



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

14.

14. —
**ŠOLA
ZA KLINIČNE
MENTORJE**

Novi
trendi v
**izobraževanju
mentorjev**

Spletni dogodek,
16. oktober 2020

14. šola za klinične mentorje

Novi trendi v izobraževanju mentorjev

Spletni dogodek (ZOOM), 16. oktober 2020

Urednice:

Marta Smodiš, mag. zdr. neg., spec. manag.
Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. manag.
Sedina Kalender Smajlovič, mag. zdr. neg.
Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg.
dr. Monika Zadnikar

Tehnične urednice:

Maja Femc, mag. bibl.
Nina Rustja, univ. dipl. bibl.

Izdajatelj:

Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin

Kraj izdaje:

Jesenice

Leto izdaje:

2020

Oblikovanje naslovnice:

MA marketing

Prispevki niso lektorirani.

Avtorji sami odgovarjajo, da so v prispevkih uporabili literaturo, ki jo navajajo.

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

614.2:37(082)(0.034.2)

ŠOLA za klinične mentorje (14 ; 2020 ; online)

Novi trendi v izobraževanju mentorjev [Elektronski vir] : 14. šola za klinične mentorje : 16. oktober 2020 : zbornik predavanj / [urednice Marta Smodiš ... et al.]. - E-zbornik. - Jesenice : Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, 2020

Način dostopa (URL):

<https://www.fzab.si/index.php?mact=News.cntnt01.detail,0&cntnt01articleid=5878&cntnt01origid=15&cntnt01pagelimit=10&cntnt01returnid=23>

ISBN 978-961-6888-48-6

1. Gl. stv. nasl. 2. Smodiš, Marta

COBISS.SI-ID 31618819



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

14. šola za klinične mentorje

Novi trendi v izobraževanju mentorjev

Spletni dogodek (ZOOM), 16. oktober 2020

ZBORNIK PREDAVANJ

Jesenice, 2020

Kazalo

Napredovanje in rast v mentorskem odnosu Mentor in njegov osebni stil Anton Tušek	1
Aktivne in sodobne metode poučevanja in ocenjevanja študentov v kliničnem okolju Sanela Pivač, Sedina Kalender Smajlović	8
Uporaba Nursing & Midwifery Council standardov pri kliničnem usposabljanju študentov Tadeja Drenovec, Živa Varl	14
Izkušnje in pričakovanja kliničnih mentorjev pri mentorstvu študentov zdravstvene nege Maja Zrnić, Karmen Perko	21
Uporaba simulacije kot sodobne metode učenja za dvig kakovosti v zdravstvu - izkušnje v Zdravstvenem domu Ljubljana Uroš Zafošnik, Robertina Benkovič, Davorin Marković, Jure Kajzar	27
Koristi procesa mentorstva za mentorja Anja Novak, Adrijana Ilievski	34
Novi trendi in pristopi pri kliničnem usposabljanju študentov fizioterapije Alenka Groboljšek	38
Mentorstvo v luči »etične« dileme med dodatno obremenitvijo, izzivi osebnega in profesionalnega razvoja ter odgovornostjo Erika Povšnar	40
Vrednotenje dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege Lilijana Žerdoner	48
Izkušnje študentov FZAB na kliničnih praksah Študentski svet FZAB	56

Napredovanje in rast v mentorskem odnosu

Mentor in njegov osebni stil

Anton Tušek¹

Izvleček

Mentorski odnos je napredovanje in rast. Rast in napredek se dogajata na različne načine in v številnih situacijah. Tudi potrebe so drugačne in so zato potrebni drugačni stili mentoriranja. V članku se zato posvetimo različnim stilom mentoriranja, ki se med sabo razlikujejo glede na željeni izid ter na namen, ki ga imajo v mentorskem procesu tako mentor in mentoriranec, kot tudi organizacija oziroma kolektiv del katerega sta. Predstavljeni teoretični model omogoča mentorju, da glede na situacijo lahko uravnoteži svoj stil mentoriranja tako, da upošteva potencialne posameznika in zahteve same situacije. V drugem delu članka se dotaknemo še druge razsežnosti stila mentoriranja, ki je vezan bolj na napredovanje in osebnostno rast samega mentorja. Tudi mentor se stalno gradi in oblikuje v iskanju svojega osebnega stila preko avtentičnosti, stika s seboj, poslušanja ter tudi znotraj organizacije in kolektiva, ki spodbuja kolektivno ustavljanje in refleksijo.

Ključne besede: mentorski odnos, rast, napredek, stil mentoriranja, osebnostna rast, kolektivno ustavljanje, refleksija, poslanstvo

1 Uvod

Za boljše razumevanje pomena in dinamike mentorskega dela bomo v tem članku predstavili nekaj teoretičnih osnov. Proces mentoriranja ima jasen namen: učenje in razvoj posameznika. Nekje znotraj samega procesa mora priti do izboljšanja ali celo spremembe. To je želeni izid. Če želimo, da se sprememba zgodi, morata biti izpolnjena dva pogoja: odnos ter reflektivni moment, ki se zgodi znotraj odnosa.

2 Mentorstvo in napredovanje posameznika

Da bi bolje razumeli, kaj je mentorstvo, katere strategije in orodja je treba uporabljati, da dosežemo cilj, ki smo si ga zastavili pri mentoriranju, bomo v nadaljevanju predstavili situacijski okvir (Brockbank & McGill, 2012). Gre za neke vrste zemljevid, s katerim lažje razumemo, kje se v neki organizaciji (oddelek bolnišnice, ambulanta, podjetje itd.) nahajamo v želji po spremembi.

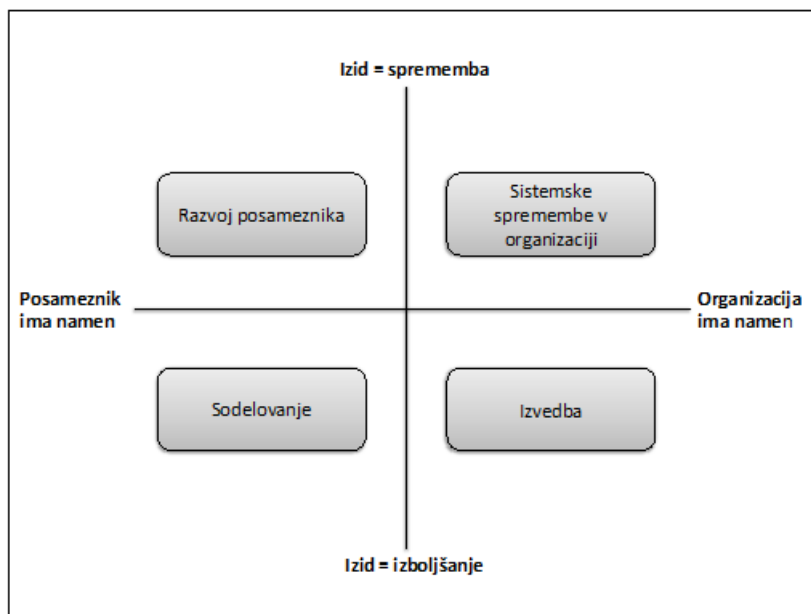
2.1 Štiri kategorije mentoriranja

Če smo v vlogi mentorja, nam načrt predstavljen v nadaljevanju pomaga prepoznati pravi namen, uporabiti pravi proces in doseči želeni izid. Brockbank in McGill (2012) menita, da moramo glede na konkretno situacijo najprej odgovoriti na naslednja tri vprašanja:

- Kdo poseduje (ima) namen mentorstva? Je to namen šole, organizacije, vodstva? Je to namen posameznika ali pa mogoče obeh?
- Kakšen proces bo uporabljen? Zelo direkten, nedirekten, strogo kognitiven in ali bo vseboval empatijo?
- Kakšen izid se pričakuje? Izboljšanje neke veščine (brez velikih sprememb) ali sprememba?

¹ Anton Tušek, dipl. org. turiz., Zavod Zaupanje, tone.tusek@gmail.com

Odgovori na ta vprašanja naš odnos z mentorirancem umestijo nekam znotraj situacijskega kvadranta, ki ga sestavljata dve osnovni osi: posedovanje namena (od desne proti levi) in učni izid (od spodaj navzgor).



Slika 1: Situacijski okvir mentoriranja
(Vir: Brockbank & McGill, 2012, p. 10)

Posedovanje namena - Ko so cilji in nameni mentoriranja postavljeni (na skrajnem desnem koncu osi lahko rečemo, da so kar direktni) od organizacije, je manj verjetno, da so v veliki meri sprejeti tudi s strani samega mentoriranca. V skrajnem primeru, ko organizacija vztraja pri svojih ciljih ne glede na motiviranost in vpletenost posameznika, je mentor seveda prisiljen uporabiti bolj direktivne in strukturirane metode, da bi se posameznik približal organizaciji in ne obratno. Bolj ko se pomikamo po osi proti levi, v večji meri so cilji mentorskega procesa tudi osebni cilji samega mentoriranca. Bolj, ko so cilji organizacije tudi cilji posameznika, v večji meri lahko mentor uporablja metodo reflektivnega dialoga (konstruktivna povratna informacija) in nedirektivne metode spremljanja oz empatije.

Učni izid - Izboljšanje pomeni, da osnovne stvari pri organizaciji in posamezniku ostanejo nespremenjene. Struktura, dinamika dela, procesi ostanejo taki, kot so (tako v organizaciji kot pri posamezniku), cilj je samo izboljšanje delovanja, izvajanja procesov, kot se že izvajajo. Sprememba (transformacija) pa predpostavlja, da se posameznik ali organizacija (ali pa oba) radikalno spremenita.

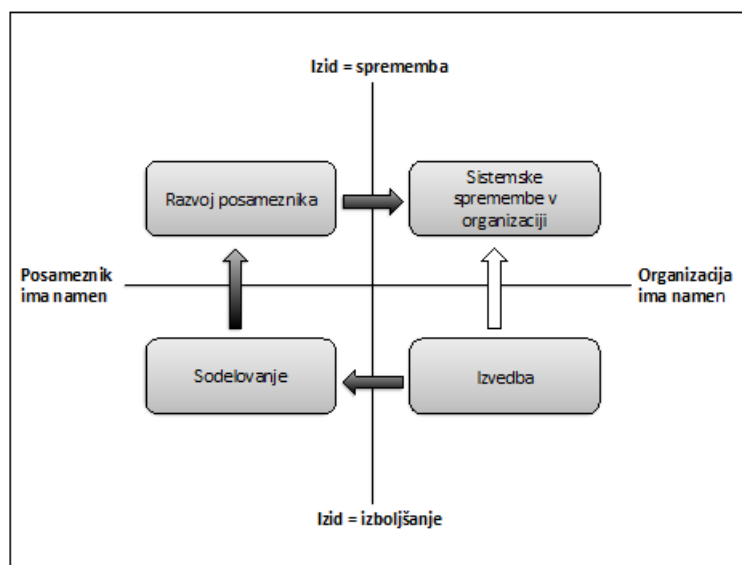
Posamezni kvadranti opisujejo, kaj se dogaja z organizacijo in posameznikom in kaj to pomeni za mentorja in mentorski proces.

Izvedba. Organizacija v tem primeru predvsem želi, da posameznik izboljša svojo izvedbo, da je boljši v tem, kako opravlja svoje delo. Pri tem se večinoma ne ukvarja z mnenjem in vrednotami posameznika. Naloga mentorja je v teh primerih predvsem posredovati informacije, poučiti posameznika, da bo bolje deloval v skladu s cilji organizacije. Tako mentorstvo je predvsem značilno pri uvajanju novih zaposlenih. Način mentorskega procesa je zelo direktiven, tipično didaktičen in usmerjen v prenos znanja ter dajanje nasvetov (Brockbank & McGill, 2012). Lahko ga srečamo tudi v organizacijah, kjer vodstvo želi na hierarhičen način z odsotnostjo dialoga uvesti večje spremembe. To je po navadi neuspešno. Zakaj? Za vsak napredek je potreben odnos in dialog. Če se v mentorskem procesu mentoriranec ne počuti varno se bo tudi zelo malo naučil in skromno napredoval.

Sodelovanje. V tem kvadrantu najdemo primere, ko organizacija želi na različne načine »prepričati« posameznika, da cilje organizacije vsaj delno sprejme kot svoje oz. prilagodi svoje cilje in namene, da bodo bolj v skladu s cilji in nameni organizacije. V tem primeru lahko na nek način govorimo o vzpostavljanju sodelovanja med organizacijo in posameznikom. Glavni cilj pa tudi v tem primeru ostaja izboljšanje izvedbe. Mentorja zanima mnenje mentoriranca ter njegov vrednostni sistem, saj želi najti skupno točko. Zato je za mentorski proces značilna uporaba tehnik aktivnega poslušanja in empatije (Brockbank & McGill, 2012).

Razvoj. Organizacija si želi sprememb preko transformacije svojih potencialov, torej v prvi vrsti preko ljudi. Zato uporabi notranje in pogosto tudi zunanje mentorje, katerih cilj je predvsem napredovanje in sprememba posameznikov. Organizacija verjame, da so spremembe možne z vlaganjem v rast in osebnostni razvoj kadrov. V tem primeru govorimo tudi o razvojnem mentoriranju, kjer so cilji postavljeni v glavnem s strani mentoriranca, proces je usmerjen na osebo in cilj je sprememba. V tem kvadrantu lahko vidimo tudi mentoriranje znotraj izobraževalnega procesa, saj je razvoj in sprememba posameznika glavni cilj praktičnih projektov.

Sistemske spremembe. Organizacija se želi spremeniti kot sistem. Pogosto se zato loti strateškega mentorstva, kjer tudi vodilni kadri vstopijo v mentorski odnos z zunanjimi mentorji. Včasih pa lahko vodstvo organizacije meni, da bo do celostnih sprememb prišlo enostavneje samo preko izvedbenega mentorstva (prvi kvadrant). Dokazano je (Brockbank & McGill, 2012), da je to neuspešna pot. Če si organizacija želi celostnih sprememb in uspeha ter dolgoročne učinkovitosti, mora nujno prehoditi pot, ki vodi preko sodelovanja in razvoja.

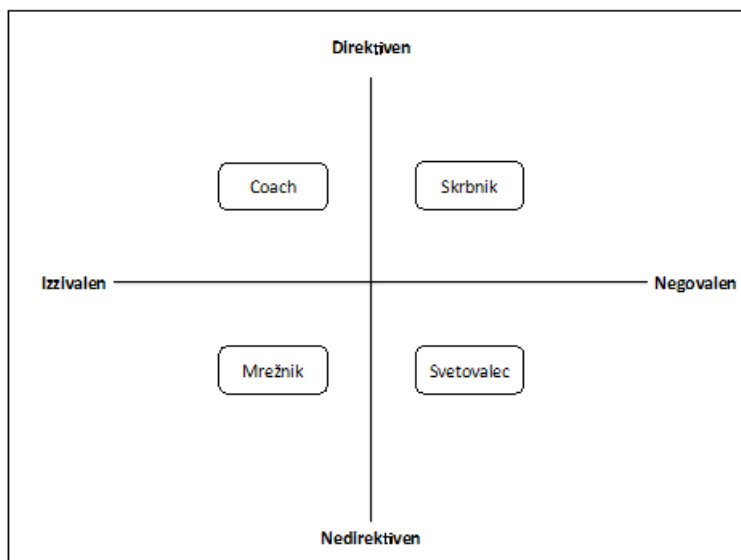


Slika 2: Situacijsko mentorstvo – pot do sprememb v organizaciji
(Vir: Brockbank & McGill, 2012, p. 12)

Kakšen način mentoriranja bo mentor izbral pri svojem delu, je torej odvisno od tega, čigav in kakšen je namen mentoriranja. Mentoriranje študentov in novozaposlenih lahko umestimo nekam med kvadranta sodelovanje in razvoj. Čeprav je tudi interes zdravstvenega kolektiva, da je študent uspešen in njegova izvedba čim boljša, je vseeno v ospredju želja, da enako kot na strokovnem, določene korake naredi tudi na osebnem področju. Sodelovati s študenti in novozaposlenimi pomeni v nekem delu »prepričati« jih, da je upoštevanje vrednot in pravil stroke tudi v njihovem interesu. Hkrati pa je treba v določeni meri upoštevati tudi potencialne in zanimanja posameznika in mu pomagati na poti njegove osebne in profesionalne poti.

2.2 Dve dimenziji mentorskega odnosa

Pri sodelovalnem in razvojnem mentorstvu je ključnega pomena odnos, ki se oblikuje med mentorjem in mentorirancem. To v svoji razpravi ugotavljata tudi Gannon in Maher (2012). V raziskavi, ki sta jo opravila med študenti in mentorji, ugotavljata, da je bil odnos, ki se je vzpostavil med mentorjem in študentom, ključni faktor pri napredovanju in uspešnosti študenta. Zato se mi v nadaljevanju zdi smiselno predstaviti dve dimenziji odnosa, ki se vzpostavita ne samo pri mentorstvu, temveč pri vsakem odnosu pomoči (Clutterbuck, 2014).



Slika 3: Dve dimenziji in štirje stili mentorskega odnosa
(Vir: Clutterbuck, 2014, p. 10)

Prva dimenzija (od spodaj navzgor) nam sporoča, kdo je glavni v konkretnem odnosu. Kdo postavlja pravila, kdo usmerja proces? Bolj ko je mentor tisti, ki prevzame odgovornost za samo strukturo, cilje in ritem mentoriranja, bolj se pomikamo navzgor po navpični premici. Nasprotno pa se pomikamo po premici navzdol, bolj ko iniciativo prevzema mentoriranec sam oz. ga k temu mentor spodbuja. Od tega je odvisno, v kako močnem direktivnem tonu bo potekalo mentorstvo. Druga dimenzija je povezana s potrebami mentoriranca in govori o tem, v kakšni meri so pri mentoriranju upoštevane. Mentor je lahko zelo podporen, razumevajoč, upošteva mentorirančeve potrebe. V tem primeru Clutterbuck (2014) govori o negovalnem mentorstvu (nurturing). Mentor pa je lahko tudi zelo zahteven in izzivalen, spodbuja, da se mentoriranec »raztegne« (stretching) čez svoje meje udobnega in doseže nekaj več. V tem primeru govorimo o izzivalnem mentorju. Na podlagi teh dveh dimenzij lahko govorimo o štirih stilih, ki jih lahko zavzame mentor v odnosu do mentoriranca.

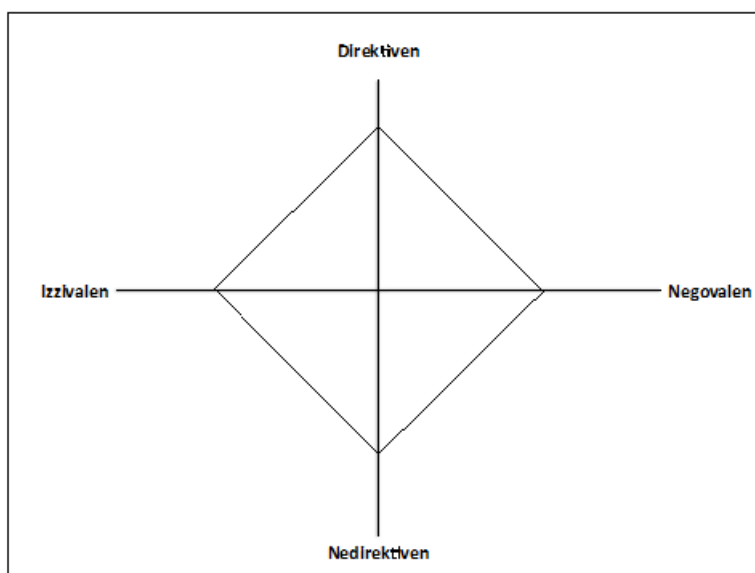
Skrbnik - Značilno za to vlogo je puščanje svobode posamezniku znotraj jasnih okvirjev in pravil. Kot pravi Clutterbuck (2014), to pozicijo zavzame največ vodij ali mentorjev, ker je tako pogosto najlažje. Vzbuja se vtis, da je odnos negovalen in da posameznik lahko vpliva na proces in ponuja svoje predloge. Pa vendar je na koncu tako, kot odloči mentor. Mentoriranec oz. varovanec je sicer zaščiten s strani svojega skrbnika, ki mu pušča svobodo, na koncu pa vendarle odgovarja in ostaja dolžan za vse, kar je skrbnik oz. sponzor vložil v njegov razvoj.

Svetovalec - Vloga mentorja kot svetovalca je nekoliko bolj medla. Je relativno nedirektiven. Pušča veliko svobode, pomaga z nasveti in aktivnim poslušanjem (Clutterbuck, 2014). Pogosto je res, da mentoriranec potrebuje samo nekoga, da ga posluša in ob katerem si razjasni situacijo in možnosti.

Mrežnik - Vloga mrežnika je pomembna, ker odpira nova poznanstva, nova znanja in nove možnosti. »Spodbuja mentorirance, da raziskuje strokovna področja, spoznava novosti in spleta kontakte s strokovnjaki z njegovega področja.« (Clutterbuck, 2014, p. 11) Mentor se zaveda, da sta kvaliteta in obseg mentorirančeve mreže pozitivno povezana z njegovim uspehom in kvaliteto same izvedbe. To mogoče v tem našem kontekstu ni tako zelo aktualno.

Coach - Mentor je lahko tudi neke vrste trener, ki spodbuja in izziva mentorirance k razvijanju svojih sposobnosti in piljenju izvedbe. Od njega pričakuje vedno več, želi, da prestopa meje in odkriva lastne potenciale, ki se jih niti ne zaveda (Kobolt, 2010). Mentor s svojimi zahtevami in vztrajnostjo omogoča mentorirancu, da doseže osebno in profesionalno mojstrstvo.

Dober mentor se pri mentoriranju študentov in novozaposlenih giblje nekje med tretjim in četrtem kvadrantom, to pomeni med sodelovalnim in razvojnim mentorstvom. Če stil odnosa, ki ga mora v tem primeru razviti mentor s svojim mentorirancem, umestimo v skico dveh dimenzij odnosa po Clutterbucku (2014), dobimo naslednjo sliko (gl. sliko 4). Clutterbuck (2014) meni, da je odlika učinkovitega razvojnega mentorja ta, da zna loviti ravnovesje med vsemi štirimi stili odnosa.



Slika 4: Razvojno mentorstvo
(Vir: Clutterbuck, 2014, p. 12)

3 Napredovanje in rast mentorja ter njegov osebni stil

Mogoče bi utegnili zmotno razumeti, da je mentoriranje vsak primer odnosa, kjer nekdo želi drugi osebi nekaj svetovati, pomagati ali pa nanj prenaša določeno izkušnjo. Kot pravi Clutterbuck (2014, p. 1) »ima večina ljudi močan instinkt biti mentor, vendar dobro opraviti vlogo mentorja pomeni imeti sposobnost se zadržati in dopustiti ljudem, da se naučijo sami«. Iz povedanega lahko razumemo, da mentor ne more biti vsak in da so za dobro mentoriranje poleg izkušenj in dobre volje potrebne tudi določene veščine. Predvsem pa je pomembno, da se mentor zaveda pomena tudi svoje, ne samo strokovne, ampak tudi osebne rasti.

Osebna rast mentorja samega se dogaja vseskozi. Tako v obdobju svoje lastne profesionalne rasti, kot tudi kasneje, ko že postane mentor. V resnici je vloga mentorja zelo pomembna. Lahko spreminja življenje. Tega ne trdim samo zato, ker je zdravstvena stroka tako zelo povezana z zdravjem in golim preživetjem bolnikov in kjer je strokovna napaka zares lahko usodna. To dejstvo je seveda neizpodbitno. Vseeno pa mentorstvo vpliva tudi na življenje samega mentoriranca. »V ključnih momentih imeti mentorja lahko pomeni bistveno razliko v

tem, kakšno odločitev sprejmemo, kako prepričani smo, ko jo sprejmemo in kako verjetno je, da bomo dosegli, kar hočemo» (Clutterbuck, 2014, p. 3). Menim, da velika večina ljudi v sebi dobro razume, kaj pomeni imeti dobrega ali slabega mentorja. Pogosto je to ključno za oblikovanje strokovnosti, samozvesti in predanosti poklicu. Če smo iskreni je pogosto od mentorja v veliki meri odvisna tudi iskrica in osebna nota, ki jo posameznik vnaša v svoj poklic. To pa na vseh področjih strokovnosti pomeni bistveno kvalitativno razliko opravljanja nekega poklica.

In kako mentor najde svojo iskrico? Svojo osebno noto in svoj osebni stil? Nekaj iskrenosti, časa in predvsem ljubezni do poklica je potrebno za to. Vendar to ni dovolj. Tudi mentor se oblikuje preko zdravega odnosa do sebe in z nekaj potrebne discipline. Izpostavil bi nekaj področij rasti dobrega mentorja.

Avtentičnost. Je osebna moč, ki se rodi z zorenjem. Avtentičen je mentor, ki je »pri svojem delu uglašen s svojimi mislimi, občutki, čustvi in osebnimi vrednotami in jih tudi povsem iskreno in nevsiljivo izraža skozi svoje delo in skozi vse to kar je« (Cuddy, 2016, p. 24). Avtentičen mentor je osebnostno močan (ta moč pa ne izhaja iz njegove pozicije ampak iz njegove osebe) in s svojo avtentičnostjo užiga in navdušuje mentoriranca. »Avtentičnost je rezultat osebne rasti in iskrene notranje povezanosti s samim seboj« (Cuddy, 2016, p. 25).

Tišina - stik s poslanstvom. Številne študije poudarjajo, da svoj najgloblji jaz, svoj namen in smisel iz katerega posameznik črpa energijo za svoje delo in svoj osebni stil, najlažje dosežemo v tišini. V stiku s samim seboj. Dovolj je, da si mentor vzame čas za samo - refleksijo in si redno odgovarja na vprašanja: Kdo sploh sem? Kaj delam? Zakaj to delam? Kaj drugi potrebujejo od mene? Kaj jim želim dati in sporočiti s svojim delom? Za vse to je seveda bistveno vzeti si čas za tišino. Sliši se preprosto, a je v današnjem svetu pogosto tako težko. Dober mentor je tisti, ki si vzame čas za tišino in v njej tudi zdrži (AVTOR).

Poslušanje. Poslušanje in ne govorjenje je bistveni del mentorskega procesa. Mentorski proces je odnos. »Odnos se vzpostavi tam, kjer je zaupanje in varnost. Varnost in zaupanje pa se vedno vzpostavljata s poslušanjem.« (Cuddy, 2016, p. 85). Šele v drugi fazi je pomembno razlaganje, poučevanje in usmerjanje. Obstaja pa še drugi nivo poslušanja. Glede na to, da mentor želi spodbujati konstruktiven odnos in reflektivno učenje je torej priporočljivo, da tudi sam povabi mlade oz. ljudi s katerimi dela, da podajo povratno informacijo na njegovo delo. Vsi smo odgovorni k stalnemu spodbujanju svojih lastnih procesov zorenja. Ne samo z nabiranjem informacij ampak tudi z zrelo odprtostjo za povratno informacijo.

Supervizija - kultura kolektivnega ustavljanja. Za napredovanje svojih strokovnjakov je seveda odgovorna tudi organizacija sama oz. kolektiv, katerega del je mentor. "Učeča se organizacija" je sicer znan termin, ki pa pogosto ostane samo na papirju. Posameznik se znotraj tima, kolektiva in organizacije lahko uči na več nivojih (Tušek, 2016, p. 41). Lahko *izboljšuje* procese in tehnike. Lahko se *spreminja* tako, da napreduje v svojem osebnem in profesionalnem življenju. Najvišji nivo pa je *učenje o učenju*. Ta nivo zahteva reflektivni moment na kolektivnem nivoju. Ustavitev, kratek odmik od dogajanja in pogled od zunaj na to kar se dogaja v delovnem procesu. Zastavljanje vprašanj, poslušanje drug drugega, izpostavljanje problematik in predvsem učenje drug od drugega. Čas za supervizijo. Zaradi tega bi se morali vodilni zavedati pomena "kolektivnega ustavljanja in refleksije".

4 Zaključek

Namen razprave v tem članku je bil predvsem predstaviti kompleksnost mentorskega odnosa in prikazati kliničnim mentorjem, da lahko izbirajo kakšen stil mentoriranja želijo imeti oz. kakšnega zahteva od njih konkretna situacija na delovnem mestu. Mentorjev cilj je seveda uravnotežiti stile mentoriranja in v prakso prenesti tudi svoja lastna spoznanja in svojo osebno rast. V resnici je to tisto, kar dokončno določa mentorjev stil - njegov osebni razvoj. Čeprav pri

mentoriranju diskusija vedno teče v smeri "kaj moramo naučiti mentoriranja", se v resnici diskusija konča - in rast mentorja začne - z vprašanjem z drugega konca: Kaj se moram kot mentor še naučiti o sebi?

Literatura

Brockbank, A. & McGill, I., 2012. *Facilitating Reflective Learning. Coaching, Mentoring & Supervision*. London: Kogan Page Limited.

Brookhart, S.M., 2008. *How to give effective feedback to your students*. Alexandria: Association for Supervision and Curriculum Development.

Clutterback, D., 2014. *Everyone needs a mentor*. London: CIPD Institute.

Cuddy, A., 2016. *Presence. Bringing your boldest self to your biggest challenges*. London: Orion Publishing Group Ltd.

Duffy, K., 2013. Providing constructive feedback to students during mentoring. *Nursing Standard*, 27(31), 50-56.

Gannon, J. & Maher, A., 2012. Developing tomorrow's talent: the case of an undergraduate mentoring programme. *Journal of Education and Training*, 54(6), pp. 440-455.

Stone, D. & Heen, S., 2014. *Thanks for the Feedback: The Science and Art of Receiving Feedback Well*. New York: Penguin Book.

Tušek, A., 2016. *Uporaba konstruktivne povratne informacije pri vodenju v turizmu: diplomska naloga*. Portorož: Univerza na Primorskem, Turistica.

Wisker, G. & Exley, K., 2008. *Working one-to-one with students: supervising, coaching, mentoring and personal tutoring*. New York: London: Routledge.

Aktivne in sodobne metode poučevanja in ocenjevanja študentov v kliničnem okolju

Sanela Pivač²

Sedina Kalender Smajlović³

Izvleček

Izobraževalni programi s področja zdravstva morajo biti usmerjeni v pridobivanje znanja in spretnosti za delo z zdravo in bolno populacijo, njihovimi svojci in širšo skupnostjo. Za kakovostno izobraževanje študentov v kliničnem okolju je pomembno poznavanje in uporaba aktivnih in sodobnih metod poučevanja s ciljem razvijanja kritičnega mišljenja študentov, samoizobraževanja, samostojnosti pri učenju ter motivacije. Aktivne in sodobne metode poučevanja in ocenjevanja je potrebno vpeljati v študijske procese s ciljem zagotavljanja kakovosti izobraževalnega procesa.

Ključne besede: metode poučevanja, kakovost, varnost, klinično okolje

1 Uvod

Vodenje in nadzor kliničnega usposabljanja je pomemben del izobraževalnega procesa oziroma profesionalnega razvoja zdravstvenih delavcev. Gre za metodološko posredovanje potrebnih spretnosti, znanja in izkušenj za opravljanje neke delovne naloge, ki vsebuje tri komponente, in sicer vodenje, usmerjanje in prikazovanje. Izobraževanje v zdravstveni negi in babištvu, kot tudi v drugih zdravstvenih vedah, predstavlja specifično področje izobraževanja. Gre za vzgojo za poklic in pridobivanje poklicnih spretnosti, veščin in znanj, zato lahko cilje usposabljanja opredelimo kot oblikovanje osebnosti, spreminjanje vedenja z osvajanjem poklicnih spretnosti in strokovno usposobljenost (Kermavnar, 2016). Študent v kliničnem okolju pridobiva izkušnje prek procesa učenja. Zato je naloga mentorja ne toliko učenje, temveč organizacija in iskanje priložnosti za izvajanje intervencij. Klinični mentor mora znati nenehno prepoznavati potrebe po novih znanjih, jih sprejeti ter uvesti v prakso (Babuder, 2016).

Kakovosten odnos med visokošolskim učiteljem, mentorjem in študentom vpliva na pozitivne izide izobraževanja in motivacijo študenta za delo v kliničnem okolju (Haakma, et al., 2016). Del organizacije je klinično okolje, kjer si ljudje nenehno prizadevajo za razvoj in doseganje napredka. Če učno okolje omogoča pozitivne predloge je tudi rezultat pozitiven. Ob negativnem učnem okolju so rezultati negativni. Visokošolski učitelj je eden od odločilnih dejavnikov za doseg uspeha pri izobraževanju (Hermansyah & Witarsa, 2017). Primarna naloga visokošolskega učitelja je, da omogoči ustvarjalno okolje in učno pot, v kateri se študent vključi (Pinto Zipp, et al., 2015) ter zagotovi učinkovite metode učenja s ciljem doseganja učnih izidov (Lloyd, et al., 2010).

2 Sodobno izobraževanje in aktivne metode poučevanja in ocenjevanja kliničnih veščin

Sodobno izobraževanje pozna več aktivnih metod poučevanja, ki bodo študentom olajšali učenje, povečali motivacijo za učenje, vzpodbujali kritično razmišljanje, samoizobraževanje in samostojnost pri učenju (Parikh, 2016).

² Sanela Pivač, mag. zdr. neg., spec. manag., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, spivac@fzab.si

³ Sedina Kalender Smajlović, mag. zdr. neg., viš. pred., Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin, skalendersmajlovic@fzab.si

2. 1 Payton Four Step metoda

Metoda »Payton Four Step Approach« je metoda učenja, ki je sestavljena iz 4 korakov. **Prvi korak** - *demonstracija*: učitelj z običajnim tempom intervencijo izvaja brez dodatnih verbalnih pojasnil. V **drugem koraku** - *dekonstrukcija* učitelj izvaja intervencijo skozi natančne opise vseh posameznih faz intervencije. V **tretjem koraku** - *razumevanje* učitelj izvaja intervencijo po navodilih študenta po posameznih fazah intervencije. V zadnjem, **četrtem koraku** - *učinek* študent sam izvede intervencijo brez pomoči učitelja. Študent mora v 1. in 2. koraku spremljati razlago intervencije učitelja, kar pomeni, da je aktivno vključen v proces razmišljanja, predno preide v 3. fazo, ko učitelj izvaja intervencijo po navodilih študenta (Nikendei, et al., 2014).

2. 2 Uporaba miselnih vzorcev (Mind mapping)

Miselni vzorec je orodje za ustvarjalno razmišljanje, ki odraža naravno delovanje možganov s slikami, besedami in povezavami (Hermansyah & Witarsa, 2017). Miselni vzorec je v obliki diagrama, ki lahko predstavlja koncept, idejo ali nalogo s centralno besedo. Sestavljeni so iz primarnih in sekundarnih vej. Primarne veje, ki izhajajo iz centra predstavljajo glavne ključne točke ali zamisli. Sekundarne veje ponazarjajo bolj podrobne točke (Burgess Allen & Owen Smith, 2010). Pri pripravi miselnega vzorca se uporabljajo različne barve, ki s slikami, liki in diagrami pritegnejo pozornost študentov (Kalyanasundaram, et al., 2017). Miselni vzorci pomagajo organizirati misli, izboljšuje ustvarjalnost, hitrost učenja ter spomina (Prima Nurlaila, 2013), obenem spodbuja razmišljanje, gradnjo znanja in izboljšuje učenje. Uporaba miselnih vzorcev študentom pomaga pri poučevanju, pridobivanju in obnavljanju znanja ter kritičnem razmišljanju (Kernan, et al., 2017; Luo, 2019).

2. 3 Vodena razprava (Debriefing metoda)

Vodena razprava (*ang. Debriefing*) je kot navajajo Karnjuš et al. (2014) najpomembnejši del učenja s simulacijami visoke stopnje posnemanja resničnosti, v kateri mentor pozove učeče se, da kritično ocenijo znanje in spretnosti, ki so jih pokazali med izvedbo scenarija. Je ključna metoda v kliničnih simulacijah (Mariani, et al., 2013). Znano je, da se mentorji velikokrat zanašajo le na lastne izkušnje in intuicijo pri dajanju povratne informacije ter uporabo zgolj osnovnih načel pedagogike in andragogike (Shellenbarger & Edwards, 2012), medtem ko ima vodena razprava več metod: ustna metoda (strukturirana in nestrukturirana), metoda uporabe videoposnetkov ter pisna metoda v obliki eseja (Karnjuš, et al., 2014). V okviru vodene razprave mora mentor pri učečih zajeti kognitivni, vedenjski in tehnični vidik učenja. Kognitivni učni cilji temeljijo na poznavanju določenega stanja ali bolezni; tehnični učni cilji so usmerjeni v poznavanje veščin ali dejavnosti, ki jih je treba izvesti med simulacijo; vedenjski učni cilji pa predstavljajo kombinacijo razmišljanja in delovanja znotraj delovne skupine (Halamek, 2008 cit in Karnjuš et al., 2014).

2. 4 Problemsko učenje (Problem Based Learning)

Problemsko učenje (*angl. Problem-based learning – PBL*) temelji na uporabi strukturiranih problemov za učenje (Hmelo Silver & Barrows, 2015). Problemsko učenje vpliva na boljše povezovanja teorije s prakso. Združuje več kognitivnih procesov, ki spodbujajo pridobivanje znanja in razumevanje naučenih vsebin (Loyens, et al., 2012). Obravnavanje kompleksnih problemov, ki se uporabljajo pri problemskem učenju, vključuje številne funkcije, ki spodbujajo visoko stopnjo kognitivnih procesov (Loyens, 2014). Različni avtorji (Schmidt, et al., 2007; Loyens, et al., 2012) navajajo, da je pri oblikovanju problema treba upoštevati štiri faze problemskega učenja. Študenti v **prvi fazi** aktivirajo predznanje in z razpravljanjem v skupini predlagajo možne razlage ali rešitve. Če je njihovo znanje pomanjkljivo, se oblikujejo učna vprašanja, ki vodijo v študentovo nadaljnje samostojno učenje. **Druga faza** je torej obdobje samostojnega učenja, ko študenti proučujejo literaturo, povezano z učnimi vprašanji. **Tretja**

faza je faza poročanja, ko se posamezne ugotovitve predstavijo skupini. V **četrty fazi** pa se na osnovi diskusije in kritične analize oblikujejo rešitve problema.

2. 5 Aktivna metoda ocenjevanja - OSCE

Metoda ocenjevanja kompetentnosti študentov pri kliničnih intervencijah se imenuje Objective Structured Clinical Examination (OSCE) (Clark, 2015). Metoda je bila prvič uporabljena leta 1970. Gre za metodo, ki poleg ocenjevanja znanja, pridobljenega med izobraževanjem, vključuje širšo oceno znanj in veščin, ki dokazujejo uporabnost znanj v različnih situacijah. V času usposabljanja se študentje preizkusijo pri različnih intervencijah, v okviru več postaj, kjer demonstrirajo različne aktivnosti, veščine, odgovarjajo na vprašanja ocenjevalcev in opravljajo naloge. Vsaka postaja identificira določeno kompetenco in je časovno omejena na 5 – 10 minut. Ocenjevalci na postajah beležijo v kontrolni seznam opravljenih aktivnosti, kar zagotavlja oceno vsakega študenta po enakih standardih. Po zaključku vseh aktivnosti oz. postaj, študentje s strani ocenjevalcev pridobijo predloge za izboljšanje, kar določa njegovo kompetentnost za določeno aktivnost oz. predlog za dodatno praktično usposabljanje (Raju, 2016).

3 Razprava

Tradicionalni učni programi ne spodbujajo kritičnega razmišljanja in temeljijo le na analitičnem pristopu med temo, ko sodobno izobraževanje temelji na aktivnih metodah učenja in poučevanja, ki spodbujajo tako analitično kot odločitveno usmerjeno znanje (Parker & Myrick, 2009) in tudi učenje asertivnih veščin (Černelič Bizjak, 2009).

Izvajanje sodobnih in aktivnih metod poučevanja prispeva dvig kakovosti izobraževalnega procesa, zato je pomembno, da študenti pred vstopom v klinično okolje svoje znanje utrdijo v simuliranih pogojih z ustrezno pripravo. Metoda »Peyton Four Step« študentom omogoča kritično razmišljanje in spremljanje morebitnih napak, ki jih ob izvajanju intervencij opravlja. V prvih dveh korakih, študent povzema, kar se je naučil, kar je ključnega pomena za samostojno izvedbo intervencije, ki je opredeljena skozi četrty korak. Tretty korak zajema tudi stalno prisotnost učitelja, preverjanje, morebitne popravke osvojenih veščin in dodatne napotke študentu, ko le-ta povzema posamezne faze intervencije. Na podlagi ugotovitev različni raziskav, lahko sklepamo, da je Peytonov štiristopenjski pristop učinkovit klinični učni pristop, ki prispeva k izboljšanju samozavesti in zadovoljstva študentov in vodi k kritičnem razmišljanju študentov ob večkratno ponovitvi intervencij.

Metoda miselnih vzorcev predstavlja odlično pedagoško orodje za doseganje pozitivnih učnih izidov študentov (Kernan, et al., 2017). Prav tako lahko uporaba miselnih vzorcev vpliva na uspeh učitelja (Hermansyah & Witarsa, 2017). Metodo lahko uspešno vključimo v proces izobraževanja, saj zagotavlja ustvarjalno okolje in učinkovito orodje za učitelje, študente in raziskovalce (Buran & Filyukov, 2015). Metodo miselnih vzorcev lahko uporabljamo na različnih področjih učenja. O specifičnem problemu, bodo študenti znali kritično razmišljati, kar bo dolgoročno vplivalo na razvijanje odgovornosti in samozavesti. Metodo miselnih vzorcev lahko učitelj in klinični mentor uporabi pri skupini študentov v kliničnem okolju, izbere temo za oblikovanje miselnega vzorca, ki ga pred skupino potem tudi predstavijo, kar bo omogočalo aktivno razpravo vseh študentov v skupini. Pri tem je potrebno upoštevati, da ključne besede razvrstijo v središče in jih medsebojno povezujejo s puščicami, črtami. Za ločevanje bolj ali manj pomembnih informacij naj uporabljajo različne barve, velikosti črk – večje v sredini označujejo bolj pomembne informacije, manjše bolj proti robu označujejo manj bistvene podatke.

Ustrezno oblikovani problemi problemskega učenja spodbujajo razmišljanje, so strukturirani, odprti, večajo zanimanje za študijski predmet, so realni in skladni s študentovimi izkušnjami (Hmelo Silver & Eberbach, 2012), študentom zagotavljajo povratne informacije o njihovem

znanju (Kapur & Kinzer, 2007) ter so osnova za interaktivno reševanje ob podpori usposobljenega učitelja (Walker & Leary, 2009). Ustrezne povratne informacije pomembno prispevajo k razvoju kompetenc in zaupanja študentov. AlHaqwi (2014) poudarja, da na uspešnost pri problemskem učenju vplivajo poleg izbire problemov tudi strokovno znanje učitelja in njegove organizacijske ter komunikacijske sposobnosti. Gönc s sodelavci (2016) ugotavljajo, da metoda problemskega učenja pri študentih spodbuja samousmerjeno učenje, povečuje zanimanje za učno enoto, izboljšuje motivacijo za delo, komunikacijske spretnosti in kritično razmišljanje. Prav kritično razmišljanje pa je spretnost, ki je predpogoj za uspešno reševanje simuliranih problemov.

Naloga učiteljev in kliničnih mentorjev je zagotavljanje kakovostnih metod poučevanja za doseganje kompetentnosti študentov zdravstvene nege. Clark (2015) meni, da le učinkoviti pristopi k ocenjevanju zdravstvene nege lahko zagotovijo kakovostno oskrbo pacienta, ki je skladna z vizijo zdravstvene nege.

4 Zaključek

Poklici v zdravstveni negi in zdravstvu zahtevajo veliko praktičnih spretnosti, ki jih študenti pridobivajo tekom izobraževalnega procesa, tako v simuliranih pogojih kot tudi v kliničnem okolju neposredno ob pacientu. Ustrezno usposobljeni visokošolski učitelji in mentorji, ki v proces vnašajo sodobne in aktivne metode poučevanja predstavljajo pomemben del usposabljanja študentov, saj na ta način spodbujajo aktivno vključevanje študentov v proces učenja ter razvijanje kritičnega razmišljanja. S primernimi učnimi metodami bomo študentom dali priložnost za aktivno učenje in utrjevanje znanja.

Literatura

AlHaqwi, A.I., 2014. Learning outcomes and tutoring in problem-based learning: how do undergraduate medical students perceive them? *International Journal of Health Sciences*, 8(2), pp. 125–132.

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327–335.

Buran, A. & Filyukov, A., 2015. Mind mapping technique in language learning. *Procedia – Social and behaviorual sciences*, 206, pp. 215 – 218.

Burgess Allen, J. & Owen Smith, V., 2010. Using mind mapping techniques for rapid qualitative data analysis in public participation processes, *Blackwell publishing Ltd. Health Expectations*, 13, pp. 406 – 412.

Clark, C.A., 2015. Evaluating nurse practitioner students through objective structured clinical examination. *Nursing Education Perspectives*, 36(1), pp. 53-54.

Černelič Bizjak, M., 2009. Asertivnost in zdravstvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(1), pp. 31–36.

Gönc, V., Lorber, M. & Nerat, J., 2016. Kakovost problemov, obravnavanih pri problemskem učenju: ocena študentov zdravstvene nege. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(3), pp. 207–214.

Haakma, I., Janssen, M. & Minnaert, A., 2016. Understanding the relationship between teacher behavior and motivation in students with acquired deafblindness. *American annals of the deaf*, 161(3), pp. 314 – 326.

Hermansyah, D. & Witansa, R., 2017. Influence of use of mind mapping method by teachers on teaching preparation in basic school in subject of materials teaching eyes lesson science natural science (IPA). *Journal of the elementary education*, 1(1), pp. 37 – 52.

Hmelo Silver, C.E. & Eberbach, C., 2012. Learning theories and problem-based learning. In: S. Bridges, C. McGrath & T. Whitehill, eds. *Problem-based learning in clinical education: the next generation*. New York: Springer, pp. 3–17.

Hmelo Silver, C.E. & Barrows, H.S., 2015. Problem-based learning: goals for learning and strategies for facilitating. In: A. Walker, H. Leary, C.E. Hmelo Silver, & A. Ertmer, eds. *Essential readings in problem-based learning*. West Lafayette: Purdue University press.

Kalyanasundaram, M., Abraham, S.B., Ramachandran, D., Jayaseelan, J.B., Singh, Z. & Purty, A.J., 2017. Effectiveness of mind mapping technique in information retrieval among medical college students in Puducherry – a pilot study. *Indian Journal of Community Medicine*, 42(19), pp. 19 – 23.

Kapur, M. & Kinzer, C.K., 2007. Examining the effect of problem type in a synchronous computer-supported collaborative learning (CSCL) environment. *Educational Technology Research and Development*, 55(5), pp. 439–459.

Karnjuš, I., Križmanić, M. & Zazula, D., 2014. Pomen vodene razprave v simulacijah visoke stopnje posnemanja resničnosti. *Zdravstveni Vestnik*, 83, pp. 246–254.

Kermavnar, N. & Govekar- Okoliš, M., 2016. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-27.

Kernan, W.D., Basch, C.H. & Carodett, V., 2017. Using mind mapping to identify research topics: a lesson for teaching research methods. *Pedagogy in Health Promotion: the Scholarship of Teaching and Learning*, pp. 1 – 7.

Krautter, M., Weyrich, P., Schultz, J.H., Buss, S.J, Maatouk, I., Jünger, J.J., Nikendei, C., 2011. Effects of Peyton's four-step approach on objective performance measures in technical skills training: a controlled trial. *Teaching and Learning in Medicine*, 23(3), pp. 244-249.

Lloyd, D., Boyd, B. & Den Exter, K., 2010. Mind mapping as an interactive tool for engaging complex geographical issues. *New Zealand Geographer Society*, 66, pp. 181 – 188.

Loyens, S.M.M., Kirschner, P. & Paas, F., 2012. Problem-based learning. In: S. Graham, A. Bus, S. Major & L. Swanson, eds. *APA educational psychology handbook, application to learning and teaching*. Washington: American Psychological Association, pp. 403–425.

Loyens, S.M.M., 2014. New approaches to problem-based learning: revitalizing your practice in higher education. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 8(1), pp. 85–87.

Luo, J., 2019. Teaching mode of thinking development learning based on mind mapping in the course of health fitness education. *Teaching mode of thinking development learning based in mind mapping*, 14(8), pp. 192 – 205.

Mariani, B., Cantrell, M.A., Meakim, C., Prieto, P. & Dreifuerst, D.K., 2013. Structured debriefing and students' clinical judgment abilities in simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, 9(5), pp. 147–155.

Nikendei, C., Huber, J., Stiepak, J., Huhn, D., Lauter, J., Herzog, W., Jünger, J. & Krautter, M., 2014. Modification of Peyton's four-step approach for small group teaching – a descriptive study. *BMC Medical Education*, 14, pp. 1-8.

Parikh, N.D., 2016. Effectiveness of teaching through mind mapping technique. *The International Journal of Indian psychology*, 3(3), pp. 148 – 156.

Parker, B.C. & Myrick, F., 2009. A critical examination of high-fidelity human patient simulation within the context of nursing pedagogy. *Nurse Education Today*, 29(3), pp. 322–329.

Pinto Zipp, G., Maher, C. & Antoni, A., 2015. Mind mapping: teaching and learning strategy for physical therapy curricula. *Journal of Physical therapy education*, 29(1), pp. 43 – 48.

Prima Nurlaila, A., 2013. The use of mind technique in writing descriptive text. *Journal of English and education*, 1(22), pp. 9 – 15.

Raju, S., 2016. OSCE – an Evolution in Evaluation. *International Journal of Nursing Eduaciton*, 8(3), pp. 130-134.

Schmidt, H.G., van der Molen, H.T., Winkel, W.W.R. & Wijnen, W.H.F.W., 2009. Constructivist, problem-based learning does work: a meta-analysis of curricular comparisons involving a single medical school. *Educational Psychologist*, 44(4), pp. 227–249.

Shellenbarger, T. & Edwards, T., 2012. Nurse educator simulation: preparing faculty for clinical nurse educator roles. *Clinical Simulation in Nursing*, 8, pp. 249–255.

Walker, A.E. & Leary, H., 2009. A problem based learning meta analysis: differences across problem types, implementation types, disciplines, and assessment levels. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 3(1), pp. 12–43.

Uporaba Nursing & Midwifery Council standardov pri kliničnem usposabljanju študentov

Tadeja Drenovec⁴

Živa Varl⁵

Izvleček

Mentorstvo je ključnega pomena za razvoj študentov, ki iz klopi zdravstvene fakultete pridejo v klinično okolje. Mentorji se moramo zavedati odgovornosti, zahtevnosti ter dodatnih obveznosti, ki jih mentorstvo prinaša. Dobra organizacija, sodelovanje, vodeno mentorstvo je ključ do uspeha oz. razvoja. Za razvijanje kakovostnega, učinkovitega in varnega dela diplomantov zdravstvene nege, morajo zdravstvene fakultete stremeti k stalnemu raziskovanju, izobraževanju ter mednarodnem povezovanju. Klinično usposabljanje na fakulteti za zdravstvo Angele Boškin poteka v skladu z mednarodnimi standardi. NMC (Nursing & Midwifery Council) standardi imajo velik pomen v Evropskem prostoru v okviru nacionalnih združenj in predstavljajo urejenost izobraževanja v zdravstveni in babiški negi na ravni države. Standardi zagotavljajo vodilo za rezultate, ki naj jih dosegajo mentorji in učitelji, in opredeljujejo ter opisujejo znanja in veščine, ki jih morajo medicinske sestre uporabljati v praksi. Zdravstveni delavci – mentorji se morajo zavedati pomembnosti uporabe standardov na področju mentoriranja študentov in pridobivanja in obnavljanja znanj in veščin, ki vključujejo delo s študenti. Namen prispevka je bil pregledati in povzeti angleške NMC standarde, ugotoviti katera področja NMC standardov zajema mentoriranja študentov, na podlagi izkušenj opisati uporabo NMC standardov v kliničnem okolju Univerzitetnega rehabilitacijskega centra – Soča (URI- Soča) in Zdravstvenega doma Jesenice, poudariti njihovo pomembnost uporabe ter stalno usposabljanje mentorjev v kliničnem okolju.

Ključne besede: mentorstvo, kakovost, zdravstvena nega, NMC standardi

1 Uvod

V zdravstveni negi je vse večji poudarek na razvoju kliničnega okolja, ki študentom zagotavlja ustrezno podprtost s strokovnim znanjem in njegovo ocenjevanje. Za ta namen so bili oblikovani Nursing & Midwifery Council (NMC) standardi (Andrews, et al., 2010). Zdravstvena nega in babištvo sta regulirana poklica. Svet zdravstvene nege (NMC - Nursing & Midwifery Council) vodi ustrezne registre zaposlenih v zdravstveni negi na področju Velike Britanije in Anglije. Prav tako določa standarde za izobraževanje, usposabljanje, ravnanje in etično delovanje zdravstvenih delavcev, ki jih kot pomemben vir znanja uporabljamo tudi v Sloveniji. Pri določanju standardov se svet zdravstvene nege posvetuje tudi z delodajalci, javnostjo in šolskim sistemom. Standardi se pregledujejo vsaj enkrat na pet let (NMC, 2010). (Ramšak Pajk, 2007) navaja, da je klinično usposabljanje študentov dobro namerno in prostovoljno vzpostavljen odnos, kjer izkušeni in strokovno usposobljen mentor nudi podporo manj izkušenemu začetniku oz. študentu. Za učitelje in mentorje so standardi zelo pomembni, predstavljajo smernice za strokovno in varno klinično usposabljanje in dajejo rezultate. Opisujejo znanje in veščine, ki jih morajo medicinske sestre v vlogi mentorjev uporabljati pri kliničnem usposabljanju študentov. So tudi podpora mentorjem pri učenju in ocenjevanju študentov. NMC standardi so opredeljeni na osem področij. Opredeljujejo: vzpostavljanje učinkovitih delovnih odnosov, ocenjevanje in odgovornost, vrednotenje učenja, ustvarjanje okolja za učenje, ogrodje za izvajanje kliničnega usposabljanja, na dokazih podprto

⁴ Tadeja Drenovec, dipl. m. s., Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča, tadeja.drenovec@ir-rs.si

⁵ Živa Varl, dipl. babica, Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstveno vzgojni center, ziva.varl@zd-jesenice.si

izobraževanje in vodenje (NMC, 2010). NMC standardi ponujajo prilagodljivost učenja, ki temelji na kliničnem usposabljanju (Leigh & Roberts, 2018).

1.2 NMC standardi v kliničnem okolju

Standardi izražajo pripadnost poklicu (Glasper, 2015). Duncan in Johnston (2018) menita, da je za prihodnost medicinskih sester pomembno stalno izobraževanje ter visoki standardi na delovnem mestu, ki vplivajo na izboljšanje kakovosti, varnosti ter oskrbe pacienta. Prav tako so standardi pomembni za ocenjevanje in načrtovanje potreb, vodenje zdravstvene nege in timsko delo. Kakovostna izvedba programa zdravstvene nege, ki poteka v kliničnem okolju je za usposobljenost kadrov velikega pomena. V različnih situacijah študent prenaša svoje teoretično znanje ter praktične veščine iz kabineta v klinično okolje. Mentorji ter visokošolski učitelji pri tem igrajo pomembno vlogo (Skela Savič, 2008). Študentov razvoj in kakovost njegovega dela na kliničnem usposabljanju, ki je del programa prve stopnje, Zdravstvene fakultete Angele Boškin, spremljajo nacionalni standardi iz Velike Britanije »Standards for pre-registration nursing education« (NMC, 2010), ki so mednarodno priznani. V njih razberemo, da je klinični mentor oseba, ki deluje v skladu s standardi NMC, da lahko kompetentno in kakovostno deluje na svojem področju v odnosu do študentov. Skozi izobraževanje mora doseči potrebno znanje, spretnosti ter kompetence, ki jih opredeljujejo NMC standardi. Ko klinični mentorji opravijo potrebno izobraževanje, se lahko vpišejo v lokalni register. Nato sledi še spremljanje mentorja v razvoju pod vodstvom izkušenega mentorja, ki je že vpisan v register, kar običajno poteka eno leto oz. se po potrebi podaljša.

Področja iz NMC (2010) standardov, ki so pomembna za medicinske sestre mentorje in učitelje smo pregledali in na kratko izpisali pomembna dejstva.

Klinični mentorji so po NMC (2010) standardih odgovorni za:

- organiziranje in usklajevanje učnih dejavnosti v kliničnem okolju,
- nadzor študenta, s konstruktivno sprotno evalvacijo,
- postavljanje in spremljanje doseganja učnih ciljev v kliničnem okolju,
- oceno uspešnosti študenta na podlagi spretnosti, stališč, vedenja,
- učenje na dokazih temelječe prakse,
- povezovanje z drugimi mentorji ter strokovnjaki glede uspešnosti študenta in skupno dogovarjanje o delovanju študenta in možnosti za izboljšanje,
- urejanje dokumentov o uspešnosti na kliničnem usposabljanju.

Merila, ki jih morajo po NMC (2010) standardih klinični mentorji izpolnjevati so:

- vpis v register na delovnem mestu, kjer študent opravlja klinično usposabljanje,
- razvoj lastnih znanj, veščin in izobraževanj z najmanj dve leti delovnih izkušenj,
- uspešno zaključena priprava mentorja po NMC standardih,
- kompetentnost na področju razvoja, izvajanja, in ocenjevanja potrebnih veščin,
- nudenje opore študentom v multiprofesionalnem okolju,
- uporaba dogovorjenih meril za navzkrižno strokovno ocenjevanje in nadzor,
- usposobljenost presojati o kompetentnosti in usposobljenosti študentov,
- omogočanje kvalitetnega učnega okolja.

NMC standardi so podlaga za mentorja in učitelja, saj se pričakuje, da znata vzpostaviti učinkovite delovne odnose, kar je pri samem mentoriranju študentov izjemnega pomena. Študenti morajo biti s strani mentorjev obravnavani z vsem spoštovanjem in profesionalno. Cilj mentorjev je vzdrževati dobre odnose z vsemi ključnimi deležniki, tako v timu, kot z ostalimi mentorji ter nuditi podporo študentom, in jih vzpodbujati, da se čim bolj aktivno vključijo v delovno okolje ter v delovne time, in pri tem sodelujejo tudi z ostalimi zdravstvenimi profili. (Rapuš Pavel, et al., 2007) omenjajo, da se med mentorjem in mentorirancem vsekakor oblikujejo tesnejši ter manj formalni medčloveški odnosi. Pri spodbujanju poučevanja študentov je smiselno, da mentor uporablja inovativne pristope, uvaja učne strategije, ki mu

bodo pripomogle, da bo študent svoje znanje nadgradil, se naučil kritičnega mišljenja in povezovanja teorije in prakse. Mentor mora skrbeti tudi za svoj profesionalni razvoj, mora biti seznanjen z vsemi smernicami in novostmi na področju stroke, kjer je zaposlen (NMC, 2010).

Mentor pri ocenjevanju in pridobivanju znanja za študenta pripravi načrt dela, mu posreduje povratne informacije, jih pravilno oceni ter obvlada učenje tudi manj uspešnih študentov. Študente nauči razumevanja kariernih neuspehov in njihovih posledic. Mentorjeva naloga je vzpodbujanje študenta k učenju, osebnemu in profesionalnemu razvoju. NMC standard, ki je namenjen mentorjem, je v praksi uporaben od leta 2007 dalje. Navaja, da so medicinske sestre strokovnjaki, ki predstavljajo stroko tudi v javnosti. Potrebujejo stalno podporo v izobraževanju na podlagi standardov. NMC standard opredeljuje, da mora imeti mentor najmanj visokošolsko izobrazbo, se akademsko in praktično usposablјati, ter mora imeti čas za usposablјanje študentov na delovnem mestu in izkušnje z njihovim kliničnim usposablјanjem. Lastno znanje in izobraževanje mentorjev je izjemnega pomena, saj so mentorji ključni za implementacijo novosti v klinično prakso. Mentor mora slediti novostim na področju zdravstvene nege, sodelovati pri različnih delovnih skupinah znotraj organizacij, izvajati klinično usposablјanje, ki je podprto z novejšo literaturo, usmerjati študenta k raziskovanju ter mu nuditi podporo pri uporabi baz podatkov. Vodenje študenta temelji na kakovostnem sodelovanju med mentorjem in fakulteto, lastnim mentorjevim vrednotenjem dela in vizijo organizacije. Mentorji naj bi v odnosu do študentov delovali kot vzor. Le ta za vodenje študenta potrebuje čas za mentoriranje, podajanje odgovorov, ocenjevanje uspešnosti ter podajanje povratnih informacij. Mentor in učitelj morata razumeti standarde, ki so vezani na določen izobraževalni sistem.

Programi za mentorje imajo posebne zahteve in sicer najmanj visokošolska stopnja izobrazbe, učenje teorije in prakse, oz. njuno povezovanje, vključitev v delovno okolje, pod nadzorom že izkušenega mentorja. Področje kliničnega usposablјanja vsebuje mentorjevo sodelovanje s študentom pri zagotavljanju varne in učinkovite zdravstvene nege. Poleg tega vsebuje še upoštevanje kodeksov, sprotno ocenjevanje znanja izvedenih intervencij, predstavitev standardov, vzdrževanje profesionalnosti in prepoznavo področij, ki jih študent mora še izboljšati. Vrednotenje znanja študentov vsebuje merila za ocenjevanje učinkovitosti in ukrepanje. Pri vrednotenju znanja študenta morajo sodelovati vse osebe, ki so sodelovale pri kliničnem usposablјanju. Mentor naj bi vodil sprotno lastno evidenco glede znanja študenta, da bi ga ob zaključku lažje ocenil, in mu lažje podal konstruktivno povratno informacijo. Mentorji v kliničnem usposablјanju študentov nosijo veliko odgovornost. V kliničnem okolju se mentorji srečujejo tudi z neuspešnimi študenti. Tu je vsekakor pomembno komuniciranje med učno bazo in fakulteto ter mentorjevo dodatno vzpodbujanje študentov. Klinično usposablјanje študentom omogoča priložnosti za pridobitev strokovnih izkušenj in ohranjanje poklicne integritete ter poklicno sodelovanje (NMC, 2010).

3 Razprava

Ob pregledu NMC standardov iz leta 2010 ugotavljamo, da nas na področju mentorstva še čakajo izzivi. Sicer že nekaj let nazaj Mlinar & Bohinc (2008) opisujeta, da študenti na kliničnem usposablјanju omenjajo določene pomanjkljivosti, a ta problematika še danes na žalost ni popolnoma rešena. Študenti so opazili pomanjkanje časa mentorjev, osebne probleme medicinskih sester, pomanjkanje materiala, slabe odnose med zaposlenimi, neakovostno opravljeno delo, pomanjkanje kadra, pomanjkljivo znanje medicinskih sester ter nekompetentnost, neprofesionalnost medicinskih sester, idr., kar je nedopustno, če želimo govoriti o kvalitetni zdravstveni negi in oskrbi ter kvalitetnemu razvoju bodočih zdravstvenih delavcev.

Na podlagi pregleda NMC standardov in primerjave s trenutno organizacijo kliničnega usposablјanja za študente v praksi, smo ugotovili, da v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu (URI) Soča in Zdravstvenem domu (ZD) Jesenice nimajo posebej izdelanih standardov in kriterijev za mentorje. Črpanje znanja na področju kliničnega usposablјanja

študentov je trenutno dosegljivo le preko tujih strokovnih člankov. Nekateri med obstoječimi mentorji imajo opravljeno šolo za mentorje začetnike ter nadaljevalno šolo za mentorje, vendar posebnih pedagoško andragoških znanj nimajo, razen sodelavke z magistrskimi nazivi, ki so imele v času študija nekaj izobraževanj na to tematiko. Prav tako se izobraževanj za mentorje, ki potekajo vsako leto, mentorji ne udeležujejo redno oz. tudi ne minimalno kar je opredeljeno na vsake tri leta.

V kliničnem okolju omenjenih dveh ustanov se zaradi zagotavljanja kliničnega usposabljanja študentov in premalo mentorjev, v nobeni od ustanov niso posebej ukvarjali s tematiko kdo ima željo biti mentor oz. kdo ima primerne karakteristike za mentorja. V kliničnem okolju URI-Soča ima trenutno vsak mentor po dva študenta, v Zdravstvenem domu Jesenice pa po enega. V večini mentorstvo prevzemajo strokovne vodje oz. njeni namestniki, ki imajo dolgoletne izkušnje. V kliničnem okolju URI-Soča poteka klinično usposabljanje študentov pri predmetu Zdravstvena nega kirurškega pacienta z rehabilitacijo. V petih dneh kliničnega usposabljanja, ki je na voljo težko kot mentorji pomagajo študentom do samostojnosti pri svojem delu. Prav tako jih ne obremenijo v celoti, saj imajo v tem času obilico predstavitvenih seminarjev, kjer jim približajo specifične rehabilitacijske zdravstvene nege vseh šestih negovalnih oddelkov, saj v posameznem študijskem letu poslušajo vsebine o rehabilitaciji le deset ur. V ZD Jesenice mentorstvo poteka na Primarnem zdravstvenem varstvu, kjer so študenti razporejeni v Dispanzerju za medicino dela, prometa in športa, v Zdravstveno vzgojnem centru ter v Splošni ambulantni. Izredni študentje, ki so za vsa tri področja razporejeni le pet dni, način dela na posameznih enotah težje osvojijo. Predstavitev dela v Patronažnem zdravstvenem varstvu, v Ginekološkem in Otroškem dispanzerju ter v Službi nujne medicinske pomoči, poteka brez večjih težav, saj so za vsako področje razporejeni pet dni oz. redni študenti deset dni. Študentom se v obeh organizacijah v prvem dnevu kliničnega usposabljanja predstavi ustanova in specifične področja, kamor so študenti razpisani. V naslednji fazi so razdeljeni po posameznih negovalnih oddelkih oz. enotah. V URI-Soča so v aktivnosti na oddelku vključeni v manjši meri, saj je klinično usposabljanje namenjeno pretežno predstavitvi, v Zdravstvenem domu Jesenice pa se vključujejo postopoma, glede na predznanje in osvojene dosedanje spretnosti. Vsaka strokovna vodja oz. njena namestnica, ki je tudi mentorica, ima za študente še podrobnejšo predstavitev oddelka in njegovih specifik.

V URI-Soča so v petih dneh kliničnega usposabljanja v same aktivnosti zdravstvene nege na matičnih oddelkih vključeni okvirno devet ur, kjer so pod nadzorom mentorja in jih ta usmerja, vodi in izobražuje. Študentom v obeh ustanovah pri kliničnem usposabljanju omogočajo sodelovanje z ostalimi zdravstvenimi delavci in vključevanje v delovne time. Pri spodbujanju poučevanja študentov v URI-Soča se zaenkrat ne uporablja posebnih učnih strategij, oziroma metod, se jih pa opozarja na pomembnost povezovanja teoretičnega in praktičnega znanja. Pri posameznem kliničnem usposabljanju je izdelan načrt predavanj, intervencij se zaenkrat še ne načrtuje v naprej. Mentorji se trudijo podajati hitre povratne informacije glede možnosti izboljšanja znanja glede na identificirane učne potrebe študenta. V Zdravstveno vzgojnem centru Zdravstvenega doma Jesenice imajo več možnosti uporabe inovativnih učnih metod, kar motivira študente k sodelovanju in učenju. Večkrat za projekte zdravja vključijo metodo Mind mapping oz. miselne vzorce, kar je pri študentih in pacientih zelo dobro sprejeto in omogoča nadgradnjo znanja. Trudijo se s spodbujanjem kritične refleksije pri študentu. Delo skupaj načrtujejo, predstavijo in postopoma skupaj izvajajo, glede na osvojeno znanje študenta, da je prehod iz teorije v delovno okolje lažji. (Ramšak Pajk, 2007) pravi, da mora mentor na kliničnem usposabljanju prepoznati potrebe po novih znanjih ter jih sprejeti in vključiti v prakso. Mentor mora znati predvideti kakšno znanje in dosežke bo študent pridobil v času kliničnega usposabljanja ob upoštevanju njegovih individualnih potreb (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2010).

K učenju študente spodbujamo tudi z individualnim delom, ki ga ob zaključku predstavijo ostalim zaposlenim na oddelku ter z njihovo ustno (v ZD Jesenice) in pisno (v URI-Soča) refleksijo, kako so doživeli klinično usposabljanje. Mentorji pri ocenjevanju največkrat opozarjajo na težave, saj so zaradi kratkega kliničnega usposabljanja študentov težko

objektivni oz. težko ocenijo študente z nižjo oceno. V obeh ustanovah imajo izdelan seznam aktualnih mentorjev, ki ga vsako leto ažurirajo. Prav tako niso najbolj pozorni na samooceno študentov. Sprotno beleženje zaznamkov glede vrednotenja znanja študentov se ne izvaja. V procesu kliničnega usposabljanja študentu v obeh ustanovah zagotavljajo varno okolje, žal pa se takrat ne ukvarjajo le s kliničnim usposabljanjem študentov, saj mora delovni proces, kljub mentoriranju nemoteno teči. Pred izvedbo aktivnosti imajo študenti možnost prebrati interne standarde in protokole. Izzivi so še na področju opolnomočenja študentov pri znanstveno raziskovalnem delu. So pa v času kliničnega usposabljanja v URI-Soča vključeni tudi v splošna interna izobraževanja za medicinske sestre, v Zdravstvenem domu Jesenice pa tega ni možno izvesti. Pri vodenju študentov so kot mentorji v obeh ustanovah pozorni tudi na nepredvidene situacije, ki lahko nastanejo ter smo v navezi s koordinatorji učnih baz v primerih nejasnosti.

3.1 Priložnost za nadaljnje delo

Na področju mentorstva nas čakajo še številni izzivi. Ker so v URI-Soča učna baza za različne strokovnjake težko govorimo o mentorstvu kot poslanstvu, ki ga posamezniki sprejemajo z navdušenjem. Vsekakor bi bilo na vseh področjih oz. enotah potrebno mentorje dodatno vzpodbujati za mentoriranje, jih opolnomočiti z znanjem ter jih dodatno motivirati, da se priključijo vsakoletni šoli za klinične mentorje. V URI-Soča razmišljajo tudi o reorganizaciji kliničnega usposabljanja v smislu, da bodo študenti delovali večji del v neposrednem kliničnem okolju. To si po povratnih informacij iz refleksij študenti tudi želijo. Na eni strani jim je všeč, saj dobijo celoten teoretičen vpogled, po drugi strani pa si želijo biti aktivnejši pri neposrednem delu.

Tudi v Zdravstvenem domu Jesenice so podobnega mišljenja glede izobraževanj mentorjev. Vsako leto klinične mentorje vzpodbujajo ter predstavljajo prednosti Šole za klinične mentorje in udeležba se je številčno povečala. Če želijo zagotavljati spremembe na boljše, kakovostnejše delovanje, ki je hkrati varno in odgovorno za študente in paciente, vzpodbuda mentorjev, da si bodo izobraževanj ter izpopolnjevanj tudi sami želeli, zelo pomembna. Mentorji morajo dosegati kompetence, ki izhajajo iz mednarodnih standardov Nursing and Midwifery Council, Standards to support learning and assessment in practice, Standards for mentors practice teachers and teachers (2020). Wltavsky in sodelavci (2007) pravijo, da obvladovanje svojega poklica še ne pomeni, da nekdo svoje poklicno znanje, spretnosti, poklicne lastnosti ter vrednote zna posredovati drugim. Veseli so, ker študenti z veseljem prihajajo v njihovo učno bazo, ne le zaradi novega znanja, temveč tudi zaradi dobrih odnosov, hkrati pa se zavedajo, da se morajo na tem področju stalno truditi in izboljševati.

Mentorji v URI-Soča in Zdravstvenem domu Jesenice so premalo seznanjeni s študijskim načrtom posameznega letnika in katere aktivnosti so tekom študija študenti že obravnavali. Študente premalo seznanjajo s tveganji in kakovostjo znotraj organizacije, študente premalokrat povprašajo po pričakovanjih na kliničnem usposabljanju. Na teh področjih so še možne izboljšave v obeh učnih bazah.

Menimo, da bi bila za mentorje dobrodošla znanja o inovativnih metodah, kot so Mind mapping, Payton four step ali OSCE, katere bi lahko uporabljali tudi za zaposlene oz. nove zaposlene zdravstvene delavce ter paciente. Posameznik ni le poslušalec in gledalec, medicinska sestra pa ima izobraževalno in vzgojno vlogo ter mora zato poskrbeti, da svoje znanje posreduje na čim bolj razumljiv in aktiven način. To pomeni, da uporablja različne učne pripomočke in metode (uporabi, na primer, slikovno gradivo in video vsebine), praktične prikaze, razpravljanje, spodbujanje in podobno (Kvas, 2011).

Novi NMC standardi iz leta 2018 zajemajo ključna priporočila, ki jih medicinske sestre potrebujejo v hitro razvijajočem se zdravstvenem sistemu. Poleg tega omenjajo tudi usposabljanje mentorjev, ki bodo razvili višja znanja in spretnosti (Duncan & Johnstone, 2018).

4 Zaključek

Mentorji v praksi morajo jasno razumeti pričakovanja NMC standardov, tudi glede razporejenega nadzora študentov v času kliničnega usposabljanja. Tako bi se raven neposrednega ali posrednega nadzora spremenila glede na spretnost in zaupanje študenta (Leigh, et al., 2020). NMC standardi predstavljajo usmeritve za mentorje, ki pa se jih v večji meri držijo tudi v kliničnem okolju v URI-Soča ter ZD Jesenice. Mentorji, bi lažje mentorirali, če bi študenti na klinično usposabljanje prihajali pripravljeni za delo. Da bi dosegli ta cilj, bi bilo smiselno, da zdravstvene fakultete v študijski program implementirajo nove metode ocenjevanja znanja študentov (npr. simulacijsko učenje), kjer bi študenti lažje pridobivali znanje, ki bi jih privedlo do bodočih strokovnih in kompetentnih zdravstvenih delavcev. Tudi mentorji bi morali izdelati načrt mentoriranja, da bi lažje fokusno delovali v kliničnih okoljih. Na nacionalni ravni bi za vse mentorje prišel v poštev tudi priročnik, ki bi veljal kot vodilo za mentoriranje. Vsebinsko bi moral obsegati vsebine o tem, kakšen mora biti mentor, njegove dolžnosti in pravice ter cilje mentoriranja. V kliničnem okolju mentorstvo zahteva od mentorja veselje do prenosa znanja, čas in ogromno znanja ter fleksibilnosti mentorja in zavedanje, da smo po kodeksu etike dolžni prenašati znanje na druge, da je mentorstvo na nek način častno poslanstvo, ki daje tudi pozitivne povratne informacije in rezultate.

Literatura

Andrews, M., Brewer, M., Buchan, T., Denne, A., Hammond, J., Hardy, G., Jacobs, L., Mc Kenzie, L. & West, S., 2010. Implementation and sustainability of the nursing and midwifery standards for mentoring in the UK. *Nurse Education in Practice*, 10(5), pp. 251-255.

Duncan, D. & Johnstone, J., 2018. How will the new NMC standards affect us? *British Journal of Community Nursing*, 23(9), pp. 456-459.

Govekar Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2010. *Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.

Glasper, A., 2015. Can the new NMC Code improve standards of care delivery? *British Journal of Nursing*, 24(4).

Kvas, A., 2011. Medicinske sestre na področju promocije zdravja in zdravstvene vzgoje: kje smo, kam gremo? In: A. Kvas, ed. *Zdravstvena vzgoja – moč medicinskih sester: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 33–47.

Leigh, J. & Roberts, D., 2018. Critical exploration of the new NMC standards of proficiency for registered nurses. *British Journal of Nursing*, 27(18), pp. 1068-1072.

Leigh, J., Bulpitt, S., Dunn, J., Fletcher, J., Heggs, K., Hopley, T., Le Blanc, C. & Sigley, H., 2020. A guide to the NMC emergency standards for nurse education during the current deployment of student nurses. *British Journal of Nursing*, 2020, 29(11).

Mlinar, S., & Bohinc, M., 2008. Zaznavanje etičnih problemov rednih študentov zdravstvene nege na klinični praksi. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič & J. Ramšak – Pajk, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo. 1. mednarodna znanstvena konferenca, 25.–26. september 2008, Bled*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 280–292.

Nursing and Midwifery Council, 2010. *Standards to support learning and assessment in practice NMC standards for mentors, practice teachers and teachers*. Available at: <https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/standards/nmc-standards-to-support-learning-assessment.pdf> [10 Avgust 2020].

Ramšak Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(71), pp. 74.

Rapuš Pavel, J., Deklava, B. & Razpotnik, Š., 2007. *Modeli mentorstva pri vključevanju ranljivih skupin*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

Skela Savič, B. 2008. Teorija, raziskovanje in praksa v zdravstveni negi – vidik odgovornosti menedžmenta v zdravstvu in menedžmenta v visokem šolstvu. In: B. Skela Savič, M.B. Kaučič & J. Ramšak Pajk, eds. *Teorija, raziskovanje in praksa - trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo: 1. mednarodna znanstvena konferenca, September 25-26, 2008, Bled*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Wltavsky, Z., Hočevár, F., Kitek, A. & Vidmar, J., 2007. *Priročnik za mentorje in usposabljanje z delom*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Izkušnje in pričakovanja kliničnih mentorjev pri mentorstvu študentov zdravstvene nege

Maja Zrnić⁶

Karmen Perko⁷

Izvleček

Izhodišča: Vloga mentorja je zelo pomembna pri izobraževanju in usposabljanju študentov zdravstvene nege. Mentor je strokovnjak na svojem področju, ki mora poleg strokovnega znanja obvladovati spretnosti in veščine o ustrezni komunikaciji, organizaciji ter vodenju študenta. Dober mentor si skupaj s študentom postavi cilje in pričakovanja. Hkrati pričakovanja prihajajo tudi s strani študenta, učne baze in nadrejenih. Pri tem procesu mentorji dobivajo nove izkušnje, ki jih vodijo in oblikujejo. Z izvedeno raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna so pričakovanja in izkušnje kliničnih mentorjev pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege.

Metode: Izvedena je bila kvalitativna raziskava, uporabljen je bil polstrukturiran intervju. Vzorec je zajemal štiri diplomirane medicinske sestre, ki na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik aktivno izvajajo vlogo mentorja. Vsa vprašanja so bila odprtega tipa. Njihovi odgovori so bili razčlenjeni na sestavne dele, izvedeno je bilo kodiranje ter oblikovanje kategorij.

Rezultati: Pridobljeni podatki so bili kodirani ter razdeljeni v štiri kategorije: klinična praksa, pričakovanja v mentorstvu, pomanjkljivosti v mentorstvu ter pomen mentorstva.

Razprava: Mentorji jemljejo vlogo mentorja profesionalno in odgovorno. Zavedajo se, kako pomembno je klinično usposabljanje za študenta. Menijo, da bi morali biti študenti bolj aktivni, samoiniciativni ter odgovorni do kliničnega usposabljanja in pridobivanja novih znanj. Opozarjajo pa, da jim za učinkovito mentorstvo zmanjkuje časa. To je v veliki meri glavni vzrok, da si medicinske sestre v vlogi mentorja te vloge ne želijo. Strinjajo se, da tudi mentorji potrebujejo izobraževanje, če želijo, da je njihovo delo opravljeno kakovostno.

Ključne besede: klinično usposabljanje, znanje, ocenjevanje

1 Uvod

Prehod študenta na visokošolsko izobraževanje je bil opredeljen kot eno najbolj stresnih obdobij študenta. Ravno mentorstvo je prepoznano kot najboljše orodje, ki pripomore k reševanju teh izzivov in tisk pri študentu (Akinla, et al., 2018).

Za učinkovito izobraževanje je potrebno mentorstvo, ki predstavlja temeljni element za razvoj znanja. Za to so potrebni usposobljeni mentorji, ki znajo voditi, usmerjati ter ocenjevati delo, sodelovanje in znanje študenta (Kotnik, et al., 2010). Mentorji morajo vrednotiti mentorstvo kot razvojno priložnost, poklicno rast, ki jih bogati, da lahko prenašajo znanje naprej (Babuder, 2016). Tudi Yusuf Osman & Gottlieb (2018), navajata, da učinkovito in kakovostno mentorstvo močno pripeva k rasti in zadovoljstvu mentorja in študenta. McCloughen s sodelavci (2013) poudarjajo, da medicinske sestre jemljejo mentorstvo kot priložnost za poklicno rast, obenem pa jim pomaga oblikovati vodstvene in organizacijske sposobnosti.

Mentorji imajo v procesu mentorstva dve ključni vlogi. To sta učenje študenta v skladu s cilji na posameznem predmetnem področju klinične prakse ter pomoč pri pridobivanju študentovih kompetenc na klinični praksi. Pri tem jih mentorji spremljajo, nadzirajo, spodbujajo ter

⁶ Maja Zrnić, dipl. m. s., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, maja.zrnic@klinika-golnik.si

⁷ Karmen Perko, dipl. m. s., Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, karmen.perko@klinika-golnik.si

pomagajo pri vzpostavljanju ustreznega odnosa (Babuder, 2014). Mentor s svojimi dejanji, obnašanjem daje zgled študentu. Pričakuje se, da je pri svojem delu strokoven, razumevajoč, potrpežljiv, spoštljiv, zanesljiv, učinkovit učitelj in vodja (Lorber & Donik, 2009). Obenem mora znati ustrezno ocenjevati, oblikovati učni proces, upoštevati potrebe študenta ter izobraževalne učne procese (Ramšak Pajk, 2007 cited in Babuder, 2016, p. 328). Od študenta mentor pričakuje, da se zaveda humanosti, moralnosti, etičnosti, strokovnosti (Kermavnar, 2009), odprto komunikacijo ter aktivno vlogo študenta (Babuder, 2016). Mentor s svojim znanjem in izkušnjami pomaga študentu, medtem ko študent prinaša v klinično okolje nova sveža znanja in dognanja v zdravstveni negi (Ahčin, 2009).

Pred začetkom mentorstva dobri mentorji v pogovoru s študentom izmenjajo medsebojna pričakovanja, želje (Kermavnar & Govekar Okoliš, 2016). Na kliničnem usposabljanju so priporočljiva najmanj tri srečanja (Duffy & Hardicre, 2007 cited in Meden, et al., 2017, p. 2). Klinično usposabljanje bi moral vsak mentor začeti z organizacijo začetnega ocenjevanja, oziroma srečanja. Na tem srečanju se mentor in študent pogovorita o poteku kliničnega usposabljanja, obveznostih in pričakovanjih, ki naj bi jih študent upošteval in izpolnil v času kliničnega usposabljanja. Temelji srečanja bi temeljili na podlagi študentove samoocene. Samoocena bi bila predstavljena z analizo SWOT (S- strength; prednosti), W (W-weaknesses; slabosti), O (O-opportunities; priložnosti), T (T-threats; nevarnosti) (University of Surrey, 2013 cited in Meden, et al., 2017, p. 2). Sledi vmesno ocenjevanje, kjer mentor poda študentu povratne informacije o njegovem trenutnem napredku, znanju (Duffy & Hardicre, 2007 cited in Meden, et al., 2017, p. 2). Klinično usposabljanje konča s končnim, oziroma sumativnim ocenjevanjem, ki naj bi temeljil na pregledu pričakovanj, obveznosti, ki jih je študent izpolnil (University of Surrey, 2013 cited in Meden, et al., 2017, p. 2).

Kotnik (2010) je v raziskavi kjer so študenti ocenjevali lastnosti, vrline ter odnos mentorja prišel do ugotovitve, da so študentje v veliki meri ocenili odnos mentorja z oceno odlično in le zgolj eden kot niti dobro niti slabo. V raziskavi med študenti, ki jo je izvedel Guse s sodelavci (2016) so prišli do zaključka, da je ustrezna komunikacija eden zelo pomembnih kriterijev, ki se ga ne sme zapostaviti. Le tako bo moč zagotoviti dobro sodelovanje med mentorji in študenti. Kotnik (2010) je tudi na Onkološkem inštitutu Ljubljana ocenjeval komunikacijo med mentorji, kjer je 18 od 27 mentorjev to lastnost ocenilo kot odlično. Babuder (2016) pravi, da se morata kompleksnosti komunikacije zavedati oba. Tako mentor kot študent, saj lahko le tako upravičeno pričakujeta študijski, delovni napredek ter posledično medsebojno spoštovanje. V raziskavi med študenti, ki jo je opravil Meden in sodelavci (2017) so ugotovili, da bi se morali mentorji študentom bolje predstaviti, predstaviti delovno okolje ter tim s katerim bodo sodelovali. Dale in sodelavci (2013) poudarjajo, da bi morali biti mentorji predhodno seznanjeni z imeni študentov, stopnjo znanja in namenom kliničnega usposabljanja. Butler in sodelavci (2011) trdijo, da je proces ocenjevanja za mentorje zahteven in si posledično mentorji za ocenjevanje študenta vzamejo zelo malo časa. Mentorji se v celoti strinjajo, da potrebujejo več časa za usposabljanje in ocenjevanje študentov (Jokelainen, et al., 2011). Proces ocenjevanja študenta je zahteven, saj zahteva precej časa, pravičnega usmerjanja ter čimbolj objektivnega ocenjevanja (Meden, et al., 2017). Mentorji ob kliničnem usposabljanju izražajo veliko skrb, ali so študentu zagotovili dovolj časa. Izražen je strah, da je proces mentorstva neopažen s strani nadrejenih ter da mentorstvu posvečajo premalo pozornosti (Babuder, 2016).

Kermavner in Govekar Okoliš (2016) sta v svoji raziskavi ugotovili, kako različna pričakovanja imajo mentorji in študenti pri kliničnem usposabljanju. Mentorji so izpostavili, da si želijo in pričakujejo več sodelovanja in aktivnosti študenta. Iz raziskave je bilo razvidno, da mentorji praktično usposabljanje dojemajo kot priložnost za študenta, da teoretična znanja, pridobljena na fakulteti, povežejo s klinično prakso. Od študentov pričakujejo, da se na klinično usposabljanje predhodno pripravijo in ponovijo teoretične vsebine, ki jih bodo potrebovali za lažje razumevanje dela. Njihova pričakovanja so usmerjena v študentovo samoiniciativnost in aktivnost. Želijo si večjega interesa študentov. Medtem pa imajo študenti nekoliko drugačen pogled na potek kliničnega usposabljanja. Študenti pričakujejo več pomoči pri pridobivanju

znanja in treningu veščin ter spretnosti. V praktičnem usposabljanju vidijo priložnost za pridobivanje in utrjevanje praktičnih spretnosti, pa tudi možnost povezovanja teoretičnega znanja s prakso.

Ob učenju in izobraževanju se moramo zavedati, da se pri mentorstvu srečujemo z drugačno, mlajšo generacijo, zato je z njimi potrebno poiskati skupne cilje za lažje in optimalno sodelovanje. Mentorstvo je vez med mentorjem, študentom in učno bazo. Predvsem pomembno je, da si proces učenja, podajanja znanja pripravijo na način, ki bo mentorju in študentu v korist, ne v breme. Ob ustrezni pripravi procesa mentorstva si lahko učna baza ali organizacija pripravi podlago za pripravo kakovostnih sodelavcev za kasnejše obdobje, ko bodo le ti iskali zaposlitev (Seničar, 2018).

Pogosto je mentorstvo »nevidno«. Vodilni zdravstvenih zavodov bi morali prepoznati pomembnost vloge mentorjev, saj so mentorji ključne osebe, ki študente privadijo na klinično okolje in jih oblikujejo v kompetentne in produktivne strokovnjake (Rooke, 2014). Mentorstvu v zdravstveni negi je potrebno dati večji pomen, saj klinično okolje z izobraženimi in usposobljenimi mentorji predstavlja idealno okolje za pridobivanje znanja in pridobivanje veščin (Babuder, 2016).

2 Metode

Za izvedbo raziskave je bila predhodno pregledana strokovno dostopna literatura v slovenskem in tujem prostoru, dostopna v podatkovnih bazah podatkov, kot so CINAHL, PubMed, SpringerLink ter spletno stran Obzornika zdravstvene nege. Pri iskanju literature so bile uporabljene ključne besede: mentorstvo, pričakovanja mentorjev, klinično usposabljanje študentov. V tuji bazi smo si pomagali s ključnimi besedami: mentor, mentoring, students. Namen raziskave je bil ugotoviti mnenja, izkušnje ter pričakovanja diplomiranih medicinskih sester, ki aktivno delujejo na področju mentorstva.

Postavljena sta bila dva cilja in dve raziskovalni vprašanji:

Cilj 1: Ugotoviti izkušnje kliničnih mentorjev pri mentoriranju študentov zdravstvene nege.
Cilj 2: Ugotoviti pričakovanja kliničnih mentorjev s strani študentov zdravstvene nege.

RV 1: Kakšne so izkušnje kliničnih mentorjev pri mentoriranju študentov zdravstvene nege?
RV 2: Kakšna so pričakovanja kliničnih mentorjev s strani študentov zdravstvene nege?

Za merski inštrument smo uporabili polstrukturiran intervju, ki je vseboval štiri odprta vprašanja. Vprašanja smo oblikovali s pomočjo pregleda strokovne literature avtorjev (Babuder, 2016; Kermavner in Govekar Okoliš, 2016).

Vzorec je bil namenski in je vključeval štiri diplomirane medicinske sestre, ki v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo aktivno opravljajo delo mentorja.

Raziskava je potekala v mesecu avgustu 2020. Za izvedbo raziskave smo zaprosili za soglasje Kolegij službe zdravstvene nege in oskrbe (SZNO) na Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik. Vsak udeleženec je sodeloval prostovoljno, obenem smo jih seznaili, da bomo njihove odgovore zapisovali ter jih uporabili v raziskavi.

Po končanih intervjujih smo odgovore razčlenili na sestavne dele, izvedli kodiranje, oblikovali kategorije in končni rezultat.

3 Rezultati

Tabela 1: Analiza intervjujev po kategorijah in kodah

Kategorija	Izjava intervjuvancev	Kode
Klinična praksa	<i>/Pred prihodom na oddelek jih sprejme koordinator oz. vodja učne baze, ki opravi uvodni sestanek (predstavi potek prakse, vsebine glede higiene rok, dokumentacije, varnosti pri delu...)/ /V sklopu kliničnega usposabljanja stremimo k temu, da študent spozna vse nivoje in oblike dela v zdravstveni negi./</i>	potek dela – spoznavanje procesa in zaposlenih – predstavitev dokumentacije – seznanjenost z intervencijskimi postopki – pisni projekt študenta – ocenjevanje študenta – pridobivanje teoretičnega in praktičnega znanja – iskanje priložnosti za učenje – klinični mentor
Pričakovanja mentorstvu v	<i>/... da poteka klinična praksa minimalno 14 dni./ / Od študenta pričakujem, da se kliničnega usposabljanja loti pripravljen na delo, je samoiniciativen in odprto komunicira./</i>	podaljšan potek klinične prakse – vključevanje v proces dela – zanimanje za delo – seznanjene študenta z delom medicinske sestre na vseh profilih – osebno izpopolnjevanje in obnavljanje znanj – medsebojno spoštovanje vključenih – osvajanje novih znanj – študent teoretično in s pripomočki pripravljen na klinično prakso – prevzemanje odgovornosti za dobro sodelovanje
Pomanjkljivosti mentorstva	<i>/... poučite vse mentorje o njihovi vlogi s pravnega, etičnega, komunikacijskega vodika.../ / Poleg mentoriranja je mentorju še vedno dodeljeno opravljanje vsega rednega dela, potrebna bi bila razbremenitev./ /... želela imeti več časa za študenta.../</i>	pomanjkanje časa – več različnih mentorjev v času klinične prakse – ni kontinuitete – premalo znanja o mentorstvu – pomanjkljiva pripravljenost študenta na klinično prakso – nezainteresiranost zaposlenih za delo s študenti – prevelika obremenjenost kadra z dodatnim delom – redna izobraževanja zaposlenih – empatična komunikacija – enoten pristop ocenjevanja – nerealna pričakovanja z obeh strani
Pomen mentorstva	<i>/... predstavlja veselje, zadovoljstvo, zavedanje, da učim bodoče sodelavce, zato tudi neke vrste odgovornost, seveda zaradi težkih pogojev dela tudi breme in trdo delo./ /... predajanje znanja, predvsem pa izkušenj mlajšim generacijam./ /... napredek v osebni in poklicni rasti. Gre za poslanstvo, da lahko mlajši generaciji pokažemo pozitivne naravnosti do soljudi, da delimo veliko mero potrpežljivosti in ustvarjamo pristne medčloveške odnose./</i>	osebna rast – zadovoljstvo – odgovornost – pridobivanje znanja – večfazno sodelovanje – medgeneracijsko sodelovanje – trdo delo – predajanje znanja in odgovornosti – poklicna rast - vrednota

4 Razprava

Kermavnar & Govekar Okoliš so v letu 2016 ugotavljali, kako pomembno je opraviti uvodni razgovor s študentom, da mentoriranje poteka bolj učinkovito.

Zelo podobno opisujejo potek mentorstva pri kliničnem usposabljanju študentov zdravstvene nege tudi medicinske sestre, ki so sodelovale v intervjujih. Njihov cilj je, da se študenti spoznajo s procesom dela in z zaposlenimi. Velik poudarek dajejo na predstavitev dokumentacije in intervencijske postopke za katere želijo, da jih spoznajo ter posledično tudi postopoma osvojijo. Na kliničnem usposabljanju študenta tudi ocenjujejo. Ocena temelji na osvojenem teoretičnem in praktičnem znanju. Vse medicinske sestre, ki so v intervjuju sodelovale se strinjajo, da skozi celoten potek kliničnega usposabljanja študenta spodbujajo, usmerjajo ter ga motivirajo, da iščejo priložnosti za učenje. Medicinske sestre, mentorji, svojo vlogo jemljejo zelo profesionalno, zavedajo se svoje odgovornosti in dolžnosti do študenta na kliničnem usposabljanju. Na kliničnem usposabljanju pričakujejo, da se študent ustrezno pripravi in z zanimanjem vključuje v proces dela na vseh področjih dela medicinske sestre. Povedale so, da v procesu želijo vzpostaviti medsebojno spoštovanje vseh vključenih ter prevzemanje odgovornosti študenta. Sodelujoče medicinske sestre, mentorji opominjajo, da je za kvalitetno in učinkovito mentorstvo pomanjkanje časa. Strinjajo se, da je obremenjenost kadra z dodatnim delom prevelika, zato so nekatere postale odklonilne do izvajanja mentorstva. Menijo tudi, da je potrebno dodatno izobraževanje mentorjev. Podale so mnenje, da je v času kliničnega usposabljanja vpletenih več različnih mentorjev, zato posledično ni ustrezne kontinuitete nadgrajevanja znanja in urjenja, izpopolnjevanja veščin ter spretnosti. Moti jih tudi, da prihajajo študenti nepripravljeni na klinično usposabljanje in ob tem izražajo nerealna pričakovanja. Butler in sodelavci so v svoji raziskavi izpostavili tudi problematiko ocenjevanja študentov na kliničnem usposabljanju. Sodelujoče v raziskavi na kliniki Golnik so opozorile, da bi bilo potrebno tudi pri nas urediti poenoten okvir za ocenjevanje študenta na kliničnem usposabljanju. Izrazile so tudi idejo, da bi bilo klinično usposabljanje daljše, kar bi bilo v največjo korist študenta. Za vprašane medicinske sestre, mentorje je mentorstvo trdo delo, v katerega vložijo ogromno znanja, časa in energije. Podobno kot Babuder (2016), so izrazile, da je mentorstvo vrednota, ki jim omogoča osebno in poklicno rast. Mentorstvo vse vprašane opisujejo kot njihovo dolžnost, da pridobivajo in predajajo nova znanja. Ob tem procesu čutijo zadovoljstvo. Zavedajo se odgovornosti, tako svojih kot odgovornosti študentov. Trdijo, da je mentorstvo večfazno in medgeneracijsko sodelovanje.

5 Zaključek

Raziskava z intervjujem je pokazala, da se tudi naši mentorji srečujejo s podobnimi težavami, kot ji navajajo drugje po svetu. Mentorstvo prinaša veliko mero osebnega zadovoljstva, poklicne in osebne rasti. Mentorji si želijo sodelovati s študenti. Pomeni jim spodbudo pri doslednem izvajanju mentoriranja in kakovostne zdravstvene nege. S svojim mentoriranjem pripomorejo k razvijanju novih kadrov. V sodelovanje so pripravljeni vložiti svoje interese, kljub temu, da gre za trdo delo. Tega si želijo tudi s strani študenta. Želijo si več časa za mentorstvo, ki ga v trenutnih razmerah izvajajo poleg svojih rednih delovnih obveznosti in večji pomen mentorstvu. Poudarek je na obojestranski pripravljenosti za sodelovanje, tako s strani mentorja kot s strani študenta. Velik pomen pripisujejo predhodni pripravljenosti za izvajanje klinične prakse. Kljub oviram si vsi skupaj želijo uspešnega sodelovanja z mentoriranci in obilo koristno podanega znanja.

Literatura

Ahčin, N., 2009. *Mentorstvo – učinkovit način za prenos in ohranjanje znanja v podjetju: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta, pp. 73-74.

Akinla, O., Hogan, P. & Atiomo, W., 2018. A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. *BMC Medical Education*, 18(98), pp. 3-10.

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327-335.

Butler, M., Cassidy, I., Quillinan, B., Fahy, A., Bradshaw, C., Tuohy, D., O'Connor, M., Mc Namara, M.C., Egan, G. & Tierney, C., 2011. Competency assessment methods-tool and processes: a survey of nurse preceptors in Ireland. *Nurse Education Today*, 11(5), pp. 298-303.

Dale, B., Lelin, A. & Gunnan Dole, J., 2013. What factors facilitate good learning experiences in clinical studies in nursing: bachelor students perceptions. *ISRN Nursing*, pp. 1-7.

Guse, J., Schweigert, E., Kulms, G., Heinen, I., Martens, C. & Guse, A.H., 2016. Effects of mentoring speed dating as an innovative matching tool in undergraduate medical education. A mixed methods study. *PLOS ONE*, 11(29), pp. 1-15.

Jokelainen, M., Jamookeeh, D., Tossavainens, K. & Turunen, H., 2011. Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors conceptions. *International Journal of Nursing Practice* 17(5), pp. 509-511.

Kermavnar, N., 2009. Neformalno mentorstvo. *Andragoška spoznanja*, 15(1), pp. 65-67.

Kermavnar, N. & Govekar Okoliš, M., 2010. Pogledi mentorjev in študentov zdravstvene nege na praktično usposabljanje. *Andragoška spoznanja*, 22(2), pp. 23-37.

Kotnik, M., Petrica, L. & Erjavšek, Z., 2010. Vloga mentorja v zdravstveni negi na Onkološkem inštitutu Ljubljana. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(4), pp. 239-244.

Lorber, M. & Donik, B., 2009. Učenje v kliničnem okolju-pomembni deli izobraževanja v zdravstveni negi. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kavčič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice-znanje je naša moč, 7. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege-Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 1-7.

McCloughen, A., O'Brien, L. & Jackson, D., 2013. Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. *Nursing Inquiry*, 21(4), pp. 301-310.

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.

Rooke, N., 2014. An evaluation of nursing and midwifery sign off mentors, new mentors and nurse lecturers understanding of the sign off mentor role. *Nurse Education in Practice*, 14(19), pp. 43-48.

Seničar, Z., 2018. Medgeneracijsko sodelovanje: mentor-mentoriranec. In: L. Leskovic & S. Volf, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov: zbornik prispevkov*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 124-141.

Yusuf Osman, N. & Gottlieb, B., 2018. Mentoring Across Differences. *The Journal of Teaching and Learning Resources*, 14(10743), p. 1.

Uporaba simulacije kot sodobne metode učenja za dvig kakovosti v zdravstvu - izkušnje v Zdravstvenem domu Ljubljana

Uroš Zafošnik⁸

Robertina Benkovič⁹

Davorin Markovič¹⁰

Jure Kajzar¹¹

Izvleček

Izhodišča: Učenje s simulacijami v zdravstvu velja za varen, učinkovit in etičen način izobraževanja. Za ugotavljanje kakovosti dela in identifikacijo morebitnih napak in varnostnih tveganj v obravnavi pacienta je bistveno izkoristiti prednosti učenja s simulacijami. Obstaja več vrst učenja s simulacijami v zdravstvu. V Simulacijskem (SIM) centru Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL) smo razvili program učenja z obogateno resničnostjo, s katerim dosegamo maksimalno realnost kritične situacije. Druga metoda je tako imenovani »Standardni pacienti«, kjer gre za igrane paciente, ki odigrajo svoje težave in simptome. »In-situ simulacija«, pa je vrsta simulacije z izvajanjem v realnem kliničnem okolju.

Metode: Namen raziskave je bil ugotoviti, kakšni so rezultati učenja, doseženi s simulacijami v zdravstvu in sicer končno znanje udeležencev po končanih izobraževanjih. Med udeleženci (N=1473) so bili celotni timi osnovnega zdravstvenega varstva, ki so bili vsaj enkrat letno udeleženi na izobraževanju v SIM centru iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega pacienta po konceptih učenja s simulacijami v zdravstvu.

Rezultati: Glede na število prisotnih latentnih varnostnih tveganj (LVT) smo spremljali strokovni razvoj posamezne ekipe. V letu 2015 je bilo tako zaznanih 14 LVT od 60 opazovanih, v letu 2016 pa 6 LVT od 60 opazovanih, v letu 2017, 8 od 60 opazovanih, v letu 2018 pa 5 varnostnih tveganj.

Razprava: Na podlagi omenjenih rezultatov lahko govorimo o padcu LVT, ki govori o strokovnem napredovanju ekip na področju oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Simulacije nasploh nam omogoča kvalitetnejše in hitrejšo pridobivanje znanja, saj lahko na tak način osvojimo psihomotorične sposobnosti že pred samim vstopom v klinično okolje, kar pomeni manjše tveganje za pacienta in za nas.

Ključne besede: simulacija, simulacijski center, izobraževanje, primarna zdravstvena oskrba, mobilna simulacijska enota

1 Uvod

Zaradi vedno večjih pričakovanj pacientov o kvalitetni oskrbi in vedno večji skrbi za zmanjševanje tveganj pri delu s pacienti je bistveno razmišljati o uporabi simulacij v zdravstvu kot uspešni metodi poučevanja vseh zaposlenih v zdravstvu. Tveganja v delovnem okolju že vrsto let zmanjšujejo prav s simulacijami v letalski industriji (Oritz, 1993). Simulacije v zdravstvu so trenutno v dobi »mladostništva« kar pomeni, da se hitro razvijajo ter, da se preizkušajo na

⁸ Uroš Zafošnik, dipl. zn., mag. soc. del., Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center, uros.zafosnik@zd-lj.si

⁹ Robertina Benkovič, dipl. m. s., univ. dipl. org. del, Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center, robertina.benkovic@zd-lj.si

¹⁰ Davorin Markovič, dipl. zn., Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center, davorin.markovic@zd-lj.si

¹¹ Jure Kajzar, dipl. zn., Zdravstveni dom Ljubljana, SIM center, jure.kajzar@gmail.com

različnih področjih. Mnoge evropske države razmišljajo o simulacijah kot obveznih vsebinah za ohranjanje licence zdravstvenih delavcev.

Zdravstveni timi se dnevno soočajo z vedno več obremenitvami, kot na primer preveč pacientov, administrativne zahteve, doseganje standardov kakovosti. Pri tem je potrebno poudariti, da se zdravstveni timi ne glede na to, kje so zaposleni, pogosto soočajo tudi z vitalno ogroženimi pacienti. Vsakodnevno so tako izpostavljeni varnostnim tveganjem, ki še posebej ogrožajo paciente. Za ugotavljanje kakovosti dela in identifikacijo morebitnih napak in varnostnih tveganj v obravnavi pacienta je bistveno izkoriščati prednosti učenja s simulacijami v zdravstvu.

Kalisch, et al. (2014) govorijo o izboljšanju kvalitete dela v zdravstveni negi prav zaradi uporabe simulacij v izobraževanju. Učenje s simulacijami je varen, učinkovit in etičen način izobraževanja. Simulacijski centri zagotavljajo usposabljanje zdravstvenim timom, s ciljem izboljšanja varnosti pacientov in zadovoljstva z večjo učinkovitostjo. S simulacijami lahko izboljšamo rezultate izobraževanja ter s tem praktično usposobljenost študentov zdravstvene nege (Roh & Lim, 2014). Ballangrud, et al. (2014) zagovarjajo, da z učenjem v Simulacijskem centru (SIM) centru izboljšamo varnost pacientov. Dowson, et al. (2013) opisujejo boljše rezultate pri delu s skupino, ki je bila deležna izobraževanja s simulacijami v zdravstvu v primerjavi s kontrolno skupino, ki tega ni bila deležna.

V nadaljevanju prispevka bomo predstavili tri najpogostejše metode dela v simulacijskem centru: simulacije z obogateno resničnostjo, uporaba simulacij s primeri standardnih pacientov ter in-situ simulacije.

1. 1 Simulacije z obogateno resničnostjo

Ena izmed glavnih težav oziroma omejitev, s katero se srečujemo pri usposabljanju s simulacijami v zdravstvu je časovna omejitev, ki pride do izraza predvsem pri nepripravljenemu kandidatu. Slednjega velikokrat ne moreš pripraviti na simulacije skozi teorijo in ročne spretnosti. Zato smo intenzivno razmišljali o nadgradnji standarda učenja s simulacijami v zdravstvu, kar bi nam omogočilo kvalitetnejšo pripravo kandidata na izvedbo simulacije. V SIM Zdravstvenega doma Ljubljana (ZDL) smo tako razvili program učenja z obogateno resničnostjo, s katerim dosegamo maksimalno realnost kritične situacije: zdravljenje vseh nujnih stanj - kadarkoli in kjerkoli. Izdelek je najnaprednejši simulator te vrste (Advanced Medical Simulations, 2019).

Microsoft HoloLens je prvi samostojni holografski računalnik, ki nam omogoča, da se ukvarjamo z vsebino in interakcijo. Doživljamo novo dimenzijo ustvarjalnosti in učenja. Orodje nam omogoča še hitrejše reševanje težav, v našem primeru oskrbe vitalno ogroženega bolnika. Gre za učenje vsebin oskrbe vitalno ogroženega bolnika/poškodovanega v najkrajšem možnem času in najmanjšim možnim vložkom denarja. V HoloLens »vstavljamo« vse možne realne scenarije, ki jih inštruktorji SIM centra doživljajo v realnem kliničnem okolju. Scenarij je tako realen, da velikokrat ne razlikujemo med realnostjo in scenarijem v HoloLens očalih.

Georg in Zary (2014) zagovarjata simulacije v obliki navidezne resničnosti, katera omogoča povezovanje teorije s prakso. S tem načinom učenja dodatno povečamo varnost bolnikov, izboljšujemo klinične rezultate z vključitvijo simulacij z obogateno resničnostjo v procesu učenja in usposabljanja. Učeči se lažje pripravi na stres, ki se sprošča v fazi reševanja obolelega, poškodovanega. Prav tako učeči dosega uvid, zakaj je kontinuirano usposabljanje iz vsebin nujnih stanj nujno potrebno. Omenjen način usposabljanja se vpelje takoj po učenju teorije in ročnih spretnosti, kjer lahko s pomočjo obogatene resničnosti kandidata uspešno pripravimo na simulacije. Kandidata pripravljamo do popolne uspešnosti, prav prednost tovrstne metode učenja pa je, da lahko scenarij ponovimo nešteto krat.. Kandidat tako lažje razume vsebine, in je tako bolj pripravljen na izvedbo simulacije.

1.2 Uporaba simulacij s primeri standardnih pacientov

Učenje s simulacijami v zdravstvu je nujno potrebno nadgraditi tudi z metodo učenja standardni oziroma simulirani pacient. »Standardni pacienti« so igrani pacienti, ki odigrajo svoje težave in simptome. Zdravniki in medicinske sestre (zdravstveni tim) imajo tako možnost pridobivanja dodatnega znanja oziroma utrjevati svoja znanja ob »živem« pacientu. »Standardni pacienti« so posamezniki, ki gredo pred začetkom programa skozi intenzivne priprave, v katerih natančno osvojijo vlogo bolnika, ki ga bodo igrali. Program »standardni pacient« je zelo kvaliteten in intenziven izobraževalni program, saj gre za izmenjavanje znanj med inštruktorjem, ki vodi simulacijo, standardnim pacientom ki igra vlogo pacienta ter učencem, ki pridobiva znanje med simulacijo. Z uporabo omenjene metode so mnoge simulacije še bolj realne, kot na primer oskrba poškodovanca, psihiatričnega bolnika, agresivnega bolnika, svojca pacienta (Zafošnik, et al., 2018).

1.3 »In-situ simulacije«

»In-situ simulacije« so vrste simulacij z izvajanjem v realnem kliničnem okolju. Udeleženci se med simulacijami nahajajo na svojem delovnem mestu in uporabljajo svojo medicinsko opremo. Tovrstna oblika simulacij omogoča identifikacijo napak, ki so skrite v sistemu obravnave pacienta. Omenjene napake med oskrbo pacienta lahko vodijo v neželene škodljive učinke, saj intervencije niso optimalne in se izgublja preveč časa v postopkih, ki bi se morali izvajati tekoče, hitro in brez napak. Rosen, et al. (2012) opisujejo »in-situ simulacije« kot nove oblike izobraževanja, ki prinašajo dobre rezultate v obravnavi pacienta. Prav tako Miller, et al. (2008) opisujejo »in-situ simulacije« kot način izobraževanja, s katerimi dosežemo varno vedenje zdravstvenega tima v kliničnem okolju. Weinstock, et al. (2009) poudarjajo, da je »in-situ simulacija« uspešna in tudi stroškovno bolj učinkovita metoda, saj se tu ne uporabljajo materiali iz Simulacijskega centra (SIM center), temveč izobraževanje poteka v realnem kliničnem okolju z opremo ekipe, ki se uči.

Yajamanyam in Sohi (2015) »in-situ simulacije« označujeta kot metodo za izboljšanje varnosti pacientov. Gre za nov pristop k odkrivanju pomanjkljivosti v sistemih zdravstvenega varstva, ki jih poimenujemo kot latentna varnostna tveganja (LVT). Z »in-situ simulacijami« dosegamo izboljšanje kakovosti, odkrivamo več LVT, s čimer se izboljša varnost pacientov. »In-situ simulacije« so izredna priložnost za ugotavljanje LVT v procesu zdravljenja. Slednje zagovarja Petterson, et al. (2013), ki »in-situ simulacije« opisujejo kot praktično metodo za odkrivanje LVT in okrepitev timskega dela. »In-situ simulacije« tako pozitivno vplivajo na varnostno klimo v kliničnem okolju z visoko stopnjo tveganja. LVT je opisoval tudi Wetzel, et al. (2013), ki so jih označili kot napake v zasnovi, organizaciji, usposabljanju ali vzdrževanju, in lahko prispevajo k zdravniškim napakam, ter imajo velik vpliv na varnost pacientov. LVT opisujejo kot bistvo vsake simulacije, na podlagi katere lahko na koncu podamo priporočila za izboljšave učečemu timu. Z LVT lahko spremljamo tudi uspeh posameznega tima, ko spremljamo rezultate slednjega skozi določeno časovno obdobje (rezultat tima ob vedno istem scenariju). Po vsakem usposabljanju pričakujemo verjetno padanje ugotovljenih LVT.

1.4 Mobilna simulacijska enota – »SIM mobil«

Čeprav mnogi avtorji (Kalisch, 2014) poudarjajo pomen in prednosti usposabljanj s simulacijami v zdravstvu, slednje mnogim žal še vedno niso dostopne. Dejavniki, ki ovirajo izvajanje simulacijskega usposabljanja, so pomanjkanje znanja in opreme za izvajanje simulacij v zdravstvu, visoki stroški izobraževanja in časovna omejitev zdravstvenih timov. Ena izmed rešitev je izgradnja regionalnih simulacijskih centrov, kar je še vedno za mnoge nedostopno zaradi prevelike oddaljenosti in predolge odsotnosti iz delovnega procesa. V ZDL, ki ima letno že preko 2,8 milijona obiskovalcev smo SIM center ustanovili januarja 2014 (Zafošnik, et al., 2018).

V SIM centru ZDL opažamo, da geografska lega učečega tima vpliva na uporabo in pogostost obiska SIM centra. Geografsko bližje kot so zdravstveni timi SIM centru ZDL, pogostejše sodelujejo pri izobraževanju v njem, in nasprotno, bolj kot je oddaljen od SIM centra, redkeje ali nikoli se ne udeležijo izobraževanja v SIM centru. Da bi omogočili dostop do takšnega načina usposabljanja in učenja čim večjemu številu timov na primarnem nivoju, smo v ZDL pričeli z izvajanjem programa »SIM mobil«. Izobraževalni program »SIM mobil« je bil pripravljen in izveden v praksi. Njegov namen je zagotoviti kakovost dela in ugotoviti morebitne napake in varnostna tveganja pri zdravljenju pacienta.

»SIM mobil« je mobilna simulacijska enota, ki vsebuje najsodobnejšo opremo za izvajanje simulacij v zdravstvu. Omogoča praktično usposabljanje z uporabo najnaprednejših simulatorjev zdravstvenim profesionalcem in laikom. »SIM mobil« je 16-metrski priklopnik z dvema prostoroma za simulacijo: soba za simulacijo in soba za debriefing. Ponuja priložnosti za izobraževalne izkušnje, ki pripomorejo k boljši oskrbi in varnosti pacientov. Tak način izobraževanja prinaša mnogo prednosti, med katerimi izpostavljamo predvsem opremo v »SIM mobil«: simulator profesionalnega defibrilatorja, simulator poroda, simulator poškodovanega pacienta, uporaba realnih zdravil, simulator, ki odgovarja kot živ človek, zvočni efekti težkega dihanja, oprema za snemanje scenarijev, simulator novorojenčka, dojenčka in malega otroka. Udeleženci prav tako uporabljajo medicinsko opremo, kot jo sicer uporabljajo v realnem kliničnem okolju. Pri vsaki simulaciji se uporablja debriefing sistem, ki omogoča snemanje scenarijev, tako da po vsakem zaključku lahko podamo povratne informacije o uspešnosti ekipe.

1.5 Razlog učenja v mobilni simulacijski enoti

Usposabljanje v »SIM mobil« daje zdravstvenemu osebju priložnost, da se soočijo z vitalno ogroženim pacientom ter redkimi situacijami v kliničnem okolju (porod na terenu, vitalno ogrožen otrok,...). Učenje v mobilni simulacijski enoti tako omogoča vzdrževanje strokovnega znanja in povečanje samozavesti učečega tima, za kar tim ne potrebuje zapustiti svojega kraja niti svojega delovnega mesta. Program se namreč izvaja na pragu delovne organizacije učečega tima.

Dosedanje izkušnje učenja v mobilni simulacijski enoti (600 udeležencev) nakazujejo, da je uporaba »SIM mobil« za zagotavljanje usposabljanja zdravstvenih timov in laikov izvedljiva in praktična. »SIM mobil« je bil uspešno uporabljen v poskusu po vsej Sloveniji. Bil je preizkušen v različnih vremenskih pogojih, od zunanje temperature -5 °C do nad 30 °C. V vseh okoliščinah so udeleženci ocenjevali okolje »SIM mobil« kot udobno.

Ugotavljamo, da se je program »SIM mobil« za izvajanje simulacij v zdravstvu na primarnem nivoju izkazal za uspešnega, katerega so udeleženci dobro sprejeli. Prav tako ugotavljamo, da če je izobraževanje organizirano na pragu delovnega okolja, postane učenje s simulacijami v zdravstvu dostopno večjemu številu zdravstvenih timov (Zafošnik, et al., 2018). Ugotavljamo, da usposabljanje v SIM mobilu prinaša mnoge prednosti, med katerimi je v ospredju ta, da se program izvaja v kraju učečega in slednji tako prihrani čas in stroške za prevoz.

1.6 Izkušnje z uporabo metode simulacij v zdravstvu

V ZDL smo v letu 2015 pripravili model usposabljanja z »in-situ simulacijami« oživljanja in prepoznavanja kritično bolnega pacienta. Omenjeno izvajamo v kliničnem okolju zdravstvenega tima, in poteka s pomočjo simulatorja in vseh potrebnih medicinskih pripomočkov, ki jih zaposleni v zdravstvenem timu uporabljajo pri vsakdanjem delu. Simulacijo vodita dva inštruktorja SIM centra z vnaprej pripravljenimi kazalniki kakovosti (uporaba zaščitnih sredstev, ustrezen pristop k pacientu, zgodnji stisi prsnega koša, ocenjevanje dihanja in cirkulacije, ustrezno nameščene elektrode defibrilatorja, varna defibrilacija, oskrba dihalne poti, ustrezna terapija, menjava na stisih prsnega koša, aktivacija dodatne pomoči, popravljivi vzroki med reanimacijo), s pomočjo katerih ugotovimo nivo pripravljenosti usposobljenosti

ekipe in morebitne LVT. Na podlagi slednjega inštruktorja napišeta tudi poročilo, v katerem jasno opredelita priporočila za izboljšave za udeleženo ekipo. Glede na število prisotnih LVT spremljamo strokovni razvoj posamezne ekipe.

Pri izvedenih »in-situ simulacijah« nas je zanimala stopnja usposobljenosti zdravstvenega tima za izvajanje protokola oživljanja ter oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Zanimal nas je tudi odzivni čas ekipe, delo in komunikacija v timu, ter obvladovanje opreme za oskrbo vitalno ogroženega pacienta.

2 Metode

Namen raziskave je bilo ugotoviti, kakšni so rezultati učenja, doseženi s simulacijami v zdravstvu, in sicer končno znanje udeležencev po končanih izobraževanjih.

Iskanje literature je potekalo v podatkovni bazi PubMed. Pri iskanju literature smo se omejili na iskanje za zadnjih 10 let. Iskali smo po ključnih besedah "simulation in health care", "simulation and LVT" ter "in situ simulation". Zaradi relevantnosti določene literature smo vključili tudi določene starejše vire.

Med udeleženci (N=1473) so bili celotni timi osnovnega zdravstvenega varstva (zdravnik, medicinska sestra, tehnik zdravstvene nege), ki so bili vsaj enkrat letno udeleženi na izobraževanju v SIM centru iz vsebin oskrbe vitalno ogroženega pacienta po konceptih učenja s simulacijami v zdravstvu. Izobraževanja so vključevala: teoretično znanje, ročne spretnosti in napredne simulacije. Znanje smo preverjali s pomočjo simulacije z vnaprej pripravljenimi kazalniki kakovosti (ocenjevanje LVT), pri čemer je potrebno poudariti da so »in-situ simulacije« nenapovedane. Raziskava je potekala v prostorih SIM centra in v kliničnem okolju ZDL med januarjem 2015 in decembrom 2018. V tem času je bilo opravljeno 536 simulacij v SIM centru in 10 »in-situ simulacij« v realnem kliničnem okolju v ZDL.

LVT odstopanja smo merili z več različni instrumenti. Med samo »in-situ simulacijo« smo merili odzivni čas ekipe Rdečega alarma, čas reanimacije in ocenjevanje kritičnih postopkov (pravilni algoritem) poteka reanimacije. Poleg naštetega smo po sami »in-situ simulaciji« tudi preverjali pisno evidenco nad uporabnostjo zdravil, ustrezno označevanje in shranjevanje zdravila Adrenalin ter opremljenost reanimacijske sobe/vozička in torbe ter veljavnost zdravil, kar smo preverjali s preverjanjem datuma uporabnosti pri 8 naključno izbranih ampulah. Zastavljena meja za uspešno opravljeno »in-situ simulacijo« je bilo 75 % pravilno izvedenih postopkov in posegov med reanimacijo. V nasprotnem primeru se »in-situ simulacija« ponovi čez 1 teden ter ponavlja dokler se ne doseže zastavljena meja za uspešno opravljeno »in-situ simulacijo«.

3 Rezultati

Opisna statistika rezultatov je bila izvedena s pomočjo programa Microsoft Office Excell. Pri mnogih kandidatih (N = 1473) smo izmerili splošno oceno modula, pri čemer nas je 93,93 % ocenilo z maksimalno oceno. Latentna varnostna tveganja, ki so bila ugotovljena v »in-situ simulacijah« so bile: težave z opremo, visok stres nekaterih udeležencev, neusklajenost ekipe, predolg odzivni čas, neustrezen algoritem. Glede na število prisotnih LVT smo spremljali strokovni razvoj posamezne ekipe. V letu 2015 je bilo zaznanih 14 LVT od 60 opazovanih, v letu 2016 pa 6 LVT od 60 opazovanih, v letu 2017, 8 od 60 opazovanih, v letu 2018 pa 5 varnostnih tveganj.

4 Zaključek

V ZDL izboljšujemo varnost pacientov in rezultate obravnav pacientov (uspešno nudenje nujne medicinske pomoči v primeru nujnega stanja) tudi z učenjem s simulacijami v zdravstvu, ki smo jih nadgradili z »in-situ simulacijami«. Omenjeno se je v opisanem obdobju izkazalo kot učinkovito.

Na podlagi omenjenih rezultatov lahko govorimo o padcu LVT, ki govori o strokovnem napredovanju ekip na področju oskrbe vitalno ogroženega pacienta. Dober rezultat kandidatov pripisujemo intenzivnemu izobraževanju iz vsebin reanimacije (32 ur izobraževanj v simulacijskem centru posameznika s področja nujnih stanj v štirih letih). Rezultate si razlagamo predvsem v kontinuiranem izobraževanju ekip za nujna stanja v ZDL.

Med oskrbo vitalno ogroženega pacienta zdravstveni kader doživlja visok nivo stresa, zato je pomembno, da so na takšne situacije dobro pripravljeni. »In-situ simulacije« prav gotovo pripomorejo k boljši pripravljenosti zaposlenih na oskrbo nujnih pacientov. Z »in-situ simulacijami« dosegamo izboljšanje kakovosti, odkrivamo več LVT, s čimer se izboljša varnost pacientov.

Za večino situacij ob stiku z bolnikom se je nujno potrebno predhodno pripraviti, preden se s primerom ponovno soočimo. Razlog za slednje je redkost oziroma težavnost klinične situacije. Tako je SIM center okolje, kjer lahko pridobivamo to znanje, se učimo na lastnih napakah, ter tako dosegamo željeno - izboljšati varnost bolnikov in kliničnih rezultatov. Simulacije se vse pogostejše uporabljajo v zdravstvu z namenom ustvarjanja učnega okolja, v katerem lahko študentje razvijajo samozavest in vadijo praktične in nepraktične veščine (Kneebone, 2005, Cook et al., 2011, Eppich, Howard, Vozenilek, 2011, Motola, et al., 2013). Učenje s pomočjo simulacij prinaša mnoge prednosti: ustvarimo lahko veliko različnih scenarijev, tudi takšnih, ki se v realnem kliničnem okolju redko zgodijo; scenariji se lahko po težavnosti prilagodijo predhodnemu znanju učečemu; lutke reagirajo na aktivnosti zdravstvenega tima, kot bi reagiral pravi človek; simulacije so dobra priprava na stres, ki zdravstvene delavce čaka v delovnem okolju; pomagajo nam pri rasti samopodobe in zaupanja vase in v naše sodelavce; omogočajo nam pretvorbo pridobljenega teoretičnega znanja v praktične veščine; simulacijski centri, kjer poteka usposabljanje spominjajo na realno okolje v bolnišnici; zmanjša se možnost za neželene dogodke v kliničnem okolju in poenoti in standardizira delo za vse člane tima.

Kot opazamo, uporaba simulacij v zdravstvu kot sodobna učna metoda prinaša številne prednosti pred klasično metodo učenja. Nasploh nam omogoča kvalitetnejše in hitrejšo pridobivanje znanja, saj lahko na tak način osvojimo psihomotorične sposobnosti že pred samim vstopom v klinično okolje, kar pomeni manjše tveganje za pacienta in za nas. Z uporabo simulacij se izognemo etičnim in moralnim tveganjem, ki jih za nas predstavlja učenje neposredno ob pacientu v kliničnem okolju.

Učenje s pomočjo simulacij je tako v Sloveniji, kot tudi v svetu v polnem razmahu, vendar je potencial, ki ga te sodobne učne metode ponujajo v Sloveniji še vedno premalo izkoriščen. Od leta 2018 pa je z začetkom programa "SIM mobil" vsem zdravstvenim timom na primarnem nivoju v Sloveniji in širše omogočen dostop do sodobne simulacijske opreme.

Literatura

Advanced Medical Simulations, 2019. [online] Available at: <https://awake.health> [Accessed 17 September 2020].

Ballangrud, R., Hall-Lord, M.L., Persenius, M. & Hedelin, B., 2014. Intensive care nurses perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: A descriptive qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), pp. 179-187.

Cook, D.A., Hatala, R., Brydges, R., Zendejas, B., Szostek, J.H., Wang, A.T., Erwin, P.J. & Hamstra, S.J., 2011. Technology-enhanced simulation for health professions education: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 306(9), pp. 978-988.

Dowson, A., Russ, S., Sevdalis, N., Cooper, M. & De Munter, C., 2013. How in situ simulation affects paediatrics nurses clinical confidence. *British journal of nursing*, 22(11), pp. 610, 612- 617.

Eppich, W., Howard, V., Vozenilek, J. & Curran, I., 2011. Simulation-based team training in healthcare. *Simulation in Healthcare*, 6(7), pp. 14-19.

Georg, C. & Zary, N., 2014. Web-based virtual patients in nursing education: development and validation of theory-anchored design and activity models. *Journal of Medical Internet Research*, 16(4), p. 105.

Kalisch, B.J., Aebersold, M., McLaughlin, M., Tschannen, D. & Lane, S., 2014. An Intervention to Improve Nursing Teamwork Using Virtual Simulation. *Western Journal of Nursing Research*, 37(2), pp. 164-179.

Kneebone, R., 2005. Evaluating clinical simulations for learning procedural skills: a theory-based approach. *Academic medicine*, 80(6), pp. 549-553.

Miller, K.K., Riley, W., Davis, S. & Hansen, H.E., 2008. In situ simulation: a method of experiential learning to promote safety and team behavior. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*, 22(2), pp. 105-13.

Motola, I., Devine, L.A., Chung, H.S., Sullivan, J.E. & Issenberg, S.B., 2013. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. *Medical Teacher*, 35(10), pp. 1511-1530.

Ortiz, G.A., 1993. Transfer of learning effectiveness: PC-based flight simulation. *The Journal of Aviation/Aerospace Education & Research*, (3)2, pp. 29-33.

Petterson, M.D., Geis, G.L., Falcone, R.A., LeMaster, T. & Wears, R.L., 2013. In situ simulation: detection of safety threats and team work training in a high risk emergency department. *BMJ Quality & Safety*, pp. 468-477.

Roh, Y.S. & Lim, E.J., 2014. Pre-course simulation as a predictor of satisfaction with an emergency nursing clinical course. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1).

Rosen, M.A., Hunt, E.A., Pronovost, P.J., Federowicz, M.A. & Weaver, S., 2012. In situ simulation in continuing education for the health care professions: a systematic review. *The Journal of continuing education in the health professions*, 32(4), pp. 243-254.

Weinstock, P.H., Kappus, L.J., Garden, A. & Burns, J.P., 2009. Simulation at the point of care: Reduced-cost, in situ training via a mobile cart. *Pediatrics critical care medicine*, 10(2), pp. 167-181.

Wetzel, E.A., Lang, T.R., Pendergrass, T.L., Taylor, R.G. & Geis, G.L., 2013. Identification of latent safety threats using high-fidelity simulation-based training with multidisciplinary neonatology teams. *Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources*, 39(6), pp. 268-273.

Yajamanyam, K. & Sohi, D., 2015. In situ simulation as a quality improvement initiative. Archives of disease in childhood. *Education and practice edition*, 100(3), pp. 162-163.

Zafošnik, U., Benkovič, R. & Marković, D., 2018. Simulacije – sodobna metoda učenja za dvig kakovosti v zdravstvu. In: B. Gunčar, ed. *27. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost in odličnost. Portorož, november 2018*. Ljubljana : Slovensko združenje za kakovost in odličnost, pp. 135-139.

Koristi procesa mentorstva za mentorja

Anja Novak¹²

Adrijana Ilievski¹³

Izvleček

Znanih je nešteto prednosti, ki jih od mentorskega procesa pridobijo mentoriranci – novozaposleni ali študenti ter delovna in izobraževalna organizacija. Ob trendu pomanjkanja kadra v zdravstveni negi, povečanega obsega dela, pojava novih nalezljivih bolezni je na zaposlenih v zdravstvu ogromna odgovornost. Poleg svojega dela s pacienti, enako uspešno in kakovostno v čim krajšem času izobrazijo in usposobijo študente tekom študija in kasneje novo-zaposlene, da bodo postali dobri, izkušeni in izobraženi zdravstveni delavci. Namen prispevka je predstaviti prednosti, koristi, ki jih zdravstveni delavec pridobi, ko izvaja mentorstvo.

Ključne besede: mentor, koristi mentorstva

1 Uvod

Mentorstvo je v najširšem pomenu odnos med mladim in neizkušenim človekom in starejšim, ki je bolj izkušen ter mlajšemu pomaga in ga spodbuja, da pridobi novo znanje in spretnosti ter se lažje vključi v svet odraslih in dela (Rupert, 2013). Predvsem mentorstvo ena-na-ena ima ogromno prednosti za mentoriranca, saj zmanjšuje stres, pomaga pri prenosu znanja v prakso in mentoriranca vodi pri njegovem profesionalnem razvoju (Williams, et al., 2018). Pomembno je, da je mentor strokoven. Vedeti mora, kakšne so njegove naloge in vloge – lahko je podpornik, trener, učitelj, motivator, spodbujevalec – in katero znanje, lastnosti in spretnosti so pogoj, da se bo mentorstvo razvilo v dober odnos. Prednostni cilj procesa je torej mentorirančeva rast in razvoj, a ima od mentorstva korist tudi mentor (Rupert, 2013).

Za mentorje so najboljši, tako po strokovnih, kot vodstvenih kompetencah tisti, ki se zavedajo vloge in pomena praktičnega usposabljanja in tisti, ki k mentorskemu delu zlahka pritegnejo tudi ostale sodelavce (Govekar Okoliš, et al., 2010), kar pomeni, da mentorji, ki zaznavajo več prednosti mentorstva, mentorski odnos zaznavajo kot kvalitetnejši, taki mentorji pa imajo tudi več motivacije za prihodnje mentorstvo (Opeka, 2017).

Mentorstvo v zdravstveni negi ima velik vpliv na produkcijo kakovostnih medicinskih sester v prihodnosti in je hkrati tudi način za predajanje poklica medicinske sestre mlajšim generacijam (Olaolorunpo, 2019), prav tako pogosto ravno mentorji zagotavljajo povečanje vključenosti osebja, znanja, prepričanj in spretnosti ter zmanjšanje upora med novo-zaposlenimi in stopnje fluktuacije. Hkrati bi se s tem lahko omogočilo tudi povečanje uporabe dokazov v klinični praksi (Abdullah, et al., 2014). Mentorji, ki imajo predhodne izkušnje z mentorstvom zaznavajo več prednosti mentorskega odnosa kot pomanjkljivosti. In mentorji, ki zaznavajo več prednosti, mentorstvo dojemajo kot kvalitetnejše. Mentorji, ki zaznavajo odnos kot kakovostnejši se tudi pogosteje odločajo za ponovno mentoriranje (Opeka, 2017).

Vendar pa je pogosto prisotno pomanjkanje podpore s strani vodstva in/ali sodelavcev, pomanjkanja znanja s področja mentoriranja, oseba, ki mentorira ima več dodatnega dela v primerjavi s tistimi, ki mentorstva ne opravljajo in podcenjenost mentorstva (Devlin & Duggan, 2020). In ravno zaradi teh dejavnikov je mentorstvo izjemno težko opravljati učinkovito in

¹² Anja Novak, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Jesenice, anja.novak@sb-je.si

¹³ Adrijana Ilievski, dipl. upr. ved, Splošna bolnišnica Jesenice, adrijana.ilievski@sb-je.si

kakovostno in zato je potrebno seznaniti mentorje s koristmi, ki jih mentor kot oseba pridobi v procesu mentoriranja študentov ali novozaposlenih.

1.2 Koristi mentorstva za posameznika

Mentorstvo ima kot del delovnega procesa različne učinke na izvajalce, paciente in organizacije, a noben od teh učinkov ni negativen. Dokazano je tudi, da je med vsemi elementi prav mentorstvo tisto, ki spremeni vedenje nekaterih izvajalcev (Abdullah, et al., 2014). Za mentorja ima sodelovanje v mentorskem programu veliko pozitivnih koristi, saj vpliva na njegovo osebno in strokovno rast. S pomočjo mentoriranja lahko mentor pridobi nove koristne informacije, spoznanja in drugačen pogled na samo izvajanje dela. Mentorju prinaša mentorski odnos tudi osebno zadovoljstvo, večji ugled med zaposlenimi in možnost napredovanja v karieri (Jakopiček, 2016). Mentorji lahko pridobijo predvsem veliko koristi, saj bo mentoriranje povečalo njihovo zadovoljstvo z delom in jim pomagalo razviti lastne vodstvene spretnosti. Mentorstvo je lahko za mentorja izziv in spodbuda, zlasti če je njegova kariera dosegla začasno ali stalno stagnacijo (Svenšek, 2019).

Pri mentorstvu gre za vzajemni sodelovalen odnos med mentorjem in mentorirancem, skupno odkrivanje in učenje, razvoj spretnosti in kompetenc (Govekar Okoliš, et al., 2010), kar pove, da pri mentorstvu pridobivata tako mentor, kot mentoriranec.

Mentor pridobi z mentorstvom osebno zadovoljstvo, boljšo vzpostavitev socialnih stikov, razširitev svojega razumevanja drugih ljudi, nova znanja in izkušnje, lasten napredek in možnost razvoja osebne kariere, napredovanja in nagrade v delovni organizaciji (Govekar Okoliš, et al., 2010).

1.3 Strokovna rast mentorja

Mentor si s spoznavanjem drugačnih ljudi pridobi nove izzive, ki mu prinesejo bogate izkušnje. Z učenjem mentoriranja pridobi nove ideje in krepí obstoječe znanje, skratka, prizadeva si za lastni razvoj (Svenšek, 2019). Za to, da mentor lahko izvaja mentorstvo se mora kontinuirano izobraževati in biti v stiku z razvojem tako zdravstvene nege, kot tudi drugih znanosti, torej mora medicinska sestra na mentorstvo gledati kot na razvojno priložnost in poklicno rast, ki bogati vsakega posameznika, da lahko znanje podaja naprej (Babuder, 2016). Pri mentoriranju se povečajo kompetence glede poznavanja mentorskih praks na delovnem mestu, vrednotenje, osredotočenje na študente, prepoznavanje študentskih potreb, podpiranje učnih procesov študentov, ciljne usmerjenosti pri mentorstvu in konstruktivne povratne informacije (Tuomikoski, et al., 2019). Predvsem pa mentor pogloblja svoje znanje, kadar uči mentorirance ter od mentoriranja dobi nove informacije in sveža znanja (Račnik, 2010 cited in Svenšek, 2019, p. 57-58).

1.4 Komunikacijske sposobnosti in uspeh v organizaciji

Mentor se razvija v odnosu, bolj reflektira svoje delo, je sprejemljivejši za izzive, izboljšajo se njegove sposobnosti prenosa znanja in spretnosti na druge, dobiva nove zamisli (Rupert, 2013), predvsem pa se krepíjo komunikacijske sposobnosti mentorja (Kapitler, et al., 2012 cited in Svenšek, 2019, p. 57). Mentor s svojim načinom dela poskrbi, da mentoriranja opazijo drugi zaposleni, tudi vodilni. Vidnost mentoriranja pa lahko vpliva tudi na mentorjevo napredovanje v organizaciji (Opeka, 2017). Mentorji, ki zaznajo kakovost mentorskega odnosa so tudi delovno bolj zadovoljni (Opeka, 2017), pridobijo ugled v kolektivu, razširijo si mrežo poslovnih poznanstev, pridobivajo nove, bogate izkušnje, razvijajo se mu vodstvene sposobnosti (Kapitler, et al., 2012 cited in Svenšek, 2019, p. 57).

1.5 Vzor in vpliv na čustva

Mentoriranje bi moralo biti vsem v ponos (Gruber-Page, 2016), saj izkušen mentor predstavlja vzornika, vrednega posnemanja. Prav tako s svojim delom spodbuja psihološko hvaležnost, ki jo prejema od mentoriranca, kar spodbuja pozitivna čustva (Opeka, 2017). Dokazano je, da pozitivna samopodoba medicinske sestre povečuje produktivnost dela, ohranjanje in zadovoljstvo pri delu. Izkazalo se je, da sodelovanje študentov pri izkušnjah z mentorstvom povečuje samozavest in razumevanje vloge vodje medicinske sestre (Ford, 2015). Mentor se v času mentoriranja počuti kot vzornik kar mu daje občutek dolžnosti, da se kot vzornik tudi obnaša. Prav tako lahko izraža skrb za mentoriranca, občutek ima, da s svojim vedenjem in delovanjem izraža skrb za mentoriranca in na tak način predstavlja tudi ustanovo. Predvsem pa je za mentorja pomemben tudi akademski uspeh, ki ga zaradi njegovega dela doživlja mentoriranec. Mentorji čutijo večjo stopnjo zadovoljstva, ko njegov mentoriranec dosega višji nivo znanja zaradi samega procesa mentorstva (Wilson, et al., 2010).

2 Razprava

Mentor pridobi z mentorstvom osebno zadovoljstvo, večje število socialnih stikov, sposobnost razumevanja drugih ljudi, novo znanje in izkušnje, osebno rast, možnost razvoja osebne kariere, napredovanja in nagrade v delovni organizaciji. Mentorstvo mentorja tudi osebno bogati, saj pridobiva nove izkušnje, razvija vodstvene sposobnosti, pridobiva ugled v kolektivu, krepi občutek koristnosti, se seznanja z novostmi v stroki ter razvija komunikacijske spretnosti (Visoka šola za upravljanje in poslovanje Novo Mesto, 2013). Koristi mentorstva so ogromne: nadomeščanje na delovnem mestu in delitev delovnega mesta, pridobivanje novih znanj in kompetenc ljudi, ki so zaposleni pri delodajalcih, saj mentorstvo omogoča praktičen prenos znanja in izkušenj, pridobitev prvih delovnih izkušenj ter povečuje možnost prehoda v redno zaposlitev (Zupančič, 2016). Nemogoče pa je pričakovati, da bi medicinske sestre v nedogled opravljale »dvojno« delo na primernem kakovostnem nivoju. S prenovi študijskih programov zdravstvene nege in povečanim obsegom kliničnega usposabljanja se je število mentorincev v kliničnih okoljih izredno povečalo, število mentorjev pa se celo zmanjšuje. Mentorstvo so prevzele diplomirane medicinske sestre, tudi tiste, ki si te vloge niso želele, saj organizacija dela v kliničnem okolju ne omogoča kontinuirane prisotnosti mentorja ob mentorincu. Njihov povečan obseg dela in večja odgovornost nista ovrednotena, zato ostajata praktično nevidna (Seničar, 2018). Prav tako so zaposleni v zdravstvu močno vključeni v mentorstvo, saj morajo zaradi kroničnega pomanjkanja medicinskih sester in zaradi večjih potreb po zdravstvenem osebju zaradi novih bolezni izobraževati nove medicinske sestre v visoko izobražene, s katerimi bodo v prihodnosti delali (Seničar, 2018).

3 Zaključek

Mentorstvo je učno partnerstvo med mentorincem, mentorjem in učno bazo. S pravilnim načrtovanjem kliničnega usposabljanja pridobijo vsi, študent in mentor, še najbolj pa organizacija, ki predstavlja učno bazo, ker ima možnost kontinuiranega pridobivanja in prenosa znanja na različna strokovna področja, na ta način pa si lahko dolgoročno zagotovi kvalitetno delovno silo. Predvsem pa se za dosego vseh naštetih koristi, ki jih mentor pridobi tekom mentoriranja, literatura strinja, da potrebujemo formalni program za mentorje, morda pa bi bilo mentorstvo bolj pomembno takrat, ko bi usmerjali nove medicinske sestre k pridobivanju kompetenc in spretnosti in ne takrat, ko je novo zaposleni ali študent osredotočen predvsem na razvoj spretnosti.

Literatura

Abdullah, G., Rossy, D., Ploeg, J., Davies, B., Higuchi, K., Sikora, L. & Stacey, D., 2014. Measuring the effectiveness of mentoring as a knowledge translation intervention for implementing empirical evidence: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(5), pp. 284-300.

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 327-335.

Devlin, N. & Duggan, S., 2020. An evaluation of nurses' experiences of mentoring pre-registration students. *British Journal of Nursing*, 29(5), pp. 308-313.

Ford, Y., 2015. Development of nurse self-concept in nursing students: the effects of a peer-mentoring experience. *Journal of Nursing Education*, 54(9), pp. 107-111.

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

Gruber-Page, M., 2016. The value of mentoring in nursing: an honor and a gift. *Oncology nursing forum*, 43(4), pp. 420-422.

Jakopiček, N., 2016. *Mentorstvo kot element razvoja zaposlenih v podjetju Mariborski vodovod d.d.: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Olaolorunpo, O., 2019. Mentoring in nursing: a concept analysis. *International Journal of Caring Sciences*, 12(1), pp. 142-148.

Opeka, J., 2017. *Mentorjevo doživljanje kakovosti: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo.

Rupert, J., 2013. Mentorstvo in prostovoljstvo. In: T. Vilič Klenovšek & J. Rupert, eds. *Prostovoljstvo v svetovni dejavnosti v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije, pp. 67-86.

Seničar, Z., 2018. Medgeneracijsko sodelovanje: mentor-mentoriranev. In: B. Nose & T. Radovan, eds. *Zdravstvena nega v luči globalnih izzivov, 10. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske toplice, 18. in 19. januar 2018*. Novo Mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo Mesto, pp. 124-140.

Svenšek, D., 2019. *Vloga mentorja pri razvoju in usposabljanju zaposlenih v podjetju: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Ekonomsko-poslovna fakulteta.

Tuomikoski, A.M., Ruotsalainen, H., Mikkonen, K., Miettunen, J., Juvonen, S., Sivonen, P. & Kaariainen, M., 2019. How mentoring education affects nurse mentors' competence in mentoring students during clinical practice – a quasi-experimental study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), pp. 230-238.

Visoka šola za upravljanje in poslovanje Novo Mesto, 2013. *Priročnik za mentorje študentom na strokovni praksi*. [pdf] Visoka šola za upravljanje in poslovanje Novo Mesto. Available at: https://fei.uni-nm.si/uploads/_custom/pripone/razno/prirocnik_za_mentorje_studentom_na_strokovni_praksi.pdf [Accessed 9 September 2020]

Zupančič, M., 2016. Mentorstvo – znanje preteklosti za ideje prihodnosti. *Andragoška spoznanja*, 18(2), pp. 66-73.

Williams, F.S., Scott, E.S., Tyndall, D.E. & Swanson, M., 2018. New nurse graduate residency mentoring: a retrospective cross-sectional research study. *Nursing Economics*, 36(3), pp. 121-127.

Wilson, A.H., Sanner, S. & McAllister, L.E., 2010. An evaluation study of a mentoring program to increase the diversity of the nursing workforce. *Journal of Cultural Diversity*, 17(4), pp. 144-150.

Novi trendi in pristopi pri kliničnem usposabljanju študentov fizioterapije

Alenka Groboljšek¹⁴

Izvleček

Vedno večja usmerjenost sodobnega pristopa v fizioterapiji je z dokazi podprta praksa, saj je povezovanje teoretičnih znanj in prakse bistvenega pomena za razvoj stroke (Puh & Hlebš, 2009). Fizioterapevt z nenehnim izpopolnjevanjem in dopolnjevanjem znanja ter sledenjem literaturi zagotavlja vseživljenjsko učenje. Le-to je opredeljeno kot eden pomembnejših dejavnikov za z dokazi podprto prakso, kar je utemeljeno tudi v Evropskih temeljnih standardih za fizioterapevtsko prakso (European Region of the World Confederation, 2007) in jih je leta 2007 privzelo tudi Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje (2007). V fizioterapiji smo v zadnjem desetletju priča precejšnjim novostim pri obravnavi pacienta, tako v smislu poznavanja dodatnih tehnik, novih aparaturn, novih informacijskih virov in pa vključevanja preventivnih programov na primarnem nivoju. Mentor, ki je na tem področju pridobil nova znanja, ima tako pri delu s študenti priložnost predstaviti širšo paleto znanja in izkušenj.

Ključne besede: z dokazi podprta praksa, nova znanja, preventivni programi

1 Uvod

V prispevku je predstavljeno delo kliničnega mentorja v javnem zdravstvu na primarni ravni. Študentje, ki prihajajo na klinično usposabljanje v našo ustanovo, lahko poleg osnovnih tehnik in pristopov spoznajo tudi nekatere novejšje tehnike in specialne obravnave, prav tako pa jim predstavimo uporabo sodobnih aparaturn in delo v preventivnih programih.

2 Področja dela fizioterapevta

Zdravstveni dom Sevnica zaposluje štiri fizioterapevte za program kurative in enega fizioterapevta za program preventive. V programu kurative smo vpisani tudi v seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave primarnega in sekundarnega limfedema ter manualne terapije zahtevnih okvar mišično - skeletnega sistema. V letu 2015 smo odprli vrata tudi Centru za krepitev zdravja, kjer delujemo na področju preventive »delavnice Ali sem fit, Gibam se in Zdrav življenjski slog za zdravo telesno težo, testiranja odraslih in starostnikov, presejanje za funkcionalno manj - zmožnost, šola za starše, predavanja v šoli o drži, srčnem utripu, sproščanje in raztezanje,...«. Pred tem smo bili kot Zdravstveno - vzgojni center (ZVC) eden izmed treh centrov v pilotnem projektu, pri katerem smo pomagali razvijati preventivne programe.

Poleg tega ponujamo našim pacientom tudi nekatere nadstandardne terapije (udarni valovi stol za zdravljenje urinske inkontinence, Tecar terapija) in komplementarne pristope (Bownova terapija). Zaradi prepletanja dela smo fizioterapevtke vpete tako v preventivno kot v kurativno delo, kar naš vsakdan naredi še bolj dinamičen. Pri svojem delu se poslužujemo tudi uporabe fitnesa, ki ga imamo na razpolago in tako poskušamo paciente opolnomočiti za čimprejšnjo vrnitev v vsakodnevne aktivnosti oz. jih po potrebi usmerimo v preventivne delavnice ali testiranja.

¹⁴ Alenka Groboljšek, dipl. fiziot., Zdravstveni dom Sevnica, Fizioterapija, alenka.groboljsek@zd-sevnica.si

3 Razprava

Pri mentorskem delu študente vključimo v osnovne postopke in pristope k obravnavi pacienta, prav tako pa jim pokažemo tudi dodatne tehnike, ki jih pri delu uporabljamo. Seznanimo jih z administrativnimi postopki, ki so potrebni pred samo obravnavo pacienta in ob zaključku terapij. S fizioterapevtom sodelujejo pri pisanju anamneze in končnega fizioterapevtskega poročila. Omogočimo jim pregled literature, ki jo imamo na voljo. Ob strinjanju pacienta lahko preizkusijo dodatne manualne tehnike. Vključijo pa se lahko tudi v katerega izmed preventivnih programov, ki potekajo v času njihove prisotnosti.

Želimo, da študent prepozna pomembnost celostnega pristopa, da spozna različne pristope in tehnike, saj mu je lahko le - to v pomoč pri nadaljnji izbiri izobraževanj, tečajev ali specialnih znanj.

4 Zaključek

V veselje nam je, da lahko v naši enoti študentom prikažemo širok nabor znanj in aparatur pri delu s pacienti in jim predstavimo tako preventivno kot kurativno delo. Zavedamo se, da lahko le s konstantnim sledenjem razvoja v stroki podajamo dovolj kvalitetno znanje. Seveda bi si v prihodnosti želeli, da bi bilo omogočenega dovolj časa za spremljanje kliničnih smernic in novosti, saj je v trenutnem sistemu vse to del našega prostega časa.

Literatura

Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje, 2007. *Temeljni standardi za fizioterapevtsko prakso*. Ljubljana: Društvo fizioterapevtov Slovenije – Strokovno združenje.

European Region of the World Confederation for Physical Therapy, 2008. *European Core Standards of Physiotherapy Practice. General meeting 22 - 24 May, 2007. Athens: European Region World Confederation for Physical Therapy, 2008*. Available at: www.physio-europe.org.

Puh, U. & Hlebš, S., 2009. Fizioterapija v prihodnosti: z dokazi podprta praksa. *Rehabilitacija v prihodnosti: zbornik predavanj*, 8(Suppl.1), pp. 53-59.

Mentorstvo v luči »etične« dileme med dodatno obremenitvijo, izzivi osebnega in profesionalnega razvoja ter odgovornostjo

Erika Povšnar¹⁵

Izvleček

Izhodišče: Med vsemi elementi mentorstva je izjemnega pomena tudi poznavanje dejavnikov, ki spodbudno vplivajo na pripravljenost diplomiranih medicinskih sester za opravljanje mentorstva.

Metode: Cilj raziskave je bil ugotoviti mnenja kliničnih mentorjev na primarnem nivoju zdravstvenega varstva o dejavnikih, ki vplivajo na pripravljenost (prevzem ali odklonitev) mentorske vloge. Namenski, nenaključni vzorec je vključeval 43 kliničnih mentorjev Zdravstvenega doma Kranj. Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja in statistično analizirani s programom SPSS.

Rezultati: Med dejavniki, ki vplivajo na pripravljenost na splošni ravni v največji meri in najbolj enotno ($PV = 4,33$; $SO = 0,644$) mentorji izpostavljajo delovno obremenitev in ustrezno vrednotenje mentorskega dela ($PV = 4,09$). Na osebni ravni statistično pomembno večji vpliv na pripravljenost pripisujejo dobri veščini komuniciranja ($p = 0,006$) in dobremu poznavanju razlik med študenti ($p = 0,003$). V drugih dejavnikih (prostovoljnost, veščine vodenja, podpora vodstva, izziv za osebno in karierno napredovanje, vrednotenje mentorstva ...) statistično pomembne razlike govorijo v prid splošnim stališčem pripravljenosti za mentoriranje.

Razprava: Na odločitev za mentorstvo vplivajo številni dejavniki. Če želimo, da se bo v mentorstvo vključilo več zaposlenih in bo mentorstvo potekalo kakovostno, bo potrebno poleg upoštevanja osebnega človeškega, etičnega vidika ustvariti tudi druge pogoje, da bo mentorstvo privlačno. O viziji osebnega in kariernega napredka mentorjev in ustreznem vrednotenju mentorskega dela bodo morale razmišljati ne le zdravstvene vede (zdravstvena nega, fizioterapija ...), pač pa tudi kadrovske in vodilni management v zdravstvenih zavodih.

Ključne besede: zdravstvena nega, pripravljenost za mentoriranje

1 Uvod

V prispevku z nekoliko provokativnim naslovom bomo obravnavali mnenja neposrednih kliničnih mentorjev na primarnem nivoju zdravstvenega varstva o pripravljenosti za prevzem mentorske vloge v luči dejavnikov dodatne obremenitve, odgovornosti in izzivi za katere prepoznajo, da so povezani z njihovim osebnim in profesionalnim razvojem.

V Osnovnem zdravstvu Gorenjske, ki opravlja nalogo primarnega zdravstvenega varstva na območju gorenjske regije, klinično usposabljanje poteka za redne in izredne študente Fakultete za zdravstvo Angele Boškin na področjih zdravstvene nege v nujni medicinski pomoči, urgentnih stanjih in zdravstvenega varstva v posebnih razmerah, zdravstvene nege na primarnem zdravstvenem varstvu, zdravstvene nege v patronažnem zdravstvenem varstvu in zdravstvene nege otroka in mladostnika. Praktično usposabljanje je organizirano kot vodena klinična praksa, ki jo vodijo (neposredni) klinični mentorji.

Mentorstvo predstavlja obliko pedagoškega in andragoškega dela za katero v literaturi najdemo veliko opredelitev. Govekar Okoliš in Kranjčec (2013) ugotavljata, da je vsem opredelitvam mentorstva skupno, da je mentorstvo načrtovan proces vodenja in svetovanja ter vzajemen in dinamičen odnos med mentorjem in mentorirancem. Mentor usmerja mentoriranca z nasveti, pojasnili, ga vodi, vzgaja, izobražuje, mu svetuje in razvija njegovo vedoželjnost ter ga spremlja na poti do zastavljenih ciljev. Mentoriranec v odnosu z mentorjem pridobiva nova znanja in izkušnje ter preoblikuje in dopolnjuje že pridobljene, gradi osebnost, lastno identiteto.

¹⁵ mag. Erika Povšnar, univ. dipl. ped., viš. pred., Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Kranj, Center za krepitev zdravja, erika.povsnar@zd-kranj.si

Mentorstvo je zahtevno delo na katerega se mora mentor ustrezno pripraviti, načrtovati delo in dejavnosti ter z mentorirancem aktivno sodelovati. Za diplomirane medicinske sestre na eni strani zagotovo predstavlja dodatno aktivnost in večjo obremenjenost, na drugi strani pa prinaša tudi veliko pozitivnih izzivov. Sprega vseh pozitivnih in negativnih dejavnikov v procesu mentoriranja pa rezultira v končni odločitvi in pripravljenosti za prevzem mentorstva, ki naj bi bila prostovoljna izbira.

2 Metode

Cilj raziskave je bil ugotoviti mnenja kliničnih mentorjev na primarnem nivoju zdravstvenega varstva o dejavnikih, ki vplivajo na pripravljenost (prevzem ali odklonitev) mentorske vloge.

Podatki so bili zbrani s tehniko anketiranja. Vprašalnik je vseboval poleg splošnih podatkov (spol, starost, leta mentorstva in delovno mesto) dva sklopa trditev. Prvi sklop, ki je obsegal 14 trditev oblikovanih po petstopenjski Likertovi lestvici, se je nanašal na splošna stališča anketiranih do dejavnikov, ki so pomembni za pripravljenost za mentorstvo. Drugi sklop (19 trditev oblikovanih po petstopenjski Likertovi lestvici) je vključeval dejavnike, ki po mnenju anketiranih (izkušnje, stališča) soodločajo o oblikovanju njihove konkretne osebne pripravljenosti oz. odločitve za prevzem mentorstva.

Namenski, nenaključni vzorec je vključeval neposredne klinične mentorje OZG OE Zdravstveni dom Kranj, ki smo jim v mesecu septembru 2020 poslali vprašalnike po interni pošti. Od skupno 55 poslanih vprašalnikov je izpolnjene vprašalnike vrnilo 43 anketiranih oseb (78,18 % realizacija vzorca). Največji delež anketiranih 51, 2 % (22) je bilo iz patronažnega zdravstvenega varstva, 27,9 % (12) iz dispanzerskega zdravstvenega varstva, 14, 0 % (6) iz centra za krepitev zdravja in 7,0 % (3) iz ambulate družinske medicine. Žensk je bilo 93,0 % (40) in moških 7,0 % (3). Njihova starostna struktura se je gibala od 25 do 59 let, povprečna starost je bila 41,19 let. V povprečju imajo od 2 do 25 let izkušenj z mentorstvom, povprečno 8,95 let.

Podatki so bili obdelani s programom SPSS.

3 Rezultati in interpretacija

Tabela 1: Dejavniki, ki na splošno vplivajo na pripravljenost za mentoriranje

	N	Min	Max	PV	SO
Delovna obremenitev, ki omogoča dovolj časa za delo s študenti	43	3	5	4,33	,644
Ustrezno nagrajeno mentorsko delo	43	1	5	4,09	,971
Dobre izkušnje s študenti	43	2	5	4,07	,799
Poznavanje veščin poučevanje in učenja	43	2	5	4,00	,845
Poznavanje veščin komuniciranja	43	2	5	3,93	,799
Podpora vodstva	43	1	5	3,93	1,055
Slabe izkušnje s študenti	43	2	5	3,93	,856
Zavedanje razlik med študenti	43	1	5	3,91	,971
Poznavanje veščin vodenja	43	2	5	3,88	,762
Sposobnost upravljanja z delovno raznolikostjo, spremembami težavami	43	2	5	3,86	,804
Prostovoljnost odločitve za mentorstvo	43	1	5	3,81	1,258
Izziv in priložnost za osebno in karierno napredovanje	43	1	5	3,77	1,065
Sposobnost upoštevanja razlik med ljudmi	43	1	5	3,70	1,103

	N	Min	Max	PV	SO
Stališče: "Kar človek v življenju prejme, je dolžan tudi vrniti"	43	2	5	3,67	,837

N = število odgovorov; Min. = najnižja vrednost; Max. = najvišja vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 = popolnoma nič ne vpliva; 2 = ne vpliva; 3 = včasih vpliva, včasih ne vpliva; 4 = vpliva; 5 = zelo vpliva.

Iz tabele 1 so razvidna splošna stališča / mnenja anketiranih, ki vplivajo na pripravljenost za opravljanje mentorstva. Med naštetimi dejavniki v največji meri in najbolj enotno (PV = 4,33; SO = 0,644) izpostavljajo vpliv primerne delovne obremenitve, ki omogoča dovolj časa za delo s študenti in ustrezno vrednoteno oz. nagrajeno mentorsko delo (PV = 4,09). Visoke povprečne ocene pripisujejo tudi dobrim izkušnjam s študenti (PV = 4,07) in poznavanju veščin učenja poučevanja in učenja (PV = 4,00). Najnižja povprečna ocena je pripisana stališču, da je posameznik »dolžan vrniti, kar je tekom življenja prejel« (PV = 3,67; SO = 0,837).

Tabela 2: Dejavniki, ki pomembno pozitivno vplivajo na osebno pripravljenost za mentoriranje

	N	Min	Max	PV	SO
Sposobnost prisluhniti študentom	43	3	5	4,28	,504
Sposobnost pojasnjevanja, opisovanja	43	3	5	4,26	,492
Poznavanje »različnosti« študentov	43	3	5	4,26	,581
Sposobnost posredovanja povratnih sporočil in informacij	43	3	5	4,16	,485
Dobre izkušnje oz. odnosi s študenti	43	3	5	4,09	,718
Obvladovanje veščin komuniciranja	43	3	5	4,05	,653
Sposobnost reševanja konfliktov	43	2	5	3,95	,575
Pozitivno stališče do različnosti študentov (pozitivne in negativne)	43	2	5	3,91	,781
Delovanje po normi: "Kar v življenju prejmem, sem dolžna/en tudi vrniti"	43	2	5	3,86	,889
Možnost organizacije dela, ki omogoča kakovostno opravljanje mentorstva (čas ...)	43	2	5	3,74	,621
Obvladovanje veščin vodenja (dogovarjanje, prilagajanje, diagnosticiranje)	43	1	5	3,53	,702
Težko sprejetje slabih izkušenj oz. odnosov s študenti	43	1	5	3,51	1,298
Sposobnost obvladovanja težav, raznolikosti in sprememb	43	2	5	3,51	,592
Podpora vodstva	43	1	5	3,40	1,218
Rad/a opravljam mentorsko delo	43	1	5	3,40	1,237
Zaupanje v zadostnost pedagoško andragoških znanj	43	2	5	3,35	,686
Prostovoljna odločitev za mentorstvo	43	1	5	3,19	1,097
Mentorstvo kot izziv in priložnost za osebno in karierno napredovanje	43	1	5	3,14	1,146
Ustrezno nagrajeno mentorstvom	43	1	4	2,21	1,013

N = število odgovorov; Min. = najnižja vrednost; Max. = najvišja vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Lestvica: 1 = popolnoma nič ne vpliva; 2 = ne vpliva; 3 = včasih vpliva, včasih ne vpliva; 4 = vpliva; 5 = zelo vpliva

Tabela 2 prikazuje mnenja anketiranih o vplivu dejavnikov na dejansko osebno odločitev za prevzem mentorske vloge. Najvišjo stopnjo vpliva pripisujejo dejavnikom, ki jih povezujejo s komunikacijskimi in pedagoško andragoškimi sposobnostmi oz. znanju kot so sposobnost prisluhniti študentom (PV = 4,28), sposobnost upoštevanja različnosti (PV = 4,26), sposobnost pojasnjevanja, opisovanja (PV = 4,26), posredovanje povratnih sporočil in informacij (PV =

4,16). Ustrezno nagrajenemu mentorstvu pripisujejo najmanjši vpliv (PV = 2,21) na njihovo odločitev za mentoriranje.

Tabela 3: Primerjava splošnih stališč in osebnega ravnanja v odločitvi za mentorstvo

	Splošno stališče PV	Osebna odločitev PV	t	p
Prostovoljna odločitev za mentorstvo	3,81	3,19	3,850	,001
Veščine komuniciranja	3,93	4,05	2,870	,006
Veščine poučevanje in učenja - pedagoško andragoška znanja	4,00	3,35	4,762	,001
Veščine vodenja (dogovarjanje, prilagajanje, diagnosticiranje)	3,88	3,53	2,412	,020
Poznavanje »različnosti« študentov	3,70	4,26	-3,210	,003
Podpora vodstva	3,93	3,40	2,312	,026
Namera: "Kar v življenju prejmemo, smo dolžni vrniti"	3,67	3,86	-1,346	,186
Slabe izkušnje oz. odnosi s študenti	3,93	3,51	2,150	,037
Dobre izkušnje oz. odnosi s študenti	4,07	4,09	-,167	,868
Ustrezno nagrajeno mentorsko delo	4,09	2,21	7,120	,001
Možnost organizacije dela, ki omogoča kakovostno opravljanje mentorstva (čas ...)	4,33	3,74	4,092	,001
Sposobnost obvladovanja težav, raznolikosti in sprememb	3,86	3,51	2,813	,007
Mentorstvo kot izziv in priložnost za osebno in karierno napredovanje	3,77	3,14	3,564	,001

PV = povprečna vrednost; t = vrednost t testa; p = statistična pomembnost; Lestvica: 1 = nikoli; 2 = skoraj nikoli; 3 = občasno; 4 = pogosto; 5 = vedno.

V tabeli 3 so prikazane najpomembnejše statistično pomembne razlike med splošnimi mnenjem oz. stališči o dejavnikih, ki vplivajo na pripravljenost za mentorstvo in o vplivu dejavnikov na osebno pripravljenost mentorjev v realni klinični situaciji. Za statistično značilne so upoštevane vrednosti $p \leq 0,05$ (5 % stopnja tveganja). Na osebni ravni večjo mero vpliva na odločitev pripisujejo anketirani veščini komuniciranja ($p = 0,006$) in dobremu poznavanju razlik med študenti ($p = 0,003$). Vsem drugim dejavnikom pripisujejo statistično pomembno nižjo vrednost oz. vpliv na osebno pripravljenost za opravljanje mentorstva. Statistično pomembne razlike med splošnim stališčem o vplivu dejavnikov in osebno odločitvijo oz. ravnanjem nismo ugotovili v nameri »Kar v življenju prejmemo, smo dolžni tudi vrniti« ($p = 0,186$) in v dobrih izkušnjah s študenti ($p = 0,868$).

4 Razprava

V kratki raziskavi smo ugotavljali v kolikšni meri posameznim dejavnikom pripisujejo anketirani vpliv na pripravljenost za mentorstvo. Ugotavljali smo njihova splošna stališča oz. mnenja (kako naj bi bilo) in dejavnike, ki so botrovali njihovi osebni odločitvi v konkretnem, realnem kliničnem okolju. Na splošno ugotavljamo, da so anketirani prepoznali pozitivno povezavo s pripravljenostjo za mentoriranje v vseh predstavljenih dejavnikih. Na osebni ravni statistično pomembno večji vpliv na pripravljenost za mentorstvo pripisujejo dobri veščini komuniciranja in dobremu poznavanju razlik med študenti. Statistično pomembnih razlik nismo ugotovili zgolj v dveh postavkah - dobre izkušnje s študenti in v ravnanju/nameri, da »Kar v življenju prejmemo, smo dolžni vrniti«. V drugih dejavnikih (prostovoljnost, veščine vodenja, podpora vodstva, izziv za osebno in karierno napredovanje, vrednotenje mentorstva ...) ugotavljamo v

primerjavi s splošnimi stališči statistično pomembno manjši vpliv dejavnikov na osebno pripravljenost za mentorstvo.

Na podlagi odgovorov ugotavljamo, da anketirani izjemen pomen v splošnem stališču do pripravljenosti za mentorstvo pripisujejo organizaciji dela, ki nudi mentorjem dobre pogoje, predvsem časa, da se kakovostno posvetijo študentom. Preobremenjenost pri delu in pomanjkanje časa postajata stalnica dela v zdravstvu. Če izhajamo iz ugotovitev raziskave (Satler, 2011), da medicinskim sestram delo s študenti pomeni dodatno obremenitev in odgovornost, lahko razumemo željo medicinskih sester, da se tega dela vsaj delno razbremenijo. Ob tem pa se poraja vprašanje, če tako ravnanje dejansko prinaša rešitev problema. Bolj smiselno bi bilo razmišljanje usmeriti v možnosti, ki jih prinaša organizacija dela, ki bi klinične mentorje na nekaterih področjih dela smiselno razbremenila in jim tako omogočila pogoje za bolj kakovostno opravljanje mentorskega dela. Ob kadrovskih težavah oz. pomanjkanju medicinskih sester pa bi se kazalo usmeriti tudi na krepitev tako imenovane karijerne odpornosti. Karierno odpornost avtorja Paul in Grag (2014) opišeta kot edinstveno sposobnost posameznika, da vzdrži v ekstremnih razmerah, ovirah, travmah in drugih težavah na karierni poti in se po njih oz. od njih tudi opomore.

Med dejavniki, ki pomembno vplivajo na osebno pripravljenost za mentorstvo so v visoki meri zaznane komunikacijske veščine in pedagoško andragoško znanje. Dobra komunikacija je temelj uspešnega sodelovanja med mentorjem in študentom. Kompleksnosti komunikacije se morata zavedati oba, mentor in študent, saj le tako lahko upravičeno pričakujeta delovni oz. študijski napredek in medsebojno spoštovanje (Babuder, 2016). S pedagoško andragoškega vidika je velik poudarek na usposobljenosti mentorjev s področja izkustvenega učenja in metodike dela. Kakovostno usposabljanje naj bi bilo vnaprej načrtovano z določeno vsebino in predvidenimi cilji (Skela Savič, et al., 2009; Kermavnar & Govekar - Okoliš, 2016). Findeisen (2012) pravi, da se znanje konstruira, ko se povežejo praksa in teorija, akcije in refleksija. Pomembno je, kako se procesi artikulirajo in kombinirajo med seboj. Ličen in drugi (2015) menijo, da učenje z delovanjem sloni na kakovostni predhodni usposobljenosti, ki omogoča refleksijo o delovanju in samostojno razvijanje »praktičnega čuta«. V proces so vključeni elementi raziskovanja, sodelovanja in vzpostavljanja horizontalnih in vertikalnih odnosov ter razvoj mišljenja. Pomembno vpliva na razvoj intuicije in ustvarjalnosti (Ličen, et al., 2015).

Iz rezultatov je razvidno, da je visoko postavljeno tudi splošno stališče, da ustrezno vrednoteno mentorsko delo vpliva na odločitev za sprejem mentorske vloge. A obenem ugotavljamo, da ima vrednotenje statistično pomembno manjši vpliv na osebno odločitev za mentorstvo. To potrjuje tudi Herzbergova motivacijska teorija. Plača/nagrada spada med t.i. higienike in šele kadar ti ne povzročajo nezadovoljstva, so ustvarjeni pogoji za pozitivne učinke in storilnost s pomočjo dejavnikov motivacije (Povšnar, 2015). Tudi Satlerjeva (2011) ugotavlja podobno, da klinične mentorje v večji meri kot finančna nagrada motivira veselje do prenašanja znanja in opazovanje in spremljanje napredka študentov. Ne glede na ugotovitve omenjenih raziskav pa menimo, da je mentorsko delo, potrebno ovrednotiti na način, da ustrezno plačilo za svoje delo prejme neposredni mentor. V kliničnem usposabljanju ne govorimo o neformalnem mentorstvu, ki je lahko prostovoljna, humana odločitev posameznika, pač pa o formalnem mentorstvu, ki ima posebne značilnosti in potek. Kakovostno opravljeno mentorstvo je in mora biti interes tako izobraževalne ustanove kot tudi zdravstvene ustanove, ki s tem pridobi dobre bodoče kadre. To je možno v polni meri le pod pogojem kakovostno izvedenega mentorstva, za kar sta odgovorna tako visokošolska organizacija kot zdravstveni zavod in tudi zaposleni kot mentorji. Ker slednji svoje delo, znanje ... ne le »podarjajo in predajajo« temveč v formalnem mentorstvu tudi »prodajajo«, je pomembno, da zanj prejmejo plačilo.

Seveda pa formalno mentorstvo ne pomeni grobega, tehničnega pristopa do mentoriranja. Značilnosti formalnega mentorstva Colleyjeva (2003 cited in Govekar Okoliš & Kranjčec, 2013) opiše kot načrtovano, časovno omejeno mentorstvo, z institucionaliziranimi cilji, kar v naše, primeru pomeni bolj izstopajočo socialno distanco med mentorjem in študentom, mentorstvo

je bolj osredotočeno na študenta, odnos med njima je bolj direktiven, voden in se vzpostavi v procesu samem. Vsekakor je tudi v formalnem mentorstvu odnos eden ključnih elementov in pokazatelj kakovostnega mentorstva.

Vpliv izzivov mentorstva v smislu osebnega in kariernega napredovanja na pripravljenost za mentorstvo ocenjujejo anketirani v primerjavi z drugimi postavkami slabše, a še vedno ohranja oz. se nagiba k pozitivnemu vplivu. Na področju mentorstva raziskave kažejo, da je kakovost mentorskega odnosa tesno povezana z delovnim zadovoljstvom (Xu & Payne, 2014). Ghosh in Reio (2013) v meta-raziskavi ugotavljata poseben prispevek psihosocialne funkcije k boljšemu zadovoljstvu pri delu, pripadnosti kolektivu, organizaciji in kariernemu uspehu. Pri tem omenjata, da pozitivni vidik lahko predstavlja tudi višji dohodek. Ugotovitve raziskav in potrebe zaposlenih ponujajo zdravstvenim zavodom razmislek o različnih možnostih vrednotenja mentorskega dela (npr. napredovanje). Nekateri avtorji (Ragins & Scandura, 1999; Scandura & Palergrini, 2007) opozarjajo tudi na negativne strani mentorstva. Med drugim na časovno potratnost in energijsko potratnost, stres, izgorelost, slabo opravljanje dela mentoriranca ... Nekateri avtorji pa so mnenja, da so strahovi glede mentorstva pogosto neupravičeni, ker da mentorstvo že samo po sebi naglašuje pozitivne izide (Allen, et al., 1997).

Pomemben vpliv na odločitev za mentorstvo pripisujejo anketirani dobrim izkušnjam s študenti. Podobno tudi druge raziskave ugotavljajo, da je pripravljenost za ponovno mentorstvo pozitivno povezana z zadovoljstvom z odnosom med mentorjem in študentom. Pri formalnem mentorstvu pa je pripravljenost za ponovni prevzem mentorstva izražena v manjši meri kot pri neformalnem mentorstvu (Inzer & Crawford, 2005), predvsem zaradi prostovoljnosti vključitve. Ghisleri in sodelavci (2009) ugotavljajo, da so zaznane prednosti in pomanjkljivosti v preteklem mentorstvu ključne za ponovno prihodnjo odločitev za mentorstvo.

Prostovoljnost je poleg veščin komuniciranja in vodenja ter upoštevanja razlik med študenti eden najpomembnejših dejavnikov uspešnega mentorstva. Nekoliko začudenja morda zato izzove dejstvo, da so anketirani v splošnih stališčih pripravljenosti za mentorstvo najnižjo vrednost (niti pomembno, niti nepomembno) dodelili stališču *"Kar človek v življenju prejme, je dolžan tudi vrniti"*. Če nekoliko parafraziramo, lahko zapišemo, da se z upoštevanjem načela vračanje prejetega približamo etičnemu imperativu, ki pomeni vodilo, kako naj bi vsakdo ravnal. Allen in sodelavci (1997) ugotavljajo, da naj bi predhodne izkušnje izražale normo po recipročnosti, ki se kaže v potrebi mentorjev po vrnitvi prejete pomoči in podporo drugim. Tako ob nespornem dejstvu, da je eden ključnih pogojev uspešnega mentorstva »prostovoljnost« le ne kaže prezreti VIII. načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije v katerem je zapisano, da medicinska sestra namenja »posebno skrb in pozornost študentom in dijakom zdravstvenih in drugih šol ter pripravnikom« (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014). Ob tem naj omenimo še etiko skrbi in emocionalno delo. Etika skrbi predstavlja partikularnost, pri čemer gre v skrbstvenem odnosu za povezanost med jaz in drugi oziroma bolj povedno, med jaz in ti. Čeprav etiko skrbi največkrat povezujemo z osebnim, intimnim področjem, pa je kot številne druge prakse prepletena z družbeno, politično sfero (Held, 2006). Emocionalno, čustveno delo definirajo (Šadl, 2002) kot delo, ki je opravljeno s čustvi in predstavlja del plačane zaposlitve. V uresničevanju etike skrbi so torej »deležniki« ne le klinični mentorji, pač pa tudi zavodi v katerih se mentorstvo izvaja. Vsak od njih mora prepoznati svojo vlogo, nalogo in odgovornost.

Ne glede na to, pa ne moremo zaobiti dejstva, ubesedenega v Kodeksu etike zdravstvene nege in oskrbe (2014), da vsi zaposleni, tudi tisti, ki formalno ne opravljajo vloge kliničnega mentorja s študenti »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).

5 Zaključek

Mentorstvo je ena od najbolj učinkovitih načinov prenosa znanj in izkušenj in eden od pomembnih dejavnikov za oblikovanje kakovostnega prihodnjega kadrovskega potenciala. Mentorstvo pa ni le naloga, je tudi poslanstvo, ki v svojem jedru vključuje smiselnost ravnanja in motivacijo h kakovostnemu delu in je tesno povezano z etiko skrbi, ki vključuje osnovne vrednote kot so odgovornost, zaupanje, etična, moralna načela. Etika skrbi ni usmerjena le na drugega, tistega, ki »prejema«, vključuje tudi korist in interes tistega, ki »daje«, ki skrbi, ki nudi. Če želimo, da se bo v mentorstvo vključilo več zaposlenih moramo poleg osebnega človeškega, etičnega vidika ustvariti tudi druge pogoje, da bo mentorstvo privlačno, da bo vsebovalo vizijo osebnega in kariernega napredka in bo tudi ustrezno nagrajeno. V tem delu pa se mentorstvo znajde med nalogami in odgovornostjo o katerih bi moral razmisliti tudi kadrovske in vodilni management v zdravstvenih zavodih.

Literatura

Allen, T.D., Russell, J.E.A. & Maetzke, S.B., 1997. Formal peer monitoring: Factors related to protégés' satisfaction and willingness to mentor others. *Group & Organization Management*, 22(4), pp. 488-507.

Babuder, D., 2016. Lastnosti mentorja in mentoriranja z njunih medsebojnih vidikov: opisna raziskava mnenj dijakov, študentov in mentorjev. *Obzornik zdravstvene nege*, 50, pp. 327-335.

Findeisen, D., 2012. Kako razumeti mentorsko razmerje in njegove posledice? Mentorsko razmerje kot sistem znanja, recipročnega učenja, delovanja in odnosov. *Andragoška spoznanja*, 2, pp. 31-42.

Ghisleri, C., Gatti, P. & Quaglino, G.P., 2009. Factors affecting willingness to mentor *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 9, pp. 205-219.

Govekar Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2013. Uspešnost mentorstva v izobraževanju starejših odraslih. *Andragoška spoznanja*, 19(3), pp. 80-91.

Ghosh, R. & Reio, T., 2013. Career benefits associated with mentoring for mentors: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 83, pp. 106-116.

Held, V., 2006. *The ethic of care: personal, political and global*. New York: Oxford University Press.

Inzer, L.D. & Crawford, C.B., 2005. A review of formal and informal mentoring: Processes, problems, and design. *Journal of Leadership Education*, 4(1), pp. 31-50.

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, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Ličen, N., Fakin Bajec, J. & Ličen, M., 2015. *Katero metodo naj izberem, da bo želeno izobraževanje učinkovito? Izbrane metode za delo v skupini*. Ajdovščina: Ljudska univerza.

Povšnar, E., 2015. Izboljšave v procesu kliničnega usposabljanja študentov zdravstvene nege na nivoju primarnega zdravstvenega varstva In: S. Pivač, ed. *Teorije in modeli zdravstvene nege: kako jih uporabiti na kliničnih problemih?: zbornik predavanj. 9. šola za klinične mentorje. Jesenice, 17. september*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, pp. 58-66.

Paul, H. & Garg, P., 2014. Factor structure of the Resilience Scale-14: insights from an indian sample. *South Asian Journal of Management*, 21, pp. 70-86.

Ragins, B.R. & Scandura, T.A., 1999. Burden or Blessing? Expected Costs and Benefits of Being a Mentor. *Journal of Organizational Behavior*, 20, pp. 493-509.

Satler, M., 2011. *Motivacija medicinskih sester v procesu mentorstva študentom: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Scandura, T.A. & Pellegrini, E.K., 2007. *Workplace mentoring: Theoretical approaches and methodological issues*. In T.D. Allen & L.T. Eby, eds. *The Blackwell handbook of mentoring: A multiple perspectives approach*. Malden, MA: Blackwell Publishing, pp. 71-91.

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.

Šadl, Z., 2002. „We're out to make you smile“. Emocionalno delo v storitvenih organizacijah. *Teorija in praksa*, 39(1), pp. 49-80.

Xu, X. & Payne, S.C., 2014. Quantity, Quality, and Satisfaction With Mentoring: What Matters Most? *Journal of Career Development*, 41(6), pp. 507-525.

Vrednotenje dela mentorjev v kliničnem okolju zdravstvene nege

Lilijana Žerdoner¹⁶

Povzetek

Izhodišča: Brez nege ni zdravljenja in brez teorije ni zdravstvene nege. Teoretična spoznanja so uvod v praktično delo, saj se teorija in praksa izmenjujeta in dopolnjujeta. Velik pomen pri tem ima izobraževanje. Klinično usposabljanje, njeno vodenje ter mentorstvo so pomembni dejavniki v izobraževalnem procesu zdravstvene nege.

Metode: Uporabljena je kvantitativna metoda raziskovanja s pomočjo vprašalnika, katerega so izpolnjevale diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki, ki so v kliničnih okoljih savinjsko šaleške regije mentorji študentom zdravstvene nege.

Podatki so pridobljeni na učni delavnici za klinične mentorje, ki je potekala na Visoki zdravstveni šoli v Celju.

Rezultati: Izsledki raziskave so pokazali, da se klinični mentorji dodatno izobražujejo in pripravljajo na svoje delo – mentorstvo. Velik problem jim predstavlja pomanjkanje časa, ki bi bil namenjen delu s študenti. Zaradi mentorstva se je okrepil njihov profesionalni razvoj, vendar pa so bili mnjenja, da so s strani kliničnega okolja in izobraževalnega okolja premalo ovrednoteni in nagrajeni.

Sklep: V slovenskem prostoru bi se morali odgovorni zamisliti, koliko so cenjeni in vrednoteni ljudje, ki vzgajajo ter usposablajo bodoče generacije, ki jih bomo v času svoje stiske še kako potrebovali.

Ključne besede: mentorstvo, zdravstvena nega, izobraževanje, klinično okolje.

1 Uvod

Brez nege ni zdravljenja in brez teorije ni zdravstvene nege. Teorija usmerja medicinsko sestro ter pacienta skozi proces zdravstvene nege. Naloga teorije je, da opiše, razloži, opredeli in napove vsebino ter rezultate zdravstvene nege. Medicinska sestra mora imeti s tega področja veliko znanja (Pajnkihar, 2011).

Skela Savič (2009) opozarja, da se mora tudi zdravstvena nega usmeriti v izboljševanje klinične prakse z nadgrajevanjem znanja. Znanje naj ne ostaja v pisarnah, ampak naj se ga uporablja in razvija ob bolniku, razširja v timski metodi dela ter predaja študentom. Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah (Govekar - Okoliš, et al., 2010a) je postalo pomemben del bolonjskega študija, saj naj bi se izboljšala tako kakovost praktičnega usposabljanja študenta kot kakovost mentorskega dela v delovni organizaciji.

Mentorstvo je najvišja raven poučevanja drugih (Wltavsky, et al., 2013), kajti v tem procesu mora mentor združiti teoretično znanje, torej že vse predhodno naučene izkušnje, z novimi pričakovanji in cilji, katere mora udeleženec doseči na konkretnem delovnem mestu. Ob pomoči mentorja bo vlaganje v izobraževanje in usposabljanje opisuje tudi Satlerjeva (2011) uspešnejše. In največ, kar se mentorju lahko dogodi, je, da bodo študenti oziroma mentoriranci uspešnejši od njega.

1.1 Izobraževanje v zdravstveni negi

Pajnkihar (2013) navaja, da je pridobivanje novih znanj ter posledično razvoj profesije in discipline temelj in cilj vsakega izobraževanja. V letu 2016 pa je bil že mogoč vpis v študijski

¹⁶ Lilijana Žerdoner, mag. zdr. neg., Bolnišnica Topolšica, Oddelek za zdravstveno nego in rehabilitacijo, lilijana.zerdoner@b-topolsica.si

program 3. stopnje Zdravstvene nege. **Pridobljen strokovni naslov:** doktor/doktorica znanosti, predstavlja jedro pri nadaljnjem razvoju znanstveno raziskovalnega dela na visokošolskih in raziskovalnih institucijah je opisano na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede, Univerze v Mariboru in bo omogočil zmanjšanje vrzeli med teorijo in prakso, razvoj znanosti za podporo razvoja zdravstvene nege kot znanstvene discipline v slovenskem prostoru.

Železnik in sodelavci (2009) navajajo, da je izobraževanje ključnega pomena, saj brez kakovostnega izobraževanja, kar navaja tudi Kulaš (2013) ne more biti kontinuiranega in sistematičnega razvoja stroke. V Sloveniji imamo razvito tako srednješolsko kot tudi visokošolsko izobraževanje za poklice v zdravstveni negi.

Kramarjeva (2011) navaja, da je v viziji strateških ciljev 2011 - 2020 za področje izobraževanja zdravstvene nege in oskrbe opredeljeno, da mora znanje diplomiranih medicinskih sester slediti potrebam bolne in zdrave populacije. Prav tako mora znanje, ki ga medicinska sestra pridobi v okviru formalnega dodiplomskega in podiplomskega izobraževanja ter kontinuiranega vseživljenjskega učenja omogočiti razvoj kompetenc in sposobnosti za samostojno ugotavljanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, načrtovanju, izvajanju in vrednotenju zdravstvene nege, s pomočjo procesne metode dela (Oblonšek, 2011). Kramar (2011) meni, da smo medicinske sestre največja, najbolj vidna in prepoznavna skupina zaposlenih v sistemu zdravstvenih storitev, zato je celotna oskrba pacientov odvisna od našega znanja, usposobljenosti in zadovoljstva. Dvig izobrazbene strukture pomembno vpliva na kakovost in varnost obravnave pacientov.

1.2 Učenje v kliničnem okolju

Učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege. Študentom nudi priložnost, da spoznajo, se usposobijo ter pridobijo spretnosti in veščine za izvajanje zdravstvene nege. Vse to študentom omogoča, da znajo in bodo znali prenesti teoretična znanja v klinično prakso (Ramšak - Pajk, 2008). Govekar - Okoliš & Kranjčec (2010) sta zapisali, da je praktično usposabljanje študentov pomembno ne le zato, da ti opravijo obveznosti študija, temveč predvsem, da se tudi konkretno seznani s svojim bodočim strokovnim delom v praksi. Kulaš (2013) navaja, da je praktično usposabljanje za študente eden od prvih stikov s stroko, kjer lahko ovrednotijo svoje teoretično znanje s praktičnimi izkušnjami (Bjelanova, 2010). Teorija in praksa sta v kliničnem okolju povezani, klinično usposabljanje je v delovnih okoljih predpisana oblika izobraževanja v zdravstveni negi (Čuk, 2013). Za visoko kakovost študija pa ima velik pomen tudi praktično usposabljanje študentov (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2010), ki znotraj bolonjske prenovе predstavlja sestavni del dodiplomskih in podiplomskih študijskih programov.

1.3 Mentorstvo v kliničnem okolju v zdravstveni negi

Kulaš (2013) navaja, da je mentorstvo eden ključnih načinov ohranjanja in podajanja znanja. Tako kot je pomemben profesor v predavalnici je pomemben tudi mentor na kliničnem usposabljanju. Vsak potrebuje nekoga, ki ga vodi, mu daje nasvete in osvežuje znanje (Bjelan, 2010; Kulaš, 2013).

V Sloveniji se je v obdobju od 2006 do 2007 z akreditacijo petih šol povečal vpis rednih in izrednih študentov, navaja Klemenc (2011), zaradi velikega števila študentov pa je nastal problem zagotavljanja ustreznih učnih baz in s tem usposabljanja študentov po Evropski direktivi. Za opravljanje prakse študentov v kliničnem okolju ni dovolj mest, premajhno pa je tudi število ustreznih mentorjev. Slednji imajo pri opravljanju nalog mentorstva, kot navaja in opisuje Kulaševa (2013) premalo časa, da bi študentom vedno resnično približali realni svet in pričakovanja pacientov ter njihovih svojcev. Skela Savič & Kaučič (2008) ugotavljata, da

postaja vloga mentorja in proces mentorstva zahtevno delo oziroma dodatna odgovornost medicinskih sester, kar sta opisovali tudi Ramšak - Pajkova (2007) in Satlerjeva (2011).

Mentorstvo je v izobraževanju medicinskih sester prisotno že dolgo časa piše Ramšak - Pajk (2007), njegov namen je podpora, izboljšanje in dvig kakovosti kliničnega usposabljanja. Satler (2011) navaja, da učenje v kliničnem okolju predstavlja možnost za profesionalni razvoj študentov zdravstvene nege, zato je vloga mentorjev v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna. Tudi Kulaševa (2013) navaja, da je vloga mentorja v kliničnem okolju zelo pomembna in odgovorna, saj študenti na kliničnem usposabljanju pridobivajo izkušnje preko učenja neposredno v praksi.

1.4 Vrednotenje dela mentorjev in nagrajevanje

Ker je postalo praktično usposabljanje pomemben del bolonjskega študija, bi bilo potrebno sistemsko urediti praktično usposabljanje študentov in sistemsko ovrednotiti mentorjevo delo, da bi v čim večji meri doseglo svoj namen v praksi (Govekar – Okoliš, et al., 2010a). Problem, ki ostaja v celoti nerešen, je plačilo mentorjem za čas, ko se ukvarjajo s študenti. Mentorstvo je za mentorja le dodatna obveznost, ki ga brez plačila dodatno obremenjuje (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2010).

Mentorji so v svojih refleksijah, kar opisuje tudi Kulaševa (2013) zapisali tudi slabe izkušnje, ki jih imajo iz področja prakse. Na podlagi njihovih mnenj so Govekar - Okoliš in sodelavci (2010b) ugotovili, da do zdaj področje vrednotenja mentorstva v delovnih organizacijah še ni bilo urejeno, potekalo je bolj stihijsko in glede na možnosti, ki so omogočale kolikor toliko kakovostno opravljeno praktično usposabljanje študentov. Zaradi vse večjih zahtev si tudi mentorji želijo več izobraževanja navaja Ramšak - Pajk (2007) ter večje priznavanje in vrednotenje dela s strani sodelavcev, nadrejenih in vodilnega menedžmenta.

Ramšak - Pajk (2009) je mnenja, da so mentorji v zdravstveni negi pri svojem delu odgovorni tako za varnost pacienta, študenta in za čim kakovostnejšo prakso ter razvijanje kompetenc, kar je zapisano tudi v delu Kulaševe (2013). Študent pri svojem delu ni samostojen in potrebuje nenehen nadzor, zato je nujno, da so mentorji pripravljeni na tako zahtevno vlogo. Klemenc (2011) navaja, da prihaja zaradi velikega števila študentov do premajhnega števila ustreznih mentorjev. V raziskavi je Bjelanova (2010) ugotovila, da se večina mentorjev na svoje delo pripravlja, dodatno izobražuje in izpopolnjuje. Ugotavlja tudi, da za to delo večina porabi tri in več ur dnevno, kar je z raziskavo potrdila tudi Kulaševa (2013), zato si mentorji želijo razbremenitve drugih obveznosti. Med svoje nasvete za izboljšanje je zapisala tudi, da bi bilo potrebno mentorjem priznati čas za pripravo na klinično usposabljanje ter jih finančno stimulirati.

Klinično usposabljanje vodijo klinični mentorji, za njih je poučevanje dodatna delovna obremenitev (Čuk, 2013). Kulaševa (2013) sklepa, da ostaja še naprej neurejeno področje vrednotenja in financiranja mentorstva, saj so se v njeni raziskavi anketirani strinjali, da sedanji kriteriji vrednotenja mentorskega dela niso ustrezni. Klinični mentorji niso ustrezno plačani niti ne stimulirani ali nagrajeni za uspešno opravljanje mentorstva je z raziskavo potrdila Kulaševa (2013). Nadalje menijo anketirani v raziskavi Kulaševe (2013), da njihovo delo premalo cenjeno ter da imajo premalo podpore v ustanovi. Tako Kulaševa (2013) sklepa, da se medicinske sestre počutijo podcenjene, občutek lastne vrednosti pa je pomemben za vsakega človeka. Predlaga, da bi bilo potrebno te težave reševati na sistemski ravni, z novimi zakonskimi podlagami in spremembami. Kulaševa (2013) nadalje predlaga, da je potrebno poskrbeti za ustrezno vrednotenje mentorskega dela in sorazmerno s tem ustrezno plačilo. Po mnenju Kulaševe (2013) so mentorji svoje znanje in izkušnje pridobivali več let in v to vložili veliko svojega truda in prav bi bilo, da bi to spoštovali in jih ustrezno nagraditi. S podporo in pohvalo bi mentorje, nagradili za njihov trud ter tako pokazali, da cenimo njihovo delo. Kulaševa (2013) nadalje piše, da se zavedamo, da smo v času finančne krize in da je treba

varčevati, ampak nagradimo in motiviramo lahko tudi na nefinančen način. Pohvala nas prav nič ne stane, z njo pa lahko veliko dosežemo.

Kulaševa (2013) je zapisala citat: »Ne sme se nam dogajati, da imamo mentorstvo za nekaj postranskega, od novincev pa pričakujemo, da se bodo že usposobili za delo, saj smo se tudi mi morali.« S tem opozarja, da ni prav, da se izvajajo pritiski na medicinske sestre, z miselnostjo, da je prenašanje znanja na mlajše kolegice dolžnost vsake medicinske sestre po kodeksu etike in ne bi smelo biti povezano s plačilom dodatka za mentorstvo. Kulaševa (2013) navaja, da je vloga medicinske sestre iz vloge asistence zdravniku že zdavnaj prešla na samostojno strokovno področje. Zato je po njenem mnenju potrebno mlade kadre ciljno izobraževati, načrtovano usposabljanje z našim zgledom, kajti le tako bodo lahko v bodočnosti prispevali svoj delež k razvoju stroke. Za doseganje tega cilja je treba sistem nadzornega in neposrednega mentorstva vpeljati v prakso opozarja Kulaševa (2013) in poleg celovite usposobljenosti mentorjev doseči zanje tudi bonitete.

1.5 Metoda reševanja problemov v kliničnem okolju

Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah, navajajo Govekar - Okoliš in sodelavci (2010a), je postalo pomemben del bolonjskega študija, saj naj bi se izboljšala tako kakovost praktičnega usposabljanja študenta kot mentorskega dela v delovni organizaciji. Čukova (2013) je v raziskavi na vzorcu 517 rednih študentov in 318 rednih mentorjev v kliničnem okolju ugotovila, da je razvoj mentorske vloge povezan z organizacijskimi značilnostmi kliničnega okolja. Dejstvo je, da se za mentorje zdravstvene nege opisano tudi v Kulaš (2013), v formalnem in neformalnem šolskem sistemu potrebna izobraževanja ne izvajajo ali pa so bolj izjema in plod lastne iniciative (Kobentar, 2008). Vprašati se moramo tudi, kako delovno okolje sprejema mentorstvo v krogih zdravstvene nege (Ramšak - Pajk, 2007) in ali vidijo sodelavci mentorja kot strokovnjaka ter učitelja (Mihelič Zajec & Ramšak - Pajk, 2006), ki je sposoben vzpostaviti odnos meni tudi Plojeva (2013) z "mentoriranjem" in zna transformirati znanje ter pridobljene praktične izkušnje osebi na usposabljanju in izobraževanju.

»Wltavsky & Hočevar (2007) menita, da mora biti okolje, v katerem poteka mentorstvo tej dejavnosti tudi naklonjeno. Za uspešen odnos med mentorjem, "mentoriranjem" in kliničnim okoljem je velikega pomena tudi komunikacija. To je dejavnost osrednjega pomena (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2010), je vsesplošen pojav, ki tvori pomemben in neizogiben del našega vsakdanjika. Po mnenju Plojeve (2013) je pomembna tudi komunikacija med mentorjem in študentom, njegovimi sodelavci in kliničnim okoljem. Wltavsky & Hočevar (2007) pozivata mentorje, da morajo v delovni organizaciji doseči, da povedo nadrejenim, da so mentorji, komu so mentorji ter jih seznanijo s svojo dejavnostjo in uspehi, kajti le tako bodo lahko pripravili okolje na vrednotenje in spoštovanje njihovega dela. V takšnih razmerah bodo lažje uresničevali svoje poslanstvo in učinkoviteje dosegali svoje cilje.

2 Metode

Namen raziskave je bil osvetliti pomen mentorstva z vidika medicinskih sester, ki so mentorice pri opravljanju kliničnega izobraževanja študentov. Raziskali smo, kako klinični mentorji v zdravstveni negi izvajajo delo s študenti in kako so za svoje delo nagrajeni.

Cilji raziskave so bili:

- Ugotoviti, kako ocenjujejo klinični mentorji zdravstvene nege delo s študenti.
- Ugotoviti mnenje kliničnih mentorjev študentov zdravstvene nege o tem, v kolikšni meri je njihovo delo cenjeno in nagrajeno.
- Ugotoviti, koliko časa porabijo klinični mentorji za delo s študenti in kakšne so njihove možnosti dodatnega izobraževanja.

Na podlagi pregleda literature in spoznanj raziskovalcev o delu mentorjev s študenti v kliničnih okoljih sta postavljeni izhodiščni hipotezi:

Hipoteza 1: Mentorji ocenjujejo, da mentorstvo krepi njihovo profesionalno rast.

Hipoteza 2: Mentorji so mnenja, da njihovo delo ni ovrednoteno in je premalo nagrajeno.

Raziskava je temeljila na deskriptivni (opisni) in kavzalno - neeksperimentalni (vzročni) kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja ter delno kvalitativni metodi. Narejena je bila za potrebe magistrskega dela – smer Zdravstvena nega.

Vprašalnik je bil sestavljen iz sklopa demografskih podatkov in sklopa kliničnega usposabljanja na področju zdravstvene nege. Zajemal je 20 vprašanj, od tega 19 zaprtega tipa in eno vprašanje odprtega tipa, izdelan glede na analizo literature, s posebnim poudarkom na analizi literature avtorjev Wltavsky & Hočevar, 2007 ter Govekar - Okoliš, et al., 2010a.

V sklopu demografskih podatkov smo anketirane spraševali po spolu in starosti. Uporabili smo petstopenjsko Likertovo lestvico strinjanja. Zanimalo nas je tudi, koliko ur dnevno porabijo klinični mentorji za delo s študenti in kdo je na mentorjevi poklicni poti pomembno vplival na njihov profesionalni razvoj. Možnih je bilo več odgovorov. Zadnje vprašanje je bilo odprtega tipa, spraševali pa smo po vrzelih oziroma po nejasnostih, ki se po mnenju mentorjev študentov zdravstvene nege kažejo v sedanjem sistemu šolstva. Povprašali smo jih tudi, kaj bi se lahko na tem področju izboljšalo. Preverili smo zanesljivost vprašalnika s pomočjo testa Cronbach's Alpha, katerega koeficient je znašal 0,69, kar pomeni slabšo zanesljivost. Izpolnjevanje anket je bilo anonimno in prostovoljno. Anketiranci so na vprašanja odgovarjali pisno. Kvantitativne podatke smo obdelali s pomočjo računalniškega programa SPSS 17.0 v okolju Windows Vista Home Premium in deskriptivno statistiko. Kot statistično značilne smo sprejeli rezultate primerjav, če je bila velikost statističnega tveganja manjša od 5 % ($p < 0,05$).

Uporabili smo neslučajnostni (nerandomizirani) namenski vzorec. Anketirali smo 50 diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov. Razdelili smo 60 vprašalnikov, vrnjenih in pravilno izpolnjenih pa smo jih dobili 50. Vzorec raziskave je torej zajemal 83,3 % vseh udeležencev učne delavnice. Večji del vzorca so predstavljale ženske (46 žensk in 4 moški). Največ anketirancev je bilo starih med 40 in 49 let.

3 Rezultati

Na podlagi teoretičnih spoznanj in ugotovitev različnih avtorjev smo raziskali, kako mentorji v kliničnih okoljih v zdravstveni negi svoje poslanstvo mentorstva doživljajo in vrednotijo.

Demografski podatki anketiranih kažejo, da je bila večina ženskega spola. Glede na starost anketiranih, je bil največji delež v starostni skupini od 40 do 49 let, najmanjši delež pa v starosti 50 let in več. Z raziskavo smo potrdili izhodiščni hipotezi:

H 1: Mentorji ocenjujejo, da mentorstvo krepi njihovo profesionalno rast.

Rezultati so pokazali, da je na profesionalni razvoj anketirancev najbolj vplival študij, na drugem mestu so mentorji iz preteklosti, na tretjem pa sta zgled učiteljev in samo ozračje na delovnem mestu. Medtem, ko naj sam odnos sodelavcev ne bi vplival dosti na njihov profesionalni razvoj. Anketiranci so se nekoliko strinjali s tem, da se jim je povečalo zadovoljstvo pri delu zaradi mentorstva, prav tako pa so imeli občutek pomembnosti, cenjenosti, spoštovanja in vrednosti, ker so lahko mentorji. Zaradi uspešnega mentorstva in dobre ocene študenta je večina anketiranih mentorjev občutila zadovoljstvo. Tudi Govekar - Okoliš in sodelavci (2010b) ugotavljajo, da je prijetna plat mentorskega dela s študenti občutek, da je mentor pripomogel k strokovni in tudi osebni rasti mladega človeka, da mentorstvo mentorja bogati, saj z njim študentom pridobiva nove izkušnje, razvija vodstvene sposobnosti, pridobiva ugled v kolektivu, krepi občutek koristnosti, se seznanja z novostmi v stroki ter razvija komunikacijske spretnosti.

H 2: Mentorji so mnenja, da njihovo delo ni ovrednoteno in je premalo nagrajeno.

Zaradi mentorstva in dodatnih zadalžitev se ne dvigne status v delovni organizaciji. Takšnega mnenja so bili vsi mentorji, ne glede na čas, ki ga dnevno namenijo študentu. Mentorji svoje delo v času kliničnega usposabljanja študentov pogosto vrednotijo. Delovne organizacije mentorje pošiljajo na dodatna izobraževanja iz veščin, ki jih potrebujejo, vendar se jim v večini ne zahvalijo za njihovo delo, podobno je s strani izobraževalne institucije. Mentorji so bili mnenja, da so za svoje delo – mentorstvo premalo vrednoteni in nagrajeni. Zapisali so, da si želijo za svoje delo ustrezno plačilo. Pokazala se je tudi statistično pomembna razlika med povezavami »Manj kot so nagrajeni za svoje mentorstvo, manj so tudi deležni pohval s strani izobraževalnih institucij«, kar opisujejo tudi Govekar - Okoliš in sodelavci (2010a) ter Govekar - Okoliš & Kranjčec (2010), ko menijo, da je plačilo mentorjem za čas, ko se ukvarjajo s študenti, problem, ki je v celoti nerešen, saj v neizprosni konkurenčni boju družbe za ta namen ni ne časa ne denarja. Govekar - Okoliš & Kranjčec (2010) ugotavljata, da so najboljši mentorji tisti, ki imajo vnaprej načrtano pot in shemo poučevanja, hkrati pa so se pripravljene sprijeti prilagajati potrebam, ki jih odkrijejo pri njih. Anketiranci so podali predloge, da bi morali mentorji pogosto izmenjavati izkušnje in mnenja. Avtorji (Govekar - Okoliš, 2007; Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2009, 2010 cited in Govekar – Okoliš, et al., 2010a) so ugotovili, da se mentorji želijo seznaniti z vsebino, ki je ključnega pomena za učinkovito izvedbo usposabljanja študentov in si pridobiti smernice, na kaj naj bodo pozorni pri usposabljanju študentov po bolonjskih študijskih programih (Kulaš, 2013). Tudi Mihelič - Zajec in Ramšak - Pajk (2006) sta na podlagi presečne študije, ki sta jo izvedli na vzorcu 218 kliničnih mentorjev zdravstvene nege in babišva, ugotovili, da se velika večina mentorjev želi v prihodnje funkcionalno izpopolnjevati s strani visokih zdravstvenih šol, kar opisuje tudi Kulaševa (2013). Za uspešno izvedbo praktičnega usposabljanja je pomemben dober partnerski odnos med visokošolskimi zavodi in delodajalci (Govekar - Okoliš & Kranjčec, 2010).

4 Zaključek

Mentorstvo v kliničnem okolju je pomembno pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi. Ključno je kot je zapisala tudi Satler (2011), da je mentor oseba, ki ima jasne in pomembne osebne namere tako glede poslanstva kot vizije v zvezi s svojim delom. Na profesionalni razvoj mentorjev v veliki meri vplivajo študij in mentorji iz preteklosti. Mentorji se tega zavedajo, zato se za delo s študenti pripravljajo in dodatno izobražujejo. Izobraževalne institucije bi morale dati mentorjem jasna navodila glede poučevanja njihovih študentov, kajti to bi pomenilo za mentorje tudi prihranek časa za delo z njimi.

Mentorjem študentje niso v breme, vendar jih obremenjuje to, da jim čas ne dopušča, da bi se študentu posvetili tako, kot bi si želeli. Mentorsko delo medicinskim sestram prinaša zadovoljstvo tudi takrat, kadar jih dobro oceni študent. Tako se krepi njihov profesionalni razvoj, z njegovo krepitvijo pa je večji tudi občutek cenjenosti, spoštovanja in vrednosti.

Za dober odnos je v času kliničnega usposabljanja potrebno upoštevati veliko dejavnikov, ki vplivajo na sam uspeh mentorja, pomembna sta tako osebnost študenta kot mentorja. Veliko vlogo pri tem imata izobraževalna institucija in klinično okolje, v katerem študent opravlja klinično usposabljanje.

Delovne organizacije pošiljajo klinične mentorje na dodatna izobraževanja, vendar se jim zaradi dodatnih zadalžitev – mentorstva v njihovem okolju status ne dviguje. Redko se jim kdo zahvali tako s strani delovne organizacije kot tudi s strani izobraževalne institucije. Mentorji pogosto vrednotijo svoje delo in menijo, da so za svoj trud ter dodatno obremenitev »mentorstvo« premalo cenjeni in nagrajeni. Kulaševa (2013) navaja, da so mentorji pomemben člen pri izobraževanju študentov v zdravstveni negi in jih temu primerno vrednotiti in tudi nagraditi. Zavedati se moramo, da vzgajamo in usposabljammo ljudi, ki bodo nekoč naši sodelavci in tisti, ki jih bomo morebiti ob svoji nemoči nekoč tudi potrebovali. Dober mentor je tisti, ki v študentu prepozna svojega bodočega sodelavca in ga v tej smeri tudi usposablja.

Literatura

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

Čuk, V., 2013. Poučevanje in učenje zdravstvene nege v kliničnem okolju. In: D. Klemenc, A. Majcen Dvoršak & T. Štemberger Kolnik, eds. *Moč za spremembe - medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema: zbornik prispevkov z recenzijo, 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 220-226.

Govekar-Okoliš, M. & Kranjčec, R., 2010. *Izobraževanje mentorjev za praktično usposabljanje študentov po bolonjskih študijskih programih v podjetjih/zavodih*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

Govekar-Okoliš, M., Kranjčec, R., & Gruden, U., 2010a. *Praktično usposabljanje študentov v delovnih organizacijah in primeri dobrih praks*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.

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

Klemenc, D., 2011. Pobuda za reševanje problematike visokošolskega izobraževanja na programu prve stopnje Zdravstvena nega v Republiki Sloveniji. *Utrip*, 2, 11–12.

Kobentar, R., 2008. Vloga mentorjev v procesu izobraževanja za zdravstvene poklice. In: Z. Vogrič, ed. *Strokovno srečanje Kako učiti zdravstveno nego za jutri*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju.

Kramar, Z., 2011. Strategija razvoja zdravstvene nege in oskrbe v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(3), pp. 169-171.

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

Mihelič-Zajec, A. & Ramšak-Pajk, J., 2006. Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), 9–14.

Oblonšek, M., 2011. *Zdravstveno vzgojni vidik državnega programa zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Pajnkihar, M., 2011. Teorija v praksi zdravstvene nege. *Utrip*, 2, pp. 4–5.

Pajnkihar, M., 2013. Z znanjem do razvoja in zdravja. In: D. Jakl & M. Lorber, eds. *Mednarodna konferenca »Z znanjem do razvoja in zdravja«*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Ploj, K., 2013. *Medicinska sestra - mentorica študentom na kliničnih vajah: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Ramšak-Pajk, J., 2007. Pomen mentorstva in praktičnega usposabljanja v izobraževanju za zdravstveno nego. *Obzornik zdravstvene nege*, 41(2/3), pp. 71–75.

Ramšak-Pajk, J., 2008. Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. In: B. Skela Savič, J. Ramšak-Pajk, & B.M. Kaučič, eds. *Jaz in moja kariera – konferenčni zbornik*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 35-60.

Rečnik, F., Slivar, B., Dekleva, J., Stavanja, M., Kuntarič-Hribar, I., Šinkovec, I., Kavčič, U. & Kočevkar, B., 2004. *Pedagoško-andragoško usposabljanje: priročnik za usposabljanje izobraževalcev*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, Center za poslovno usposabljanje.

Satler, M., 2011. *Motivacija medicinskih sester v procesu mentorstva študentom: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Skela Savič, B. & Kaučič B.M., 2008. Zakaj je Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice ustanovila Center za vseživljenjsko učenje, karierno svetovanje, tutorstvo in mentorstvo ter komu je namenjen. In:

B. Skela Savič, J. Ramšak-Pajk, & B.M. Kaučič, eds. *Jaz in moja kariera: zbornik predavan, seminar z mednarodno udeležbo, Bled, 25. 01. 2008*. Bled: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 7-12.

Skela Savič, B., 2009. Vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline. In: S. Majcen Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *7 kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije: »Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč«, Ljubljana, 11.-13. maj 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, p. 311D.

Tepina, J., 2011. *Pridobljene kompetence študentov zdravstvene nege - vidik medicinsko tehničnih posegov: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Wltavsky, Z., & Hočevár, F., 2007. *Priročnik za mentorje pri usposabljanju z delom: Projekt programa pobude skupnosti INTERREG Slovenija – Avstrija 2000–2006*. Ljubljana: Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo.

Železnik, D., Kavčič, M., & Krivograd, U., 2009. *Samoevalvacijsko poročilo Visoke šole za zdravstvene vede Slovenj Gradec za študijsko leto 2009/2010*. Slovenija: Visoka šola za zdravstvene vede Slovenj Gradec.

Železnik, D., Verbič, M., Trobec, I., & Ovijač, D., 2009. *Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi*. In: S. Majcen-Dvoršak, A. Kvas, B.M. Kaučič, D. Železnik & D. Klemenc, eds. *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč*. Ljubljana, Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 211a.

Izkušnje študentov FZAB na kliničnih praksah

Študentski svet Fakultete za zdravstvo Angele Boškin



Po mnenju študentov dober mentor:

- predstavi sebe in celoten zdravstveni tim,
- sodeluje s študentom med celotno klinično prakso,
- dovoli samostojno delo študentu,
- zaupa študentu,
- se s študentom osebno poveže,
- ne izkorišča študenta,
- je strokoven,
- izobražuje študenta,
- uči nove/drugačne tehnike dela.



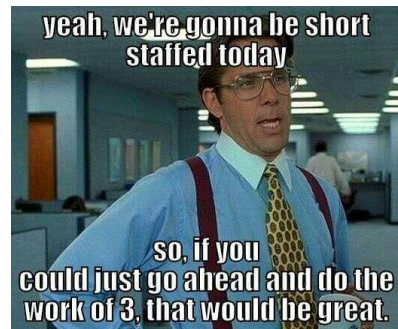
Po mnenju študentov slab mentor:

- ne predstavi celotnega zdravstvenega tima,
- se ne posveča delu s študentom,
- ne deluje skladno s pravili stroke,
- da študentu vedeti da mu je v napoto in breme,
- ne izkaže volje do poučevanja,
- svoje negativne izkušnje med šolanjem usmerja na študenta.



Ampak, ni vse na mentorju

- Velikokrat je negativna izkušnja pogojena z preobremenitvijo mentorja in oddelka.
- Prav tako pa odnos študenta do dela, mentorja in ostalih zaposlenih hitro spremeni izkušnjo.



Priznanje

Naj mentor Fakultete za zdravstvo Angele Boškin

Dobitniki priznanja za *Naj mentorja FZAB* v študijskem letu 2019/2020

Karla Bogožalec, dipl. m. s.

Zdravstveni dom Radovljica

Magdalena Mavri Tratnik, dipl. m. s.

Psihiatrična bolnišnica Begunje

Mitja Kosič, dipl. zn.

Zdravstveni dom Bled

Ivo Jambrošič, mag. zdr. neg.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Iskrene čestitke!

