

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO  
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

**KLINIČNI MENTOR – POMEMBEN  
ČLEN V IZOBRAŽEVANJU  
DIPLOMANTOV  
ZDRAVSTVENE NEGE**

*zbornik predavanj strokovnega  
izobraževanja za klinične mentorje*

Novo mesto, november 2015

VISOKOŠOLSKO SREDIŠČE NOVO MESTO  
FAKULTETA ZA ZDRAVSTVENE VEDE NOVO MESTO

**KLINIČNI MENTOR – POMEMBEN  
ČLEN V IZOBRAŽEVANJU  
DIPLOMANTOV ZDRAVSTVENE NEGE**

Zbornik predavanj strokovnega izobraževanja za  
klinične mentorje

Novo mesto, 24. november 2015

Klinični mentor – pomemben člen v izobraževanju diplomantov zdravstvene nege  
Zbornik predavanj strokovnega izobraževanja za klinične mentorje

*Izdala in založila / Publisher ©*

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto / Faculty of Health Sciences Novo mesto

*Urednica / Editor*

*Andreja Draginc*

*Recenzirala / Outside Reviewer*

*Mag. Ljiljana Leskovic*

Za jezikovno neoporečnost so odgovorni avtorji prispevkov.

*Tehnična urednika / Technical Editors*

Bojan Nose, Brigita Jugovič

*Natisnila / Printed by*

Tiskarna Cicero Begunje, d. o. o.

*Naklada / Circulation*

50

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

378.147:616-083(082)

STROKOVNO izobraževanje za klinične mentorje (2016; Novo mesto)

Klinični mentor - pomemben člen v izobraževanju diplomantov zdravstvene nege : zbornik prispevkov / Strokovno izobraževanje za klinične mentorje, Novo mesto, 24. november 2015. - Novo mesto : Fakulteta za zdravstvene vede, 2016

ISBN 978-961-93575-9-0

I. Gl. stv. nasl.

283467264

# VSEBINA

<i>Dr. Vislava Globevnik Velikonja</i> Soočanje s kriznimi situacijami in stresom v kliničnem okolju	5
<i>Vesna Zupančič</i> Socialno pedagoški pristop k študentu v krizi	15
<i>Andreja Draginc</i> Klinično usposabljanje na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto	27
<i>Tjaša Kladnik, Helena Bobik, mag. Ljiljana Leskovic</i> Izkušnje študentov na kliničnem usposabljanju v tujini	39
<i>Alenka Vipavec Mahmutović, Marija Bartolj</i> Klinično usposabljanje v Domu starejših občanov Črnomelj	44
<i>Vlasta Curhalek, Marko Miklič</i> Klinično usposabljanje v Zdravstvenem domu Krško	54
<i>Zdenka Seničar</i> Klinično usposabljanje v Splošni bolnišnici Novo mesto	56



# **Soočanje s kriznimi situacijami in stresom v kliničnem okolju**

## **1 Uvod**

Hans Selye (1907-1982) je leta 1934 na Montrealski Univerzi pri poskusih z miškami odkril stresni odgovor. Ugotovil je dvoje:

1. Telo podobno odreagira na različne strese.
2. Stresorji lahko vodijo v bolezni.

Slednje je zlasti pomembno, saj trajajoč, kronični stres povzroča človekovo občutljivost za motnje (fizične in psihične). Raziskovalci so odkrili povezavo med stresom in različnimi boleznimi, kot so: rak, bolezni srca, diabetes, artritis, astma, prebavne motnje, depresija, animoznost ... To postaja glavna tema zdravstvene psihologije. (1)

Stres obravnavamo predvsem s treh vidikov: z osebnega, v kolikor se nanaša na človekovo počutje oziroma zdravje, z vidika delovnega mesta in vrste dela, ki ga posameznik opravlja, ter z ekonomskega vidika, ki se nanaša na blaginjo posameznika ali ožje skupine. Zaradi nas samih in zaradi dela, ki ga opravljamo, je zelo pomembno, da se zavedamo, kdaj smo v stresu. (2)

Zdravstvena nega že zelo dolgo velja za enega najbolj stresnih poklicev na svetu. Vse raziskave glede tega so si enotne: večplastni pritiski, ki so jih medicinske sestre deležne pri vsakodnevem delu (slabša ekonomska situacija, nezmožnost odmika od naporov in manjša avtonomija pri delu), povzročajo prekomeren stres in visoko stopnjo izgorelosti. (1-3)

## **2 Stres**

Stres je del življenja in brez malo stresa bi bil naš svet dolgočasen. Če pa stres preobremeni naše sposobnosti za spoprijemanje z njim, lahko oškoduje naše zdravje. Z besedo stres opisujemo dvoje:

1. Stresni dražljaj ali stresor.
2. Fizični ali psihični odgovor na stresor; proces doživljanja in odgovarjanja na

stres, ki lahko spodbuja (EU stres) ali ogroža.

Stres je fiziološki odgovor na psihološki ali fizični stresor (notranji ali zunanji, realen ali namišljen). Posameznikove osebnostne značilnosti in življenjske okoliščine prispevajo k osebni izkušnji. Fiziološki stresni odgovor je namenjen vzdrževanju homeostaze in rezultat je običajno uspešna prilagoditev ali rešitev problema. Če so zahteve oz. grožnje stalne ali prevelike za posameznikove kapacitete, lahko pride do psiholoških in bioloških sprememb, ki vodijo do negativnih posledic za zdravje. Tako pojmovanje predstavlja bio-behavioralni model stresnega procesa. Tako so lahko debelost, inzulinska rezistenca, kardiovaskularne bolezni, metabolni sindrom potencialne dolgoročne posledice spremenjenega metabolizma, ki spremlja kronično aktivacijo fiziološkega stresnega odgovora. (4) Optimizem, zadovoljstvo in socialna podpora so prepoznani kot zaščitni dejavniki pri zniževanju stresa in boljšem izidu zdravljenja. Nasprotno sta anksioznost in depresija pokazatelj »distresa« in prepoznani kot prispevek k stresnemu odgovoru. Prav tako številne študije podpirajo ugotovitev, da višji nivo stresa vodi k razvoju anksioznosti in depresije. (5) Mehanizmi, ki so vključeni v fiziološki odgovor v stanju distresa imajo lahko seštevajoč, interaktiven ali neodvisen učinek na odgovor na stres. Posamezniki razvijejo vedenja kot strategijo za spoprijemanje s stresom, ki so včasih učinkovita (dovolj spanja, gibanje, metode zmanjševanja stresa), včasih pa celo škodljiva (kajenje, zloraba drog, slaba prehrana). (4)

Stresni odgovor je bil evolucijsko razvit kot reakcija »boj ali beg« in je zapletena povezanost med osrednjim živčevjem, endokrinim in imunskim sistemom. Center stresnega sistema leži v hipotalamusu, ki povezuje limbični sistem z avtonomnim živčnim sistemom. Vzdražen hipotalamus sproži vrsto dogodkov preko živcev in hormonov. Sprožena stresna reakcija se bliskovito razširi po telesu predvsem preko simpatično-adrenergične vzdraženosti, vzdraženosti hipotalamično-hipofizno-nadledvične osi, vzdraženosti neuropeptidnega sistema in preko delovanja na imunski sistem. Mnoge živčne povezave sodelujejo v vedenjskem odzivu na stres. Zdrav fiziološki prilagoditveni odziv na stres ima značilen potek s hitrim pričetkom, ustreznim trajanjem in končanjem odziva. Patološki odziv na stres predstavlja preburen odziv ali nezmožnost telesa zaustaviti stresni odziv, tako da je stresna reakcija dolgotrajna in močna, kar lahko škoduje organizmu. (6) Proces vzdrževanja homeostaze zaradi kroničnega stresa opisujejo kot alostazo in pomeni proces adaptacije, kjer se doseže ravnovesje zunaj homeostatskega stanja, alostatsko oškodovanost pa kot stanje podvrženosti boleznim. (7)

## 2.1 Stres na delovnem mestu

Raziskave kažejo, da so zaposleni ljudje bolj srečni in zadovoljstvo na delovnem mestu povečuje zadovoljstvo s življenjem. Veliko raziskav pa proučuje tudi stres na delovnem mestu, njegove vzroke in posledice. (1) Evropska študija uvršča Slovence med prvih pet narodov po hitrosti pri delu in med zadnjih pet po ravnovesju med osebnim življenjem in kariero, seveda v škodo prvega. Ugotovljajo, da se je stres v

zadnjih 30 letih podvojil, medtem ko se obrambni mehanizmi telesa na stres niso bistveno spremenili. Tako trdijo, da moramo v novem okolju, kjer je posameznik podvržen večjemu stresu, spreminjati svoj način odzivanja na stres. Ker je stres stvar subjektivne percepcije, je treba vplivati na okolje tako, da bo percepcija stresa manjša. Delovne organizacije so tiste, ki bi v veliki meri lahko vplivale na to, da *vsota stresov ne bi bila tako velika, da bi lahko vplivala na slabšo učinkovitost, absenti-zem, nezadovoljstvo in razvoj bolezni.* (8)

Poklicna identiteta igra pomembno vlogo v biopsihosocialnem zdravju mnogih. Odraslo obdobje je tisto v katerem dosežemo izobrazbo, poklicne spretnosti in izkušnje za karierni uspeh. Ko so študente povprašali o najpomembnejših življenjskih ciljih, so se na vrh uvrstili 4 cilji povezani z delom. (1)

V človeku se prepletata dve temeljni potrebi - po avtonomnosti in povezanosti, ki omogočata, da je zadovoljen s seboj in v odnosu z drugimi ljudmi. Potreba po avtonomnosti pomeni, da želimo biti to kar smo, neodvisni in sposobni samostojnega in učinkovitega reagiranja, sposobni zavzeti neodvisno stališče, biti vredni samemu sebi. Potreba po povezanosti pa se kaže v naši potrebi, da nas drugi opazijo, cenijo, sprejmejo naše posebnosti, da smo vredni drugim. Obe potrebi ne moreta biti ena brez druge in se v življenju ciklično ponavljata ter se pogosto pojavljata istočasno. Na neki način šele v odnosu z drugimi doživimo samega sebe kot vrednega. Občutek, da smo pomembni za druge, nam daje občutek lastne vrednosti. Potreba, da pomagamo ljudem in ob tem doživimo lastno vrednost je osnova vsake pomoči. Obe potrebi sta pozitivni, ker pa največkrat nastopata istočasno, sta si nekako nasprotujoči in lahko vodita v stres. Usklajevanje obeh potreb je še posebej pomembno za poklice v zdravstveni negi, ki jih prvenstveno označuje skrb za druge. (9)

Delovno okolje medicinske sestre močno vpliva na razvoj poklicne identitete. Vloga medicinske sestre vsebuje določena pravila, norme vedenja, nanjo se vežejo tudi posebna pričakovanja in predstave. Na dobro poklicno identiteto in boljši občutek lastne vrednosti vpliva delo, ki omogoča osebnostno rast ter učinkovito in smiselno urejeno delovno mesto. (10)

Med razlogi za strese, ki jih ustvarja delo samo, organiziranost in klima so: kvaliteta medsebojnih odnosov; stopnja organiziranosti dela, ki preprečuje nepotrebno trošenje psihičnih in fizičnih moči; stopnja razmejitve kompetenc; stopnja timske organiziranosti; jasna in pretočna informiranost; medosebna podpora in pomoč; možnost izobraževanja in izmenjave izkušenj; narava dela s težkimi, umirajočimi bolniki; časovna stiska zaradi nepredvidljivosti delovnega procesa in kadrovske podhranjenosti; stalni pritisk odgovornosti zaradi naglih odločitev in potrebne nezmotljivosti; strah pred negativnim ocenjevanjem in kritiko s strani drugih; prekomerno delo; usklajevanje med delom in družino, strah pred izgubo službe. (3, 11)

Po izsledkih nedavne slovenske raziskave med zdravstvenimi delavci so medicinske sestre in družinske zdravnice podobno obremenjene po številu ur, ki jih opravijo, a biološki in imunološki markerji kažejo na večjo stopnjo stresa pri medicinskih



sestrah. Ugotavljajo, da je to lahko povezano s tem, da imajo medicinske sestre manj avtonomije pri svojem delu, so v slabšem ekonomskem položaju, nimajo možnosti, da bi se odmaknile od naporov, manj imajo tudi možnosti za določanje aktivnosti zunaj delovnega časa, kar je povezano z njihovim ekonomskim položajem. Prav tako so ugotovili, da je obremenitev z delom povezana s stopnjo napak, ki jih zaposleni storijo. Če so bolj obremenjeni, a v dobri fizični kondiciji, jih storijo manj. Če tak stres traja leta, je večja verjetnost pojava izgorelosti in psihosomatskih bolezni. (3)

## 2.2 Izgorelost ali burnout

Z izrazom »izgorelost« (angl. burnout), ki ga je prvi uporabil 1974 psiholog Freudenberger, običajno poimenujemo specifični sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu stresu in se pojavlja predvsem pri poklicih, za katere je značilno obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah, kjer je prizadeti posameznik zaradi reševanja tujih problemov prisiljen neprestano odrivati lastne. Vsi profili zdravstvenih delavcev izkusijo visoko stopnjo izgorevanja. Ocenjujejo, da prizadene 30-40% zdravnikov, 40% medicinskih sester, najpogostejša pa je izgorelost med tistimi, ki delajo v javnih zavodih, z umirajočimi in kronično bolnimi. (12)

Je sindrom, ki ima v MKB-10 oznako Z-730 in ima težke, dolgotrajne in mnogokrat nepopravljive posledice za zdravje. Izgorelost je napredujoč proces, ki poteka skozi tri faze:

1. emocionalna izčrpanost: občutek pomanjkanje energije in občutek, da so posameznikove emocionalne rezerve izrabljene, anksioznost, potrtnost, slabšo odpornost proti boleznim,...
2. depersonalizacija: negativnost, cinizem, pretirano »odmaknjeni« odzivi na druge ljudi pri delu, izbruhi jeze,...
3. znižano občutje osebne kompetentnosti in umik od dela: posameznik negativno ocenjuje samega sebe, poudarja upad lastne kompetentnosti in produktivnosti, počuti se manj učinkovit kot naj bi po svoji oceni bil, izostajanje z dela, povečano uživanje drog, adrenalna izčrpanost.

Za razliko od stresne, psihofizične izčrpanosti, od katere si posameznik po določenem predahu opomore, je pojav izgorelosti trajno, nepopravljivo stanje. Čeprav je izgorelost pogosto povezana z nerazpoloženostjo, to še ni stanje depresije. (13)

Izgorelost se kaže preko petih ključnih znakov:

- prevladujoči simptomi fizične utrujenosti,
- mentalna in čustvena izpraznjenost,
- pojav fizičnih simptomov stresa,
- povezanost teh simptomov z delom,
- pojav pri posameznikih, ki prej niso trpeli zaradi psihopatologije.

Simptomi so čustvene, kognitivne, vedenjske ali fizične narave. Razvijajo se počasi in so zato na začetku težko prepoznavni.

Rizični faktorji za izgorevanje so: značilnosti zdravstvene organizacije, organiziranost v delovnem okolju ter individualne značilnosti zaposlenih. (12)

Že Freudenberg je ugotavljal, da se pri nekaterih tipih osebnosti sindrom izgorelosti pokaže prej. Rizične osebnosti, ki so pri delu z ljudmi še bolj ogrožene, so:

- zavrti v medosebnih odnosih, ki imajo težave pri vzpostavljanju odnosov z nasprotnim spolom in jim je poklicno delo nadomestilo za zasebno življenje,
- avtoritarni, vodilni posamezniki, ki z ukazi bolj ustrahujejo kot vodijo in so zato prikrajšani za pristne človeške odnose,
- osebe, ki se niso naučile reči »NE«, se postaviti zase in razmejiti med »jaz« in »ti«,
- mladi z visoko postavljenimi zahtevami in pričakovanji, ki se še premočno poistotetijo z bolniki, ... (11)

### 2.3 Preventivne aktivnosti zoper sindrom izgorevanja

Preventivni ukrepi so cenejša in časovno manj potratna možnost kot izvajanje ukrepov, ko se izgorelost pri zaposlenih že pojavi. Eden najpomembnejših zaključkov študije Chernissa je bil, da si zdravstveni delavci lahko opomorejo od zgodnjega izgorevanja pri delu. Isti faktorji, ki pomagajo k okrevanju pri že delujočem sindromu izgorevanja, so tudi tisti, ki lahko preprečijo izgorevanje. To so predvsem:

- delovni pogoji, ki omogočajo dovolj avtonomnosti pri delu zdravstvenih delavcev,
- pomoč s strani dobre organizacije dela,
- skrb za interes za delo.

Preventivne aktivnosti morajo biti usmerjene v posameznika, delovno skupino in organiziranost. Pomembno je, da ublažimo medosebne konflikte, podpremo individualno iniciativo in nove pristope. Pristopi s tehnikami sproščanja, kognitivno vedenjsko terapijo, gradnjo teamov, skupine za samopomoč sorodnih poklicnih profilov v smislu Balintovih skupin, zmanjševanje stresa skozi pomoč supervizije, so koristni pri preventivi izgorevanja. (12)

## 3 Krizna situacija in travmatski dogodek

Krize so sestavni del življenja posameznika in večina jih uspe razreševati sama oz. ob pomoči svojih najbližjih. Vendar pa žal obstajajo tudi tako hude krizne situacije, da potrebuje posameznik pomoč strokovnjaka.

Krizna situacija pomeni porušenje duševnega ravnotežja (čustvenega, telesnega, kognitivnega), ki jo povzroči izguba nečesa pomembnega v življenju ali grožnja pred tako izgubo. Posameznik nastalo situacijo doživlja kot težko in izčrpajočo, kar presega njegove sposobnosti obvladovanja. Krizne situacije so: smrt bližnjega, izguba pomembnega odnosa, ločitev, napad, posilstvo, diagnoza resne bolezni, prometne, delovne, športne nesreče s hudimi posledicami, naravne katastrofe ...

Znaki kriznega stanja so intenzivna čustva kot npr. huda tesnoba ali žalost, zožena miselna pozornost, neurejeno mišljenje, nesposobnost odločanja, nenehna okupacija z izgubo, spremeni se doživljanje časa, spremenijo se tudi odnosi z drugimi (umik iz odnosov ali nenehna potreba po bližini drugih). Tak človek le s težavo funkcionira v vsakodnevni aktivnosti.

Za razliko od stresnih dogodkov, ki so vsakodnevno prisotni pri vseh, so travmatski redki in se ne dogajajo vsem. Soočanje ni odvisno od ocene situacije, ker je teža tako velika, da prizadene vsakega, ki ga doživi. Travmatske situacije so tako intenzivne, da je težko ponovno vzpostaviti ravnotežje, kasneje privede celo do osebnostnih sprememb. Travmatski dogodek vzbuja intenziven strah, občutek nemoči in groze. Te reakcije so univerzalne za vse ljudi. Reakcije na travmatski dogodek so lahko neposredne (otopelost, izogibanje občutkom – stanje brez občutkov, pozabljanje delov dogodka, nemoč), lahko pa se javijo kasneje kot posttravmatska stresna motnja (slike podoživljanja – “flash-back”, žalost, bolečina, izogibanje, strah, izmikanje pogovoru o dogodku, motnje pozornosti, prekomerna občutljivost). Te reakcije so normalne in pričakovane, lahko se pojavijo takoj ali čez nekaj mesecev, neodvisno od spola, starosti ali izobrazbe. Travmatski dogodek lahko pripelje ljudi v stanje popolne nemoči zaradi svoje nenadnosti in nesmiselnosti. Dolgoročno pride do porušanja svetovno nazorskih prepričanj, občutkov negotovosti v življenju, spremembe vrednot, pesimizma, ... Zato je pri nujenju pomoči pomembno, da se oseba čuti varno, da si lahko povrne zaupanje v svet okoli sebe in da lahko integrira dogodek v svoje življenjske izkušnje (3, 14).

### *3.1 Krizne intervencije*

Krizne intervencije niso niti svetovanje niti psihoterapija, pač pa psihološka prva pomoč v kriznih situacijah, ki so povzročile čustvene, kognitivne, telesne in vedenjske težave pri posamezniku. Pomagajo pri soočanju in razumevanju zunanjega dogajanja, lastnih reakcij pri vzpostavljanju kontrole nad situacijo in samim seboj. Krizna intervencija je večinoma enkratni dogodek in namenjen pomoči ljudem, da se lažje soočajo s travmatskim dogodkom, ga integrirajo in lahko nadaljujejo z normalnim življenjem. Cilj kriznih intervencij je preprečiti težje posledice kriznih oz. travmatskih dogodkov (15).

Krizo v delovni organizaciji sproži nagla in nepredvidljiva situacija, ki močno vpliva na čustveno stabilnost zaposlenih in delo. To so lahko elementarne nesreče, smrt sodelavca, samomor pacienta, kriminalni dogodki, kraja, ... Dogodek ogrozi delovanje organizacije, oddelka in dolgoročno vpliva na zdravje in koristi zaposlenih. Nujna je pravočasna in kvalitetna psihološka intervencija, ki običajno trajanje 3-4 ure in je skupinska. Cilj je čustveno in kognitivno soočanje, osvajanje različnih strategij za lažje obvladovanje na individualnem in skupinskem nivoju ter organizacija skupine za boljše delovanje glede na situacijo. Svetuje se, da v krizni intervenciji sodeluje čim večje število zaposlenih, vsekakor pa najbolj prizadeti (15).

## 4 Soočanje s stresom

Soočanje s stresom je lahko zdravo ali nezdravo in je odvisno od načinov, kako posameznik skuša preprečiti, odstraniti, oslabiti ali preprosto tolerirati stres. Pristop spopadanja s stresom lahko zajema na eni strani zbiranje informacij, neposredne aktivnosti za aktivno spopadanje s problemom, na drugi po izogibalne tehnike kot so umikanje, minimiziranje ali ne vključevanje v stresne dogodke.

Na problem usmerjeno soočanje s stresom je uporaba spretnosti za reševanje problemov v smislu predvidevanja in preprečevanja potencialnih stresorjev ali z neposredno konfrontacijo z virom stresa. Na čustva usmerjeno spopadanje s stresom pa označuje poskuse kontrole čustvenih odzivov na stres, vključno z distanciranjem od stresov ali s spremembo interpretacije stresa.

Ruminacija je neprestano razmišljanje o stresnem dogodku, kako se le ta povezuje s preteklostjo in prihodnostjo, ki pogosto posameznika še bolj vznemiri in pogloblja ruminacijo.

Čustveni pristop k soočanju s stresom zajema dva procesa: čustveno procesiranje in izražanje čustev. Predelava čustvenih odzivov na stresni dogodek je prilagoditvena in zdrava. Ni pa tako učinkovita pri moških z visoko stopnjo maskulinnosti in tistih z konfliktno spolno vlogo.

Kako se bodo ljudje soočili s stresnim dogodkom je odvisno od številnih zunanjih dejavnikov: družine, prijateljev, izobrazbe, zaposlenosti, časa, denarja in prisotnosti drugih stresorjev. Ljudje, ki razpolagajo z več viri pomoči, se s stresom bolje soočajo. Nižji socialno ekonomski status je močno povezan z zdravjem: več je kroničnih bolezni, poškodb, zgodnejše umrljivosti. Korenine lahko segajo tudi v zgodnje razvojno obdobje, ki je vplivalo na slabšo prilagoditev imunskega sistema.

V primerjavi z ženskami, moški reagirajo na stres z višjim porastom krvnega pritiska in določenih stresnih hormonov. Na splošno ženske poročajo o več simptomih stresa in so bolj čustveno odzivne na stres. Če ženske in moške izenačimo glede na socioekonomski status, pa razlike med spoloma izginejo. Ljudje iz višjega SES večkrat uporabljajo v stresu tehnike reševanja problema, ljudje iz nižjega SES pa imajo pogostejše stresni življenjski stil, ki omejuje posameznikove sposobnosti za spopadanje s stresom. (3)

### 4.1 Faktorji, ki vplivajo na spopadanje s stresom

Pogumni, trdni ljudje so bolj zdravi, ker jih stres redkeje preplavi. Pogum in odpornost v otroštvu pozitivno korelirata s fizičnim in psihičnim zdravjem.

Negativisti se nagibajo k opisovanju neuspehov kot stalnih, vsesplošnih, ponotranjenih, kar vodi v pesimizem, samoobtoževanje in depresijo. Optimisti pa so bolj zdravi in odporni na stres, imajo večji občutek kontrole in samoučinkovitosti, kar vodi v učinkovitejše spoprijemanje s stresom.

Možnost kontrole nad situacijo igra bistveno vlogo pri oblikovanju posameznikovega stresnega odgovora. Biološko, izpostavljanje stresu brez zaznave kontrole, aktivira avtonomni živčni sistem. Zaznava kontrole pa blaži vzdraženost zaradi stresa in poveča imunsko aktivnost.

Ponavljajoča se izpostavljenost nekontroliranemu stresu vodi v resignacijo, pasivno vedenje in naučeno nemoč. Študije pri starostnikih so pokazale, da nemoč lahko vodi v depresijo in zgodnejšo umrljivost. Negovalne sestre morajo spodbujati samostojnost in pustiti, da bolnik sam opravi, kar lahko.

Kardiovaskularna reaktivnost je biološki pokazatelj individualnih razlik v regulatorni kontroli stresa. Ljudje, ki so telesno aktivni, imajo običajno boljše strategije za spopadanje s stresom. Ljudje, ki nagibajo k obrambnemu mehanizmu potlačevanja lastnega čustvenega odziva, pogosteje razvijejo bolezni kot so astma, rak in diabetes.

Obstajajo močne povezave med potlačevanjem, izogibalnim vedenjem in različnimi oblikami negativnih čustev kot so pesimizem, depresija in generalizirana anksioznost. Ljudje, ki so zelo negativistični, so bolj napeti, anksiozni, negotovi, ljubosumni, sovražni in čustveno nestabilni.

Ljudje, ki so deležni več socialne podpore, se učinkoviteje spopadajo s stresom, kot tisti, ki se čutijo osamljeni. Poleg druženja, socialne vezi zagotavljajo tudi čustveno podporo, praktično pomoč in informacije.

Posamezniki, ki so bolj spretni v socialnih odnosih, ki znajo skrbeti za druge in dajati v odnosu, oblikujejo močnejšo socialno mrežo in tako prejmejo več socialne podpore. Socialna podpora ni vedno učinkovita, včasih se doživlja kot vmešavanje in ni to, kar posameznik potrebuje.

Drugi dejavniki, ki lahko pozitivno vplivajo na naše sposobnosti soočanja s stresom so: ohranjanje hvaležnega pogleda na življenje, smisel za humor, pogost smeh, ukvarjanje s hišnimi ljubljenci, duhovnost. Študije kažejo, da so ljudje, ki so aktivno verni, bolj zdravi in dlje živijo, kar pripisujejo različnemu življenjskemu stilu, socialni podpori in pozitivnim čustvom. (3)

#### *4.2 Terapevtske strategije za obvladovanje stresa*

Relaksacijske tehnike (progresivna mišična relaksacija, avtogeni trening, globoko dihanje, joga) in sprostitveni odgovor (vizualizacija, meditacija) lahko pomagata obvladovati različne s stresom povezane probleme: hipertenzijo, glavobol, kronično bolečino, anksioznost. Mindfulness (čuječnost; pozorna navzočnost) se usmerja na strukturirano meditacijo, ki zagotavlja čuječnost od enega trenutka do drugega, zavedanje brez presojanja in ocenjevanja.

Kognitivno vedenjska terapija je osnovana na našem načinu razmišljanja o okolju, ki bolj kot okolje samo, določa naš stresni odziv. Če spremenimo razmišljanje in posledično dosežemo pozitivne spremembe v vedenju, se bo stres zmanjšal. Kognitivno

vedenjski pristop je multimodalen in pomaga ljudem, da se s stresom spopadejo preden jih preplavi.

Tudi ekspresivno pisanje in druge tehnike, ki omogočajo čustveno izražanje imajo številne koristi za zdravje (3).

Za boljše obvladovanje stresov sodobnega življenja je potrebna motivacija za spremembo življenjskega sloga, kar pa je zelo težko doseči. V kliničnem okolju priporočajo boljšo komunikacijo (motivacijske razgovore) zdravnika s pacienti za spodbujanje k več gibanja. (16)

## 5 Zaključek

Ob vsesplošni stresnosti in čedalje večjih zahtevah do zdravstvenih delavcev po celostni obravnavi bolnikov, ne smemo pozabiti nase. Skrb zase, ki se v našem kulturnem okolju pre pogosto napačno razumeva kot egoizem, je predpogoj, da bomo dolgoročno lahko ohranjali lastno psihično in fizično zdravje in s tem orodje, s katerim bomo lahko poskrbeli za vse, ki so nam pomembni in zaupani: družino, bolnike, prijatelje, sodelavce in študente. Nenazadnje s svojim zgledom tudi vzgajamo mlajšo generacijo.

## LITERATURA

1. Abramašić L. Psihološke krizne intervencije. Zagreb: Društvo za psihološko pomoč, 2000.
2. Bouwkamp R. Osrednji pojmi družinskega sistema in odnosov. V: Velikonja V, Grgurevič J, Žemva B. (ur.). Izkustvena družinska terapija – teorija in praksa v Sloveniji- Ljubljana: Quatro. 1995.
3. Chrousos G. Stressors, stress, and neuroendocrine integration of the adaptive response. *Ann N Y Acad Sci.* 1998;851:311–35.
4. Ihan A, Resnik K. Occupational stress in health care workers : risk factors for increased morbidity. V: Ihan A. (ur.). Sledenje življenjskemu slogu za zdravje, moč in dolgo življenje - aktivno za delovni uspeh in preventivo zbolevanja : 3. mednarodni znanstveni simpozij : zbornik prispevkov z recenzijo = Active lifestyle tracking to increase health, strength and longevity - boosting work productivity and reducing sick leave : 3. international scientific symposium : proceedings. Žalec: RC IKTS, 2015: 43-50.
5. Kvas A, Seljak J. Slovenske medicinske sestre na poti v postmoderno. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2004.
6. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(1): 8–17.
7. Mramor M. Sindrom izgorevanja pri zdravstvenih delavcih. V: Bregant L. (ur.). Strah, bolečina, žalost-kako se z njimi soočata bolnik in zdravstveni delavec v perinatologiji. Ljubljana: Društvo za pomoč prežgodaj rojenim otrokom, 1997:87-89.

8. Musek J. Posttravmatska stresna motnja. V: Polič M. (ur). Psihološki vidiki nesreč. Ljubljana:URSZR, 1994.
9. Pačnik T. Medicinska sestra in stres. Zdravstveni obzornik, ISSN 0350-9516, 1992;26(1/2):15-20.
10. Pšeničny A. Prepoznavanje in preprečevanje izgorelosti. Radovljica: Didakta; 2008.
11. Rakovec-Felser, Zlatka. Sindrom „burnout“ ali sindrom izgorelosti medicinske sestre. Obzornik zdravstvene nege, 1996; 30 (1/2): 29-32.
12. Scales R, Miller JH. Motivational techniques for improving compliance with an exercise program: skills for primary care clinicians. *Curr Sports Med Rep.* 2003 Jun;2(3):166-72.
13. Shannon M, King TL, Kennedy HP. Allostatic: A theoretical framework for understanding and evaluating perinatal health outcomes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36:125–34.
14. Starc R. Stres in njegove posledice na srčno – žilni sistem. V: Kvas A, Sima D, Kaučič BM (ur). Preprečimo, da nas stresa stres na delovnem mestu: zbornik predavanj, Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, 2009.
15. Straub RO. *Health psychology: a biopsychosocial approach.* New York: Worth Publisher, 2014.
16. Tušak M, Kovač E, Blatnik P, Žilavec I. Psychological aspects of absenteeism and possible interventions. V: Ihan A. (ur.). Sledenje življenjskemu slogu za zdravje, moč in dolgo življenje - aktivno za delovni uspeh in preventivo zbolevanja : 3. mednarodni znanstveni simpozij : zbornik prispevkov z recenzijo = Active lifestyle tracking to increase health, strength and longevity - boosting work productivity and reducing sick leave : 3. international scientific symposium : proceedings. Žalec: RC IKTS, 2015: 25-35.



# Socialno pedagoški pristop k študentu v krizi

## 1 Uvod

Osrednja usmeritev prispevka je proučevanje izobraževanja študentov zdravstvene nege iz vidika idealnega tipa podpore na kliničnem usposabljanju in znotraj tega vloge kliničnih mentorjev za podporo študentu v času krize. Pri tem je kot možni način podpore študenta v krizi predstavljen socialno pedagoški pristop. »Cilj vseh socialno pedagoških intervencij je nuditi pomoč ljudem različnih starosti v razvojnih krizah ter konfliktnih, stresnih in življenjsko obremenjujočih situacij s ciljem, da se integrirajo v socialno (klinično) okolje, in to s pomočjo pedagoških pristopov, metod in strategij« (Skalar, 2006, str. 20). Socialna pedagogika je tako kot zdravstvena nega v funkciji družbe, saj je pozorna na to, kaj neka družba v danem trenutku »misli« o izobraževanju in vzgoji, o odnosu med posameznikom in družbo, ter o družbeni blaginji za svoje marginalizirane člane (Mollenhauer, 1964). Znanje črpa iz teorij in konceptov sorodnih disciplin, kot so sociologija, psihologija, vzgoja in edukacija, filozofija, medicina ali socialno delo (Hatton, 2013). Temelji na humanističnih vrednotah: poudarjanje človeškega dostojanstva, medsebojnega spoštovanja, zaupanja in brezpogojne enakosti, ne glede na različne osebne okoliščine, vlogo ali trenutno krizo posameznika. V osnovnih principih delovanja je zelo podobna zdravstveni negi, tako pri pristopu k obravnavi pacienta kot v izobraževanju, zato je medsebojno dopolnjevanje pristopov obeh disciplin možno, včasih nujno za obogatitev obeh in boljši rezultat pri subjektu delovanja.

Pri pristopu kliničnega mentorja k študentu na kliničnem usposabljanju se v vzgojno izobraževalnem odnosu med njima pojavi tudi fenomen transfera. Ta se v predvsem v vzgojnem delu odnosu pojavi povsem naključno in neodvisno od naše volje oziroma pričakovanj. Strokovno usposobljen vzgojitelj v kliničnem okolju je fenomen transfera dolžan teoretično spoznati in praktično prepoznati v realni klinični pedagoški situaciji. Vzgoja oziroma možnost ustvarjanja vzgojnih učinkov v različnih okoljih mnogokrat temelji na iracionalnih momentih. Ta značilnost poklicnega pedagoga ali drugega subjekta, npr. kliničnega mentorja ne odvezuje, da jih ne bi proučeval, jih poskušal razmeti in v svoji poklicni dejavnosti zavestno vključevati v pedagoško prakso. Pri tem je treba opozoriti na prepoved zlorabljanja čustvene dojemljivosti (»sugestibilnost«) poslušalcev. Da vplivanje na njihove emocije ne sme



biti pomembnejše od odkrivanja in posredovanja resnice je opozoril že grški filozof Sokrat (Kroflič 1997, str. 66). Njegov model modrosti in pedagoškega delovanja vzpostavi praktično vse dimenzije pedagoške avtoritete in erosa. Gogala (1932/33) je zapisal, da sta pedagoški eros in notranja duhovna moč (osebna avtoriteta) ključ za uspešno vzgojno delovanje. Zato je pedagoški eros in pedagoški čut najlažje vzbuditi in oblikovati v nekem človeku, npr. študentu na tak način, da vpliva nanj neposredni, toda zelo močni in pristni pedagoški eros in čut drugega človeka/kliničnega mentorja. Gogala (1936/37, str. 115) navaja tudi: »Osebna vzgojiteljeva ljubezen ne dela učitelja za popustljivo dobričino, temveč mu odpira globok in razumevajoč pogled za življenje učečih, pogled, ki je dan človeku samo v neposrednem in toplem osebnem odnosu do ljudi. Zato pedagoški eros ne škoduje učitelju (na fakulteti ali kliničnemu mentorju na kliničnem usposabljanju), mu ne jemlje avtoritete, pač pa mu odpira duše učencev...«.

Kriza je situacija, ki izhaja iz spremembe zunanjega ali notranjega okolja posameznika. Označujejo jo tri nujne in zadostne zaznave dela odgovornih odločevalcev: ogroženost temeljnih vrednot, nujnost in negotovost (Stern, 1999). Kriza je na splošno resno stanje, ki zahteva ukrepanje (Nickson in Siddons, 2006). Prepoznane so bile tri značilnosti vsake krize. Prva je nenadnost; kljub temu, da so lahko nekatera znamenja krize videna že pred njenim nastankom, je kriza vedno nepričakovana. Druga značilnost je negotovost, na kar ima velik vpliv pridobivanje dovolj kakovostnih informacij za odločanje. Tretja skupna značilnost vseh kriz pa je časovni pritisk, kar zahteva hitro sprejemanje odločitev in obvladovanje stresa vseh udeležencev v krizi (Novak, 2002). Za bolj učinkovito delo s študenti na kliničnem usposabljanju je tako smiselno poznavanje izkustveno najbolj uporabnih tehnik/ metode razbremenjevanja občutkov socialne in učne neadekvatnosti pri študentih. V kontekstu razvijanja problemske senzitivnosti in sposobnosti- je nujno vsaj spoznavanje temeljnih modelov reagiranja na problemske situacije in načinov njihovega reševanja (Blažič, 2003).

### *1.1 Kriza pri študentu na kliničnem usposabljanju*

Pri študentu na kliničnem usposabljanju lahko pride do razvojne ali situacijske krize. Razvojne krize so pričakovane in so sestavni del življenja vsakega posameznika (Kogovšek in Škerbinek, 2002). Tako poznamo adolescentno krizo, krizo srednjih let, krizo identitete, itd. Za mladostništvo, ki se zaključi šele med dvaindvajsetim in štiriindvajsetim letom, so značilne psihološke spremembe na spoznavnem, socialnem, socialnokognitivnem, čustvenem in drugih področjih razvoja (Zupančič, 2004). Mladostniki postajajo sposobni reševati vedno bolj abstraktne (formalnološke) naloge, pri katerih operirajo z abstraktnimi pojmi, pri logičnem sklepanju pa upoštevajo splošne odnose med predmeti, dogodki in idejami, izražajo več spominskih, besednih, prostorskih in drugih specifičnih sposobnosti ter imajo več splošnega znanja (Zupančič in Svetina, 2004). Osebnostne poteze mladostnikov, ki jih je potrebno upoštevati pri podpori študentu so: odprtost, dejavnost, uvidevnost, pogled na svet, čustvovanje, družabnost, sprejemljivost, antagonizem (nasprotovanje, tek-

movalnost), moč volje, vestnost, vrednotenje dosežka, ugodljivost, odkrenljivost, inteligentnost, organiziranost, nevroticizem (čustvena labilnost, nezadovoljstvo, depresivno razpoloženje), boječnost, socialna plašnost (Halverson idr., 2003). Mladostniki za razliko od otrok postajajo vedno bolj sposobni samouravnavanja svojega odzivanja, kar jim omogoči načrtovanje in organiziranje dejavnosti, ki vključujejo odložitev zadovoljitve (Zupančič in Svetina, 2004). Roberts in DelVecchio (2000, v Kavčič, 2004) sta izvedla metaanalizo 152 raziskav temperamenta in osebnostih lastnosti, ki so zajemale vzorce udeležencev od dojenčkov do pozne starosti. Med velikimi petimi osebnostnimi potezami sta bili od otroštva do odraslosti najstabilnejši osebnostni potezi ekstravertiranost (odprtost) in sprejemljivost, ostale pa so bolj spremenljive.

Situacijske krize so naključne in jih ne moremo vnaprej predvideti. To so različne nesreče, neljubi dogodki, izgube, težave v zdravju, študijski neuspehi. Neljubi dogodek je vsak dogodek, kjer je prisotno neprimerno vedenje, neprimeren odnos, ne spoštovanje hišnega reda, dolžnosti in dogovorov udeleženca. Neljubi dogodek, ki sproži krizo pri študentu je tudi: pritožba na študenta, pritožba, poškodba, strokovna napaka, incidenti, kjer je bil študent soudeležen ali kot očitavec in obstajajo možnosti kasnejših posledic na zdravju študenta.

Kriza se kaže s številnimi znaki na duševnem in telesnem področju. Med telesne znake sodijo: nespečnost, nemir, utrujenost, pomanjkanje teka, glavobol, motnje v delovanju srca in prebavil. Na duševnem področju se krizno stanje kaže:

- z zmanjšano sposobnostjo za razmišljanje o čemer koli drugem razen o svojem problemu,
- z zmanjšano pozornostjo pri delovanju,
- z občutki tesnobe in strahu, osamljenosti, čustvene stiske, ki je prizadeti ne more kontrolirati in zato išče pomoč drugih,
- s spremenjenim odnosom do ljudi, v katerih vidi samo pomočnike v razreševanju problema,
- z izgubo samozaupanja in neodvisnosti ter motivacije za aktivnost in novo učenje.

Možen je pojav socialnih in učnih neadekvatnosti in s tem potencialna nevarnost nehotenega ogrožanja varnosti sebe, pacientov in ostalih udeleženi v obravnavi pacienta ter vstop v »situacijo verižnih neuspehov«.

### *1.2 Obvladovanje socialnih in učnih neadekvatnosti pri študentih*

Dejstvo je, da je za uspešno premagovanje krize in socialnih in učnih neadekvatnosti pri študentih najprej pomembno oceniti dejavnike ravnotežja: doživljanje kriznega dogodka, podporo s strani bližnjih v situaciji in osebnostne lastnosti prizadetega. Vsaka kriza gre skozi več stopenj, ki zahtevajo značilno ukrepanje: (1) odkrivanje opozorilnih znakov krize, na katere mora biti oseba pozorna, saj pravočasno odkrivanje lahko prepreči krizo, (2) preprečevanje in priprava na krizo, (3) obvladovanje

na časovno omejevanje in preprečevanje širjenja, (4) okrevanje in (5) učenje iz krize (Fearn–Banks, 1996).

Beseda intervencija pomeni dobrohotno posredovanje, poseg ali pomoč. Za pristop k reševanju krize so potrebne: komunikacijske (socialne, emocionalne in kognitivne) spretnosti, razumevanje in obvladovanje različnih učno-vzgojnih oblik in metod dela (metode preventivnega, vzgojnega, kompenzacijskega ter socialno in osebno integrativnega delovanja), obvladovanje individualnega in skupinskega vzgojno svetovalnega dela ter delo na sebi: introspekcija (opazovanje lastnih čustev, hotenj ali misli, samoopazovanje), avtorefleksija (miselna sposobnost razmišljanja o samem sebi) in samoevalvacija (samocenjevanje glede na doseganje zastavljenih ciljev, v primerjavi z oceno drugih), kar opisujeta Kobolt (2015). Navajata tudi, da gre pri konceptu življenjske usmerjenosti za strokovno delo, ki se nanaša na spodbujanje in pomoč pri oblikovanju takšnih razmer, ki omogočajo izobraževanje, vzgojo, socialno in osebno realizacijo posameznika znotraj ožjega in širšega življenjskega konteksta, kar za interveniranje pomeni izhajanje iz in upoštevanje danih življenjskih struktur posameznikov, skupin. Podajata naslednja navodila:

- Usmerjeni smo v podporo in spodbujanje močnih točk in lastnega prispevka sodelujočih oziroma vpletenih, da izhajamo iz obstoječih osebnostnih, materialnih in socialnih virov posameznikov, skupin in njihovega okolja ter podpiramo kreativnost in iniciativnost pri premagovanju realnih življenjskih situacij in ovir, prispevamo k samopotrjevanju in individualizaciji ter smo odprti za pluralizacijo življenjskih stilov.
- Skušamo preseči vsakodnevno komunikacijo tako, da odzive in posege oblikujemo s strokovno vednostjo in zavedanjem. Delujemo ciljno in usmerjeno, z željo po razumevanju, podpori in doseganju sprememb študentovega doživljanja, mišljenja in ravnanja. Osnovni pogoj za spremembo je, da komunikacijski partner (študent) začuti dovolj varnosti, da izrazi svoj položaj.
- Odnos, ki omogoča takšno pripoved in s tem samorefleksijo kot pogoj za začetek spreminjanja, se začne takrat, ko klinični mentor sprejme študenta in njegov položaj, ter takrat, ko študent tvega spreminjanje. Osnovni cilj eksternalizacije je, da s pomočjo pripovedi o tem, kaj doživlja in želi, študent samoreflektira svoj položaj. S tem se lahko od njega distancira, spozna napetosti in motnje, ter se odloči za spreminjanje.
- V modelu integriranih oblik pomoči je za organizacijo in koordinacijo odgovoren tisti, ki je študenta »sprejel v sistem«, kar tega strokovnjaka postavlja v vlogo koordinatorja in povezovalca med različnimi oblikami pomoči.

Osnovni predpogoj za uporabo in izpeljavo metod je, da jih je mogoče načrtovati in v konkretni situaciji bolj ali manj verodostojno načrtu izpeljati. Temeljna sestavina metodičnega delovanja je ciljnost, pri čemer sta cilj in metoda v neprestani interakciji. Lewin je pred dobrimi 40 leti podal znamenito formulo  $V = f(P+O)$  / vedenje je funkcija posameznika in okolja. Tudi sistemska teorija nas uči, da so spremembe v po-

sameznikih tesno povezane s spremembami v zanj pomembnih okoljih. Tri področja sprememb, ki jih skušamo s posegi dosegati na ravni posameznika (Kobolt, 2015):

- kognitivno: spoznati in sprejeti, da so problemi sestavni del življenja, poglobljene spoznanja samega sebe in drugih, sodelovanje z drugimi in učenje eden od drugega,
- emocionalno: čutiti sprejetje in povezanost, izkusiti da so drugi pripravljene pomagati, čustvena izmenjava v polnovrednih socialnih odnosih in
- vedenjsko: testiranje realnosti in preizkušanje novih vedenjskih vzorcev ob podpori, usmerjanju in pomoči, sproščanje napetosti in konfliktov, ter učenje uspešnejših oblik razreševanja težav, socialna interakcija in prevzemanje odgovornosti za posledice svojega ravnanja.

Če bi cilje na ravni opolnomočenja posameznika (študenta) strnili, bi lahko rekli, da so cilji interveniranja: povečati znanje in veščine za uspešnejše reševanje problemov, vplivati na dvig kompetentnosti, prispevati k spoznanju o lastni vrednosti in sposobnosti za reševanje problemov ter s tem k opolnomočenju, zmanjšati negotovost, sprostiti zavrte potenciale in napetosti zaradi neuspešnega reševanja različnih situacij- analizirati problemsko situacijo iz novih zornih kotov, motivirati za iskanje novih konstrukcij realnosti- spodbujanje novih strategij vedenja, upoštevanje meja in možnosti spreminjanja posameznika in delov njegovega socialnega sistema, povečati gotovost pri izbiranju in sprejemanju rešitev ter načrtovanje prihodnosti, izboljšati uvid v svoje probleme in probleme okolja, spoznati ozadje svojega ravnanja, mišljenja in čustvovanja, ter razlogov za ravnanje- izboljšati vključenost v družbeno okolje skozi pridobivanje konstruktivnega in ustvarjalnega delovanja na širšem socialnem področju (Kobolt, 2015).

### *1.3 Namen in cilji raziskave*

Namen raziskave je prispevati k razvoju idealnega tipa podpore študentu na kliničnem usposabljanju in znotraj tega vloge kliničnih mentorjev za podporo študentu v času krize ter ob tem za kakovost in varnost obravnave pacientov. Cilj raziskave je izbrati nekatere metode/orodja, ki se uporabljajo v socialno pedagoškem pristopu obravnave subjekta in jih predstaviti na način, da so lahko kliničnim mentorjem v pomoč pri podpori študentom v krizi.

Temeljno zastavljeno raziskovalno vprašanje je bilo: »Katere socialno pedagoške intervencije je mogoče uvesti v konkretne učno-vzgojne in socialno-učne situacije ob pojavi krize pri študentu na kliničnem usposabljanju?«

## **2 Metode**

Uporabljen je bil kvalitativni raziskovalni pristop. Z analizo vsebine relevantnih pisnih virov so bile izbrani dve metodi/ orodja. Sledilo je reflektiranje izkušenj iz neposrednega kliničnega okolja in njihova simulirana aplikacija v vsakdanje delovanje

izvajalcev zdravstvene nege, ki so hkrati tudi klinični mentorji študentom zdravstvene nege v sistemu kliničnega usposabljanja dodiplomskega strokovnega študijskega programa zdravstvene nege.

## 3 Rezultati

### 3.1 Metoda LEAP

Metoda LEAP temelji na psihoterapevtski tradiciji, katere avtor je Amador (2013) in se neposredno loteva problema področja uvida v lastno situacijo, kar privede do spremembe pri vedenju. Metoda LEAP (prev. preskok) se udejanja v štirih fazah: poslušanje, empatija, strinjanje in tovarištvo (sl. PEST).

#### 1. poslušanje

Predstavlja poskus razumevanja osebe, na način resničnega poslušanja in (ne)odzivanja na čustva, potrebe in prepričanja osebe. Pravilno delovanje je, da poslušalec sprašuje na način, da vodi pogovor oseba sama. V Tabeli 1 je predstavljenih 7 vodil za poslušanje z zrcaljenjem.

Tabela 1: Sedem vodil za poslušanje z zrcaljenjem ter simulirana aplikacija

	<i>Vodilo</i>	<i>Transfer</i>
1	Zagotovite občutek varnosti.	vzamemo si dovolj časa, ko ni verjetnih takojšnjih neposrednih obveznosti pri pacientih, opravičilo in priznavanje, če smo študentu vzbudili občutek pomanjkanja varnosti (v primeru odsotnosti določimo kompetentno nadomestno osebo).
2	Spoznajte lastne strahove.	spoznamo jih z introspekcijo, avtorefleksijo in samoevalvacijo, kar mora biti ustaljena praksa delovanja tudi zaradi narave lastnega dela (kritika na profesionalnost izvedbe aktivnosti, kritizerstvo)
3	Ne vsiljujte svojega načrta.	soglasje dosežemo preprosto z dovoljenjem študentu, da nas tukaj vodi, zaključimo s vprašanjem, kako se počuti pri tem pa se moramo zavedati svojih osebnih, profesionalnih in organizacijskih meja.
4	Pustite stvari takšne, kot so.	poslušanje brez spreminjanja ob predpostavki razumevanja ne umika iz situacije z zaključkom klinične prakse študenta na vašem oddelku.
5	Spoštujte, kar ste slišali.	ko sogovorniku sporočite, kako ste ga razumeli o povedani stvari, mu s tem sporočate tudi, da spoštujete njegovo stališče. S tem zmanjšate njegovo jezo.
6	Poiščite probleme, ki jih je mogoče obravnavati.	ve, da ima vsaj en problem. Vendar misli, da ste ta problem vi in tudi vsi drugi, ki mu dopovedujejo, da ima problem. izberite majhen problem za katerega reševanje ste kompetentni in imate pooblastila (nadomeščanje) jasno postavite meje možnega, dovoljenega in zavezujočega v situaciji.
7	Zapišite si glavne naslove.	študentu se je potrebno približati, kot novinar, če res želite, da vam bi uspelo. To pomeni, da sprašujete brez kritičnosti ali vsiljevanj mnenja, da odkrijete glavne teme in poiščete prave naslove. glavni naslovi so problemi, za katere študent meni, da jih ima, pa tudi stvari, ki ga motivirajo k spremembam.

Največji problem (omejitev) pri zrcalnem poslušanju je ta, da bo študent, ki je zrcalno poslušan, lahko napačno sklepal, da poslušalec verjame v vse, kar pripoveduje. Pomembno, je da se v tej fazi čim dlje zadrži svoje mnenje o vsebinah, ki so predmet nasprotujočih si izjav. Tako bo študent začutil, da njegovo mnenje resnično spoštovano, zato bo toliko bolj tudi on spoštoval mnenje poslušalca.

## 2. empatija

Deluje po principu *Quid pro quo* (Dal bo, če boste dali vi). V tej fazi se kot pomagalo lahko uporablja orodje treh načel:

- opravičilo (ne opravičite zaradi mnenja, ki ga oseba pove, ampak zaradi čustev, ki jih je mnenje izzvalo),
- priznanje zmotljivosti (priznavanje zmotljivosti, čeprav to za ta primer ne veja),
- strinjanje (prošnja za strinjanje z dejstvom, da se lahko mnenji udeležencev ne skladata). Je zelo učinkovito ob prepiranju in pogajanju.

Čustva, ki se sprejemajo z empatijo so povezana z nezadovoljstvom (frustracija) študenta, ki se pojavi zaradi zunanjih pritiskov in zaradi neuresničenih osebnih, življenjskih ciljev, strahom v povezavi s stigmo in neuspehi na kliničnem usposabljanju, nelagodjem in neprijetnostmi v doživljanju samega sebe (zaradi občutka nerodnosti, neumnosti, nemoči) in željami (po nadaljevanju študija...). Z empatijo je možno pomagati študentu, da se počuti bolj »normalnega«. Tako se okrepijo tista prepričanja, ki največ prispevajo k temu, da bo dosežen dogovor o nadaljnjem delu na kliničnem usposabljanju.

## 3. strinjanje

V tej fazi gre za težnjo po prepoznavi skupne točke strinjanja. Pomembno je, da je študentu omogočena tista osebna izbira in odgovornost za odločitve, ki hkrati izpolni kriterije varnosti in kakovosti obravnave pacienta ter namena in ciljev kliničnega usposabljanja. S pomočjo orodja nevtralnega opazovalca je potrebno študentu predstaviti situacijo iz različnih perspektiv (deontološki, teleološki pogled, pogled različnih udeleženi) in podati osebno mnenje.

## 4. tovarištvo

V tej fazi gre za vzpostavitev partnerskega odnosa za doseganje skupnih ciljev, določena so skupna področja in pot uresničevanja ciljev povezanih s izvajanjem aktivnosti študenta na kliničnem usposabljanju. Amador (2013) pri uporabi metode LEAP uvaja sledeča navodila (Tabela 2).

Tabela 2: Navodila pri uporabi metode LEAP in možne situacije uporabe

	Navodila	Učno vzgojne situacije
1	V pogovorih je pomembna preprostost in prepričljivost. Bolje je, da se izogibate uporabe zapletenih strokovnih in pravnih terminov.	mentoriranje plašnega/ preveč samozavestnega študenta s slabo samopodobo; sklenitev dogovorov, uskladitev pričakovanj.
2	Bodite pozorni na majhne pozitivne spremembe v medsebojnih odnosih. Ob tem lahko aktivno izražate svoje prepričanje, da ima študent velike razvojne zmožnosti in dajte takoj priznanje za vsako uresničeno spremembo, četudi se zdi neznatna.	podpora ob uspehu, spodbujanje k aktivnosti, nenehno ustvarjanje možnosti za aktivnost, refleksija po aktivnosti, opis videnega napredka študentu, četudi je ta majhen/umirjanje študenta, usmerjanje k premisleku, itd.
3	V pogovorih bodite prožni, ne oklepajte se dogmatičnih doktrin in teorij. Splošna načela in teorije so lahko koristne strokovnjakom kot pomoč za razumevanje posameznih življenjskih fenomenov.	odkrit neposreden pogovor in posredovanje življenjskih nasvetov glede osebne in poklicne kariere, izkazana podpora in dogovor o medsebojnem sodelovanju.
4	Natančno se držite vseh dogovorov.	vsako odstopanje naj bo študentu obrazloženo.

### 3.2 Preusmerjanje s povečevanjem motivacije za učenje

Ob zaznavi različni disfunkcionalnih predpostavk in prepričanj, ki študenta omejujejo pri razvoju na kliničnem usposabljanju, je smiselno, da klinični mentor najprej uporabi orodje za analizo prednosti in slabosti disfunkcionalnih predpostavk in prepričanj. Študent, ga lahko izpolni samostojno, sledi skupno razpravljanje (Tabela 3).

Tabela 3: Orodje za analizo prednosti in slabosti disfunkcionalnih predpostavk in prepričanj

Moje disfunkcionalne predpostavke in prepričanja
1. Moje pomembno življenjsko pravilo (načelo) je: _____
2. To pravilo vpliva na moje življenje na več načinov: _____
3. To moje pravilo je običajno aktivno v naslednjih situacijah: _____
4. Razumljivo je, da imam to pravilo, ker: _____
5. Vendar pa to pravilo zdaj ni koristno, ker: _____
6. Koristi, ki jih imam od tega pravila, so naslednje: _____
7. Vendar pa mi je to pravilo tudi v škodo (pomankljivosti), ker: _____
8. Bolj realistično pravilo bi bilo: _____
9. Da preizkusim novo pravilo, je dobro narediti naslednje: _____

Vir: Meško, 2015.

Gre za proces oblikovanja socialno-učne situacije, ki zaporedno z drugimi orodji pripomore k dvigu motivacije za učenje. Pri dvigovanju motivacije za učenje, je potrebno okrepiti priložnosti za dosežke, avtonomijo in odgovornost, kakovostne povratne informacije, možnost napredovanja, zanimive naloge in nove priložnosti za osebno rast- za učenje in zorenje. Pri tem so aktualna JAZ sporočila: Čutim (neko čustvo), ko ti (nekaž narediš) kar (obrazložitev razloga). Oblikovani so bili tudi naslednje premise: »samo motivirani lahko motivirajo«, »ne motivirajo vseh iste stvari«, »motivacija se stalno spreminja«, »za motiviranje je potrebna empatija«. Po določenih



načelih deluje tudi pri vzgojno-učnih situacijah povečevanja samospoštovanja pri študentih na kliničnem usposabljanju:

1. zagotovitev čim več pozitivnih in konkretnih informacij,
2. klinični mentor mora poznati vsaj nekaj posebnega o študentu in mu povedati, da si je zapomnil,
3. klinični mentor naj enako ceni vloženi trud in rezultat - trud naj rodi uspeh,
4. študent se mora naučiti sprejeti lastne napake in uspehe, zato naj dobi priložnost za osebno analizo dosežkov in napak,
5. vsak mora kdaj doživeti neuspeh, sicer razvije strategije, s katerimi se izogiba neuspehu (nerealni cilji, odlašanje, vlaganje manj truda),
6. študenti naj občasno dobijo še eno priložnost.

Tak način dela je možen v učnih zavodih z ustvarjalno klimo (Tabela 4).

*Tabela 4: Sestavine ustvarjalne klime*

<i>dinamičnost in živahnost</i>	spodbujanje samostojnosti študentov pri nalogah, odkrivanje in eksperimentiranje, sodelovanje, spodbujanje samozaupanja, notranje motivacije,
<i>zaupanje, odprtost</i>	spodbujanje odprte komunikacije, čas za delitev mnenj, spoštovanje različnih vprašanj in mnenj, tolerantnost do napak in pomanjkljivosti,
<i>čas za ideje</i>	dovoliti, da sami uvidijo napake, dopustiti različne možnosti ob začetku učnega dela, dati drugo možnost pri odgovarjanju na vprašanja, dati dovolj časa za elaboriranje (osmišljanje) novih idej,
<i>igrivost, humor</i>	spontanost pri učenju, dovoljevanje šal učencev, ne da bi koga prizadeli, šaljenje kliničnega mentorja,
<i>razpravljanje</i>	spodbujanje k razpravi, notranjemu dialogu/refleksiji, zagotavljanje soočanj,
<i>prevzemanje tveganja</i>	tolerantnost do nejasnosti in dvoumnosti, preizkušanje novih tehnik, pristopov, učitelj kot vzor (model) za prevzemanje tveganja, nagrajevanje poskusov oz. truda in ne le učnih rezultatov,
<i>konflikti, napetost</i>	nespoštovanje, dopuščanje prevlade nekoga nad kom, uporaba humorja v žaljive namene, napeto vzdušje zaradi osebnih (čustvenih) razlogov,
<i>podpora idejam, izziv, svoboda</i>	pogoste pohvale spodbujanje, odlaganje sodb, varnost in svobode ...

*Vir:* Prirejeno po Meško, 2015.

V pomoč pri pristopu k študentu v krizi pa so lahko tudi sledeča vprašanja (Tabela 5).



Tabela 5: Vprašanja za pomoč študentu v krizi

<i>Kaj se dogaja?</i>	<i>Vprašanja na osnovi zgodbe:</i>	<i>Iskanje ustreznega odgovora:</i>	<i>Kakšna zgodba je v ozadju?</i>
Kdo so ljudje, ki so vpleteni posredno, neposredno? Kakšna je vloga vsake vpletene osebe? Kakšna je zgodovina problema? Kdo so ključni ljudje? Kakšno je splošno zdravstveno in socialno stanje ključnih ljudi, ki bedijo nad izvajanje zdravstvene nege? Ali gre za aktualni ali za možni problem? Zakaj je to problem, ki ga ni enostavno rešiti?	Je vsakdo povedal vse, kar je želel povedati? Ali kaj pomembnega še ni bilo izpostavljeno? Kaj so možne slepe pege? Kako to vpliva na druge odnose?	Kakšna dejanja so mogoča? Kakšne izbire so na razpolago in bi bile možne? Kakšen je možen izid vsakega dejanja? Komu bo to še posebej pomagalo?	Kakšna je pomembnost vrednot, ki so vključene? Kakšna je pomembnost konflikta glede na udeležene strani? Kaj je potrebno narediti?

*Vir:* Prilagojeno po Brandon, D. in Brandon, A., 1994.

## 4 Razprava

Metodi LEAP in preusmerjanje s povečevanjem motivacije za učenje sta preprosti metodi in povzemata že potekajoče procese podpore v individualnih pogovorih v različnih diadah. Diada klinični mentor in študent ima specifične značilnosti, saj sta odnos in vsebina sodelovanja med njima definirana, čas sodelovanja pa omejen, po drugi strani pa niz diad z zamenjanim enim členom (študent v času kliničnega usposabljanja tvori s kliničnimi mentorji 20 različnih diad) bistveno vpliva k formiranju bodočega izvajalca zdravstvene nege. Zanimiv bi bil tudi podatek, koliko diad tvori posamezni klinični mentor, morda tudi istočasno ob svojih osnovnih obveznostih na delovnem mestu. Izkustveno najbolj uporabne tehnike/ metode razbremenjevanja občutkov socialne in učne neadekvatnosti pri študentih so lahko v pomoč v različnih situacijah. Podpora pri samovrednotenju, zaupanju v lastne moči ter pri razvijanju pozitivnih pričakovanj je samoumevni in intuitivni del učno vzgojnih in socialno učnih situacij na kliničnem usposabljanju. Različnih vedenj se študenti naučijo tudi z opazovanjem vedenja in z opazovanjem posledic določenega vedenja na kliničnem usposabljanju, pri tem pogosteje posnemajo klinične mentorje, ki jih doživljajo kot sebi podobne, tiste, ki jih imajo radi in, ki imajo lastnosti, ki bi jih radi imeli in so samoučinkoviti.

Prepričanja o samoučinkovitosti so izredno pomembna determinanta človeške samoregulacije saj ».../ ne zadevajo samo izvajanja kontrole nad dejavnostjo, temveč tudi samoregulacijo miselnih procesov, motivacije in afektivnih ter fizioloških stanj« (Bandura, 1997, str. 36). Pričakovani dosežek je namreč posameznikova ocena predvidevanja, da bo določeno vedenje

imelo določene posledice, medtem ko je pričakovana učinkovitost le njegovo prepričanje, da bo lahko izvedel potrebne dejavnosti, ki so nujno potrebne za doseg zastavljenega cilja. Pomembnejša kot nova prilagoditev (nov dosežek) je interpretacija tega dosežka. Na sodbe o

lastni učinkovitosti tako vplivajo: sodbe posameznika o tem, kdo oz. kaj je bilo vzrok za nastanek uspešnega ali neuspešnega vedenja, opazovanje vedenja pri drugih in primerjanje z njimi, oblike okrepitve od drugih, ko nas spodbujajo ali kritizirajo, stopnja čustvenega vzburjenja, ki se lahko odraža v večji ali manjši angažiranosti, dejavnosti posameznika (Bandura, 1997). Pravilno podajanje sodbe in nudenje podpore študentu na predstavljeni način pristopa v krizi prepreči »situacijo verižnih neuspehov«.

## 5 Zaključek

Marentič Požarnik in Peklaj (2002) navajata, da spontano učenje omogoča pridobivanje različnih vrst znanja, ki je za osebo kot profesionalno učenje zelo dragoceno. Klinično okolje je idealno za spontano učenje. V stalno spreminjajočem se okolju, ki je polno nepredvidenih, nejasnih in stresnih situacij, je nujno potrebno stalno prilagajanje. Študent mora že obstoječe veščine na novo organizirati, da bi si pri izvedbi želene »akcije« z njimi lahko pomagal. Tudi rutinske dejavnosti se le redko izvajajo na popolnoma enak način, zato presoje lastnih izvedbenih sposobnosti delno sprožajo in uravnavajo posameznikovo transakcijo z okoljem, vodijo pa lahko tudi v krizo, kjer je nujna podpora kliničnega mentorja; ob pravem času, na pravi način in ravno v pravi količini. Presoja lastnih sposobnosti študentu narekuje, da misli, da je zmožen delati v danih okoliščinah in pod danimi pogoji. Zaznana samoučinkovitost torej ni merilo veščin, ki jih posameznik obvlada, temveč prepričanje o tem, kaj posameznik lahko naredi pod določenimi pogoji s svojimi veščinami. Odstopanje navzgor ali navzdol je v času študija dejavnik tveganja za krizo. Prav je, da je ta s strani kliničnega mentorja preprečena, zgodaj prepoznana in ob pojavu ob njenem polnem obsegu na pravilni način obvladana.

## LITERATURA

1. Amador, X. F. (2013). Nisem bolan, ne potrebujem pomoči: kako človeku z duševno boleznijo pomagati, da sprejme zdravljenje. Celje: Celjska Mohorjeva družba: Društvo Mohorjeva družba.
2. Bandura, A. (1997). Self-efficacy. New York: W. H. Freeman and Company.
3. Blažič, M., Ivanuš-Grmek, M. in Strmčnik, F. (2003). Didaktika. Novo mesto: Visokošolsko središče, Inštitut za raziskovalno in razvojno delo.
4. Brandon D. in Brandon, A. (1994). Jing in jang načrtovanja psihosocialne skrbi. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

5. Fearn-Banks, K. (1996). *Crisis communications: A casebook approach*. Mahwah N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
6. Gogala S. (1932/33). Vzgojni problemi mladine, *Popotnik*, let. LIV, 97-102, 129-132 in 161-166.
7. Gogala S. (1936/37). Pomen pedagogike za učitelja, *Popotnik*, let. LVIII, str. 72-76 in 113-118.
8. Halverson, C. F., Havill, V. L., Deal, J., Baker, S. R., Victor, B. J., Pavlopoulos, V., Besevegis, E. in Wen, L. (2003). Personality structure as derived from parental ratings of free descriptions of children: The Inventory of Child Individual Differences. *Journal of Personality*, 71(6), 995-1026.
9. Hatton, K. (2013). *Social Pedagogy in the UK: Theory and Practice*. Lyme Regis: Russell House.
10. Kogovšek, B. in Škerbinek, A. (2002). *Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami*. Ljubljana: Tehnična založba Slovenije.
11. Kobolt, A. (ur.) (2015). *Svetovanje v praksi*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
12. Kroflič, R. (1997). *Avtoriteta v vzgoji*. Ljubljana: Znanstveno publicistično središče.
13. Marentič Požarnik, B. in Peklaj, C. (2002). *Preverjanje in ocenjevanje za uspešnejši študij*. Ljubljana: Center za pedagoško izobraževanje Filozofske fakultete.
14. Meško, A.P. (2015). *Osnove kognitivno vedenjske terapije (gradivo seminarja)*. Ljubljana: Socijalna zbornica Slovenije.
15. Mollenhauer, K. (1964). *Einführung in die Sozialpädagogik*. Weinheim: Beltz Verlag.
16. Nickson, D. in Siddons, S. (2006). *Project management disasters & how to survive them*. London: K. Page.
17. Novak, B. (2002). *Krizno komuniciranje in upravljanje nevarnosti: priručnik za krizne odnose z javnostmi v praksi*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
18. Robersts, B. W. in DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 126(1), 3-25.
19. Skalar, V. (2006). Štiri desetletja do socialne pedagogike. V Sande, M. (ur.), *Socialna pedagogika: izbrani koncepti stroke* (str. 13-21). Ljubljana: Pedagoška fakulteta.
20. Stern, E. K. (1999). *Crisis decision making: A cognitive institutional approach*. Stockholm: OCB.
21. Zupančič, M. (2004). Socialna kognicija in moralni razvoj v mladostništvu. V Marjanovič Umek, L. in Zupančič, M. (ur.) *Razvojna psihologija*, str. 589-611. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.
22. Zupančič, M. in Svetina, M. (2004). Socialni razvoj v mladostništvu. V Marjanovič Umek L in Zupančič M. (ur.) *Razvojna psihologija*, str. 612-632. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete.

# **Klinično usposabljanje na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto**

## **1 Organizacija in vodenje kliničnega usposabljanja na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto**

V študijskem letu 2014/2015 je prišlo do reorganizacije organizacije in vodenja kliničnega usposabljanja. Zaposlena je bila vodja kliničnega usposabljanja, ki je prevzela veliko nalog, ki jih je prej v zvezi s kliničnim usposabljanjem opravljal referat. Zaradi razbremenitve referata in koncentracije dela v zvezi s kliničnim usposabljanjem na enem mestu (eni osebi) pričakujemo zvišanje zadovoljstva v zvezi z organizacijo kliničnega usposabljanja in zvišanje stopnje zadovoljstva kliničnih mentorjev glede sodelovanja s fakulteto (seznanitev s spremembami, pravočasno obveščanje, itd.). Oblikovana je bila tudi delovna skupina, ki je posodobila Pravilnik o kliničnem usposabljanju študentov skupaj z vsemi prilogami.

Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto ima vodjo kliničnega usposabljanja, ki načrtuje, organizira, usklajuje, spremlja in nadzoruje klinično usposabljanje ter preveri in oceni z njim povezano znanje študenta. Vodja kliničnega usposabljanja je vez med študenti, kliničnimi mentorji, visokošolskimi učitelji za zdravstveno nego, fakulteto in učnimi zavodi. Študenti lahko z vodjo komunicirajo preko elektronske pošte [clinicno-usposabljanje.fzv@guest.arnes.si](mailto:clinicno-usposabljanje.fzv@guest.arnes.si) ali telefona 07/ 393 00 32.

Študent ob začetku študijskega leta na pobudo vodje kliničnega usposabljanja izrazi želje/predloge o kraju opravljanja kliničnega usposabljanja po predhodni seznanjenosti s seznamom učnih zavodov, s katerimi fakulteta sodeluje. Vodja kliničnega usposabljanja pripravi razpored kliničnega usposabljanja za študente. Z razporedom kliničnega usposabljanja se študente seznanijo preko spletne strani fakultete. Študent mora upoštevati predpisane termine in dodeljene učne zavode za izvedbo kliničnega usposabljanja. Vodja kliničnega usposabljanja nato obvesti učne zavode in strokovno sodelavko v referatu za študentske zadeve z razporedi predvidoma v mesecu decembru. Tedensko obvešča učne zavode in študente o spremembah v že objavljenem razporedu. Njena naloga je nato spremljanje in nadzorovanje poteka izvajanja kliničnega usposabljanja študentov, zbiranje in preverjanje dokumentacije klinične-

ga usposabljanja. Kliničnega mentorja seznanj s potrebo po povečani pozornosti pri posameznem študentu zaradi njegovih morebitnih individualnih posebnosti.

Vodja kliničnega usposabljanja ima še druge naloge kot so: pregled in potrditev prejetih računov učnih zavodov o opravljenem delu, spremljanje in zagotavljanje kakovosti organizacije in izvedbe kliničnega usposabljanja za namen samoevalvacije, arhiviranje in nadzor dokumentacije kliničnega usposabljanja, priprava izobraževanja za klinične mentorje, seznanjanje vodstva fakultete z ugotovitvami v zvezi s kliničnim usposabljanjem, itd.

## **2 Dokumentacija kliničnega usposabljanja študentov na Fakulteti za zdravstvene vede Novo mesto**

Klinično usposabljanje je del usposabljanja, kjer se študenti zdravstvene nege učijo praktičnega usposabljanja v skupini in v neposrednem stiku z zdravim in bolnim posameznikom in/ali skupnostjo. Usposabljanje poteka v bolnišnicah in drugih zdravstvenih in socialnih ustanovah in v skupnosti pod nadzorom visokošolskih učiteljev zdravstvene nege in v sodelovanju kliničnih mentorjev.

Vsak študent dodiplomskega študijskega programa 1. stopnje mora opraviti 2300 ur kliničnega usposabljanja. Študentje morajo na kliničnem usposabljanju dokumentirati obravnavo pacienta, spremljati izvajanje aktivnosti zdravstvene nege in drugih zahtevnih nalog. Dokumentacija je obsežna, saj gre za proces učenja, kritičnega razmišljanja in navajanja študenta na sistematični proces v obravnavi pacienta, z namenom procesne obravnave in doseganja zastavljenih ciljev ter reševanja negovalnih problemov.

Vsa dokumentacija kliničnega usposabljanja je dostopna na spletni strani Fakultete za zdravstvene vede Novo mesto pod rubriko Klinično usposabljanje/Navodila in Obrazci in si jo mora študent pred pričetkom kliničnega usposabljanja natisniti.

Dokument Prisotnost študenta na kliničnem usposabljanju izpolnjuje študent sam. Vanj vpisuje svojo prisotnost na kliničnem usposabljanju in druge v dokumentu zahtevane podatke. Dokument ob zaključku kliničnega usposabljanja preveri in podpiše ter z žigom enote – učnega zavoda potrdi klinični mentor. Ocenjevalni list o uspešnosti študenta na kliničnem usposabljanju je dokument, ki ga izpolnjujejo klinični mentorji. Študenti morajo na vsakem kliničnem usposabljanju zagotoviti kliničnemu mentorju obrazec, ki ga le-ta izpolni in nanj vpiše tudi oceno, ki jo je študent pridobil. Dokument Anketni vprašalnik o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju izpolni študent ob zaključku kliničnega usposabljanja na vsakem področju, oziroma v vsakem zdravstvenem ali socialno varstvenem zavodu. Dokument Seznam opravljenih obveznosti kliničnega usposabljanja v študijskem letu je dokument, s katerim študent na podlagi podpisa kliničnih mentorjev, žiga učnih zavodov ter podpisa visokošolskih učiteljev za področje zdravstvene nege izkazuje, da je opravil

vse predvidene obveznosti iz kliničnega usposabljanja za posamezno študijsko leto. Dokument študent z vsemi zbranimi podpisi odda v referat za študijske zadeve.

Dokumentacija kliničnega usposabljanja v zdravstvenih zavodih je dokumentacija, ki jo izpolnjujejo študenti v bolnišnicah. Dokumentacija kliničnega usposabljanja v socialnovarstvenih zavodih je dokumentacija, ki jo izpolnijo študenti v domovih starejših občanov in vsebuje specifične podatke za obravnavo starejše populacije.

Študent beleži vse aktivnosti zdravstvene nege, ki jih v kliničnem okolju izvaja v knjižico z naslovom **AKTIVNOSTI V ZDRAVSTVENI NEGI** - dnevnik študenta na kliničnem usposabljanju. V knjižici so zbrane vse aktivnosti, ki se jih mora študent naučiti. Spretnost izvajanja aktivnosti se postopoma razvija, od opazovanja, sodelovanja in do samostojne izvedbe. Knjižica je študentom tudi smernica za spremljanje lastnega znanja in napredovanja v izobraževalnem programu. Vsak študent mora izkazati samoiniciativnost in si prizadevati, da se čim bolj nauči izvajanja aktivnosti, za izvajanje katerih so kompetentne diplomirane medicinske sestre/diplomirani zdravstveniki. Do zaključka izobraževanja je knjižica Aktivnosti v zdravstveni negi – dnevnik študenta na kliničnem usposabljanju del obvezne dokumentacije, ki jo mora študent imeti dnevno na kliničnem usposabljanju, saj v njej evidentira opazovane ali izvedene aktivnosti, kar mu sproti potrdi klinični mentor. Podpise kliničnih mentorjev zbira študent vsa tri leta izobraževanja. Za uspešno pridobivanje znanja in spretnosti mora biti študent aktiven, kar pomeni, da mora sam iskati informacije, izkazati interes za delo ter iskati priložnosti, da se postopkov in posegov v okviru kompetenc diplomirane medicinske sestre / diplomiranega zdravstvenika nauči brezhibno izvajati. Naučiti pa pomeni, da je potrebno aktivnosti večkrat ponoviti ob prisotnosti kliničnega mentorja. V knjižico lahko študent dopiše tiste intervencije, ki v seznamu niso napisane.

V primeru, da pride v kliničnem okolju v času kliničnega usposabljanja študenta do neljubega dogodka (vbod z okuženo iglo, zamenjava zdravil, padec pacienta, itd.), klinični mentor s študentom izpolni Poročilo o neljubem dogodku ter ga posreduje na fakulteto.

Študent mora celotno dokumentacijo oddati najkasneje 14 dni po zaključku opravljenega kliničnega usposabljanja na posameznem oddelku oziroma v ambulanti učnega zavoda. Dokumentacijo je treba oddati vodji kliničnega usposabljanja v času govorilnih ur. Visokošolski učitelj za zdravstveno nego dokumentacijo pregleda in po e-pošti sporoči potrebne popravke. Če ima študent kakršna koli vprašanja, so možne konzultacije. Če študent ne odda popravljene dokumentacije najkasneje v enem mesecu po zaključku kliničnega usposabljanja, da visokošolski učitelj za zdravstveno nego študentu negativno oceno.

Seznam opravljenih obveznosti kliničnega usposabljanja v študijskem letu se odda po zaključenem kliničnem usposabljanju v referat za študentske zadeve.

### **3 Zadovoljstvo študentov Fakultete za zdravstven vede Novo mesto (FZV) in kliničnih mentorjev s kliničnim usposabljanjem**

Klinično usposabljanje je pomemben dejavnik v izobraževalnem procesu zdravstvene nege, saj obsega polovico (2.300 ur) celotnega izobraževalnega programa. 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.

V prvem letniku so študenti FZV NM razporejeni na klinično usposabljanje v domove za starejše občane in v bolnišnice na oddelke z odraslimi pacienti; v drugem letniku v bolnišnice na otroški oddelek, ginekološki oddelek, porodni oddelek; v dispanzer za otroke, šolske otroke in za ženske; na nujno medicinsko pomoč in na psihiatrično bolnišnico/kliniko; v tretjem letniku pa na internistične in kirurške oddelke, v patronažno dejavnost in v dispanzerje medicine dela, prometa in športa ali referenčne ambulante. 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 domovih starejših občanov študenti pomagajo stanovalcem pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (prehranjevanje, pitje, izločanje, izražanje čustev), sodelujejo pri medicinsko tehničnih posegih, spoznavajo pa tudi delovno terapijo in fizioterapijo ter pomen 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. V zdravstvenem domu pa se študenti vključujejo v dispanzerjih in ambulantah (referenčne ambulante), katerih delo temelji na dispanzerski metodi dela, seznanijo se z načini obravnave pacientov (kurativa, preventiva, zdravstvena nega na domu), spoznajo ranljive skupine pacientov in organizirano zdravstveno-vzgojno dejavnost ter se seznanijo z modelom organizacije zdravstvene dejavnosti na primarnem nivoju. Z ozirom na predpisana področja kliničnega usposabljanja, ki izhajajo iz evropske direktive, študenti opravljajo klinično usposabljanje v dispanzerjih za otroke, šolske otroke in mladostnike, za ženske, v medicini dela in v drugih dispanzerjih.

Študenti se seznanijo z dokumentacijo v kliničnem okolju, imajo pa tudi predpisano dokumentacijo s strani FZV NM, v katero beležijo podatke, pomembne za celostno obravnavo pacienta, ki temelji na procesni metodi dela (študija primera). 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.

*Tabela 1: Število vseh rednih in izrednih študentov razporejenih po učnih zavodih*

Zap. št.	UČNI ZAVOD	Število študentov
1.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca	3
2.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca – enota Brežice	7
3.	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca – enota Sevnica	3
4.	Dom ob Savinji Celje	11
5.	Dom starejših občanov Črnomelj	14
6.	Dom starejših občanov Grosuplje	17
7.	Dom starejših občanov Krško	12
8.	Dom starejših občanov Ljubljana – Bežigrad	5
9.	Dom starejših občanov Ljubljana – Šiška	2
10.	Dom starejših občanov Ljubljana Fužine	2
11.	Dom starejših občanov Mengeš	1
12.	Dom starejših občanov Novo mesto	37
13.	Dom starejših občanov Ptuj	1
14.	Dom starejših občanov Ribnica	1
15.	Dom starejših občanov Slovenjske Konjice	2
16.	Dom starejših občanov Tisje-Litija	6
17.	Dom starejših občanov Trebnje	10
18.	Dom starejših občanov Trebnje – enota Šmarjeta	5
19.	Dom upokojencev Franc Salomon Trbovlje	1
20.	Dom Rakičan	1
21.	Dom starejših občanov Vrhnika	2
22.	Psihiatrična bolnišnica Vojnik	8
23.	Splošna bolnišnica Brežice	46
24.	Splošna bolnišnica Celje	11
25.	Splošna bolnišnica Novo mesto	203
26.	Splošna bolnišnica Ptuj	2
27.	Splošna bolnišnica Trbovlje	7
28.	Univerzitetna Psihiatrična klinika Ljubljana	54
29.	Zdravstveni dom Brežice	23
30.	Zdravstveni dom Celje	9
31.	Zdravstveni dom Črnomelj	13
32.	Zdravstveni dom Domžale	3
33.	Zdravstveni dom Grosuplje	14
34.	Zdravstveni dom Ivančna Gorica	6
35.	Zdravstveni dom Kočevje	6
36.	Zdravstveni dom Kranj	1
37.	Zdravstveni dom Krško	16



38.	Zdravstveni dom Litija	9
39.	Zdravstveni dom Ljubljana	6
40.	Zdravstveni dom Maribor	1
41.	Zdravstveni dom Novo mesto	78
42.	Zdravstveni dom Novo mesto – ZP Šentjernej	3
43.	Zdravstveni dom Novo mesto – ZP Žužemberk	5
44.	Zdravstveni dom Ptuj	1
45.	Zdravstveni dom Ribnica	8
46.	Zdravstveni dom Sevnica	12
47.	Zdravstveni dom Trebnje	18

Klinično usposabljanje je potekalo v zdravstvenih in socialno varstvenih zavodih, ki imajo priznan status učnega zavoda ali so v postopku podaljšanja tega statusa. V študijskem letu 2014/2015 se je klinično usposabljanje izvajalo v 42 učnih zavodih (Tabela 1). Število učnih zavodov med leti variira, saj poskušamo študentu zagotoviti klinično usposabljanje po njegovih željah, kar je pogosto v bližini njihovega doma.

Namen prispevka je seznaniti učne zavode FZV NM z rezultati vrednotenja kliničnega usposabljanja študentov in kliničnih mentorjev v učnih zavodih.

### *3.1 Metodologija vrednotenja zadovoljstva študentov in mentorjev s kliničnim usposabljanjem*

Za vrednotenje kakovosti kliničnega usposabljanja s strani študentov je bil uporabljen kvantitativni pristop. Kot instrument v kvantitativnem delu je bil uporabljen namensko razviti anketni vprašalnik, ki je sestavljen iz treh 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 pa so odprta vprašanja, na katere so študenti odgovorili opisno. Študenti so anketni vprašalnik izpolnili po končanem kliničnem usposabljanju na posameznem oddelku/enoti in ga oddali visokošolskim učiteljem na fakulteti, tako, da prepoznava identitete ni možna. Analiza podatkov je potekala z računalniškim programom Excel in SPSS. Cronbachov koeficient alfa (za preverjanje zanesljivosti instrumenta) nakazuje na zelo visoko stopnjo zanesljivosti (alfa = 0,97).

Tudi za vrednotenje kakovosti kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev je bil uporabljen kvantitativni pristop. Kot instrument je bil uporabljen namensko razvit vprašalnik (v okviru Katedre za zdravstveno nego je bil pripravljen v letu 2012/2013 in na podlagi zbranih podatkov v anketiranju v septembru 2013 dopolnjen), ki je prav tako sestavljen iz treh delov. V prvem delu so demografska vprašanja (učni zavod, oddelek, spol, delovna doba in število let mentorstva študentom na kliničnem usposabljanju). V drugem delu je 18 indikatorjev, ki predstavljajo kriterije za vrednotenje, v tretjem pa so odprta vprašanja, na katere klinični mentorji odgovorijo opisno. Klinični mentorji izpolnijo vprašalnik enkrat letno. Kliničnim mentorjem vseh učnih zavodov so bili anketni vprašalnik posredovani po pošti v mesecu

juniju 2015. Vrnjeni do meseca avgusta 2015 in pri analizi upoštevani so bili skupno 104 anketni vprašalniki, ki so jih izpolnili klinični mentorji iz zdravstvenih domov, domov za starejše občane in bolnišnic. Analiza podatkov je potekala z računalniškim programom Excel in SPSS, analiza vsebine odgovorov na odprta vprašanja pa s programom Microsoft Word 2010. Chronbachov koeficient alfa je pokazal dobro stopnjo njegove zanesljivosti (0,86).

### 3.2 Rezultati Vrednotenja kakovosti kliničnega usposabljanja s strani študentov FZV NM

Pri analizi je bilo upoštevanih skupno 1113 anketnih vprašalnikov. V vzorec je bilo tako vključenih 126 (11,32 %) anketnih vprašalnikov, ki so jih izpolnili študentje 1. letnika, 727 (65,32 %) študentje drugega letnika in 260 (23,36 %) študentje 3. letnika fakultete. Od tega je bilo skupno 651 (58,49 %) izpolnjenih s strani rednih, 462 (41,51 %) pa s strani izrednih študentov. Glede na spol so 919 (82,57 %) anketnih vprašalnikov izpolnile študentke, 195 (17,52 %) pa študenti. 924 (83,02 %) jih izhaja iz predhodno srednje zdravstvene šole, 100 (8,98 %) iz gimnazije in 86 (7,73 %) iz drugih srednjih šol. 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. Legenda: 1-sem nezadovoljen, 2- sem delno nezadovoljen, 3-nisem niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4-sem delno zadovoljen, 5-sem zadovoljen. Predstavljene so povprečne vrednosti ( $\bar{x}$ ) glede na postavljeni kriterij za študijska leta 2013/2014 in 2014/2015. Ločeno so prikazane tudi povprečne vrednosti ( $\bar{x}$ ) stopnje zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem v skupini rednih in izrednih študentov.

Tabela 2: Zadovoljstvo študentov s kliničnim usposabljanjem

KRITERIJ		$\bar{x}$ 2013/14	$\bar{x}$ 2014/15	Redni študenti	Izredni študenti
1.	Organiziranost kliničnega usposabljanja v učni bazi.	4,4	4,5	4,5	4,5
2.	Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kliničnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	4,5	4,5	4,4	4,6
3.	Čas, ki vam ga je namenil klinični mentor.	4,2	4,3	4,1	4,5
4.	Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	4,5	4,6	4,5	4,7
5.	Upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja.	4,6	4,6	4,6	4,7
6.	Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	4,4	4,4	4,3	4,6
7.	Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	4,4	4,4	4,3	4,5
8.	Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov.	4,4	4,4	4,3	4,5
9.	Možnost povezovanja teorije in prakse.	4,4	4,5	4,4	4,6
10.	Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu.	4,5	4,5	4,4	4,6

11.	Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	4,3	4,4	4,3	4,5
12.	Sodelovanje pri predaji službe.	4,0	4,1	4,0	4,4
13.	Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	3,9	4,1	3,9	4,3
14.	Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	4,5	4,5	4,4	4,6
15.	Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	4,5	4,6	4,5	4,7
16.	Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	4,6	4,7	4,6	4,8
17.	Pomoč zaposlenih pri pridobivanju večšin.	4,5	4,6	4,5	4,7
18.	Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	4,5	4,5	4,4	4,7
19.	Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	4,6	4,6	4,5	4,7
20.	Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,6	4,6	4,5	4,7
21.	Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	4,6	4,7	4,6	4,7
22.	Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	4,8	4,8	4,7	4,8

Ugotovitve analize vrednotenja kliničnega usposabljanja s strani študentov nakazujejo na vzdrževanje kakovosti kliničnega usposabljanja in vzdrževanju visokega zadovoljstva študentov na kliničnem usposabljanju.

Glede na nabor najnižje ocenjenih kriterijev v primerjavi povprečnih vrednosti s preteklim študijskim letom je potrebno izpostaviti kriterije sodelovanje pri predaji službe (4,1), sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela (4,1) in čas, ki vam ga je namenil klinični mentor (4,3). Pri njih je glede na preteklo študijsko leto prišlo do minimalnega izboljšanja.

Najbolj zadovoljni so študenti s podpisovanjem opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja (4,8), ter pri kriterijih povezanih z zagotavljanjem kakovosti in varnosti kliničnega usposabljanja: odgovarjanje zaposlenih na vprašanja študentov (4,7), varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev (4,7), profesionalnost odnosa kliničnega mentorja (4,6), upoštevanje standardov varne zdravstvene nege s strani kliničnega mentorja (4,6), odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva (4,6), pomoč zaposlenih pri pridobivanju večšin(4,6),kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja (4,6) in skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku (4,6).

Glede na ugotovitve bo potrebno 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 (naloga učnega zavoda). Pri času, ki jim ga namenjajo, je še možno izboljšanje, potrebno pa je upoštevati, da klinični mentor namenja čas študentu ob njegovem rednem delovnem procesu.

Razlike v zadovoljstvu s kliničnim usposabljanje med rednimi in izrednimi študenti so bile ugotovljene tudi v študijskem letu 2014/2015; v večini parametrov so ocene s strani izrednih študentov višje. Naraščanje zadovoljstva glede na letnik študija pa je za fakulteto in učne zavode ugoden pokazatelj.

### 3.3 Rezultati vrednotenja kakovosti kliničnega usposabljanja s strani kliničnih mentorjev

98 (94,3 %) jih je bilo ženskega spola, 6 (5,7 %) pa moškega. Delovne dobe imajo od 3 do 40 let in večina jih ima že večletne izkušnje z mentoriranjem študentov na kliničnem usposabljanju.

V tabeli 3so predstavljeni rezultati stopnje strinjanja kliničnih mentorjev z izbranimi kriteriji. Mentorji so stopnjo strinjanja ocenili s pomočjo ordinalne lestvice. Legenda: 1-popolnoma se ne strinjam, 2-večinoma se ne strinjam, 3-delno se strinjam, 4-večinoma se strinjam in 5 popolnoma se strinjam. Predstavljene so povprečne vrednosti ( $\bar{x}$ ) glede na posamezni kriterij.

Tabela 3: Stopnja strinjanja kliničnih mentorjev glede na zastavljene kriterije

Kriterij	$\bar{x}$ 2014/2015
V času kliničnega usposabljanja so študenti:	
- spoznali dejavnosti zavoda	4,5
- spoznali organiziranost oddelka/enote v zavodu in povezanost z ostalimi službami v zavodu	4,5
- spoznali dela in naloge na različnih delovnih mestih v zavodu	4,1
- spoznali varnostne zahteve delovnega okolja in uporabo ustreznih zaščitnih sredstev	4,5
- spoznali standarde aktivnosti zdravstvene nege in sistem zagotavljanja celovite kakovosti delovnih procesov	4,5
- pridobili nova znanja in veščine za razvoj kompetenc v zdravstveni negi	4,5

Ugotovitve nakazujejo, da so študenti po mnenju mentorjev spoznali dejavnosti zavodov (4,5), organiziranost dela (4,5), zahteve varne in kakovostne obravnave pacientov (4,5) ter pridobili nova znanja in veščine za razvoj kompetenc v zdravstveni negi (4,5). Nekoliko manj so spoznali delo drugih služb (4,1).

V tabeli 4 so predstavljeni rezultati stopnje zadovoljstva kliničnih mentorjev glede na navedene kriterije (Legenda: 1-sem nezadovoljen, 2- sem delno nezadovoljen, 3-nisem niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4-sem delno zadovoljen, 5-sem zadovoljen). Predstavljene so povprečne vrednosti ( $\bar{x}$ ) glede na posamezni kriterij.

Tabela 4: Stopnja zadovoljstva kliničnih mentorjev glede na zastavljene kriterije

Kriterij	$\bar{x}$	$\bar{x}$
	2013/2014	2014/2015
odnos študentov do zaposlenih na kliničnem usposabljanju	4,5	4,5
odnos zaposlenih do študentov na kliničnem usposabljanju	4,5	4,6
motiviranost študentov za pridobivanje novega znanja	4,3	4,3
teoretično znanje in sposobnosti študentov	4,0	4,1
delo študenta z vidika kakovosti	4,0	4,1
delo študenta z vidika varnosti	4,1	4,2
vključevanje študentov v izvajanje medicinsko tehničnih posegov	4,3	4,3
aktivna udeležba študentov v negovalnem timu	4,4	4,3
sodelovanje študentov z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku	4,1	4,2
sodelovanje študentov pri predaji službe	4,0	4,0
samoinicativno sodelovanje študentov pri načrtovanju dnevnega programa dela	3,7	3,9
ustreznost dokumentacije za klinično usposabljanje	4,2	4,3
zbiranje podpisov opravljenih intervencij v dnevnik aktivnosti zdravstvene nege	4,2	4,4
lastno strokovno znanje in spretnosti, ki jih imam kot klinični mentor za delo s študenti	4,4	4,4
pedagoško znanje in spretnosti, ki jih imam za delo s študenti	4,2	4,2
material, ki ga imam na voljo za delo s študenti	4,2	4,3
čas, ki ga imam na voljo za delo s študenti	3,4	3,4
sodelovanje s fakulteto (pravočasnost obveščanja, seznanjanje s spremembami)	4,0	4,0

V primerjavi s preteklim študijskim letom so klinični mentorji še vedno najmanj zadovoljni s časom, ki ga imajo na voljo za delo s študenti (3,4) ter s samoinicativnostjo študentov za sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela (3,9). Glede časa, ki ga namenjajo študentom so bili bolj kritični kot študenti (4,3). Klinični mentorji najvišje ocenjujejo odnos zaposlenih do študentov na kliničnem usposabljanju (4,6) in odnos študentov do zaposlenih na kliničnem usposabljanju (4,5), kar je za fakulteto ugoden pokazatelj. Stopnja zadovoljstva je pri vseh kriterijih primerljiva s prejšnjim študijskim letom.

#### *Neljubi dogodki na kliničnem usposabljanju*

V študijskem letu 2014/2015 sta bila zavedena dva neljuba dogodka. V prvem primeru je prišlo do kraje celotne dokumentacije kliničnega usposabljanja iz avtomobila študenta, kjer je bila podana prijava tudi na policijo. V drugem primeru je prišlo do poškodbe pri delu (vbod z iglo), in sicer pri delu na projektu in ne v času kliničnega usposabljanja. Izvedeni so bili vsi potrebni ukrepi za preprečitev nadaljnjih posledic. Na podlagi navedenega lahko sklepamo, da na kliničnem usposabljanju ni prišlo do drugih resnejših incidentov ali drugih neljubih dogodkov.

## 4 Razprava in sklep

Glede na zadovoljive rezultate vrednotenja zadovoljstva študentov s kliničnim usposabljanjem (svoja pričakovanja s kliničnim usposabljanjem je izpolnilo 84,4 % študentov) 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.

Naloga, da se razišče vzroke za razliko v stopnji zadovoljstva s kliničnim usposabljanjem med rednimi in izrednimi študenti je bila realizirana le delno. Razlika v zadovoljstvu je bila v študijskem letu 2013/2014 evidentirana prvič. Povečana je pozornost na dogajanje na tem področju. Razlike v zadovoljstvu med rednimi in izrednimi študenti so bile prepoznane tudi v študijskem letu 2014/2015 in bo smiselno izvesti dodatno analizo o vzrokih.

V študijskem letu 2014/2015 je prišlo do reorganizacije organizacije in vodenja kliničnega usposabljanja. Zaposlena je bila vodja kliničnega usposabljanja, ki je prevzela veliko nalog, ki jih je prej v zvezi s kliničnim usposabljanjem opravljal referat. Zaradi razbremenitve referata in koncentracije dela v zvezi s kliničnim usposabljanjem na enem mestu (eni osebi) pričakujemo zvišanje zadovoljstva v zvezi z organizacijo kliničnega usposabljanja in zvišanje stopnje zadovoljstva kliničnih mentorjev glede sodelovanja s fakulteto (seznanitev s spremembami, pravočasno obveščanje, itd.). Oblikovana je bila tudi delovna skupina, ki je posodobila pravilnik o kliničnem usposabljanju skupaj z vsemi prilogami.

V študijskem letu 2015/2016 načrtujemo informiranje kliničnih mentorjev o kompetencah, ki bi jih naj študenti pridobili tekom študija in na kliničnem usposabljanju. V ta namen bo pripravljena knjižica z opisom kompetenc, ki bi jih naj študenti pridobili na kliničnem usposabljanju. Klinični mentorji bodo knjižico prejeli po pošti. Knjižica bo predvidoma predstavljena na izobraževanju kliničnih mentorjev v študijskem letu 2016/2017.

Druge predvidene naloge fakultete v študijskem letu 2015/2016 so:

- nadaljevati z informiranjem kliničnih mentorjev z rezultati vrednotenja kliničnega usposabljanja,
- povečati informiranost študentov o prvem dnevu kliničnega usposabljanja v novem učnem zavodu (čas, kraj in odgovorna oseba),
- izvesti elektronsko anketiranje kliničnih mentorjev o zadovoljstvu glede na zastavljene kriterije v prihodnjem študijskem letu,
- raziskati vzroke o razlikah v zadovoljstvu s kliničnim usposabljanjem med rednimi in izrednimi študenti.

## LITERATURA

1. Anketni vprašalnik o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_anketni\\_vprasalnik\\_za\\_studente.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_anketni_vprasalnik_za_studente.pdf).
2. Dokumentacija kliničnega usposabljanja v socialno varstvenih zavodih (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_dku\\_v\\_socialno\\_varstvenih\\_zavodih.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_dku_v_socialno_varstvenih_zavodih.pdf).
3. Dokumentacija kliničnega usposabljanja v zdravstvenih zavodih (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_dku\\_v\\_zdravstvenih\\_zavodih.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_dku_v_zdravstvenih_zavodih.pdf).
4. Filej, B. in Draginc, A. (2015). Navodila za dokumentiranje kliničnega usposabljanja v študijskem letu 2015/2016. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 15. 10. 2015, s [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_navodila\\_za\\_dokumentiranje\\_ku.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_navodila_za_dokumentiranje_ku.pdf).
5. Filej, B. in Draginc, A. (2015). Navodila za dokumentiranje kliničnega usposabljanja v študijskem letu 2015/2016. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 15. 10. 2015, s [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_navodila\\_za\\_dokumentiranje\\_ku.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_navodila_za_dokumentiranje_ku.pdf).
6. Ocenjevalni list o uspešnosti na kliničnem usposabljanju (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_ocenjevalni\\_list.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_ocenjevalni_list.pdf).
7. Poročilo o neljubem dogodku (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_porocilo\\_o\\_neljubem\\_dogodku.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_porocilo_o_neljubem_dogodku.pdf).
8. Pravilnik o izvajanju kliničnega usposabljanja študentov (2015). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 10. 10. 2015, s [http://fzv.vs-nm.si/uploads/FZV\\_pripone/pravilnik\\_o\\_izvajanju\\_klinicnega\\_usposabljanja\\_studentov\\_30062015.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/FZV_pripone/pravilnik_o_izvajanju_klinicnega_usposabljanja_studentov_30062015.pdf).
9. Prisotnost študenta na kliničnem usposabljanju (2015). Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_prisotnost\\_studenta\\_na\\_ku.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_prisotnost_studenta_na_ku.pdf).
10. Seznam opravljenih obveznosti kliničnega usposabljanja v študijskem letu (2015). Novo mesto. Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto. Pridobljeno 1. 10. 2015 s, [http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ\\_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015\\_seznam\\_opravljenih\\_obveznosti\\_ku.pdf](http://fzv.vs-nm.si/uploads/VSZ_pripone/Obrazci/DOKUMENTACIJA%20KP%202015-2016/2015_seznam_opravljenih_obveznosti_ku.pdf).



# **Izkušnje študentov na kliničnem usposabljanju v tujini**

## **1 Uvod**

Med kliničnim usposabljanjem v Varaždinu smo prišli do spoznanja, da se v povprečju klinični mentor na Hrvaškem veliko bolj posveča študentu kot slovenski klinični mentor. Vsekakor si je potrebno zastaviti vprašanje, ali smo bili večje pozornosti deležni samo zato, ker smo slovenski študentje na izmenjavi v tujem kliničnem okolju? Kakorkoli že, menimo, da si kot bodoči zdravstveni delavci zaslužimo enakopravnost z zaposlenim v zdravstvu in ustrezno pozornosti, saj bomo le kot dobri zdravstveni delavci primerno usposobljeni za pomoč našim pacientom.

Da se študent dobro osebno in profesionalno razvije, je še kako pomemben dober klinični mentor. Prav je, da se klinični mentor zaveda svoje vloge, torej prenašanja znanja ter izkušenj na študente, saj le tako poskrbi, da bo v bodoče imel dobre sodelavce. Klinični mentor je prvi, ki bi moral študentu omogočiti dobro delovno vzdušje. Študenta mora spodbujati, voditi skozi prakso, krepiti njegovo osebnost pri delu ter vplivati na njegov karierni razvoj. Klinična praksa je edina možnost, da se študent realno vpelje v delovno okolje in tako razvije svojo profesionalnost na področju zdravstvene nege. Vloga kliničnega mentorja je odgovorna naloga, saj je v njegovi pristojnosti, da spodbuja proces učenja in ocenjevanje napredka. Mogoče marsikdaj nevede, a prav klinični mentorji dajejo zgled študentom. Zato naj bi klinični mentorji imeli dobre lastnosti, empatija, dobre komunikativne sposobnosti, dajanje informacij ter nasvetov ali pa svojih izkušenj. Prav tako je dobro, da študenta opozori ali poda kakšno kritiko in prav tako pohvalo, kadar je to potrebno ali kadar si študent to zasluži. Študentu mora dati tudi prosto pot, da sam pride do določenih rešitev, da pri delu samostojno kritično razmišlja ter na ta način pridobi nova znanja in veščine (Pivač, Skela-Savič in Šivic, 2015).

Raziskave kažejo na težave, s katerimi se srečujejo klinični mentorji in študenti. Klinični mentorji menijo, da z mentorstvom pridobijo na svoji osebni in profesionalni rasti. Pomembno je, da klinični mentor svoje delo sprejme kot izziv in priznanje, da je »dober«. Najbolj jih motivira, da svoje znanje in izkušnje čimbolj uspešno prenese na študenta. Prav zadovoljni študenti so potrditev, da svoje delo dobro opravljajo.



Njegovo nenehno izobraževanje pripomore k temu, da je klinični mentor dober in uspešen. Zaželeno bi bilo, da bi vodstvo razmišljalo o kontinuiranem izobraževanju kliničnih mentorjev za posredovanje praktičnih izkušenj in jih delno razbremenili neposrednega dela na oddelku. Če bi se vprašali kako pomembna je komunikacija v odnosu mentor – študent, lahko odgovorimo, da je sama komunikacija izrednega pomena. Prepričani smo, da brez dobrega medsebojnega odnosa samo delo na kliničnem usposabljanju ne more biti učinkovito in sproščeno. Nepopolna komunikacija pa lahko ogrozi varno in kakovostno zdravstveno nego pacienta. Dobra komunikacija zahteva, da si delavci medsebojno zaupajo; zahteva, da so iskreni, tolerantni in empatični. Trden odnos med mentorjem in študentom je osnovan na dobri komunikaciji, ta pa omogoča obema, da uživata ob učenju. Avtorji so mnenja, da bi z boljšim sodelovanjem med kliničnimi in šolskimi mentorji odpravili marsikateri problem, ki se neredko pojavi na kliničnem usposabljanju. S tem bi dosegli večje zadovoljstvo tako pri kliničnih mentorjih kot pri študentih. Pred vsem tem pa bi se bilo dobro zastaviti vprašanje, ali so vsi klinični mentorji dovolj usposobljeni za prenos znanja in veščin na študente (Pivač, Skela-Savič in Šivic, 2015).

Klinični mentorji pa v svoj bran navajajo predvsem premalo podpore vodij ter ostalega zdravstvenega tima ravno tako tudi pomanjkanje časa. Študentom pa je najpogostejša ovira to, da jih klinični mentorji ne vključujejo v svoje delo zaradi njihove preobremenjenosti. Statistika raziskave tudi kaže, da so študenti rednega študija pri raziskavi podali večje strinjanje s težavami kot študenti izrednega študija (Pivač, Skela-Savič in Šivic, 2015).

## 2 O kliničnih mentorjih

Glede na to, da študenti v klinično okolje vstopamo kot osebe, ki imamo veliko teoretičnega znanja pa tudi nekaj praktičnega, bi nas morali biti v kliničnih ustanovah veseli, saj že stari rek pravi, da »več glav več ve«. To je lepa misel, vendar na žalost težje dosegljiva. Vedno so v življenju težki začetki, vendar ob pravi podpori in ob dobrem učitelju nobena stvar ni pretežka in prenaporna. Marsikdo od študentov svoje klinično usposabljanje dojema kot stresno, saj se nenehno počuti nezaželenega oziroma kot nekdo, ki je v napoto. Povsem razumljivo je, da prvi dan na kliničnem usposabljanju ne moremo vedeti vsega o oddelku, čeprav imamo občutek, da zdravstveni delavci to od nas pričakujejo. Problem je ravno v tem, ker si klinični mentor pogosto ne vzame niti toliko časa, da bi nas predstavil svojim sodelavcem in tudi njih angažiral, da nas zaposlijo in dodelijo naloge, če že vnaprej ve, da bo prezaposlen in ne bo imel časa za nas. Še najbolj nesmiselno se nam pa zdi, da nam dodelijo kliničnega mentorja, ki te vidi samo prvi dan ob sprejemu v klinično okolje in zadnji dan, ko le tega zapustiš. In kako naj potem tak klinični mentor poda realno oceno o našem znanju? Da ne govorimo o tem, da je ravno klinični mentor tisti, ki bi z nami moral izvajati intervencije, ter nas pri njih tudi voditi. Le kako? Ko pa se nemalokrat zgodi,

da mentor ne pozna niti našega imena, kaj šele katere intervencije smo izvajali. Že zato, ker nas klinični mentor ne prikaže kot »pomemben« člen v zdravstvenem timu, tudi ostali zdravstveni delavci in sodelavci ne čutijo potrebe po našem vključevanju v potek dela na oddelku. Prej nas vidijo kot prepreko v opravljanju svojega dela, saj so mnenja, da jim s svojimi vprašanji krademo čas in stojimo na napačnem mestu ob napačnem času. Nikakor ne moramo metati vseh delavcev in kliničnih mentorjev v isti koš, vendar je v praksi velikokrat tako. Razumljivo je, da se nam klinični mentor ne more posvečati v popolnosti, saj ima poleg mentorstva še ogromno drugih nalog. Vendar pa študentje pričakujemo, da bo za nas tam nekdo, ko ga bomo potrebovali. Prav tako bi bilo zaželeno, da si klinični mentor vsakodnevno vzame čas za nas, da skupaj opravljamo intervencije, za katere moramo pridobiti kompetence in jih bomo nekoč opravljali samostojno na svojem delovnem področju. Ravno tako kot študentje ne mečemo vseh delavcev v isti koš bi bilo dobro, da tudi delavci tega ne počnejo s študenti. Saj tako zatrejo možnost, da se študent izkaže po svojih najboljših močeh, ker so mnenja, da smo vsi študenti nezainteresirani za delo in smo na oddelku zato, ker moramo biti.

### 3 Izkušnje iz Erasmus izmenjave v Varaždinu

Na začetku, ko odhajaš na klinično usposabljanje v tujino, se ti porajajo mnoga vprašanja na katera ne dobiš odgovora, če tega ne izkusiš na svoji koži. Zanima te, kako se boš znašel v novem okolju, med novimi ljudmi v novih neznanih situacijah. Vsi dvomi se razblinijo, ko vstopiš v delovno okolje, tako so se tudi nam. Sprva smo bile presenečene nad dobrim sprejemom na vseh področjih, katere smo obiskale, kar v Sloveniji ne doživiš pogosto. Da je temu tako, so v veliki meri odgovorni šolski mentorji, ki so nas sprejeli na Fakulteti za zdravstvo v Varaždinu. Na vsako lokacijo, kjer smo se klinično usposabljevale, nas je pospremil eden izmed njih ter nas predstavil kliničnemu mentorju. Sam klinični mentor je z navdušenjem povedal svojim sodelavcem od kod prihajamo in koliko časa bomo sodelovale z njimi. Prva ustanova, ki smo jo obiskale je bil Dom starejših občanov Ivanec – Karitasov dom. Tam smo opravljale iste naloge kot v Sloveniji, torej izvajale nego stanovalcev, hranjenje, deljenje zdravil ... Za razliko od Slovenije pa smo imele večkrat tudi čas za pogovor s stanovalci ter druženje ob razvedrilnih igrah. Delavci so nas izredno lepo sprejeli medse, kar so počeli oni smo počele tudi me. Nismo imele občutka manjvrednosti, zljile smo se z ostalimi in uživale ob svojem delu. Naslednje področje kjer smo opravljale klinično usposabljanje je bila Bolnišnica Čakovec – Hitna pomoč. Ravno tako smo bile tudi tukaj sprejete z odprtimi rokami in odlično vključene v sam tim. Sodelovale smo pri intervencijah na terenu, pri ambulantnih posegih, kadar pa je ostalo še kaj časa, nas je klinični mentor izobraževal in izpopolnjeval naše znanje o uporabi raznih pripomočkov v ambulantnem vozilu. Globoko v spomin se nam je vtisnil tako imenovati »team building« torej druženje zaposlenih izven delavnega časa. Ker smo čez dan imeli bolj malo intervencij, smo prosile, če lahko sodelujemo

v nočni izmeni. Seveda je bila naša prošnja uslišana, zaradi nas si je tudi klinični mentor menjal izmeno, ter nas vodil pri intervencijah. Na tem področju smo bile nadvse zadovoljne s kliničnim mentorjem ter ostalimi sodelavci. Edino tukaj smo občutile pristno vez med zdravnikom in medicinsko sestro oziroma zdravstvenikom, saj je pri nujni medicinski pomoči potrebna še večja mera sodelovanja. Tretje področje, kjer smo opravljale klinično usposabljanje je bila Opća bolnica Varaždin, in sicer ginekološki in porodniški oddelek. Tudi na tem oddelku je bil enkratno sprejem, ki si ga vsak študent lahko samo želi. Tukaj smo opravljale vse naloge, ki jih opravlja diplomirana medicinska sestra, samostojno smo odvzemale kri, kopirale naročilnice za preiskave krvi, brisov, snemale CTG, sodelovale pri ginekološkem pregledu, omogočili so nam ogled različnih operacijskih posegov v operacijskem bloku. Zagotovo si lahko štejemo v velik plus, da smo se usposabljale v porodnem bloku, kjer smo sodelovale pri porodu, bile psihična podpora nosečnicam, očetom, prav tako smo oskrbovale novorojenčke in otročnice. Enkratna izkušnja, katere v Sloveniji sigurno ne bi doživele. Ure kliničnega usposabljanja so veliko hitreje minile ob mentorici, ki se je resnično razdajala za nas in z nami delila svoje dolgoletne izkušnje. Zadnje klinično usposabljanje je bilo za nas majhno razočaranje, saj se nam mentorica ni posvečala, ni ji bilo mar kaj počnemo na oddelku, kaj šele da bi nas vključevala v kakšne intervencije. Ker je namen kliničnega usposabljanja, da študent pridobi nova znanja in nove izkušnje, bi vsekakor v prihodnje bilo bolje, če bi pediatrični oddelek zamenjali s kakšnim drugim oddelkom. To je bila edina negativna izkušnja v delovnem okolju na izmenjavi. Vendar, ko danes pomislimo na izmenjavo, se nam porajajo same pozitivne izkušnje in lepe misli. Za Erasmus izmenjavo bi se vsekakor odločile ponovno in izkusile vse kar smo morda izpustile.

## 4 Primerjava slovenskega in hrvaškega kliničnega mentorja

Ker klinično usposabljanje opravljamo na različnih področjih, regijah, ustanovah imamo vpogled na delo kliničnih mentorjev. Vsak študent ima svoje izkušnje in svoje mnenje o kliničnem mentorju. V razpravah med študenti beseda nanese tudi na delo kliničnega mentorja. Večina študentov je mnenja, da klinični mentorji namenjajo za študente premalo časa, kar se kaže kot neizpolnjevanje njihovih nalog. To pomeni, da je študent prepuščen sam sebi in ne izvaja intervencij, za katere mora pridobiti kompetence do konca študija. Študent se mora v kliničnem okolju znajti sam, včasih pa je deležen manjše podpore s strani ostalih zdravstvenih delavcev in kliničnega mentorja.

V okviru mednarodne izmenjave smo opravljale klinično usposabljanje v Varaždinu, v kliničnem okolju smo tudi v Varaždinu sodelovale s kliničnimi mentorji. Tam je klinični mentor vedel kakšne so naloge diplomirane medicinske sestre tako smo opravljale vse intervencije, ki so v domeni le teh. Deležne smo bile dodatnega izobraževanja, ki so nam ga omogočili klinični mentorji, želeli so, da se čim bolj uspo-

sobimo za nadaljnje delo. Njihova komunikacija je bila več kot ustrezna, saj so z nami sodelovali celih osem ur in nam posvečali svoj čas v največji možni meri. Zelo dobra je bila povezava med kliničnimi in šolskimi mentorji, saj nas je v klinično okolje predal šolski mentor in kliničnega mentorja še dodatno opozoril, na kompetence študentov, ki jih morajo pridobiti. Zaradi vseh naštetih dejstev, smo se v kliničnem okolju počutili bolj sprejete in enakovredne ostalim zaposlenim.

## 5 Zaključek

Sedaj je že povsem jasno kakšen naj bi bil klinični mentor, vendar pa je v praksi to včasih zelo težko izvedljivo, saj ima klinični mentor poleg naloge, da izobražuje študente še ogromno drugih delovnih nalog. Glede na trenutno situacijo bi bilo potrebno organizacijo dela kliničnega mentorja spremeniti. Klinični mentor bi moral imeti rezervirano določeno število ur samo za delo s študenti, pa naj gre za prenos teoretičnega ali praktičnega znanja. Končen rezultat pa bi bil vsestransko usposobljen in z ustreznim znanjem podkrepjen študent. Ne glede na vsa navedena dejstva, pa je pomembno uspešno sodelovanje med kliničnim mentorjem in študentom. Študent je tisti, ki mora kliničnemu mentorju in ostalim zaposlenim pokazati interes do dela, željo za pridobitev novih znanj in izkušenj ter se prilagoditi novemu delovnemu timu. Če se bomo vsi zavedali svojih dolžnosti in pravic ter, spoštovali drug drugega bo obojestranski uspeh (zadovoljen pacient) zagotovljen.

## LITERATURA

1. Pivač, S., Skela Savič, B. in Šivic, I. (2015). Prihodnost in razvoj zdravstvenih ved temelji na raziskovanju študentov. V B. M. Kaučič, A. Presker-Planko, D. Plank, K. Esih (ur.), Vloga kliničnega mentorja pri delu z študenti zdravstvene nege v kliničnem okolju (str. 389-397). Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju.

# **Klinično usposabljanje v Domu starejših občanov Črnomelj**

## **1 Uvod**

Dom starejših občanov Črnomelj je bil zgrajen na pobudo občanov občine Črnomelj. Z delom je pričel 1.3.1988, ko so bili sprejeti prvi stanovalci. Kapaciteta doma je bila ob otvoritvi 187 postelj, zaradi pred leti velikega povpraševanja in stalnih potreb po tej obliki varstva se je kapaciteta dvignila na 196 postelj. Dom danes razpolaga z 180 posteljami, kar zadošča potrebam katere so izkazane v našem okolju.

## **2 Dom starejših občanov Črnomelj**

Poslanstvo doma se nanaša na zagotavljanje institucionalnega varstva za starejše in zagotavljanja storitev za starejše, ki živijo na področju, kjer se nahaja dom in ki zaradi starosti, bolezni in drugih okoliščin ne morejo zadovoljevati osnovnih življenjskih potreb. Z namenom izvajanja poslanstva ter zagotavljanja kakovostnih storitev je dom uvedel sistema vodenja kakovosti po standardu ISO 9001 : 2008 in načelih modela E-Qalin. V letu 2014 smo prejeli osnovni certifikat Družini prijazno podjetje. V letu 2015 pa nam je cilj pridobiti tudi certifikat Zdravju prijazno podjetje.

Zavod zagotavlja izvajanje celovite skrbi za starejše. Stanovalcem doma zagotavlja bivanje in vsestransko oskrbo ter zdravstveno nego, ki sta prilagojeni njihovim individualnim potrebam, za njihovo polnovredno življenje. V našem zavodu je ospredju zahtevna zdravstvena nega in oskrba. Kar pomeni da so starostniki zaradi fizičnega ali psihičnega deficita, pogosto oboje, skupaj v celoti odvisni od zdravstveno negovalnega kadra. To povprečje je 80%, kar je nad povprečjem v Republiki Sloveniji.

Dom starejših občanov je po Zakonu o socialnem varstvu socialno varstveni zavod, ki izvaja socialno varstvene storitve po predpisih s področja socialnega varstva in zdravstveno varstvo skladno s predpisi zdravstvenega varstva. Zavod skladno z Zakonom o zdravstveni dejavnosti izvaja zdravstveno dejavnost na primarni ravni opredeljeno v tem zakonu. V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti opravljamo

socialno varstveni zavodi zdravstveno nego in zdravstveno rehabilitacijo za svoje oskrbovance. Zavodi lahko organiziramo za svoje uporabnike tudi drugo zdravstveno dejavnost in specialistično konziliarno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda in mrežo javne službe. Dejavnost v našem zavodu izvajamo od leta 1988.

V okviru svoje strokovne dejavnosti imamo v zavodu organizirano samostojno strokovno enoto službe zdravstvene nege in oskrbe, ki jo vodi namestnica direktorja in se izvaja vse dni v letu, 24 ur na dan, dejavnost splošne medicine – izvajalec zdravljenja zdravnik, ki je delavec zdravstvenega doma ter specialistično dejavnost nevropsihiatrije, zunanji izvajalec. Kapaciteta zavoda je 180 stanovalcev. Celotna dejavnost se izvaja v prostorih ambulant, fizioterapije, delovne terapije in v sobah stanovalcev, ki so eno, dve, tri in štiri posteljne. Vsi prostori so skladni z Pravilnikom o minimalnih tehničnih standardih za področje socialnega varstva.

Zavod razpolaga z prostori oziroma ima organizirano strokovno enoto, v kateri je možno praktično in klinično izobraževanje in usposabljanje dijakov in študentov posameznih usmeritev oziroma študijskih programov.

V službi zdravstvene nege in oskrbe imamo ves čas najmanj 180 strokovnih primerov s področja (zdravstvenega), ki je predmet praktičnega izobraževanja in kliničnega usposabljanja dijakov in študentov. 180 stanovalcev je skozi vse leto razvrščeno v kategorije zdravstvene nege skladno s Splošnim dogovorom. V našem zavodu je 80 % stanovalcev razvrščeno v zahtevnejšo zdravstveno nego tipa III.

Dom izvaja tudi zdravstveno nego in oskrbo hudo bolnih v zaključni fazi življenja. V ta namen letos tudi gradimo primerne bivalne prostore. Tako stanovalci kot njihovi svojci bodo lahko sobivali v prostorih, ki jim bo zagotavljala intimnost hkrati pa 24h prisotnost multidisciplinarnega tima. Predvsem je poudarek na stanovalca usmerjena oskrba, ki spoštuje in se odziva na stanovalčeve individualne želje, potrebe in vrednote ter zagotavlja, da stanovalčeve vrednote vodijo vse klinične odločitve – stanovalec postavlja cilje iztekajočega se življenja in soodloča pri izbiri intervencij. Spoštovanje stanovalčeve avtonomije in izbire pa pomeni tudi spoštovanje stanovalčeve želje, da (aktivno) ne sodeluje pri sprejemanju odločitev, če tega ne želi.

Veliko podpore in informacij v različnih fazah življenja potrebujejo tudi svojci. Kardarkoli smo jim na voljo za razrešitev različnih vprašanj in dilem. Svetujemo jim o vprašanjih s področja socialnega in zdravstvenega zavarovanja, financ in pravnih zadev, ki se nanašajo na socialnovarstvene storitve (medicinsko tehnični pripomočki, dodatek za pomoč in postrežbo).

Vse navedene aktivnosti pa lahko izvaja ne samo strokovno usposobljen kader, temveč zaposleni, katere odlikuje čustvena inteligenca in empatičnost.

V letu 2012 si je zavod skladno z Pravilnikom o pogojih, ki jih mora izpolnjevati zavod za podelitev naziva učni zavod, in tudi na osnovi odločbe št. 1611-7/2012-4, z dne 17.5.2012, ki jo je izdalo Ministrstvo za zdravje, pridobil status učnega zavoda.

Skladno z dejavnostjo, ki jo izvajamo v zavodu vsa leta delovanja delamo visoko strokovno, skladno z sodobnimi metodami in načeli za posamezna strokovna področja. V našem zavodu smo pričeli s prvimi aktivnostmi na področju usposabljanja že pred mnogimi leti.

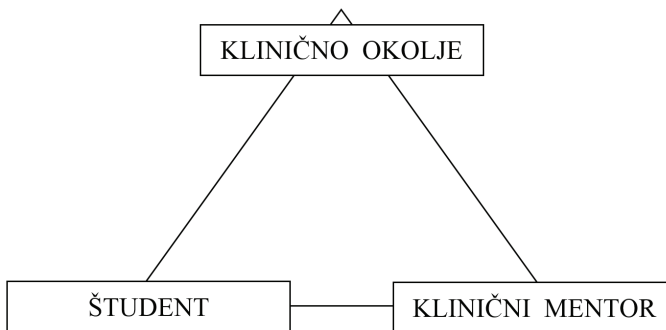
Klinično usposabljanje vključuje vodenje študentov k aktivnem učenju, da se temeljne vsebine učenja in poučevanja v razredu lahko prenesejo z uporabo v neposredno klinično učno okolje.

Izobraževanje za zdravstveno nego je usmerjeno v pridobivanje znanja in sposobnosti na področju poznavanja ved, na katerih temelji zdravstvena nega, ki zajema splošna načela zdravja in bolezni, razumevanja fiziološkega, psihološkega in sociološkega delovanja zdravih in bolnih oseb, odnosa med zdravstvenim stanjem in družbeni okoljem, poznavanje etike poklica ter različne vidike delovanja sistema zdravstvenega varstva (Brown in Rodney 2007: 141-152; Benner e tal. 2009: 371-385).

V zavodu je v ospredju aktivno poučevanje in učenje zdravstvene nege, saj so sodobni pristopi poučevanju in učenju v zdravstveni negi vse bolj osredotočeni na aktivno vlogo študenta.

Zavod kot takšen poudarja pomen razvoja kompetenc v kliničnem okolju. Kompetentnost obsega vsa znanja, spretnosti in sposobnosti potrebne za izvajanje nalog v določenem poklicu (Može, 2005).

Pomemben je trikotnik dejavnikov:



## 2.1 Okolje izvajanja kliničnih vaj

Vse strokovne enote v zavodu so moderno opremljene z vsemi tehničnimi pripomočki za stanovalce in zaposlene oziroma dijake in študente. Zavod razpolaga z dovolj velikim številom garderob, s seminarскими prostori, ki so vsi opremljeni z vso tehnično opremo za izvajanje pedagoškega dela (projektorji, računalniki, table), v katerih se lahko izvaja dejavnost za 20 in več udeležencev. V zavodu je vedno na voljo zadostno število medicinskih in drugih pripomočkov za delo po sodobnih načelih



in metodah v posameznih strokah. Ravno tako v zavodu razpolagamo z strokovnimi sodelavci, ki so usposobljeni tudi za pedagoško delo.

Praktično in klinično izobraževanje- usposabljanje posameznim kandidatom daje poleg možnosti izobraževanja tudi možnost, da se dom odpre navzven, predstavi svoje delovanje širši lokalni skupnosti, hkrati pa omogoča stanovalcem dodatno obliko zadovoljevanja njihovih potreb. Z organizacijo in izvajanjem praktičnega in kliničnega izobraževanja v našem zavodu sledimo cilju izboljšanja kakovosti opravljanja storitev in življenja naših uporabnikov iz Nacionalnega programa socialnega varstva, Akcijskega načrta zavoda in Plana dela zavoda.

### **3 Trendi v okolju izvajanja kliničnih vaj, praktičnega usposabljanja**

V razmerah vsake konkurenčnosti na vseh področjih, še zlasti na področjih institucionalnega varstva starejših je dobro in kakovostno delo edino in najboljše zagotovilo za obstoj in razvoj vsake dejavnosti. Prav zaradi tega je potreba po zagotavljanju in spremljanju dodatnih oblik storitev in kakovosti dela v domu toliko večja.

Učenje ne delovnem mestu je Senge (2006) razumel kot priložnost, da posameznik v procesu učenja spremeni vedenje v povezavi s povečevanjem in stopnjevanjem novih ali spremenjenih zmožnosti in sposobnosti. Razvil je model, v katerem je učenje opredelil »kot najpomembnejši proces v organizaciji, kjer si ljudje nenehno prizadevajo za razvoj in doseganje napredka. Bistveni elementi organizacijskega učenja: odprta komunikacija, sistemsko razmišljanje, uporaba različnih metod pridobivanja znanja, usposabljanje, prenos znanja in timsko delo«.

Vrsto let je zavod – učni zavod učeča se organizacija. Vsi zaposleni se trudijo za pozitivno klimo in pozitivne medsebojne odnose (učimo se od vseh, vsak nekaj pridobi). Ravno tako se število naših stanovalcev s potrebo po dodatni storitvah povečuje, zato je nujno pritegniti čim več udeležencev, ki bi se vključili v opravljanje kliničnih vaj in praktičnega usposabljanja in lahko izboljšali kakovost naših storitev ter obogatili vsakdan ljudem, ki so zaradi različnih vzrokov postali uporabniki institucionalnega varstva.

#### *3.1 Povezanost trendov in problemov*

Sorazmerno visok delež naših uporabnikov z najzahtevnejšo zdravstveno nego in tudi spreminjanje pričakovanj in zahtev današnjih starostnikov ne zadovoljujejo naraščajočih potreb po celoviti oskrbi starostnikov. Obstoječe zmogljivosti institucionalnega varstva je potrebno oblikovati tako, da se bodo sposobne prilagoditi zahtevam in pričakovanjem starostnikov in zagotovo je ena od možnih poti za boljše zadovoljevanje pričakovanj in potreb starejših uvedba in izvajanje praktičnega



in kliničnega izobraževanja posamezni kandidatov, kot orodja za dopolnitev zagotavljanja kakovosti storitev.

## 4 Izvajanje kliničnega usposabljanja

### 4.1 Namen izvajanja kliničnih vaj/praktičnega usposabljanja

- Zagotoviti starejšim ljudem v domu novosti, ki jih lahko prinesejo kandidati vključeni v projekt,
- Osveščanje za in razširitev razumevanja kakovosti izvajanja storitev, izobraževanja in pedagoškega dela,
- V okviru sistema vodenja kakovosti uvesti novo orodje za spremljanje uspešnosti in zadovoljstva uporabnikov in kandidatov vključenih v projekt,
- Ustvarjanje stimulativenega delovnega okolja za zaposlene in ostale vključene,
- Vzpodbujanje razvojnih projektov,
- Usmeritev in osredotočenje vodstva in ostalih zaposlenih na bistvo za doseganje zastavljenih ciljev oziroma izboljšav,
- Večanje konkurenčnosti,
- Dvig in učinkovitosti in prepoznavnosti v okolju,
- Spoznavati in motivirati eventualne kandidate za redno zaposlitev,
- Motiviranje vseh udeležencev in dvig lastne odgovornosti.

### 4.2 Cilji izvajanja kliničnih vaj/praktičnega usposabljanja

- Uvesti nov način in pristop k izvajanju storitev,
- Postaviti osnovo za bolj uspešno poslovanje zavoda,
- Uspešno dolgoročno implementacijo projekta v izvedbene procese z namenom, da postane zavod usmerjena organizacija za pedagoško delo v okviru izvajanja storitev,
- Uresničevanje strategije zavoda v celoti,
- Povečati delež zadovoljnih uporabnikov in zaposlenih,
- Spremljane učinka storitev s preverjanjem rezultatov.

### 4.3 Način izvajanja kliničnih vaj/ praktičnega usposabljanja

Uvodni sestanek:

- Seznanitev z zavodom,
- Predstavitev z načinom delovanja zavoda (zakonska regulativa, organizacijska struktura, navodili, dokumenti),
- Seznanitev z njihovimi pravicami tako kot dolžnostmi.

Praktični del:

- Seznanitev z zaposlenimi,
- Izvajanje procesne metode del v praksi,

- Uporaba/ prenos teorij v prakso,
- Uporaba informacijskega omrežja,
- Spremljanje Strokovnih kazalcev kakovosti,
- Loss lestvica v praksi,
- Aktivno sodelovanje v multi disciplinarnem timu,
- Opolnomočenje študenta/ dijaka.

Zaključek kliničnih vaj/ praktičnega usposabljanja:

- Izpolnjena zahtevana dokumentacija s strani šole / fakultete,
- Podana ocena o zaključenih vajah/ kliničnem usposabljanju,
- Izpolnjena anketa.

## **5 Analiza anket o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj**

Zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj smo se odločili spremljati z namenom, da ugotovimo kako se pri nas študentje počutijo in ali izpolnjujejo njihova pričakovanja. Za vir informacij smo uporabili anketne vprašalnike o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju, ki so del študentove dokumentacije na kliničnem usposabljanju. Študentom smo razložili naš namen in jih prosili, da kopijo izpolnjenega vprašalnika oddajo tudi v mentorjevi pisarni. Omogočeno jim je brezplačno kopiranje izpolnjenih anketnih vprašalnikov, da jim to ne predstavlja dodatnega dela.

Anketne vprašalnike smo analizirali z osnovnimi statističnimi postopki. Za vsako od 22 vprašanj na prvi strani vprašalnika smo izračunali povprečno oceno. Nato smo izračunali povprečno oceno vseh povprečnih ocen, da smo dobili eno splošno oceno zadovoljstva študentov na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj. Vprašanja odprtega tipa z druge strani anketnega vprašalnika pregledamo in skušamo strniti ugotovitve kaj jim je bilo všeč, kaj jih je motilo, morebitne predloge in opombe. Pomembna se nam zdi tudi informacija, koliko študentov bi želelo biti zaposlenih v takšni organizaciji ko je v DSO Črnomelj.

Zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj smo na enak način spremljali za študijski leti 2013/2014 in 2014/2015.

### *5.1 Rezultati analize anket o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju za leto 2013/2014*

Vrnjenih je bilo 11 anketnih vprašalnikov. Ankete je oddalo 7 študentov 1. letnika in 4 študentje 2. letnika. 8 študentov je študiralo redno in 3 študenti izredno. 1 je bil moškega spola in 10 ženskega. 7 študentov je imelo predhodno srednjo zdravstveno šolo in 4 gimnazijo.

Študenti so na vprašanja odgovarjali s pomočjo 5 - stopenjske lestvice, pri čemer je številka 1 pomenila, da je študent s trditvijo nezadovoljen, 2 delno zadovoljen, 3 niti zadovoljen niti nezadovoljen, 4 delno zadovoljen in 5 zadovoljen.

*Tabela 1: Zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj 2013/2014*

<i>TRDITVE</i>	
Organiziranost kliničnega usposabljanja v učnem zavodu.	4,9
Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kliničnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	4,9
Čas, ki ga vam je namenil klinični mentor.	4,9
Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	5
Upoštevanje standardov	4,9
Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	5
Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	4,9
Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov	4,9
Možnost povezovanja teorije in prakse	4,9
Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu	4,9
Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	4,9
Sodelovanje pri predaji službe.	5
Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	4,8
Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	4,9
Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	4,8
Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	4,8
Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin.	4,9
Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	5
Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	5
Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,9
Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	4,8
Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	5
Skupaj	4,9

*Vir:* Anketni vprašalnik o zadovoljstvu študentov na kliničnem usposabljanju

Vsi anketirani so odgovorili, da so bila izpolnjena njihova pričakovanja glede opravljanja kliničnega usposabljanja. Vsi anketirani so izrazili pripravljenost se zaposlit po opravljeni diplomi v DSO Črnomelj.

### *5.2 Rezultati analize anket o zadovoljstvu študenta na kliničnem usposabljanju za šolsko leto 2014/2015*

Vrnjenih je bilo 9 od 13 anketnih vprašalnikov. 8 je bilo študentov rednega študija in 1 študent izrednega študija. 3 so bili moški in 6 je bilo žensk.

Tabela 2: Zadovoljstvo študentov na kliničnem usposabljanju v DSO Črnomelj 2014/2015

TRDITVE	
Organiziranost kliničnega usposabljanja v učnem zavodu.	4,7
Uvodni pozdrav in seznanitev s potekom kliničnega usposabljanja, standardi, hišnim redom.	5
Čas, ki ga vam je namenil klinični mentor.	4,5
Profesionalnost odnosa kliničnega mentorja.	4,9
Upoštevanje standardov	5
Spodbujanje pri pridobivanju novega znanja s strani kliničnega mentorja.	4,8
Pridobitev novih znanj in veščin za razvoj kompetenc v zdravstveni negi.	4,5
Vključevanje v izvajanje medicinsko tehničnih posegov	4,8
Možnost povezovanja teorije in prakse	4,9
Omogočanje aktivne udeležbe v negovalnem timu	4,5
Sodelovanje z drugimi poklicnimi skupinami na oddelku.	4,8
Sodelovanje pri predaji službe.	4,8
Sodelovanje pri načrtovanju dnevnega programa dela.	4,5
Upoštevanje vaše samoiniciativnosti v odnosu do pacienta.	4,8
Odnos zaposlenih do vas, spoštovanje vaše osebnosti in dostojanstva.	4,7
Odgovarjanje zaposlenih na vaša vprašanja.	4,8
Pomoč zaposlenih pri pridobivanju veščin.	4,9
Vaše počutje v timu zdravstvene nege.	4,7
Kakovost in varnost dela na podlagi obstoječega znanja.	4,5
Skrb zaposlenih za kakovost in varnost dela na oddelku.	4,8
Varnost delovnega okolja in zagotavljanje ustreznih zaščitnih sredstev.	4,9
Podpisovanje opravljenih intervencij s strani kliničnega mentorja.	4,9
Skupaj	4,8

*Vir:* Anketni vprašalnik o zadovoljstvu študentov na kliničnem usposabljanju

Vsi anketirani so pohvalili:

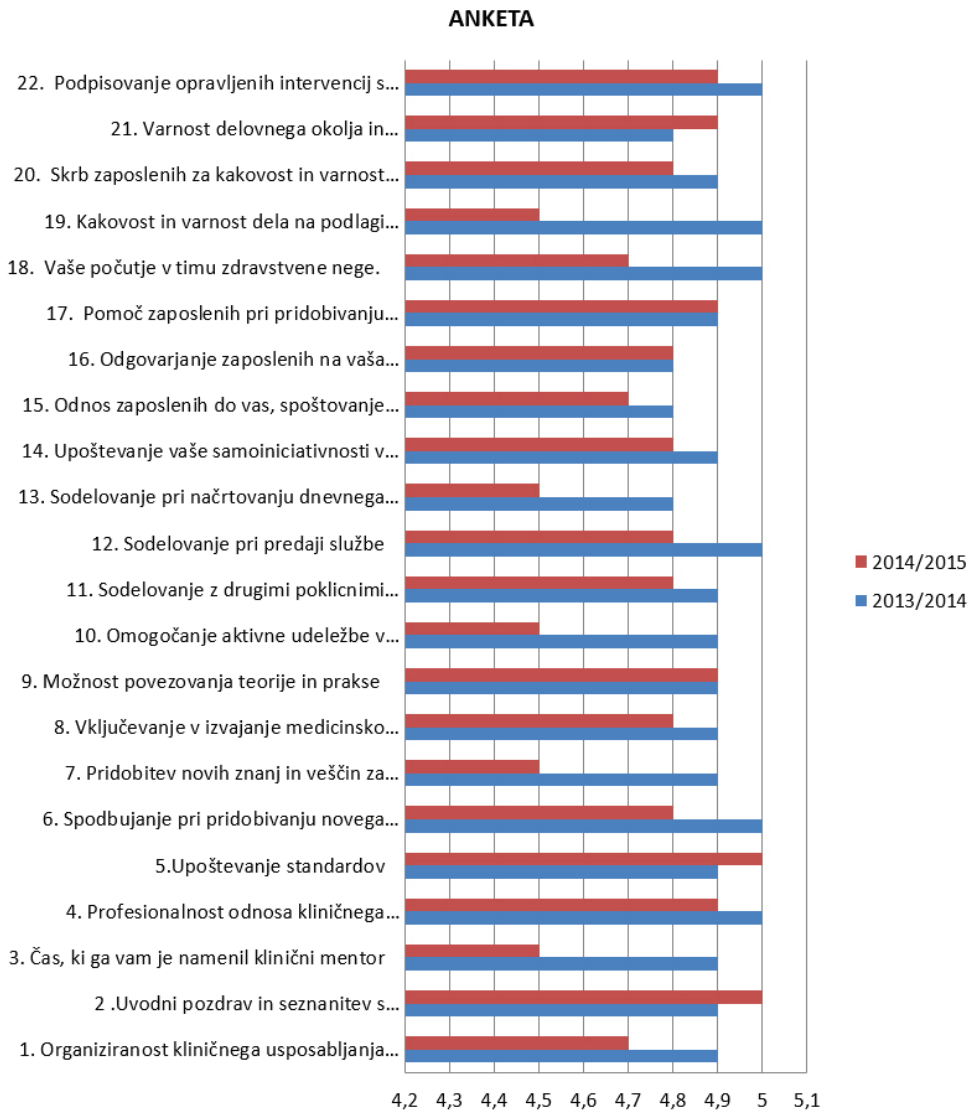
- da so bila izpolnjena njihova pričakovanja glede opravljanja kliničnega usposabljanja,
- pohvalili so možnost brezplačne malice,
- odnos zaposlenih do študentov in do stanovalcev,
- vključenost v delo in spodbujanje k samostojnosti,
- enakovrednost študentov v timu.

Želeli bi več:

- časa z mentorjem,
- več medicinsko tehničnih posegov,
- bolj točna navodila,
- več upoštevanja stanovalcev,
- več zaposlenih (ne izkoriščanje študentov).

V DSO Črnomelj se bi po končanem študiju želelo zaposliti 7 študentov, 2 pa ne.

Graf 1: Primerjava povprečja ocen zadovoljstva pri posameznih vprašanjih



## 6 Zaključek

Dom starejših občanov Črnomelj želi v veliki meri prispevati svoj delež k spremembi stereotipne podobe starejših, potisnjenih v svojo vrstno družbeno izolacijo in na obrobje družbenega življenja. Želja po izboljšanju kakovosti skrbi je osnovni motiv zavoda. S filozofijo, strategijo, vizijo, politiko in cilji želimo doseči čim višjo kakovost življenja stanovalcev v domu.

Naloga vseh zaposlenih je, da se trudimo, da bi se stanovalci doma počutili čim boljše, da bi jim omogočili čim lepši in boljši preostanek življenja. Dosedanji uspehi nas zavezujejo za boljše in kvalitetnejše delo v prihodnosti. Čaka nas veliko sprememb. Ker želimo v domu izpolniti vsa pričakovanja stanovalcev in širše javnosti, se ukvarjamo z izboljšanjem produktivnosti, zmanjšanjem stroškov, ponudbo kvalitetnih storitev z vzpostavljanjem partnerskega odnosa s svojim uporabniki.

Filozofija doma temelji na naravnosti k uporabniku. Cilj vseh je zadovoljni stanovalec. Delovne postopke in procese bomo skušali optimalno organizirati. Pridobivanje kandidatov za klinične vaje/ klinično usposabljanje je zagotovo eden od načinov, za doseganje naših ciljev.

## **LITERATURA**

1. Čuk, V (2014). Mentorska vloga v kliničnem okolju: razvoj modela izkustvenega učenja v zdravstveni negi (Doktorska disertacija). Koper: Pedagoška fakulteta.
2. Lekić Poljšak V. (2012). Praktično in klinično izobraževanje – usposabljanje. Letno poročilo z obrazložitvami za leto 2012. Črnomelj: Dom starejših občanov Črnomelj.
3. Lunenburg, F. C. (2011). Systems Thinking and the Learning Organization: The Path to School Improvement. Houston: Sam Houston State University.
4. Poslovník vodenja kakovosti(2009). Črnomelj: Dom starejših občanov Črnomelj.

## **Klinično usposabljanje v Zdravstvenem domu Krško**

Vsako študijsko leto znova prinaša v redno delo zdravstvenega zavoda vprašanje o potencialih študentih.

Nekoč mi je kolegica ob mojih strahovih o uspešnosti mentorskega dela zelo enostavno odgovorila približno takole: Kakor si boš pripravnika, študenta ali dijaka naredila, takšen bo iz tvojega zavoda šel dalje. Ta misel me spremlja še danes. In ni mi vseeno koliko znanja in izkušenj bo študent pridobil med učenjem v našem zavodu.

Moje izkušnje so bile do sedaj v glavnem zelo pozitivne. Ugotavljam, da je večina študentov zelo motivirana za pridobivanje novih znanj in strokovnih veščin. Imajo kar dosti teoretičnega znanja, ki pa ga nekateri precej težko uporabijo v praksi, hkrati pa znajo drugi suvereno sodelovati v pogovoru in svoja stališča argumentirati. In to mi je všeč, saj dokazujejo da imajo znanje, ki ga želijo pokazati in pri svojem delu tudi uporabiti.

Študenti nimajo težav z upoštevanjem nasvetov in navodil mentorjev. So spoštljivi do mentorjev, sodelavcev in bolnikov.

So pa tudi študentje samo ljudje, kar mentorji »na terenu« pogosto pozabimo.

Še največ težav imamo v našem Zdravstvenem domu pri izvedbi kliničnega usposabljanja iz patronaže, ker se pojavljajo bolniki, ki v svoj dom ne sprejmejo študentov. Takrat si pomagamo tako, da za tisti dan prevzame študentko /ta sodelavka/ec, ali pa žal ostane študent/ka zunaj.

Sama organizacija izvajanja klinične prakse je urejena primerno. Fakulteta nas pravočasno seznanj z razporedom. Všeč mi je tudi to, da se z organizatorji dogovorimo koliko in na katerih področjih lahko sprejmemo študente.

Pričakovanja:

Primerno teoretično znanje se nadgradi s praktičnimi izkušnjami.

Da se študent zaveda, da je teoretično znanje različnih predmetov potrebno povezati in prenesti v praktično delo – v strokovno aktivnost.

Da bo zainteresiran za pridobivanje novih znanj in veščin v času kliničnega usposabljanja.

Predlogi:

Čim večji poudarek na vzgoji holističnega pristopa pri obravnavi bolnika. Potrebno je marsikoga naučiti empatičnosti, prijaznosti, večšine poslušanja.

Izvajanje kliničnega usposabljanja v službi NMP je specifično, zaradi turnusnega dela, pri katerem v našem ZD traja izmena 12 ur. Zaradi lažje določitve mentorja posameznemu študentu, bi bilo smiselno, da bi študenti sodelovali v dnevnem delu turnusa skupaj z mentorjem, saj je le tako mogoče slediti, kaj so že osvojili oziroma jim je bilo že pokazano in razloženo oziroma, katere aktivnosti so že izvajali nadzorom ali samostojno.

Način dela nas sili v hiter tempo, pri katerem opažam, da so mlajše generacije pogosto bolj usmerjene v samo strokovno delo, kar je sicer odlično, a zmanjkuje energije za topel, pristen in razumevajoč pristop k bolniku. Pogosto zmanjka tiste enostavne tople človeške pameti, ki zna spoznati stisko, potrebo in se s svojimi aktivnostmi prilagoditi bolniku v njegovih potrebah.

Prav prepoznavanje takšnih situacij in usmerjanje študentov v tenkočutno opazovanje in ustrezno strokovno ukrepanje bo izboljšalo učinkovitost zdravstvene nege. Samo s holističnim pristopom se lahko zdravstvena nega kot stroka razvija in izpopolnjuje.



## **Klinično usposabljanje v Splošni bolnišnici Novo mesto**

### **IZOBRAŽEVANJA V SB NOVO MESTO**

1. Interna izobraževanje zaposlenih:
  - obvezna izobraževanja (matrika izobraževanj),
  - neobvezna izobraževanja,
  - poročanje s strokovnih srečanj.
2. Interna izobraževanja dijakov, študentov, prostovoljcev, gostov.
3. Izobraževanje pacientov in svojcev:
  - predoperativna ortopedska šola,
  - izobraževanje svojcev pacientov po možganski kapi,
  - izobraževanje dializnih pacientov,
  - izobraževanje pacientov s sladkorno boleznijo,
  - izobraževanje pacientov na antikoagulantni terapiji.
4. Strokovno srečanje Dnevi Marije Tomšič - dvodnevni seminar.
5. Izobraževanje pripravnikov – ZT (program MZ in strokovni izpiti).
6. Priprava na delo dipl. m s. / dipl. ZN (program izobraževanja).

### **SB NOVO MESTO – UČNI ZAVOD**

1. Dijaki SZKŠ:
  - redni program ZT,
  - praktično usposabljanje pri delodajalcu (PUD),
  - izobraževanje odraslih – ZT.
2. Študenti FZV (Novo mesto, LJ, JE, MB, IZ):
  - v rednem programu,
  - v izrednem programu,
  - mednarodna izmenjava.

### 3. Študenti medicine.

## **KLINIČNO USPOSABLJANJE (KU) ŠTUDENTOV ZN**

- predstavitev bolnišnice (informacijska zgibanka),
- učna mesta študentov ZN,
- izbor mentorjev,
- razporejanje študentov ZN,
- interno izobraževanje študentov ZN.

## **PREDNOSTI KU ZA PODROČJE ZN V BOLNIŠNICI**

- prednosti mentorstva za mentorje,
- prednosti KU za študente,
- sodelovanje v raziskovalnih projektih.

## **POMANJKLJIVOSTI KU V BOLNIŠNICI**

- pogoji za opravljanje KU,
- izbor učnih mest in mentorjev,
- izvedba programa KU.

