi pokažejo diagnostično-terapevtski postopek. Se pa klinični mentorji strinjajo, da je najboljši način za učenje v kliničnem okolju prav učna metoda demonstracije.

V raziskavi smo ugotovili, da klinični mentorji z višjo samooceno znanja s področja didaktike pogosteje naredijo načrt kliničnega usposabljanja, česar pa ne moremo trditi za postavitev ciljev. Prišli smo do ugotovitve, da klinični mentorji nimajo dovolj znanja o učenju in poučevanju v kliničnem okolju, česar se zavedajo tudi sami. S povečanjem znanja kliničnih mentorjev o učenju in poučevanju bi se posledično zvišala tudi kakovost kliničnega usposabljanja. Sodobni pristopi učenja in poučevanja poudarjajo

aktivno vlogo študentov še zlasti v kliničnem okolju, zato je še toliko bolj pomembna pravilna izbira in uporaba različnih učnih metod. Naloga kliničnih mentorjev je, da študentom omogočijo kar največ priložnosti za pridobivanje novega znanja ter utrjevanje praktičnih sposobnosti. Z raziskavo smo želeli prikazati stanje kliničnega mentorstva v kliničnem okolju z vidika uporabe učnih metod glede na čas, ki ga imajo klinični mentorji za študente, število let izvajanja kliničnega mentorstva ter samooceno znanja s področja didaktike. Kot največji ugotovljeni problem naše raziskave je, kot smo že omenili, pomanjkanje časa, ki ga imajo klinični mentorji za študenta.

V klinična okolja bi bilo vsekakor treba vpeljati opomnik ter orodje za ocenjevanje učinkovitosti kliničnega poučevanja. Opomnik bi klinične mentorje opominjal, da ne pozabijo kliničnega usposabljanja načrtovati, da ne pozabijo postaviti ciljev in na podlagi tega izbrati ustrezne učne metode ter ne nazadnje, da na koncu ne pozabijo svojega dela evalvirati. V kliničnih okoljih bi bilo treba klinične mentorje dodatno izobraziti o pomenu uporabe različnih učnih metod, na kar so opozorili tudi sami, o pomenu načrta kliničnega usposabljanja, o ciljih, ki jih želijo doseči pri študentih ter o pomenu končne samoevalvacije. Klinični mentorji mentorstva ne bi smeli jemati kot postranske naloge, prav tako ne bi smeli študentov obravnavati kot dodatne delovne sile, ampak bi se morali na vsako izvajanje kliničnega mentorstva pripraviti.

Naj zaključimo, da se premalo poudarja, kako pomembno je, da klinični mentorji pri kliničnem mentorstvu uporabljajo različne učne metode, da naredijo načrt kliničnega usposabljanja, da si postavijo cilje, ki jih želijo doseči pri študentu ter ne nazadnje na koncu kliničnega usposabljanja ovrednotijo lastno delo. Klinični mentorji si želijo dodatnih izobraževanj na obravnavano temo, kajti ne poučujejo samo študentov, ampak tudi paciente, svojce in pa tudi skupine. Upamo, da bodo v bližnji prihodnosti imeli klinični mentorji priložnost svoje znanje utrditi in ga tudi dodatno nadgraditi.

5 LITERATURA

Al - Hamdan, Z., Fowler, J., Bawadi, H., Norrie, P., Summers, L. & Debbie, D., 2014. Student Nurses' Perceptions of a Good Mentor: A Questionnaire Survey of Student Nurses in the UK, USA and Jordan. *International Journal of Humanities and Social Science*, 4(3), pp. 248-256.

Amouzeshi, Z., Mohsenizadeh, M. & Amouzeshi, A., 2015. Effect of teaching nursing process using integrated method (concept map and advance organizer) on nursing students clinical learning. *Future of medical education journal*, 5(1), pp. 68-71.

Anderson, C., Moxham, L. & Broadbent, M., 2016. Providing support to nursing students in the clinical environment: a nursing standard requirement. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 52(5), pp. 636-642.

Alves, A.G., Martins, C.A., Pinho, E.S., Almeida, N.A.M. & Tobias, G.C., 2017. Teaching practice of the nurse in the stork network based on the historical-cultural theory. *Journal of Nursing*, 11(9), p. 3331.

Aston, L. & Hallam, P., 2014. *Successful mentoring in nursing*. 2nd ed. London: SAGE, pp. 5-18.

Banič, M., 2015. *Izkušnje učiteljev razrednega pouka s poučevanjem gospodinjstva: Magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Beskine, D., 2009. Mentoring students: establishing effective working relationships. *Nursing standard*, 23(30), pp. 35-40.

Bjelan, N., 2010. *Mentorstvo v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Boot, G., Mohide, A. & Lawlor, Y., 2011. A clinical teaching technique for nurse preceptors: the five minute preceptors. *Journal of Professional Nursing*, 27(1), pp. 35-42.

Bunyan, C. & Lawson, L., 2013. The role of the mentor in evaluating learning. *The practising midwife*, 16(8), pp. 15-16.

Chachula, K.M., Myrick, F. & Yonge, O., 2015. Letting go: how newly graduated registered nurses in Western Canada decide to exit the nursing profession. *Nurse Education Today*, 35(7), pp. 912-918.

Chen, Y., Watson, R. & Hilton, A., 2016. An exploration of the structure of mentors behavior in nursing education using exploratory factor analysis and Mokken scale analysis. *Nurse education today*, 40, pp. 161-167.

Costel - Marius, E., 2010. The didactic principles and their applications in the didactic activity. *Sino-US English Teaching*, 7(9), pp. 24-34.

Cvetek, S., 2019. *Na študenta osredinjeno poučevanje: priročnik za visokošolske učitelje*. Ribniško selo: Akadem, izobraževalni razvoj in storitve.

Čuk, V., 2010. Izkustveno učenje in profesionalni razvoj v kliničnem okolju. In: B. Skela Savič, ed. *3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu: zbornik predavanj. Ljubljana, 16. - 17. september*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 342-352.

Čuk, V., 2014. *Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi: doktorsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.

Dadge, J. & Casey, D., 2009. Supporting mentors in clinical practice. *Pediatric nursing*, 21(10), pp. 35-37.

Eddins, E.E., Jie, H. & Huaping, L., 2011. Baccalaureate nursing education in China: issue and challenges. *Nurse Education Perspectives*, 32(1), pp. 30-33.

Elcigil, A. & Sari, H.Y., 2008. Students opinions about and expectations of effective nursing clinical mentors. *Journal of nursing education*, 47(3), pp. 118-123.

Ermenc Skubic, K., 2014. *Uvod v primerjalno pedagogiko*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete, pp. 49-58.

Faydalı, S. & Çayır, A., 2016. Mentoring, Nursing Students' Opinions; a Pilot Study. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 5(12), pp. 102-108.

Fernandes, M.A., Soares, N.S.A., Ribeiro, I.A.P., Sausa, C.C.M. & Ribeiro, H.K.P., 2018. Active methodologies as a tool for training in mental health. *Journal of Nursing Research*, 12(12), pp. 3172-3180.

Field, A., 2009. *Discovering statistics using SPSS*. London: SAGE.

Govekar - Okoliš, M., 2011. Mentorstvo in pomen mentorjeve samoevalvacije. In: N. Ličen, ed. *Neformalno izobraževanje za trajnostni razvoj, priročnik za delo v andragoških skupinah*. Ajdovščina: Ljudska univerza Ajdovščina, pp. 41-45. [online] Available at: http://www.lu-ajdovscina.si/o_nas/publikacije/ [Accessed 5 March 2019].

Govekar - Okoliš, M., Kranjčec, R. & Gruden, U., 2010. *Pogledi mentorjev na praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Govekar – Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2016. *Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Govekar - Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2018. Naloge mentorja za kakovostno mentorstvo višješolskim študentom. *Andragoška spoznanja*, 24(3), pp. 73-90.

Helminen, K., Tossavainen, K. & Turunen, H., 2014. Assessing clinical practice of student nurses: Views of teachers, mentor and students. *Nurse Education Today*, 34, p. 1161.

Holland, K., Roxburgh, M., Johnson, M., Topping, K., Watson, R., Lauder, W. & Porter, M., 2010. Fitness for practice in nursing and midwifery education in Scotland. *Journal of clinical nursing*, 19, pp. 461-469.

Hoyer, S., 2005. *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo Ljubljana, pp. 148-190.

Huybrecht, S., Loeckx, W., Quaeyhaegens, Y., Tobel, D.D. & Mistiaen, W., 2011. Mentoring in nursing education: Perceived characteristics of mentors and the consequences of mentorship. *Nurse education today*, 31(3), pp. 274-278.

Istenič Starčič, A. & Vonta, T., 2010. Mentorstvo na delovnem mestu – ocena učinkov sodelovanja v mentorskih timih in e-portfoliu na razvoj generičnih kompetenc. *Vzgoja in izobraževanje*, 41(6), pp. 38-43.

Ivanuš Grmek, M. & Javornik Krečič, M., 2011. *Osnove didaktike*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.

Jakubik, L.D., Eliades, A.B. & Weese, M.M., 2016. Part 1: An overview of mentoring practices and mentoring benefits. *Pediatric nursing*, 42(1), p. 37.

Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeeah, D. & Coco, K., 2011. A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of clinical nursing*, 20(19-20), pp. 2854-2867.

Jyoti, J. & Sharma, P., 2015. Impact of Mentoring Functions on Career Development: Moderating Role of Mentoring Culture and Mentoring Structure. *Global Business Review*, 16(4), p. 4.

Kaihlanen, A.M., Lakanmaa, R.L. & Salminen, L., 2013. The transition from nursing student to registered nurse: The mentors possibilities to act as a supporter. *Nurse education in practice*, 13(5), pp. 418-422.

Kapustin, J.F. & Stankiewicz Murphy, L., 2008. Faculty Mentoring in Nursing. Topic in advanced practice. *Nursing Journal*, 8(4).

Kermavnar, N. & Govekar - Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-37.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Komensky, J.A., 1995. *Velika didaktika*. Novo mesto: Pedagoška obzorja.

Kramar, M., 2009. *Pouk*. Nova Gorica: Educa.

Krause – Parello, C., Sarcone, A., Samms, K. & Boyd, Z.N., 2013. Developing a center for nursing research: An influence on nursing education and research through mentorship. *Nurse education in practice*, 13(2), pp. 106-112.

Krek, J. & Metljak, M., 2011. *Bela knjiga o vzgoji in izobraževanju v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 467-77.

Kubale, V.Z., 2018. *Metodično oblikovanje učnih tem*. Celje: Samozaložba.

Kulaš, F., 2013. *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.

Lascelles, M.A., 2010. *Students' and Mentors' experiences of mentoring and learning in practice during the first year of an accelerated programme leading to nursing registration: doktorska dizertacija*. Great Britain: University of Leeds, School of education.

Ličen, N., 2009. *Uvod v izobraževanje odraslih*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani, Oddelek za pedagogiko in andragogiko.

Lorber, M. & Donik, B., 2009. *Učenje v kliničnem okolju - pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at:

https://www.zbornicazveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/112B.pdf

[Accessed 5 March 2019].

Meden, E., Kvas, A. & Hoyer, S., 2017. Opisna raziskava mnenj in stališč študentov zdravstvene nege ter kliničnih mentorjev glede ocenjevanja kliničnega usposabljanja. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 320-327.

Muršak, J., 2012. *Temeljni pojmi poklicnega in strokovnega izobraževanja*. Ljubljana: Center Republike Slovenije za poklicno izobraževanje.

Nunnally, J.C. & Bernstein, E.H., 1994. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York: McGraw – Hill.

Porumb, I., 2015. The quality of mentorship in education – a resource in growing the attractiveness of the teaching career. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 180, pp. 945-952.

Pritchard, E. & Gidman, J., 2012. Effective mentoring in the community setting. *British Journal of Community Nursing*, 17(3), pp. 119-124.

Royal College of Nursing, 2017. *RCN guidance for mentors of nursing and midwifery students*. London: RCN.

Rylance, R., Barrett, J., Sixsmith, P. & Ward, D., 2017. Student nurse mentoring: an evaluative study of the mentor's perspective. *British Journal of Nursing*, 26(7), p. 3.

Schupbach, J.E., 2012. *Strategies for Clinical Teaching*. Available at: <https://www.audiologyonline.com/articles/strategies-for-clinical-teaching-6944> [Accessed 13 March 2019].

Shahram, B., Robabeh, M. & Zohreh, V., 2014. The diversity of Iranian nursing students' clinical learning styles: A qualitative study. *Iran. Nurse education in practice*, 14(5), pp. 525-531.

Shirani Bidabadi, N., Nasr Isfahani, A., Rouhollahi, A. & Khalili, R., 2016. Effective Teaching Methods in Higher Education: Requirements and Barriers. *Journal of Advances in Medical Education & Professionalism*, 4(4), pp. 170-178.

Skela Savič, B., Mežik Veber, M., Romih, K., Kastelic, M., Skinder Savić, K., Filej, B., Kaučič, B.M. & Ramšak Pajk, J., 2009. *Zbir intervencij v zdravstveni negi za klinično usposabljanje – vodnik za študente in mentorje*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Valentič Zuljan, M., 2012. *Profesionalne poti pedagoških delavcev*. Vršac: Visoka škola strukovnih studija za obrazovanje vaspitača "Mihailo Palov".

Wood, C.M., 2018. Mentoring: A Guide to New Faculty Success. *The Maryland Nurse new and Journal*, 19(3), p. 21.

Wooden, J. & Yaeger, D., 2012. *Priprava tekme za življenje – moč mentorstva*. Slovenske Konjice: Nobis Gorjup & Šauperl, pp. 3-5.

Yildirim, B., Ozkahraman, S. & Karabudak Sarikaya, S., 2011. The critical thinking teaching methods in nursing students. *International journal of business and social science*, 2(24), pp. 174-182.

Žakelj, A., 2012. *Od preverjanja do ocenjevanja znanja*. [pdf] Zavod Republike Slovenije za šolstvo. Available at: <https://www.zrss.si/pdf/razvijanje-vrednotenje-znanja-2012.pdf> [Accessed 30 May 2019].

Žerdoner, L., 2015. *Samoevalvacija dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani,

sem Manca Pogačnik, študentka magistrskega študija zdravstvene nege na Fakulteti za zdravstvo Jesenice, smer zdravstvena nega. V svojem magistrskem delu z naslovom *Uporaba metod didaktike pri mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju pod mentorstvom doc. dr. Irene Trobec* želim ugotoviti didaktični vidik pri izvajanju mentorstva študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju.

Z anketo, ki je pred vami, in z vašim sodelovanjem, bi pridobila podatke, ki bi mi pomagali pri analizi in proučevanju obravnavane tematike. Anketa je anonimna, rezultate bom uporabila izključno za namen magistrskega dela. Prosim Vas, da odgovorite na vsa vprašanja.

Vnaprej se Vam najlepše zahvaljujem za sodelovanje.

1. sklop: DEMOGRAFSKI PODATKI

Spol: <input type="checkbox"/> Moški <input type="checkbox"/> Ženska	Starost: _____ let Delovna doba: _____ let Število let izvajanja mentorstva: _____ let
Izobrazba: <input type="checkbox"/> Srednješolska <input type="checkbox"/> Višje/visokošolska <input type="checkbox"/> Univerzitetna <input type="checkbox"/> Magisterij	Koliko ur (povprečno) na dan, v času svojega delovnika, namenite delu s študenti? _____ ur
Delovno mesto: <input type="checkbox"/> Patronažno varstvo <input type="checkbox"/> Negovalna enota/oddelek <input type="checkbox"/> Ambulantna dejavnost (primarna raven) <input type="checkbox"/> Ambulantna dejavnost (sekundarna raven) <input type="checkbox"/> Enota intenzivne terapije <input type="checkbox"/> Urgentna dejavnost	Okvirna samoocena znanja s področja didaktike (1 pomeni slabo znanje, 5 pomeni odlično znanje): a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5

2. sklop: MENTORSTVO

Pred vami so napisane trditve na temo **mentorstvo študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju**. Vsako trditev ocenite z oceno od 1 do 5 glede na vaša stališča strinjanja s trditvijo. Z **X** označite ustrezen odgovor.

		1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinjam</i>	3 <i>ni ne strinjam/ni se strinjam</i>	4 <i>se strinjam</i>	5 <i>popolno- ma se strinjam</i>
M1	Študentu dopustim čas, da razvije svoje mnenje in kritično razmisli.					
M2	Odnos mentor/študent temelji na medsebojnem zaupanju.					
M3	Medsebojno zaupanje dosežem z individualno obliko dela.					
M4	Študentu sem vzor in v podporo.					
M5	Vlogo mentorja vidim kot svojo priložnost za karierno napredovanje.					
M6	Vlogo mentorja sprejemam kot izziv.					
M7	Vloga mentorja mi predstavlja dodatno delovno obremenitev.					
M8	Za izvajanje mentorstva imam dovolj časa.					
M9	Študentu na kliničnem usposabljanju ne zaupam dovolj, zato aktivnosti raje opravi sam/a.					
M10	Študentu na kliničnem usposabljanju zaupam.					
M11	Študentu na začetku kliničnega usposabljanja razložim, kaj pričakujem od njega.					

3. sklop DIDAKTIKA

Pred vami so napisane trditve na temo **uporabe didaktike pri mentorstvu študentov zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju**. Vsako trditev ocenite z oceno od 1 do 5 glede na vaša stališča strinjanja s trditvijo. Z **X** označite ustrezen odgovor.

		1 <i>nikakor se ne strinjam</i>	2 <i>se ne strinja m</i>	3 <i>ni ne strinjam/nit i se strinjam</i>	4 <i>se strin jam</i>	5 <i>popolno -ma se strinjam</i>
D1	Didaktika omogoča učinkovito osvajanje znanj in spretnosti študenta.					
D2	Pri mentorstvu uporabljam različne učne metode glede na že osvojeno znanje študenta.					
D3	Pri izvajanju mentorstva uporabljam različne učne metode dela ne glede na znanje študenta.					
D4	Najboljši način za učenje novih intervencij na kliničnem usposabljanju je učna metoda demonstriranja.					
D5	Učno vsebino, s katero želim seznaniti študenta, si zapišem.					
D6	Študentu ne dovolim, da bi delal sam brez nadzora.					
D7	Študenta spodbujam, da čim več aktivnosti opravi sam pod mojim nadzorom.					
D8	Za študenta v kliničnem okolju naredim načrt kliničnega usposabljanja.					
D9	Didaktična načela so mi vodilo za izvajanje mentorstva.					
D10	Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode demonstriranja in razlaganja.					
D11	Pomanjkanje časa je ovira za uporabo učne metode spodbujanja.					
D12	Tekom rednega izobraževanja sem pridobil/a dovolj znanja iz didaktike.					
D13	Kot mentor imam za delo s študenti dovolj pedagoškega znanja.					
D14	Pri mentorstvu imam težave, kako posredovati študentu svoja praktična znanja.					
D15	Za vsakega študenta si postavim cilje, ki jih želim doseči med kliničnim usposabljanjem.					
D16	Pri mentorstvu uporabljam individualno obliko dela.					
D17	Pri mentorstvu uporabljam skupinsko obliko dela.					
D18	Kot mentor sprotno posredujem povratne informacije študentu o uspešnosti učenja.					
D19	Na koncu kliničnega usposabljanja ocenim svoje opravljeno delo.					
D20	Študentu na koncu kliničnega usposabljanja podam povratno informacijo o njegovem delu na kliničnem usposabljanju.					

4. sklop UČNE METODE

4.1 Pred vami so vprašanja o **pogostosti uporabe učnih metod pri mentorstvu študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju**. Z **X** označite ustrezen odgovor.

		nikoli	1x na teden	vsak drugi dan	vsak dan / večkrat na dan
U1	Kako pogosto uporabljate metodo razlaganja?				
U2	Kako pogosto uporabljate metodo demonstriranja?				
U3	Kako pogosto uporabljate metodo praktičnih del?				
U4	Kako pogosto uporabljate metodo pogovora?				
U5	Kako pogosto uporabljate metodo spodbujanja?				

4.2. S številkami 1-5 označite učne metode, ki jih glede na **pogostost uporabljate pri mentorstvu študentom zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju** (1 pomeni, da učno metodo najpogosteje uporabljate, 5 pomeni, da učno metodo uporabljate redkeje).

- ___ Metoda razlaganja
 ___ Metoda demonstriranja
 ___ Metoda praktičnih del
 ___ Metoda pogovora
 ___ Metoda spodbujanja

Na katerem področju si želim dodatnih izobraževanj za kvalitetnejše izvajanje mentorstva?

Menite, da potrebujete za izvajanje mentorstva dodatno izobraževanje ter usposabljanje na področju didaktike?

- a) Da
 b) Ne

Napišite tisto, kar v vprašalniku ni zajeto, pa menite, da je glede na obravnavano temo pomembno.

Najlepša hvala za sodelovanje.