

UNIVERZA V NOVEM MESTU
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

**KOMUNIKACIJA MED ZAPOSLENIMI
IN ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE
MED KLINIČNIM USPOSABLJANJEM**

PRIROČNIK ZA KLINIČNE MENTORJE

Novo mesto, 2018

UNIVERZA V NOVEM MESTU
Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto

**KOMUNIKACIJA MED ZAPOSLENIMI IN ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE
MED KLINIČNIM USPOSABLJANJEM
PRIROČNIK ZA KLINIČNE MENTORJE**

Novo mesto, 2018

**KOMUNIKACIJA MED ZAPOSLENIMI IN ŠTUDENTI ZDRAVSTVENE NEGE MED
KLINIČNIM USPOSABLJANJEM**

PRIROČNIK ZA KLINIČNE MENTORJE

Izdala in založila © Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto

Avtorji Jasmina Starc, Ljiljana Leskovic, Mojca Lokar, Zdenka Seničar, Gorazd Laznik

Urednik Gorazd Laznik

Recenzentki Ljiljana Leskovic, Nevenka Kregar Velikonja

Grafična priprava Bojan Nose

Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP)
pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
[COBISS.SI-ID=293655296](#)
ISBN 978-961-94049-9-7 (pdf)

VSEBINA

<i>Dr. Jasmina Starc</i> Komunikacija in medsebojni odnos med mentorjem in študentom na kliničnem usposabljanju	1
<i>Mag. Ljiljana Leskovic</i> Analiza kakovosti kliničnega usposabljanja: pogled študentov	9
<i>Mojca Lokar</i> Komunikacija v zdravstveni negi – kultura usklajenih odnosov: primer DSO Trebnje	15
<i>Zdenka Seničar</i> Komunikacija med zaposlenimi in študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem: primer SB Novo mesto	21
<i>Gorazd Laznik</i> Analiza zadovoljstva študentov in mentorjev z organizacijo in izvedbo kliničnega usposabljanja v študijskem letu 2016/2017	31
<i>Gorazd Laznik</i> Analiza opravljenih intervencij med kliničnim usposabljanjem	41

Komunikacija in medsebojni odnos med mentorjem in študentom na kliničnem usposabljanju

POVZETEK – V prispevku opisujemo medosebne odnose in medosebno komuniciranje med kliničnim mentorjem in študentom na kliničnem usposabljanju v učnem zavodu. S kakovostno komunikacijo lahko spodbujata drug drugega k aktivnemu poslušanju, posredovanju razumljivih informacij, konstruktivnemu reševanju problemov in k boljšemu medosebnemu sodelovanju. Vsako mentorstvo predstavlja edinstven in vzajemen odnos med mentorjem in študentom, pri čemer lahko mentor s svojimi strokovnimi, odnosno komunikacijskimi in organizacijsko-administrativnimi kompetencami oblikuje mentorstvo kot učno partnerstvo, v katerem je primarni cilj študentova rast, napredek in razvoj. Pri tem mora mentor paziti, da ima njegov odnos do študenta značilnost recipročnosti, vzdrževanja odnosov, partnerstva, sodelovanja in skupnega dogovarjanja ciljev, saj le na tak način lahko s študentom vzpostavi dober odnos, poln zaupanja.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, medsebojni odnos, mentor, študent, klinično usposabljanje, učni zavod

ABSTRACT – The paper describes interpersonal relations and interpersonal communication between clinical mentors and students during clinical training in the learning institution. Retaining quality communication, they can encourage each other for active listening, conveyance of comprehensive information, constructive problem-solving, and better interpersonal cooperation. Each mentorship presents a unique and interactive relationship between the mentor and the student. Every mentor can, using their professional, relational communication, and organisational-administrative competences, establish mentorship as a learning partnership, in which the primary objective is the student's growth, progress and development. However, the mentor needs to bear in mind that their relationship with the student should involve the component of reciprocity, relationship maintenance, partnership, cooperation, and common objectives arrangement, since only in this manner the established relationship with the student can be good and full of trust

KEY WORDS: communication, mutual relationship, mentor, student, clinical training, learning institution

1 Uvod

Organizacije ne morejo obstajati brez komunikacij, saj so le te pomembno vezivno tkivo vsake organizacije. Brez komunikacije ne moremo sporočati članom, kaj so naši vizija in cilji, katere naloge morajo opravljati, ne moremo usklajevati dela in nimamo informacij, na podlagi katerih bi lahko sprejemali odločitve in iskali izboljšave.

Komunikacije so torej sredstvo za odločanje, prejemanje povratne informacije in zasledovanje organizacijskih ciljev. Komunikacije omogočajo posamezniku, da razume svojo vlogo v organizaciji, hkrati pa povezujejo podenote organizacije (Muchinsky, 1987, str. 536, v Zupan, 2007, str. 107). Komuniciranje je osnovni dejavnik človekovega razvoja in je aktivnost, ki je za vse nas življenjsko pomembna, odgovorna, neponovljiva in neizogibna (Knežević, 2008, str. 12). Je sredstvo vplivanja in prepričevanja (Jelovac in Rek, 2010, str. 82).

Komuniciranje je tista dejavnost, s pomočjo katere izmenjujemo znanja, izkušnje in informacije (Benedetti, 2008, str. 170). Pri komuniciranju gre za povezovanje in razumevanje med ljudmi (Taylor in Lester, 2009, str. 162). Komunikacija je proces, ki ustvarja skupno razumevanje, preko nje gradimo odnose in izmenjujemo informacije, ob tem pa vplivamo na naša in sogovorčeva čustva, misli in dejanja (Baker, 2013, str. 13–14).

2 Medosebni odnosi in medosebno komuniciranje

Komuniciranje je nujen proces za nastanek in ohranjanje medosebnih odnosov. Pri medosebnem komuniciranju poteka proces vzpostavljanja stikov in oblikovanja ozračja razumevanja dveh oseb. Premalo se zavedamo, da komuniciramo hoteno ali nehoteno, zavestno ali nezavedno, načrtovano ali nenačrtovano. Medosebni odnosi se začenjajo s tem, da se odnosa zavedamo, da se le-ta razvija naprej z usklajevanjem sodelovanja med osebami, ki sodelujejo v tem odnosu (Ule, 2005).

Ob komunikaciji z drugo osebo zaznamo njen odziv in nanj odgovarjamo s svojimi mislimi in čustvi. Naše nadaljnje vedenje je odziv na to, kar vidimo in slišimo. Naš sogovornik pa se enako odziva na naše vedenje. Gre za medsebojno vplivanje, za interakcijo (Kalin in Valenčič Zuljan, 2007, str. 46). Komuniciranje je veliko več kot izgovarjanje besed. V vsaki komunikaciji drugemu prenašamo neko vsebino in hkrati opredelimo odnos do te vsebine in prejemnika sporočila. Vse to se s posebnim namenom dogaja tudi v procesu mentoriranja.

Vsak mentor mora biti aktiven poslušalec, saj s tem izraža spoštovanje do sogovornika – študenta ter z njim gradi odnos, bogati svoje znanje in prihaja do vedno novih zamisli oz. idej (Marc in Torkar Papež, 2006, str. 20). Ko nekoga poslušamo, ga s tem upoštevamo in lahko pridemo do uspešnega medsebojnega sporazumevanja, kar nam lahko le koristi (Kneževič, 2009, str. 25). V izogib nesoglasja moramo vedno preveriti tudi jasnost podanih oz. izrečenih informacij. To lahko dosežemo tako, da med pogovorom ponovimo najpomembnejše informacije in naredimo povzetke (Šetina Čož, 2015, str. 66). Z aktivnim poslušanjem lahko (Stanton, 2009, str. 25–26):

- *spodbujamo druge h komunikaciji*: Ko naš sogovornik začuti, da ga aktivno poslušamo, bo nas želel tudi sam bolje razumeti in prisluhniti tistemu, kar imamo povedati;
- *posedujemo vse pomembne informacije*: Le v primeru, da nam sogovornik res posreduje vse informacije, lahko le-te uporabimo za reševanje problemov in sprejemanje pravih odločitev;
- *izboljšamo odnose s sogovornikom*: Če bomo sogovornika bolje poslušali, ga bomo tako bolje razumeli, kar bo poglobilo prijateljske vezi;
- *rešimo probleme*: Preko aktivnega poslušanja lahko pripomoremo k sogovorniku, da najde rešitev za nastali problem;
- *bolje razumemo ljudi okoli sebe*: To posledično pripomore k boljšemu medsebojnemu sodelovanju.

Mentor mora študenta vedno opozoriti na njegovo vedenje, kadar to ni sprejemljivo, ni v skladu z dogovorjenim programom aktivnosti, dodeljenih nalog ne opravlja redno, vestno, odgovorno in strokovno ter takrat, ko ne ravna skladno z veljavnim poklicnim kodeksom etike in drugimi obstoječimi dokumenti za zaščito pravic pacientov. Ob tem naj mentor upošteva šest pravil uspešne konstruktivne kritike, graje ali izrekanja pohvale (A. Pease in B. Pease, 2007, str. 92–94):

- *uporabi naj tehniko, imenovano sendvič*: da ublaži kritiko, najprej sogovorniku izreče pohvalo za njegovo delo, ki ga je opravil. Šele potem izreče kritiko, ki ji mora nemudoma slediti še ena pozitivna pripomba na njegov način dela;
- *kritizira naj dejanja, ne človeka*: sogovorniku je treba pojasniti, da smo z njim zadovoljni na osebni ravni, nismo pa zadovoljni z njegovim dejanjem;
- *prosi naj sogovornika za pomoč*: nikoli ne smemo zahtevati od sogovornika, naj počne, kot mu je bilo naročeno. Reči mu je treba, da bi radi, da nam pomaga pri odpravljanju nastalih težav;
- *prizna naj, da je tudi sam v preteklosti naredil podobno napako in predlaga rešitev*: na ta način bo mentorjeva kritika bolj sprejemljiva, saj bo s tem priznal, da tudi sam ni popoln. Na ta način lahko na sogovornika vpliva tako, da mu bo le-ta pripravljen slediti;
- *kritiko naj izreče le enkrat in na štiri oči*: ne grajamo pred drugimi, kritike ni dobro ponavljati v nedogled, omenimo jo samo enkrat in sicer umirjeno, predlagajmo tudi rešitev;
- *zaključi naj v prijateljskem ozračju*: sogovorniku se mora vedno zahvaliti za njegovo sodelovanje in mu reči, da komaj čaka, da bi videl, kako bo v bodoče ravnal na način, o katerem sta se pravkar pogovarjala.

Bratanić (1990, str. 84) navaja razlike med medosebnim komuniciranjem in ostalimi oblikami komuniciranja, ki se kažejo v tem, da:

- vključuje verbalno in neverbalno vedenje,
- vključuje spontano, formalno ali konstruirano vedenje oz. neko kombinacijo tega,
- ni statično, ampak ga označuje dinamičnost (odvisno je od narave odnosa med ljudmi, ki v njej sodelujejo),
- vključuje osebno povratno informacijo, interakcijo in usklajenost,
- ga vodijo notranja in zunanja pravila,
- pomeni skupno aktivnost vseh, ki so vključeni v proces komuniciranja; vsi vplivajo na končni rezultata komunikacije in drug na drugega.

Gre za odnos jaz – ti, saj ima človek svoj smisel samo v interakciji z drugimi. Ta odnos določa in označuje posameznika. Kakovost in narava tega odnosa določa našo individualnost in nas razlikuje od vsakega drugega človeka. Poleg tega je pomembno, da medosebni odnos preučujemo v obojestranski izmenjavi informacij. Povratna informacija predstavlja eno bistvenih značilnosti komuniciranja. Povratno informacijo dajemo, sprejemamo, iščemo, sprašujemo po njej. Vedenje vsakega posameznika v skupini pogojuje vedenje drugega in njegovo vedenje je pogojeno z vedenjem vseh drugih. Medsebojno vplivanje je pogojeno s situacijo in nanjo deluje. Delovanje osebe A vpliva na osebo B, to povratno deluje na osebo A in vpliva na njegov naslednji korak (Kalin in Valenčič Zuljan, 2007, str. 47).

Možina (2002, str. 597–599) navaja osem temeljnih značilnosti medosebnih odnosov:

- *priznavanje različnosti*: Ena prvih značilnosti medosebnih odnosov med ljudmi je priznavanje razlik, specifičnosti in drugačnosti. To terja od nas, da se odrečemo težnji po preprostem pojmovanju, češ da so ljudje večinoma enaki. To pomeni, da vsakomur priznavamo pravico do svojega mišljenja, do posebnega zavzemanja, da mu priznamo svojstven prispevek pri delu v organizaciji. To je zavračanje vnaprejšnjega strinjanja z vsemi in z vsakomer, prikimavanja in dviganja rok. To pomeni dovoliti drugemu, da se s čim ne strinja, da misli drugače, da pove svoje mnenje. Samo na tej podlagi lahko govorimo o dogovarjanju in usklajevanju;
- *vzajemnost odnosov*: Naslednja značilnost medosebnih odnosov je vzajemnost, aktivna obojestranskost v odnosih. Dosežemo jo v dialogu, ki terja takšno aktivnost in prilagodljivost v odnosu. To pomeni, da se obojestransko zanimamo za podrobnosti,

preučujemo in se učimo, predlagamo in sprejemamo predloge, sprašujemo in se dogovarjamo, kontroliramo in sprejemamo kontrolo. Gre za vzajemno iskanje pojasnil za vse, kar ni jasno, ni razumljivo. Je enakopravno medsebojno srečevanje nasprotij, razlik in podobnosti. To je pravzaprav dopolnjevanje v medosebnih odnosih, v medsebojnih stikih;

- *omogočanje osebne izražanja*: Naslednja značilnost odnosov med ljudmi je pravica vsakogar do osebne izražanja, ločevanja in ustvarjanja novih odnosov. To pomeni pravico do individualnosti. Pravica do osebne izražanja pomeni pravico do lastnega, samostojnega, neodvisnega, specifičnega, samosvojega razvoja. Nihče nima pravice ovirati svobodnega izražanja misli, mnenj in čustev pri sebi ali pri drugem;
- *dajanje in sprejemanje povratnih informacij*: Pomembna značilnost medosebnega odnosa med ljudmi je možnost in sposobnost dajati in sprejemati povratne informacije. Brez povratnih informacij ni resničnega stika med ljudmi, zlasti ne pravega medsebojnega odnosa. Če nikoli ne zvemo, kako naše vedenje vpliva na koga drugega, ne vemo, kako njegovo vedenje vpliva na nas, odnos med nami kaj kmalu postane »vožnja po dveh tirih« brez možnosti, da bi se srečali. To je življenje drug ob drugem in ne odnos drugega do drugega;
- *priznavanje nasprotij*: Pomembna značilnost našega vedenja oziroma medosebnih odnosov je priznavanje nasprotij ter njihovo realno reševanje. Popolno sožitje med ljudmi je v večini primerov samo lažna harmonija, izogibanje konfliktom, kot da jih ne bi bilo. Družba brez nasprotij je lažna skupnost, lažni mir, nedialektično stanje. V takšni situaciji vladajo strah, negotovost, lažna komunikacija, v njej ni iskrenih srečanj in ustreznih izkušenj;
- *preprečevanje dvopomenske situacije*: Gre preprosto za to, da tisto, kar pripovedujemo, tudi mislimo, da se tako tudi vedemo in da naše stališče do tistega, s katerim komuniciramo, ustreza tistemu, kar poročamo. S takšnim komuniciranjem in odnosom do drugih ustvarjamo okrog sebe iskreno, jasno in nezapleteno ozračje, kar je pogoj za konstruktivno sodelovanje z drugimi, za skupinsko ustvarjanje, za skupni razvoj. Posebna značilnost pri posredovanju medosebnih odnosov je razlikovanje med vidikom vsebine in vidikom odnosa pri komuniciranju, torej kaj in kako sporočamo;
- *brez vsakršnega vsiljevanja*: Nadaljnja značilnost zdravih medsebojnih odnosov je, da v njih ni nikakršnega vsiljevanja. Stvarnost je prikazana takšna, kakršna je. Drugemu ne vsiljujemo doživljanja, ki ni njegovo. Svoje psihične realnosti (našega doživljanja in razlage le-tega) ne vsiljujemo drugemu kot njegovo psihično realnost. Drugega ne prepričujemo o tistem česar ni. Ne silimo ga, da bi priznal, da je »črno belo« in to samo zato, ker je to po volji nam in komu tretjemu, čigar zastopniki smo;
- *brez nehotene ali nevrotične zlorabe drugega*: Pomembna značilnost skupnega vedenja in torej tudi medosebnih odnosov med ljudmi je, da se izogibamo nehotenemu ali nevrotičnemu »zlorabljanju« drugega. Z nehotenim, nevrotičnim zlorabljanjem drugega mislimo na nenadzorovano uporabo drugega za reševanje svojih notranjih konfliktnih situacij, kar lahko naredimo na dva načina: tako da ga silimo v vlogo zaželenega, toda neuresničljivega dela lastne osebnosti, ali tako, da sodelavcu naročimo, naj namesto nas naredi nekaj, česar sami zaradi kakršnega koli razloga nočemo storiti.

Vedeti moramo, kakšni so medosebni odnosi med zaposlenimi, saj le tako lahko ugotovimo, kaj bi bilo morda treba spremeniti. Vsekakor pa moramo poznati zgoraj omenjene temeljne značilnosti medosebnih odnosov in si prizadevati, da se jih učimo in jih v praksi uveljavljamo v skupno korist.

3 Vloga kliničnega mentorja v procesu kliničnega usposabljanja

Klinični mentor je zdravstveni delavec, usposobljen, da v učnem zavodu opravlja neposredno mentorstvo študentom zdravstvene nege fakultete (Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov, 2015, str. 2). Eby, Rhodes in Allen (2007, v Govekar - Okoliš in Kranjčec, 2016, str. 47) povzemajo naslednje skupne značilnosti mentorstva:

- *mentorstvo predstavlja edinstven odnos med mentorjem in študentom*: Ni dveh enakih mentorskih odnosov. Različna je medosebna izmenjava. Značilni vzorci interakcije opredeljujejo in oblikujejo odnos. Mentorski odnosi so lahko taki, da spremenijo posameznikovo življenje, lahko so površinski ali pa celo destruktivni;
- *mentorstvo je učno partnerstvo*: Čeprav so lahko cilji mentorskih odnosov različni, skoraj vsi vsebujejo pridobivanje znanja. Učenje lahko poteka v zelo učinkovitih mentorstvih kot tudi v mentorskih odnosih, ki jih eden ali oba izkusita kot spodletele;
- *mentorstvo je proces, ki ga opredeljuje način podpore mentorja študentu*: Čeprav so specifične funkcije, ki označujejo mentorstva, različne, je v splošnem sprejeta delitev na karierne ali instrumentalne (npr. informiranje, zagovarjanje, pokroviteljstvo) in psihosocialne ali čustvene (npr. prijateljstvo, sprejetost);
- *mentorski odnos je vzajemen, vendar še vedno asimetričen*: Čeprav ima mentor koristi od mentorskega odnosa, je primarni cilj študentova rast in razvoj;
- *mentorski odnos je dinamičen, se spreminja skozi čas*: Vpliv mentorstva sčasoma narašča.

Vsak mentor se mora zavedati, da njegove komunikacijske zmožnosti povezuje vrsta posamičnih spretnosti, kot so dobra razlaga, postavljanje spoznavno zahtevnih vprašanj in primerno odzivanje na odgovore, poslušanje študentov, vodenje različnih razgovorov in razprav, povezanih z znanjem in tudi stališči in vrednotami, vodenje svetovalnega razgovora, pogovor z vodjo kliničnega usposabljanja na fakulteti ipd. (Marentič Požarnik, 2007).

Klinične mentorje je treba opolnomočiti z znanji in veščinami komunikacije in s tem doprinesti, da bodo znali kakovostno komunicirati in sodelovati z drugimi poklicnimi skupinami v zdravstvu, kot tudi pri delu s pacienti (Zupan in Hočevar, 2010, str. 13). Temeljna kompetenca kakovostnega mentorja je zmožnost pozornega poslušanja brez presojanja, s čimer izkazuje študentu svojo podporo in ustvarja varno okolje za skupno razmišljanje, hkrati pa tudi povečuje svojo sposobnost razumevanja (Kalin in Valenčič Zuljan, 2007, str. 49).

Kompetence mentorja študentom na kliničnem usposabljanju, ki jih najdemo v različnih strokovnih virih (Dobnik, 2002; Bizjak, 2004; Marentič Požarnik, 2006; Brečko, 2006; Puklek Levpušček, 2007; McManus, 2008; Mali Kovačič, 2014; Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov, 2015; Govekar - Okoliš in Kranjčec, 2016; Garvey, Stokes in Megginson, 2018), vključujejo:

- *strokovne kompetence*: mentor je dober strokovnjak za usposabljanje in poučevanje študentov v kliničnem okolju, dobro pozna fakulteto in sistem kliničnega usposabljanja, upošteva individualne učne potrebe študenta, pozna glavne kompetence kliničnega mentorja, uči, vodi, spremlja in vrednoti študentovo delo v skladu z dogovorjenim programom aktivnosti, zna poučevati v tandemu, vključuje študenta v negovalni in zdravstveni tim, zna opazovati proces usposabljanja, zna opredeliti problem, določati cilje in strategije pomoči študentu, samoevalvira svoje mentorsko delo in ima razvito dobro samopodobo;
- *odnosno komunikacijske spretnosti*: mentor ima dobre komunikacijske spretnosti, zna vzpostaviti učinkovito in jasno komunikacijo, razvija pozitiven profesionalen odnos s študentom v kliničnem okolju, uporablja tehniko aktivnega poslušanja v pogovoru s študentom, se empatično odziva, zna dajati konstruktivno povratno informacijo študentu,

obvladuje slovenski knjižni jezik, seznanja fakulteto s posebnostmi, novostmi, problemi na kliničnem usposabljanju z namenom čim bolj učinkovitega usposabljanja študentov;

- *organizacijsko-administrativne kompetence*: klinični mentor je dobro organizirana oseba, seznanjena s portfoliom študenta, pripravi program aktivnosti v skladu z učnim načrtom, vodi evidence prisotnosti ter nadzor študenta, odgovoren je za resničnost študentovih navedb v dnevniku »Aktivnosti v zdravstveni negi«.

Navedene kompetence so pomembne za kliničnega mentorja v kliničnem usposabljanju v učnih zavodih, saj mu zagotavljajo, da uspešno opravlja svoje delo. Zato je pomembno, da jih vsak mentor pozna in tudi uresničuje. Prav tako pa se mora zavedati, da je mentorstvo intenziven delovni odnos med starejšimi in mlajšimi udeleženci učnega zavoda, v kateri ima mentor izkušnje in moč, da osebno svetuje ter pospešuje študentov strokovni razvoj.

Če na koncu strnemo vloge in naloge obeh, mentorja in mentoriranca – študenta, lahko rečemo, da ima njun odnos naslednje značilnosti (Mali Kovačič, 2014, str. 20–21):

- *recipročnost*: Kar pomeni, da ima vsak od njiju določene naloge ter odgovornosti za oblikovanje odnosa. Vsak od njiju v odnos vlaga enako in kar je nezanemarljivo, oba iz odnosa veliko pridobita;
- *učni proces*: Element učenja je namreč ključen. Med posameznikoma se sicer lahko razvije dober odnos, a če mu manjka vidik učenja, to ni proces mentorstva. S tega vidika je ključnega pomena, da oba, tako mentor kot mentoriranec, vesta, kako se najlažje učita. Ter seveda, da imata postavljene jasne cilje, kaj želita tekom svojega srečevanja doseči;
- *razmerje*: Kot vsako razmerje tudi mentorski odnos zahteva veliko truda, tako pri vzpostavljanju kot tudi pri vzdrževanju odnosa. Ključnega pomena je seveda zaupanje. Čeprav mentor predstavlja izkušenejši del razmerja, to nikakor ne zmanjša vloge mentoriranca. Tudi tu je pomembno, da se skupaj dogovorita, kako bosta sodelovala in se nato tega dogovora držita;
- *partnerstvo*: Je osnovano na dogovoru, ki ga skleneta mentor in mentoriranec. Pomembno je, da se dogovora ves čas držita in da poskrbita, da sta ves čas pozorna na potrebe drugega. Vsak človek je edinstven – ne glede na to, koliko izkušenj imamo z mentorskimi odnosi, vsak je zagotovo svoja zgodba in neprimerljiv z ostalimi;
- *sodelovanje*: Vsak po svojih močeh prispevata k uspešnosti sodelovanja in skupnega dela. Potrebni sta odprtost in pripravljenost na dialog z obeh strani;
- *skupaj dogovorjeni cilji*: Nujno je, da so cilji dogovorjeni in jasno opredeljeni, zato jih podrobno razjasnimo (razdelamo) in po možnosti tudi zapišemo. Brez njih se prav lahko zgodi, da razmerje izgubi svoj fokus;
- *napredek in razvoj*: Cilj je v prihodnosti, je bolj dolgoročen. Prav je, da se te dolgoročnosti zavedamo vnaprej in že med definiranjem ciljev poskrbimo, da imamo zadosti majhnih ciljev, ki kot neki mejniki vodijo do zadnjega cilja, kar dobro vpliva tudi na motivacijo mentoriranca.

Vidimo torej, da je pomembno, da mentor in mentoriranec vzpostavita dober odnos, poln zaupanja. Le tako sta namreč pri svojem delu iskrena in popolnoma predana, kar seveda predstavlja nujni pogoj za dobro delo.

4 Zaključek

Pravilno vodeno klinično usposabljanje v učnih zavodih, ki poteka pod vodstvom kliničnega mentorja, je zagotovilo za študentovo uspešno pridobivanje potrebnih veščin za izvajanje varne

in kakovostne zdravstvene nege in za mentorjevo nadgradnjo njegovega teoretičnega znanja in izkušenj s svežimi pogledi in znanji študenta.

Mnenja smo, da mora vsak klinični mentor pridobiti temeljna teoretična znanja o vlogi mentorja in mentorstvu ter o načrtovanju, izvajanju in evalvaciji mentorstva v zdravstveni ustanovi, oziroma bi se v teh znanjih moral izpopolniti. Pridobljena teoretična znanja mentor preverja v praksi, ko izvaja mentorstvo študentom, za tem pa naj bi izmenjal in ovrednotil svoje z mentorstvom pridobljene izkušnje. S tem ima mentor večje možnosti za svoj nadaljnji profesionalni razvoj, pa tudi za kakovostnejše mentorstvo v učnem zavodu.

Ne smemo pa tudi mimo dejstva, da ima od mentorskih odnosov koristi tudi družba kot celota, saj mentorstvo povečuje človeške zmožnosti za oblikovanje povezanosti, razvoj in spreminjanje odraslih skozi življenje. Mentorstvo je način graditve novih mrež in preseganje posameznikovih ozkih vlog.

LITERATURA

1. Barker, A. (2013). *Improve your communication skills*. London, Philadelphia, New Delhi: Kogan Page.
2. Benedetti, K. (2008). *Protokol, simfonija forme*. Ljubljana: Planet GV.
3. Bizjak, C. (2004). *Organizacija pripravništva na šoli*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo.
4. Bratanić, M. (1990). *Mikropedagogija*. Zagreb: Školska knjiga.
5. Brečko, D. (2006). *Načrtovanje kariere kot dialog med organizacijo in posameznikom*. Ljubljana: Planet GV.
6. Dobnik, N. (2002). *Vloga tutorja pri študiju na daljavo: priročnik za tutorje Visoke poslovne šole Ekonomske fakultete v Ljubljani*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
7. Eby, L. T., Rhodes, J. E. in Allen, T. D. (2007). Definition and Evolution of Mentoring. V T. D. Allen, in L.T. Eby (ur.), *The Blackwell handbook of mentoring: a multiple perspective approach* (str. 7–20). Malden: Blackwell Publishing. Pridobljeno 26. 10. 2017, s https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=4KbKqbMNJZQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=definition+and+evolution+of+mentoring&ots=CctOZTKE0n&sig=8y8TMEt36DHWomUc-FgDpZ6wEhM&redir_esc=y#v=onepage&q=definition%20and%20evolution%20of%20mentoring&f=false
8. Garvey, R., Stokes, P. in Megginson, D. (2018). *Coaching and Mentoring: Theory and Practice*. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DS, Melbourne: SAGE Publications Ltd. Pridobljeno 26. 10. 2017, s https://books.google.si/books?hl=sl&lr=&id=8qE5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=MENTORING&ots=GRWEa4F9uC&sig=qCTzBSzFpfrz9MqEcLVochRlrMA&redir_esc=y#v=onepage&q=MENTORING&f=false
9. Govekar - Okoliš, M. in Kranjčec, R. (2016). *Mentorstvo v praktičnem usposabljanju v delovnih organizacijah*. Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
10. Jelovac, D. in Rek, M. (2010). *Komuniciranje v medkulturnem okolju*. Ljubljana: Vega.
11. Kalin, J. in Valenčič Zuljan, M. (2007). Medosebno komuniciranje v procesu mentoriranja. V M. Valenčič Zuljan (ur.), *Izzivi mentorstva* (str. 45–70). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
12. Knežević, A. N. (2008). *Se znamo obnašati?: sodobno vedenje od A do Ž*. Ljubljana: Mladinska knjiga.
13. Knežević, A. N. (2009). *O kulturi vedenja : vprašali ste, odgovorila sem : povzetek radijskih oddaj: 1. program Radio Slovenija, Radio Ognjišče, Radio Hit, Radio Center, Radio Trst in druge postaje*. Ljubljana: Planet GV.

13. Mali Kovačič, U. (2014). *Mentorstvo: pomoč pri razvoju posameznika in organizacije*. Ljubljana: Salve.
14. Marentič Požarnik, B. (2006). Seminarji za mentorje kor priložnost za razvijanje kompetenc in poglobljanje refleksije ob partnerskem sodelovanju s fakultetnimi učitelji. V C. Peklaj (ur.), *Teorija in praksa v izobraževanju učiteljev* (str. 29–43). Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete.
15. Marentič Požarnik, B. (2007). Vloga mentorja pri spodbujanju profesionalne rasti študentov – prihodnjih učiteljev. V C. Peklaj (ur.), *Mentorstvo in profesionalna rast učiteljev* (str. 7–48). Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete, Univerza v Ljubljani.
16. McManus, P. (2008). *Mentorski rad sa zaposlenima: ekspertska rešenja za svakodnevne izazove*. Beograd: Data status.
17. Možina, S. (2002). Odnosi, nasprotja v organizaciji. V S. Možina, R. Rozman, M. I. Tavčar, D. Pučko, Š. Ivanko, B. Lipičnik et al., *Management: nova znanja za uspeh* (str. 580–616). Radovljica: Didakta.
18. Pease, A. in Pease, B. (2007). *Kako spretno komunicirati z ljudmi*. Ljubljana: Lisac & Lisac.
19. *Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov* (2015). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
20. Puklek Levpušček, M. (2007). Kompetence učiteljev – mentorjev študentov. V C. Peklaj (ur.), *Mentorstvo in profesionalna rast učiteljev* (str. 49–57). Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete, Univerza v Ljubljani.
21. Stanton, N. (2009). *Mastering communication*. London: Palgrave Macmillan Ltd.
22. Šetina Čož, M. (2015). *Posel smo ljudje: dobri medosebni odnosi – osnova za zadovoljstvo in uspeh!: priročnik s praktičnimi nasveti*. Grosuplje: Izobraževalni zavod Znanje.
23. Taylor, S. in Lester, A. (2009). *Communication: your key to success*. Singapore: Marshall Cavendish Business.
24. Ule, M. (2005). Vloga terapevtskega komuniciranja v zdravstvu. V M. Košnik (ur.), *Zbornik predavanj/4. golniški simpozij* (str. 17). Golnik: Bolnišnica, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo.
25. Zupan, N. (2007). Informiranje in komuniciranje. V R. Kaše, B. Lipičnik, K. K. Mihelič, in N. Zupan (ur.), *Organizacijsko vedenje: zbirka tekstov za študij in gradiv za vaje* (str. 107–114). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
26. Zupan, N. in Hočevar, N. (2010). *Osebna odličnost v zdravstvu*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

Analiza kakovosti kliničnega usposabljanja: pogled študentov

POVZETEK – Mentorstvo je ključnega pomena za usposabljanje študentov, ki pridejo iz predavalnic v klinično okolje. Namen prispevka je proučiti oceno zadovoljstva študentov z izvajanjem kliničnega usposabljanja na študijskem programu prve stopnje Zdravstvena nega. Želeli smo ugotoviti, kje študenti vidijo prednosti, slabosti, priložnosti za izboljšave in nevarnost, tveganja v kliničnem okolju. Kvalitativno raziskovanje je bilo opravljeno v letu 2017 z uporabo fokusa skupine študentov zdravstvene nege. Proces raziskave je potekal v dve fazi. V prvi fazi smo uporabili tehniko zbiranja informacij o idejah za izboljšanje procesa kliničnega usposabljanja na osnovi že znanih zunanjih in notranjih dejavnikov. V drugem delu analize smo uporabili SWOT analizo v kateri je sodelovalo 50 študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto. Na osnovi mnenj študentov ugotavljamo, da je večina kliničnih mentorjev motiviranih za profesionalno in strokovno predajo lastnega znanja. Zaposleni imajo izkušnje in znanja, so prijazni in upoštevajo mnenja študentov. Prednost usposabljanja v kliničnem okolju vidijo v kompleksnosti obravnave pacientov in jo povezujejo z učenjem in pridobivanjem praktičnega znanja. Študenti opažajo neupoštevanje standardov pri izvajanju storitev zdravstvene nege. Kot največjo slabost izpostavljajo organizacijo službe na več lokacijah in slabo koordinacijo med člani zdravstvenega in negovalnega tima. Opozarjajo na primanjkljaj časa kliničnih mentorjev za mentoriranje, njihovo preobremenjenost z administracijo, neprijazen odnos ostalih članov negovalnega tima, njihovo demotiviranost in aroganco do študentov. Predlagajo, da se klinične mentorje finančno nagraduje in delno razbremeni rednega dela v času mentoriranja. Nevarnost vidijo v prevelikem številu študentov v učnih bazah in premajhnem številu kliničnih mentorjev. Zaznavamo, da je pomembna angažiranost vključenih v proces izvedbe kliničnega usposabljanja, tako kliničnih mentorjev kot študentov. Menimo, da bi uporaba ustreznih komunikacijskih veščin bi zvišala zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju.

KLJUČNE BESEDE: študenti, klinični mentorji, klinično usposabljanje, SWOT analiza

ABSTRACT – Mentoring is crucial for the clinical training of students transitioning from their classrooms to the clinical setting. The purpose of this paper is to evaluate students' satisfaction with the implementation of clinical training in the scope of the first cycle professional study programme Nursing Care. We wanted to find out where the students see the advantages, weaknesses, opportunities for improvement, as well as threats and risks in the clinical environment. Qualitative research was carried out in 2017 using the focus group of nursing care students. The research process performed in two phases. In the first phase, we used the technique of collecting information regarding ideas on how to improve the clinical training process based on the already known external and internal factors. In the second part of the analysis, we performed a SWOT analysis which included 50 student participants attending Faculty of Health Sciences Novo mesto. We can conclude that some clinical mentors are motivated to professionally share their own knowledge, but the majority is not. Employees possess experience and knowledge, they are friendly, and they consider students' opinions. They see the advantage in the complexity of patient treatment and associate it with learning and acquiring practical knowledge. However, we observe inconsideration of standards in the provision of nursing care. The organisation of work in several locations and poor coordination between the members of the health and nursing team are emphasised as the major weaknesses. They also point out the lack of clinical mentors' time for mentoring, their administration overload, unfriendly attitude of other members of the nursing team, and their demotivation and arrogance towards students. They suggest that clinical mentors should be financially rewarded

and relieved of their regular work during mentoring. They see the possible threats in the vast amount of students at learning bases and insufficient number of clinical mentors. Engagement of both students and mentors in the process of conducting clinical training is important. The use of appropriate communication skills would increase students' satisfaction with clinical training.

KEY WORDS: students, clinical mentors, clinical training, SWOT analysis

1 Uvod

Klinično usposabljanje je del formalnega izobraževanja za poklic diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika. Za usposabljanje študentov, ki pridejo iz predavalnic v klinično okolje, je ustrezno mentorstvo ključnega pomena. Od medicinskih sester družba veliko pričakuje, zato je treba njihovemu izobraževanju posvetiti posebno pozornost. Toliko bolj pomembno je to v današnjem času, ko pripravništvo po končanem izobraževanju ni več potrebno, saj skupaj z diplomom diplomant pridobi tudi licenco za delo. Torej se od študenta zahteva, da po končanem šolanju samostojno in suvereno z vso odgovornostjo nastopi delo diplomirane medicinske sestre (Kulaš, 2013).

Mihelič Zajec in Ramšak Pajk (2006) poudarjata, da imajo mentorji bistveno vlogo pri pridobivanju in utrjevanju praktičnih veščin ter povezovanju teorije s prakso pri študentih zdravstvene nege. Pomembno je, kako je mentorstvo v izobraževalnem procesu organizirano in voden.

Lorber in Donik (2009) menita, da mentorji sicer imajo veliko znanja pri izvajanju posegov in intervencij, vendar se pogosto srečujejo s težavo, kako posredovati to praktično znanje, saj nimajo ustreznega pedagoško-andragoškega znanja in izkušenj. Wilkes (2006 v Kulaš 2013) se z ugotovitvami se strinja in pravi, da se zaradi vse večjih zahtev mentorji želijo več izobraževati tudi na drugih področjih, želijo si večjega priznavanja in vrednotenja svojega dela s strani sodelavcev, nadrejenih in vodilnega menedžmenta.

Klinike in druge zdravstvene ustanove, ki predstavljajo učne zavode za izobraževanje zdravstvenih poklicev, postajajo preobremenjeni s stalno prisotnostjo dijakov in študentov, kar moti redno klinično delo, obenem pa se s pomanjkanjem časa mentorjev izgublja pomen praktičnega usposabljanja. Mentorji imajo namreč premalo časa, da bi študentom vedno resnično približali realni svet in pričakovanja pacientov (Kobentar, 2010). Ob tem Ahčin et al. (2009) ugotavljajo, da preobremenjenost mentorjev občutijo tudi študenti, ko pridejo na opravljanje kliničnega usposabljanja in prav hitro lahko dobijo vtis, da so tam dodatno breme.

Mentorstvo je 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, usmerja, mu svetuje in osvežuje znanje, kar po mnenju Bjelana (2010 v Kulaš 2013) krepi medsebojne odnose.

1.1 Izobraževanje

Brez kakovostnega izobraževanja ne more biti kontinuiranega in sistematičnega razvoja stroke. Morda je bil prav zato razvoj izobraževalnih programov v zdravstveni negi v preteklosti pogosto oviran. Z vstopom v Evropsko unijo je zdravstvena nega priznana kot eden izmed pomembnih reguliranih poklicev, kar je zahtevalo velike spremembe tudi na področju izobraževanja. Z vstopom v Evropsko unijo se je moral spremeniti Zakon o zdravstveni dejavnosti (2004). V 64. členu je zapisano, kdo je diplomirana medicinska sestra. To je »diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik (v nadaljevanju diplomirana medicinska sestra), ki je zaključila najmanj triletni visokošolski ali 4600 ur trajajoči študij s teoretičnim in praktičnim izobraževanjem«.

Železnik idr. (2010) opozarjajo na dejstvo, da je v izobraževanju najboljšega zdravstvenega delavca potrebno tesno sodelovanje med izobraževalnimi institucijami, tako srednjimi kot visokoškolskimi, in kliničnim okoljem.

2 Metodologija

Raziskava, je bila kvalitativne narave in je obravnavala problem zagotavljanja kakovosti kliničnega usposabljanja na ravni medosebnih odnosov med študenti in člani negovalnega tima. V raziskavo je bila vključena skupina študentov prvega letnika rednih in izrednih študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto, izvedene v prvi polovici leta 2017. Namen raziskave je bil analizirati kakovost medosebnih odnosov med udeleženci v procesu izvajanja kliničnega usposabljanja.

Opis instrumenta: Za instrument v raziskavi smo uporabili SWOT analizo za planiranje in razvoj kakovosti določenega področja in Delphi metodo katero se uporablja v procesih razreševanja problematike in odločanja za implementacijo kreativnih idej v delovne procese.

Opis vzorca: V raziskavo je bilo vključenih 50 študentov, od tega 45 žensk in 5 moških. Realizacija vzorca je bila stoodstotna.

Opis zbiranja in obdelave podatkov: Študente je med seminarskimi vajami vodil predavatelj, ki je usmerjal diskusijo in zapisoval opažanja. Planiran čas za delo s skupino je bil tri ure. Razprava je zajela analizo pristopa kliničnih mentorjev in ostalih udeležencev, njihovega nadzora, spodbujanja in prenašanja lastnega znanja na študente. Po opredelitvi zunanjih in notranjih kriterijev so študenti le-te analizirali in jih rangirali po pomembnosti. S pomočjo Delphi metode so ponovno pregledali izbrane kriterije, ki vplivajo na kakovost mentoriranja in podali zožen izbor kriterijev za izvedbo SWOT analize.

Tabela 1: Trditve in vprašanja za prepoznavanje prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in tveganja v SWOT analizi

SWOT	TRDITVE in VPRAŠANJA
PREDNOSTI	Upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja.
	Spodbujanje študentov s strani kliničnih mentorjev k pridobivanju novega znanja.
	Izvajanje nadzora nad pridobivanjem novega znanja v kliničnem okolju.
	Možnost povezovanja teoretičnega znanja s prakso.
SLABOSTI	Prepuščenost študentov lastni iznajdljivosti.
	Nezadostna seznanitev, predstavitev študenta zdravstvenemu timu.
	Premalo časa namenjenega študentom.
	Pogoste težave, stiske študentov.
PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠANJE	Kateri kriteriji bi pomagali za izboljšanje odnosa zaposlenih do študentov?
	Kateri dejavniki bi vplivali na motivacijo dela s študenti kliničnih mentorjev?
TVEGANJA; NEVARNOSTI	Kje vidite največja tveganja za nevarne dogodke pri kliničnem usposabljanju?
	Kje vidite nevarnost za nezadostno pridobivanje praktičnih veščin pri kliničnem usposabljanju?

Vir: Raziskava, 2017.

3 Rezultati

Populacijo, ki smo jo preučevali, predstavljajo študenti rednega in izrednega študija prvega letnika, vpisani na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto. V raziskavi je sodelovalo 50 študentov od tega 45 žensk (95 %) in 5 moških (5 %). Rednih študentov je bilo vključenih 30 (60 %) in izrednih 20 (40 %). Po predhodni izobrazbi so večinoma srednje medicinske sestre/zdravstveni tehnik (36 %), kozmetični tehnik (34 %), veterinarski tehnik (18 %), gimnazijski maturant (4 %) in ekonomski tehnik (8 %).

Analiza notranjih faktorjev je izvedena na osnovi opredeljenih faktorjev prednosti in slabosti kliničnega usposabljanja (Tabela 2). Osnovna in pomembna prednost vsake institucije je zadostno število zaposlenih. Učni zavodi so poleg nudenja zdravstvenih storitev pacientom vključeni v zagotavljanje in izvajanje pedagoške dejavnosti. Glede na navedene prednosti ugotavljamo, da so klinični mentorji motivirani za profesionalno in strokovno podajo lastnega znanja. Zaposleni imajo izkušnje in znanja, so prijazni in upoštevajo mnenja študentov. Kot prednost študenti navajajo kompleksnost obravnave pacientov in jo povezujejo z učenjem in pridobivanjem praktičnega znanja, ki je za njih zelo pomembno. Opozarjajo na ustrezno upoštevanje standardov pri izvajanju zdravstvene nege članov negovalnega tima. Kot največjo slabost izpostavljajo organizacijo službe na več lokacijah in slabo koordinacijo med člani zdravstvenega in negovalnega tima. Opozarjajo na primanjkljaj časa kliničnih mentorjev za mentoriranje zaradi preobremenjenosti z rednim delom, zlasti z administracijo. Izpostavljajo slab odnos ostalih članov negovalnega tima, njihovo demotiviranost in aroganco posameznikov do študentov.

Analiza zunanjih dejavnikov je narejena na osnovi SWOT analize (Tabela2). Študenti navajajo, da bi bilo smotrno vpeljati finančno nagrajevanje mentoriranja, delno razbremenitev rednega dela v času mentoriranja. Kot nevarnost za nezadostno pridobivanje praktičnih veščin pri kliničnem usposabljanju izpostavljajo preveliko število študentov in premalo število kliničnih mentorjev.

Tabela 2: Seznam faktorjev prednosti, slabosti, nevarnosti in tveganj

SWOT	DEJAVNIKI
PREDNOSTI	Zaposleni
	Učna baza
	Zahtevnost zdravstvenih stanj pacientov
	Kakovost storitev
SLABOSTI	Organizacija službe
	Osebnostne karakteristike zaposlenih
	Preobremenjenost zaposlenih
	Birokracija
PRILOŽNOSTI ZA IZBOLJŠANJE	Finančna nagrada kliničnih mentorjev
	Več kliničnih mentorjev
	Razbremenitev kliničnih mentorjev z rednim delom v času mentoriranja
	Medosebni odnosi
TVEGANJA; NEVARNOSTI	Preveliko število študentov
	Premalo število kliničnih mentorjev

Vir: Raziskava, 2017.

4 Razprava

Kadrovsko načrtovanje je pomembno za uspešno vodenje delovnih procesov znotraj zdravstvenih ustanov. Učni zavodi imajo strateško pomembno vlogo, saj vplivajo na oblikovanje mladih generacij za poklice v zdravstvu. Glede na obremenjenost kadrov, ki je prisotna v zdravstvenih ustanovah, se od mentorjev zahteva veliko spretnosti koordinacije med lastnim delom in vlogo mentorja. Za uspešno izvajanje poslanstva potrebujejo mentorji podporo celotnega zdravstvenega tima in dodatno izobraževanje s specifičnih področij (Ramšak Pajk, 2008a). Skela Savič (2001) in Kulaš (2013) navajata pomembno dejstvo, da je vloga medicinske sestre iz vloge asistencije zdravniku že zdavnaj prešla na samostojno strokovno področje, kjer je treba mlade kadre ciljno izobraževati, načrtovano usposabljanje z zgledom, da bodo lahko v prihodnosti prispevali svoj delež k razvoju stroke. Za doseganje tega cilja je treba sistem nadzornega in neposrednega mentorstva vpeljati v prakso in poleg celovite usposobljenosti mentorjev doseči zanje tudi bonitete. 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. Ramšak Pajk (2008b) navaja, da je mentor tisti, ki študente spodbuja, vodi, usmerja, motivira, krepi njihovo samopotrditve in vpliva na njihov karierni razvoj. Študenti zdravstvene nege potrebujejo pomoč pri kariernem razvoju zato, da postanejo samozavestni, da spoznavajo lastne prednosti in slabosti, da znajo prepoznati možnosti poklicnega razvoja. Mentorstvo ima pozitiven vpliv tudi na mentorje, poveča njihovo poklicno pripadnost, samozavest, zadovoljstvo z delom in vpliva na njihov karierni razvoj.

5 Zaključek

Dejstvo je, da sta študent - klinični mentor nedeljiva celota, ki potrebuje podporo s strani izobraževalnih institucij ter vodstva zdravstvenih in socialnih zavodov. Torej, iz vseh navedenih in ugotovljenih razlogov je spodbujanje kvalitetnega mentorstva prioritarna naloga vseh, ki so vključeni v sistem. K dvigu kakovosti kliničnega usposabljanja vi gotovo prispevalo tudi kadrovsko ali finančno ovrednotenje mentorstva. Cilj vseh je pridobivati izobražene in usposobljene kadre, ki bodo po zaključku šolanja samostojno delovali in se pozneje vključevali v mentorstvo naslednjih generacij študentov zdravstvene nege.

LITERATURA

1. Ahčin, L., Kastelic, M., Bizjak, A., Tavčar, M., Brešar, Z., Zupan, A. et al. (2009). Doživljanje študentov rednega in izrednega študija na klinični praksi. V B. Skela Savič, B. M. Kaučič in B. Filej (ur.), *Novi trendi v sodobni zdravstveni negi – razvijanje raziskovanja, izobraževanja in multisektorskega partnerskega sodelovanja, 2. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu* (str. 421–429). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
2. Kobentar, R. (2010). *Vloga mentorjev v procesu izobraževanja za zdravstvene poklice*. Pridobljeno 23. 03. 2014, s http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/vloga_mentorjev_v_procesu_izobrazevanja_za_zdravstvene_poklice.pdf.
3. Kulaš, F. (2013). *Zadovoljstvo kliničnih mentorjev v zdravstveni organizaciji s kliničnim usposabljanjem študentov zdravstvene nege* (Magistrska naloga). Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
4. Lorber, M., Donik, B. (2009). Učenje v kliničnem okolju, pomemben del izobraževanja v zdravstveni negi. V S. Majcen Dvoršak et al. (ur.), *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč* (str. 1–7). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
5. Mihelič Zajec, A. in Ramšak Pajk, J. (2006). *Značilnosti mentorstva v izobraževanju za zdravstveno nego in babištvo*. Obzornik zdravstvene nege, 40 (9), 9–14.
6. Ramšak Pajk, J. (2008a). Pomen mentorstva v izobraževanju in kariernem razvoju medicinskih sester. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in B. M. Kaučič (ur.), *Jaz in moja kariera* (str. 53–60). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.
7. Ramšak Pajk, J. (2008b). Mentorstvo s perspektive mentorja in študenta. V B. Skela Savič, J. Ramšak Pajk in B. M. Kaučič (ur.), *Teorija, raziskovanje in praksa – trije stebri, na katerih temelji sodobna zdravstvena nega: zbornik predavanj z recenzijo* (str. 106–113). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
8. Vande Van AH, Delbecq AL. (1974). *The effectiveness of nominal, Delphi, and interacting group decision making processes*. AMJ, 17 (4), 605–21.
9. *Zakon o zdravstveni dejavnosti*. (2004). Uradni list Republike Slovenije, št. 80/2004.
10. Železnik, D., Verbič, M., Trobec, I., in Ovijač, D. (2010). Izobraževanje za poklice v zdravstveni negi. V S. Dvoršak Majcen idr. (ur.), *Medicinske sestre in babice – znanje je naša moč* (str. 1–13). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Komunikacija v zdravstveni negi – kultura usklajenih odnosov: primer DSO Trebnje

POVZETEK – Komunikacija je medij. Je tudi ena temeljnih človekovih dejavnosti, saj s komunikacijo spoznavamo svet, samega sebe, ter tako spreminjamo stališča, navade, vrednote in vedenja. Za komunikacijo smo odgovorni vsi, ki v njej sodelujemo. Na komunikacijo vpliva veliko dejavnikov, nekaterih se zavedamo, nekaterih pa se moramo naučiti zavedati, da lahko pričakujemo dobro in učinkovito komunikacijo, ki nam bo zagotavljala tudi dobre medsebojne odnose. Za graditev dobrih medsebojnih odnosov imajo veliko vlogo naše osebne značilnosti, prepričanja, navade, vrednote, komunikacijske spretnosti, vedenje, naši predpostavljeni cilji in še kaj bi se lahko našlo, nenazadnje tudi bonton in spoštovanje drug drugega ter pozitivna naravnost. Vse te dejavnike moramo kot mentorji upoštevati tudi pri dijakih in študentih, ki prihajajo v našo ustanovo na prakso. Tako pri delu s študenti in dijaki, kot tudi pri delu s pripravniki in mlajšimi zaposlenimi, pa se odražajo tudi generacijske razlike, ki prinašajo s seboj različna stališča, vrednote, različne poglede na situacije in različno opredeljevanje smisla. Opažamo tudi pomanjkanje, oziroma drugačno razumevanje bontona.

KLJUČNE BESEDE: komunikacija, odnosi na delovnem mestu, študent

ABSTRACT – Communication is a medium. It is also one of the fundamental human activities, as communication enables us to recognise the world, ourselves, and thus change our attitudes, habits, values, and behaviours. Everyone participating in the communication process is responsible for it. Communication is influenced by many factors; we are aware of some of them, and the awareness of others needs to be learnt in order to expect good and effective communication, which would ensure good interpersonal relations. In order to build good relationships, a major role is played by our personal characteristics, beliefs, habits, values, communication skills, behaviour, our assumed goals, as well as good manners, respect for one another, and a positive attitude. As student mentors, we should consider all these factors with students coming to our institution for practice. Thus, when working with students, as well as working with trainees and younger employees, generational differences are also reflected. Generational differences bring about different attitudes, values, different views on situations, and different definitions of sense. We also notice a lack of, or a different understanding of good manners.

KEY WORDS: communication, workplace relations, student

1 Odnosi na delovnem mestu

Delovni odnosi so edinstveni medsebojni odnosi, ki se razvijejo na delovnem mestu. Kvalitetni medsebojni odnosi na delovnem mestu so ključnega pomena za produktivnost in uspešnost organizacije ter zadovoljstvo zaposlenih. Spodbujajo pripadnost delovni organizaciji in so pomemben motivacijski dejavnik za delo.

Za razvijanje in ohranjanje dobrih in učinkovitih odnosov na delovnem mestu je potrebno obvladati temeljne spretnosti komunikacije, medsebojnega poznavanja in zaupanja, medsebojnega sprejemanja in potrjevanja ter konstruktivnega reševanja konfliktov. K dobrim medsebojnim odnosom na delovnem mestu prispevajo priznavanje različnosti, vzajemnost in sodelovalnost, omogočanje osebnega izražanja, dajanje in sprejemanje konstruktivnih povratnih informacij ter odsotnost vsiljevanja, nadlegovanja in zlorabe drugega.

Za zdravstvene delavce pa je še posebno pomembno, da imamo bolj izražene nekatere lastnosti. Omeniti velja altruizem, ki po SSKJ pomeni ravnanje, nazor, pri katerem človek upošteva koristi drugih, nesebičnost, druga je asertivnost, ki pomeni varovati svoje pravice, vendar pri tem ne okrniti pravic drugih, izražati se jasno, samozavestno in odkrito, in pa seveda empatija, ki je psihološka sposobnost zaznavanja čustev druge osebe.

2 Kultura usklajenih odnosov – sprememba koncepta dela v DSO Trebnje

V DSO Trebnje se zavedamo, da za izboljšanje medsebojnih odnosov niso dovolj le občasni seminarji, saj imamo o komunikaciji in sodelovanju v timu že kar nekaj teoretičnega znanja. Imamo to srečo, da nam je bilo ponujeno in s strani vodstva omogočeno večletno kontinuirano izobraževanje, ki nas bo preko spremembe koncepta dela pripeljalo do spremembe kulture in usklajenih medsebojnih odnosov.

Program izhaja iz predpostavke, da je treba za uspešno spremembo kulture in s tem načina dela v DSO:

- usposobiti čim večje število zaposlenih o pomenu naravnosti na stanovalce,
- usposobiti vodilne v domu, da bi s sprejetjem določenih sprememb v strukturah in organizaciji dela omogočali udejanjanje naravnosti na osebo.

Glavne vsebine programa:

- razlike med usmerjenostjo na ustanovo in usmerjenostjo na osebo,
- jezik naravnosti na osebo,
- ohranjanje samostojnosti in možnosti izbire ter zasebnosti,
- empatija, konstruktivizem, samorefleksija,
- selitev v dom, začetek grajenja odnosov,
- sistemi spoznavanja stanovalcev,
- eksplicitno in implicitno načrtovanje,
- možgani, sistem navezanosti in zaupanja, motivacijski sistem, stresni sistem, zdravstvena nega in oskrba naravnana na osebo.

2.1 Razlika med izhodišči naravnanimi na osebo in kulturo naravnano na osebo

Izhodišča naravnosti na osebo so:

- ljudi ocenjujemo na podlagi njihovega videza,
- do njih se obnašamo skladno z njihovo diagnozo,
- osmišljujemo njihova življenja,
- prehranjevanje naravnano na osebo,
- vključevanje svojcev,
- pomen vlog in aktivnosti za osebo,
- pristopi zaposlenih, ki spodbujajo in gradijo odnose,
- odnosna nega (referenčna nega, primarna nega, kongruentna nega),
- podpiranje skupnosti pri žalovanju in izgubi,
- pomen in značilnosti življenjskega okolja, naravnane na osebo,
- predvidevamo, da imamo odgovore na njihova vprašanja in ustrezne procese, ki nagovarjajo njihove potrebe,
- ker stanujejo v naši ustanovi, mi za njih predvidevamo, da si želijo in potrebujejo pomoč v obliki, kot jo mi ponujamo.

Kultura naravnana na osebe predvideva, kaj si stanovalec želi; zdravstvena nega, aktivnosti in postopki izhajajo iz posameznika, ki je pred nami v tistem trenutku (poznavanje posameznikovega zdravstvenega stanja ni na prvem mestu).

Naravnost kulture na osebo je pristop, ki spoštuje edinstvenost posameznika in išče možnosti, da bi posameznik ohranil sebe. To počnemo tako, da ustvarimo okolje, ki spodbuja vrednost in edinstvenost človeka, zaupanje, spoštovanje, iskrenost, samostojnost, sodelovanje in upanje (Luther Manor, 2016).

V življenju naših stanovalcev smo gostje in ne gostitelji v naših ustanovah. Dom ni bolnišnica. Dom je dom, kamor pride stanovalec živeti.

Vsak ima svoj seznam, kaj mu je pomembno početi in imeti, ne glede na to, kje živi.

2.2 Teoretične podlage razvoja konceptov kulture, naravnane na osebo:

Našteti je nekaj pomembnih konceptov, na katerih temelji kultura, naravnana na osebo:

- Carl Rogers – Pomembnost odnosa, avtentičnosti je med utemeljitelji humanističnega pristopa v psihologiji – pristop usmerjen na klienta (osebo). Postavil se je na za tiste čase radikalno stališče, da človek v težavah sam najbolje ve, kaj ga teži, kakšne izkušnje so v njem zakopane, kam naj se usmeri in podobno. Osrednja predpostavka njegove teorije je, da se lahko psihoterapevt pri vsaki osebi nauči vzpostaviti takšen odnos, ki mu bo pomagal osebno rasti. Poudarjal je pomen tega, da je terapevt pristen, odkrit, empatičen in razumevajoč, ter da sprejme kot največjo vrednoto izkušnjo (file:///C:/Users/Mojca/Downloads/Samoaktualizacija_URN-NBN-SI-DOC-KVLHXZDJ.pdf.).
- Primary nursing – Organizacija zdravstvene nege, ki omogoča odnos, je koncept primarne zdravstvene nege, ki ga je razvila Marie Manthey, vodja zdravstvene nege v bolnišnici v Minnesoti (ZDA). Ugotovila je, da so se zaradi premajhnega števila negovalcev izgubljale informacije. Njen koncept je preprost: vsakemu negovalcu so dodelili referenčnega negovalca, ki v prvi vrsti skrbi za tega pacienta, oziroma za skupino pacientov.

Delo referenčnih negovalcev temelji na naslednjih elementih:

- odgovornost za oblikovanje odnosa s stanovalcem in odločanje,
- razporejanje lastnega dela in zadolžitvev,
- komunikacija z ostalimi sodelavci in svojci, ki se vključujejo v življenje skupine,
- vodenje.

Referenčna oseba razvije in izvaja individualiziran načrt zdravstvene nege in oskrbe ter odloča za posameznega stanovalca na podlagi njunega odnosa (Firis&Imperl, 2016).

- Hospic – Human in sočuten odnos do umiranja je dr. Elisabeth Kübler – Ross je prinesla konec 60. let iz Anglije v Ameriko filozofijo Hospica – human in sočuten odnos do umiranja. Svoje življenje je posvetila boju proti brezsrčnemu odnosu do bolnikov, še posebej do umirajočih, ki se jih je zdravstveno osebje izogibalo, saj so simbolizirali njihov »poraz« in nemoč. Bolnike je potrebno obravnavati kot ljudi in ne kot stroje.

Kübler – Rossova navaja: »Sodobna medicina se je razvila v nekakšnega preroka, ki obljublja življenje brez bolečin. Kakšen nesmisel! Edino, kar po mojem mnenju zares ozdravi ljudi, je brezpogojna ljubezen.« (Firis&Imperl, 2016).

- Thomas Kitwood – »Na prvem mestu je oseba, na drugem diagnoza«. Socialni psiholog in gerontolog Thomas Kitwood je bil pionir na področju zdravstvene nege oseb z demenco. S svojimi inovativnimi raziskovalnimi projekti in programi je izzval negovalce, naj preverijo

svoja stališča in negovalno prakso – najprej je potrebno videti osebo, potem njegovo diagnozo. Negovalci zelo vplivajo na kakovost življenja in dobro počutje ljudi, za katere skrbijo.

Veliko se je ukvarjal z osebami z demenco: želel jih je (kolikor je to mogoče) razumeti, kako doživljajo zdravstveno nego in oskrbo z njihovega vidika.

Zagovarjal je, da ljudje demence ne izkusijo le skozi medicinski vidik kot stopnjo nevrološke okvare in fizičnega zdravja, ampak tudi iz socialnih in psiholoških faktorjev, kot je njihova biografija in vsakodnevna interakcija z ostalimi. Poudarja pomembnost, da osebo z demenco postavimo nad njegovo bolezen. Trdi, da osebe z demenco ne izgubijo sposobnosti »biti človek«, ki jo lahko ohranjajo skozi odnos z ostalimi ljudmi (Firis&Imperl, 2016).

EDEN alternative – projekt Green house – kakor bo vodstvo ravnalo z zaposlenimi, tako bodo zaposleni ravnali s stanovalci.

William H. Thomas, se je 1990 kot zdravnik zaposlil v manjšem domu za starejše v New Yorku. Pri svojem delu je opazil, da v domu dobro skrbijo za zdravje ljudi, pozabljajo pa na tri nadloge, ki so v domovih stalnica: dolgčas, osamljenost in nemoč.

Zavedal se je, da je v domovih potrebno spremeniti kulturo, kar pa je možno le, če se vodstvo obveže, da bo poskrbelo za dobro počutje negovalcev. Disciplina, hierarhija in stroga pravila so težko breme za zaposlene. Eden alternativa uči, kako zgraditi organizacijo, ki dobro skrbi tako za stanovalce, kot za zaposlene. Zlato pravilo je: »Kakor bo vodstvo ravnalo z zaposlenimi, tako bodo zaposleni ravnali s stanovalci.« Organizacija se mora naučiti imeti rada svoje zaposlene, jih spoštovati, jim dati dostojanstvo, toleranco, ker le tako bodo zaposleni enako dajali stanovalcem.

S projektom Green house (Zelena hiša) želijo širiti skupnosti, ki temeljijo na odnosih. Skupaj živi največ 10 ljudi. Zaposleni so zavezani k skupnemu odločanju med sabo in s stanovalci. Zdravstvena nega je osnovana na poznavanju, empatiji in kot odgovor na potrebe starostnika. Stanovalci imajo stalne kontakte z otroci, živalmi in rastlinami. EDEN alternativa se je začela kot poskus izboljšanja življenja stanovalcev in zaposlenih v enem konkretnem domu, preraslo pa je v svetovno gibanje – v ZDA, Avstralijo, Novo Zelandijo, Evropo (Anglija, Irska, Danska) in Azijo (Firis&Imperl, 2016).

- Psihobiografski model zdravstvene nege (Ervin Böhm) – Pomembnost biografije
Böhm je eden od najpomembnejših sodobnih raziskovalcev na področju psihogeriatricne nege. Psihobiografski model zdravstvene nege je razvil na podlagi izkušenj 40 letnega aktivnega dela z osebami z demenco na psihiatriji.

Idejo je dobil, ko je opazoval bolnika na psihiatriji, ki je bil 35 let kot duševni bolnik na zaprtem oddelku – bil je neodziven. Negovalci so starejšega gospoda »negovali do konca«. Človek se je moral prilagoditi ustanovi, kjer so vzgojili človeka, ki je moral priti na terapijo, da je zadovoljil terapevtko, ki tam dela, ne glede na to, ali je to del njegovih želja, potreb ali biografije.

Spraševal se je, ali je to kakovostna zdravstvena nega in zavzel stališče, da ni. Odpeljal je bolnika domov v njegovo stanovanje. Tam je šel gospod do svoje violine in po 35 letih začel igrati. Na psihiatriji pa so mu vsa ta leta ponujali najrazličnejše aktivnosti v smislu delovne terapije, ki njemu niso nič pomenile.

Ta izkušnja je bila za dr. Böhma zelo pomembna – negovati človeka, pomeni popolnoma nekaj drugega od tega, kar dejansko v resnici s stanovalci delamo. Na podlagi te izkušnje je

začel oblikovati drugačen model nege, v katerega je vnesel besedo biografija. Rdeča nit njegovega modela je biografija stanovalcev, da z njo nagovarjamo čustva stanovalcev (Firis&Imperl, 2016).

- Kongruentna odnosna zdravstvena nega (Rüdiger Bauer) – Odnosi zdravijo – z odnosom je možno upočasniti potek demence
Kongruenca pomeni usklajenost delovanja; pri posamezniku usklajenost med čustvi, mišljenjem in ravnanjem, usklajenost v odnosu med dvema osebama.
Zdravstveno nego načrtujemo na podlagi:
 - o odnosa negovalec – stanovalec (pomagamo si z biografijo),
 - o kongruence – usklajenosti med negovalcem in stanovalcem (kongruenten odnos zahteva, da dve osebi skupaj rasteta, se dobro spoznata, šele nato spoznamo čustva in vidike drugega. Potreben je čas in empatija.

Kongruentna odnosna zdravstvena nega poskuša razložiti vedenjske reakcije stanovalcev na podlagi biografije. Uči nas, da osebo razumemo na podlagi tega, kako je ta oseba razvila vzorce delovanja in oblikovanja odnosov. Na osebo gledamo celostno. Odgovornosti zaposlenih morajo iz opravil preiti k odnosom.

»Naučila sem se, da ljudje pozabijo, kaj jim poveš, pozabijo, kaj narediš, ampak nikoli ne pozabijo, kako so se ob tebi počutili« (Maya Angelou, v Firis&Imperl, 2016).

3 Zgodba študenta, vpisanega v prvi letnik rednega študija zdravstvene nege

Recimo mu Janez. Janez izhaja iz povprečne družine štirih otrok, urejenih družinskih razmer. Starša sta oba zaposlena, eden od njiju v socialnem varstvu. V osnovni šoli je bil dober učenec in se vpisal v srednjo šolo naravoslovne smeri, ki jo je tudi uspešno opravil. Učnih ali kakršnihkoli težav ni imel. Ves čas pa je v njemu tlela želja pomagati ljudem, ki so pomoči potrebni. Njegova največja želja je bila postati reševalec. Pregledal je nešteto videov in se že videl v reševalnih akcijah in adrenalinskih vožnjah. Seveda ni razmišljal o tem, kako bi se lotil stvari, na kaj bi vse lahko naletel, ker seveda ni imel nobenih izkušenj, saj bodo še drugi zraven. Vpisal se je na zdravstveno fakulteto. Opravil je že 5 izpitov prvega letnika in obvezne seminarje, vse z lepimi ocenami. Opravil je tudi tečaj propedeutike, ki je obvezna za študente, ki nimajo srednješolske izobrazbe zdravstvene smeri in kabinetne vaje. S tem predznanjem je bil Janez napoten na obvezno klinično usposabljanje v dom starejših občanov.

Klinično prakso je začel en teden za svojimi sošolci, ki so bili razporejeni v isti zavod. Na začetku je bil razporejen v sobo, kjer sta že bili njegovi sošolki (en teden) in poslali so ga postlat posteljo. Počutil se je izgubljenega in neobglenega. Videl je kako so drugi postiljali postelje, videl je, da so hiteli, sam pa se je lotil na edini način, ki ga je znal, počasi in po šolsko. Ni mu šlo najbolje, počutil se je popolnoma nesposobnega. Naslednja naloga, ki jo je dobil, je bilo hranjenje nepomične stanovalke. Bil je popolnoma v šoku, saj se je s tem prvič srečal in si ni predstavljal, kako to v resnici izgleda, saj je na lutki v kabinetu to čisto drugače. To opravilo se mu je zdelo zelo težko, za nameček je gospa še zakašljala in naš Janez se je tresel od strahu, da se bo zadušila.

Janez je nežen, čuteč in prijazen človek, želi si ljudem pomagati in jim nuditi pomoč, ki jo potrebujejo. Po prvem dnevu klinične prakse je odšel domov v šoku. Ne samo, da se je sam sebi zdel popolnoma nesposoben in neuporaben, predvsem so se mu smilili ljudje. Dobil je občutek, da se vse prehitro dogaja, da bi si stanovalci želeli več prijazne komunikacije z osebjem, ki pa

ima premalo časa. Opazil je tudi, da se preveč hiti, da včasih transferji izgledajo grobi, ljudje pa so slabotni in bolni ...

Le ene gospe – stanovalke se spomni, da je bila do njega prijazna, da se je lahko z njo pogovarjal.

Janez je bil v hudi stiski. Njegovi domači se spominjajo, kako je prišel domov ves bled in zbehan. Naslednji dan ni prišel na klinično prakso. V njemu so se bili hudi boji. Želel si je študirat, ni pa si več upal na klinično prakso v dom starejših, še posebno, ker je vedel, da to ne bo samo nekaj dni, ampak cel mesec. Ni mogel. V šolo je šel pisat še en izpit, potem pa je tudi šolo opustil.

Ko sedaj razmišlja za nazaj, ne obžaluje svoje odločitve, ugiba pa in bi si tega želel, da bi opravljal na začetku študija kratke prakse na različnih področjih, da bi dobil boljši uvid v to, kaj sploh študira.

Janez je bil premalo seznanjen, premalo voden in preveč senzibilen in to ga je zlomilo in mu prekrižalo pot, da bi dosegel želeno. Opustil je študij in šel delat v avtopralnico, kjer je že prej občasno delal. To mu je pomagalo prebroditi najhujši čas notranjih nasprotij. Kako bo naprej, še ne ve, še vedno pa se mu zasvetijo oči, ko teče pogovor o delu v zdravstvu.

LITERATURA

1. file:///C:/Users/Mojca/Downloads/Samoaktualizacija_URN-NBN-SI-DOC-KVLHXZDJ.pdf. Pridobljeno 31. 10. 2017.
2. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi, zbornik prispevkov: 6. dnevi Marije Tomšič, Dolenjske Toplice, 23. januar 2014.* Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto.
3. Rungapadiachi, Drev. M. (2003). *Medosebna komunikacija v zdravstvu.* Ljubljana: Educy.
4. *Kultura usklajenih odnosov (2016).* Študijsko gradivo Firis&Imperl.
5. <https://luthermanor.org/>. Pridobljeno 01. 11. 2017.
6. https://sl.wikipedia.org/wiki/Delovni_odnosi. Pridobljeno 31. 10. 2017.
7. http://www.enpp-boehm.de/en/erwin_boehm.htm. Pridobljeno 01. 11. 2017.
8. https://en.wikipedia.org/wiki/Marie_Manthey. Pridobljeno 01. 11. 2017.

Komunikacija med zaposlenimi in študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem: primer SB Novo mesto

POVZETEK – Komunikacija igra v življenju vsakega človeka pomembno vlogo. Nepogrešljiva je za njegov obstoj, z njeno pomočjo posameznik razvija svojo osebnost, miselne procese, se uči, povezuje z okoljem in oblikuje svoje vrednote. V komunikacijo smo vključeni vsi, poteka od rojstva do smrti in je pogoj za preživetje. Posebej je komunikacija pomembna v procesu učenja. Učimo se nenehno in povsod, spontano in organizirano, formalno in neformalno. Za organizirano učenje uporabljamo različne metode in oblike, ki so odvisne od ciljev, ki jih z učenjem želimo doseči, od strukture, okolja in tudi od starosti udeležencev izobraževalnega procesa. V bolnišnici so to v prvi vrsti zaposleni in pacienti, ker je bolnišnica učna baza za različne poklice, pa v procese izobraževanja vstopajo tudi dijaki in študenti. V procesu učenja v kliničnem okolju študenti spoznavajo in pridobivajo spretnosti in veščine za izvajanje zdravstvene nege, kar jim omogoča, da znajo prenašati teoretično znanje v klinično prakso. Največ učenja poteka ob opravljanju številnih aktivnosti pri pacientih in v komunikaciji z zaposlenimi. Klinični mentorji morajo metode poučevanja prilagoditi študentovim potrebam in izkušnjam. Izkušnje iz kliničnega okolja, komunikacija z mentorji in ostalimi zaposlenimi ter organizacijska klima v učni bazi vplivajo na študentov profesionalni, karierni in osebnostni razvoj ter na oblikovanje njegove poklicne samopodobe. V prispevku bodo uvodoma predstavljena teoretična izhodišča različnih avtorjev o komunikaciji, razloženi osnovni elementi komunikacije, načini komuniciranja z različnimi udeleženci, vrste in pomen. Posebej bo poudarjen pomen prvega vtisa in usklajenosti besedne in nebesedne komunikacije, ki zdravstvenim delavcem pri sogovornikih, tudi pri študentih, zagotavlja kredibilnost in ustvari njihovo zaupanje. Prikazan bo pomen dobre komunikacije med vsemi sodelujočimi v procesu zdravljenja pacientov, pa tudi pomanjkljivosti, ki na te procese negativno vplivajo in jih upočasnijo ali celo onemogočijo. V Splošni bolnišnici Novo mesto kakovostno komunikacijo med študenti in zaposlenimi onemogočajo številni moteči dejavniki, ki predstavljajo izziv pri organizaciji kliničnega usposabljanja v prihodnosti.

KLJUČNE BESEDE: zdravstvena nega, komunikacija, klinično usposabljanje

ABSTRACT – Communication plays an important role in the life of every person. It is indispensable for the person's existence; with its help, the individual develops their personality, mental processes, learns, connects with the environment, and shapes their values. Everyone is involved in communication, from birth to death, and it is a condition for survival. Communication is particularly important in the learning process. We learn constantly and everywhere, spontaneously and organised, formal and informal. For the organised learning, we use different methods and forms that depend on the goals we want to achieve by learning, from the structure, the environment, as well as from the age of participants in the educational process. In the hospital, this is primarily the case of employees and patients; since the hospital is a learning base for different professions, students also enter into the educational process. In the process of learning in the clinical environment, students learn about and acquire skills and competences for implementing nursing care, which enables them the ability to transfer theoretical knowledge into the clinical practice. Most of the learning is done by performing many activities with patients, and in communicating with employees. Clinical mentors must adapt their teaching methods to students' needs and experiences. Experiences from the clinical environment, communication with mentors and other employees, and the organisational

climate in the learning environment influence students' professional, career and personal development, as well as formation of their professional self-image. In the article we will present theoretical starting points of various authors on communication, and explain the basic elements of communication, the ways of communicating with different participants, the types, and significance. The importance of the first impression and the coherence of verbal and non-verbal communication will be especially emphasised, providing healthcare professionals with credibility and creating their trust in relations to their interlocutors, including students. The importance of good communication among all participants in the process of patient care will be demonstrated, as well as deficiencies that adversely affect these processes and slow down or even disable them. In the Novo mesto General Hospital, good communication between students and employees is affected by many disruptive factors that challenge the organisation of clinical training in the future.

KEY WORDS: nursing care, communication, clinical training

1 Uvod

S tem, ko komunicira, človek skozi vse svoje življenje uravnava in vzdržuje socialne odnose in svoje notranje ravnotežje. Pri praktičnem usposabljanju je komunikacija osrednjega pomena, saj se z njo srečujemo vsak dan (Govekar Okoliš in Kranjčec, 2010, str. 31, v Ploj, 2013, str. 19). Komunikacija je temeljna človekova dejavnost, ki omogoča sporazumevanje in povezovanje z drugimi. O njej posebej ne razmišljamo, za večino je nekaj samoumevnega in jo prištevajo med naravne talente, pa vendar se je da tudi naučiti. Ker imajo različne oblike komuniciranja v vsakodnevem življenju in seveda tudi v delovnem okolju veliko vlogo in pomen, je nujno, da se mentor usposobi za posredovanje teh veščin. Med komunikacijskimi spretnostmi je potrebno posebej izpostaviti sposobnost poslušanja. To pomeni, da smo usmerjeni na sogovornika in na njegov problem, pri tem mu jasno sporočamo, da smo ga razumeli, da sprejemamo njegovo težavo in smo skupaj z njim pripravljene poiskati rešitev (Wlatvsky et al., 2007, str. 27, v Ploj, 2013, str. 19).

Dobra komunikacija med mentorjem in študentom mora biti jasna, razumljiva, sprotna, neposredna, študentu mora dopuščati izražanje njegovih mnenj in želja. K dobri komunikaciji med mentorjem in študentom prištevamo tudi povratne informacije, ki so za študenta zelo pomembne. Biti morajo konkretne in specifične ter osredotočene na neko dejanje, dogajanje ali vedenje. Povratno informacijo mora mentor izreči osebno, kot stališče in ne kot komentar. Pomembno je, da jo mentor študentu posreduje takoj, sproti, kadar jo študent potrebuje, saj to prispeva k njegovi strokovni rasti. Biti mora razumljiva, da jo študent razume, kar lahko mentor preveri, če študenta dobro posluša (Govekar Okoliš et al., 2010, str. 13, v Ploj, 2013, str. 19).

Poslušanje sogovornika je pomemben element pri komuniciranju, vendar je treba temu dodati še druge spretnosti, kot je razumevanje čustev in govornice telesa. Tako je mogoče, da različni ljudje isto sporočilo različno interpretirajo. Nekateri avtorji imenujejo prepoznavanje čustev in razpoloženja sogovornika empatično komuniciranje (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248).

Komuniciranje se tako močno prepleta z odnosi med ljudmi, da v komunikacijski situaciji ni mogoče razlikovati komuniciranja od odnosov, zato ločuje vsebinsko in odnosno raven komuniciranja. V delovnih organizacijah se velikokrat tako zaposleni kot vodje ne zavedajo odnosne ravni komunikacije, ker je izjemno zahtevna in kompleksna. Medsebojne odnose ustvarjajo vsi udeleženci in vsak posameznik je osebno odgovoren za kakovost odnosa (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248).

Dobra komunikacija je temelj uspešnega sodelovanja med mentorjem in mentoriranim (študentom). Kompleksnosti komunikacije se morata zavedati oba, saj le tako lahko upravičeno pričakujeta delovni oz. študijski napredek in medsebojno spoštovanje (Babuder, 2016, str. 333).

2 Komunikacija

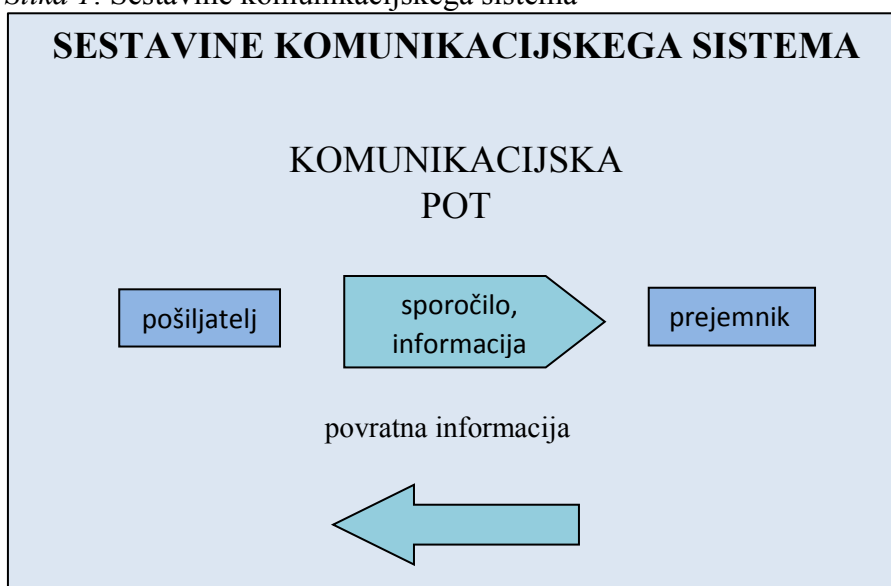
Komunikacija je proces, ki se začne z rojstvom, čeprav nekateri strokovnjaki trdijo, da poteka že intrauterino in traja do smrti. V komunikacijo smo vključeni vsi, dogaja se vedno in povsod. Lahko celo trdimo, da je komuniciranje, torej oddajanje in sprejemanje sporočil, pogoj za preživetje (Hoyer, 2005, str. 2).

Komuniciranje posega v odnose med ljudmi, ki so vpleteni vanj, v njihovo naravnost, interese vloge, pravila obnašanja (Možina, Tavčar in Kneževič, 1998).

Najbolj pogost komunikacijski sistem sestavljajo štiri sestavine:

- pošiljatelj je oseba, ki sporočila snuje in oddaja ter pri tem upošteva temeljna pravila uspešnega komuniciranja;
- prejemnik je oseba, ki ji je sporočilo namenjeno in ki sporočilo sprejme;
- sporočilo vsebuje dejstvo, mnenje, željo, skratka informacije, ki jih želi pošiljatelj prenesti sprejemniku. Sporočilo mora biti razumljivo, jedrnato, brez nepotrebnih fraz in odvečnih besed;
- komunikacijska pot je kanal, po katerem potuje sporočilo od pošiljatelja k prejemniku. Komunikacijski kanal so lahko neposredni stiki med pošiljateljem in prejemnikom, lahko so pisma ali razni tehnični posredniki. Zmogljivost vsakega komunikacijskega kanala je omejena z največjo možno količino informacij, ki jo je še mogoče prenesti po komunikacijskem kanalu v določeni časovni enoti (Možina idr., 1998). Za komunikacijo je bistvena interakcija preko povratne zveze. Torej je pomembno, da sprejemnik sporočilo sprejme, ga interpretira, pojasni in odgovori oddajniku, mu da povratno informacijo in ta nanjo reagira (Hoyer, 2005).

Slika 1: Sestavine komunikacijskega sistema



Vir: Možina, S. idr. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.

V praksi na proces komunikacije vplivajo številni »moteči« dejavniki, ki lahko vplivajo na njen potek in jo korenito, tudi negativno spremenijo: telefonski klic, klic pacienta ali sodelavca, sporočilo, ki ga posredujemo, je predolgo, ni natančno, prejemnik ni pozoren na vsebino sporočila ...

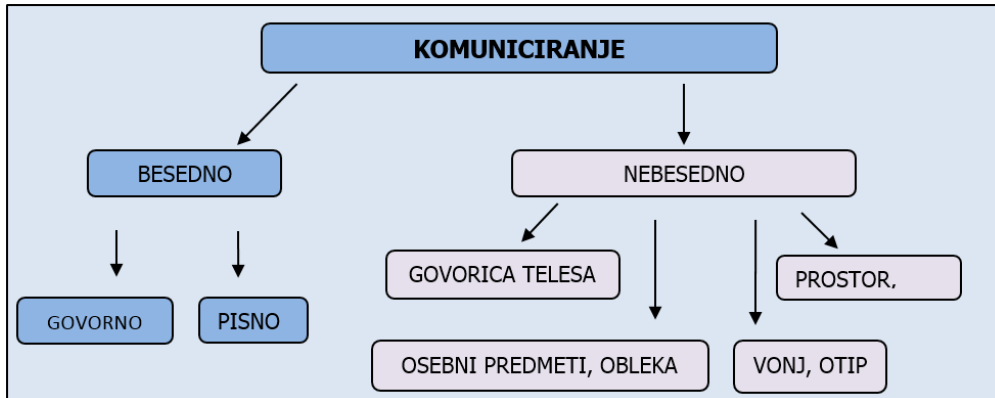
Komunikacija ni le govorjenje enega in poslušanje drugega, to je kompleksen proces, kar dokazuje že samo dimenzioniranje komunikacije: verbalna/neverbalna, ustna/pisna, formalna/neformalna, namerna/nenamerna ...

Besedna (verbalna) komunikacija je najpogostejši in najbolj celovit način sporazumevanja med ljudmi. Tu je glavni kanal slušni, besede pa lahko tudi napišemo. Z besedo izražamo lastne misli, čustva, dejstva (Hoyer, 2005). Verbalna komunikacija se nanaša na simbole, ki imajo za vse udeležence v procesu komunikacije univerzalni pomen. Skupni simbolni verbalni sistem v določeni skupnosti ljudi imenujemo jezik. Jezik je najpomembnejši človekov komunikacijski sistem, pri katerem uporabljamo govor, pisano besedo in besedne zveze. Udejanja se preko štirih komunikacijskih dejavnosti: poslušanja, govorjenja, branja in pisanja. Med vsakim pogovorom se ustvari medčloveški odnos, ki je še posebej pomemben med zdravstvenim delavcem in pacientom. Izrečene besede lahko pri pacientih vzbudijo pozitivne, negativne ali nevtralne predstave, čustvene povezave in pomene. Uporabljamo jasne in natančne besede, zgradba povedanega naj bo logična in učinkovita. Pomembno je, da se s pacienti pogovarjamo, ne pa da jim delimo lističe z raznimi navodili. Kot posebna spretnost je zelo pomembno poslušanje. Pacienti in tudi drugi sogovorniki si ne želijo, da jim govorimo, temveč da se pogovarjamo, torej da tudi slišimo, kaj nam sporočajo (Hoyer, 2005).

Poleg verbalne je zelo pomembna tudi neverbalna (nebesedna) komunikacija, to je komunikacija brez govorjene besede. Neverbalna komunikacija je bolj povezana z občutki in čustvi. Kadar želimo določeno informacijo prikriti ali potvoriti, nas izdajo znaki neverbalne komunikacije. Neverbalna komunikacija tudi bolj odkrito izraža odnose med ljudmi, simpatije ter je velikokrat v nasprotju s tem, kar govorimo. Na področju neverbalne komunikacije sta pomembna kanala vid in sluh, posebno v zdravstvu pa je zelo pomemben tudi dotik (Hoyer, 2005). Nebesedno komuniciranje obsega vsa nebesedna sporočila, namenjena kateremukoli človekovemu čutilu. Komuniciramo pravzaprav s celim telesom, npr. z gestami, z mimiko, z izrazom na obrazu, držo telesa. Neverbalna sporočila dopolnjujejo verbalna. V nekaterih primerih lahko neverbalna komunikacija celo popolnoma nadomesti verbalno komunikacijo. Ko je neverbalno sporočilo v nasprotju z verbalnim, ljudje verjamejo neverbalnemu.

Preučevanje medsebojne dinamike in vsebine odnosov se ukvarja predvsem z vprašanji, v kakšnem medsebojnem odnosu sta oddajnik in sprejemnik glede na vsebino njunega komuniciranja. Če se tisto, kar govorimo in tisto, kar sporočamo z neverbalnim vedenjem, med seboj ujema, če izgovorjena vsebina potrjuje naš odnos do nje in do prejemnika sporočila, komuniciramo kongruentno, usklajeno oziroma iskreno. Če pa se govorjeno in negovorjeno ne ujema, če z odnosom do vsebine in do tistega, s čimer komuniciramo, razvrednotimo in zanikamo izgovorjeno vsebino, komuniciramo inkongruentno, neusklajeno, neiskreno (Florjančič in Ferjan, 2000).

Slika 2: Načini komuniciranja



Vir: Možina, S. idr. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.

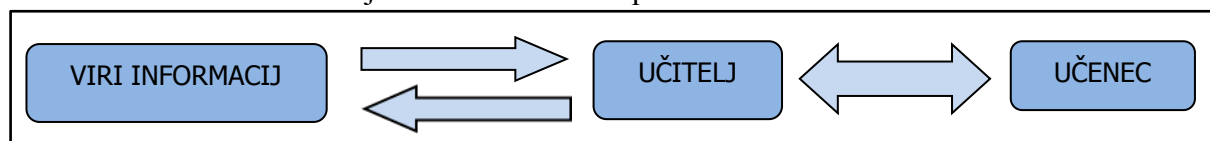
Komuniciranje omogoča prenos družbene dediščine in spoznavanje ter spremljanje dogajanj v okolju, kar predstavlja elemente izobraževanja.

Temeljni dejavniki izobraževalnega procesa z vidika komuniciranja so:

- izobraževalec, ki se na podlagi določene vsebine izobraževanja, ob sistematičnem poučevanju učitelja ali s samostojnim učenjem, izobražuje,
- učitelj je strokovni delavec, ki organizira, usmerja in izvaja izobraževalni proces,
- vsebina izobraževanja opredeljuje izobraževalne cilje in učne vsebine, ki jih moramo v izobraževalnem procesu uresničiti (Jereb, 1989, v Florjančič in Ferjan, 2000).

Z vidika komuniciranja je za izobraževalne procese značilna večkratna povezava med učiteljem in učencem. Glavni komunikacijski tok poteka od učitelja k učencu, učenec pa učitelju oddaja različne povratne informacije (informacije o predznanju, o iskanju znanja, o razumevanju, o dodatnem iskanju znanja). Med procesom izobraževanja imajo pomembno vlogo tudi viri informacij o procesih in stanjih, o katerih želimo informirati udeležence izobraževanja, pa tudi o dejavnostih in procedurah, ki jih bo po končanem izobraževanju usvojil učenec (Florjančič in Ferjan, 2000).

Slika 3: Shema komuniciranja v izobraževalnem procesu



Vir: Florjančič, J. in Ferjan, M. (2000). *Management poslovnega komuniciranja*. Kranj: Moderna obzorja.

Po naravi izobraževalnega procesa naj bi bil učitelj bolj aktiven od udeležencev, udeleženci izobraževanja pa so bolj ali manj aktivni. Njihovo večjo aktivnost lahko dosežemo z ustrežno izbiro metode izobraževanja (Florjančič in Ferjan, 2000).

3 Komunikacija v zdravstveni negi

Komunikacija je za zdravstveno nego izrednega pomena, saj ne zajema samo enosmerne komunikacije (dajanje in sprejemanje navodil), pač pa tudi sposobnost kritične presoje in ustreznega odločanja takrat, ko so zaposleni v podrejenem položaju, in tudi takrat, ko so v nadrejenem položaju (Vrhovec, 2012, str. 17).

Komunikacija je pomembna komponenta dela v zdravstveni negi. Procesi komuniciranja predstavljajo eno izmed osnovnih in ob strokovnih hkrati najpomembnejših dejavnosti na področju zdravstvene nege, saj omogočajo obstoj in razvoj stroke ter sobivanje zdravstvenih delavcev z ljudmi, s katerimi stopajo v immanentne odnose (Vrhovec, 2012, str. 18).

Komuniciranje v zdravstvu delimo na različne ravni: na komuniciranje med posamezniki, med skupinami ali sistemi (Vrhovec, 2012, str. 24).

V zdravstveni negi komunikacija poteka v različnih situacijah: med zaposlenimi, s pacienti, njihovimi bližnjimi, z dijaki in študenti, s sodelavci in širšim zdravstvenim timom. Za medicinsko sestro to ni lahka naloga, saj večina v procesu rednega izobraževanja ni imela možnosti osvojiti teh znanj. Njena komunikacija s sodelavci je sestavni del njenega poklicnega delovanja, ki daje smer in vsebino njenemu delu in ji zagotavlja samopotrjevanje v poklicu (Škerbinek, 1992, str. 32, v Vrhovec, 2012, str. 25).

Za medicinsko sestro je komunikacija proces, s katerim osnuje odnos do sočloveka in s tem izpostavlja svoje poklicno poslanstvo, preko komunikacije pa posreduje informacije in s tem pomaga izražati občutke tudi sodelavcu. Medicinska sestra, ki pozna in upošteva vse značilnosti komunikacije, lahko vzpostavi dobre odnose med sodelavci v timu (Vrhovec, 2012, str. 25).

4 Komunikacija med mentorjem in študentom na kliničnem usposabljanju

V središču mentorskega procesa je profesionalni odnos med dvema udeležencema. Izkušnja podpore v tem procesu je lahko zelo pozitivna in omogoča razvoj samozaupanja ter spodbuja rast osebnih in profesionalnih sposobnosti tako mentorja kot mentoriranca. Po drugi strani pa lahko manj učinkovit mentorski program ovira in spodbuja odvisnost ter zmanjšuje samozavest in samostojnost mentoriranca (Žavski, 2015, str. 23).

Mentorski odnos je partnerstvo, ki preko sodelovanja in odprtega dialoga vodi v profesionalen in osebni razvoj študenta in mentorja. Bistvo omenjenega odnosa je v razvijanju in spodbujanju študenta k spoznavanju vloge in podobe medicinske sestre. Uspešen mentorski odnos je tisti, v katerem postaja študent samozavesten in samostojen in kjer se mentor iz avtoritativnega vodje prelevi v prijatelja in svetovalca (Ramšak Pajk, 2009, v Ploj, 2013, str. 19).

Odnos študent – mentor je načrtovan, pričakovan in vzpostavljen z namenom pomagati študentu pri pridobivanju znanj in veščin, pri razvijanju kompetentnega in odgovornega odnosa ter pri usmerjanju k bodočemu profesionalnemu delovanju. Vendar pa vsi mentorski odnosi niso pozitivni. Določeni posamezniki na odnosni ravni komunikacije od sodelavcev pričakujejo veliko več, kot so jim le-ti zmožni dati (Lorber in Skela Savič, 2011, str. 248).

Komunikacija ima vedno dva nivoja: vsebinski (to kar povemo) in odnosni (kako to povemo). Težave v komunikaciji so običajno na odnosnem nivoju (»ni me razjezilo to, kar je povedal, ampak, kako mi je to rekel«) (Žavski, 2015, str. 23).

Dobri mentorji podajo jasne in konstruktivne informacije, pri katerih študent natančno ve, kaj mu želi mentor sporočiti. Pomemben je tudi mentorjev govor, in sicer mora biti razumljiv, preprost in miren, kajti le tako bo dosegel mentoriranca. Mentor in študent pa ne sporočata jasno samo svojih zahtev, želja in načrtov, ampak tudi svoja čustva. Prikrivanje ali zanikanje čustev v komunikaciji z drugim ni nikoli dobro in učinkovito. Prikrivanje čustev ni isto kot njihovo obvladovanje. Če se kaže eno, čuti pa drugo, je to najboljša pot do pregorevanja in čustvenih izpadov.

Zaradi zgoraj naštetih razlogov mora mentor skrbeti, da bo njegova:

- razlaga jasna, razumljiva in zanimiva, ne pa suhoparna in monotona,
- pri razlagi mora upoštevati nastanek in razvoj pozornosti, njeno spreminjanje, nihanje. Med razlago potrebni kratki odmori, predahi, humor ipd.,
- njegova razlaga ne sme biti samo predavanje na visoki strokovni ravni, temveč mora razlagi slediti tudi prikaz povedanega v praksi,
- študente mora vključevati v diskusijo (vpraša jih po njihovem mnenju, izkušnjah).

Pomembna je tudi mentorjeva objektivnost in pravičnost do študentov. Zaradi zaznane nepravilnosti med študenti lahko pade motivacija za delo, zmanjša se zaupanje in spoštovanje do mentorja (Rečnik 2004, str. 27, v Žavski, 2015, str. 23).

Tabela 1: Najboljša kombinacija vrst mentorjev glede na način komuniciranja

<i>VRSTE MENTORJEV</i>	<i>ZNAČILNOSTI MENTORJEV</i>
<i>Dorečeni mentor</i>	Je konkreten, svoje domneve preveri, z njim je lažje sodelovati.
<i>Jaz – mentor</i>	Vodi do pravega osebnega stika s študenti.
<i>Razumljiv mentor</i>	Je razumljiv, preprost, zanimiv, kajti le tako bo dosegel poslušalca – študenta.
<i>Objektivni mentor</i>	Daje pomen objektivnosti in pravičnosti do študentov in se zaveda, da ni popoln in da ni vseved.
<i>Jasni mentor</i>	Mora imeti razvite in oblikovane jasne cilje in namene, le tako ga bodo študenti jemali resno.
<i>Posredni mentor</i>	Mora dopuščati, da študenti izrazijo svoja čustva.

Vir: Ploj, K. (2013). Medicinska sestra – mentorica študentom na kliničnih vajah. Diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, str. 21.

Da se na kliničnem usposabljanju lahko razvije in izoblikuje odnos mentor – študent, je pomembna stalna prisotnost mentorja ob študentu. Na ta način se vzpostavijo vloge, pravila in meje. Mentor pomaga študentu pri vključevanju v delovno okolje, spodbuja študenta k samostojnemu delu in mu nudi pomoč pri reševanju problemov, konfliktov, po drugi strani pa ga vključuje v delovni proces ustanove in v sodelovanje z delovnim timom (Skočir et al., 2007, str. 27, v Ploj, 2013, str. 20). Zaradi narave njegovega dela je mentor s strani študenta neprestano opazovan in ocenjevan. Zavedati se mora, da študentu ne stori nič takega, za kar ne želi, da bi kdo storil njemu. Gre za etično pravilo, ki je smiselno in uporabno pri vzpostavljanju odnosov z vsemi, ki sodelujejo v procesu kliničnega usposabljanja.

Osebnostne poteze mentorja, njegove navade in razvade so tisto, po čemer si študenti mentorja zapomnijo. V tem odnosu je mentor mentorirancu tudi vzor (Zachary, 2012, v Žavski, 2015, str. 22)

Ustvarjanje dobrih odnosov tvori pomemben in neizogiben del mentorskega procesa. Vzdrževanje odnosov med študentom in mentorjem vsebuje pogovorne rituale in pripovedi, pa tudi odkritost, zaupanje in odpuščanje. Velikokrat vsebuje tudi nestrinjanje, zaskrbljenost, reševanje težav, dajanje in sprejemanje nasvetov, kritiziranje, načrtovanje ali sočustvovanje.

Dobro počutje je pomembno odvisno od sposobnosti, da konstruktivno in učinkovito upravljamo s komuniciranjem in odnosi (Ule, 2005, v Žavski, 2015, str. 22).

Mentorstvo spodbuja v študentu željo po samostojnosti in samozavesti v učenju in razvoju ter ustvarja posameznike, ki so sposobni samostojnega izboljšanja svojega dela. Razvojni program ter način dela mentorskega programa sta prilagojena kompetencam in osebnim lastnostim mentoriranca (Klasen in Clutterbuck, 2003, str. 32, v Žavski, 2015, str. 23).

5 Izzivi v komunikaciji med zaposlenimi in študenti na kliničnem usposabljanju v Splošni bolnišnici Novo mesto

Na kakovost komunikacije med zaposlenimi in študenti na kliničnem usposabljanju v Splošni bolnišnici Novo mesto vplivajo številni dejavniki. Primer dobre prakse predstavljajo uvodna srečanja s študenti, na katerih dobijo kar največ informacij v zvezi s kliničnim usposabljanjem in aktualnimi dogodki v bolnišnici in so priložnost, da se razčistijo dileme in pričakovanja študentov in zaposlenih. Komunikacija z zaposlenimi poteka na različne načine, poudarek je na stalni dostopnosti mentorjev in koordinatorja izobraževanja.

Če so študenti z vsebinskim nivojem komunikacije v bolnišnici zadovoljni, pa odnosni nivo komunikacije zaposlenih pogosto ocenjujejo kot neustrezen, na kar vplivajo različni dejavniki:

- Pogoji za izvajanje kliničnega usposabljanja: s spremembo študijskih programov pred desetimi leti, ko se je z uvedbo bolonjskih programov število ur kliničnega usposabljanja zelo povečalo, je postalo zahtevno vodenje študentov na kliničnem usposabljanju v bolnišnici za diplomirane medicinske sestre zahtevno dodatno delo. Čez noč so se soočile z odgovornostjo, za katero niso bile dovolj pripravljene niti usposobljene. Primanjkovalo jim je pedagoških znanj, ob skrbi za pacienta pa je za študente pogosto primanjkovalo tudi časa. Do danes so se razmere še poslabšale. Prepoved zaposlovanja in zmanjševanje števila negovalnega kadra je pripeljalo do začaranega kroga, ko morajo mentorstvo prevzemati tudi kolegice, ki si te vloge niso prostovoljno izbrale, pri čemer prihaja na obeh straneh zaradi različnih pričakovanj do precejšnjih razočaranj, najbolj pa trpi kakovost praktičnega izobraževanja.
- Organizacijska klima v bolnišnici: optimizacija delovnih procesov v bolnišnici zahteva od zaposlenih vsakodnevno in nenehno prilagajanje različnim situacijam, kar zanje predstavlja veliko psihičnih obremenitev in stres, s tem pa so dnevno na preizkušnji njihovi medosebni odnosi in s tem način komuniciranja.
- Organizacija kliničnega usposabljanja: zaradi organizacije dela v bolnišnici (turnusno delo, dežurstva, odsotnosti zaradi koriščenja viška ur ali letnega dopusta ...) študenta na kliničnem usposabljanju mentor ne more kontinuirano spremljati. Proces dela zahtevajo od mentorja delo na različnih deloviščih in s tem nenehne zamenjave članov tima, ki se jim študenti različno prilagajajo.
- Pričakovanja študentov: zaradi premajhnega števila učnih mest klinično usposabljanje študentov poteka v obeh turnusih, kar pri študentih iz različnih razlogov ni najbolje sprejeto.
- Pričakovanja zaposlenih: ob splošnem kadrovskem pomanjkanju negovalnega kadra v bolnišnici so postali študenti zaželeni poceni delovna sila, ki blaži kadrovske pretrese v organizaciji, pri tem pa se pozablja, da so na kliničnem usposabljanju zato, da bi pridobili kar največ znanja in razvili osebne in strokovne kompetence, potrebne za poklic. Predvsem od študentov nižjega letnika se pogosto pričakuje preveč.
- Nezadovoljstvo s statusom mentorstva: mentorstvo je sestavni del nalog diplomiranih medicinskih sester in sodi v okvir vseh njihovih drugih nalog, zato ga večina sprejema kot breme, ne kot izziv. V zdravstvenih institucijah mentorskega dela ne upoštevajo in ne

nagrajujejo. Medicinske sestre mentorstvo dojemajo kot moralno obveznost, ki izhaja iz njihovega etičnega kodeksa, vendar to ne prispeva h kakovosti mentorstva.

6 Zaključek

Prenovljeni študijski programi zagotavljajo študentom razvoj kompetenc skozi novo izobraževalno paradigmo, ki je v središče izobraževanja postavila študenta in uvedla aktivne oblike študijskega dela, kot je praktično usposabljanje, na katerem študentu omogoča uporabo teoretičnega znanja, pridobljenega na fakulteti, v bodočem poklicnem okolju. Ob tem študent poleg praktičnih znanj razvija vrsto profesionalnih in osebnih kompetenc. Mentorstvo je učno partnerstvo med mentorirancem, mentorjem in učno bazo. S pravilnim načrtovanjem kliničnega usposabljanja pridobijo vsi, študent, mentor, še najbolj pa organizacija, ki predstavlja učno bazo, ker ima možnost ažurnega pridobivanja in prenosa znanja na različna strokovna področja, na ta način pa si lahko dolgoročno zagotovi kvalitetno delovno silo. V tem procesu je dobra komunikacija ključnega pomena in predpogoj za uspešno izvedbo usposabljanja.

Izkušnje kliničnega okolja so pokazale, da praktično usposabljanje v zdravstveni negi študenta ne postavlja v središče izobraževalnega procesa, ker ga zaradi premajhnega števila mentorjev ne more. Mentor se posveti študentu takrat, ko ima čas. Na ta način študent nima vpogleda v pacientovo celostno oskrbo, veliko teoretičnega znanja ne more uporabiti v praksi.

Število kliničnih mentorjev se vsako leto zmanjšuje. Organizacija njihovega dela (dežurstva, nočno delo, koriščenje viškov ur) ne dopušča kontinuiranega spremljanja in vodenja študenta skozi proces praktičnega usposabljanja, ampak se ob njem zamenja večje število mentorjev, ki nimajo celostnega vpogleda v študentovo pridobivanje znanja, zato realno ocenjevanje njegove uspešnosti ni mogoče.

Kljub veliki odgovornosti kliničnih mentorjev, saj praktično usposabljanje v zdravstveni negi predstavlja kar polovico študentovih študijskih obveznosti (2300 ur), ključna sistema (izobraževalni in zdravstveni) v državi ne zagotavljata osnovnih pogojev za kakovostno izvedbo praktičnega usposabljanja študentov zdravstvene nege. Prvega bi morala zelo skrbeti kakovost izobraževanja in nivo znanja nosilcev stroke, drugega pa nivo znanja in pridobljenih kompetenc diplomiranih medicinskih sester in zdravstvenikov, ki bodo v naslednjih letih vstopali v delovno razmerje. Tudi krovna organizacija medicinskih sester – Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - je pomen in vlogo mentorstva v kliničnem okolju popolnoma spregledala.

V kliničnem okolju je mentorstvo, ki ga opravijo diplomirane medicinske sestre, nevidno. Nikjer ni upoštevano, ne pri sodelavcih, ne pri nadrejenih in ne pri top menedžmentu zdravstvenih in socialnih zavodov. Ni stimulirano in tudi ne nagrajeno. Čas, namenjen mentorstvu, morajo medicinske sestre nadomestiti po rednem delovnem času. Vse to so razlogi, ki negativno vplivajo na komunikacijo mentorjev s študenti in izzivi, s katerimi se bo nujno treba spoprijeti čim prej.

Za dvig kakovosti izobraževanja potrebujejo mentorji podporo celotnega sistema: izobraževalnih inštitucij, izvajalcev klinične prakse in učnih baz in vodilnega menedžmenta.

LITERATURA

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

2. Florjančič, J., Ferjan, M. (2000). *Management poslovnega komuniciranja*. Kranj: Moderna organizacija.
3. Hoyer, S. (2005). *Pristopi in metode v zdravstveni vzgoji*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo.
4. Lorber, M. in Skela Savič, B. (2011). Komunikacija in reševanje konfliktov v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 45, 247–52.
5. Možina, S., Tavčar, M. in Knežević, A. (1998). *Poslovno komuniciranje*. Maribor: Obzorja.
6. Ploj, K. (2013). *Medicinska sestra – mentorica študentom na kliničnih vajah* (Diplomsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.
7. Vrhovec, A. (2012). *Vpliv komunikacije in vodenja na uspešnost organizacije v zdravstveni negi* (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.
8. Žavski, S. (2015). *Sodelovanje študenta in mentorja v procesu magistriranja* (Magistrska naloga). Celje: Mednarodna fakulteta za družbene in poslovne študije.

Analiza zadovoljstva študentov in mentorjev z organizacijo in izvedbo kliničnega usposabljanja v študijskem letu 2016/2017

POVZETEK – Klinično usposabljanje je pomemben dejavnik v izobraževalnem procesu zdravstvene nege na prvi stopnji študija zdravstvene nege. Namen prispevka je predstaviti izvedbo in zadovoljstvo tako študentov Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto, kot tudi njihovih mentorjev v kliničnem okolju z opravljenim delom, pridobitvijo novih znanj, počutju in pričakovanji za študijsko leto 2016/2017. Cilj prispevka je opozoriti na dobro in slabše ocenjene parametre ocenjevanja. Rezultati raziskave so pokazali, da se za veliko večino kriterijev, glede na poročila prejšnjih let ocena ni bistveno spremenila. Najbolje ocenjen kriterij je še vedno kriterij podpisovanja opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja v knjižico aktivnosti ($\bar{x} = 4,7$), slabšo oceno pa so dobili kriteriji, ki so opredeljevali čas, ki ga za njih nameni mentor ($\bar{x} = 4,3$), sodelovanje študentov pri organizaciji in planiranju dnevnih aktivnosti ($\bar{x} = 4,2$), ter sodelovanju pri predaji službe ($\bar{x} = 4,2$). Med komentarji, ko so študenti izražali mnenja o opravljenem kliničnem usposabljanju, je bila v študijskem letu 2016/2017 izpostavljena slaba komunikacija zaposlenih s študenti, predvsem srednjih medicinskih sester do študentov. Zato smo se odločili, da na izobraževanju za klinične mentorje na problem najprej opozorimo klinične mentorje, ki so vez med študenti in ostalimi člani tima zdravstvene nege ter pacientom. Rezultati za pretekla študijska leta, s katerimi smo primerjali rezultate študijskega leta 2016/2017, so razvidni iz samoevalvacijskih poročil, ki so za posamezno študijsko leto objavljeni na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto, zato v prispevku niso prikazani.

KLJUČNE BESEDE: klinično usposabljanje, študent, mentor

ABSTRACT – Clinical training is an important factor in the educational process of Nursing Care study programme on the first cycle. The purpose of this paper is to present the performance and satisfaction of both Faculty of Health Sciences Novo mesto students and their mentors in the clinical environment with the performed work, acquisition of new skills, well-being and expectations for the academic year 2016/2017. The aim of the paper is to draw attention to the good and poorly assessed assessment parameters. The results of the survey showed that, according to reports from previous years, for the vast majority of the criteria the assessment remained the same or slightly improved, and for some, there was a slight deterioration of the situation. The best-rated criterion is still the criterion of signing interventions by a clinical mentor in the activity booklet ($\bar{x} = 4.7$), while the worse rating was given to criteria that defined the time that the mentor assigned to them ($\bar{x} = 4.3$), student participation in the organisation and planning of daily activities ($\bar{x} = 4.2$), and participation in the delivery of the service ($\bar{x} = 4.2$). Among the comments expressed by students regarding the clinical training, poor communication between employees and students was highlighted for the academic year 2016/2017, with the attitude of middle nurses to students being the most exposed. Therefore, on organising the training for clinical mentors, we decided to primarily point out the problems to the clinical mentors, who act as the link between students, other workers in the nursing team, and patients. The results for the previous academic years, with which we compared the results of the academic year 2016/2017, are evident from the self-evaluation reports published for each academic year on the website of the Faculty of Health Sciences Novo mesto, therefore they are not shown in the paper.

KEY WORDS: clinical training, student, mentor

1 Uvod

Klinično usposabljanje na prvi stopnji študija zdravstvene nege obsega polovico vseh s programom razpisanih ur izobraževanja, zato je le to pomemben dejavnik izobraževalnega v izobraževalnem procesu zdravstvene nege na prvi stopnji študija zdravstvene nege, saj obsega kar 2.300 ur . Študenti se z aktivnostmi zdravstvene nege in medicinsko tehničnimi posegi seznanijo najprej v kabinetih v simuliranih pogojih. Ob zaključku kabinetnih vaj opravijo preizkus znanja in šele nato odidejo na klinično usposabljanje v klinično okolje. Klinično usposabljanje poteka v dveh obdobjih po zaključku sklopa predavanj, seminarских in kabinetnih vaj na fakulteti v posameznem semestru.

Študenti so v sklopu študijskih obveznosti pri posameznem predmetu, kjer so poleg predavanj, seminarjev in / ali kabinetnih vaj morali opraviti še vaje v kliničnem okolju, bili razporejeni glede na predmet tudi v predmetno specifično klinično okolje. Študenti so razporejeni na posamezna področja v obsegu, določenem v učnem načrtu. Pri razporejanju se upošteva tudi lokacija bivanja, program pa se pripravi v mesecu novembru za celotno študijsko leto.

V poročilu predstavljamo naslednje vsebine:

1. zavode, v katerih se je izvajalo klinično usposabljanje za študente Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto;
2. oceno zadovoljstva študentov z organizacijo in potekom kliničnem usposabljanju;
3. oceno zadovoljstva kliničnih mentorjev z organizacijo in potekom kliničnega usposabljanja;
4. zadovoljstvo kliničnih mentorjev z delom študentov;
5. neljube dogodke v kliničnem okolju.

V prvem letniku so študentje napoteni na opravljanje kliničnega usposabljanja v domove za starejše občane ter v bolnišnice na oddelke z odraslimi pacienti. V domovih starejših občanov študenti izvajajo intervencije zdravstvene nege in nudijo pomoč stanovalcem pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (prehranjevanje, pitje, izločanje, izražanje čustev ...), sodelujejo tudi pri izvedbi medicinsko tehničnih posegih, seznanijo se s konceptom dela delovne fizioterapevtske službe in socialne službe, ki vplivajo na integrirano obravnavo stanovalcev. V bolnišnicah se vključujejo v proces dela na različnih področjih, poudarek pa je na visokokakovostni zdravstveni negi in celostni obravnavi pacienta (Predmetnik za prvi letnik, https://fzv.vs-nm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/1_letnik/).

V drugem letniku opravljajo študenti klinično usposabljanje v zdravstvenih domovih in bolnišnicah. V zdravstvenih domovih se študenti vključujejo v dispanzerje za otroke, šolske otroke in mladostnike ter ženske oziroma ginekološke ambulate. Področje pediatrije in ginekologije nato spoznavajo še v bolnišnicah, nujno medicinsko pomoč in urgentno medicino pa spoznavajo tako v zdravstvenih domovih kot tudi bolnišnicah. V drugem letniku poleg omenjenega opravljajo tudi klinično usposabljanje na področju mentalnega zdravja, torej opravljajo klinično usposabljanje v eni od psihiatričnih bolnišnic oziroma klinik (Predmetnik za drugi letnik, https://fzv.vs-nm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/2_letnik/).

V tretjem letniku študentje opravljajo klinično usposabljanje v bolnišnice in zdravstvene domove. V bolnišnicah spoznajo področje zdravstvene nege internističnih in kirurških, nekateri pa poleg omenjenih tudi zdravstveno nego onkoloških bolnikov. V zdravstvenih domovih opravljajo klinično usposabljanje na področju patronažnega in dispanzerskega varstva. Pri tem se dobro seznanijo z dispanzersko metodo dela, in načini obravnave pacientov (kurativa, preventiva, zdravstvena nega na domu), vključujejo se v obravnavo ranljivih skupin pacientov

in organizirano zdravstveno-vzgojno dejavnost ter se seznanijo z modelom organizacije zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju (Predmetnik za tretji letnik, https://fzv.vsnm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/3_letnik/).

Klinično usposabljanje študentov FZV NM urejajo:

- Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov;
- Navodila za dokumentiranje kliničnega usposabljanja v tekočem študijskem letu.

Aktivnosti, ki jih v procesu izobraževanja študent opravlja, so navedene v Knjižici aktivnosti v zdravstveni negi, ki posameznemu študentu služi kot dnevnik opravljenih aktivnosti v kliničnem okolju. Do zaključka izobraževanja mora študent v kliničnem okolju opraviti vsaj 80 % vseh navedenih aktivnosti. Opravljeno aktivnost potrdi mentor s podpisom. Kakovostno usposabljanje (strokovno in pedagoško usposobljeni mentorji, zadovoljivo predznanje študentov pred prihodom na klinično usposabljanje ...) je ključni element za doseganje kompetenc študijskega programa in za izgradnjo s strokovnim znanjem podkovane diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika, ki bo po končanem študiju hitro postal/-a del nekega že utečenega tima. Študent se mora zavedati, da je razvoj kompetenc na kliničnem usposabljanju največkrat odvisen tudi od njegovega interesa, sodelovanja in samoiniciativnosti. Od njega se pričakuje ustrezna urejenost, delovna disciplina in pozitiven odnos do dela, strokovna usposobljenost (glede na vlogo učečega v delovnem procesu in letnik študija) ter profesionalni odnos do pacienta, strokovnih delavcev in sodelavcev ter drugih udeleženih (Draginc, A. in Laznik, G., 2017, v Draginc idr., 2017, str. 8).

2 Učni zavodi, v katerih se je izvajalo klinično usposabljanje

Klinično usposabljanje je tako kot v prejšnjih študijskih letih potekalo v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih, ki imajo priznan status učnega zavoda ali so v postopku pridobivanja tega statusa. Klinično usposabljanje se je v študijskem letu 2016/2017 izvajalo v 50 učnih zavodih (47 matičnih enot in tri dislocirane enote). Število učnih zavodov in število študentov razporejenih v učne zavode med leti varira, saj poskušamo študentu zagotoviti klinično usposabljanje na osnovi individualnih želja, kar je pogosto povezano z bližino njihovega doma (tabela 2).

Tabela 1: Število vseh rednih in izrednih študentov razporejenih po učnih zavodih v študijskem letu 2016/2017

Zap. št.	Učni zavod	Število študentov
1.	Center za slepe in slabovidne – Škofja Loka	1
2.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca – enota Brežice	11
3.	Dom ob Savinji Celje	6
4.	Dom starejših občanov Črnomelj	3
5.	Dom starejših občanov Grosuplje	8
6.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca Impoljca	3
7.	Dom starejših občanov Krško	6
8.	Dom starejših občanov Ljubljana – Šiška	7
9.	Dom starejših občanov Mengeš	1
10.	Dom starejših občanov Novo mesto	30
11.	Dom starejših občanov Ptuj	1
12.	Dom starejših občanov Slovenske Konjice	1
13.	Dom starejših občanov Šentjur	2
14.	Dom starejših občanov Šmarje pri Jelšah	1

15.	Dom starejših občanov Tisje-Litija	10
16.	Dom upokojencev Franc Salomon Trbovlje	2
17.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca – enota Sevnica	4
18.	Dom starejših občanov Trebnje	16
19.	Dom starejših občanov Trebnje – enota Šmarjeta	1
20.	Dom za varstvo odraslih Velenje	2
21.	Terme Krka – Dolenjske Toplice	4
22.	Splošna bolnišnica Brežice	38
23.	Splošna bolnišnica Novo mesto	217
24.	Splošna bolnišnica Jesenice	2
25.	Splošna bolnišnica Ptuj	2
26.	Bolnišnica Topolšica	4
27.	Splošna bolnišnica Trbovlje	20
28.	Bolnišnica Golnik	1
29.	Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana	61
30.	Psihiatrična bolnišnica Begunje	1
31.	Psihiatrična bolnišnica Vojnik	14
32.	Onkološki inštitut Ljubljana	81
33.	Zdravstveni dom Brežice	10
34.	Zdravstveni dom Celje	10
35.	Zdravstveni dom Črnomelj	11
36.	Zdravstveni dom Grosuplje	14
37.	Zdravstveni dom Ivančna Gorica	7
38.	Zdravstveni dom Kočevje	4
39.	Zdravstveni dom Kranj	1
40.	Zdravstveni dom Krško	6
41.	Zdravstveni dom Litija	6
42.	Zdravstveni dom Ljubljana	11
43.	Zdravstveni dom Novo mesto	66
44.	Zdravstveni dom Ptuj	1
45.	Zdravstveni dom Ribnica	3
46.	Zdravstveni dom Sevnica	11
47.	Zdravstveni dom Slovenske Konjice	1
48.	Zdravstveni dom Trebnje	14
49.	Zdravstveni dom Trbovlje	2
50.	Zdravstveni dom Vrhnika	2

Vir: Samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2016/2017. Pridobljeno 29.11.2017, s https://fzv.vs-nm.si/sl/o_fakulteti/kakovost/samoevalvacija/.

3 Zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju;

3.1 Izvedba ankete o zadovoljstvu študentov s kliničnim usposabljanjem

Za vrednotenje kakovosti kliničnega usposabljanja študentov je bil uporabljen kvantitativni pristop. Kot instrument v kvantitativnem delu je bil uporabljen namensko razviti anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz štirih delov. V prvem delu so vključena demografska vprašanja (lokacija kliničnega usposabljanja, spol, letnik, oblika študija, predhodna izobrazba študentov), v drugem je navedenih 22 indikatorjev, ki predstavljajo kriterije za vrednotenje, v tretjem delu odprta vprašanja, na katere so študenti odgovorili opisno, v četrtem delu pa so študenti

ocenjevali še mentorja, za katerega so se odločili, da ga bodo izpostavili. Anketni vprašalnik je sestavljen in objavljen na spletnem portalu www.1ka.si.

Študenti so anketni vprašalnik do letošnjega študijskega leta izpolnjevali v pisni obliki, od letošnjega študijskega leta (2016/2017) pa ga izpolnjujejo preko spletnega portala www.1ka.si. Anketni vprašalnik izpolnijo po zaključku kliničnega usposabljanja na posameznem oddelku/enoti. Do 30. 9. 2017 je bil dostopen na <https://www.1ka.si/a/124579>. Nov anketni vprašalnik bo aktiviran 4. 12. 2017. Deaktiviran bo 30. 9. 2018, ko klinično usposabljanje zaključijo vsi študenti.

Pri analizi podatkov za študijsko leto 2016/2017 je bilo upoštevanih skupno 647 anketnih vprašalnikov, ki bili obdelani že s pomočjo spletnega portala www.1ka.si. Število izpolnjenih anketnih vprašalnikov ni primerljivo s številom vpisanih študentov v tekočem študijskem letu, saj v prvem letniku študenti izpolnijo dva anketna vprašalnika, v drugem sedem in v tretjem letniku pet anketnih vprašalnikov, glede na različna področja kliničnega usposabljanja v tekočem študijskem letu. V obdelavo podatkov je bilo tako vključenih 124 (19 %) izpolnjenih anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili študentje prvega letnika, 284 (44 %) drugega letnika in 239 (37 %) študentje tretjega letnika fakultete. Od tega so skupno 428 (66 %) vprašalnikov izpolnili redni študentje, 219 (34 %) pa izredni študentje. Glede na spol so 542 (84 %) anketnih vprašalnikov izpolnile študentke, 105 (16 %) pa študenti. 554 študentov (86 %) izhaja predhodno iz srednje zdravstvene šole, 55 (9 %) iz gimnazije in 38 (6 %) iz drugih srednjih šol. Slednji dve skupini pred vstopom v prvi letnik opravljajo tudi propedevtični tečaj. Anketiranje preko spletnega portala www.1ka.si se je izvajalo od aprila 2017 do vključno 30. 9. 2017, ko je bil zadnji dan opravljanja klinične prakse v obravnavanem študijskem letu.

3.2 Rezultati ankete o zadovoljstvu študentov s kliničnim usposabljanjem

V tabeli 2 so predstavljeni rezultati stopnje zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem na podlagi analize vseh zbranih anketnih vprašalnikov. Študenti so stopnjo zadovoljstva ocenili s pomočjo ordinalne lestvice, pri čemer 1 pomeni sem nezadovoljen, 2 sem delno nezadovoljen, 3 nisem niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 sem delno zadovoljen in 5 sem zadovoljen. Predstavljene so povprečne vrednosti glede na postavljeni kriterij. Ločeno so prikazane tudi povprečne vrednosti stopnje zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem v skupini rednih in izrednih študentov.

Tabela 2: Zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem

		2016/2017 (\bar{x})		
		R	IZR	SK
1.	Organiziranost kliničnega usposabljanja v učni bazi.	4,4	4,6	4,5
2.	Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kliničnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	4,4	4,7	4,5
3.	Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor.	4,2	4,6	4,3
4.	Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	4,4	4,7	4,5
5.	Upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja.	4,5	4,7	4,6
6.	Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	4,4	4,8	4,5
7.	Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	4,4	4,6	4,5

8.	Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	4,3	4,6	4,4
9.	Možnost povezovanja teorije in prakse.	4,5	4,6	4,5
10.	Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu.	4,4	4,6	4,5
11.	Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	4,4	4,6	4,4
12.	Sodelovanje pri predaji službe.	4,1	4,5	4,2
13.	Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	4,1	4,4	4,2
14.	Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	4,4	4,6	4,5
15.	Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	4,3	4,6	4,4
16.	Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	4,5	4,7	4,6
17.	Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin.	4,4	4,7	4,5
18.	Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	4,3	4,6	4,4
19.	Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	4,6	4,6	4,6
20.	Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,6	4,7	4,6
21.	Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	4,6	4,7	4,6
22.	Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	4,6	4,8	4,7

R=redni študenti; IZR=izredni študenti; SK=skupna povprečna vrednost glede na število izpolnjenih anket

Vir: Anketni vprašalnik, 2016/2017.

Ugotovitve analize vrednotenja kliničnega usposabljanja, ki so jo ocenili študentje, nakazujejo na vzdrževanje zadovoljive kakovosti kliničnega usposabljanja in vzdrževanju visokega zadovoljstva študentov na kliničnem usposabljanju.

Najnižje ocenjeni kriteriji so zadnja tri študijska leta enaki (samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2014/2015 in 2015/2016): sodelovanje pri predaji službe ($\bar{x} = 4,2$), sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela ($\bar{x} = 4,2$) in čas, ki vam ga je namenil klinični mentor ($\bar{x} = 4,3$).

Najbolj zadovoljni so študenti s podpisovanjem opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja ($\bar{x} = 4,7$). S povprečno oceno 4,6 ocenjujejo upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja, odgovarjanje zaposlenih na vprašanja, kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja in skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.

Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja, spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja, pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi, možnost povezovanja teorije in prakse, omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu, upoštevanje samoiniciativnosti v odnosu do pacienta ter pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin ocenjujejo s povprečno oceno 4,5.

S povprečno oceno 4,4 ocenjujejo vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov in sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku, ki sta v primerjavi s študijskima letoma 2014/15 in 2015/16 (samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2014/2015 in 2015/2016) dobila nižjo oceno, ter odnos zaposlenih, spoštovanje osebnosti študenta in dostojanstva ter počutje v timu zdravstvene nege z enako oceno kot lani, torej $\bar{x} = 4,4$. Iz komentarjev študentov, ki so bili na kliničnem usposabljanju pa ugotavljamo, da nekateri študenti občutijo odnos zaposlenih do njih kot neustrezen. Najbolj izpostavljajo odnos srednjih

medicinskih sester do študentov. Ker želimo to izboljšati, je letošnje izobraževanje za klinične mentorje namenjeno komunikaciji med zaposlenimi in študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem. Glede na ostale ugotovitve bo potrebno ponovno spodbuditi klinične mentorje, da še povečajo aktivnosti za vključevanje študentov fakultete, da tam, kjer je to možno, le-ti prisostvujejo pri predaji službe in načrtovanju dnevnega programa dela. Pri času, ki ga klinični mentorji namenjajo študentom, je potrebno upoštevati, da klinični mentor namenja čas študentu ob njegovem rednem delovnem procesu.

Razlike v zadovoljstvu s kliničnim usposabljanjem med rednimi in izrednimi študenti so bile ugotovljene že v študijskem letu 2014/15 in študijskem letu 2015/16 (samoevalvacijsko poročilo za študijsko leto 2014/2015 in 2015/2016). Razen v parametru, ko so ocenjevali kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja, kjer je povprečna ocena enaka ($\bar{x} = 4,6$), je v vseh ostalih parametrih, tudi v letošnjem študijskem letu pri izrednih študentih ocena bila nekoliko višja. To pripisujemo temu, da je večina izrednih študentov zaposlenih v zdravstvu in bolje poznajo razmere in možnosti znotraj zdravstva. Prav tako imajo praviloma več izkušenj in se lažje vključujejo v delo.

Težave, ki so se pojavile v času kliničnega usposabljanja študentov v treh učnih zavodih in so jih študenti zapisali tudi v anketne vprašalnike, smo sproti reševali s takojšnjimi koordinacijskimi sestanki.

4 Ocena zadovoljstva kliničnih mentorjev z organizacijo in potekom kliničnega usposabljanja

4.1 Izvedba ankete o zadovoljstvu kliničnih mentorjev s kliničnim usposabljanjem

V študijskem letu 2016/2017 je anketo o zadovoljstvu kliničnih mentorjev s kliničnim usposabljanjem v celoti rešilo 137 anketirancev. Povezavo do ankete smo poslali na vse e-poštne naslove, ki smo jih pridobili med izobraževanji za klinične mentorje ter obiski vodje kliničnega usposabljanja v učnih bazah in ob tem zaprosili vodje, da na izpolnjevanje svoje klinične mentorje opozorijo tudi osebno. Spletno anketiranje je potekalo v prvi polovici septembra 2017. Med anketiranimi je bilo več ženskih mentoric ($n = 124$; 91 %) kot moških mentorjev ($n = 8$; 6 %). Delovna doba kliničnih mentorjev oziroma delavcev, ki so našim študentom bili dodeljeni kot mentorji s strani njihovega zavoda je od dveh let pa vse tja do 40 let.

4.2 Rezultati ankete o zadovoljstvu kliničnih mentorjev s kliničnim usposabljanjem

V tabeli 3 so predstavljeni rezultati stopnje strinjanja kliničnih mentorjev z izbranimi kriteriji. Mentorji so stopnjo zadovoljstva ocenili s pomočjo ordinalne lestvice, pri čemer 1 pomeni sem nezadovoljen, 2 sem delno nezadovoljen, 3 nisem niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 sem delno zadovoljen in 5 sem zadovoljen. Predstavljene so povprečne vrednosti glede na posamezni kriterij.

Tabela 3: Stopnja strinjanja kliničnih mentorjev glede na zastavljene kriterije

<i>V času kliničnega usposabljanja so študenti:</i>	2016/2017 (\bar{x})
- spoznali dejavnosti zavoda	4,3
- spoznali organiziranost oddelka/enote v zavodu in povezanost z ostalimi službami v zavodu	4,4
- spoznali dela in naloge na različnih delovnih mestih v zavodu	4,0
- spoznali varnostne zahteve delovnega okolja in uporabo ustreznih zaščitnih sredstev	4,5
- spoznali standarde aktivnosti zdravstvene nege in sistem zagotavljanja celovite kakovosti delovnih procesov	4,2
- pridobili nova znanja in veščine za razvoj kompetenc v zdravstveni negi	4,3

Vir: Anketni vprašalnik, 2016/2017.

Vse ocene kliničnih mentorjev so dokaj visoke. Klinični mentorji izpostavljajo, da so najbolj spoznali varnostne zahteve delovnega okolja in uporabo ustreznih zaščitnih sredstev, sledi organiziranost oddelka/enot in nato še znanja in veščine za razvoj kompetenc v zdravstveni negi. Klinični mentorji, kljub dokaj visoki povprečni oceni ($\bar{x} = 4,0$) navajajo, da so med vsemi kriteriji najslabše spoznali dela in naloge na različnih delovnih mestih v zavodu. Ocene so primerljive s tistimi iz prejšnjih študijskih let.

V tabeli 4 so predstavljeni rezultati stopnje zadovoljstva kliničnih mentorjev glede na izbrane kriterije. Mentorji so stopnjo zadovoljstva ocenili s pomočjo ordinalne lestvice, pri čemer 1 pomeni sem nezadovoljen, 2 sem delno nezadovoljen, 3 nisem niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 sem delno zadovoljen in 5 sem zadovoljen. Predstavljene so povprečne vrednosti glede na posamezni kriterij.

Tabela 4: Stopnja zadovoljstva kliničnih mentorjev glede na zastavljene kriterije

<i>Kriterij</i>	2016/2017 (\bar{x})
odnos študentov do zaposlenih na kliničnem usposabljanju	4,5
odnos zaposlenih do študentov na kliničnem usposabljanju	4,3
motiviranost študentov za pridobivanje novega znanja	4,1
teoretično znanje in sposobnosti študentov	3,9
delo študenta z vidika kakovosti	4,1
delo študenta z vidika varnosti	4,1
vključevanje študentov v izvajanje medicinsko tehničnih posegov	4,2
aktivna udeležba študentov v negovalnem timu	4,3
sodelovanje študentov z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku	4,0
sodelovanje študentov pri predaji službe	3,8
samoiniciativno sodelovanje študentov pri načrtovanju dnevnega programa dela	3,6
ustreznost dokumentacije za klinično usposabljanje	4,1
zbiranje podpisov opravljenih intervencij v dnevnik aktivnosti zdravstvene nege	4,2
lastno strokovno znanje in spretnosti, ki jih imam kot klinični mentor za delo s študenti	4,3
pedagoško znanje in spretnosti, ki jih imam za delo s študenti	4,3
material, ki ga imam na voljo za delo s študenti	4,1
čas, ki ga imam na voljo za delo s študenti	3,1
sodelovanje s šolo (pravočasnost obveščanja, seznanjanje s spremembami)	4,1

Vir: Anketni vprašalnik, 2016/2017.

Klinični mentorji so, tako kot pretekli dve študijski leti, še vedno najmanj zadovoljni s časom, ki ga imajo na voljo za delo s študenti ($\bar{x} = 3,1$) ter s samoiniciativnostjo študentov za sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela ($\bar{x} = 3,6$). Glede časa, ki ga namenjajo študentom so bili bolj kritični kot študenti ($\bar{x} = 3,1$). Klinični mentorji so malce manj zadovoljni tudi s sodelovanjem študentov pri predaji službe ($\bar{x} = 3,8$) in teoretičnim znanjem in sposobnostmi študentov ($\bar{x} = 3,9$). Klinični mentorji najvišje ocenjujejo odnos študentov do zaposlenih na kliničnem usposabljanju ($\bar{x} = 4,5$). Stopnja zadovoljstva je pri vseh kriterijih primerljiva med študijskimi leti.

4 Neljubi dogodki na kliničnem usposabljanju

V študijskem letu 2012/2013 je bil z namenom doslednega beleženja neljubih dogodkov med študijem pripravljen obrazec »Neljubi dogodki na kliničnem usposabljanju«, ki je bil posredovan tudi v vse učne zavode.

Pravilnik, ki opredeljuje in opisuje neljubi dogodek, ter jasno opredeljuje ukrepanje v primeru neljubega dogodka je opisan v 20. in 21. členu, 8. poglavja »Pravilnika o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov«, dosegljivega na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto (Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja, https://fzv.vsnm.si/uploads/FZV_pripone/pravilnik_o_izvajanju_klinicnega_usposabljanja_studentov_30062015.pdf).

V študijskem letu 2016/2017 sta bila zavedena dva neljuba dogodka:

- *Vbod z inzulinsko iglo* – Po posredovanju koordinatorja kliničnega usposabljanja, so se izvedli vsi potrebni ukrepi za preprečitev nadaljnjih posledic – prva pomoč, odvzem krvi študentki in stanovalki, prijava dogodka. Po prejemu izvidov niso bili potrebni dodatni ukrepi.
- *Vreznina prsta zaradi zdrobitve ampule pri odpiranju* – Izvedena je bila prva pomoč in oskrba rane v kirurški ambulanti.

Ocenjujemo, da študenti in učne baze dosledno prijavljajo neljube dogodke in da do drugih resnejših incidentov in neljubih dogodkov ni prišlo. Kot preventivni ukrep smo v študijskem letu 2016/2017 v okviru strokovnega izpopolnjevanja za klinične mentorje izvedli predavanje na temo »Obravnava incidenta – neljubega dogodka med kliničnim usposabljanjem študentov«. Na ta način smo želeli še dodatno zagotoviti informiranost vseh kliničnih mentorjev in učnih zavodov, da bodo znali ustrezno ravnati ob neljubem dogodku.

5 Zaključek

Ocena stanja za študijsko leto 2016/2017 in usmeritve za študijsko leto 2017/2018

Glede na zadovoljive rezultate vrednotenja zadovoljstva študentov s kliničnim usposabljanjem in njihovih mentorjev je potrebno kakovost sistema kliničnega usposabljanja vzdrževati in nadgrajevati še naprej. Nadgrajeval pa se bo tudi sistem vrednotenja kliničnega usposabljanja. Pri tem pa je nujno kontinuirano sodelovanje med fakulteto in učnimi zavodi, saj je le tako možno zagotoviti ustrezen pretok informacij za zagotavljanje kakovosti celotnega sistema kliničnega usposabljanja.

Fakulteta vsako leto informira klinične mentorje z rezultati vrednotenja kliničnega usposabljanja na izobraževanju za klinične mentorje in na sestankih visokošolskih učiteljev v učnih zavodih. Vsem učnim zavodom je bila posredovana tudi e-publikacija strokovnega

izobraževanja za klinične mentorje »*Obravnava incidenta – neljubega dogodka med kliničnim usposabljanjem študentov*«, ki je dostopen tudi na <http://www.vsnm.si/publikacije/fzv/zpsikm2016/mobile/index.html#p=1>.

Z namenom informiranja mentorjev smo v študijskem letu 2016/2017 pripravili knjižico z opisom kompetenc, ki naj bi jih študenti pridobili na kliničnem usposabljanju. Vodnik za klinične mentorje je bil posredovan vsem učnim zavodom, dostopen je tudi na http://fzv.vsnm.si/uploads/fzv_vodnik_za_mentorje_2017_www.pdf.

Vrednotenje kakovosti kliničnega usposabljanja ter informiranje učnih zavodov in mentorjev o izsledkih je pomembna naloga fakultete, saj le z analizo stanja in povratnimi informacijami lahko dvigamo kakovost dela. Vsakoletna izobraževanja kliničnih mentorjev pa predstavljajo pomembno priložnost za obravnavo aktualnih tem ter izmenjavo izkušenj in dobrih praks.

LITERATURA

1. Draginc, A., Laznik, G., Leskovic, L. in Zupančič, V. (2017). *Vodnik za klinične mentorje*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s http://fzv.vsnm.si/uploads/fzv_vodnik_za_mentorje_2017_www.pdf.
2. *Poročilo o neljubem dogodku*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s <http://www.vsnm.si/publikacije/fzv/zpsikm2016/mobile/index.html#p=1>.
3. *Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vsnm.si/uploads/FZV_pripone/pravilnik_o_izvajanju_klinicnega_usposabljanja_studentov_30062015.pdf.
4. *Predmetnik za drugi letnik*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vsnm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/2_letnik/.
5. *Predmetnik za prvi letnik*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vsnm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/1_letnik/.
6. *Predmetnik za tretji letnik*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vsnm.si/sl/1_stopnja/zdravstvena_nega/redni_studij/3_letnik/.
7. *Samoevalvacijska poročila za študijska leta od 2008/2009 dalje*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vsnm.si/sl/o_fakulteti/kakovost/samoevalvacija/.

Analiza opravljenih intervencij med kliničnim usposabljanjem

POVZETEK – Namen prispevka je pregledati in oceniti izvajanje negovalnih intervencij, postopkov in posegov med opravljanjem kliničnega usposabljanja študentov skladno z predvidenimi učnimi vsebinami.. Ocenjevali smo zgolj negovalne intervencije, ki so jih študenti osvojili pri kabinetnih vajah v prvem letniku. Rezultati so pokazali, da študenti prvega letnika v kliničnem okolju opravljajo predvsem intervencije, ki so vezane na splošno zdravstveno nego, te pa so dodobra spoznali že v času srednješolskega izobraževanja. Ugotovljamo, da je študentom prvega letnika predstavljen premajhen poudarek na posegih in intervencijah, ki so domena delovnega področja diplomiranih medicinskih sester. V nadaljevanju smo ugotovili, da se v drugem letniku ti rezultati nekoliko popravijo, vendar je samostojnega izvajanja določenih posegov in postopkov še vedno premalo.. Spodbuden pa je podatek, da študenti, ki izkažejo interes in željo po znanju že v prvem in drugem letniku ob mentorju izvajajo nekatere intervencije ali posege, ki jih bodo spoznavali šele v tretjem letniku.

KLJUČNE BESEDE: študent, mentor, intervencije, klinično usposabljanje

ABSTRACT – The purpose of this paper is to review and evaluate the implementation of interventions by students and their mentors in the clinical setting. We evaluated only the interventions that the students dealt with in the first years of cabinet exercises. The results showed that students of the first year are all too often used only as a workforce, or they only carry out interventions that are primarily related to nursing care, although they have been well acquainted with the same intervention during the time of secondary education. We can conclude that for the first-year students too little attention is paid to interventions and treatments that they were taught in cabinet exercises in the first year. The results also showed that in the second year, these results are slightly corrected, but they still lack independent implementation of certain interventions. It is encouraging, however, that during the clinical training in the first and second year, some students who show interest and a desire for knowledge have, alongside their mentor, already performed interventions or treatments for which they will acquire knowledge in the third year.

KEY WORDS: student, mentor, interventions, clinical training

1 Uvod

Študijski program Zdravstvena nega na Fakulteti za zdravstvene vede je zasnovan tako, da se vsako leto v zimskem semestru izvajajo kabinetne vaje za področja, s katerimi se nato v času kliničnega usposabljanja srečujejo v kliničnem okolju. Namen raziskave je bil preveriti, katere intervencije in posege, ki so jih v kabinetih obravnavali v prvem in drugem letniku, so dejansko izvajali tudi v kliničnem okolju. Z raziskavo bomo nadaljevali tudi v prihodnje, saj želimo spremljati napredek študentov v številu in vrsti opravljenih posegov, postopkov in intervencij skozi študijska leta, morda spremeniti sistem izvajanja kliničnega usposabljanja ali pa podajanje znanja ter izbiro učne vsebine med praktičnim usposabljanjem v kabinetih za simulacijo zdravstvene nege. Anketiranje bomo nadgradili še s preverjanjem opravljenih aktivnosti za drugi in tretji letnik, glede na učne načrte pri posameznih predmetih.

V nadaljevanju so predstavljeni rezultati ankete. Zelo pomembno se nam zdi to, da mentorje seznanimo z vsebinami, ki jih študenti v kabinetih in pri teoretičnem delu obravnavajo in jim nato v kliničnem okolju to tudi omogočijo izvesti. Vsi, tako visokošolski učitelji kot tudi mentorji v kliničnem okolju, se namreč moramo zavedati, da študenti, po sedanjem bolonjskem programu nimajo več obveznega pripravništva in imajo polovico študijskih obveznost opredeljeno v pridobivanju praktičnih veščin in sicer, v simulacijskem okolju – kabinetih fakultete in usposabljanja v kliničnem okolju ob pacientu.

2 Kompetence, ki naj bi jih študenti pridobili v 1. letniku

Kompetence zdravstvene nege, ki naj bi jih študenti pridobili v času študija so predpisane z učnimi načrti, zbrane pa so v knjižici »Vodnik za klinične mentorje«, ki smo jo v preteklem študijskem letu pripravili na fakulteti in je dosegljiva tudi na internetni strani Fakultete za zdravstveno vede Novo mesto (Draginc in Laznik, 2016). V nadaljevanju predstavljamo vsebino vodnika, ki je pomemben za izvedbo raziskave.

2.1 Kabinetne vaje v prvem letniku

V prvem letniku študentje v kabinetu pri predmetu TZN (Teorija zdravstvene nege) in predmetu ZSNG (Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo) spoznajo naslednje intervencije in posege:

- preprečevanje bolnišničnih okužb (umivanje in razkuževanje rok, uporaba rokavic, čiste in nečiste poti, ločevanje odpadkov, zaščitna sredstva),
- zagotavljanje varnega okolja (ocena nevarnosti in tveganja),
- urejanje pacientove okolice,
- razstiljanje, prestiljanje, postiljanje,
- opazovanje pacienta (načini, znaki, ukrepanje),
- sprejem, premestitev in odpust pacienta (identifikacijska zapestnica, shranjevanje pacientove lastnine, dokumentacija, notranji in zunanji transport pacienta),
- tehnike dvigovanja bremen,
- položaji pacienta,
- osebna higiena pacienta,
- prehrana pacienta (ocena prehranjenosti, naročanje hrane, načini hranjenja, stome),
- izločanje (uriniranje, defekacija, bruhanje, potenje, inkontinenca, katetrizacija, odvzem urina, klistir, izpiranje želodca, merjenje diureze, merjenje gostote urina),
- vitalne funkcije (vrste, merjenje, pripomočki, EKG),
- dihanje (načini aplikacije kisika, indikacije, kontraindikacije, oksimetrija, aspiracija),
- aplikacija terapije (vrste, načini, pravila, ukrepi ob napakah, preračunavanje doz, infuzija, transfuzija),
- odvzem krvi, odvzem vzorcev za preiskave,
- kanila (vrste, mesta nastavitve, vstavljanje),
- rane (vrste, oskrba, prevezi),
- oskrba umirajočega in umrlega.

2.2 Kompetence, ki jih študent pridobi v prvem letniku v času kliničnega usposabljanja v kliničnem okolju

Učna enota in mentor v kliničnem okolju prispevata predvsem k razvoju splošnih in specifičnih kompetenc. Prispevek mentorja oziroma učne enote k izobraževanju študenta na področju Teorije zdravstvene nege so:

- obvladovanje temeljnega znanja, sposobnost povezovanja znanja z različnih področij,
- na katerih temelji zdravstvena nega;
- usposobljenost za avtonomno, holistično, tolerantno, skrbno in občutljivo obravnavo posameznika ali skupine, brez izrekanja sodb ob zagotavljanju/varovanju pravic, zaupanja in želja različnih posameznikov in skupin;
- razvoj komunikacijskih sposobnosti in spretnosti v strokovnem okolju (domačem in mednarodnem);
- razvoj veščin in spretnosti ob uporabi znanja na strokovnem področju;
- usposobljenost za organizacijo in kooperativno timsko delo;
- usposobljenost za prevzemanje odgovornosti pri profesionalnem delu;
- usposobljenost za sprejemanje odgovornosti za profesionalni razvoj in učenje, izboljševanje;
- lastnega dela skozi evalvacijo z namenom, da se zagotovi kakovost storitev;
- vključevanje profesionalne etike, pravne zakonodaje, prepoznavanje in uporaba moralnih in etičnih načel pri strokovnem delu;
- prevzemanje odgovornosti za profesionalni razvoj in uporaba evalvacije kot načina za refleksijo in izpopolnjevanje lastnega dela ter povečanje kvalitete uslug na delovnem mestu;
- sposobnost vsestranskega in sistematičnega prilagajanja obravnave pacienta glede na relevantne fizične, psihične, socialne, kulturne, psihološke, spiritualne in družbene dejavnike;
- sposobnost prepoznati in interpretirati znake normalnega in spreminjajočega se zdravja (postavljanje negovalnih diagnoz);
- načrtovanje, izvajanje in evalvacija individualnih programov zdravstvene nege v sodelovanju s pacienti, oskrbovanci, svojci in drugimi;
- sposobnost vključevanja standardov kakovosti s kritičnim ocenjevanjem, interpretacijo, sintezo in pomočjo pacientom pri izbiri;
- usposobljenost za ustrezno uporabo niza veščin in intervencij ter zagotavljanje optimalne zdravstvene nege;
- sposobnost spoštovati pacientovo dostojanstvo, zasebnost in zaupnost podatkov;
- usposobljenost za izvajanje zaščitnih ukrepov za preprečevanje okužb;
- sposobnost upoštevati psihološke (emocionalne, osebne) in biološke (udobna namestitve, ustrezna prehrana, osebna higiena in možnost za dnevne aktivnosti) potrebe pacienta pri oskrbi;
- sposobnost upoštevati individualne potrebe pacienta skozi življenjska obdobja, v zdravju in bolezni;
- usvojitve znanja s področja zdravstvene nege in zmožnost apliciranja teoretičnega znanja v strokovno delo.

Prispevek mentorja oziroma učne enote k izobraževanju študenta na področju Zdravstvena nega starostnika z gerontologijo so:

- usposobljenost za holistično, tolerantno, skrbno in občutljivo obravnavo posameznika ali skupine;
- zagotavljanje in varovanje pravic in želja posameznikov in različnih skupin, razvoj veščin in spretnosti pri uporabi znanja na strokovnem področju;
- sposobnost povezovanja znanja z različnih področij, na katerih temelji zdravstvena nega;
- sposobnost vsestranskega in sistematičnega prilagajanja obravnave pacienta na relevantne fizikalne, socialne, kulturne, psihološke, spiritualne in družbene dejavnike;
- usposobljenost za prevzemanje odgovornosti pri profesionalnem delu;
- vključevanje profesionalne etike, pravne zakonodaje, prepoznavanje in uporaba moralnih in etičnih načel pri strokovnem praktičnem delu;

- uporaba informacijsko-komunikacijske tehnologije in sistemov na strokovnih področjih;
- usposobljenost za organizacijo in kooperativno timsko delo;
- poznavanje in uresničevanje različnih pravil, odgovornosti in funkcij v zdravstveni negi starejših ter sposobnost prilagajati pravila glede na pacientove potrebe;
- sposobnost prepoznati in interpretirati znake normalnega in spreminjajočega se zdravja (postavljanje negovalnih diagnoz);
- načrtovanje, izvajanje in evalvacija individualnih programov zdravstvene nege v sodelovanju s pacienti, oskrbovanci, svojci in drugimi;
- sposobnost vključevanja standardov kakovosti s kritičnim ocenjevanjem, interpretacijo, sintezo informacij in pomočjo pacientom pri izbiri;
- sposobnost spoštovati pacientovo dostojanstvo, zasebnost in zaupnost podatkov;
- izvajanje zaščitnih ukrepov za preprečevanje okužb;
- usposobljenost za izvajanje nujne medicinske pomoči;
- sposobnost za varno dokumentiranje medicinskih in drugih terapij;
- usposobljenost oceniti tveganje in aktivno promovirati zdravje, oceniti tveganje in skrbeti za varnost vseh ljudi v delovnem okolju;
- usposobljenost za kritično uporabo metodologije za evalvacijo in relevantnih standardov kakovosti.

3 Rezultati izvedenih intervencij v času kliničnega usposabljanja za prvi letnik

Anketiranje smo izvedli s študenti, ki so v prejšnjem študijskem letu opravljali klinično usposabljanje v prvem letniku in s študenti, ki so v preteklem študijskem letu opravljali klinično usposabljanje za drugi letnik.

Rezultati, ki jih prikazujejo naslednje tabele kažejo, da v veliki večini študentje v prvem letniku opravljajo intervencije in posege, ki so navedeni v prvem delu alinej iz poglavja 1.1, vendar so te vsebine v večini spoznali že med srednješolskim izobraževanje, torej na srednjih zdravstvenih šolah. Študenti in fakulteta si želimo več »treninga« intervencij, ki jih vključujejo kompetence diplomirane medicinske sestre in diplomiranih zdravstvenikov, čeprav je tudi osnovna nega primarna naloga diplomirane medicinske sestre in diplomiranega zdravstvenika.

3.1 Izkušnje študentov z negovalnimi intervencijami po zaključenem 1. letniku študija Zdravstvene nege

Tabela 1: Izvedene intervencije v času kliničnega usposabljanja v prvem letniku

<i>Ali ste se v kliničnem okolju srečevali z omenjeno negovalno intervencijo?</i>	<i>nikoli</i>	<i>opazovanje</i>	<i>izvedba ob mentorju vsaj 1x</i>	<i>Samostojna izvedba 1x</i>	<i>Samostojna izvedba 2x - 5x</i>	<i>Samostojna izvedba 6x ali več</i>	<i>Skupaj</i>
<i>Anogenitalna nega</i>	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	0 0,00%	1 3,70%	26 96,30%	27 100,00%
<i>Kopanje pacienta v kadi</i>	1 3,70%	1 3,70%	2 7,41%	2 7,41%	7 25,93%	14 51,85%	27 100,00%
<i>Kopel pacienta v postelji</i>	4 14,81%	1 3,70%	0 0,00%	1 3,70%	7 25,93%	14 51,85%	27 100,00%
<i>Nega ustne proteze</i>	1 3,70%	0 0,00%	0 0,00%	2 7,41%	5 18,52%	19 70,37%	27 100,00%
<i>Nega ustne votline</i>	0 0,00%	1 3,70%	0 0,00%	1 3,70%	5 18,52%	20 74,07%	27 100,00%
<i>Umivanje glave pacientu v postelji</i>	7 25,93%	2 7,41%	0 0,00%	5 18,52%	8 29,63%	5 18,52%	27 100,00%

<i>Striženje nohtov</i>	1	2	1	0	3	20	27
	3,70%	7,41%	3,70%	0,00%	11,11%	74,07%	100,00%
<i>Hranjenje pacienta</i>	0	0	1	0	0	26	27
	0,00%	0,00%	3,70%	0,00%	0,00%	96,30%	100,00%
<i>Obračanje pacienta - preprečevanje RZP</i>	0	1	0	0	1	25	27
	0,00%	3,70%	0,00%	0,00%	3,70%	92,59%	100,00%
<i>Aplikacija kisika</i>	3	5	6	1	9	3	27
	11,11%	18,52%	22,22%	3,70%	33,33%	11,11%	100,00%
<i>Aplikacija terapije i.m.</i>	1	4	7	2	6	7	27
	3,70%	14,81%	25,93%	7,41%	22,22%	25,93%	100,00%
<i>Aplikacija terapije i.v</i>	3	1	7	4	5	6	27
	11,11%	3,70%	25,93%	14,81%	18,52%	22,22%	100,00%
<i>Aplikacija terapije p.o.</i>	0	2	1	1	4	16	27
	0,00%	7,41%	3,70%	3,70%	14,81%	59,26%	100,00%
<i>Aplikacija terapije s.c.</i>	1	1	2	2	5	16	27
	3,70%	3,70%	7,41%	7,41%	18,52%	59,26%	100,00%
<i>Aspiracija – navadna</i>	7	8	2	2	4	4	27
	25,93%	29,63%	7,41%	7,41%	14,81%	14,81%	100,00%
<i>Aspiracija skozi tubus</i>	15	8	0	2	1	0	26
	55,56%	29,63%	0,00%	7,41%	3,70%	0,00%	96,29%
<i>Čistilna klizma</i>	2	9	7	3	3	3	27
	7,41%	33,33%	25,93%	11,11%	11,11%	11,11%	100,00%
<i>Hranjenje po NGS</i>	3	0	2	0	6	13	24
	11,11%	0,00%	7,41%	0,00%	22,22%	48,15%	88,88%
<i>Katetrizacija žene</i>	4	7	9	3	3	1	27
	14,81%	25,93%	33,33%	11,11%	11,11%	3,70%	100,00%
<i>Nastavljanje infuzije</i>	3	1	9	1	8	5	27
	11,11%	3,70%	33,33%	3,70%	29,63%	18,52%	100,00%
<i>Nastavitev i.v. kanala</i>	2	10	6	1	4	4	27
	7,41%	37,04%	22,22%	3,70%	14,81%	14,81%	100,00%
<i>Nastavitev podkožne infuzije (hipodermoklizza)</i>	13	7	2	2	2	1	27
	48,15%	25,93%	7,41%	7,41%	7,41%	3,70%	100,00%
<i>Nega stome (cisto., kolono. ...)</i>	6	5	5	3	3	5	27
	22,22%	18,52%	18,52%	11,11%	11,11%	18,52%	100,00%
<i>Odvzem venske krvi – z brizgo</i>	4	9	6	2	1	5	27
	14,81%	33,33%	22,22%	7,41%	3,70%	18,52%	100,00%
<i>Odvzem venske krvi – vacutainer</i>	2	6	6	2	3	8	27
	7,41%	22,22%	22,22%	7,41%	11,11%	29,63%	100,00%
<i>Preveza aseptične rane</i>	0	4	9	3	1	10	27
	0,00%	14,81%	33,33%	11,11%	3,70%	37,04%	100,00%
<i>Preveza septične rane</i>	1	3	8	3	2	10	27
	3,70%	11,11%	29,63%	11,11%	7,41%	37,04%	100,00%
<i>Priprava terapije p. o.</i>	4	4	7	2	2	8	24
	14,81%	14,81%	25,93%	7,41%	7,41%	29,63%	88,88%
<i>Priprava terapije i.v.</i>	4	2	10	1	1	8	26
	14,81%	7,41%	37,04%	3,70%	3,70%	29,63%	96,29%
<i>Priprava terapije i.m.</i>	2	4	9	3	1	8	27
	7,41%	14,81%	33,33%	11,11%	3,70%	29,63%	100,00%
<i>Priprava terapije s.c.</i>	0	7	6	3	2	9	27
	0,00%	25,93%	22,22%	11,11%	7,41%	33,33%	100,00%

<i>Snemanje EKG</i>	0	2	5	4	6	10	27
	0,00%	7,41%	18,52%	14,81%	22,22%	37,04%	100,00%
<i>Vstavljanje NGS</i>	6	12	5	2	2	0	27
	22,22%	44,44%	18,52%	7,41%	7,41%	0,00%	100,00%

Vir: Anketni vprašalnik, 2017.

V prvem delu tabele smo navedli predvsem tiste negovalne intervencije, s katerimi so se študentje, ki so končali srednje zdravstvene šole, srečevali in se jih učili že v času srednješolskega izobraževanja. Klinična praksa v času srednješolskega izobraževanja poteka večinoma v domovih starejših občanov, nekaj pa tudi v bolnišnicah, predvsem na oddelkih z odraslo populacijo in kjer je potreba po negi nekoliko večja.

V tabeli 1 vidimo, da intervencije, ki se nanašajo na nego in splošna znanja, ki so jih osvajali v srednji šoli, opravijo samostojno vsi. Vsi so izvajali anogenitalno nego, umivanje, hranjenje in obračanje pacienta. V drugem delu tabele opazimo, da je pri zahtevnejših postopkih odstotek manjši. Najvišji odstotek dosega subcutana aplikacija zdravil, sledi pa per os aplikacija zdravil. Pri tem smo upoštevali to, da je poseg oziroma intervencijo študent izvedel samostojno vsaj enkrat, odstotek pa je še nekoliko višji, če bi upoštevali tudi samostojno izvedbo posega ob mentorju. Najvišji odstotek, glede na število samostojnih izvajanj dosega intervenciji aplikacije zdravil subcutano aplikacija terapije per os. (59,26 %), sledi pa intervencija hranjenja pacienta po NGS (48,15 %). Tem sledijo preveza septične in aseptične rane ter snemanje EKG-ja (37,04 %). Vse ostale intervencije so ocenjene nekoliko slabše, najmanj pa so študenti v prvem letniku opravljali intervencijo vstavljanja NGS in sterilne aspiracije skozi tubus.

3.2 Skupni rezultati študentov, ki so v letošnjem študijskem letu vpisani v drugi in tretji letnik

Z namenom spremljanja napredka v izvedenih intervencijah v kliničnem okolju, smo isto anketo izvedli tudi med študenti, ki so zaključili 2. letnik ter v tabeli 2 predstavljamo skupne rezultate.

Tabela 2: Izvedene intervencije (letos vpisanih študentov v drugi in tretji letnik) med opravljanjem kliničnega usposabljanja

	<i>nikoli</i>	<i>opazovanje</i>	<i>izvedba ob mentorju vsaj 1x</i>	<i>Samostojna izvedba 1x</i>	<i>Samostojna izvedba 2x - 5x</i>	<i>Samostojna izvedba 6x ali več</i>	<i>Skupaj</i>
<i>Anogenitalna nega</i>	0	0	0	0	1	64	65
	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	1,54%	98,46%	100%
<i>Kopanje pacienta v kadi</i>	1	1	3	5	12	43	65
	1,54%	1,54%	4,62%	7,69%	18,46%	66,15%	100%
<i>Kopel pacienta v postelji</i>	6	3	0	4	14	38	65
	9,23%	4,62%	0,00%	6,15%	21,54%	58,46%	100%
<i>Nega ustne proteze</i>	2	0	0	2	14	47	65
	3,08%	0,00%	0,00%	3,08%	21,54%	72,31%	100%
<i>Nega ustne votline</i>	0	1	0	1	15	48	65
	0,00%	1,54%	0,00%	1,54%	23,08%	73,85%	100%
<i>Umivanje glave pacientu v postelji</i>	15	2	2	9	23	14	65
	23,08%	3,08%	3,08%	13,85%	35,38%	21,54%	100%
<i>Striženje nohtov</i>	1	2	1	1	14	46	65
	1,54%	3,08%	1,54%	1,54%	21,54%	70,77%	100%
<i>Hranjenje pacienta</i>	0	0	1	0	0	64	65
	0,00%	0,00%	1,54%	0,00%	0,00%	98,46%	100%

<i>Obračanje pacienta - preprečevanje RZP</i>	0	1	0	0	3	61	65
	0,00%	1,54%	0,00%	0,00%	4,62%	93,85%	100%
<i>Aplikacija kisika</i>	4	7	9	3	18	24	65
	6,15%	10,77%	13,85%	4,62%	27,69%	36,92%	100%
<i>Aplikacija terapije i.m.</i>	1	6	10	8	15	25	65
	1,54%	9,23%	15,38%	12,31%	23,08%	38,46%	100%
<i>Aplikacija terapije i.v.</i>	3	2	16	6	16	21	65
	4,62%	3,08%	24,62%	9,23%	24,62%	32,31%	100%
<i>Aplikacija terapije p.o.</i>	0	4	3	3	11	41	65
	0,00%	6,15%	4,62%	4,62%	16,92%	63,08%	100%
<i>Aplikacija terapije s.c.</i>	1	5	7	4	14	33	65
	1,54%	7,69%	10,77%	6,15%	21,54%	50,77%	100%
<i>Aspiracija – navadna</i>	14	16	9	6	12	8	65
	21,54%	24,62%	13,85%	9,23%	18,46%	12,31%	100%
<i>Aspiracija skozi tubus</i>	32	14	6	4	5	3	64
	49,23%	21,54%	9,23%	6,15%	7,69%	4,62%	98,5%
<i>Čistilna klizma</i>	6	15	16	7	14	7	65
	9,23%	23,08%	24,62%	10,77%	21,54%	10,77%	100%
<i>Hranjenje po NGS</i>	4	0	3	1	14	40	62
	6,15%	0,00%	4,62%	1,54%	21,54%	61,54%	95,4%
<i>Kateterizacija žene</i>	7	19	21	7	7	4	65
	10,77%	29,23%	32,31%	10,77%	10,77%	6,15%	100%
<i>Nastavljanje infuzije</i>	3	2	13	5	18	24	65
	4,62%	3,08%	20,00%	7,69%	27,69%	36,92%	100%
<i>Nastavitev i.v. kanala</i>	3	13	17	9	9	14	65
	4,62%	20,00%	26,15%	13,85%	13,85%	21,54%	100%
<i>Nastavitev podkožne infuzije (hipodermoklizza)</i>	30	16	9	4	3	3	65
	46,15%	24,62%	13,85%	6,15%	4,62%	4,62%	100%
<i>Nega stome (cisto., kolono. ...)</i>	12	10	10	8	9	16	65
	18,46%	15,38%	15,38%	12,31%	13,85%	24,62%	100%
<i>Odvzem venske krvi – z brizgo</i>	8	11	14	6	11	15	65
	12,31%	16,92%	21,54%	9,23%	16,92%	23,08%	100%
<i>Odvzem venske krvi – vacutainer</i>	4	7	9	7	7	31	65
	6,15%	10,77%	13,85%	10,77%	10,77%	47,69%	100%
<i>Preveza aseptične rane</i>	3	6	11	5	13	27	65
	4,62%	9,23%	16,92%	7,69%	20,00%	41,54%	100%
<i>Preveza septične rane</i>	3	4	12	4	14	28	65
	4,62%	6,15%	18,46%	6,15%	21,54%	43,08%	100%
<i>Priprava terapije p. o.</i>	6	10	13	4	8	24	65
	9,23%	15,38%	20,00%	6,15%	12,31%	36,92%	100%
<i>Priprava terapije i.v.</i>	6	4	20	3	8	23	64
	9,23%	6,15%	30,77%	4,62%	12,31%	35,38%	98,5%
<i>Priprava terapije i.m.</i>	3	9	17	7	6	23	65
	4,62%	13,85%	26,15%	10,77%	9,23%	35,38%	100%
<i>Priprava terapije s.c.</i>	4	9	15	4	9	23	64
	6,15%	13,85%	23,08%	6,15%	13,85%	35,38%	98,5%
<i>Snemanje EKG</i>	0	2	7	5	14	37	65
	0,00%	3,08%	10,77%	7,69%	21,54%	56,92%	100%
<i>Vstavljanje NGS</i>	22	29	8	2	3	1	65
	33,85%	44,62%	12,31%	3,08%	4,62%	1,54%	100%

Vir: anketni vprašalnik, 2017.

Rezultati iz tabele 2 kažejo dobro pridobivanje kompetenc v času kliničnega usposabljanja v 2. letniku študija, pa čeprav še vedno vsi študenti ne izvedejo intervencij, ki so predvidene z učnim načrtom. Žal je še vedno nekaj takih študentov, ki niso niti enkrat samostojno izvedli aspiracije dihalnih poti skozi tubus (n = 32) in teh je skoraj 50 %, navadne aspiracije (n = 14; 21,54 %), odvzema krvi z brizgalko (n = 8; 12,31%) ali z vakutainerskim sistemom (n = 4; 6,15 %), kateterizacije žene (n = 7; 10,77 %), hranjenja po NGS (n = 4; 6,15 %), preveze aseptične ali septične rane (n = 3; 4,62 %), aplikacije kisika (n = 4; 6,15 %), ali pa le pripravili terapijo, ne glede na mesto in način aplikacije.

4 Zaključek

Vse posege, postopke in intervencije, ki jih predvideva učni načrt, so študenti prvega letnika med kabinetnimi vajami pred vstopom v klinično okolje obravnavali in so uspešno opravili kolokvij. Ker ti študentje vstopijo po končanem izobraževanju v delovno okolje brez pripravništva, se moramo vsi zavedati, da so klinične vaje čas, ko morajo vse aktivnosti dodobra spoznati in jih usvojiti.

Dejstvo je, da je vključevanje študentov v izvajanje intervencij zdravstvene nege odvisno tudi od zainteresiranosti in volje posameznega študenta po učenju, vendar moramo vsi skupaj vztrajati, da med kliničnim usposabljanjem poizkusijo izvesti čim več intervencij, se seznaniti s čim več posebnostmi, ki jih čakajo, ko bodo samostojno stopili na poklicno pot. Zavedati se moramo, da so vsi študentje naši morebitni bodoči sodelavci.

LITERATURA

1. Draginc, A. in Laznik, G. (ur.) (2016). *Vodnik za klinične mentorje*. Pridobljeno 25. 11. 2017, s https://fzv.vs-nm.si/uploads/fzv_vodnik_za_mentorje_2017_www.pdf.

