



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Οι Απόψεις των Φοιτητών της Νοσηλευτικής
σχετικά με τη Μάθηση
και την Επίβλεψη στο Κλινικό Περιβάλλον

Μαρία Δημητριάδου

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Μάμας Θεοδώρου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ, 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<i>Ευχαριστίες</i>	7
<i>Περίληψη</i>	8
<i>Συντμήσεις όρων</i>	10
<i>Έννοιες</i>	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	14
1. Νοσηλευτική κλινική εκπαίδευση στην Κύπρο	14
2. Μοντέλα μάθησης	18
3. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	23
3.1.Κλινικό περιβάλλον μάθησης (ΚΠΜ)	23
3.2. Κλινική Επίβλεψη.....	26
3.2.1 Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης	27
Μέντορας	27
Preceptor	30
Κλινικός Συντονιστής (ΚΣ)	31
4. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	34
4.1. Η σημασία της κλινικής μάθησης και η αντιπαλότητα με τις αίθουσες διδασκαλίας	34
4.2. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση στο κλινικό περιβάλλον	36
4.2.1. Η παιδαγωγική ατμόσφαιρα του Κλινικού Περιβάλλοντος.....	36
4.2.2 Η ανθρωπιστική ατμόσφαιρα του κλινικού περιβάλλοντος	38
4.2.3.Το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης του τμήματος (Θαλάμου).....	41
4.2.4.Νοσηλευτική Φροντίδα στο κλινικό περιβάλλον μάθησης	43
4.3. Ανασταλτικοί παράγοντες δημιουργίας ενός θετικού κλινικού περιβάλλοντος.....	45
4.4. Ο Ρόλος της Κλινικής Επίβλεψης.....	47
Ο ρόλος του μέντορα	47
Ο ρόλος του Κλινικού Συντονιστή (ΚΣ)	51
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
1.Μεθοδολογία	54
1.1 Σχεδιασμός της έρευνας.....	54
1.2. Σκοπός της έρευνας	54
1.3. Ερευνητικά Ερωτήματα	54
1.4. Ερευνητικό εργαλείο.....	54

1.5. Υπό μελέτη πληθυσμός και κριτήρια επιλογής	56
1.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	58
1.7. Ηθικά θέματα	58
1.8. Ανάλυση αποτελεσμάτων	59
2. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων	60
2.1. Εισαγωγή	60
2.2. Δημογραφικά και άλλα Χαρακτηριστικά του Δείγματος	60
2.3. Αποτελέσματα εργαλείου CLES-T	69
2.3.1. Υποκατηγορία «Κλινικό περιβάλλον Μάθησης»	71
2.3.2. Υποκατηγορία «Στυλ Ηγεσίας της προϊστάμενης»	72
2.3.3. Υποκατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα στο Θάλαμο»	73
2.3.4. Υποκατηγορία «Μάθηση στο Θάλαμο»	74
2.3.5. Υποκατηγορία «Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (μέντορα)»	75
2.3.6. Υποκατηγορία «ο Ρόλος του Κλινικού Συντονιστή»	78
2.4. Επιπρόσθετα ερωτήματα	80
2.4.1. Μέντορας ή κλινικός συντονιστής;	80
2.4.2. Η συνεισφορά του φοιτητή σε αυτή την κλινική τοποθέτηση	81
2.4.3. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την κλινική σας τοποθέτηση;	82
2.5. Συσχετίσεις Μεταξύ των Υποκατηγοριών	83
2.5.1. Συσχέτιση μεταξύ των 6 υποκατηγοριών	83
2.5.2. Συσχέτιση των απόψεων των φοιτητών για τον κλινικό συντονιστή	84
2.6. Έλεγχος Ισότητας Μέσων Για Περισσότερα από Δύο Δείγματα (Ανάλυση Διακύμανσης - ANOVA – Analysis Of Variance)	86
2.6.1. Επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τη συχνότητα επίβλεψης	86
2.6.2. Επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τη συμφωνία στις 6 υποκατηγορίες	89
2.6.2.1. Επίπεδα Ικανοποίησης από το κλινικό περιβάλλον μάθησης	90
2.6.2.2. Επίπεδα Ικανοποίησης και Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης	90
2.6.2.3. Επίπεδα Ικανοποίησης και Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο	90
2.6.2.4. Επίπεδα Ικανοποίησης και Μάθηση στο θάλαμο	90
2.6.2.5. Επίπεδα Ικανοποίησης και το περιεχόμενο σχέσης επίβλεψης (Μέντορας)	91
2.6.2.6. Επίπεδα ικανοποίησης και ο ρόλος του κλινικού συντονιστή	91

2.7 Επίπεδα ικανοποίησης και η συνεισφορά σε αυτή την κλινική τοποθέτηση	92
2.8 Επίπεδα Ικανοποίησης και πόσο συχνά είχατε εξατομικευμένη, μη προγραμματισμένη συνάντηση με το μέντορα	93
2.9 Επίπεδο ικανοποίησης και τύπος νοσηλευτικής μονάδας τελευταίας κλινικής τοποθέτησης.....	94
2.10. Επίπεδα Ικανοποίησης και Επαγγελματικός τίτλος επιβλέποντα.....	95
3. Συζήτηση.....	96
4. Περιορισμοί της έρευνας.....	114
5. Συμπεράσματα- προτάσεις	115
Βιβλιογραφία	120
Παράρτημα.....	136

Πίνακες

Πίνακας 1: Ερ1-Ερ6 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και της κλινικής τοποθέτησης των φοιτητών.....	61
Πίνακας 2: Αξιοπιστία εργαλείου CLES-T	69
Πίνακας 3: Μέσος όρος ,τυπική απόκλιση κάθε υποκατηγορίας και το Cronbach's Alpha ...	70
Πίνακας 4: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση της ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση (Ερ.53).	82
Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ των 6 υποκατηγοριών	84
Πίνακας 6: Συσχετίσεις μεταξύ των 3 υποομάδων της υποκατηγορίας ο ρόλος του κλινικού συντονιστή	85
Πίνακας 7: Αποτελέσματα ANOVA της συχνότητας επίβλεψης σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των φοιτητών.	86
Πίνακας 8: Αποτελέσματα Tukey's Post Hoc Analysis, της συχνότητας επίβλεψης από τον μέντορα σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση.	87
Πίνακας 9: Συσχετική ανάλυση μεταξύ της συχνότητας επίβλεψης και της συνολικής ικανοποίησης των φοιτητών (ποσοστά και συχνότητες).	88
Πίνακας 10: Μέσος όρος τυπική απόκλιση ικανοποίησης ως προς τη συμφωνία σε σχέση με τις 6 υποκατηγορίες	89
Πίνακας 11: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «η συνεισφορά μου στην κλινική τοποθέτηση.	92
Πίνακας 12: Αποτελέσματα Tukey's Post Hoc Analysis του βαθμού ικανοποίησης σε σχέση με τα επίπεδα ικανοποίησης	92
Πίνακας 13: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τη συχνότητα εξατομικευμένης συνάντησης με τον μέντορα (Ερ.33)	94
Πίνακας 14: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν σε σχέση με το τύπο της νοσηλευτικής μονάδας.	95
Πίνακας 15: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν για τον τίτλο του επιβλέποντα.....	95

Διαγράμματα

Διάγραμμα 1: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών κατά Επαρχία που έγινε η κλινική τοποθέτηση (Ερ2)	62
Διάγραμμα 2: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών ανάλογα με τη νομική μορφή του Πανεπιστημίου (Ερ.2).....	63
Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία κατανομή της ηλικίας των συμμετεχόντων (Ερ4).....	63
Διάγραμμα 4: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών κατά φύλο (Ερ4).....	64
Διάγραμμα 5: Ποσοστιαία κατανομή του τύπου νοσηλευτικής μονάδας κατά την τελευταία κλινική τοποθέτηση (Ερ6)	64
Διάγραμμα 6 : Ποσοστιαία κατανομή αλλαγών που παρατηρήθηκαν κατά την κλινική τοποθέτηση (Ερ.7)	65

Διάγραμμα 7: Ποσοστιαία κατανομή του τύπου νοσοκομείου που έγινε η κλινική άσκηση (Ερ.8)	66
Διάγραμμα 8: Ποσοστιαία κατανομή μοντέλου κλινικού συντονιστή (Ερ.9).....	66
Διάγραμμα 9: Ποσοστιαία κατανομή διάρκειας κλινικής τοποθέτησης (Ερ. 10)	67
Διάγραμμα 10: Ποσοστιαία κατανομή των συναντήσεων φοιτητή με τον κλινικό συντονιστή (Ερ.11)	67
Διάγραμμα 11: Ποσοστιαία κατανομή χρήσης εργαλείων επικοινωνία (Ερ.12).....	68
Διάγραμμα12:Μέσος όρος βαθμού συμφωνίας (κλίμακα 1-5) των υποκατηγοριών	70
Διάγραμμα 13: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας «κλινικό περιβάλλον μάθησης».....	71
Διάγραμμα 14: Ποσοστιαία κατανομή των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης»	72
Διάγραμμα 15: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας «Νοσηλευτική Φροντίδα στο Θάλαμο»	73
Διάγραμμα 16: Ποσοστιαία κατανομή του επαγγελματικού τίτλου του επιβλέποντα (Ερ.31) .	75
Διάγραμμα 17: Ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας επίβλεψης από το μέντορα (Ερ.32)..	76
Διάγραμμα 18: Ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας εξατομικευμένης συνάντησης με το μέντορα (Ερ.33).....	76
Διάγραμμα 19: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης.	77
Διάγραμμα 20: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 1	78
Διάγραμμα 21: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 2	79
Διάγραμμα 22: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 3	80
Διάγραμμα 23: Ποσοστιαία κατανομή ως προς το ποιο άτομο ήταν σημαντικό στην κλινική τοποθέτηση (Ερ.51)	81
Διάγραμμα 24: Ποσοστιαία κατανομή της υποκίνησης (Ερ.52)	81
Διάγραμμα 25 :Ποσοστιαία κατανομή της ικανοποίησης (κλίμακα 1-5) των φοιτητών	82
Διάγραμμα 26: Συχνότητα κατανομής της ικανοποίησης (1-3 επίπεδα) σε σχέση με την επίβλεψη.....	88

Ευχαριστίες

- ✓ Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνονται στους επιβλέποντες καθηγητές μου Δρ. Μάμα Θεοδώρου και Δρ. Ευρυδίκη Παπασταύρου για την αμέριστη συμπαράσταση και συνεργασία καθώς επίσης και για την επιστημονική και ερευνητική καθοδήγηση τους στη συγγραφή της εργασίας .
- ✓ Ευχαριστίες εκφράζονται στον Κο Τάλια για τη συμπαράσταση, υποστήριξη και την κατανόηση των δυσκολιών μου στη διεκπεραίωση της διατριβής.
- ✓ Ευχαριστίες και εκτίμηση απευθύνονται στους συναδέλφους μου, Ευδοκία Αθηνή, Χρίστο Ανδρέου, Νίκο Σταυρίδη και ιδιαίτερα στο Γιώργο Ευσταθίου για τη σημαντική βοήθεια τους και συμπαράσταση τους.
- ✓ Ευχαριστίες επίσης οφείλονται στους φοιτητές της Νοσηλευτικής και τη διοίκηση των τμημάτων νοσηλευτικής των Πανεπιστημίων που με τη συμμετοχή τους συνέβαλαν στην πραγματοποίηση αυτής της εργασίας.
- ✓ Ευχαριστίες στα τέσσερα παιδιά μου και στο σύζυγό μου για την υπομονή τους, και την στήριξη τους σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών μου.

Περίληψη

Η κλινική άσκηση αποτελεί ένα θεμελιώδες συστατικό στοιχείο της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης σε προπτυχιακό επίπεδο. Η ποιότητα του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος και η επίβλεψη έχουν ένα ουσιώδη ρόλο να διαδραματίσουν στα μαθησιακά αποτελέσματα, στην απόκτηση αυτοπεποίθησης και την τελειοποίηση των κλινικών τους δεξιοτήτων των προπτυχιακών φοιτητών της νοσηλευτικής.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των απόψεων και της ικανοποίησης των φοιτητών της νοσηλευτικής σχετικά με το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη τους σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα κατά την κλινική τους εκπαίδευση.

Μέθοδος – Υλικό. Χρησιμοποιήθηκε ποσοτική περιγραφική και συσχετική προσέγγιση. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με τη χρήση του ερωτηματολόγιο Clinical Learning Environment and Supervision and nurse teacher scale (CLES+T scale). Σ' αυτό περιλαμβάνονται 34 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες ομαδοποιούνται σε 6 υποκατηγορίες: το κλινικό περιβάλλον μάθησης, το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης, τη νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο, τη μάθηση στο θάλαμο, το περιεχόμενο επίβλεψης (μέντορα) και ο ρόλος του κλινικού συντονιστή. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ πλήρως-5=συμφωνώ πλήρως). Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μία ερώτηση που αξιολογεί τον βαθμό ικανοποίησης (κλίμακα 1-5) του φοιτητή κατά την κλινική του τοποθέτηση που μόλις έχει ολοκληρωθεί. Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν όλοι οι δευτεροετείς προπτυχιακοί φοιτητές της νοσηλευτικής (N=380) από τα 4 πανεπιστήμια της Κύπρου. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 94% (n=357). Η συλλογή δεδομένων έγινε κατά τη περίοδο Δεκέμβριο του 2010 και Μαρτίου του 2011.

Αποτελέσματα. Η υποκατηγορία «το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης με τον μέντορα» είχε την πιο υψηλή τάση προς τη συμφωνία (MO=4,18) και η υποκατηγορία «μάθηση στο θάλαμο» την χαμηλότερη (MO.=3,54). Επίσης, στη συχνότητα επίβλεψης από το μέντορα δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομαδικής και της εξατομικευμένης επίβλεψης. Μεταξύ των υποκατηγοριών φάνηκε να υπάρχει θετική στατιστική συσχέτιση ($r=0.313$ μέχρι $r=0.615$ $p<0.001$). Η ικανοποίηση σε σχέση με τις 6 υποκατηγορίες βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική $p<0,001$. Η ολική ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση ήταν MO=3,99.

Συμπεράσματα. Οι σχέσεις επίβλεψης με τον μέντορα φαίνεται να αποτελούν τον κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει θετικά την κλινική μαθησιακή διαδικασία.

Λέξεις κλειδιά: Κλινικό μαθησιακό περιβάλλον, κλινικός εκπαιδευτής, κλινική πρακτική, κλινική εκπαίδευση, μέντορας, προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση.

ABSTRACT

Background: Clinical practice is an important component of the pre- registration nursing education programme, for gaining experience and building confidence and competence as register nurse. The quality of clinical learning environment and supervision has an important role in students learning outcomes in clinical setting.

Purpose: To explore nursing student' experiences with the clinical learning environment and supervision given in hospital settings.

Methods: A quantitative descriptive, correlational design was used. Data were collected using the Clinical Learning Environment, supervision and nurse teacher (CLES-T) evaluation scale. The evaluation scale consists of 34 statements and it is sub-divided into six dimensions: pedagogical atmosphere, the leadership style of the ward manager, premises of nursing on the ward, premises of learning on the ward, supervisory relationship (mentor) and the role of the nurse teacher. A five-point Likert- type scale (1= fully disagree and 5= fully agree) was used. The study population consisted of all second–year nurse students (N=380) from four university in Cyprus and the response rate was 94% (n=357). Data were collected between December 2010 - February 2011. Moreover students' total satisfaction from their recent clinical placement was measured in five questions (1= fully dissatisfied and 5=fully satisfied). Data were collected between December 2010 - February 2011.

Results: The highest mean evaluation was given to the sub -dimension, “supervisory relationship (mentor)” (4.18) and the lowest was given to the sub dimension “premises of learning on the ward” (3.54). There was a significant and positive correlation between the 6 sub-dimension varying from $r=0.313$ to $r=0.615$ ($p<0.001$). Also no statistical significant difference was observed between the successful supervision and team supervision. The mean of total satisfaction of the participants was 3, 99 (on 1-5 scale).

Conclusion: Supervision relationship with the mentor was found to be the most important factor in influencing positively student clinical learning.

Key Words: Nursing education, clinical learning environment, mentor, clinical practice, clinical teacher.

Συντμήσεις όρων

ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ENB	English National Board
ΚΜΠ	Κλινικό Μαθησιακό Περιβάλλον
ΚΣ	Κλινικός Συντονιστής
NMC	Nursing & Midwifery Council
ΠΘ	Προϊστάμενη Θαλάμου
QAA	Quality Assurance Agency for Higher Education
WHO	World Health Organization

Έννοιες

Φοιτητής της Νοσηλευτικής: Το άτομο το οποίο έχει εγγραφεί σε εγκεκριμένο προπτυχιακό πρόγραμμα νοσηλευτικής.

Επιβλέπων: Είναι το άτομο το οποίο με κατάλληλη επαγγελματική προετοιμασία υποστηρίζει τους φοιτητές στην πρακτική ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εκπαιδευτικού τους προγράμματος.

Προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση: Είναι το πρόγραμμα το οποίο οι φοιτητές της νοσηλευτικής πρέπει να παρακολουθήσουν ώστε να αποκτήσουν τις δεξιότητες και την επάρκεια που είναι απαραίτητα για να εγγραφεί ως επαγγελματίας νοσηλευτής στο μητρώο του Συμβουλίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής.

Συνθήκη Μπολόνια (Bologna Declaration): Είναι μία ευρωπαϊκή δραστηριότητα προοδευτικής σύγκλισης των τίτλων σπουδών σε έναν ανοικτό ευρωπαϊκό χώρο ανώτατης εκπαίδευσης. Στοχεύει στην εναρμόνιση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων μέσα στην Ευρώπη. Αυτό αναμένεται να συμβάλει στην αναγνώριση των τίτλων σπουδών και των ακαδημαϊκών προσόντων. Το πλαίσιο σύγκρισης και συμβατών προσόντων γίνεται με το σύστημα πιστωτικών μονάδων (ECTS:European Credit Transfer System).

Οδηγία 2005/36/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου: Οι διατάξεις της Οδηγίας αυτής εφαρμόζονται σε κάθε υπήκοο κράτους μέλους, ο οποίος επιθυμεί να ασκήσει νομοθετικά ρυθμιζόμενο επάγγελμα (περιλαμβάνεται και η νοσηλευτική) σε ένα κράτος μέλος της Ε.Ε., έχοντας αποκτήσει τα επαγγελματικά του προσόντα σε άλλο κράτος μέλος. Σχετίζεται άμεσα με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων. Συγκεκριμένα για τη νοσηλευτική καθορίζει τα προσόντα «γενικής φροντίδας» στην προπτυχιακή εκπαίδευση. Για την ολοκλήρωση των σπουδών απαιτούνται τουλάχιστον 3 χρόνια ή 4600 ώρες θεωρίας και κλινικής άσκησης. Η θεωρία καλύπτει τουλάχιστο το ένα τρίτο και η κλινική κατάρτιση τουλάχιστο τη μισή ελάχιστη διάρκεια της εκπαίδευσης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο σύγχρονο και ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης, είναι επιτακτική πλέον ανάγκη για αποφοίτηση νοσηλευτών που να αισθάνονται επαρκώς προετοιμασμένοι και ασφαλείς με την έκβαση των σπουδών τους (NMC, 2008; WHO, 2000). Η Νοσηλευτική ως εφαρμοσμένη επιστήμη δε μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά στις αίθουσες διδασκαλίας με αποτέλεσμα το κλινικό περιβάλλον να διαδραματίζει καταλυτικό ρόλο στην απόκτηση της κλινικής μάθησης. Το κλινικό περιβάλλον είναι ο χώρος άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής, όπου ο φοιτητής έχει την ευκαιρία να βιώσει κλινικές εμπειρίες και συνεπώς να αναπτύξει τις νοσηλευτικές του δεξιότητες με την εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη, έτσι ώστε να κατανοήσει το νοσηλευτικό του ρόλο κατά την προπτυχιακή του εκπαίδευση (Edwards et al., 2004). Ο βασικός στόχος της προπτυχιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι να δημιουργήσει επαγγελματίες υγείας ικανούς να λειτουργούν με ανεξαρτησία, κριτική σκέψη, αίσθηση ευθύνης και υψηλό επίπεδο κλινικής ικανότητας (Johansson, 2010). Αυτό προσδίδει στη κλινική μάθηση ιδιαίτερη αξία, αναγνωρίζοντάς την ως ένα ζωτικό και αναπόσπαστο στοιχείο για την ολοκλήρωση του προγράμματος σπουδών της νοσηλευτικής (Chan, 2002), καθιστώντας το κλινικό περιβάλλον αναντικατάστατο μέσο επαγγελματικής προετοιμασίας (Midgley, 2006).

Η αντιληπτική διάσταση που ενισχύει το σημαντικό ρόλο της κλινικής άσκησης οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί τη ρεαλιστική άποψη της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε αντίθεση με την ιδεαλιστική του εκπαιδευτικού ιδρύματος (Gaberson & Oermann, 2010; Papp et al., 2003). Η ανάπτυξη παρατηρητικότητας, η καλλιέργεια αντίληψης σε διαφορετικές καταστάσεις και η αναγνώριση των στοιχείων που συνθέτουν την κατάσταση του ασθενή είναι κύρια συστατικά της κλινικής μάθησης (DeYoung, 2007). Επιπλέον, η κλινική άσκηση συμβάλλει στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης, (Chan, 2002; Quinn & Hughes, 2007) δια μέσου των νοσηλευτικών προτύπων (Papp et al., 2003) και την αλληλεπίδραση με άλλους επαγγελματίες και άτομα (Κοτζαμπασάκη, 2006). Ο φοιτητής αποκτά επίσης μια ποικιλία άλλων ικανοτήτων όπως την ικανότητα να εργάζεται ως μέλος μιας ομάδας, να λαμβάνει αποφάσεις, να σκέφτεται κριτικά, όπως επίσης και δεξιότητες επικοινωνίας και οργάνωσης (Löfmark & Wikblad, 2001). Υπό το πρίσμα των πιο πάνω, αναμφίβολα η πολυπλοκότητα του κλινικού περιβάλλοντος το

καθιστά πλούσιο και άκρως ενδιαφέρον στην απόκτηση των απαιτούμενων δεξιοτήτων και γνώσεων (Dunn & Hansford, 1997).

Έχοντας υπόψη λοιπόν, ότι η φύση του επαγγέλματος δεν επιτρέπει τη μάθηση μέσω δοκιμής και λάθους (Ματζούκας, 2009), η επιτυχής εφαρμογή της θεωρίας στην πράξη είναι ένα σημαντικό στοιχείο ολοκλήρωσης των νοσηλευτικών σπουδών σε προπτυχιακό επίπεδο (Henderson et al., 2006). Με άλλα λόγια, η πράξη πρέπει να βασίζεται σε ορθολογικό και επιστημονικό συλλογισμό που προσδίδει νομιμότητα, εγκυρότητα και αξιοπιστία στα όσα πράττει ο επαγγελματίας υγείας (Μαντζούκας, 2009). Προκειμένου όμως να επιτευχθεί αυτό, αναγνωρίζεται η ανάγκη παροχής ενός ποιοτικού κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος και ποιοτικής κλινικής επίβλεψης (Chan, 2001; Papp et al., 2003), η οποία να πλαισιώνεται από μια παιδαγωγική ανθρωπιστική προσέγγιση (Quinn & Hughes, 2007; Nash, 2007).

Λόγω της μεγάλης σημασίας του κλινικού περιβάλλοντος σημαντικές μεταρρυθμίσεις έχουν συμβεί στη νοσηλευτική εκπαίδευση τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο τις τελευταίες δεκαετίες (Spitzer, 2006) με ιδιαίτερη έμφαση στην ενσωμάτωση στρατηγικών υποστήριξης των φοιτητών μέσα από την κλινική επίβλεψη κατά την κλινική πρακτική. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται αντιληπτό ότι η κλινική επίβλεψη δεν είναι απλά η μετάδοση γνώσης, αλλά εμπεριέχει στοιχεία καθοδήγησης, υποστήριξης και διευκόλυνσης της μάθησης των φοιτητών (Papp et al., 2003; Pearcey & Elliott, 2004), επιτυγχάνοντας την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ικανοτήτων μέσα από την αντανάκλαση (Βλάχου & Πλαγίσου, 2011). Έτσι, η εμπειρία μετατρέπεται σε μια διαφορετική διαδικασία μάθησης από την παραδοσιακή εκπαίδευση διαμέσου της «μαθητείας». Η στροφή αυτή στη νοσηλευτική εκπαίδευση, προς την ανάπτυξη της θεωρητικής γνώσης και επιστήμης, έδωσε την ώθηση να αναπτυχθούν διάφορα μοντέλα κλινικής επίβλεψης, όπως του μέντορα και του κλινικού συντονιστή, των οποίων οι ρόλοι είναι σημαντικοί και αλληλένδετοι στην κάλυψη των μαθησιακών αναγκών στο κλινικό περιβάλλον (Papp et al., 2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η σημαντικότητα της εργασίας έγκειται στο γεγονός ότι η κλινική άσκηση αποτελεί την πεμπτούσια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Κοντζαμπασακή, 2006), άποψη η οποία βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με την Ευρωπαϊκή οδηγία 2005/36/EK, η

οποία απαιτεί η κλινική άσκηση να καλύπτει τουλάχιστο τη μισή ελάχιστη διάρκεια της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, οδηγία την οποία έχει υιοθετήσει και η Κύπρος (Ο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής νόμος του 214/88). Οι νέες τάσεις της κλινικής εκπαίδευσης φιλοδοξούν να προάγουν τη συνοχή θεωρίας και πράξης και να ενθαρρύνουν την υπευθυνότητα των φοιτητών για τη μάθησή τους (Σταθοπούλου, 2007). Η επιτυχία της όποιας προσπάθεια, όμως προϋποθέτει τη συνεργασία και τη συνεχή εγρήγορση τόσο της εκπαιδευτικής όσο και της νοσηλευτικής ηγεσίας στην αναθεώρηση και προσαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις και στο σχηματισμός μιας κοινής και από τις δύο πλευρές κουλτούρας (Papp et al., 2003; Pearcey & Elliott, 2004). Το επίκεντρο της συνεργασίας αυτής θα είναι η μάθηση και όχι η παροχή υπηρεσιών δηλαδή ο φοιτητής θα έχει το ρόλο του μαθητευόμενου και όχι του νοσηλευτή (Andrew & Wallis, 1999; Gaberson & Oermann, 2010).

Με βάση τα πιο πάνω, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών της νοσηλευτικής για τους παράγοντες που συνθέτουν το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη τους, σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα, κατά την κλινική τους εκπαίδευση. Πρόκειται για μια προσπάθεια διασαφήνισης των συνθηκών που συμβάλλουν στη δημιουργία ενός αποτελεσματικού μαθησιακού περιβάλλοντος και συστήματος επίβλεψης που θα συνεισφέρει στην προετοιμασία των φοιτητών, έτσι ώστε να αποκτήσουν το αίσθημα της υπευθυνότητας, της ανεξαρτησίας και της ασφάλειας ως επαγγελματίες.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το γενικό και το ειδικό. Το γενικό μέρος αρχίζει με ιστορική αναδρομή σε σχέση με τη νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο, ενώ στη συνέχεια αναλύονται διάφορες θεωρίες μάθησης που σχετίζονται με το σκοπό και το αντικείμενο της έρευνας. Ακολουθεί εννοιολογικός προσδιορισμός των δύο βασικών αξόνων που δεσπόζουν στην εργασία: το κλινικό μαθησιακό περιβάλλον και την κλινική επίβλεψη, των οποίων η σημαντικότητα τους αναλύεται στη συνέχεια μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Στο ειδικό μέρος περιγράφονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας, ενώ στο τέλος ακολουθούν η συζήτηση, τα συμπεράσματα και οι προτάσεις.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Νοσηλευτική κλινική εκπαίδευση στην Κύπρο¹

Αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα γίνεται για πρώτη φορά το 1878 όταν η Κύπρος περιήλθε στην κατοχή των Βρετανών. Αρχικά, η οποιαδήποτε μορφή νοσηλευτικής εκπαίδευσης περιοριζόταν σε αυτή της επαγγελματικής κατάρτισης στα νοσηλευτικά τμήματα από νοσηλεύτριες και μαιίες που προέρχονταν από την Αγγλία και κατείχαν τις ανώτερες θέσεις (Γεωργιάδης, 2001; Antoniou, 1990).

Σταθμός στη νοσηλευτική εκπαίδευση υπήρξε η ίδρυση της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Σχολής της Κύπρου το 1945. Τα πρώτα προγράμματα ήταν διετή στη γενική νοσηλευτική για βοηθούς νοσοκόμους. Το 1955, η Σχολή αναβαθμίστηκε με τη συμβολή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και παράλληλα με το διετές πρόγραμμα σπουδών στην ελληνική γλώσσα άρχισε και το τριετές πρόγραμμα Γενικής Νοσηλευτικής με γλώσσα διδασκαλίας την αγγλική (Antoniou, 1990). Το αναλυτικό πρόγραμμα σπουδών συμβάδιζε με αυτό του Συμβουλίου Νοσηλευτικής της Μεγάλης Βρετανίας (Annual report, 1963). Η επίδραση του αγγλικού συστήματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης, όπου οι φοιτητές μάθαιναν με το «σύστημα μαθητείας», δηλαδή την εκτέλεση νοσηλευτικών δεξιοτήτων υπό την επίβλεψη της προϊσταμένης ή έμπειρων νοσηλευτών, επηρέασε σημαντικά τη νοσηλευτική εκπαίδευση για αρκετά χρόνια, ακόμα και όταν η Κύπρος σταμάτησε να είναι αγγλική αποικία και έγινε ανεξάρτητο κράτος το 1960 .

Αξιοσημείωτο της τότε νοσηλευτικής εκπαίδευσης, και πιο συγκεκριμένα μέχρι το 1963, είναι το γεγονός ότι οι φοιτητές δεν απολάμβαναν τη φοιτητική υπόσταση αλλά την ιδιότητα του δημόσιου υπαλλήλου, αφού διορίζονταν από τη Δημόσια Υπηρεσία, γι' αυτό και τα μαθήματα προσφέρονταν κατά διαστήματα και στον ελεύθερο τους χρόνο. Αυτό είχε ως συνέπεια την επιλογή τους χωρίς εκπαιδευτικά κριτήρια με επακόλουθο τη δυσκολία στην αναβάθμιση των επιπέδων της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης. Το 1963 οι φοιτητές χάνουν τη

¹ Όσο αφορά ιστορικά στοιχεία για τη νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο δεν υπάρχουν καταγεγραμμένες πληροφορίες οπότε η ερευνήτρια συμπλήρωσε την ιστορική αναδρομή από συνέντευξη που είχε με τη Δρ. Παπασταύρου Ευριδίκη και Κυρία Αθηνή Ευδοκία. Άτομα με πολυετή εμπειρία στη νοσηλευτική εκπαίδευση.

δημοσιοϋπαλληλική τους ιδιότητα και αποκτούν φοιτητική υπόσταση μετά από απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου. Άλλες σημαντικές αποφάσεις που συνέβαλαν στην ανοδική πορεία της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης τη χρονιά αυτή ήταν οι εξής: η ανάληψη της Διοίκησης της Σχολής από Διοικητικό Συμβούλιο με πρόεδρο τον εκάστοτε Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, η θέσπιση κανονισμών και το σημαντικότερο η ευθύνη της κλινικής τοποθέτησης των φοιτητών στα διάφορα τμήματα ανελήφθη εξ' ολόκληρου από τη σχολή και όχι τη διοίκηση των νοσοκομείων όπως ίσχυε μέχρι τότε. Από το 1986 και έπειτα για την εισδοχή στη νοσηλευτική σχολή απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η επιτυχία προεισαγωγικών εξετάσεων του Υπουργείου Παιδείας και Πολιτισμού, άρα υπεισέρχονται τα εκπαιδευτικά κριτήρια δίνοντας νέα ώθηση στην εξέλιξη της Νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Μίτσιγκα, 2005).

Μέσα στο πλαίσιο αναβάθμισης της προσφερόμενης φροντίδας και διασφάλισης της ποιότητας της εκπαίδευσης, το 1988 εισάγονται οι τελευταίοι φοιτητές του διετούς κύκλου σπουδών νοσηλευτικής, ενώ παράλληλα ξεκίνησαν προγράμματα αναβάθμισης για βοηθούς νοσηλευτές. Δημιουργούνται έτσι οι προϋποθέσεις για μια μόνο βαθμίδα νοσηλευτών, αυτή της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ο νόμος περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Ν.214/88). Από το 1988-2007 τα προγράμματα γενικής νοσηλευτικής είχαν διάρκεια τριών χρόνων και τριών μηνών (συνολικά 5.208 ώρες), το 1/3 αφορούσε την θεωρία και τα 2/3 την κλινική άσκηση σύμφωνα με την οδηγία 77/452/EEC.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο, ακολουθούσε πάντοτε τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας. Το 1990 γίνονται μετά από εισήγηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, (ο οποίος επισήμανε οργανωτικές ελλείψεις και αδυναμίες στο πρόγραμμα σπουδών), σημαντικές εκπαιδευτικές αλλαγές (Παπασταύρου, 1995). Ενθαρρύνεται ο ενεργός ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή (nurse teacher) στην κλινική επίβλεψη των φοιτητών και την ανάληψη πλήρους ευθύνης, τόσο στις αίθουσες διδασκαλίας όσο και στον κλινικό χώρο (Αντωνίου, 1990). Ο κλινικός εκπαιδευτής ήταν μόνιμο μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού και είχε την ευθύνη επίβλεψης και διδασκαλίας φοιτητών στον κλινικό χώρο. Ο κλινικός εκπαιδευτής είχε ένα πολύπλευρο ρόλο, ήταν υπεύθυνος για τη θεωρητική εκπαίδευση, είχε την ευθύνη του κλινικού συντονισμού και την ευθύνη της κλινικής άσκησης στην οποία πολλές φορές αναλάμβανε και την επίδειξη νοσηλευτικών διαδικασιών. Καθοριστικός επίσης ήταν ο ρόλος του στην αξιολόγηση των φοιτητών.

Σημαντικά προβλήματα που αντιμετώπιζε ήταν κυρίως η άγνοια του κλινικού χώρου γι' αυτό και συχνά βρισκόταν στην θέση του φιλοξενούμενου παρά του συμμετέχοντος (Παπασταύρου, 1995). Από την άλλη ο ρόλος του περιοριζόταν στο να γεφυρώνει τις διαφορές ανάμεσα στην εκπαίδευση και στην υπηρεσία παρά να διευκολύνει τη μάθηση (Παπασταύρου, 1995). Εν τη απουσία του κλινικού εκπαιδευτή την πρακτική εκπαίδευση των φοιτητών αναλάμβανε ο εκάστοτε υπεύθυνος βάρδιας, αφού με βάση τα σχέδια υπηρεσίας ο εκπαιδευτικό ρόλος εμπεριέχεται μέσα στα καθήκοντα και τις ευθύνες των νοσηλευτικών λειτουργιών και των προϊσταμένων (Επίσημη Εφημερίδα της Δημοκρατίας, 2005).

Ο ρόλος του μέντορα εντάχθηκε στην κλινική εκπαίδευση γύρω στο 2000, ήταν στην αρχή υποτυπώδης και δεν είχε τη σημερινή του μορφή. Ένας κλινικός νοσηλευτής αναλάμβανε την κλινική διδασκαλία και επίβλεψη όλων των φοιτητών (ανεξαρτήτως του επιπέδου θεωρητικής εκπαίδευσής τους) που βρίσκονταν στο νοσηλευτικό τμήμα κατά τη διάρκεια της βάρδιας του. Την κατανομή εργασίας αναλάμβανε η προϊστάμενη του τμήματος σε συνεργασία με τον κλινικό εκπαιδευτή, ο οποίος έπρεπε να πιστοποιήσει ότι η κλινική εμπειρία συσχετίζεται με το διδακτικό πρόγραμμά τους. Πολλές φορές, όμως οι φοιτητές χρησιμοποιούνταν ως δυναμικό του θαλάμου και αναλάμβαναν τη φροντίδα των ασθενών λόγω έλλειψης προσωπικού. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ανάγκες των ασθενών να προηγούνται των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών που θεωρούνταν δευτερεύουσες.

Η νοσηλευτική εκπαίδευση αναβαθμίζεται και αναδιοργανώνεται το 2002. Εισηγήσεις για ενίσχυση του μαθήματος της έρευνας και της κοινοτικής νοσηλευτικής από ομάδα εμπειρογνομόνων που αποτελούσε το TAIEX (Technical Assistance and information Exchange) βοήθησε έτσι ώστε η νοσηλευτική εκπαίδευση να εναρμονιστεί με τις σχετικές οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EU, 2002).

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο σημαντικότερος σταθμός της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι αυτός της μετάβασής της σε πανεπιστημιακό επίπεδο το Σεπτέμβριο του 2007. Αυτό σηματοδοτείται με το γεγονός ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση δεν παρέχεται πλέον αποκλειστικά από το δημόσιο εκπαιδευτικό ίδρυμα αλλά και από ιδιωτικά εκπαιδευτικά ιδρύματα. Η νοσηλευτική εκπαίδευση γίνεται πιο ανταγωνιστική, ενώ παρατηρείται σταδιακή απομάκρυνση από τους παραδοσιακούς τρόπους κλινικής διδασκαλίας και το βρετανικό

μοντέλο νοσηλευτικής εκπαίδευσης (Papastavrou et al., 2009). Σημαντικότερο είναι επίσης το γεγονός ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο δεν αποτελεί πλέον μέρος του συστήματος υγείας, αλλά αποτελεί πλέον ολοκληρωτικά ευθύνη του εκπαιδευτικού ιδρύματος, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο τη συνεχή επιστημονική αναβάθμιση της νοσηλευτικής επιστήμης. Ως εκ τούτου, για την κλινική εκπαίδευση των φοιτητών θα πρέπει να συναφθούν συμβάσεις μεταξύ πανεπιστημίου και κλινικού περιβάλλοντος ώστε να επιτευχθούν οι μαθησιακοί στόχοι.

Η αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι η εκπλήρωση ενός οράματος πολλών χρόνων. Σήμερα η προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο είναι τετραετούς διάρκειας και παρέχεται από 3 ιδιωτικά και 1 δημόσιο Πανεπιστήμιο. Η διαφορά της δομής της νοσηλευτικής εκπαίδευσης από τα προηγούμενα χρόνια είναι ότι βασίζεται στη συνθήκη της Bologna. Για την ολοκλήρωση του προγράμματος απαιτούνται 240 πιστωτικές μονάδες (ECTS - European Credit Transfer System) από τις οποίες οι 90 αποτελούν την πρακτική εξάσκηση σε κλινικές δεξιότητες σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, 2005). Στόχος της συνθήκη της Bologna είναι η προώθηση της εκπαιδευτικής κινητικότητας μέσα στο πλαίσιο προοδευτικής σύγκλισης των τίτλων σπουδών σε ένα ανοικτό ευρωπαϊκό χώρο ανώτατης εκπαίδευσης. Προκειμένου να επιτευχθεί η εξομάλυνση των εκπαιδευτικών συνθηκών και η ομογενοποίηση των προγραμμάτων σπουδών μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής ένωσης (European commission, education & training, 2009). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όλες οι νοσηλευτικές σχολές στην Ευρώπη να υποχρεώνονται σε κοινές εκπαιδευτικές απαιτήσεις (Davies, 2008).

Η μετάβαση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο έχει συνοδευτεί από καινοτομίες στις μεθόδους διδασκαλίας, μάθησης και κλινικής επίβλεψης (Papastavrou et al., 2009). Σημαντικές αλλαγές στη μετάβαση αυτή αποτελούν η εισαγωγή των ακαδημαϊκών βαθμίδων των διδασκόντων, η καθιέρωση του θεσμού του μέντορα και του κλινικού εκπαιδευτή (ο όρος αυτός έχει αλλάξει σήμερα), καθώς επίσης και το γεγονός ότι οι φοιτητές δεν υπολογίζονται στο δυναμικό του τμήματος αλλά αποτελούν υπεράριθμη ομάδα. Η σύγχρονη κεντρική ιδέα της κλινικής διδασκαλίας είναι η ικανοποίηση των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών στηριζόμενη στη μοναδικότητα και διαφορετικότητά τους.

2. Μοντέλα μάθησης

Γενικότερα, η μάθηση είναι η διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφοράς του μαθητευόμενου με μεθοδευμένο τρόπο σε ένα συγκεκριμένο γνωστικό αντικείμενο (Quinn, 2000). Σήμερα το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής εκπαίδευσης προσανατολίζεται στη μάθηση με εμπειρία κι αυτό συμβαίνει γιατί οι θεωρητικές έννοιες αποκτούν νόημα καθώς ενσωματώνονται στη συνολική εικόνα της φροντίδας με ένα ρεαλιστικό τρόπο (Quinn, 2000; Quinn & Hughes, 2007). Σύμφωνα με τη θεωρία της Benner, οι νοσηλεύτες, και στη συγκεκριμένη περίπτωση οι δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής, αναπτύσσουν ικανότητες και κατανόηση της κατάστασης των ασθενών μέσα από τις εμπειρίες οι οποίες κινούνται σε πέντε στάδια: αρχάριοι, προχωρημένοι αρχάριοι, ικανοί, ειδήμονες και ειδικοί. Συνεπώς, η επιδεξιότητα αποκτάται μέσα από την εμπλοκή και την εκτέλεση (Benner et.al, 1996) ενώ εμπεριέχεται και το στοιχείο του αναστοχασμού (Κοντζαμπασάκη, 2010). Επιπλέον, στο εκπαιδευτικό επίπεδο που βρίσκονται οι συγκεκριμένοι φοιτητές, βασικά στοιχεία που βοηθούν στη μάθησή τους αποτελούν η παρατήρηση και η μίμηση του πρότυπου ρόλου νοσηλεύτη καθώς επίσης και ο βαθμός επιτυχίας ή αποτυχίας της συμπεριφοράς του. Η μάθηση επίσης επιτυγχάνεται και μέσα από την αμοιβαία ενεργητική διαδραστική διεργασία επιβλέποντα-φοιτητή με τον πρώτο να διαδραματίζει το ρόλο του διευκολυντή (Gillepsie, 2002), με βασική προϋπόθεση την εξασφάλιση κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ των δύο. Με βάση τις πιο πάνω προσεγγίσεις θα αναλυθούν τρεις θεωρίες μάθησης οι οποίες σχετίζονται με τον σκοπό και το αντικείμενο της παρούσας εργασίας.

A) Το μοντέλο μάθησης με εμπειρία του Kolb

Ο Kolb (1984) υποστηρίζει ότι ο κάθε διδασκόμενος, ανεξάρτητα από τη μαθησιακή στρατηγική και τις μαθησιακές του προτιμήσεις πρέπει να αναπτύξει ισορροπημένα όλους τους τρόπους μάθησης, προκειμένου να διερευνήσει στο μέγιστο την αποκτώμενη μάθηση. Η αναγνώριση αυτών των προτιμήσεων και των μαθησιακών διαφορών οδήγησε στην ανάπτυξη της Θεωρίας της Εμπειρικής Μάθησης και τη δημιουργία του εργαλείου LSI (Learning Style Inventory). Η θεωρία βασίστηκε σε θεμέλια άλλων εργασιών που ασχολήθηκαν με την επίδραση της εμπειρίας στη μάθηση όπως των Dewey, Lewin, και Piaget. Ο Kolb (1984) αποκαλεί τη θεωρία του εμπειρική γιατί δίνει έμφαση στο ρόλο που διαδραματίζει η εμπειρία

στη μαθησιακή διαδικασία και ορίζει τη μάθηση «ως μια διαδικασία κατά την οποία η γνώση δημιουργείται μέσω του μετασχηματισμού της εμπειρίας» (Kolb, 1984, σελ.38). Η εμπειρική μάθηση εκλαμβάνεται ως μια ολιστική, συνεχής διαδικασία βασισμένη στην εμπειρία που προκύπτει από την προσπάθεια προσαρμογής τόσο στο κοινωνικό όσο και το φυσικό περιβάλλον. Η γνώση που θα προκύψει είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος.

Η θεωρία του Kolb απεικονίζει τη μάθηση ως ένα κύκλο τεσσάρων σταδίων στον οποίο αντιστοιχούν τέσσερις ευπροσάρμοστοι τύποι μαθησιακών δεξιοτήτων:

Συγκεκριμένης εμπειρίας(ΣΕ): Μάθηση μέσα από την εμπλοκή του σε νέες εμπειρίες.

Αντανακλαστική Παρατήρηση(ΑΠ): Η μάθηση στηρίζεται στην παρακολούθηση της δράσης άλλων και της ανάλογης αντίδρασης.

Αφηρημένη αντίληψη εννοιών (ΑΕ): Ο φοιτητής αναπτύσσει έννοιες σχετικές με τις εμπειρίες του και στη συνέχεια δημιουργεί θεωρίες με σκοπό την ερμηνεία των όσων βλέπει.

Ενεργός πειραματισμός: Ο φοιτητής εφαρμόζει τις θεωρίες για την επίλυση προβλημάτων ή για λήψη απόφασης.

Η ολοκλήρωση της μάθησης προϋποθέτει τη διέλευση και από τα τέσσερα στάδια. Ωστόσο η διαδικασία της μάθησης μπορεί να αρχίσει από οποιοδήποτε στάδιο, ωστόσο, αυτό εξαρτάται από τις ιδιαίτερες μαθησιακές προτιμήσεις του κάθε ατόμου. Από αυτό γίνεται αντιληπτό ότι το άτομα διαφέρουν ως προς τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την πραγματικότητα και ως εκ τούτου μπορούμε να αναφερθούμε στους τέσσερις τύπους μάθησης που προκύπτουν:

Συγκλίνων: Βασίζεται στις μαθησιακές ικανότητες του ενεργού πειραματισμού και τις αφηρημένη αντίληψη των εννοιών. Πλεονεκτεί στην ορθολογική λήψη αποφάσεων, την επίλυση προβλημάτων και στην πρακτική εφαρμογή της θεωρίας. Μαθαίνει ευκολότερα από τις διαλέξεις.

Αποκλίνων: Βασίζεται στη συγκεκριμένη εμπειρία και τη στοχαστική παρατήρηση, δίνοντας έμφαση στη συναίσθηση νοήματος των αρχών και των αξιωμάτων οι οποίες εκφράζονται σε μια θεωρία. Βλέπει ξεχωριστά τα σημεία της διδακτέας ύλης και ακολούθως τα συνδέει για να κατανοήσει το σύνολο. Μαθαίνει καλύτερα με κατ'οικον εργασία.

Αφομοιωτικός: Βασίζεται στην αφηρημένη αντίληψη των εννοιών και στη στοχαστική παρατήρηση. Επικεντρώνεται στη λογική ορθότητα μιας θεωρίας, δεν βιάζεται να βγάλει συμπεράσματα. Μαθαίνει μέσω της παρατήρησης και τη μελέτη περίπτωση.

Ενεργητικός: Βασίζεται στον ενεργό πειραματισμό και τη συγκεκριμένη εμπειρία. Τα άτομα δίνουν έμφαση στην αναζήτηση ευκαιριών, στην ανάληψη κινδύνου και στη δράση. Έχουν την τάση να εμπλέκονται σε καθήκοντα και συνεργατικές διαδικασίες. Προτιμά να μαθαίνει μέσω «δοκιμής και λάθους» και της «ανακάλυψης», στηριζόμενος σε υψηλό βαθμό σε άλλους για λήψη πληροφοριών και όχι στη δική του αναλυτική ικανότητα. Μαθαίνει στο εργαστήριο και τον κλινικό χώρο.

Η θεωρία του Kolb μπορεί να δώσει πληροφορίες σχετικά με το περιεχόμενο του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος από την αντιληπτική και κοινωνικό-συναισθηματική προοπτική της μαθησιακής διαδικασίας (Hosoda, 2006). Η Θεωρία της Εμπειρικής Μάθησης του Kolb, επιδεικνύει ότι η κλινική μάθηση προϋποθέτει τη χρήση μιας ποικιλίας από μαθησιακές δεξιότητες, αποτελώντας ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο, το οποίο μπορεί να αξιοποιηθεί για τη διάγνωση των μαθησιακών προτιμήσεων, όσο και για τη επιλογή των διδακτικών στρατηγικών (Κοντζαμπασάκη, 2010).

Ενισχυτικό στη νοσηλευτική κλινική διδασκαλία σύμφωνα με την θεωρία του Bruner (1960) είναι η ιεραρχική δόμηση των πληροφοριών και η δημιουργία ενός συστήματος κωδικοποίησης με βάση τις ανακαλυφθείσες σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα τους. Ο Bruner υποστηρίζει ότι οι φοιτητές μαθαίνουν οτιδήποτε, εφόσον υπάρχει η κατάλληλη δομή και οργάνωση της ύλης (Lefrancois, 2004). Τα πλεονεκτήματα της αποκαλυπτικής προσέγγισης, υποστηρίζει ο Bruner είναι ότι αυτό το είδος μάθησης διευκολύνει τη μεταβίβαση και τη συγκράτηση, αυξάνει την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τα κίνητρα (Lefrancois, 2004, σελ. 253).

B) Η κοινωνική θεωρία του Bandura

Σύμφωνα με τον Bandura (1977), οι συμπεριφοριστές έδιναν μερική εξήγηση για τη μάθηση αγνοώντας σημαντικά στοιχεία ιδιαίτερα τις κοινωνικές επιδράσεις. Στη θεωρία αυτή το περιβάλλον, οι γνωστικοί παράγοντες και η συμπεριφορά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η

μάθηση επιτελείται μέσω των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων χωρίς να το συνειδητοποιεί το άτομο. Η θεωρία του Bandura επικεντρώνεται στη μάθηση που αποκτάει το άτομο μέσω της παρατήρησης, της μίμησης και της δημιουργίας προτύπων (Bandura, 1977). Το κύρος, η ικανότητα και η συμπεριφορά του πρότυπου ρόλου ενισχύει τα κίνητρα των παρατηρητών - φοιτητών, καθώς είναι πιθανό να εκτελέσουν συμπεριφορές του πρότυπου που πιστεύουν ότι είναι κατάλληλες και αναμένεται να οδηγήσουν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα που τυγχάνουν ανταμοιβής. Η χρησιμοποίηση των ποιοτικών χαρακτηριστικών πολλών προτύπων τα οποία παρατηρεί το άτομο έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη καινοτομιών και δημιουργικών αποκρίσεων, εξηγεί ο Bandura. Η μίμηση όμως εξαρτάται από την προσωπικότητα και ικανοποιεί κάποιες ανάγκες όπως της αναγνώρισης και της κοινωνικής αποδοχής (Παπαδόπουλος, 2001). Η κοινωνική μάθηση του Bandura περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία: την προσοχή, τη συγκράτηση, την αναπαραγωγή και την υποκίνηση.

Επιπρόσθετα, η μάθηση μέσω παρατήρησης επηρεάζεται από το γνωσιολογικό υπόβαθρο, το κύρος και την ικανότητα του πρότυπου, την ομοιότητα των παρατηρητών με τα πρότυπα και τέλος από τους σκοπούς και τις προσδοκίες του παρατηρητή. Στην νοσηλευτική κλινική εκπαίδευση θα μπορούσε να αποτελεί ένα πολύ δυνατό εργαλείο, αφού η κοινωνικοποίηση στο νοσηλευτικό ρόλο των νέων φοιτητών γίνεται με παρατήρηση των νοσηλευτικών προτύπων. Πρότυπο ρόλου για τους φοιτητές αποτελούν ο μέντορας, ο κλινικός συντονιστής, αλλά κυρίως οι νοσηλευτές που εργάζονται στο κλινικό χώρο. Όταν ο διδάσκων είναι ενθουσιώδης, ενώ παράλληλα καλός νοσηλευτής, θα λειτουργήσει θετικά ως πρότυπο για το φοιτητή (Κοντζαμπασάκη, 2010). Ο φοιτητής μιμείται τη συμπεριφορά του επαγγελματία νοσηλευτή τον οποίο θεωρεί πρότυπο επαγγελματισμού.

Γ) Η ανθρωπιστική θεώρηση του Carl Rogers

Η θεώρηση αυτή επικεντρώνεται στη μοναδικότητα του διδασκόμενου και τη στάση του διδάσκοντα προς τον διδασκόμενο – φοιτητή, υποστηρίζοντας τη φοιτητοκεντρική διδασκαλία. Στην προσέγγιση αυτή ο διδάσκων αντιμετωπίζει τους φοιτητές ως αυτόνομα άτομα και τους επιτρέπει να αποφασίζουν τι είναι σημαντικό για αυτούς. Κατά το Rogers (1983) ο μαθητής βρίσκεται στη διαδικασία γίνεσθαι, στόχος της εκπαίδευσης είναι η ανάπτυξη μιας «πλήρως λειτουργικής προσωπικότητας» ενώ ο ρόλος του διδάσκοντα έγκειται στη διευκόλυνση της

μάθησης και όχι ως ένας έμπειρος που γνωρίζει τα πάντα. Χαρακτηριστικά του διευκολυντή όπως περιγράφονται από τον Rogers είναι η αυθεντικότητα, η επιβράβευση, η εμπιστοσύνη η αποδοχή και η συναισθηματική κατανόηση. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη ψυχολογική ασφάλεια των φοιτητών, ώστε να αποφευχθεί τυχόν έκθεση τους ή γελοιοποίησή τους. Οι διαπροσωπικές σχέσεις ανάμεσα στο διδάσκοντα και το φοιτητή είναι σχέσεις συνεργασίας όπου οι φοιτητές συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία της μάθησης, οι συνεισφορές τους γίνονται δεκτές με τον ανάλογο σεβασμό, ενώ τα ερεθίσματα για αύξηση της συμμετοχής αποτελούν μέρος της όλης εκπαιδευτικής διαδικασίας. Η υπευθυνότητα του φοιτητή, επιτυγχάνεται μέσα από τη διαδικασία της ανάκλασης και του αναστοχασμού κατά τη μάθηση (Roger, 1983). Η μάθηση στηρίζεται στη διαδραστική σχέση που δημιουργείται μεταξύ διδασκόντων και φοιτητών, όταν οι δεύτεροι υποκινούνται να ενεργοποιηθούν στη διαδικασία διδασκαλίας – μάθησης.

3. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

3.1.Κλινικό περιβάλλον μάθησης (ΚΠΜ)

Το «κλινικό περιβάλλον» στη συγκεκριμένη εργασία αποκαλείται και ως «νοσηλευτικό τμήμα» ή «θάλαμος»². Αναφέρεται στο χώρο άσκησης της νοσηλευτικής πρακτικής αλλά και στο χώρο όπου οι φοιτητές έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν την απαραίτητη κλινική δεξιότητα ώστε να μετατραπούν σε ασφαλείς και ικανούς επαγγελματίες (Κοντζαμπασάκη, 1993; ENB, 2001). Για να επιτευχθεί αυτό το κλινικό περιβάλλον θα πρέπει να μετατραπεί σε ένα «περιβάλλον μάθησης» το οποίο αποκαλείται «Κλινικό περιβάλλον μάθησης». Το κλινικό περιβάλλον μάθησης (ΚΠΜ) έχει οριστεί από τους Dunn and Burnett (1995) ως ένα διαδραστικό δίκτυο δυνάμεων που προέρχονται από τις κλινικές ρυθμίσεις και επηρεάζουν τα μαθησιακά αποτελέσματα των φοιτητών. Αναφέρεται στο κοινωνικό πλαίσιο της κλινικής εμπειρίας του φοιτητή και περιλαμβάνει στοιχεία όπως την οργανωσιακή κουλτούρα του θαλάμου, τη σχέση μεταξύ των φοιτητών και του προσωπικού, την ατμόσφαιρα στο θάλαμο, την ομαδικότητα, τη στάση απέναντι στη διδασκαλία και τη μάθηση και τη στάση προς τους φοιτητές (Lambert & Glacken, 2005; Pearcey & Elliott, 2004). Οι Oliver & Endersby (1994) δήλωσαν ότι το ΚΠΜ είναι μια γενική έννοια, που εμπεριέχει όλες τις πτυχές του κλινικού περιβάλλοντος οι οποίες σχετίζονται με τους ίδιους τους φοιτητές.

Το ΚΠΜ περιλαμβάνει τους ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες της κλινικής τοποθέτησης οι οποίοι επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου (ENB, 2001). Άλλοι ερευνητές δηλώνουν ότι το κλινικό περιβάλλον εμπεριέχει οτιδήποτε περιβάλλει το φοιτητή και αναφέρεται τόσο στο φυσικό (χώρο και εξοπλισμό) όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον (οι αλληλεπιδράσεις ατόμων και ομάδων), καθώς και στη σχέση με το εκπαιδευτικό ίδρυμα,

² Ο όρος «θάλαμος» είναι περισσότερο κατανοητός στην κυπριακή κουλτούρα και αποτελεί μετάφραση του αγγλικού όρου ward. Η επίδραση αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι η Κύπρος ως αγγλική αποικία επηρεάστηκε από το αγγλικό σύστημα υγείας. Ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε και στη μετάφραση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε από τη συγκεκριμένη εργασία. Ως εκ τούτου ο όρος θάλαμος χρησιμοποιείται εκτενέστερα στο ειδικό μέρος της εργασίας.

υπεύθυνο για την εκπαίδευση των φοιτητών της νοσηλευτικής (Κοντζαμπασάκη 1993; Papp et al., 2003; Quinn & Hughes, 2007).

Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες το ΚΠΜ έχει επηρεαστεί από τρεις διαφορετικές προοπτικές (Salminen et al., 2010): 1) αρχικά οι πρώτες έρευνες στη δεκαετία 1980-1990 αναφέρονταν στο παιδαγωγικό περιβάλλον του θαλάμου τονίζοντας το ρόλο της προϊστάμενης στη δημιουργία του κατάλληλου μαθησιακού κλινικού περιβάλλοντος (Allan et al., 2008), 2) αργότερα στη δεκαετία του 1990-2000 το ενδιαφέρον εστιάστηκε στην κλινική επίβλεψη από το προσωπικό ιδιαίτερα από την πλευρά της εξατομικευμένης επίβλεψης (Lewin, 2007) και 3) νεότερες έρευνες θεωρούν ότι η βάση για την εκμάθηση στον κλινικό χώρο είναι οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ άρρωστου και φοιτητή (Suikkala & Kilpi, 2001).

Εργαλεία μέτρησης του ΚΠΜ

Το ΚΠΜ αντιμετωπίζεται ως μια ξεκάθαρη έννοια στην κλινική εκπαίδευση και θεωρείται απτή και μετρήσιμη οντότητα (Hosonda, 2005). Κατά καιρούς έγιναν διάφορες προσπάθειες από τους ερευνητές για την ανάπτυξη σχετικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας του κλινικού περιβάλλοντος τα οποία βασίζονταν στις αντιλήψεις των φοιτητών. Τα εργαλεία εμπεριέχουν σημαντικές παραμέτρους της κλινικής εκπαίδευσης:

Το Clinical Learning Environment Scale (Dunn & Burnet, 1995), το οποίο περιλαμβάνει 23 ερωτήματα τα οποία ομαδοποιούνται σε 5 υποκατηγορίες: σχέσεις φοιτητών-προσωπικού, οι υποχρεώσεις της προϊσταμένης, οι σχέσεις ασθενών, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι ικανοποίηση των φοιτητών.

Το Clinical Learning Environment Inventory (CLEI) (Chan, 2001). Το εργαλείο αποτελείται από 35 ερωτήματα που ομαδοποιούνται σε 5 υποκατηγορίες: Τις ατομικές ευκαιρίες μάθησης, την καινοτομία από μέρους του επιβλέποντα, τη συμμετοχικότητα, την εξατομικευση στη μάθηση και τη νοσηλευτική φροντίδα. Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με την αξιολόγηση της ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι το εργαλείο εξετάζει δύο εκδοχές: του πραγματικού και του ιδεατού κλινικού περιβάλλοντος. Στόχος αυτής της αξιολόγησης ήταν να αναγνωριστούν οι διαφορές μεταξύ

του πραγματικού και του ιδεατού περιβάλλοντος και να εφαρμοστούν οι ανάλογες στρατηγικές για μείωση τους δημιουργώντας ένα θετικό περιβάλλον με βάση τις απόψεις των φοιτητών. Το εργαλείο έχει εγκυροποιηθεί από μελέτες που έγιναν στην Αυστραλία, Αγγλία και Κίνα (Serena & Brugnolli, 2009).

Το Clinical Learning Environment, supervision and nurse teacher (CLES-T) των Saarikoski et al. (2008, 2009). Αποτελείται από 34 ερωτήσεις θετικά διατυπωμένες, οι οποίες ομαδοποιούνται σε 6 υποκατηγορίες: το περιβάλλον του θαλάμου, το στυλ ηγεσίας που υιοθετεί ο προϊστάμενος του θαλάμου, τις νοσηλευτικές και τις μαθησιακές δομές του θαλάμου, το περιεχόμενο επίβλεψης και το ρόλο του κλινικού συντονιστή. Το εργαλείο είναι το πιο καινούργιο αλλά και το πλέον χρησιμοποιούμενο εργαλείο μέτρησης του ΚΜΠ στον ευρωπαϊκό χώρο. Το εργαλείο προέκυψε μέσα από ανάλυση περιεχομένου που περιλάμβανε εμπειρικές μελέτες, (n=87) ανάλυση εργαλείων (n=5) και συστηματική ανασκόπηση (n=5) (Warne et al., 2010). Η περίοδος ανασκόπησης ήταν μεταξύ του 1980 και του 2006. Οι λόγοι επιλογής της περιόδου ήταν γιατί μετά το 1980 γίνεται αναφορά σε έρευνες σχετικά με τον εκπαιδευτικό ρόλο όχι μόνο της προϊσταμένης αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά γίνεται αναφορά και στο ρόλο του μέντορα. Από το 1990 οι έρευνες εξετάζουν και άλλους παράγοντες που εμπεριέχονται στο ΚΜΠ και την επίβλεψη όπως, το ομαδικό πνεύμα, τη φροντίδα και τον εκπαιδευτικό ρόλο του προσωπικού με ιδιαίτερη έμφαση στην εξατομικευμένη επίβλεψη (Saarikoski & Kilpi, 2002) καθώς επίσης γίνεται αναφορά και στο ρόλο του κλινικού συντονιστή ως συνδέσμου του κλινικού με τον εκπαιδευτικό χώρο (Saarikoski et al., 2008,2009).

Η χρήση ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου στη μέτρηση του κλινικού περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική με στόχο τη βελτίωση του (Johansson et al., 2010). Ωστόσο, η ύπαρξη μικρού αριθμού εργαλείων οφείλεται στο γεγονός ότι η διερεύνηση των παραγόντων του επηρεάζουν την ποιότητα του ΚΠΜ εξετάζεται με άλλες μεθόδους όπως φαινομενολογική προσέγγιση (Sprouse, 2001; Papp et al.,2003; Pearcey & Elliott, 2004) ανάλυση ημερολογίων των φοιτητών (Lofmark & Wikblad, 2000) συνεντεύξεις και ομάδες εστίασης (Hutchings et al., 2005; Mattila et al., 2010). Έρευνες επίσης χρησιμοποίησαν διπλή μεθοδολογική προσέγγιση (ποιοτική και ποσοτική) (Chan, 2001).

3.2. Κλινική Επίβλεψη

Ένα σημαντικό στοιχείο της κλινικής εκπαίδευσης είναι το σύστημα επίβλεψης (Saarikoski, 2003; Millis et al., 2005), που στην αγγλική ορολογία εκφράζεται ως «clinical supervision». Στην ελληνική ωστόσο μετάφραση, η λέξη supervision, αποτελεί σύνθεση δύο εννοιών, την εποπτεία και την επίβλεψη. Η λέξη εποπτεία υποδηλώνει διοικητικές δραστηριότητες, κατεύθυνση και διαχείριση της εργασίας των άλλων από κάποιο ιεραρχικά ανώτερο. Ενώ επίβλεψη είναι ο έλεγχος με παρακολούθηση, για τη σωστή εκτέλεση κάποιων δραστηριοτήτων/ διαδικασιών (Μπαμπινιώτης, 2003). Δεδομένου ότι η μάθηση είναι μία διαδικασία αλλαγής μιας συμπεριφοράς, ως αποτέλεσμα νέων γνώσεων, εμπειριών, δεξιοτήτων και ρόλων, καθοδηγούμενη από τους εκπαιδευτικούς (Hinchliff, 2009), επομένως, ο όρος επίβλεψη ενδέχεται να χρησιμοποιηθεί ως πιο δόκιμος σε αντιστοιχία με τον αγγλικό όρο supervision, ως αποτέλεσμα ερμηνείας που συνδέεται αρμονικά με τους σκοπούς που διατυπώνονται στην εργασία αυτή.

Σύμφωνα με διάφορους ερευνητές (Kilminster & Folly, 2000; Gaberson & Oermann, 2010) η έννοια της επίβλεψης στην κλινική εκπαίδευση εστιάζεται στην καθοδήγηση, την υποστήριξη, τη διέγερση και τη διευκόλυνση στη μάθηση. Η διευκόλυνση επιτυγχάνεται με τον προγραμματισμό των ανάλογων δραστηριοτήτων σύμφωνα με το δυναμικό του κλινικού χώρου παρέχοντας ευκαιρίες μαθησιακών εμπειριών, παρόλο που ο κάθε φοιτητής βιώνει την κλινική μαθησιακή δραστηριότητα διαφορετικά (Gaberson & Oermann, 2010). Η σημασία και ο ρόλος της επίβλεψης στην κλινική πρακτική τονίζεται μέσα από το θεσμικό της πλαίσιο. Για τα εκπαιδευτικά ιδρύματα, η καθοδήγηση υπάρχει ως μέρος της ακαδημαϊκής διασφάλισης ποιότητας (QAA, 2006), καθορίζοντας ευθύνες για την κατάλληλη εκπαιδευτική τοποθέτηση, καθοδήγηση και υποστήριξη των φοιτητών (Hutchings et al., 2005).

Η κλινική επίβλεψη ορίζεται, ως «μια τυπική διαδικασία επαγγελματικής υποστήριξης και μάθησης, η οποία δίνει τη δυνατότητα στους εκπαιδευόμενους να αναπτύξουν γνώση και υπευθυνότητα για τις ενέργειες τους και να ενισχύσουν την προστασία των ασθενών και την ασφάλεια της φροντίδας στις σύνθετες νοσηλευτικές διαδικασίες» (Quinn, 2000; Βλάχου & Πλαγίσου, 2011). Ένας πιο ολοκληρωμένος ορισμός ο οποίος υιοθετείται για το σκοπό της παρούσας εργασίας είναι: «*Η κλινική επίβλεψη είναι ένας υποστηρικτικός μηχανισμός στον*

οποίο οι εκπαιδευόμενοι έχουν την ευκαιρία να μοιραστούν τις κλινικές, οργανωτικές, αναπτυξιακές και συναισθηματικές εμπειρίες με άλλους επαγγελματίες μέσα σε ένα ασφαλές και έμπιστο περιβάλλον που προάγει τη γνώση και τη δεξιότητα, ενώ ενισχύει την υπευθυνότητα και την ανατροφοδότηση» (Lyth, 2000).

Η σημαντικότητα της κλινικής επίβλεψης έγκειται στο γεγονός ότι συνδράμει στα υψηλά πρότυπα φροντίδας και στην ασφάλεια των ασθενών αλλά και αναδεικνύει προσωπικά γνωρίσματα και χαρακτηριστικά του ατόμου συμβάλλοντας στην επαγγελματική ανάπτυξη και διατήρηση του επαγγελματικού κύρους (Kachiwala, 2006; Bishop, 2008). Η κλινική επίβλεψη αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για διοικητικούς και εκπαιδευτικούς, απαραίτητο για ένα καλό μαθησιακό περιβάλλον (Holmulund et al., 2010).

Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι ο όρος επίβλεψη ενδέχεται να αναφερθεί είτε σε ομαδικό είτε σε ατομικό επίπεδο (Saarikoski, 2002; Mills et al., 2005). Πιο συγκεκριμένα, η ομαδική επίβλεψη χαρακτηρίζει τα παραδοσιακά μοντέλα κλινικής επίβλεψης των φοιτητών (Saarikoski, 2002; Warne et al., 2010) όπου οι κλινικοί εκπαιδευτές συνοδεύουν ομάδες 8-12 φοιτητών σε ένα κλινικό τμήμα και αναθέτουν ασθενείς στους διδασκόμενους (DeYoung, 2007). Εντούτοις όμως, η πλειοψηφία των πρόσφατων ερευνών προάγουν την εξατομικευμένη (ατομική) επίβλεψη, η οποία βασίζεται σε μια σχέση ένας προς ένας - φοιτητής με ένα έμπειρο νοσηλευτή - και αντιπροσωπεύεται από το μέντορα ή το «νοσηλευτή εκπαιδευτή» (preceptor) (Lambert & Glacken, 2005). Ο ρόλος και των δύο μοντέλων του μέντορα και του νοσηλευτή/εκπαιδευτή, είναι σημαντικός στην πιστοποίηση της επάρκειας του εκπαιδευόμενου σε κλινικές δεξιότητες (NMC, 2008). Τα δύο αυτά μοντέλα μαζί με του κλινικού συντονιστή (ΚΣ) θα αναλυθούν πιο κάτω.

3.2.1 Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης

Μέντορας

Η πρώτη αναφορά στο γενικό ορισμό της έννοιας του μέντορα βρίσκεται στην “Οδύσσεια” του Ομήρου, όπου ο Μέντωρ ήταν ο πιστός, πατρικός φίλος του Οδυσσέα, ο οποίος ανέλαβε το ρόλο του εμπνευστή, καθοδηγητή και συμβούλου του νεαρού και αδύναμου γιου του Οδυσσέα, Τηλέμαχου όταν έφυγε για την Τροία (Murray, 2001).

Η έννοια του θεσμού του μέντορα εμφανίστηκε στη νοσηλευτική βιβλιογραφία στο τέλος της δεκαετίας του 1980, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσα στα πλαίσια υλοποίησης του project 2000. Η υιοθέτηση του θεσμού του μέντορα συνοδεύτηκε με την εδραίωση του υπεράριθμου καθεστώτος (supernumerary status) δηλαδή οι φοιτητές και ο μέντορας δε συνυπολογίζονταν στο νοσηλευτικό δυναμικό του θαλάμου (Andrews & Wallis, 1999; Lewin, 2007). Η ιδέα του μέντορα προσέελκυσε το ενδιαφέρον της νοσηλευτικής εκπαίδευσης λόγω της επικέντρωσης στην ικανοποίηση των μαθησιακών αναγκών του φοιτητή (Lennox et al., 2008), των απόψεων της ανδραγωγικής θεωρίας και τη μάθηση με εμπειρία και ανατροφοδότηση, ενώ η ενεργός συμμετοχή του φοιτητή και η ανάληψη ευθύνης για την μάθηση τους αποτελούσαν τα ζητούμενα (Κοντζαμπασάκη, 2010). Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο προσανατολισμός της νοσηλευτικής πρακτικής που ακολουθούσε την κατάτμηση της φροντίδας σε νοσηλευτικές πράξεις από διαφορετικούς νοσηλευτές στον ίδιο ασθενή να μετατοπιστεί στην εξατομικευμένη ολιστική φροντίδα (Lennox et al., 2008).

Στη σύγχρονη και σχετική με τη νοσηλευτική βιβλιογραφία συναντούμε ποικιλία ορισμών για το μέντορα με διαφορετική έμφαση στις πολλαπλές ιδιότητες στο ρόλο του όπως εφαρμόζεται στο κλινικό περιβάλλον (Madison et al., 1994). Ο Μέντορας στη νοσηλευτική εκπαίδευση ορίζεται ως *«ένας έμπειρος νοσηλευτής του κλινικού νοσηλευτικού χώρου που βοηθά το φοιτητή στη διάρκεια της κλινικής του εκπαίδευσης εξατομικευμένα, παρέχοντας ταυτόχρονα καθοδήγηση και υποστήριξη»* (Burnard, 1994). Η Quinn (2000) περιγράφει τον μέντορα ως *«ένας προσοντούχος και έμπειρος επαγγελματίας του κλινικού χώρου, ο οποίος μέσα από μία επίσημη συμφωνία παρέχει εκπαιδευτική και προσωπική υποστήριξη στους φοιτητές»*.

Εντούτοις, το ENB (2001) αναφέρει ότι: «ο όρος μέντορας χρησιμοποιείται για να δηλώσει το ρόλο των νοσηλευτών, των μαιών, και των επισκεπτριών υγείας οι οποίοι διευκολύνουν τη μάθηση, επιβλέπουν και αξιολογούν τους φοιτητές στον χώρο της πρακτικής τους άσκησης». Είναι προφανές ότι υπάρχει μια διαφορετική άποψη για το ρόλο του μέντορα. Στους πρώτους ορισμούς εστιάζεται στον ενθαρρυντικό ρόλο ενώ στον ορισμό του ENB αναφέρεται στον ρόλο που συνδέεται με την αξιολόγηση. Η ποικιλία των ορισμών καθιστά σαφές το γεγονός ότι ο μέντορας για να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να αναλαμβάνει πολλαπλούς ρόλους στη

σχέση του με τον φοιτητή (Andrews & Wallis, 1999). Ο ρόλος του μέντορα αναφέρεται ως αυτός του ατόμου που βοηθά, είναι φίλος, καθοδηγεί, πληροφορεί και συμβουλεύει, επιβλέπει και αξιολογεί τους φοιτητές στον κλινικό χώρο (Quinn & Hudges, 2007).

Όπως οι Stewart & Krueger (1996) υποστηρίζουν, η σχέση μέντορα - φοιτητή (mentorship) στη νοσηλευτική είναι μια διδακτικό-μαθησιακή διαδικασία που αποκτάται μέσα από την προσωπική εμπειρία αλληλεπίδρασης της δυαδικής αυτής σχέσης για αμοιβαία επαγγελματική ανάπτυξη μεταξύ δύο ατόμων που διαφέρουν σε ηλικία, προσωπικότητα, και επαγγελματικό καθεστώς. Η δυαδική αυτή σχέση δημιουργεί τις βάσεις για επίτευξη μακροχρόνιων επαγγελματικών αποτελεσμάτων.

Ο μέντορας αναλαμβάνει έναν αριθμό φοιτητών που δεν πρέπει να ξεπερνά κάθε φορά τους 3-4 (Beeman, 2001; NMC, 2008). Επικεντρώνεται στις ατομικές μαθησιακές ανάγκες του φοιτητή και παρέχει ένα υποστηρικτικό μαθησιακό περιβάλλον. Η σημαντικότητα του θεσμού του μέντορα ως μια στρατηγική παροχής ατομικής καθοδήγησης και στήριξης των φοιτητών είναι καλά τεκμηριωμένη στη βιβλιογραφία (Papp et al., 2003; Saarikoski, 2003; Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010) και η εμπλοκή του στην κλινική εκπαίδευση θεωρείται προϋπόθεση για την επιτυχή ολοκλήρωση προπτυχιακών νοσηλευτικών σπουδών (NMC, 2008). Η συνεργασία-σχέση του με το εκπαιδευτικό ίδρυμα είναι επίσης στενή (Papp et al., 2003).

Η ανάθεση ρόλου μέντορα σε προσοντούχο νοσηλευτή προϋποθέτει κατάλληλη εκπαιδευτική προετοιμασία. Η απόκτηση των σχετικών δεξιοτήτων από τους μέντορες αποτέλεσε το ενδιαφέρον ερευνητών (Andrews & Willis, 1999; Saarikoski et al., 2007; O'Driscoll, 2010) επαγγελματικών σωμάτων (NMC, 2008), αλλά και εισήγηση των φοιτητών (Carnwell, 2005 στους Carnwell et al., 2007) και των προϊσταμένων των τμημάτων (Carnwell et al., 2007). Αναφέρεται ότι οι μέντορες θα πρέπει να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι, έτσι ώστε να είναι σε θέση να σχεδιάζουν εκπαιδευτικούς, αντικειμενικούς στόχους για τους σπουδαστές που έχουν υπό την επίβλεψη τους (NMC, 2008). Άλλοι μελετητές αναφέρουν επιπρόσθετα ότι θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να αναγνωρίζουν και να βεβαιώνονται ότι οι μαθησιακές εμπειρίες και ανάγκες των φοιτητών καλύπτονται (ENB, 2001; Carnwell, 2007; Hutchings et al. 2005).

Εκ των προαναφερόμενων χαρακτηριστικών του ρόλου, ο μέντορας, είναι το άτομο που επιβεβαιώνει ότι οι φοιτητές έχουν αποκτήσει την απαιτούμενη επάρκεια για εγγραφή στο επαγγελματικό μητρώο και είναι υπεύθυνοι για τη σταδιακή και συνολική αξιολόγηση των φοιτητών (NMC, 2008). Για τον λόγο αυτό, συχνά στη βιβλιογραφία ο μέντορας αναφέρεται και ως «αξιολογητής» δίνοντας έμφαση στο σημαντικό ρόλο που έχει στην τελική αξιολόγηση του φοιτητή (ENB, 2001).

Preceptor

Ο όρος «preceptor» πρωτοεμφανίστηκε στην Αγγλία το 15^ο αιώνα και σημαίνει «καθηγητής» ή «εκπαιδευτής» (Κοντζαμπασάκη, 2010). Ωστόσο, μιας και στην κυπριακή κουλτούρα υπερισχύει ο αγγλικός όρος, στην εργασία θα χρησιμοποιείται ο όρος preceptor ως πιο περιεκτικός της έννοιας που ερμηνεύει. Preceptor ορίζεται ως «ένας έμπειρος νοσηλευτής που παρέχει επίβλεψη και κλινική διδασκαλία σε νέους επαγγελματίες: φοιτητές, ή νεοδιορισθέντες επαγγελματίες υγείας ή νεοπροσλαμβανομένους επαγγελματίες σε ένα νέο κλινικό περιβάλλον ενώ παράλληλα εκτελεί τα νοσηλευτικά του καθήκοντα» (Usher et al., 1999).

Το μοντέλο του preceptor αρχικά χρησιμοποιήθηκε για τη διευκόλυνση της προσαρμογής των νεοπροσλαμβανομένων νοσηλευτών στο χώρο εργασίας, αλλά σύντομα υιοθετήθηκε για την κλινική εκπαίδευση προπτυχιακών και μεταπτυχιακών φοιτητών σε νοσηλευτικά εκπαιδευτικά προγράμματα στην Αυστραλία, Καναδά, Ηνωμένες Πολιτείες (Madison et al., 1994). Ο preceptor ορίστηκε ένας έμπειρος νοσηλευτής που ανήκει στον κλινικό χώρο και ο οποίος λειτουργεί ως νοσηλευτικό μοντέλο/ πρότυπο για την ενδυνάμωση του φοιτητή που τον ακολουθεί και συνεργάζεται μαζί του συνεχώς για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και εμπειρία (Quinn, 2000). Η δράση του αποσκοπεί στη γεφύρωση του χάσματος θεωρίας και πράξης, βοηθώντας τους φοιτητές να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση στην πρακτική τους και να διευκολύνει τη μετάβαση τους στον καινούργιο επαγγελματικό ρόλο (Bain, 1996) ενώ παράλληλα ενισχύει την κοινωνικοποίηση του φοιτητή σε ένα ρόλο που ενσωματώνει αξίες συμβατές με το ρόλο του επιστήμονα νοσηλευτή (Burke, 1994), μειώνοντας όπως χαρακτηριστικά ονόμασε ο Kramer (1974) το «σοκ της πραγματικότητας» των νέων επαγγελματιών.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο όρος preceptor αναφέρεται μόνο στον κλινικό προσανατολισμό των νεοπροσλαμβανομένων νοσηλευτών στο χώρο εργασίας (DoH, 2010). Σύμφωνα με Department of Health (2010) η σχέση με τον preceptor (preceptorship) θεωρείται μία δομημένη μεταβατική περίοδο για ένα νεοδιοριζόμενο νοσηλευτή, στην οποία ο επαγγελματίας συνεχίζει να αναπτύσσεται επαγγελματικά, ενισχύει την αυτοπεποίθηση και τελειοποιεί τις δεξιότητες του και όχι το μέσο που θα καλύψει τις ελλείψεις της προπτυχιακής εκπαίδευσης. Αυτή η διαφορετική προσέγγιση του Ηνωμένου Βασιλείου είχε προκαλέσει μια σύγχυση στους ερευνητές άλλων χωρών σχετικά με την έννοια του preceptor (Mills et al., 2005).

Παρά τη διαφορετικότητα της κάθε χώρας ως προς σε ποια άτομα απευθύνεται ο preceptor, η σχέση που αναπτύσσεται είναι δομημένη, εντατική και βασίζεται σε σχέση ένας προς ένας (Mills et al., 2005). Ο preceptor αναλαμβάνει αυτό το ρόλο για μικρή περίοδο παράλληλα με τις κλινικές του υποχρεώσεις (Mills et al., 2005). Η διάρκεια της επίβλεψης εξαρτάται από την ικανοποίηση των προκαθορισμένων κριτηρίων που αποσκοπούν στην απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων (Lennox et al., 2008). Ωστόσο παρατηρούνται κάποια μειονεκτήματα όπως το γεγονός ότι οι ανάγκες του φοιτητή μπορεί να επισκιάζονται από την ικανοποίηση των κλινικών αναγκών αλλά και η σχέση του με το εκπαιδευτικό ίδρυμα δεν είναι ισχυρή όπως του μέντορα (Henderson et al., 2006).

Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω, παρατηρούνται κάποιες διαφορές σε σχέση με το μέντορα όπως: η περίοδος υποστήριξης είναι μικρότερη και επιλέγεται από τον προϊστάμενο του τμήματος και όχι από τους διδάσκοντες όπως γίνεται στην περίπτωση του μέντορα. Άλλη διαφορά εντοπίζεται στο γεγονός ότι ο preceptor εστιάζεται στο τι πρέπει να διδαχθεί, σε αντίθεση με το μέντορα που εστιάζεται στις μαθησιακές ανάγκες του φοιτητή, την επαγγελματική, επιστημονική και προσωπική ανάπτυξη (Mills et al., 2005; Lennox, et al., 2008). Κοινή συνιστώσα όμως και των δύο μοντέλων παραμένει η ενεργός συμμετοχή του διδασκόμενου στη σχέση (Lennox et al., 2008).

Κλινικός Συντονιστής (ΚΣ)

Μέσα από τη βιβλιογραφία διαφαίνεται η σύγκρουση ως προς την έννοια του κλινικού συντονιστή (ΚΣ). Συγκεκριμένα, η έλλειψη σαφήνειας του όρου οφείλεται στο γεγονός ότι, ο

ίδιος όρος πολλές φορές περιγράφει διαφορετικούς ρόλους και ευθύνες (Lambert & Glacken, 2005; Carnwell et al., 2007; Saarikoski et.al., 2009). Επίσης στη βιβλιογραφία παρατηρείται μια ποικιλία στην ορολογία του κλινικού συντονιστή αλλά και ως προς τα καθήκοντά του. Στην αγγλική βιβλιογραφία αναφέρεται ως nurse educator (Carnwell et al., 2007), practice educator (ENB, 2001; Salminen et al., 2010), link teacher (Corlett, 2000), practice teacher (NMC, 2008) link lecturer (Smith & Gray, 2001; Quinn & Hudge, 2007). Στην ελληνική βιβλιογραφία αναφέρεται ως κλινικός καθηγητής (Κοντζαμπασάκη, 2006), ή εκπαιδευτής της νοσηλευτικής (Παπασταύρου, 1997) ή κλινικός εκπαιδευτής στην Κύπρο όταν η νοσηλευτική εκπαίδευση παρέχόταν από το ίδρυμα τριτοβάθμιας Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Σχολής. Το πρόβλημα στην ερμηνεία του όρου δεν αποτελεί μόνο διεθνές θέμα αλλά και εθνικό. Σήμερα με την παροχή νοσηλευτικής εκπαίδευσης από 4 εκπαιδευτικά ιδρύματα παρατηρείται μία ποικιλία ορισμών όπως κλινικός συντονιστής, επόπτης κλινικής άσκησης, κλινικός καθηγητής. Στην συγκεκριμένη εργασία θα υιοθετηθεί ο όρος Κλινικός Συντονιστής (ΚΣ) και θα θεωρηθεί συνώνυμος με τους άλλους όρους, αυτούς του επόπτη κλινικής άσκησης και του κλινικού καθηγητή.

Ο ΚΣ θεωρείται ότι είναι έμπειρος εκπαιδευτικός με ευρεία γνώση στην κλινική εξάσκηση ο οποίος συμβάλλει σημαντικά στην εκπαίδευση του προπτυχιακού φοιτητή, καθορίζει τις ανάγκες επαγγελματικής ανάπτυξης της ομάδας και εξασφαλίζει τα επιθυμητά αποτελέσματα στην πρακτική εξάσκηση. Το μοντέλο αυτό του ΚΣ που αποτελεί μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού του ακαδημαϊκού ιδρύματος προέκυψε ως αποτέλεσμα του διαχωρισμού της νοσηλευτικής εκπαίδευσης από την κλινική πρακτική με τη μετάβαση σε πανεπιστημιακό επίπεδο (Barrett, 2006). Ο ρόλος του έχει αλλάξει δραματικά την τελευταία δεκαετία. Η κλινική εκπαίδευση μέσω της παροχής φροντίδας από τον κλινικό συντονιστή δεν συνδέεται άμεσα με το ρόλο του (Humphreys et al., 2000). Σήμερα η έμφαση δίνεται στον συνδετικό του ρόλο μεταξύ των δύο χώρων, δηλαδή του Πανεπιστημίου και του κλινικού χώρου θέτοντας την αμεσότητα της επικοινωνιακής και καθοδηγητικής πρόσβασης σε «πράξη» (Ramage, 2004). Με τον τρόπο αυτό έχει μοναδικές ευκαιρίες να συνδυάσει τη θεωρία με την πράξη, ενώ παράλληλα εισάγει και χρησιμοποιεί την έρευνα στην πρακτική εξάσκηση αναπτύσσοντας έτσι πρακτικές για βελτιωμένη φροντίδα ασθενών σ' ένα πολυμορφικό πλαίσιο (ENB, 2001). Ως εκ τούτου ο όρος κλινικός συντονιστής *«χρησιμοποιείται για να δηλώσει το ρόλο του*

εκπαιδευτή της νοσηλευτικής ο οποίος έχει μια σημαντική συνεισφορά στην εκπαίδευση στο κλινικό χώρο συντονίζοντας τις εμπειρίες των φοιτητών και την αξιολόγηση της μάθησης. Ο ΚΣ ηγείται της ανάπτυξης στην πρακτική και παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση στους μέντορες και σε όσους συμβάλλουν στην κλινική εμπειρία των φοιτητών για την κάλυψη των μαθησιακών αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη των κατάλληλων ικανοτήτων» (ENF, 2001).

Σε γενικές γραμμές παρέχει υποστήριξη τόσο στο φοιτητή όσο και στο μέντορα και είναι διαθέσιμος όποτε τον χρειαστούν. Η υποστήριξη αυτή επιτυγχάνεται πραγματοποιώντας περιοδικές συναντήσεις με το μέντορα για να συζητήσουν θέματα που σχετίζονται με την κλινική μάθηση των φοιτητών (Hutchings et al., 2005). Επίσης στον κλινικό χώρο εξετάζει τις ιδιαίτερες συνθήκες του κλινικού χώρου, προγραμματίζοντας «λειτουργικά» και οργανώνοντας τις διαθέσιμες πρακτικά εκπαιδευτικές ευκαιρίες ώστε να συσχετίζονται με το διδακτικό πρόγραμμα (Smith and Gray, 2001; Jackson & Mannix, 2001; Ramage, 2004).

Ο ΚΣ στην Κύπρο αποτελεί μόνιμο εκπαιδευτικό προσωπικό του εκάστοτε ακαδημαϊκού ιδρύματος. Όσον αφορά στα καθήκοντα και τις ευθύνες του φαίνεται να υπάρχει σε μεγάλο βαθμό ομοφωνία ως προς το κάθε Πανεπιστήμιο, εντούτοις μια σημαντική διαφορά που παρουσιάζεται είναι ως προς τη συχνότητα των κλινικών συναντήσεων του στον κλινικό χώρο. Ο κλινικός συντονιστής αναλαμβάνει τόσο την εργαστηριακή διδασκαλία όσο και την κλινική επίβλεψη. Είναι υπεύθυνος για την επίβλεψη, 3-4 τμημάτων του νοσοκομείου στα οποία επιτελείται κλινική εκπαίδευση κάτω από την καθοδήγηση του μέντορα.

Παρόλο που η εκπαιδευτική προετοιμασία του κλινικού συντονιστή ποικίλει μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, δεν έχει καθοριστεί ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο που να καθορίζει τα ελάχιστα προσόντα ή την απαιτούμενη επαγγελματική εμπειρία, για να είναι κάποιος κλινικός συντονιστής (Salminen et al., 2010). Συνήθως οι κλινικοί συντονιστές είναι κάτοχοι πτυχίου (Jackson et al., 2009). Η κατοχή ενός διδακτορικού τίτλου θεωρείται επιθυμητή γιατί θέτει τις βάσεις για την ανάπτυξη μελλοντικών ηγετών προσανατολισμένους στην έρευνα (Saarikoski et al., 2009).

4. Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος συλλογής δεδομένων από την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία, τόσο από ελληνική όσο και από ξενόγλωσση η οποία πάρθηκε κυρίως από άρθρα. Η αναζήτηση των άρθρων περιορίστηκε μόνο σε κείνα των ετών 1980 έως 2010 στο Google Scholar και Medline. Η επιλογή της συγκεκριμένης περιόδου έγινε σκόπιμα λόγω μεταρρυθμιστικών αλλαγών στη νοσηλευτική εκπαίδευση που άρχισαν γύρω στο 1980 (Andrews & Wallis, 1999). Τρεις σημαντικές έρευνες που εξέτασαν το κλινικό μαθησιακό περιβάλλον έγιναν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1980 (Orton, 1981; Fretwell, 1982; Ogier, 1982) και αποτελούν σημείο αναφοράς για τις μεταγενέστερες με το σχετικό θέμα έρευνες. Από τότε μέχρι σήμερα παρατηρείται μια ερευνητική δραστηριότητα η οποία αναγνωρίζει τη σημαντικότητα του κλινικού περιβάλλοντος στην ενίσχυση της κλινικής εκπαίδευσης και μάθησης (Dunn & Hansford 1997; Κοντζαμπασάκη, 1993; Löfmark & Wikblad, 2001; Mattila, 2010; Pearcey & Elliott, 2004; Papastavrou et al., 2009; Saarikoski, 2002) .

4.1. Η σημασία της κλινικής μάθησης και η αντιπαλότητα με τις αίθουσες διδασκαλίας

Η κλινική μάθηση διαφοροποιείται από αυτήν της αίθουσας διδασκαλίας από την παρουσία του ασθενή. Το επίκεντρο της μάθησης στο κλινικό περιβάλλον είναι η διαδικασία παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή (Quinn, 2000). Στο κλινικό περιβάλλον οι φοιτητές αποκτούν εμπειρίες με πραγματικούς ασθενείς, εναλλασσόμενες καταστάσεις και αλληλοεπιδρώμενους παράγοντες που εμποδίζουν ή ενισχύουν την μάθηση (Löfmark & Wikblad, 2001). Η σημαντικότητα του κλινικού περιβάλλοντος για τη μάθηση αναγνωρίζεται από τα ερευνητικά δεδομένα (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Papp et.al, 2003; Papastavrou et al., 2009) και θεωρείται ότι έχει μια δυναμική επίδραση στους φοιτητές αφού επηρεάζει άμεσα τη μάθηση τους (Pearcey & Elliott, 2004). Από την άλλη η ποιότητα του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης (ΚΠΜ) θεωρείται καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας της κλινικής εμπειρίας των φοιτητών (Chan, 2002), επηρεάζοντας την αποδοτικότητα των φοιτητών η οποία έχει άμεση και ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και της υγείας γενικότερα (Quinn & Hughes, 2007).

Οι Papp et al., (2003) μέσα από μία φαινομενολογική προσέγγιση σχολίασαν ότι το κλινικό μαθησιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία ερεθισμάτων, τα οποία είναι δύσκολο να κατανοήσουν και να διακρίνουν οι φοιτητές. Σε αντίθεση στις αίθουσες διδασκαλίας επικεντρώνονται αποκλειστικά σε προβλήματα άρτια κατασκευασμένα από τους καθηγητές, οι απαντήσεις των οποίων εύκολα μπορούν να απαντηθούν μέσα από τη θεωρία και την έρευνα (Oermann & Gaberson, 2009). Όπως άλλωστε αναφέρει ο Chan (2002), οι φοιτητές στο κλινικό περιβάλλον συχνά βρίσκονται αντιμέτωποι με απροσδόκητες και περίπλοκες καταστάσεις, αλληλεπιδρούν με ασθενείς και προσωπικό, δίνοντας τους την ευκαιρία να αντιληφθούν την πολυμορφία και ποικιλομορφία των συνθηκών κάτω από τις οποίες υλοποιείται ο ρόλος του επαγγελματία νοσηλευτή, μαθαίνουν ποιές συμπεριφορές και αξίες είναι αποδεκτές στο επάγγελμά τους, ενώ ταυτόχρονα συνειδητοποιούν την επαγγελματική ευθύνη. Όπως οι Oermann & Gaberson, (2009) παρέθεσαν φέρνει τους φοιτητές αντιμέτωπους με προβλήματα υγείας για τα οποία τα στοιχεία είναι ανεπαρκή ή αμφιλεγόμενα ή υπάρχουν πολλαπλές λύσεις ή ενδεχομένως να παραγνωρίζονται από τη θεωρία.

Αναμφίβολα όπως διαφάνηκε στην μελέτη των Edwards et al. (2004), οι φοιτητές αλλά και το προσωπικό είχαν απαίτηση από το κλινικό περιβάλλον να ενισχύει την αυτοπεποίθησή τους και να τους παρέχει ποιοτικές, μαθησιακές εμπειρίες και ευκαιρίες σε βαθμό που να ικανοποιεί τις απαιτήσεις για εγγραφή στο επαγγελματικό μητρώο, κατόπιν ολοκλήρωσης των σπουδών τους. Αυτό καταδεικνύει την επίδραση του κλινικού περιβάλλοντος στη φύση και την ποιότητα της κλινικής εμπειρίας (Adams, 2002). Το κλινικό περιβάλλον παρέχει την ευκαιρία στους φοιτητές να συνδυάσουν τις ψυχοσωματικές, γνωστικές, συναισθηματικές και επίλυσης προβλημάτων δεξιότητες και να αναπτύξουν τις ικανότητες τους με την εφαρμογή γνώσεων, στάσεων και αξιών σε κλινικές καταστάσεις (Chan, 2001). Επιπρόσθετα, η Sprouse (2001) διερευνώντας την επαγγελματική ανάπτυξη των φοιτητών στην κλινική πρακτική χρησιμοποιώντας ποιοτική προσέγγιση, αναφέρει ότι οι φοιτητές στον κλινικό χώρο βίωναν διάφορα συναισθήματα, τα οποία καλούνταν να επεξεργαστούν και να διαχειριστούν. Η διαχείριση συναισθημάτων ενίσχυσε την αυτοπεποίθησή, την αυτογνωσία και συνεπώς την επαγγελματική τους επάρκεια για την αντιμετώπιση δύσκολων και άγνωστων καταστάσεων.

Βέβαια στην επαγωγική θεματική ανάλυση οι Hartigan-Rogers et al., (2007) κατέληξαν ότι οι αποφοιτήσαντες φοιτητές αναγνώρισαν ότι το κλινικό περιβάλλον δεν τους βοήθησε μόνο να αποκτήσουν γνώσεις και δεξιότητες αλλά τους προετοίμασε για τη μελλοντική τους εργοδότηση ως επαγγελματίες νοσηλευτές. Οι πραγματικές καταστάσεις στις οποίες είχαν εκτεθεί ως φοιτητές αύξησαν την κλινική εμπειρία τους, γεγονός που μείωσε το σοκ της αρχικής επαφής τους με την πραγματικότητα ως επαγγελματίες νοσηλευτές.

Επομένως, το κλινικό προβάλλον θα πρέπει να είναι δεκτικό και υποστηρικτικό ώστε οι φοιτητές να έχουν την ευκαιρία να χρησιμοποιούν την κριτική σκέψη για την επίλυση προβλημάτων και κυρίως να μετατρέψουν τη γνώση σε πρακτική εμπειρία μέσω αποτελεσματικών εκπαιδευτικών τεχνικών και να εφαρμόσουν τη θεωρία στην πράξη. Ο Corlett (2000) επισήμανε την αναγκαιότητα αλληλουχίας και συνάφειας θεωρίας και πράξης ως κριτήριο μείωσης του χάσματος μεταξύ τους. Ωστόσο διάφοροι παράγοντες μέσα από την βιβλιογραφία επισημαίνονται που συμβάλλουν ή εμποδίζουν τους φοιτητές να ενσωματώσουν τις θεωρητικές έννοιες που έχουν διδαχτεί στις αίθουσες διδασκαλίας στην πράξη κατά την κλινική τους τοποθέτηση.

4.2. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη μάθηση στο κλινικό περιβάλλον

Στην ανάπτυξη των κλινικών μαθησιακών εμπειριών των φοιτητών διάφορα στοιχεία χρειάζεται να ληφθούν υπόψη όπως η κουλτούρα, η οργάνωση του κλινικού περιβάλλοντος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των εμπλεκόμενων ή (συμμετεχόντων) στην εκπαιδευτική διαδικασία.

4.2.1. Η παιδαγωγική ατμόσφαιρα του Κλινικού Περιβάλλοντος

Το κλινικό περιβάλλον μάθησης (ΚΠΜ) αναφέρεται και ως παιδαγωγική ατμόσφαιρα. Πρόκειται για δικαιολογημένο προσδιορισμό αφού το ΚΠΜ περιλαμβάνει τη συνεργασία και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, τους ασθενείς και τους φοιτητές που όλα μαζί συμβάλλουν στην εκπαιδευτική καλλιέργεια και ολοκλήρωση των φοιτητών ως επαγγελματίες (Saarikoski, 2002). Το περιβάλλον μάθησης περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται στο τμήμα, το «πνεύμα» που επικρατεί και με ποιους τρόπους το προσωπικό αντιμετωπίζει τους φοιτητές. Οι Dunn & Hansford (1997)

χρησιμοποιώντας μικτή μεθοδολογία διερεύνησαν τις απόψεις των φοιτητών 2^{ου} και 3^{ου} έτους (n=229) σχετικά με το περιβάλλον μάθησης. Κατέληξαν ότι η ικανοποίηση των φοιτητών από το κλινικό περιβάλλον μπορεί να είναι συνάμα το αποτέλεσμα και η αιτία για ένα δημιουργικό μαθησιακό περιβάλλον γιατί στηρίζεται στη σημασία των φυσικών, ανθρώπινων, διαπροσωπικών και οργανωτικών χαρακτηριστικών του αμοιβαίου σεβασμού και της εμπιστοσύνης μεταξύ του επιβλέποντα και των φοιτητών.

Μεταγενέστερη έρευνα των Löfmark & Wikblad (2001) στο σουηδικό τοπικό συγκείμενο, χρησιμοποιώντας τα ημερολόγια αναστοχασμού των φοιτητών (n=47) υποδείκνυε ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που διευκόλυναν τη μάθηση κατά τη διάρκεια της κλινικής πρακτικής όπως: α) η ευκαιρία ανάληψης ευθύνης και πρωτοβουλίας για βελτίωση των δεξιοτήτων εκτέλεσης έργων γεγονός που ενίσχυε την αυτοπεποίθησή τους, β) η ευκαιρία να εργαστούν ανεξάρτητα στη διεκπεραίωση νοσηλευτικών στόχων, γ) να αναγνωρίζονται οι ατομικές ανάγκες του φοιτητή στην απόκτηση συγκεκριμένων δεξιοτήτων, δ) η παροχή ανατροφοδότησης η οποία τους πληροφορεί για την ικανότητά τους στην εκτέλεση της συγκεκριμένης δεξιότητας δίνοντας τους την ευκαιρία να αναστοχαστούν για τη δική τους προσωπική ανάπτυξη, ε) η εκμάθηση να λαμβάνει χώρα σε ένα ασφαλές και φιλικό περιβάλλον όπου ελεύθερα να μπορεί να εκφράσει τις αδυναμίες τους δρώντας ενισχυτικά στην εκμάθηση ψυχοκινητικών δεξιοτήτων και στ) η βίωση της νοσηλευτικής εμπειρίας στον πραγματικό χώρο άσκησης τον βοηθά να κατανοήσει το νοσηλευτικό του ρόλο μέσα από τη φροντίδα. Εξίσου όμως σημαντικοί παράγοντες σύμφωνα με τις πεποιθήσεις των φοιτητών ήταν η αίσθηση ότι αποτελούν μέλη της υγειονομικής ομάδας, έχουν ευκαιρίες εμπλοκής στις διάφορες δραστηριότητες και η αναγνώριση του ρόλου και της προσπάθειας τους (Dunn et al., 2000; Papp et al., 2003). Η θετική αντίληψη για το κλινικό περιβάλλον που σχηματίζουν οι φοιτητές φάνηκε να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την απόφασή τους να παραμείνουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα όπως φάνηκε από τη φαινομενολογική προσέγγιση της έρευνας των Pearcey & Elliott (2004).

Επιπρόσθετα, εννέα χρόνια αργότερα σε μια σχετική έρευνα οι Mattila et.al, (2010) μέσα από ημι-δομημένες συνεντεύξεις 14 φοιτητών διαφορετικής εθνικότητας (Αφρική και Ασία) κατέδειξαν ως πρώτιστη θετική εμπειρία τον προσανατολισμό τους στο κλινικό χώρο. Ο

προσανατολισμός είναι η διαδικασία γνωριμίας του φοιτητή με την κουλτούρα, τη ρουτίνα, τους στόχους και τη φιλοσοφία του τμήματος αλλά ταυτόχρονα εκλαμβάνονται από τους φοιτητές ως καλωσόρισμα. Από την άλλη, η θετική στάση του προσωπικού και η ισότιμη μη ιεραρχικού τύπου σχέση ενίσχυε το αίσθημα της αποδοχής τους στην ομάδα, ενώ παράλληλα προωθούσε την αυτονομία τους ενισχύοντας την αυτοπεποίθησή τους, καθιστώντας τους κριτικά σκεπτόμενους και με ικανότητα προσαρμογής στις εκάστοτε διαμορφούμενες συνθήκες. Οι θετικές εμπειρίες ενισχύθηκαν επίσης από τη δημιουργία τέτοιων συνθηκών που ευνοούσαν τον επαγγελματισμό τους. Κι αυτό, γιατί η επιτυχής εκτέλεση δεξιοτήτων σε συνδυασμό με την παροχή ευκαιριών, τη διόρθωση λαθών και υπερπήδησης δυσκολιών τους έκανε να νιώθουν επαγγελματίες. Αυτές οι θετικές εμπειρίες προήγαγαν ένα παιδαγωγικό περιβάλλον στο οποίο καλλιεργείται και εξελίσσεται ο φοιτητής προσωπικά και επαγγελματικά.

42.2 Η ανθρωπιστική ατμόσφαιρα του κλινικού περιβάλλοντος

Στη νοσηλευτική εκπαίδευση και γενικότερα στην εκπαίδευση, τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται απομάκρυνση από τη συμπεριφορικού τύπου μάθηση (Gillepsie, 2002; Jarvis, 2004) η οποία υποστηρίζει ότι η συμπεριφορά του μαθητευόμενου είναι αποτέλεσμα της κατάλληλης οργάνωσης του περιβάλλοντος της μάθησης και όχι εσωτερικών διεργασιών (Lefrancois, 2004) και στρέφεται σε μια ανθρωπιστική προσέγγιση (Gillepsie, 2002). Η φιλοσοφία του ανθρωπιστικού μοντέλου ενσωματώνεται μέσα στις αρχές της φροντίδας, της μάθησης, της συμμετοχής και του αναστοχασμού (Paterson, 1994). Η ιδεολογία αυτή υποστηρίχθηκε αφού σύμφωνα με το Jarvis (2004) η εκπαίδευση ορίζεται ως ανθρωποκεντρική διαδικασία και η διαδικασία της μάθησης ως μια αλληλεπίδραση ανάμεσα στο φοιτητή και τον εκπαιδευτικό. Η προσέγγιση αυτή προϋποθέτει την από κοινού ανάληψη της ευθύνης μάθησης από αυτόν που αναλαμβάνει την εκπαίδευση του και το ίδιο του φοιτητή.

Η ανθρωπιστική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο κλινικό μαθησιακό περιβάλλον αναφέρεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στη μάθηση των φοιτητών (Dunn & Hansford, 1997). Οι φοιτητές φαίνεται να είναι πιο ικανοποιημένοι όταν υπάρχει μια ανθρωπιστική προσέγγιση προς αυτούς, η οποία περιλαμβάνει αναγνώριση της αξίας τους και αποδοχή της

ανάγκης τους να μάθουν (Quinn & Hughes, 2007). Μέσα από τη βιβλιογραφία έχει διαφανεί ότι οι φοιτητές μαθαίνουν μέσα σε ένα περιβάλλον άνετο και καλλιεργημένο (nurture) (Davey, 2003).

Επιπρόσθετα, έρευνα του Saarikoski, (2002) υπέδειξε ότι η θετική ατμόσφαιρα στο θάλαμο και οι αποτελεσματικές σχέσεις επίβλεψης μεταξύ του προσωπικού ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες που συντέλεσαν στην ποιότητα κλινικής εκπαίδευσης μεταξύ του 2^{ου} και 3^{ου} έτους των μαθητευόμενων νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι Attack et al., (2000) μέσα από μια φαινομενολογική προσέγγιση με σκοπό να κατανοήσουν τις εμπειρίες των φοιτητών και του προσωπικού μέσα στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής. Τα αποτελέσματα της συνέντευξης υπέδειξαν τη σημασία των σχέσεων φοιτητών – προσωπικού, υπό την έννοια της δημιουργίας μια θετικής εκπαιδευτικής εμπειρίας κατά την πρακτική τους. Μερικά από τα χαρακτηριστικά αυτής της εμπειρίας ήταν το γεγονός ότι οι φοιτητές αντιμετωπίζονταν ως συνάδελφοι, ένιωθαν άνετα με το προσωπικό, αποτελούσαν μέρος της ομάδας και συμμετείχαν άμεσα στη λήψη αποφάσεων για την περίθαλψη των ασθενών, είχαν την ευκαιρία ανάληψης πρωτοβουλιών για να παρέχουν φροντίδα αυτόνομα. Φαίνεται η εξελικτική αναβάθμιση της κλινικής εμπειρίας να επηρεαζόταν από το βαθμό προθυμίας του προσωπικού να συμμετάσχει στις μαθησιακές τους δραστηριότητες. Σύμφωνα με την άποψη τους, το προσωπικό έκανε λόγο για το πόσο σημαντικό είναι οι φοιτητές να μην χάνουν τις ευκαιρίες μάθησης, και δήλωσαν ότι ανέλαβαν το ρόλο του επιβλέποντα στην κλινική τους πρακτική σε περίπτωση που δεν υπήρχε άμεσα διαθέσιμος. Τα αποτελέσματα τόνισαν το θέμα της σχέσης επίβλεψης τόσο από τη πλευρά των φοιτητών όσο και από το προσωπικό (Attack et al., 2000).

Στην έρευνα της η Papp et al.(2003), χρησιμοποιώντας τη φαινομενολογική προσέγγιση Colaizzi, τέσσερα σημαντικά στοιχεία φάνηκαν να συνοψίζουν τις εμπειρίες 16 φοιτητών του 2^{ου}, 3^{ου}, 4^{ου} έτους στην κλινική εκπαίδευση: η εκτίμηση, ο σεβασμός, η υποστήριξη που λαμβάνουν οι φοιτητές, η ποιότητα της καθοδήγησης στη φροντίδα των ασθενών, και η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβουλιών. Όλα αυτά συνέτειναν ώστε οι φοιτητές να αναγνωρίσουν την αξία της κλινικής πρακτικής και τις δυνατότητες που προσφέρει στην διαδικασία εξέλιξης τους σε επαγγελματίες νοσηλευτές.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των εκπαιδευόμενων του προσωπικού αλλά και όλων όσων εμπλέκονται στην φροντίδα του ασθενούς δε μπορούν να παραβλεφθούν (Hosoda, 2006). Η μεταχείριση των φοιτητών ως συνεργάτες, η εμπλοκή τους σε επαγγελματικές συζητήσεις και η ενθάρρυνση έκφρασης των απόψεων και σκέψεων μέσα στα πλαίσια επαγγελματικής ηθικής, συμβάλλουν σε μια ολοκληρωμένη εκπαιδευτική διαδικασία (Andrews et al. 2005; Benner et al. 2009; Löfmark & Wikblad, 2001; Saarikoski, 2002).

Έρευνες στο κλινικό περιβάλλον μάθησης δείχνουν ότι το stress και το άγχος που βιώνεται από τους φοιτητές σε αυτό είναι μεγάλο, επηρεάζοντας αρνητικά την κλινική τους απόδοση και μάθηση (Moscaritolo, 2009). Σε έρευνα στον Ελλαδικό χώρο, η πρώτη αιτία άγχους και stress των φοιτητών ήταν οι μη καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το προσωπικό του τμήματος (Κοντζαμπασάκη, 1993). Νεότερες έρευνες με θέμα τη μάθηση στο κλινικό περιβάλλον επισήμαναν επίσης την ανάγκη των σπουδαστών για καλές διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία και ένα υποστηρικτικό περιβάλλον μέσα στο νοσηλευτικό τμήμα για τη διευκόλυνση της μάθησης (Chan, 2001; Papp et al., 2003). Σε έρευνα των Mattila et al. (2010) φάνηκε ότι η επαρκής επικοινωνία, η θετική στάση και γενικότερα το αίσθημα της αποδοχής βοήθησε να αναπτυχτεί μια αποτελεσματική συνεργασία και πνεύμα ομαδικότητας μεταξύ φοιτητών και προσωπικού, δημιουργώντας έτσι ένα πνεύμα «καλής» μαθησιακής ατμόσφαιρας. Οι ίδιοι ερευνητές επισήμαναν δε τη σημασία του προσανατολισμού στο τμήμα στη μείωση του φόβου, της αβεβαιότητας και των αρνητικών αισθημάτων των φοιτητών αυξάνοντας έτσι την εμπιστοσύνη στην μαθησιακή διαδικασία.

Το Bord Altranais (2003) αναφέρει ότι η ποιότητα του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης επηρεάζεται από: τη δυναμική, τις δημοκρατικές δομές και τις διαδικασίες του θαλάμου, την αναγνώριση της προσπάθειας του προσωπικού, την παροχή κίνητρων και ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας, το υψηλό ηθικό και το ομαδικό πνεύμα, την καλή επικοινωνία και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και των φοιτητών και τέλος την αποδοχή του φοιτητή ως εκπαιδευόμενος. Το στυλ ηγεσίας καθορίζει τις σχέσεις μεταξύ προϊστάμενου και προσωπικού γεγονός που αντικατοπτρίζει ανάλογες σχέσεις μεταξύ προσωπικού και φοιτητών (Benner et.al, 2009).

4.2.3. Το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης του τμήματος (Θαλάμου)

Το στυλ διοίκησης, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται από το σύνολο των ατόμων που εργάζονται σε ένα νοσηλευτικό τμήμα, θεωρούνται από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ικανοποίησης των φοιτητών από το κλινικό περιβάλλον (Dunn & Hansford, 1997). Η αναγνώριση του ρόλου της προϊσταμένης ως το κλειδί στην ανάπτυξη και τη διατήρηση ενός μαθησιακού κλινικού περιβάλλοντος αποτελεί διαπίστωση τις τελευταίες τρεις δεκαετίες (Orton, 1981; Fretwell, 1982).

Ο Chan (2001) τόνισε ότι ο ρόλος της προϊστάμενης του τμήματος είναι πολύ ισχυρός, αν όχι και ο ισχυρότερος στην αποτελεσματικότητα της κλινικής εμπειρίας όταν είναι προσανατολισμένος στους μαθησιακούς στόχους και την ικανοποίηση του φοιτητή. Προσθέτοντας ότι η προϊστάμενη αποτελεί το κλειδί όχι μόνο για την οργάνωση ενός μαθησιακού περιβάλλοντος αλλά και για τις στάσεις και συμπεριφορές που αναπτύσσονται ως προς την αντιμετώπιση των διαφόρων καταστάσεων που σχετίζονται με τους ασθενείς. Στην έρευνα του επισημαίνει επίσης ότι ένα αυστηρά ιεραρχικά δομημένο περιβάλλον είναι απίθανο να ανταποκριθεί στις μαθησιακές ανάγκες των φοιτητών, αλλά αντίθετα ένα θετικό και δημοκρατικό περιβάλλον είναι ζωτικό για τη μάθηση.

Φιλλανδικές έρευνες (Saarikoski, 2002; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002) οι οποίες διερεύνησαν τις απόψεις των φοιτητών σχετικά με το κλινικό περιβάλλον μάθησης χρησιμοποιώντας το CLES ερωτηματολόγιο (Clinical Learning Environment and Supervision Scale) κατάληξαν ότι το στυλ ηγεσίας και τα χαρακτηριστικά του προϊστάμενου καθορίζουν την κουλτούρα και δημιουργούν τις προϋποθέσεις για ένα θετικό περιβάλλον και ένα καλό πνεύμα ομαδικότητας, επηρεάζοντας την εμπειρία της μάθησης των φοιτητών καθώς και τον βαθμό κοινωνικοποίησης τους. Εύρημα που ενισχύεται και από άλλους ερευνητές (Löfmark & Wikblad, 2001; Papp et al., 2003; O'Driscoll et al., 2010), οι οποίοι μελέτησαν τα χαρακτηριστικά του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης, τεκμηριώνοντας τη σημαντικότητα της προϊστάμενης στη διαμόρφωση μια μαθησιακής ατμόσφαιρας του τμήματος, στην οποία παρατηρείται ενεργοποίηση και οργάνωση των μαθησιακών εμπειριών. Ωστόσο, θεωρείται δεδομένο το γεγονός ότι οι φοιτητές θα πρέπει να νιώθουν ασφαλείς να εξωτερικεύσουν ιδέες, να εκφράζουν απορίες και να αναλαμβάνουν ρίσκα χωρίς το φόβο της τιμωρίας και της

γελιοποίησης (Löfmark & Wikblad, 2001) καθώς επίσης να αναζητούν μια πιο ενεργητική μάθηση δουλεύοντας ανεξάρτητα (Mattila et al., 2010). Εύστοχα ο Saarikoski, (2002) ονομάζει το αίσθημα αυτό ως «ψυχολογική ασφάλεια» αναγνωρίζοντας το ως το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό ενός θετικού μαθησιακού περιβάλλοντος. Η διαπίστωση αυτή ενισχύει την παραδοχή της θεωρία του Knowles (1990) ότι σημαντικό στη διδασκαλία των ενηλίκων είναι η εξασφάλιση κλίματος φυσικής άνεσης, αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού και αποδοχής της διαφορετικότητας. Οι φοιτητές αναγνώριζαν πιο ιδανικό το τμήμα, στο οποίο υπήρχε μια θετική κουλτούρα ως προς τον ίδιο το φοιτητή και τη μάθησή του, παρά η ύπαρξη ποικίλων ευκαιριών μάθησης (Chan,2001; Fenton,2005; Price et.al., 2000).

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί ότι το στυλ ηγεσίας και τα χαρακτηριστικά της προϊσταμένου θαλάμου (ΠΘ) καθορίζουν την κουλτούρα η οποία αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για την ομαλή λειτουργία του τμήματος. Η κουλτούρα σχετίζεται με τον τρόπο που οργανώνεται η φροντίδα, τον τρόπο που οι εργαζόμενοι κινητοποιούνται και ελέγχονται (Μπακάλης & Μπατσολάκη, 2006), την επικοινωνία, τις εργασιακές σχέσεις, τις προσωπικές παρορμήσεις και υποκίνηση, καθώς επίσης επηρεάζει τις προοπτικές και τις ηθικές νόρμες των ατόμων που εργάζονται (Hinchliff, 2009).

Επιπλέον, έρευνες (O' Driscoll, 2010; Papp et al.,2003; Saarikoski, 2002; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski et al., 2008) συνέστησαν ότι η κουλτούρα και οι οργανωτικοί παράγοντες στο θάλαμο συχνά επηρεάζουν την εμπειρία της μάθησης των φοιτητών. Επισημαίνεται λοιπόν, ότι ο θάλαμος όπου χαρακτηρίζεται από σεβασμό, αποδοχή στην ομάδα, εμπιστοσύνη, αμοιβαία αλληλεπίδραση και διατυπωμένη φιλοσοφία της φροντίδα (Hutchings et. al., 2005), οι φοιτητές ανταποκρίνονταν θετικά και ένιωθαν πιο άνετα και όμορφα όταν καλούνταν στις προκλήσεις του κλινικού περιβάλλοντος (Lofmark & Wikblad 2001). Έντονη όμως αναγνωρίζεται και η ανάγκη των φοιτητών για ανατροφοδότηση τόσο από το προσωπικό όσο και από τις προϊσταμένες γεγονός που ενίσχυε την αυτοπεποίθηση τους αλλά και τους ανέπτυσε ως προσωπικότητες .

Ωστόσο οι O'Driscoll et al., (2010) μέσα από συνεντεύξεις σε συναντήσεις ομάδων εστίασης, που αποσκοπούσαν να εξετάσουν ως προς το ποιος είχε την ευθύνη για την κλινική

μάθηση των φοιτητών, το προσωπικό επισήμανε ότι οι ίδιοι οι φοιτητές πρέπει να είναι πρωταγωνιστές της ίδιας τους της μάθησης ώστε η σχέση με τον μέντορ να είναι επιτυχημένη. Δηλαδή η εκπλήρωση των μαθησιακών αποτελεσμάτων πρέπει να είναι προϊόν αυτοκατευθυνόμενης και συνειδητής μαθησιακής δραστηριότητας και να μη στηρίζονται στην προϊστάμενη και το προσωπικό. Προέθεσαν ακόμα, ότι αυτό δημιουργεί ένα άλλο πρόβλημα σε ένα περιβάλλον που οι μαθησιακές ευκαιρίες είναι περιορισμένες. Οι πιο «διεκδικητικοί» φοιτητές πλεονεκτούν έναντι των πιο «εσωστρεφών» που μένουν στο περιθώριο με λιγότερες μέχρι και καθόλου ευκαιρίες μάθησης.

4.2.4.Νοσηλευτική Φροντίδα στο κλινικό περιβάλλον μάθησης

Η έννοια της φροντίδας καταλαμβάνει εξέχουσα θέση στη νοσηλευτική βιβλιογραφία ως κυρίαρχη και θεμελιώδης αξία (Παπασταύρου κ.α., 2010α). Παράλληλα όμως αποτελεί ένα σημαντικό σημείο στην κλινική διδασκαλία αφού τροφοδοτεί το πλαίσιο όπου η κλινική μάθηση διεκπεραιώνεται (Jackson & Mannix, 2001; Saarikoski, 2002). Ερευνητικές εργασίες επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στη ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και την ποιότητα του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης (Papp et al,2003; Saarikoski, 2002). Σήμερα η εκμάθηση στον κλινικό χώρο επικεντρώνεται στις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ αρρώστου και φοιτητή (Suikkala & Kilpi, 2001; Suikkala et al.,2008). Ωστόσο προκύπτει το ερώτημα, για το σε ποια θεραπευτική σχέση γίνεται αναφορά όταν το σύστημα είναι επικεντρωμένο στην εκτέλεση συγκεκριμένων διαδικασιών και όχι σε μια εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενή.

Η εξατομικευμένη προσέγγιση αναφέρεται στην ατομικότητα και την επικέντρωση στις ξεχωριστές ανάγκες του κάθε ασθενούς (Suhonen et al., 2002). Η σημαντικότητα της αναγνωρίζεται από το γεγονός ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με την λήψη εξατομικευμένη φροντίδας (Παπασταύρου κ.α., 2010β) Δικαίωμα το οποίο αποτελεί νομική αξίωση των ασθενών (Παπασταύρου κ.α., 2010α), ιδιαίτερα σήμερα που οι ασθενείς έχουν μια πιο ενεργητική συμμετοχή στη λήψη απόφασης και στη διαχείριση καταστάσεων που αφορούν θέματα της υγείας τους (European Commission, 2007). Από την άλλη η ικανοποίηση αυτή των ασθενών αντανακλά αντίστοιχες επιπτώσεις στους νοσηλευτές όπως: αίσθημα ψυχικής και πνευματικής πληρότητας, αίσθημα ευγνωμοσύνης, πληρότητας και αυτοεκτίμησης, αγάπη προς τη νοσηλευτική και ικανότητα να επεξεργάζονται την κλινική εμπειρία (Swanson, 1999).

Επιπρόσθετα, έρευνα που έλαβε χώρα στην Φιλανδία (Suikala et al., 2008), με θέμα τη σχέση των φοιτητών με τους ασθενείς κατέδειξε ότι η σχέση αυτή είναι ζωτικής σημασίας στην ανάπτυξη δεξιοτήτων και στην παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας. Η επαγγελματική τους ικανότητα αναπτύσσεται από αυτή τη σχέση, ενδυναμώνονται, αποκτούν αυτοπεποίθηση, ενσωματώνονται στην αντίληψη της φροντίδας από την ανατροφοδότηση που παίρνουν από τον ίδιο τον ασθενή. Επιπρόσθετα, έχουν την ευκαιρία να χρησιμοποιούν το εύρος των γνώσεων τους και να αντιληφθούν την αξία της προσφερόμενης εμπειρίας στη θετική έκβαση της υγείας του ασθενούς. Μια ποιοτική φροντίδα θεωρείται η καλύτερη επένδυση για επιτυχημένες μαθησιακές εμπειρίες (Suikkala et al, 2008). Η εξατομικευμένη φροντίδα τονώνει την παρακίνηση και την επαγγελματική ικανοποίηση (Lake & Friese, 2006). Η πραγματική επαφή με τα προβλήματα υγείας του ασθενούς δημιουργεί ανάμεικτα συναισθήματα. Οι φοιτητές μέσα από τη σχέση με τον ασθενή μαθαίνουν να αναγνωρίζουν, να διαχειρίζονται συναισθήματα και διλήμματα που παρουσιάζονται ενώ ανακαλύπτουν μηχανισμούς άμυνας (Sprouse, 2001).

Ο Chan (2001, 2002) επισημαίνει ότι η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα η οποία στηρίζεται στις ξεχωριστές ανάγκες του ατόμου, προωθεί τη μάθηση, ενώ η φροντίδα βασιζόμενη σε στόχους οδηγά σε μια μηχανιστική εκτέλεση διαδικασιών εμποδίζοντας την ολιστική μαθησιακή εμπειρία σε σχέση με τη φροντίδα. Ο Hunter (2005) στην έρευνα του διαπίστωσε ότι οι φοιτητές και οι νεοδιορισμένοι νοσηλευτές έρχονταν στον κλινικό χώρο με μια ιδεολογία που είχε στο κέντρο τον ασθενή. Αυτό τους έφερνε σε σύγκρουση με την ιδεολογία των παλαιότερων νοσηλευτών και τη διοίκηση οι οποίοι εστιάζονταν στο κατ'εργασία μοντέλο νοσηλευτικής πρακτικής (task-orientated nursing) δηλαδή την τμηματοποίηση της φροντίδας σε καθήκοντα. Αντίστοιχα, O'Driscoll et al. (2010), θεωρούσαν την προσέγγιση αυτή των καθηκόντων ως σημαντικό εμπόδιο στην κλινική τους μάθηση. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι φοιτητές να χάνουν τον ενθουσιασμό τους και την ευαισθησία τους απέναντι στον πόνο και τις ανάγκες του ασθενούς (Kelly, 2007).

4.3. Ανασταλτικοί παράγοντες δημιουργίας ενός θετικού κλινικού περιβάλλοντος

Μέσα από τη βιβλιογραφία παρουσιάζονται διάφοροι παράγοντες οι οποίοι αποτελούν τροχοπέδη στη μαθησιακή διαδικασία των φοιτητών στον κλινικό χώρο. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που απασχολεί κατά καιρούς τη νοσηλευτική εκπαίδευση είναι η ασυμφωνία που εντοπίζεται ανάμεσα στη θεωρία της νοσηλευτικής και στην εφαρμογή της στο κλινικό χώρο που ορίζεται ως χάσμα ανάμεσα στη θεωρία και την πράξη (Κωστογιανοπούλου κ.ά., 2011). Οι σπουδαστές παρατήρησαν να υπάρχει ένα χάσμα σε αυτά που διδάσκονταν στις αίθουσες και σε αυτά που γίνονταν στα τμήματα. Δε θεωρούσαν τη συνεργασία τους με τους νοσηλευτές ως μορφή διδασκαλίας αλλά ως μέσο διεκπεραίωσης διαδικασιών τύπου ρουτίνας (Chung-Heung & French, 1997; O'Driscoll et al., 2010).

Η παρουσία μεγάλου αριθμού φοιτητών διαφορετικών επιπέδων θεωρητικής εκπαίδευσης, δυνατοτήτων και μαθησιακών προτιμήσεων στα νοσηλευτικά τμήματα σε συνδυασμό με το φόρτο εργασίας και την έλλειψη προσωπικού είχε σαν αποτέλεσμα την αδυναμία παροχής επαρκούς υποστήριξης και επαρκών μαθησιακών ευκαιριών, ενώ το προσωπικό ένιωθε μεγάλη κόπωση (Hutchings et al., 2005). Άλλος παράγοντας ήταν οι φτωχές ενδοϋπηρεσιακές σχέσεις και οι συγκρούσεις στο τμήμα, (Dunn and Hansford, 1997), οι οποίες φαίνεται να απέτρεπαν τους φοιτητές στην αναζήτηση της κλινικής γνώσης και παρέμεναν απλοί παρατηρητές των διαφόρων διαδικασιών (Hutchings et. al., 2005).

Όλα όσα έχουν αναφερθεί παραπάνω είχαν αντίκτυπο στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προσωπικού και φοιτητών με τους δεύτερους να δημιουργούν μια αρνητική εικόνα για το κλινικό περιβάλλον αποτελώντας έτσι ένα σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στη μάθηση. Η αρνητικότητα του προσωπικού εκφραζόταν προς τους φοιτητές με μία παθητική στάση, με παραγνώριση, ανάθεση εργασιών ρουτίνας, απροθυμία να μοιραστεί πληροφορίες ή να δώσει ανατροφοδότηση σχετικά με τις νοσηλευτικές διαδικασίες (Löfmark & Wikblad, 2001).

Άλλος ένας σημαντικός παράγοντας είναι το γεγονός ότι στη νοσηλευτική εκπαίδευση, οι κλινικές μαθησιακές δραστηριότητες ανέκαθεν μπερδεύονται με την παροχή φροντίδα στους ασθενείς. Στην έρευνα των O'Driscoll et al., (2010) γίνεται κατανοητή η ύπαρξη δύο

ξεχωριστών και αντιφατικών αξιών μεταξύ του εκπαιδευτικού συστήματος και του συστήματος υγείας. Αυτό εν μέρη οφείλεται στο γεγονός ότι το σύστημα υγείας είναι εργασιακά προσανατολισμένο παρά μαθησιακά προσανατολισμένο (Melia, 2006). Προτεραιότητα δίνεται στην εκτέλεση υπηρεσιών και όχι στη πραγματική εκπαίδευση. Αυτό δυσκολεύει τους φοιτητές να συμπεριφέρονται στο περιβάλλον του τμήματος επιστημονικά όπου η κάλυψη υπηρεσιών υπερισχύουν και παίρνει προβάδισμα έναντι της μάθησης (McGowan, 2006). Επομένως ο ρόλος του φοιτητή στην εκπαίδευση θα πρέπει να είναι αυτός του μαθητευόμενου και όχι του νοσηλευτή (Andrews & Wallis, 1999; Gaberson, & Oermann, 2010; O'Driscoll et al., 2010). Ωστόσο, το πρόβλημα αυτό δεν είναι κάτι καινούργιο. Παλαιότερη έρευνα που διερεύνησε το περιβάλλον μάθησης των φοιτητών στον κλινικό χώρο διαπίστωσε μια ιδεολογική σύγκρουση μεταξύ της εκπαίδευσης και της κλινικής πρακτικής, αφού σε πολλούς φοιτητές υποδείχθηκε να ξεχάσουν τι τους έδειξαν στην σχολή (Κοντζαμπασάκη, 1993; Andrews & Wallis, 1999 ; Ramage, 2004). Αυτό επιβεβαιώνεται με πρόσφατα ευρήματα (Papastavrou et al., 2009 ; O'Driscoll et al., 2010) που καταδεικνύουν ότι οι φοιτητές αντιλαμβάνονται σοβαρές αδυναμίες στην πρακτική τους εκπαίδευση αν και γενικά το επίπεδο ικανοποίηση τους είναι υψηλό.

Τέλος, η διάρκεια της κλινικής τοποθέτησης στις έρευνες των Dunn & Hansford, (1997), Sprouse, (2001) και Warne et al., (2010), φάνηκε να επηρεάζει την κλινική μάθηση. Αυτό ερμηνεύετε ως προς το γεγονός, ότι η μάθηση στη νοσηλευτική είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που απαιτεί την έκθεση ικανοποιητικού χρόνου με τους ασθενείς και διαδικασίες ώστε να υπάρχει συνέπεια και συνειδητή προσπάθεια (Warne et al., 2010). Οι φοιτητές με μεγαλύτερης διάρκειας κλινική τοποθέτηση (>7 εβδομάδες) έχουν περισσότερες ευκαιρίες να ενσωματώσουν τις δεξιότητες που έχουν διδαχθεί, να αναπτύξουν αποτελεσματικές και θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς, ενώ οι σχέσεις τους με το προσωπικό ήταν πιο βελτιωμένες επιτρέποντας τους να δρουν πιο ανεξάρτητα μέσα στην ομάδα (Warne et al., 2010). Επιπλέον η μεγαλύτερης διάρκειας κλινική τοποθέτηση βοηθά στην ένταξη μέσα στην ομάδα και συνεπώς στην εμπάθουση των μαθησιακών τους αναγκών (Henderson et al., (2006). Οι Löfmark & Wikblad (2001) επισήμαναν ότι η διάρκεια της κλινικής τοποθέτησης θα πρέπει να καθορίζεται με βάση τις μαθησιακές εμπειρίες που αναμένεται να αποκτηθούν.

4.4. Ο Ρόλος της Κλινικής Επίβλεψης

Πρωτίστως, οι Burn and Paterson (2004) ισχυρίζονται ότι η υποστήριξη φοιτητών στην κλινική πρακτική, η οποία περιλαμβάνει την επίβλεψη είναι σημαντικό να εξασφαλίσει ότι η κλινική διδασκαλία είναι σχετική και ικανοποιεί τον σκοπό να παραδώσει ικανούς επαγγελματίες, που είναι σε θέση να λειτουργήσουν στο συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον. Οι σχέσεις επίβλεψης μεταξύ φοιτητών, κλινικού συντονιστή ή με το άλλο προσωπικό του θαλάμου είναι σημαντικές ώστε να εξασφαλίζεται η συνέχεια της κλινικής διδασκαλίας (Saarikoski and Leino-Kilpi, 2002; Chan,2001). Στην επιτυχία αυτής της προσπάθειας συμβάλλει η εξατομικευμένη προσέγγιση του φοιτητή (Serena & Brudgoli, 2009; Allan et al., 2008), και ένα γόνιμο περιβάλλον όπου επικρατεί εμπιστοσύνη, εχεμύθεια (Saarikoski, 2003), ανατροφοδότηση, συνεργασία, συνέπεια (Löfmark & Wikblad, 2001) και ευκαιρίες αξιοποίησης των διαθέσιμων εμπειριών κατά την κλινική τους άσκηση (Attact et al., 2000).

Κλειδί στην όλη υπόθεση της επίβλεψης αποτελεί ο επιβλέπων, ο οποίος για να είναι αποτελεσματικός θα πρέπει να γνωρίζει σημαντικά στοιχεία του φοιτητή του όπως το έτος φοίτησης, το γνωσιολογικό του υπόβαθρο και τους μαθησιακούς στόχους που πρέπει να ικανοποιηθούν (Fenton, 2005; Quinn & Hudges,2007). Η γνώση αυτή αποτελεί στοιχείο επάρκειας του επιβλέποντα αλλά και η βάση για ενδυνάμωση της σχέσης και της παροχής της κατάλληλης βοήθειας και υποστήριξης (Gillespie, 2002). Αναμφίβολα η γνώση αυτή παρέχει πλεονέκτημα στη μάθηση γιατί οι φοιτητές αναλαμβάνουν κατάλληλες για το επίπεδό τους διαδικασίες και ευθύνες ενισχύοντας τη θετική αντίληψη για το κλινικό περιβάλλον (Gillespie, 2002; Papp et al., 2003). Σημαντικό στο όλο επιχείρημα είναι οι ικανότητες και οι μαθησιακές ανάγκες των φοιτητών να αντιστοιχίζονται με τις ανάγκες των ασθενών για την επιλογή των κατάλληλων κλινικών διαδικασιών (DeYoung, 2009).

Ο ρόλος του μέντορα

Πολλοί ερευνητές αναγνώρισαν το σημαντικό ρόλο του μέντορα χαρακτηρίζοντας τον ως το κλειδί για την απόκτηση της κλινικής εμπειρία των φοιτητών, λόγω της καθημερινής ευθύνης που είχε στην κλινική διδασκαλία των φοιτητών (Andrews & Willis, 1999; Papp et al., 2003; Saarikoski, 2003; Carnwell et al., 2007; O'Driscoll et al., 2010).

Οι Andrews & Chilton (2000) διεξήγαγαν μια πιλοτική έρευνα διάρκειας 3 μηνών με δείγμα 22 νοσηλευτών (μέντορες) και 11 φοιτητών με σκοπό να διερευνήσουν την επίδραση των προσόντων του μέντορα στην αποτελεσματικότητα του στην κλινική εκπαίδευση. Οι φοιτητές αξιολόγησαν το ρόλο του μέντορα ως υποκινητή, ανατροφοδότη, διευκολυντή εξωτερίκευσης απόψεων και επίλυσης προβλημάτων ως πιο σημαντικά από τα εκπαιδευτικά και τα αξιολογικά του καθήκοντα. Ενώ οι νοσηλευτές (μέντορες) οι οποίοι αξιολόγησαν το ρόλο τους πιο θετικά ήταν αυτοί που διέθεταν συγκεκριμένα εκπαιδευτικά και αξιολογικά προσόντα γι αυτό είχαν πιο υψηλή αυτοπεποίθηση. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ο ρόλος του ως σύμβουλος και διεκδικητής ευκαιριών μάθησης αξιολογήθηκαν τόσο από τους φοιτητές όσο και από τους μέντορες χαμηλά.

Επιπλέον, ο ρόλος του μέντορα φάνηκε να επεκτείνεται πέρα από τις εκπαιδευτικές διαδικασίες στην συναισθηματική εργασία (Smith & Gray, 2001; Webb & Shakerpear, 2008). Η συναισθηματική εργασία αναφέρεται στα συναισθήματα που βιώνει ο φοιτητής κατά την κλινική του άσκηση φροντίζοντας άτομα σε στιγμές μεγάλης ανασφάλειας, αγωνίας και πόνου (Μισουρίδου, 2007). Στην ποιοτική έρευνα των Smith & Gray (2001) επισημάνθηκε ο ρόλος του μέντορα στη συναισθηματική υποστήριξη του φοιτητή. Ως εκ τούτου «καλός» μέντορας χαρακτηρίστηκε αυτός που βοηθούσε το φοιτητή να επεξεργαστεί, να κατανοήσει και να διαχειριστεί τα συναισθήματα που βίωνε στην επαφή του με τους ασθενείς και το επιτύχανε με τη σωστή και οργανωμένη ανατροφοδότηση. Επιπλέον, σε πρόσφατη έρευνα οι Webb & Shakespeare (2008) μέσα από συνεντεύξεις φοιτητών και μεντόρων πρόσθεσαν ότι η θετική ανατροφοδότηση από τον μέντορα ενίσχυε τον ενθουσιασμό και την αυτοπεποίθηση των φοιτητών, τους οδηγούσε στην αυτογνωσία ενώ παράλληλα αντλούσαν θετικά συναισθήματα ικανοποίησης και πληρότητας από την πρακτική τους.

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα των Carnwell et al., (2007) οι οποίοι διεξήγαγαν μελέτη με σκοπό τον προσδιορισμό των ρόλων του μέντορα, του ακαδημαϊκού, και του κλινικού συντονιστή στην όλη προσπάθεια ενσωμάτωσης της θεωρίας στην πράξη. Μέσα από ομάδες εστιασμένης συζήτησης φάνηκε οι προϊστάμενοι να αναγνωρίζουν ως πρωτεύοντα ρόλο του μέντορα την αποτελεσματική κλινική πρακτική λόγω της κλινικής του εμπειρίας με την προϋπόθεση ότι έχει το κατάλληλο επιστημονικό υπόβαθρο, επάρκεια δεξιοτήτων, γνώση της

κουλτούρας και των ιδιαίτερων συνθηκών άσκησης του έργου τους στο συγκεκριμένο θάλαμο. Από την πλευρά τους οι κλινικοί συντονιστές τον θεωρούσαν σημαντικό νοσηλευτικό πρότυπο για τους φοιτητές στην ανάπτυξη σωστών δεξιοτήτων κλινικής πρακτικής. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν προηγούμενες έρευνες που επισήμαναν τη σημαντικότητα των μεντόρων ώστε οι φοιτητές να δουν τη συνολική εικόνα της φροντίδας (Papp et al., 2003 ; Sprouse, 2001)

Μια σημαντική μεταβλητή για την επιτυχία του εγχειρήματος-μάθησης και επαγγελματικής ανάπτυξης των φοιτητών, είναι τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η φύση των σχέσεων μεταξύ μέντορα και φοιτητή (Κοντζαμπασακή, 2006). Οι φοιτητές εκτιμούν ότι οι προσωπικές και οικείες σχέσεις με τους επιβλέποντες διευκολύνουν την προσέγγιση και την εξωτερίκευση ιδεών και ερωτήσεων (Smith & Gray, 2001). Αυτή η συμπεριφορά οδηγεί στην ανάπτυξη μιας διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του μέντορα και του φοιτητή, η οποία χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια, εμπιστοσύνη, φιλικότητα, συνεργασία, αμοιβαίο σεβασμό και οικειότητα (Andrews and Willis,1999; Fawcett,2002; Smith & Gray, 2001). Άλλα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία και έχουν υποστηριχτεί από έρευνες (Andrews and Willis,1999 Jackson & Mannix, 2001; Fawcett, 2002; Papp et al., 2003; Pearcey & Elliott,2004 ; Hutchings et al., 2005; Webb & Shakespeare, 2008) είναι:

- η καλή γνώση του αντικείμενου η οποία να συνοδεύεται με τη σωστή εκτέλεση διαδικασιών (δεξιότητες).
- η επίδειξη ενθουσιασμού, ενδιαφέροντος και φιλικής διάθεση για το αντικείμενο του.
- η αφιέρωση ποιοτικού χρόνου κατά την εξατομικευμένη επαφή η οποία αξιολογήθηκε από τους φοιτητές ως μια συνεπής, γνήσια ανατροφοδότηση.
- οι δεξιότητες επικοινωνίας και προσέγγισης τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους φοιτητές.
- να αντιπροσωπεύουν ένα καλό πρότυπο νοσηλευτή.
- ενθάρρυνση και η επιβράβευση των προσπαθειών των φοιτητών τους ανάλογα με το επίπεδο δεξιοτήτων τους.

Σε ενίσχυση των πιο πάνω η παράλληλη και κατάλληλη χρήση του χιούμορ μπορεί να αποβεί ωφέλιμη γιατί μειώνει το stress και το άγχος, ενώ βελτιώνει το γενικό περιβάλλον

μάθησης και τις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα σε φοιτητές και εκπαιδευτικό όπως είχε φανεί από τις συνεντεύξεις προπτυχιακών φοιτητών στην έρευνα του Heyden-Miles(2002).

Παρόλο που παρατηρούνται πραγματικά οφέλη από τη σχέση με το μέντορα διακρίνονται και ορισμένα εμπόδια (Mannix et. al., 2006). Οι Raisler, O'Grady και Lori (2003) διαπίστωσαν ότι ο μεγάλος αριθμός φοιτητών στα τμήματα, καθιστούν δύσκολη την επίβλεψη. Ο συνωστισμός φοιτητών στους θαλάμους, ελαχιστοποιεί τις πιθανές ευκαιρίες για μάθηση οι οποίες είναι περιορισμένες. Εύρημα που ενισχύεται και από άλλες έρευνες με αποτέλεσμα η κλινική επίβλεψη που λαμβάνουν οι φοιτητές να διακυβεύεται και συνεπώς οι φοιτητές να αποφοιτούν με ανεπαρκείς κλινικές δεξιότητες (Hutchings et al., 2005 ; Carnwell et al., 2007). Υποστηρίζεται ακόμη ότι η ένταση, η πίεση, το άγχος οδηγά σε μια τάση προσκόλλησης σε τυπικές διαδικασίες τύπου ρουτίνας, όπως χορήγηση φαρμάκων, αλλαγή επιθεμάτων κ.λ.π., εμποδίζοντας τους έτσι να αναπτύξουν ένα μοντέλο ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας (O'Driscoll et al., 2010).

Μεταξύ άλλων οι ερευνητές Wray & McCall (2009), σε αυστραλιανή έρευνα τους με φοιτητές (n=103) και αποφοιτήσαντες νοσηλευτές (n=27) μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις και συζητήσεις σε ομάδες εστίασης επισήμαναν ότι οι κλινικοί επιβλέποντες δεν ήταν επαρκώς προετοιμασμένοι. Επίσης, οι ερευνητές κατέληξαν ότι η ανεπάρκεια του επιβλέποντα και η αδυναμία του να αντεπεξέλθει στις ρεαλιστικές συνθήκες της πρακτικής εφαρμογής του γνωστικού αντικειμένου, συμβαίνει είτε γιατί δεν είναι ακαδημαϊκά καταρτισμένος είτε γιατί δεν είναι επιστημονικά ενημερωμένος με το πρόγραμμα σπουδών. Ως εκ τούτου, διατηρούν μια αρνητική στάση προς τις διάφορες εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις με αποτέλεσμα να μην επιτευχθούν τα ανάλογα μαθησιακά αποτελέσματα (Wray & McCall, 2009). Επιπρόσθετα, η αρνητική κριτική δεν περιορίζεται μόνο στις ικανότητες του μέντορα. Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ μέντορα – φοιτητή έχουν ως αποτέλεσμα την απροθυμία των πρώτων να γράψουν μία αρνητική αναφορά όσον αφορά στα σημεία ανεπάρκειας του φοιτητή διαιωρίζοντας τη φτωχική πρακτική (Duffy, 2004) ενώ από την άλλη παρατηρείται διόγκωση των βαθμολογιών (Quinn & Hudges, 2007).

Οι Hutchings et al. (2005), χρησιμοποιώντας συναντήσεις ομάδων εστίασης μεταξύ των μεντόρων και 8 αντιπροσώπων της νοσηλευτικής ηγεσίας διαπίστωσαν ότι ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού δεν παρείχε ικανοποιητικό χρόνο αποτελεσματικής εκπαιδευτικής προετοιμασίας των μεντόρων. Σαν συνέπεια οι μέντορες δηλώνουν ανεπάρκεια δεξιοτήτων να αναγνωρίσουν τις μαθησιακές ανάγκες ώστε να προσφερθεί η κατάλληλη βοήθεια και καθοδήγηση. Την ελλιπή προετοιμασία ενισχύει η μη υποστήριξη από το εκπαιδευτικό ίδρυμα (Hutchings et.al. 2005; Carnwell et al., 2007), στο οποίο η συμμετοχή των ακαδημαϊκών στην κλινική εκπαίδευση μειώνεται ενώ η εκτίμηση στην επιστημονική γνώση αυξάνεται (Chekol, 2003), ενισχύοντας το άγχος και την ανασφάλεια των φοιτητών κατά την κλινική τους μάθηση (Moscaritolo, 2009). Ενισχυτικό αυτής της αρνητικής κατάστασης ήταν το γεγονός ότι πολλές φορές οι προϊσταμένες παραγνώριζαν ότι οι φοιτητές συμμετείχαν ως υπεράριθμη ομάδα στο τμήμα και τους ανάθεταν εργασίες που έπρεπε να εκπληρωθούν σύμφωνα με το πρόγραμμα της ημέρας με αποτέλεσμα η μάθηση να είναι μηχανιστική (O'Driscoll et al., 2010).

Μια σφαιρική θεώρηση των πιο πάνω επιβεβαιώνει ότι η αποτελεσματικότητα του μέντορα απαιτεί τη συνεργασία και την υποστήριξη από τους κλινικούς εκπαιδευτές, τους λέκτορες, τους νοσηλευτές και τους διοικητικούς του συστήματος υγείας προκειμένου να βοηθήσουν τον φοιτητή να κατακτήσει υψηλά επίπεδα κλινικής μάθησης (Papp et al., 2003; Carnwell et al., 2007).

Ο ρόλος του Κλινικού Συντονιστή (ΚΣ)

Απώτερος σκοπός του κλινικού συντονιστή είναι η διασφάλιση της σχέσης μέντορα – φοιτητή με επιστημονικά μεθοδευμένο τρόπο, έτσι ώστε ο φοιτητής τελικά να κατανοήσει και να εφαρμόσει τις θεωρίες και αρχές που στηρίζουν τη νοσηλευτική πρακτική όπως αυτές παρουσιάζονται μέσα από τις αίθουσες διδασκαλίας. Γνωστοποιεί τις δυνατότητες των φοιτητών, τους εκπαιδευτικούς στόχους και συμβάλει στη δημιουργία ομαλών διαπροσωπικών σχέσεων και επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικού ιδρύματος και του πανεπιστημίου (Corlett, 2000; Carnwell et al., 2007).

Ο κλινικός συντονιστής καθοδηγεί την ανάπτυξη της πρακτικής εξάσκησης παρέχοντας υποστήριξη και καθοδήγηση στους μέντορες και σε όσους συμβάλλουν στη διαδικασία

μάθησης του φοιτητή (Williamson, 2004). Αποτελεί το συνδυαστικό κρίκο των δύο χώρων (ENF, 2001 ; Papp et al., 2003), ενισχύοντας τη δυναμική και τη συνεκτικότητα της ομάδας. Ένα άλλο σημαντικό αλλά και κοινό ρόλο που έχει με το μέντορα είναι η ψυχολογική υποστήριξη. Συγκεκριμένα προστατεύει το φοιτητή από καταστάσεις δύσκολες γι'αυτούς οι οποίες προκαλούν άγχος και απογοήτευση εφαρμόζοντας την ανατροφοδότηση η οποία κυρίως βασίζεται στην ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών (Smith & Gray, 2001). Ως εκ τούτου οι περιοδικές συναντήσεις, συζητήσεις για τις μαθησιακές ανάγκες και την πρόοδο των φοιτητών καθώς και για προβλήματα που προκύπτουν, τόσο με τους εμπλεκόμενους στη διδασκαλία όσο και τους φοιτητές, θεωρούνται απαραίτητες (De Young,2010). Οι συχνές επαφές αποτελούν τόσο επιθυμία των φοιτητών (Carnwell et al., 2007) όσο και υποχρέωση τους, υποστήριζαν οι προϊστάμενες των τμημάτων (Hutchings et al., 2005).

Επιπλέον, οι Humphreys et al. (2000), υποστήριξαν ότι ο ρόλος του κλινικού καθηγητή συνίσταται, στο να επιβεβαιώνει ότι ικανοποιούνται οι μαθησιακοί στόχοι που έχουν τεθεί από το Πανεπιστήμιο ενώ η κλινική του επίδοση αξιολογείται από κοινού με το μέντορα. Επισήμαναν δε ότι η κλινική αξιοπιστία που αναφέρεται στην εξοικείωση του με τον κλινικό χώρο είναι εξίσου σημαντική με τη θεωρητική κατάρτιση του. Εξάλλου, φάνηκε ότι η κλινική αξιοπιστία σύμφωνα με τις απόψεις των φοιτητών αποτελούσε κριτήριο για την επιτυχή εφαρμογή της θεωρία στην πράξη (Fisher, 2005). Ωστόσο δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες που να υποστηρίζουν ή να απορρίπτουν την πιο πάνω άποψη (Murphy, 2000). Σε αντιδιαστολή με τα πιο πάνω, οι Lauder et al. (1999), υπέθεσαν ότι η υψηλή εμπειρογνωμοσύνη του ΚΣ σε κάποια ειδικότητα μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο λόγω του περιορισμένου εύρου της γνώσης σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

Στην έρευνα της η Gillespie (2002) επισήμανε, ότι οι φοιτητές αναγνώρισαν ότι ένας ικανός επιβλέπωντας δεν περιοριζόταν μόνο στο να επιδεικνύει επιστημονική συμπεριφορά, να έχει γνώσεις, νοσηλευτικές δεξιότητες και ερευνητικό πνεύμα. Αντίθετα, σημαντική θεωρείται η ικανότητα του, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των φοιτητών, να αναπτύσσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις. Ο φοιτητής ζητούσε να γνωρίσει τον επιβλέπονταν όχι μόνο ως εκπαιδευτικό ή νοσηλευτή αλλά και ως άτομο. Οι διαπροσωπικές αυτές σχέσεις δημιουργούσαν κλίμα εμπιστοσύνης, ενθουσιασμού και θετικής επίδρασης για γνώση. Παρόλο που οι προϊστάμενες

πίστευαν ότι η επιστημονική ικανότητα και η δυνατότητα συσχετισμού της θεωρίας με την πράξη ήταν το σπουδαιότερο χαρακτηριστικό του ΚΣ (Carnwell et al., 2007).

Παρά το ζωτικής σημασίας ρόλο του για την επιτυχία της κλινικής εκπαίδευσης, παρατηρούνται κάποιοι περιορισμοί. Το γεγονός ότι ο κλινικός συντονιστής εργάζεται στο πανεπιστήμιο και η μη συχνή επαφή του με τον κλινικό χώρο του προσδίδει το ρόλο του επισκέπτη, θέτοντας τον στη θέση του φιλοξενούμενου. Η ποικιλόμορφη τμηματοποίηση του κλινικού χώρου περιορίζει τη διδακτική ικανότητα και ρεαλιστική επάρκεια του ΚΣ, αφού δε γνωρίζει τη φιλοσοφία των τμημάτων ή τυχόν μεταβολές και ανακατατάξεις στο σχεδιασμό και την παροχή της φροντίδας, καθιστώντας τον αδύναμο να ανταποκριθεί στις ιδιαιτερότητες του κλινικού χώρου (Maslin-Prothero and Owen, 2001). Σε αυτή τη περίπτωση, τίθεται υπό αμφισβήτηση η επιστημονική του αξιοπιστία και περιορίζεται η διδακτική αποτελεσματικότητα και η ρεαλιστική επάρκεια του κλινικού συντονιστή για σύνδεση της θεωρίας και της πράξης (Gillespie et al., 2006; Carnwell et al., 2007).

Επίσης, ο ΚΣ ως εξωγενής παράγοντας δεν έχει εξουσία στη διαχείριση της φροντίδας με αποτέλεσμα να συμμορφώνονται με τους κανόνες του τμήματος και να κάνουν ότι και το υπόλοιπο προσωπικό ήταν μεταξύ των προβλημάτων που κατέληξε στην έρευνα της η Κοντζαμπασάκη, (1993). Ενδεχομένως, ο ΚΣ θα πρέπει να γνωρίζει τις απαιτήσεις της προϊστάμενης ώστε να μπορούν να ελέγξουν τη μάθηση των φοιτητών (Κοντζαμπασάκη, 1993). Η μη τακτικές συναντήσεις περιορίζαν το ρόλο του ως συνδέσμου στη γεφύρωση των διαφορών ανάμεσα στην εκπαίδευση και την υπηρεσία, παρά στο να διευκολύνουν τη μάθηση (Παπασταυρού, 1997).

Επιλογικά φαίνεται, ότι η ποιοτική μάθηση στο κλινικό περιβάλλον είναι αποτέλεσμα συνεργασίας, αλληλοσυσχέτισης και αλληλοϋποστήριξης του μέντορα και του κλινικού συντονιστή. Ωστόσο είναι προφανές ότι παρά την παρουσία βιβλιογραφίας σχετικά με τον κλινικό ρόλο του μέντορα και του κλινικού συντονιστή, καμία μελέτη δεν αναφέρεται στις διαφορές των ρόλων τους ως προς τη διδασκαλία των φοιτητών σε ακαδημαϊκό και κλινικό επίπεδο (Carnwell et al., 2007; Saarokoski et al., 2008).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.Μεθοδολογία

1.1 Σχεδιασμός της έρευνας

Πρόκειται για ερευνητικού περιγραφικού τύπου έρευνα συσχέτισης. Ο λόγος επιλογής της μεθόδου αυτής είναι γιατί δεν αρκείται μόνο στην περιγραφή των παραγόντων του ΚΠΜ και της επίβλεψης αλλά επιδιώκει τον εντοπισμό με στατιστικά μέσα σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών και της ικανοποίησης με στατιστικά μέσα. Ο περιγραφικός σχεδιασμός επιλέχθηκε και για λόγους συγκρισιμότητας με παρόμοιες έρευνες τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε τοπικό επίπεδο γεγονός που θα βοηθήσει να αναπτυχθεί μια βάση δεδομένων που θα συμβάλει ώστε η κλινική μάθηση, ως αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής εκπαίδευσης να βελτιωθεί ώστε να αποφοιτούν νοσηλευτές ικανοί και ασφαλείς.

1.2. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι να ερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής για τους παράγοντες που συνθέτουν το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη τους σε διάφορα νοσηλευτικά τμήματα κατά την κλινική τους πρακτική.

1.3. Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Πώς αντιλαμβάνονται οι φοιτητές της νοσηλευτικής α) το κλινικό περιβάλλον μάθησης β) το στυλ ηγεσίας γ) τη νοσηλευτική φροντίδα και τη μάθηση στο τμήμα.
2. Πώς αντιλαμβάνονται τις σχέσεις επίβλεψης του μέντορα και του κλινικού συντονιστή.
3. Πόσο ικανοποιημένοι ήταν οι φοιτητές από την κλινική τοποθέτηση σε σχέση με τους υπό διερεύνηση παράγοντες .

1.4. Ερευνητικό εργαλείο

Στην εργασία αυτή χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Clinical Learning Environment and Supervision scale and nurse teacher scale (CLES+T scale) (Saarikoski et al., 2008). Το εργαλείο αυτό αποτελεί προέκταση του Clinical Learning Environment and Supervision scale (CLES) (Saarikoski, 2002). Η ανάπτυξη των εργαλείων βασίστηκε στους παράγοντες, που

επηρεάζουν την κλινική μάθηση των φοιτητών στο κλινικό περιβάλλον, οι οποίοι αναδύθηκαν μέσα από την βιβλιογραφία και εμπειρικές μελέτες (Johansson et al., 2010; Papastavrou et al., 2009). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου επικυρώθηκε με τον συντελεστή αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας που είναι ο Cronbach's alpha και κρίθηκε ως πολύ ικανοποιητική. Στην έρευνα των Saarikoski et al., (2008) κυμάνθηκε από 0,77- 0,96 μεταξύ των υποκατηγοριών, στα ίδια επίπεδα κυμάνθηκε και στην έρευνα των Johansson et al., (2010) (0,75 - 0,96). Για τα κυπριακά δεδομένα, το Cronbach's alpha (0,83- 0,96), αξιολογήθηκε στο σύνολο με όλο το ευρωπαϊκό δείγμα που περιλάμβανε φοιτητές νοσηλευτικής (n=1903) εννέα Ευρωπαϊκών χωρών (Warne et al.,2010).

Οι λόγοι επιλογής του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου CLES-T:

α) Είναι ένα εργαλείο που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και η εγκυρότητα του έχει αξιολογηθεί και έχει παρουσιαστεί σε διάφορα δημοσιεύματα (Saarikosiki et al.,2008; Warne et al.2010; Johansson et al., 2010,).

β) Το εργαλείο αξιολογεί τις απόψεις των προπτυχιακών φοιτητών της νοσηλευτικής σχετικά με την κλινική μάθηση στο κλινικό περιβάλλον του νοσοκομείου που είναι και το δείγμα της έρευνας.

γ) Το ερωτηματολόγιο έχει προσαρμοστεί στους κύριους φοιτητές της νοσηλευτικής και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας.

δ) Το εργαλείο προσαρμόστηκε σε ανάλογες έρευνες και χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος και την επίβλεψη καθιστώντας τα αποτελέσματα της έρευνας συγκρίσιμα. Η χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου μας επιτρέπει μια πιο αντικειμενική σύγκριση για το τι βελτιώνει ή επηρεάζει αρνητικά την κλινική μάθηση αφού προηγούμενες έρευνες αποτελούν μέτρο σύγκρισης.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 34 ερωτήματα (item) κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε 6 υποκατηγορίες (dimensions) που διερευνούν τις αντιλήψεις των φοιτητών για το κλινικό περιβάλλον μάθησης και τον ρόλο του κλινικού συντονιστή: α) Τη μάθηση στο θάλαμο (5 ερωτήσεις) β) το στυλ ηγεσίας της προϋπάρχουσας του θάλαμου (4 ερωτήσεις) γ) κλινικό περιβάλλον μάθησης (4 ερωτήσεις) δ) τη νοσηλευτική φροντίδα στο

θάλαμο (4 ερωτήσεις) ε) τις σχέσεις επίβλεψης (8 ερωτήσεις) και στ) το ρόλο του κλινικού συντονιστή (9 ερωτήσεις). Η υποκατηγορία «ρόλος του κλινικού συντονιστή» υποδιαιρείται περαιτέρω σε α) Ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική (3 ερωτήσεις), β) η συνεργασία μεταξύ προσωπικού και κλινικού συντονιστή (3 ερωτήσεις), γ) η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή (3 ερωτήσεις). Οι απαντήσεις δίνονταν από τον ερωτώμενο βάση μιας κλίμακας πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert που εκτείνεται από το βαθμό 1=διαφωνώ πλήρως μέχρι το βαθμό 5=συμφωνώ πλήρως. Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μία ερώτηση που αξιολογεί την ολική ικανοποίηση του φοιτητή κατά την κλινική του τοποθέτηση (κλίμακας 1=πολύ δυσαρεστημένος -5=πολύ ευχαριστημένος. Ταυτόχρονα με τη συμπλήρωση του βασικού ερωτηματολογίου των 34 ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες πάρθηκαν δεδομένα που περιλάμβανε δημογραφικά στοιχεία, όπως η ηλικία, το φύλο, το έτος σπουδών, η διάρκεια κλινικής τοποθέτησης, το είδος του πανεπιστημίου η επαρχία κλινικής τοποθέτησης. Στην παρούσα έρευνα ο τύπος νοσηλευτικής μονάδας χωρίζεται σε 6 ειδικότητες. Για λόγους διευκρίνησης ο παθολογικός τύπος περιλαμβάνει το παθολογικό, το ογκολογικό, το καρδιολογικό, το πνευμονολογικό και το νεφρολογικό τμήμα. Ο χειρουργικός τύπος περιλαμβάνει το χειρουργικό, ουρολογικό και το αγγειοθωρακοχειρουργικό τμήμα. Τα διάφορα νοσηλευτικά τμήματα αποτελούν το εκπαιδευτικό μαθησιακό περιβάλλον της έρευνας.

Επίσης ο όρος ΚΣ θα καλύπτει το π άλλους δύο όρους που χρησιμοποιούν τα άλλα πανεπιστήμια, αυτόν του επόπτη κλινικής άσκησης και αυτόν του κλινικού καθηγητή. Η διασαφήνιση του όρου του ΚΣ γινόταν πριν να δοθούν τα ερωτηματολόγια στους φοιτητές. Οι φοιτητές, ο μέντορας και ο κλινικός συντονιστής αντιμετωπίζονται ως υπεράριθμο προσωπικό του υφιστάμενου νοσηλευτικού προσωπικού κατά την κλινική άσκηση.

1.5. Υπό μελέτη πληθυσμός και κριτήρια επιλογής

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα τέσσερα Πανεπιστήμια της Κύπρου που προσφέρουν προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση 4ετούς φοίτησης. Σ' αυτά περιλαμβάνονται τρία ιδιωτικά πανεπιστήμια και ένα δημόσιο. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής. Στο σύνολο δόθηκαν 380 ερωτηματολόγια. Από αυτά λήφθηκαν 357 συμπληρωμένα (13 ερωτηματολόγια ήταν άκυρα- δεν απάντησαν σε όλες τις

ερωτήσεις και 10 αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα) επιτυγχάνοντας ένα πολύ υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης ίσο με 94% που ήταν πολύ ικανοποιητικό.

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος των φοιτητών που συμμετείχαν ήταν τα εξής:

α) Η κλινική τοποθέτηση των φοιτητών στο περιβάλλον του νοσοκομείου να έγινε τουλάχιστον 6-8 εβδομάδες, πριν δοθούν τα ερωτηματολόγια (Δεκέμβριο 2010 – Φεβρουάριο 2011).

β) Να υπήρχε επίβλεψη κατά την κλινική τους τοποθέτηση τόσο από μέντορα όσο και από κλινικό συντονιστή παράλληλα.

γ) Να μπορούν να μιλούν, να κατανοούν και να διαβάζουν την ελληνική γλώσσα.

δ) Να υπάρχει προφορική συναίνεση για συμμετοχή μετά από σχετική ενημέρωση.

Οι λόγοι επιλογής των δευτεροετών φοιτητών σε σχέση με τους φοιτητές των άλλων ετών είναι:

A) την περίοδο που δόθηκαν τα ερωτηματολόγια μεταξύ Δεκεμβρίου 2010 και Φεβρουαρίου του 2011 μόνο οι φοιτητές του 2^{ου} έτους είχαν ολοκληρώσει την κλινική τοποθέτηση τους σε ένα νοσηλευτικό τμήμα κάποιας ειδικότητας (προϋπόθεση για συμμετοχή στην έρευνα) κυρίως χειρουργικής και παθολογικής. Συγκεκριμένα στο 1^ο έτος σπουδών το πρώτο εξάμηνο οι φοιτητές δεν είχαν καμία κλινική εμπειρία. Στο 3^ο και 4^ο έτος η κλινική τοποθέτηση ήταν εκτός των ενδονοσοκομειακών τμημάτων κατά την περίοδο που διεξάχθηκε η έρευνα.

B) στο 3^ο και 4^ο έτος η κλινική πρακτική δεν γινόταν - (εξαρτάται από την πολιτική του κάθε πανεπιστημίου)- κάτω από την επίβλεψη του μέντορα και του κλινικού συντονιστή παράλληλα. Ως εκ τούτου, οι φοιτητές δεν είχαν ολοκληρωμένη άποψη για τα ερωτήματα «σχέσεις επίβλεψης» και «τον ρόλο του κλινικού συντονιστή». Η κλινική άσκηση των φοιτητών και στα 4 πανεπιστήμια ήταν 2 μέρες την εβδομάδα για μια περίοδο 6-8 εβδομάδων.

Γ) οι δευτεροετείς φοιτητές είχαν πιο πρόσφατη άποψη για την επίβλεψη τους και το ΚΠΜ. Με αυτό το δεδομένο δεν ζητήθηκε να γίνει ανάκληση παλαιότερων εμπειριών, αποφεύγοντας την φράση «δεν θυμάμαι τι έκανα πριν τόσο καιρό». Επίσης σύμφωνα με τους Chun-Heung, & French (1997) οι δευτεροετείς φοιτητές έχουν ικανοποιητική εμπειρία ώστε να κρίνουν καταστάσεις χωρίς παράλληλα να έχουν πλήρως κοινωνικοποιηθεί στις νόρμες και τις αξίες της νοσηλευτικής, όπως την περίπτωση των τελειόφοιτων.

1.6. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων ανέλαβε η ερευνήτρια. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους φοιτητές της νοσηλευτικής, των τεσσάρων Κυπριακών Πανεπιστημίων, κατά το τέλος της κλινικής τους τοποθέτησης. Το κάθε πανεπιστήμιο, ενημερώθηκε με σχετική επιστολή για τους σκοπούς της έρευνας και αποφασίστηκε από κοινού, η περίοδος κατά την οποία θα χορηγούνταν τα ερωτηματολόγια. Η χορήγηση των ερωτηματολογίων άρχισε στη 1^η Δεκεμβρίου 2010 και ολοκληρώθηκε στις 28 Φεβρουαρίου 2011.

Ενημερώθηκαν οι διδάσκοντες στα εργαστήρια για την ημέρα και την ώρα από προηγουμένως και δόθηκε η διαβεβαίωση, ότι δεν θα διαταραχθεί η ομαλή λειτουργία του εργαστηριακού μαθήματος. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στον κάθε φοιτητή αυτοπροσώπως, στην αρχή του εργαστηριακού μαθήματος. Επίσης προτού δοθούν τα ερωτηματολόγια γινόταν διασαφήνιση του όρου του κλινικού συντονιστή ανάλογα με το Πανεπιστήμιο. Μόλις η ερευνήτρια έδινε τα ερωτηματολόγια εγκατέλειπε το χώρο του εργαστηρίου. Επιστρέφονταν όλα μαζί σε κλειστό φάκελο από τον διδάσκοντα του εργαστηρίου. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης ήταν 12 λεπτά.

1.7. Ηθικά θέματα

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια τόσο από τον Δρ. Saarikoski Mikko όσο και από τις Δρ Παπασταύρου Ευριδική και Δρ Αικατερίνη Λαμπρινού για την ελληνική έκδοσή του. Για τη διεξαγωγή της μελέτης στους φοιτητές πάρθηκε άδεια από το Συμβούλιο του Τμήματος Νοσηλευτικής του οικείου Πανεπιστημίου. Πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων διαβαζόταν μια επιστολή όπου δίνονταν όλες οι πληροφορίες που αφορούσαν την έρευνα (στοιχεία ερευνήτριας, σκοπός, ερευνητικό ίδρυμα, μορφή της έρευνας, τρόπος διασφάλισης της ανωνυμίας και εμπιστευτικότητας των δεδομένων). Στη σχετική επιστολή, αναγραφόταν επίσης ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αποτελεί συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα καθώς επίσης και ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια φυλάσσονταν σε ασφαλή χώρο στον οποίο πρόσβαση είχε μόνο η ερευνήτρια. Το κάθε Πανεπιστήμιο δεν αναφέρεται ονομαστικά και συμβολίζεται με τα γράμματα του αλφαβήτου Α,Β,Γ,Δ για λόγους σκοπιμότητας και δεοντολογίας.

1.8. Ανάλυση αποτελεσμάτων

Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με την χρήση SPSS έκδοση 18.0. Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική με τον υπολογισμό ποσοστών των απαντήσεων των ερωτημάτων της κάθε υποκατηγορίας και της μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης ανά υποκατηγορίες. Εφαρμόστηκε έλεγχος ANOVA μεταξύ των επιπέδων ικανοποίησης σε σχέση με τα δημογραφικά, τα ερωτήματα και το βαθμό συμφωνίας των υποκατηγοριών. Για διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ των υποκατηγοριών χρησιμοποιήθηκε συντελεστής Pearson Correlation r . Μια συσχέτιση θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική όταν το p -value ήταν μικρότερο του 0,05.

2. Παρουσίαση Αποτελεσμάτων

2.1. Εισαγωγή

Η έρευνα διεξάχθηκε μόνο σε φοιτητές δεύτερου έτους. Τα δεδομένα αντιπροσωπεύουν τα 357 ερωτηματολόγια που ήταν πλήρως απαντημένα. Τα ευρήματα της εργασίας επεξηγούνται σε κείμενο και παρουσιάζονται με διαγράμματα και πίνακες. Τα ευρήματα παρουσιάζονται με ποσοστό επί της εκατό με βάση το βαθμό διαφωνίας/συμφωνίας που εξέφρασαν οι φοιτητές ανά ερώτηση. Επίσης, υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson R ο οποίος καταδεικνύει αν υπάρχει σχέση στις απαντήσεις που δόθηκαν μεταξύ των υποκατηγοριών. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ισότητας μέσω περισσότερων από δύο δειγμάτων (ANOVA). Σε όλες τις περιπτώσεις των στατιστικών ελέγχων το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (α) καθορίστηκε στο 95% ($\alpha=0.05$).

2.2. Δημογραφικά και άλλα Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Οι έξι πρώτες ερωτήσεις αφορούν τόσο δημογραφικά στοιχεία όσο και πληροφορίες για το έτος φοίτησης και το κλινικό περιβάλλον μάθησης. Το κλινικό περιβάλλον είναι το ίδιο για όλους τους φοιτητές της νοσηλευτικής (δημόσιου και ιδιωτικών πανεπιστημίων) και αναφέρεται σε νοσηλευτικά τμήματα που αποτελούν μέρος ενός πολύπλοκου οργανισμού και φιλοξενούν ένα αριθμό ασθενών. Ο πίνακας 1 δείχνει τον αριθμό των συμμετεχόντων που απάντησαν και την ποσοστιαία αναλογία.

Πίνακας 1: Ερ1-Ερ5 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και της κλινικής τοποθέτησης των φοιτητών

		N	Ποσοστό %
1. Επαρχία που γίνεται η κλινική άσκηση	Λευκωσία	220	61.6
	Λεμεσός	75	21.0
	Λάρνακα	28	7.8
	Πάφος	21	5.9
	Αμμόχωστος	13	3,6
	Σύνολο	357	100%
2. Νομική Μορφή Πανεπιστημίου	Ιδιωτικό	180	50,4
	Δημόσιο	177	49,6
	Σύνολο	357	100%
3. Ηλικία	18 ετών	17	4.8
	19 ετών	143	40.1
	20 ετών	75	21.0
	21 ετών	80	22.4
	22ετών και άνω	42	11.8
	Σύνολο	357	100%
4. Φύλο	Άντρας	135	37.8
	Γυναίκα	222	62.2
	Σύνολο	357	100%
5. Τύπος νοσηλευτικού τμήματος στην οποία είχατε την τελευταία σας κλινική τοποθέτηση	Γηριατρικό	10	2.8
	Χειρουργικό	135	37.8
	Γυναικολογικό	4	1.1
	Παθολογικό	142	39.8
	Παιδιατρικό	0	0.0
	Ψυχιατρικό	0	0.0
	Άλλο	66	18.5
	Σύνολο	357	100 %

Ακολουθεί η περιγραφή και οι διαγραμματικές απεικονίσεις των πέντε αυτών ερωτήσεων.

Επαρχία που έγινε η κλινική άσκηση

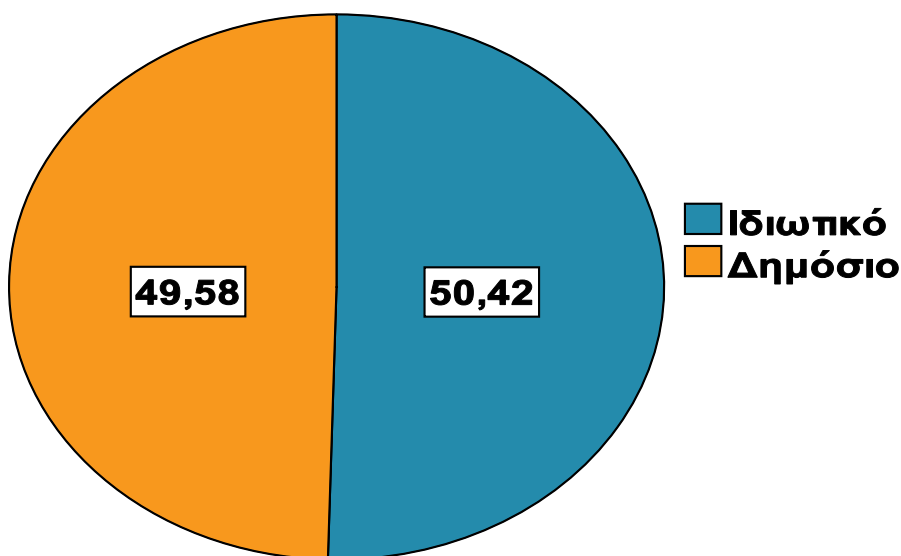
Η έρευνα διενεργήθηκε σε όλους τους δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής που σπούδαζαν σε ένα από τα 4 πανεπιστήμια που προσφέρουν πτυχιακά προγράμματα νοσηλευτικής. Το 61,6% αντιστοιχούσε σε άτομα που έκαναν την κλινική τους πρακτική στην επαρχία Λευκωσίας και 21% στην επαρχία Λεμεσού. Το υπόλοιπο 17,4% αντιπροσωπεύτηκε από φοιτητές που έκαναν πρακτική στη Λάρνακα, Πάφο και Αμμόχωστο (διάγραμμα 1).



Διάγραμμα 1: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών κατά Επαρχία που έγινε η κλινική τοποθέτηση (Er2)

Νομική Μορφή του Πανεπιστημίου

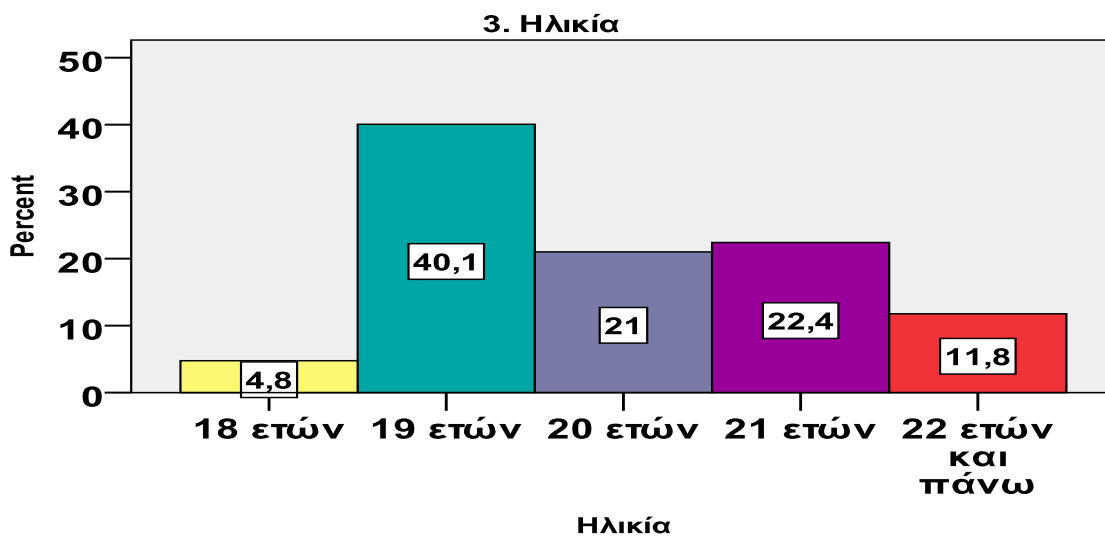
Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής που προέρχονταν από ιδιωτικό Πανεπιστήμιο και δημόσιο. Τα δυο είδη Πανεπιστημίων αντιπροσωπεύθηκαν σχεδόν στον ίδιο βαθμό (διάγραμμα 2). Το 49,58% αντιπροσώπευε το δημόσιο Πανεπιστήμιο, ενώ το υπόλοιπο 50,42% προέρχεται από τα 3 ιδιωτικά Πανεπιστήμια.



Διάγραμμα 2: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών ανάλογα με τη νομική μορφή του Πανεπιστημίου (Ερ.2)

Ηλικία

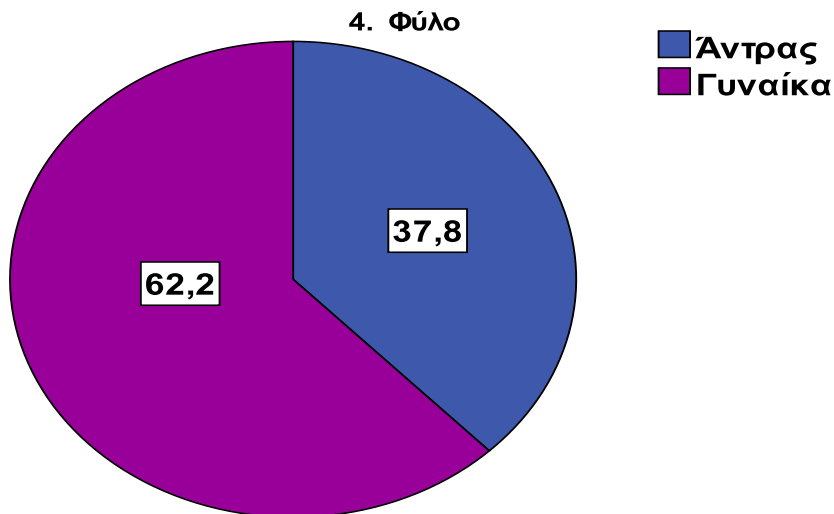
Λόγω του ότι η έρευνα διεξάχθηκε αποκλειστικά σε δευτεροετείς φοιτητές, οι ηλικιακές κατηγορίες είναι ιδιαίτερα στενές. Όπως είναι αναμενόμενο, η ομάδα των 19 ετών έχει τη μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες και ανέρχεται στο 40,1%. Δύο στους δέκα νοσηλευτές είναι 20 ετών και ισάριθμοι είναι αυτοί που είναι 21 ετών (διάγραμμα 3).



Διάγραμμα 3: Ποσοστιαία κατανομή της ηλικίας των συμμετεχόντων (Ερ4)

Κατανομή φύλου

Το 62,2% των φοιτητών που συμμετείχε στην έρευνα ήταν γυναίκες και το υπόλοιπο 37,8% άνδρες (Διάγραμμα 4)

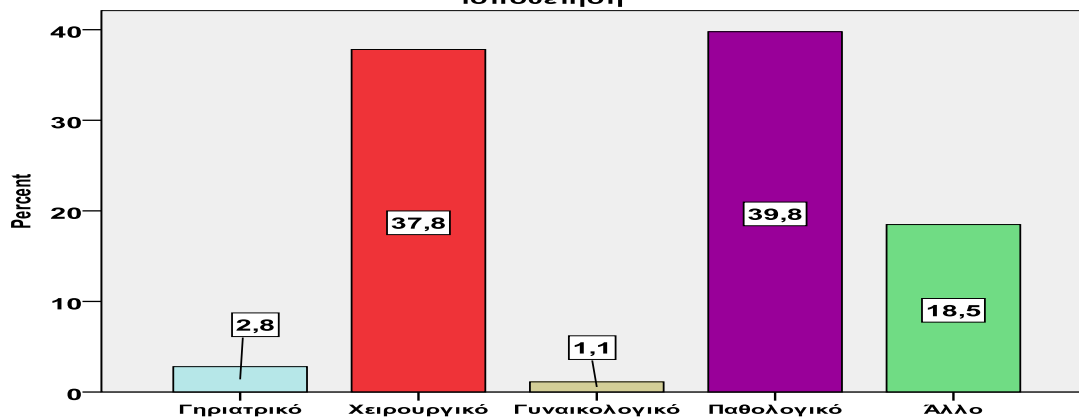


Διάγραμμα 4: Ποσοστιαία κατανομή των φοιτητών κατά φύλο (Ερ4)

Τύπος νοσηλευτικού τμήματος

Τα δύο τμήματα με τα μεγαλύτερα ποσοστά αντιστοιχούν στο Χειρουργικό και στο Παθολογικό με ποσοστά 37,8% και 39,8% αντίστοιχα. Μόνο τέσσερα άτομα στα εκατό δήλωσαν ότι η κλινική άσκηση γινόταν είτε στο Γηριατρικό είτε στο Γυναικολογικό (Διάγραμμα, 5).

6. Τύπος της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία είχατε την τελευταία σας κλινική τοποθέτηση

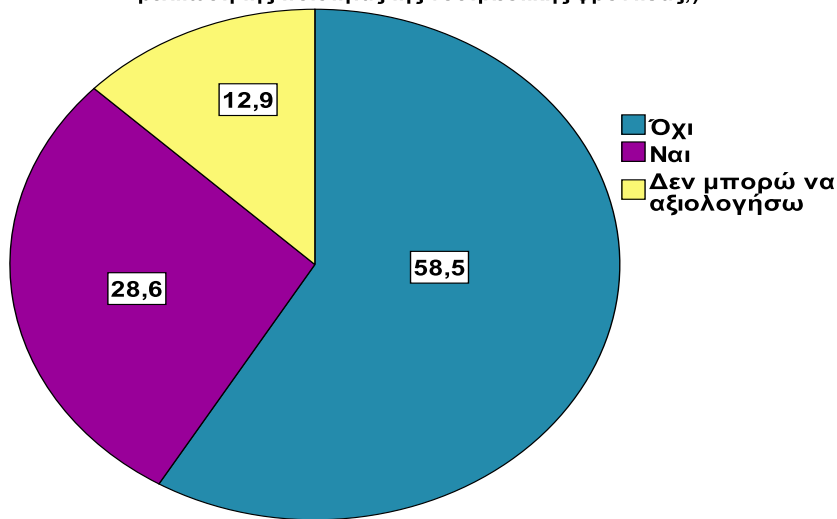


Διάγραμμα 5: Ποσοστιαία κατανομή του τύπου νοσηλευτικής μονάδας κατά την τελευταία κλινική τοποθέτηση (Ερ6)

Αλλαγές που έγιναν κατά την κλινική τοποθέτηση

Σχεδόν το 60% των φοιτητών δήλωσε ότι δεν παρατήρησαν οποιαδήποτε αλλαγή κατά την τοποθέτηση τους και 13% δεν μπορούν να αξιολογήσουν. Μόνο το 28,6% των φοιτητών έχει διακρίνει βελτιωτικές αλλαγές κατά την τοποθέτηση τους (διάγραμμα 6).

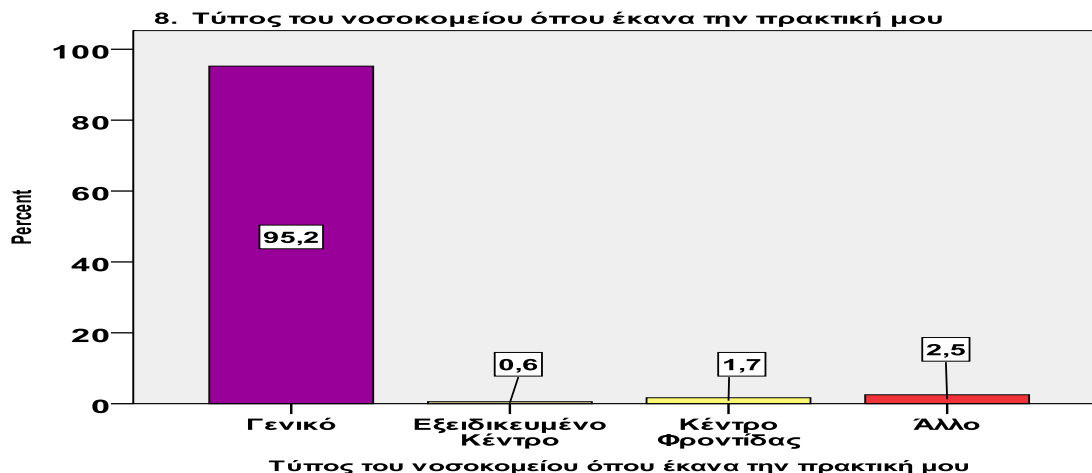
7. Έγιναν καθόλου αλλαγές κατά την τοποθέτησή σας; (για παράδειγμα για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας;)



Διάγραμμα 6 : Ποσοστιαία κατανομή αλλαγών που παρατηρήθηκαν κατά την κλινική τοποθέτηση (Ερ.7)

Ο τύπος του νοσοκομείου

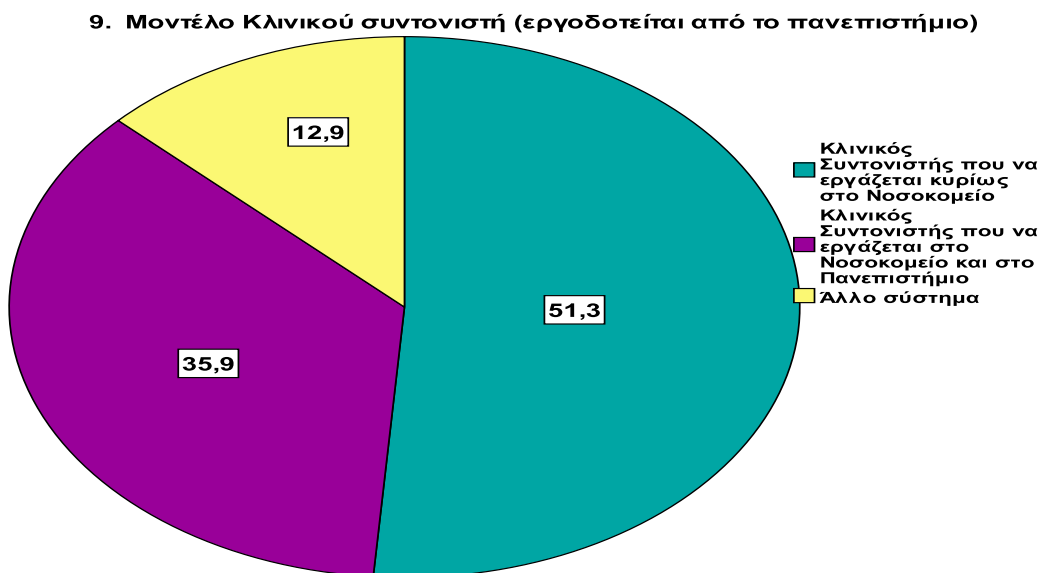
Η απόλυτη πλειοψηφία δήλωσε ότι η πρακτική του έγινε στο Γενικό Νοσοκομείο και ανέρχεται το 95,2%. Συνολικά, μόνο το 4,8% των νοσηλευτών, δηλαδή 17 άτομα έκαναν την πρακτική τους εκτός του γενικού νοσοκομείου και πιο συγκεκριμένα είτε σ' ένα εξειδικευμένο κέντρο, είτε σ' ένα κέντρο φροντίδας είτε σε κάποια άλλη μονάδα (Διάγραμμα, 7).



Διάγραμμα 7: Ποσοστιαία κατανομή του τύπου νοσοκομείου που έγινε η κλινική άσκηση (Ερ.8)

Μοντέλο Κλινικού Συντονιστή

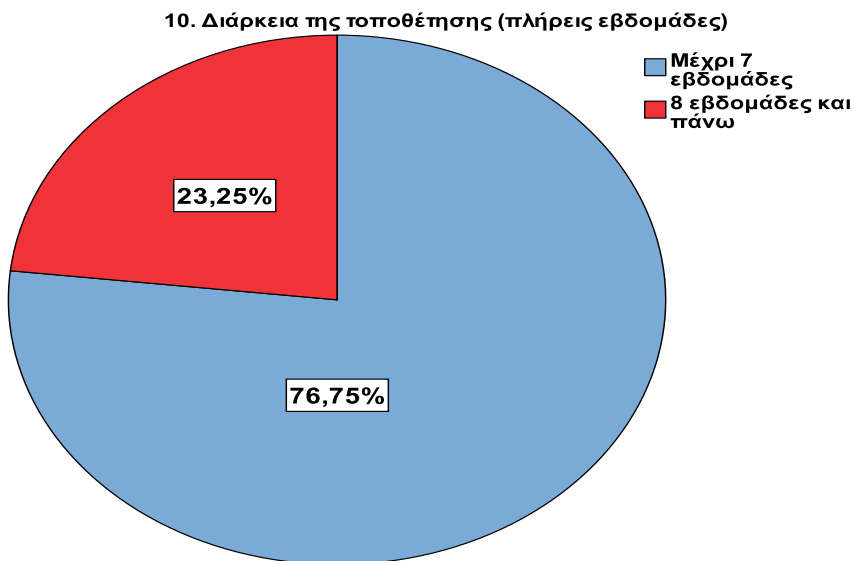
Περισσότεροι από τους μισούς κλινικούς συντονιστές ποσοστό 51,3%, εργάζονται κυρίως στο Νοσοκομείο, ενώ το 35,9% του συνόλου είναι κλινικοί συντονιστές που εργάζονται τόσο στο Νοσοκομείο όσο και στο Πανεπιστήμιο (διάγραμμα, 8).



Διάγραμμα 8: Ποσοστιαία κατανομή μοντέλου κλινικού συντονιστή (Ερ.9)

Διάρκεια κλινικής τοποθέτησης

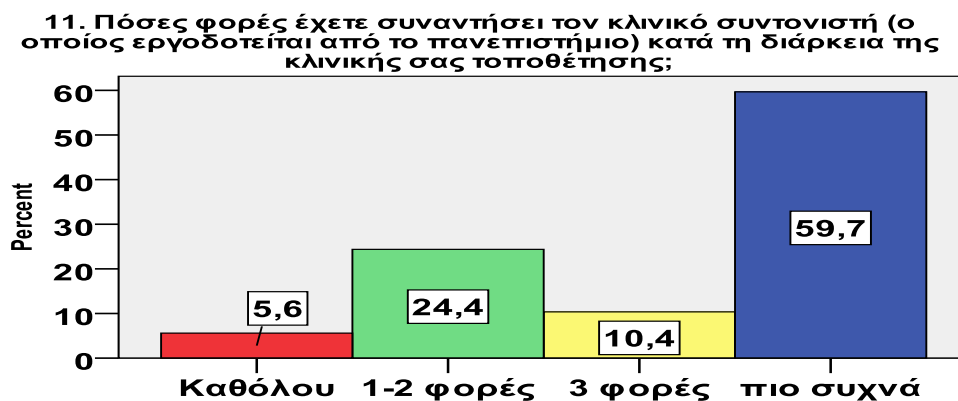
Για τους περισσότερους φοιτητές (76,8%), η τοποθέτηση διήρκησε μέχρι επτά εβδομάδες, ενώ μόνο δύο στους δέκα τοποθετήθηκαν σε μονάδα για 8 ή και περισσότερες εβδομάδες (Διάγραμμα 9).



Διάγραμμα 9: Ποσοστιαία κατανομή διάρκειας κλινικής τοποθέτησης (Ερ. 10)

Η συχνότητα συνάντησης φοιτητή- κλινικού συντονιστή

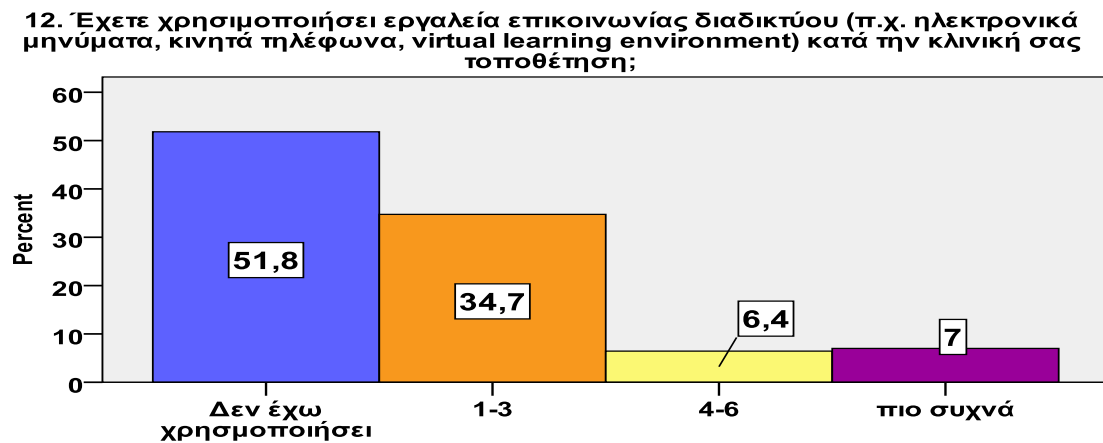
Η μεγάλη πλειοψηφία των φοιτητών (59,7%) έχει δηλώσει ότι έχει συναντήσει περισσότερες από 3 φορές τον κλινικό συντονιστή κατά τη διάρκεια της κλινικής τοποθέτησης (διαγραμμα,10).



Διάγραμμα 10: Ποσοστιαία κατανομή των συναντήσεων φοιτητή με τον κλινικό συντονιστή (Ερ.11)

Χρήση Εργαλείων επικοινωνίας διαδικτύου

Περίπου το μισό δείγμα νοσηλευτών (51,8%), δήλωσε ότι δε χρησιμοποίησε ποτέ κανένα εργαλείο επικοινωνίας διαδικτύου κατά την κλινική του τοποθέτηση π.χ. ηλεκτρονικά μηνύματα, κινητά τηλέφωνα. Μόνο το 34,7% χρησιμοποίησαν τα πιο πάνω μέσα 1-3 φορές κατά τη διάρκεια της κλινικής τους τοποθέτησης. Ενώ μόνο το 13,4% έχει έρθει σε επαφή με τα διαδικτυακά εργαλεία επικοινωνίας για περισσότερες από 4 φορές καθ' όλη τη διάρκεια της κλινικής τοποθέτησης (Διάγραμμα, 11).



Διάγραμμα 11: Ποσοστιαία κατανομή χρήσης εργαλείων επικοινωνία (Ερ.12).

2.3. Αποτελέσματα εργαλείου CLES-T

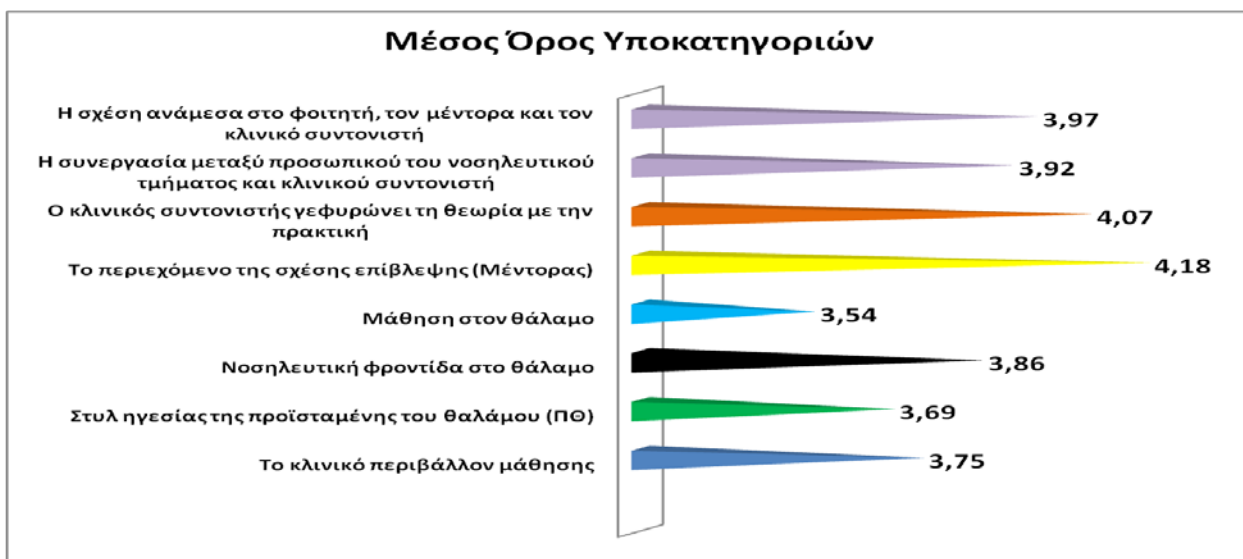
Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε όσον αφορά την αξιοπιστία του με τον συντελεστή Cronbach's Alfa. Ο συντελεστής Cronbach's Alfa του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου στην έρευνα αυτή ανέρχεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα και είναι ίσο με 0,95.

Πίνακας 2: Αξιοπιστία εργαλείου CLES-T

Cronbach's Alfa	Αριθμός ερωτήσεων
0,957	34

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 34 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε 6 μεγάλες υποκατηγορίες. Οι υποκατηγορίες αντιπροσωπεύονται κάθε φορά από 4-9 διαφορετικές ερωτήσεις που ελέγχουν διάφορες πτυχές της υποκατηγορίας. Οι ερωτήσεις έχουν πάντοτε θετικό μήνυμα, δηλαδή ποικίλουν στο νόημα τους και δεν εκφράζουν αρνητικές έννοιες. Οι φοιτητές κλήθηκαν να δηλώσουν τα επίπεδα συμφωνίας/διαφωνίας τους σε μια κλίμακα Likert 5 βαθμίδων. Όλες οι απαντήσεις κυμαίνονται από το 1 μέχρι το 5 (1=Διαφωνώ πλήρως-5=Συμφωνώ πλήρως). Για κάθε υποκατηγορία υπολογίστηκε και η αντίστοιχη τιμή Cronbach's Alfa για σκοπούς αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων (Πίνακας 3,διάγραμμα 12).

Το ψηλότερο μέσο όρο (ΜΟ) συγκέντρωσε η υποκατηγορία «περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης» η οποία είχε και μία σχετικά μικρή τυπική απόκλιση ($4,18 \pm 0,98$). Δεύτερη στη σειρά έρχεται η υποκατηγορία που αφορά τις διατυπώσεις που σχετίζονται με το γεγονός ότι ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική με ΜΟ 4,07 και τυπική απόκλιση 1,04. Ο μικρότερος ΜΟ αντιστοιχεί στα επίπεδα μάθησης στο θάλαμο όπου με ΜΟ 3,54 και τυπική απόκλιση 0,95, οι φοιτητές παρουσιάζονται να έχουν μια τάση προ τη συμφωνία και να είναι συσπειρωμένες οι απαντήσεις. Η μεγαλύτερη τυπική απόκλιση εμφανίζεται στη συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος και κλινικού συντονιστή με 1,13 και μέση τιμή 3,92.



Διάγραμμα12:Μέσος όρος βαθμού συμφωνίας (κλίμακα 1-5) των υποκατηγοριών

Πίνακας 3: Μέσος όρος ,τυπική απόκλιση κάθε υποκατηγορίας και το Cronbach's Alpha

Ακολουθεί η παρουσίαση των ποσοστιαίων αποτελεσμάτων των υποκατηγοριών σε διαγράμματα με βάση τη 5βαθμή κλίμακα Likert. Τα αποτελέσματα συζητούνται σε κείμενο, ωστόσο μόνο για σκοπούς συζήτησης και ευκολότερης περιγραφής των αποτελεσμάτων, οι 5 βαθμίδες συγχωνεύονται σε τρεις βαθμίδες. Συγκεκριμένα τα αποτελέσματα των βαθμίδων 1 και 2 (διαφωνώ πλήρως, διαφωνώ μερικώς) συγχωνεύτηκαν και παρουσιάζονται ως αρνητική

στάση. Της μέσης βαθμίδας 3 (ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ) ως ουδέτερη και των βαθμίδων 4 και 5 (συμφωνώ μερικώς και συμφωνώ πλήρως) ως θετική στάση.

2.3.1. Υποκατηγορία «Κλινικό περιβάλλον Μάθησης»

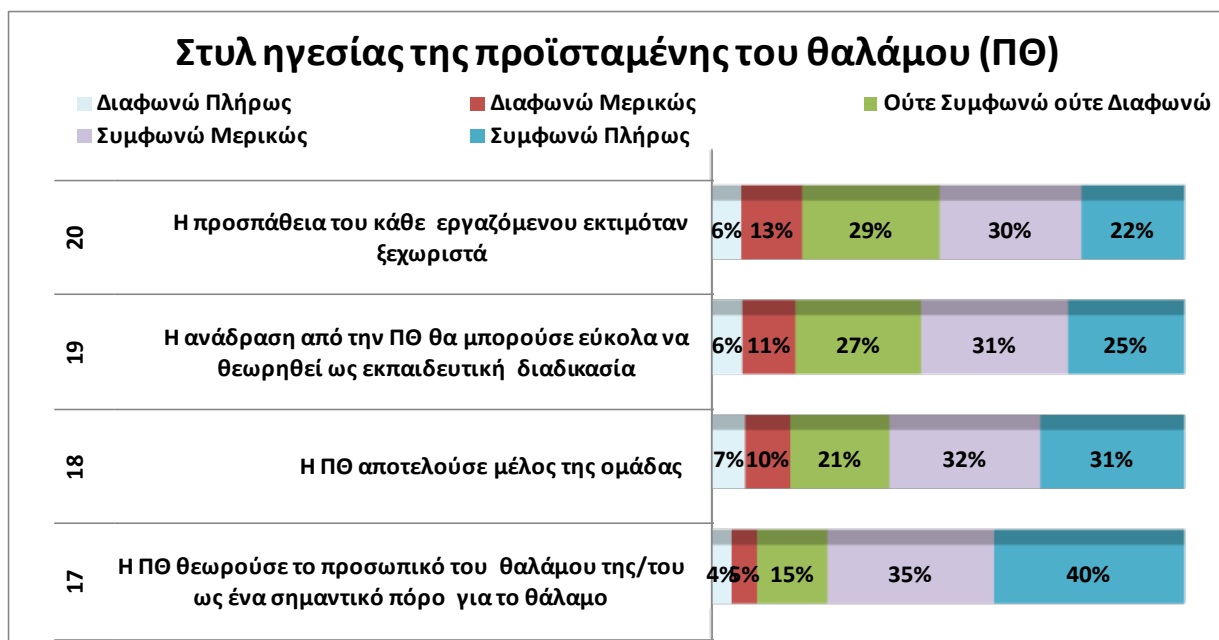
Περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις. Μόνο δύο στους δέκα κάθε φορά απαντούσαν ουδέτερα στις ερωτήσεις που συνέθεσαν την υποκατηγορία Κλινικό Περιβάλλον Μάθησης. Το 64% δήλωσε ότι το προσωπικό ήταν εύκολο να προσεγγιστεί, το 65% ότι υπήρχε θετική ατμόσφαιρα στο θάλαμο κατά τη διάρκεια των συναντήσεων και το 49% ότι αισθανόταν άνετα στις συζητήσεις που γίνονταν κατά τη διάρκεια των συναντήσεων του προσωπικού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών συμφώνησε με το γεγονός ότι αισθάνονταν άνετα να επισκέπτεται το θάλαμο κατά την έναρξη της βάρδιας, αφού οι απαντήσεις «συμφωνώ μερικώς» 31% και «συμφωνώ πλήρως» 44% συγκέντρωσαν μαζί 75% ,δηλαδή παρουσίαζαν θετική στάση (Διάγραμμα,13).



Διάγραμμα 13: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας «κλινικό περιβάλλον μάθησης».

2.3.2. Υποκατηγορία «Στυλ Ηγεσίας της προϊστάμενης»

Αποτελείται από 4 ερωτήματα. Έξι των φοιτητών (75%) εκτιμά ότι η προϊστάμενη Θαλάμου (ΠΘ) θεωρούσε το προσωπικό θαλάμου ως ένα σημαντικό πόρο για το θάλαμο και μόνο 9% διαφώνησε με αυτή τη διατύπωση. Έξι στους δέκα (63%) θεωρούν την ΠΘ ως μέλος της ομάδας. Λίγο περισσότερο από τους μισούς συμφώνησαν με το γεγονός ότι η ανάδραση της ΠΘ ήταν μια εκπαιδευτική διαδικασία (56%) και ότι η προσπάθεια του κάθε εργαζομένου εκτιμιόταν ξεχωριστά (52%). Και πάλι περίπου 2-3 άτομα στα δέκα κράτησαν ουδέτερη στάση στις ερωτήσεις της συγκεκριμένης υποκατηγορίας (Διάγραμμα 14).



Διάγραμμα 14: Ποσοστιαία κατανομή των ερωτήσεων της υποκατηγορίας «Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης».

2.3.3. Υποκατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα στο Θάλαμο»

Περιλαμβάνει 4 ερωτήματα. Σε όλες της ερωτήσεις της υποκατηγορίας νοσηλευτικής φροντίδας στο θάλαμο, 7 στους δέκα ερωτώμενους απάντησαν ότι συμφωνούν μερικώς και συμφωνούν πλήρως (Διάγραμμα, 15). Το πιο ψηλό ποσοστό συμφωνίας είχε η ερώτηση 21 η νοσηλευτική φιλοσοφία του θαλάμου ήταν καθορισμένη ξεκάθαρα με 73% να δείχνουν θετική στάση (συμφωνώ μερικώς 37% συμφωνώ πλήρως 31%).

Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο

	Διαφωνώ Πλήρως Συμφωνώ Μερικώς	Διαφωνώ Μερικώς Συμφωνώ Πλήρως	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	
24	Η τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. νοσηλευτικό σχέδιο, καθημερινή καταγραφή των νοσηλευτικών διαδικασιών κ.λ.π) ήταν ξεκάθαρη	38% 17%	37%	36%
23	Δεν υπήρχαν προβλήματα στη ροή πληροφοριών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών	38% 25%	37%	27%
22	Οι ασθενείς λάμβαναν εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα	56% 20%	36%	33%
21	Η νοσηλευτική φιλοσοφία του θαλάμου ήταν καθορισμένη ξεκάθαρα	24% 19%	37%	31%

Διάγραμμα 15: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας «Νοσηλευτική Φροντίδα στο Θάλαμο».

2.3.4. Υποκατηγορία «Μάθηση στο Θάλαμο»

Περιλαμβάνει 7 ερωτήματα. Η υποκατηγορία παρουσίασε τα χαμηλότερα ποσοστά συμφωνίας από όλα τα ερωτήματα. Το χαμηλότερο ποσοστό των φοιτητών που παρουσίασαν συμφωνία δηλαδή παρουσίασαν μία αρνητική στάση ήταν στην 27η ερώτηση με 36%, όπου το δείγμα φαίνεται να διχάστηκε και δε φάνηκε συσπειρωμένο όσον αφορά στη δήλωση « το προσωπικό γνώριζε τον κάθε φοιτητή με το όνομα του». Τη ψηλότερη συμφωνία παρουσίασαν τα ερωτήματα 25 και 30 με ποσοστά 68% και 63% αντίστοιχα (Διάγραμμα 16).

Μάθηση στον θάλαμο

		Διαφωνώ Πλήρως	Διαφωνώ Μερικώς	Ούτε Συμφωνώ ούτε Διαφωνώ	Συμφωνώ Μερικώς	Συμφωνώ Πλήρως
30	Ο θάλαμος μπορεί να θεωρηθεί ως καλό μαθησιακό περιβάλλον	5%	8%	13%	29%	44%
29	Οι μαθησιακές συνθήκες ήταν πολυδιάστατες όσον αφορά στο περιεχόμενό τους	7%	10%	24%	35%	24%
28	Υπήρχαν επαρκείς σημαντικές εκπαιδευτικές καταστάσεις στο θάλαμο.	8%	12%	25%	32%	22%
27	Το προσωπικό γνώριζε τον κάθε φοιτητή με το όνομά του.	25%	16%	23%	20%	16%
26	Γενικά το προσωπικό ενδιαφερόταν για την επίβλεψη των φοιτητών	9%	15%	25%	28%	23%
25	Η βασική κατατόπιση ήταν καλά οργανωμένη	2%	8%	23%	34%	34%

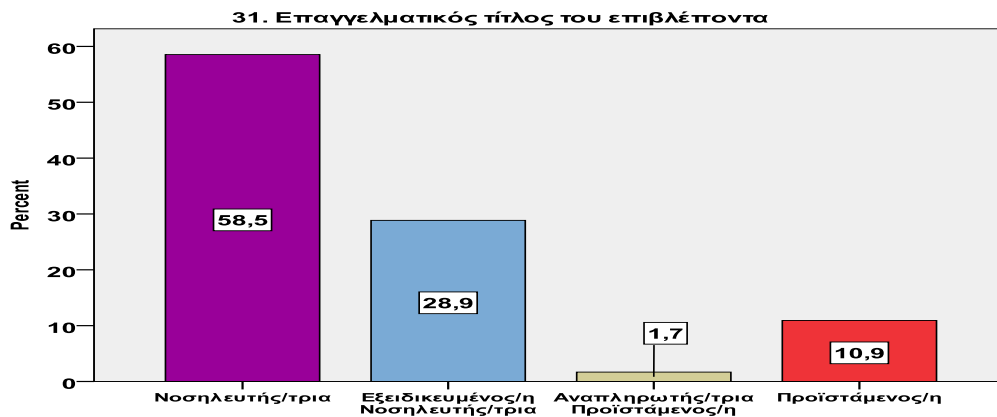
Διάγραμμα 16: Ποσοστιαία κατανομή των ερωτημάτων της υποκατηγορίας «μάθηση στο θάλαμο»

2.3.5 Υποκατηγορία «Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (μέντορα)»

Στα ερωτήματα της υποκατηγορίας «Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης» προηγούνται ερωτήματα που διευκρινίζουν κάποια χαρακτηριστικά του επιβλέποντα/επίβλεψης όπως ο επαγγελματικός τίτλος του επιβλέποντα, η συχνότητα επίβλεψης και εξατομικευμένης συνάντησης.

Επαγγελματικός τίτλος του επιβλέποντα

Οι περισσότεροι φοιτητές είχαν επιβλέποντα νοσηλεύτη/τρια (58,5%) και 28,9% είχαν εξειδικευμένο/η νοσηλεύτη/τρια. Μόνο 1,7% δήλωσε ότι είχε επιβλέποντα αναπληρωτή/τρια προϊστάμενο/η και 10,8% προϊστάμενο (Διάγραμμα 16).

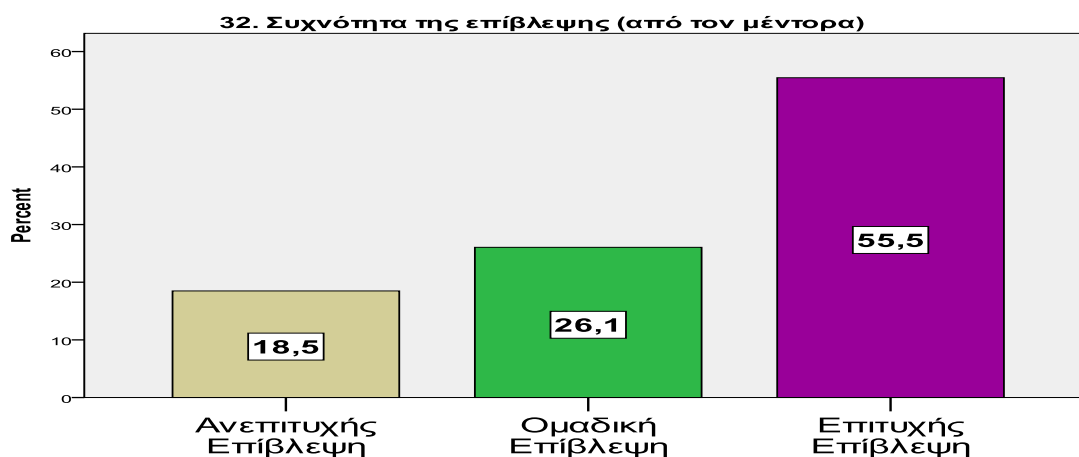


Διάγραμμα 16: Ποσοστιαία κατανομή του επαγγελματικού τίτλου του επιβλέποντα (Ερ.31)

Συχνότητα επίβλεψης

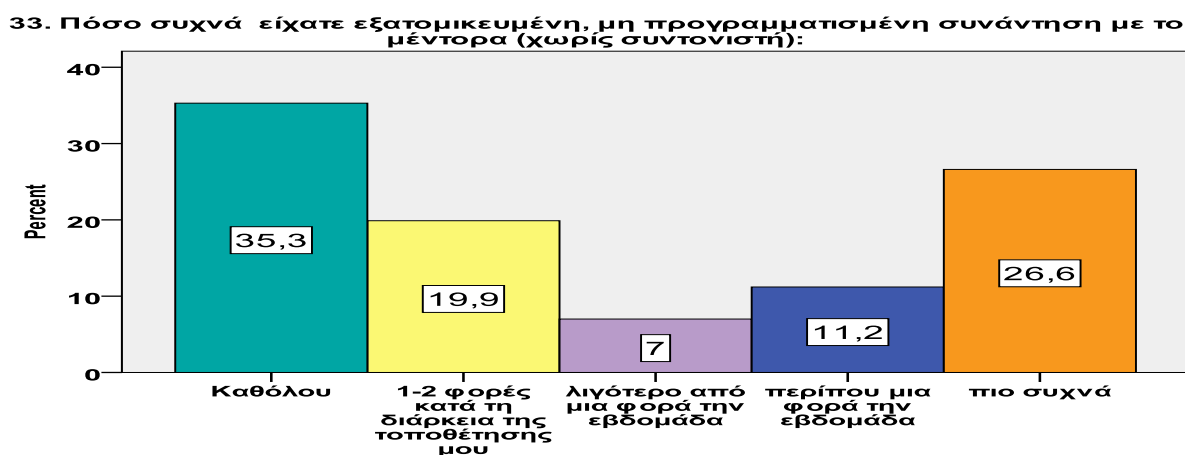
Στην υποκατηγορία παρουσιάζονται 6 τύποι σχέσεων επίβλεψης με το μέντορα (ερώτημα 32). Για λόγους ανάλυσης συσχετίστηκαν σε τρεις υποκατηγορίες. Στην 1^η υποκατηγορία τα ερωτήματα 1) Δεν είχα καθόλου επίβλεψη, 2) Καθορίστηκε μέντορας αλλά η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο δεν πέτυχε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης, 3) Ο μέντορας άλλαξε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης, παρόλο που δεν ήταν προγραμματισμένη αντιπροσωπεύουν την «ανεπιτυχή επίβλεψη», τα ερωτήματα, 4) Ο μέντορας άλλαζε ανάλογα με τη βάρδια ή το χώρο τοποθέτησης, 5) Ο ίδιος μέντορας αναλάμβανε διάφορους φοιτητές και επέβλεπε ομαδικά παρά ατομικά) αντιπροσώπευαν την «ομαδική επίβλεψη» και το τελευταίο ερώτημα 6) Καθορίστηκε μέντορας και η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο πέτυχε κατά την κλινική τοποθέτηση αντιπροσώπευε την «επιτυχή επίβλεψη». Περίπου οι μισοί φοιτητές αξιολόγησαν την επίβλεψη

τους με τον μέντορα τους ως επιτυχή (55,5%) ενώ το 18,5% είχε ανεπιτυχή επίβλεψη. Το 26,1% δήλωσε ότι άλλαζε μέντορα κατά διαστήματα ή ότι οι συναντήσεις δεν γινόταν σε προσωπικό επίπεδο και έτσι δεν είχαν ατομική στήριξη (ομαδική επίβλεψη) (Διάγραμμα, 17).



Διάγραμμα 17: Ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας επίβλεψης από το μέντορα (Ερ.32)

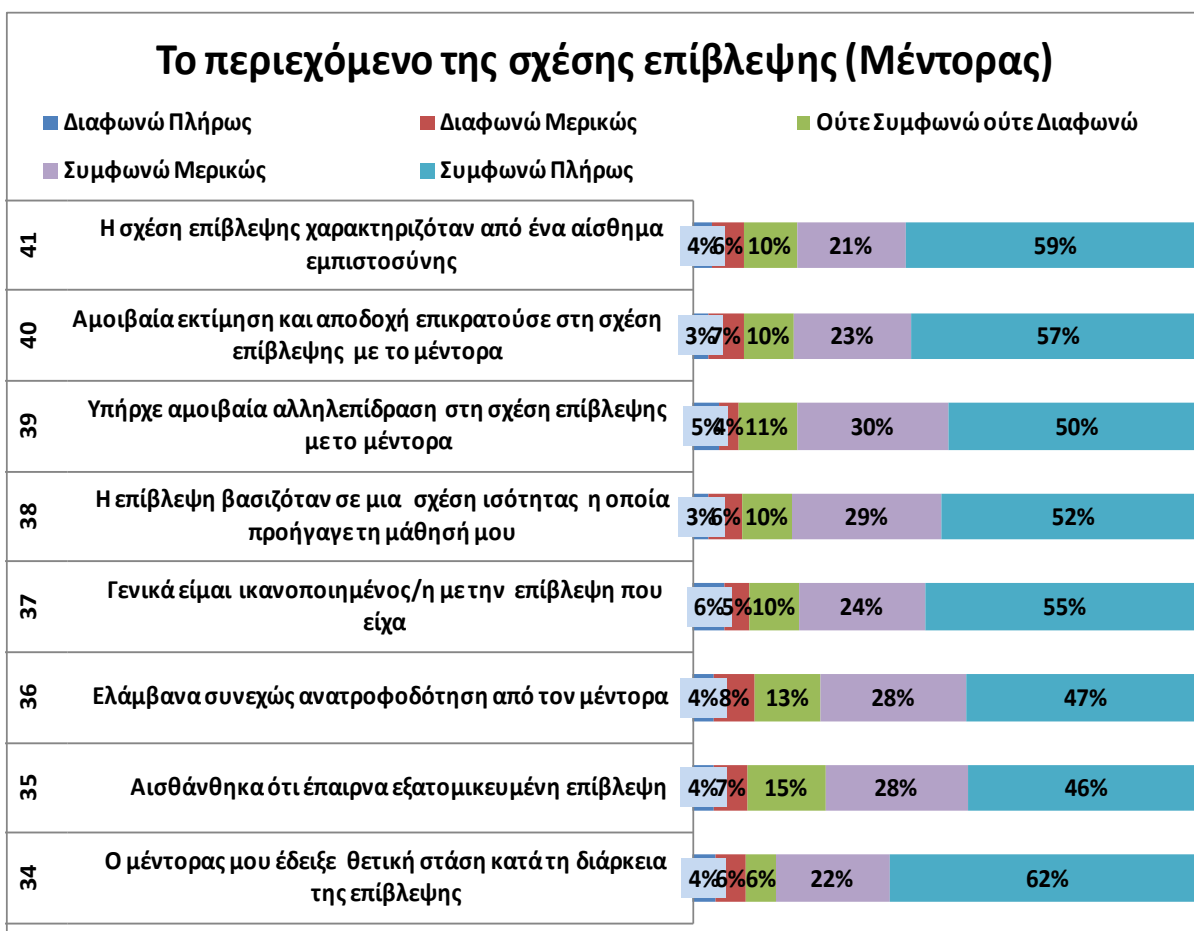
Οι απαντήσεις αναφορικά με τη συχνότητα των εξατομικευμένων μη προγραμματισμένων συναντήσεων (ερώτηση 33) καλύπτουν όλο το δοθέν εύρος. Πιο συγκεκριμένα, το 35,3% δηλώνει ότι δεν έτυχε ποτέ να συμμετέχει σε τέτοιου είδους συναντήσεις, ενώ ταυτόχρονα το 26,6% δηλώνει ότι είχε εξατομικευμένες μη προγραμματισμένες συναντήσεις με το μέντορα με συχνότητα μεγαλύτερη από μια φορά την εβδομάδα (Διάγραμμα 18).



Διάγραμμα 18: Ποσοστιαία κατανομή της συχνότητας εξατομικευμένης συνάντησης με το μέντορα (Ερ.33).

Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης

Μόνο ένας στους δέκα του δείγματος (6%-15%), κράτησε ουδέτερη στάση σε όλες τις ερωτήσεις (Ούτε Συμφωνώ, ούτε Διαφωνώ). 80% των ερωτώμενων δείχνουν να είναι ικανοποιημένοι από την επίβλεψη της οποίας έτυχαν. Επιβεβαιώνουν ότι υπήρχε αμοιβαία αλληλεπίδραση στη σχέση επίβλεψης με το μέντορα (80%) και συμφωνούν με το ότι η επίβλεψη βασιζόταν σε μια σχέση ισότητας (81%) και εμπιστοσύνης (80%). Γενικότερα παρατηρείται μια θετική στάση κατά την διάρκεια της επίβλεψης 84% η οποία προήγαγε τη μάθηση (Διάγραμμα, 19).



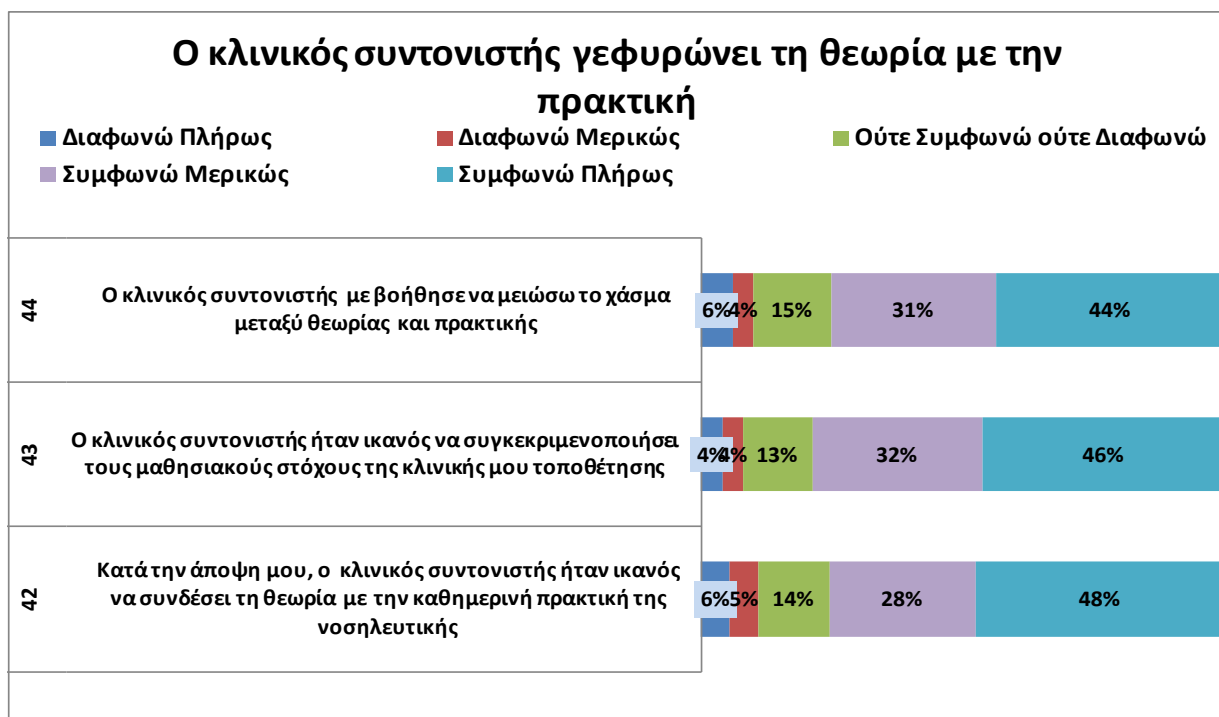
Διάγραμμα 19: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποκατηγορίας περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης.

2.3.6. Υποκατηγορία «ο Ρόλος του Κλινικού Συντονιστή»

Στη προσπάθεια διερεύνησης των απόψεων των φοιτητών σχετικά με το ρόλο του κλινικού συντονιστή η υποκατηγορία αυτή χωρίζεται σε άλλες τρεις μικρότερες υποομάδες που η καθεμία αποτελείται από 3 ερωτήματα όπως αναγράφονται στους σχετικούς πίνακες (ο ΚΣ γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική, η συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος και ΚΣ, η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, τον μέντορα και τον ΚΣ) (Διαγράμματα 20, 21, 22)

Υποομάδα 1

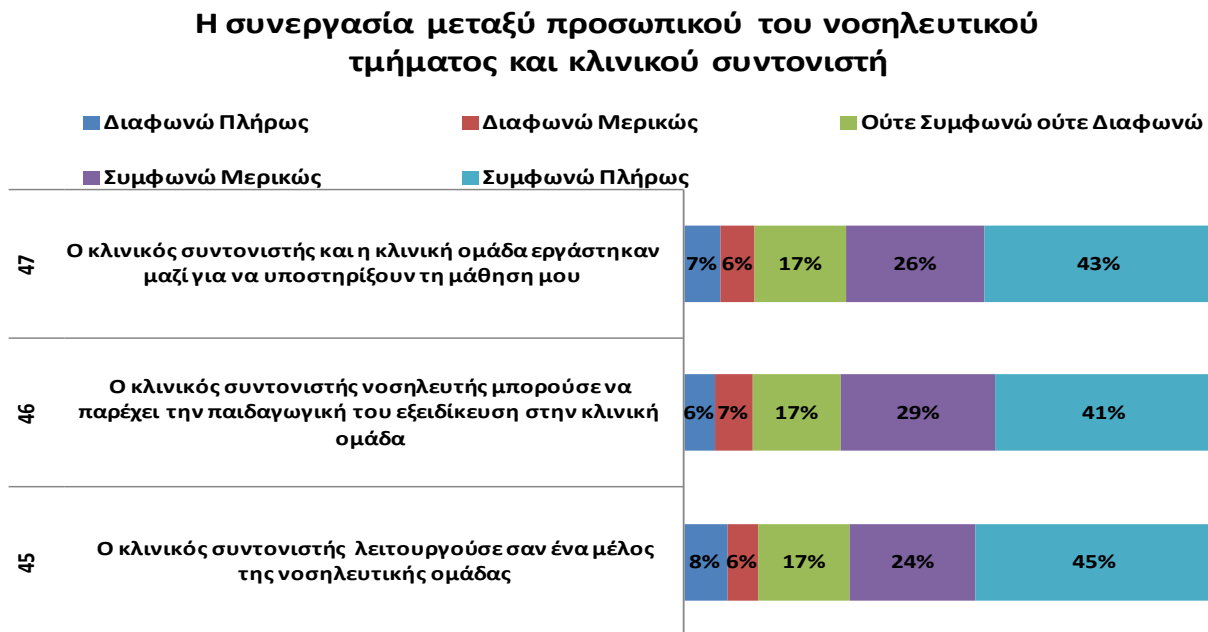
Με βάση αυτή την κατανομή το αποτέλεσμα πάνω από το 70% συμφωνεί με την ικανότητα του κλινικού συντελεστή να συνδέσει τη θεωρία με την πράξη, να συγκεκριμενοποιήσει τους μαθησιακούς στόχους της κλινικής τοποθέτησης και ήταν πολύ βοηθητικός στο να μειωθεί το χάσμα μεταξύ θεωρίας και πράξης (Διάγραμμα, 20).



Διάγραμμα 20: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 1

Υποομάδα 2

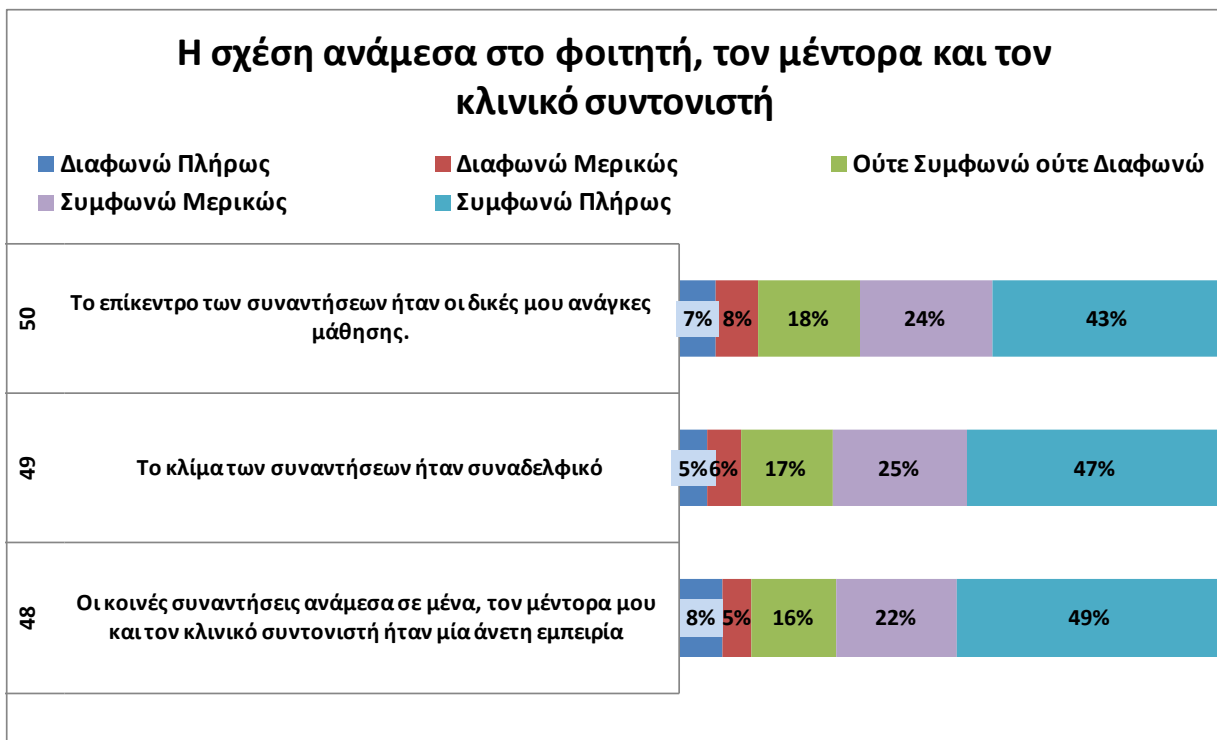
Περισσότεροι από το 60% δήλωσαν ότι ο κλινικός νοσηλευτής λειτουργούσε σαν μέλος της νοσηλευτικής ομάδας (69%), ότι ήταν σε θέση να παρέχει παιδαγωγική εξειδίκευση (70%) και ότι εργάστηκε με την κλινική ομάδα για να υποστηρίξουν τη μάθηση του φοιτητή (69%) (Διάγραμμα, 21).



Διάγραμμα 21: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 2

Υποομάδα 3

Η καλή και συναδελφική σχέση μεταξύ φοιτητή, μέντορα και κλινικού συντονιστή επιβεβαιώνεται από τις απαντήσεις που δόθηκαν στις επιμέρους ερωτήσεις της υποομάδας υπό ανάλυση. Επτά στο ιξ δέκα φοιτητές δηλώνουν ότι πέρασαν μια άνετη εμπειρία κατά τις συναντήσεις που είχαν με τους συνεργάτες τους (71%) σε ένα κλίμα συναδελφικό (72%). Επίσης, οι φοιτητές αναφέρουν ότι κατά τη διάρκεια των συναντήσεων ικανοποιούνταν οι ανάγκες μάθησης τους με τις απαντήσεις που δίνονταν είτε από το μέντορα είτε από τον κλινικό συντονιστή (67%). Σε κάθε ερώτηση διαφώνησαν λιγότεροι από δυο στους δέκα κάθε φορά (Διάγραμμα,22).



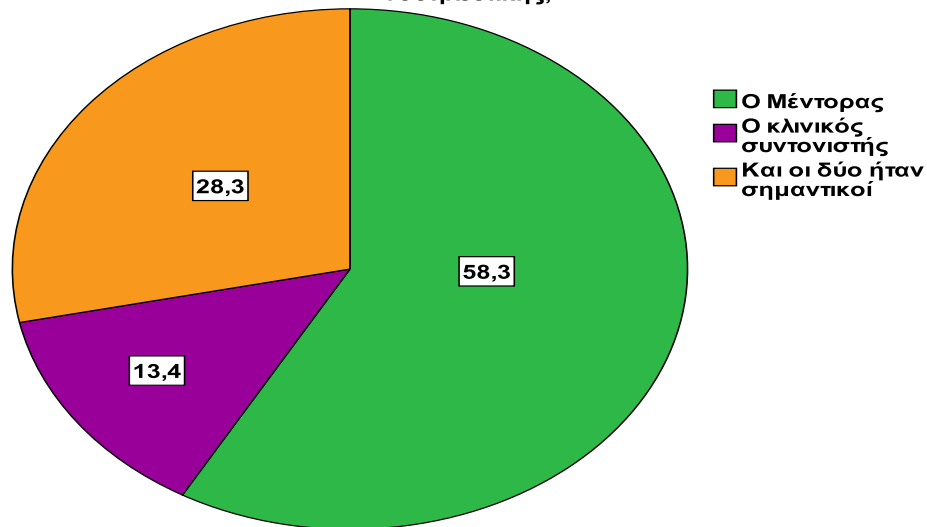
Διάγραμμα 22: Ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων της υποομάδας 3

2.4. Επιπρόσθετα ερωτήματα

2.4.1. Μέντορας ή κλινικός συντονιστής;

Όταν οι φοιτητές κλήθηκαν να αξιολογήσουν τη σημασία και συμβολή των δυο θεσμών (μέντορα και κλινικού συντονιστή), οι απαντήσεις που δόθηκαν έδειξαν στην πλειοψηφία τους το μέντορα (58,3%). Ο κλινικός συντονιστής από μόνος του συγκέντρωσε μόνο 13,4% ενώ και οι δυο μαζί 28,3% (Διάγραμμα, 23)

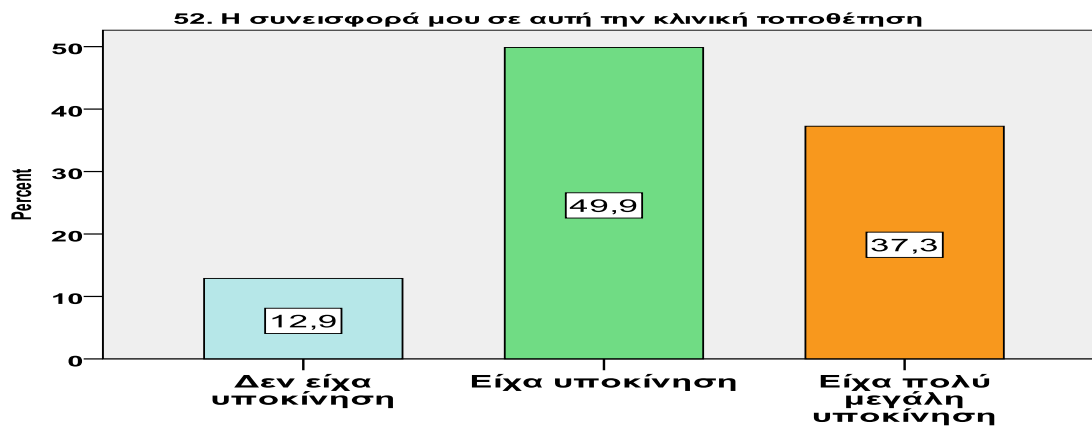
51. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποιο ήταν το σημαντικότερο άτομο που σας βοήθησε να κατανοήσετε καλύτερα τις βασικές έννοιες και την πρακτική της νοσηλευτικής;



Διάγραμμα 23: Ποσοστιαία κατανομή ως προς το ποιο άτομο ήταν σημαντικό στην κλινική τοποθέτηση (Ερ.51).

2.4.2 Η συνεισφορά του φοιτητή σε αυτή την κλινική τοποθέτηση

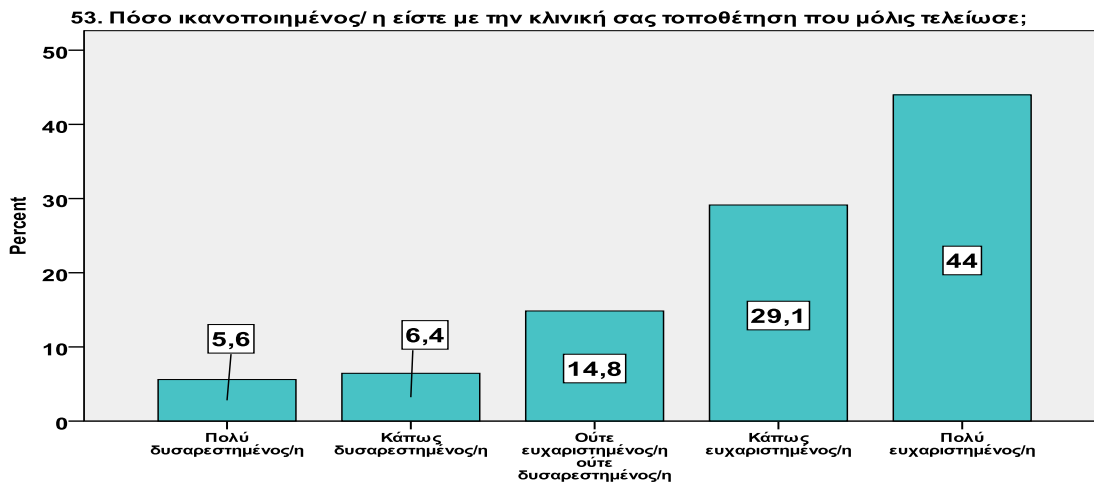
Θετικές ήταν στην απόλυτη τους πλειοψηφία οι απαντήσεις που δόθηκαν για τη συνεισφορά των φοιτητών στη δεδομένη κλινική τους τοποθέτηση. Το 87,1% δήλωσε ότι είχε υποκίνηση με το 37,3% να δίνει πιο πολύ έμφαση λέγοντας ότι είχε πολύ μεγάλη υποκίνηση. Μόνο το 12,9% παρουσιάζεται δυσαρεστημένο με τα επίπεδα υποκίνησης τα οποία βίωσε (Διάγραμμα 24).



Διάγραμμα 24: Ποσοστιαία κατανομή της υποκίνησης (Ερ.52)

2.4.3. Πόσο ικανοποιημένοι είστε με την κλινική σας τοποθέτηση;

Και πάλι τα επίπεδα ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση των φοιτητών στην πλειοψηφία τους είναι πολύ ψηλά. Πιο συγκεκριμένα, το 29,1% δηλώνει ότι είναι κάπως ευχαριστημένο ενώ το 44% είναι πολύ ευχαριστημένο. Υπάρχουν όμως και μικρά ποσοστά δυσαρέσκειας, αφού το 5,6% δήλωσε ότι είναι πολύ δυσαρεστημένο και το 6,4% ότι είναι κάπως δυσαρεστημένο (Διάγραμμα 25). Ο ΜΟ της αξιολόγησης στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένος είστε με την κλινική σας τοποθέτηση ήταν 3,99 με τυπική απόκλιση 1,16 (πίνακας, 4).



Διάγραμμα 25 : Ποσοστιαία κατανομή της ικανοποίησης (κλίμακα 1-5) των φοιτητών (Ερ.53).

Πίνακας 4: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση της ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση (Ερ.53).

	N	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Πόσο ικανοποιημένος /η είστε με την κλινική σας τοποθέτηση μόλις τελείωσε;	357	3,99	1,164

2.5 Συσχετίσεις Μεταξύ των Υποκατηγοριών

2.5.1. Συσχέτιση μεταξύ των 6 υποκατηγοριών

Για να εξακριβωθούν οι ισχυρές και στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μέσων τιμών των υποκατηγοριών, διενεργήθηκε έλεγχος συσχετίσεων, με το συντελεστή συσχέτισης Pearson Correlation r σε επίπεδο σημαντικότητας 95%. Όλες οι πιο κάτω συσχετίσεις έχουν $p\text{-value} < 0,001$ με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζονται όλες στατιστικά σημαντικές. Ο πίνακας συσχετίσεων χαρακτηρίζεται ως ένας διαγώνιος πίνακας αφού η διαγώνιος του αποτελείται από το συντελεστή συσχέτισης 1 που αντιστοιχεί στη συσχέτιση των ερωτήσεων με τον εαυτό τους (Πίνακας, 5).

Οι απόψεις για τη «νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο» με την υποκατηγορία «μάθηση στο θάλαμο» είχαν την πιο μεγάλη συσχέτιση ($r=0,666$) από τις άλλες συσχετίσεις. Παρόμοιο συντελεστή συσχέτισης παρουσιάζει η μάθηση στο θάλαμο με το κλινικό περιβάλλον μάθησης ($r=0,615$). Χαμηλότερος αλλά στατιστικά σημαντικός είναι και ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των απόψεων επί της «μάθησης στο θάλαμο» και του «στυλ της ηγεσίας της προϊστάμενης του θαλάμου» ($r=0,539$). Αντίστοιχα, το «κλινικό περιβάλλον μάθησης» συσχετίζεται ισχυρά, θετικά και στατιστικά σημαντικά, με τη «νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο» ($r=0,573$) και με το «στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης θαλάμου» ($r=0,585$). Επιπλέον, οι απαντήσεις που δόθηκαν στις ερωτήσεις της υποκατηγορίας «Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο» συσχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με το «στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης του θαλάμου» ($r=0,590$).

Οι υποκατηγορίες «το περιεχόμενο επίβλεψης» και ο «ρόλος του κλινικού συντονιστή» οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές αλλά έχουν μικρότερο βαθμό συσχέτισης (Pearson $r < 0,5$) με τις υποκατηγορίες κλινικό περιβάλλον μάθησης, στυλ ηγεσίας, νοσηλευτική φροντίδα. Το περιεχόμενο της επίβλεψης φαίνεται να έχει πιο ισχυρή συσχέτιση με το ρόλο του κλινικού συντονιστή ($r=0,566$) και τη μάθηση στο θάλαμο ($r=0,528$).

Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ των 6 υποκατηγοριών

		Συσχετίσεις					
		Το κλινικό περιβάλλον μάθησης	Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης του θαλάμου (ΠΘ)	Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο	Μάθηση στον θάλαμο	Το περιεχόμενο της σχέσης επιβλεψής (Μέντορας)	Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή
Το κλινικό περιβάλλον μάθησης	Pearson Correlation	1	,585**	,573**	,615**	,362**	,376**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	357	357	357	357	357	357
Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης του θαλάμου (ΠΘ)	Pearson Correlation		1	,590**	,539**	,320**	,359**
	Sig. (2-tailed)			,000	,000	,000	,000
	N		357	357	357	357	357
Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο	Pearson Correlation			1	,666**	,454**	,470**
	Sig. (2-tailed)				,000	,000	,000
	N			357	357	357	357
Μάθηση στον θάλαμο	Pearson Correlation				1	,528**	,481**
	Sig. (2-tailed)					,000	,000
	N				357	357	357
Το περιεχόμενο της σχέσης επιβλεψής (Μέντορας)	Pearson Correlation					1	,566**
	Sig. (2-tailed)						,000
	N					357	357
Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή	Pearson Correlation						1
	Sig. (2-tailed)						
	N						357

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2.5.2 Συσχέτιση των απόψεων των φοιτητών για τον κλινικό συντονιστή

Στον πίνακα αρ. 6 εμφανίζονται οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ των υποκατηγοριών που εκφράζονται οι απόψεις των φοιτητών για τον κλινικό συντονιστή. Όλες οι πιο κάτω συσχετίσεις είναι ισχυρές με τιμές που ξεπερνούν το 0,700 και στατιστικά σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα, οι απόψεις για το ρόλο του κλινικού συντονιστή συσχετίζονται ισχυρά, θετικά και στατιστικά σημαντικά με τις απόψεις για τη συνεργασία μεταξύ νοσηλευτικού προσωπικού και κλινικού συντονιστή ($r=0,748$) και με τη σχέση μεταξύ φοιτητή, μέντορα και κλινικού συντονιστή ($r=0,712$). Επίσης, οι απόψεις για τη συνεργασία μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού και του κλινικού συντονιστή προσομοιάζουν κατά 72% ($r=0,720$) με τις απόψεις για τη σχέση φοιτητή, μέντορα και κλινικού συντονιστή.

Πίνακας 6: Συσχετίσεις μεταξύ των 3 υποομάδων της υποκατηγορίας ο ρόλος του κλινικού συντονιστή

Συσχετίσεις

		Ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική	Η συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος και κλινικού συντονιστή	Η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή
Ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική	Pearson Correlation	1	,748**	,712**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	357	357	357
Η συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος και κλινικού συντονιστή	Pearson Correlation		1	,720**
	Sig. (2-tailed)			,000
	N		357	357
Η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή	Pearson Correlation			1
	Sig. (2-tailed)			
	N			357

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2.6. Έλεγχος Ισότητας Μέσων Για Περισσότερα από Δύο Δείγματα (Ανάλυση Διακύμανσης - ANOVA – Analysis Of Variance)

Ένας από τους ελέγχους ισότητας μέσων για περισσότερα από δυο δείγματα, που διενεργήθηκε και έδωσε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα, ήταν η σύγκριση των επιπέδων ικανοποίησης της τελευταίας κλινικής τοποθέτησης με τις μέσες τιμές των απαντήσεων που δόθηκαν ανά υποκατηγορία. Η ικανοποίηση αξιολογήθηκε σε 5 βάθμη κλίμακα. Όταν το sig (p-value) είναι μικρότερο από 0,05 απορρίπτεται η αρχική υπόθεση ισότητας των μέσων των δειγμάτων ($H_0: \mu_1=\mu_2=\mu_3=\dots=\mu_i$), και υπάρχει ισχυρή ένδειξη της διαφοράς μεταξύ των μέσων τουλάχιστον μεταξύ δυο δειγμάτων και θεωρείται στατιστικά σημαντικό (Μερκούρης, 2008).

2.6.1 Επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τη συχνότητα επίβλεψης

Παρατηρείται ότι υπάρχει μια ανοδική τάση του μέσου όρου της ικανοποίησης σε σχέση με τη μέθοδο επίβλεψης. Δηλαδή στην επιτυχή επίβλεψη στην οποία καθορίστηκε μέντορας και η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο πέτυχε κατά την κλινική τοποθέτηση η ικανοποίηση των φοιτητών ήταν μεγαλύτερη (πίνακας, 7).

Πίνακας 7: Συχνότητας επίβλεψης σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης (1-5 κλίμακα) των φοιτητών.

Συχνότητα της επίβλεψης (από το μέντορα)	N	Μέσος όρος ικανοποίησης	Τυπική απόκλιση
Ανεπιτυχής Επίβλεψη	66	3,14	1,300
Ομαδική Επίβλεψη	93	4,03	1,026
Επιτυχής Επίβλεψη	198	4,26	1,038
Σύνολο	357	3,99	1,16

Επειδή βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στον έλεγχο μέσων ANOVA $F=28,569$, $p\text{-value}<0,001$ όπου απορρίφθηκε η αρχική υπόθεση της ισότητας, έγινε πιο ενδελεχής έλεγχος Tukey's Post Hoc Analysis, ο οποίος καταδεικνύει ποια ακριβώς δείγματα διαφέρουν ως προς τους μέσους όρους τους (Πίνακας, 8).

Πίνακας 8: Αποτελέσματα Tukey's Post Hoc Analysis, της συχνότητας επίβλεψης από τον μέντορα σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση.

TukeyHSD

53. Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την κλινική σας τοποθέτηση που μόλις τελείωσε;

(I) 32. Συχνότητα επίβλεψης (από τον μέντορα)	(J) 32. Συχνότητα επίβλεψης (από τον μέντορα)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
					Ελάχιστο	Μέγιστο
Ανεπιτυχής Επίβλεψη	Ομαδική Επίβλεψη	-,591	,104	,000	-,84	-,35
	Επιτυχής Επίβλεψη	-,687	,092	,000	-,90	-,47
Ομαδική Επίβλεψη	Ανεπιτυχής Επίβλεψη	,591	,104	,000	,35	,84
	Επιτυχής Επίβλεψη	-,096	,081	,463	-,29	,09
Επιτυχής Επίβλεψη	Ανεπιτυχής Επίβλεψη	,687	,092	,000	,47	,90
	Ομαδική Επίβλεψη	,096	,081	,463	-,09	,29

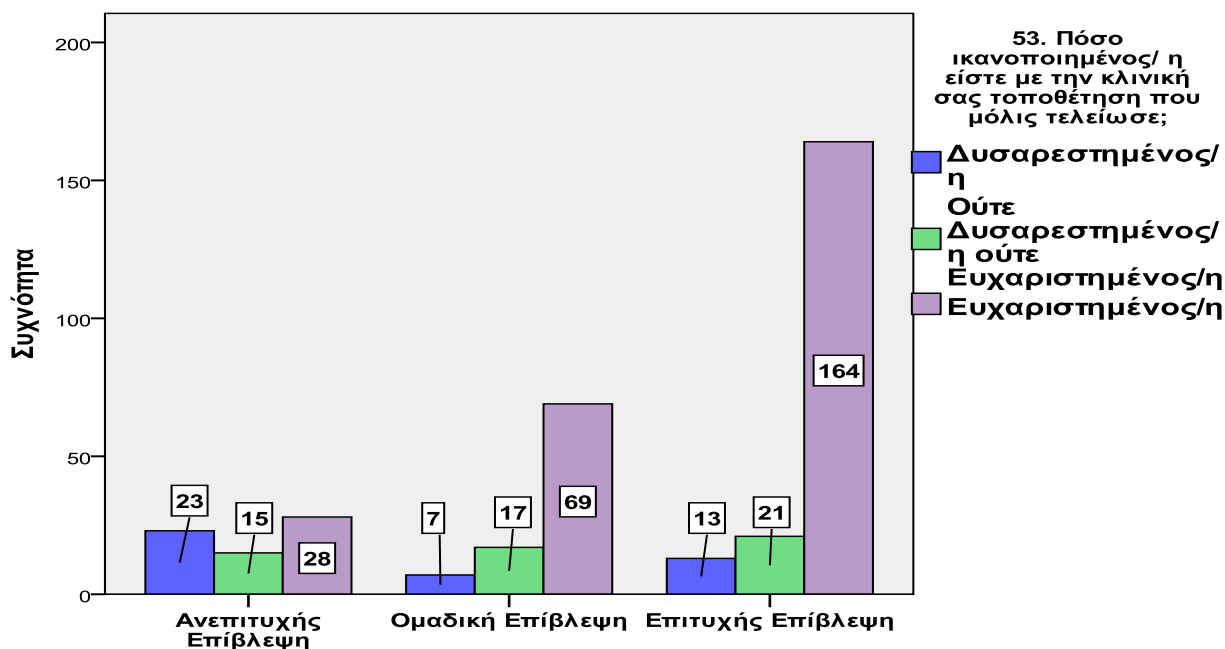
Όσοι ανέφεραν επιτυχή συχνότητα της επίβλεψης δήλωσαν πιο ικανοποιημένοι από την κλινική τους τοποθέτηση και η διαφορά ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των τριών ζευγών. Ανά ζεύγη φάνηκε στατιστική διαφορά μεταξύ της ανεπιτυχούς με την ομαδική και επιτυχή αλλά δεν παρουσιάστηκε μεταξύ ομαδικής και επιτυχούς.

Η ερώτηση 53 (*Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την τελευταία κλινική τοποθέτηση;*) επανακωδικοποιήθηκε από πέντε (Πολύ Δυσανεστημένος, Δυσανεστημένος, Ούτε Δυσανεστημένος ούτε Ευχαριστημένος, Ευχαριστημένος, Πολύ Ευχαριστημένος) σε τρεις κατηγορίες (Δυσανεστημένος, Ούτε Δυσανεστημένος ούτε Ευχαριστημένος, Ευχαριστημένος). Οι λόγοι ομαδοποίησης ήταν για λόγους συγκρισιμότητας με την βιβλιογραφία αφού έγινε η ίδια προσέγγιση μόνο για τη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 9: Συχνότητα επίβλεψης και της συνολικής ικανοποίησης των φοιτητών (ποσοστά και συχνότητες).

32. Συχνότητα της επίβλεψης (από τον μέντορα)	53. Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την κλινική σας τοποθέτηση που μόλις τελείωσε;			Σύνολο
	Ούτε Δυσανεστημένος/η ούτε Δυσανεστημένος/η Ευχαριστημένος/η			
	Δυσανεστημένος/η	Ευχαριστημένος/η	Ευχαριστημένος/η	
Ανεπιτυχής Επίβλεψη	35%(23)	23%(15)	42%(28)	100%(66)
Ομαδική Επίβλεψη	8%(7)	18%(17)	74%(69)	100%(93)
Επιτυχής Επίβλεψη	7%(13)	11%(21)	83%(164)	100%(198)
Σύνολο	12%(43)	15%(3%)	73%(261)	100%(357)

Από τον πίνακα 9 φαίνεται ότι η επιτυχής επίβλεψη είχε το ψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης και το χαμηλότερο δυσανεσκείας. Σε αντίθεση με την ανεπιτυχή που η διαφορά των δυσανεστημένων και των ευχαριστημένων δεν ήταν αρκετά μεγάλη.



Διάγραμμα 26: Συχνότητα κατανομής της ικανοποίησης (1-3 επίπεδα) σε σχέση με την επίβλεψη.

2.6.2. Επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τη συμφωνία στις 6 υποκατηγορίες

Πίνακας 10: Μέσος όρος, τυπική απόκλιση της ικανοποίησης(ικ.)(1-5 κλίμακα) ως προς το βαθμό συμφωνίας των 6 υποκατηγοριών και έλεγχος ANOVA.

	Στατιστικά στοιχεία	Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ μερικώς	Ούτε Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ	Συμφωνώ μερικώς	Συμφωνώ πλήρως	F	p-value
Κλινικό Περιβάλλον Μάθησης	% (N)	-----	5(18)	20(74)	38(136)	38(136)	19,587	,000
	Μέσος όρος Ικανοποίηση	-----	2,83	3,53	3,95	4,45		
	Τυπική Απόκλιση ικ.	-----	1,581	1,241	,938	1,039		
Στυλιγγεσίας της προϊστάμενης του θαλάμου	% (N)	0,8(3)	7(25)	18(65)	38,9(139)	35(125)	14,936	,000
	Μέσος όρος ικανοποίηση	3,67	3,00	3,40	4,09	4,40		
	Τυπική Απόκλιση ικ.	1,155	1,633	1,157	,992	1,000		
Νοσηλευτική Φροντίδα στο Θάλαμο	% (N)	0,2(1)	7(15)	18(58)	38(142)	39,5(141)	16,702	,000
	Μέσος όρος ικανοποίηση	1,00	3,07	3,45	3,85	4,49		
	Τυπική Απόκλιση ικ.	-----	1,580	1,287	1,100	,867		
Μάθηση στο Θάλαμο	% (N)	0,2(1)	8(28)	23(82)	40(142)	29(104)	31,366	,000
	Μέσος όρος ικανοποίηση	1,00	2,86	3,40	4,06	4,70		
	Τυπική Απόκλιση ικ.		1,433	1,153	,998	,709		
Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (Μέντορας)	% (N)	1(4)	4(14)	10(35)	19(69)	66(235)	24,158	,000
	Μέσος όρος ικανοποίηση	2,00	2,71	3,06	3,68	4,34		
	Τυπική Απόκλιση ικ.	,816	1,637	1,110	1,036	,984		
Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή	% (N)	3(12)	5(17)	15,5(56)	28(100)	48(172)	14,203	,000
	Μέσος όρος ικανοποίηση	2,00	2,71	3,06	3,68	4,34		
	Τυπική Απόκλιση ικ.	,819	1,637	1,110	1,036	,984		

2.6.2.1 Επίπεδα Ικανοποίησης από το κλινικό περιβάλλον μάθησης

Τα επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με το κλινικό περιβάλλον μάθησης, σε κλίμακα 1-5, κυμάνθηκαν από 2,83 μέχρι 4,45. Τη μικρότερη διακύμανση ικανοποίησης είχαν αυτοί που συμφωνούσαν μερικώς με το κλινικό περιβάλλον μάθησης (0,938). Οι μέσοι όροι των απαντήσεων των φοιτητών αναλόγως της ικανοποίησης τους είναι σχετικά κοντά μεταξύ τους και παρατηρείται μια αυξητική τάση ικανοποίησης ως προς την κλίμακα συμφωνίας. Δηλαδή όσο μεγαλύτερος ο βαθμός συμφωνίας με το ΚΠΜ τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίηση από την κλινική τοποθέτηση. Από το έλεγχο ANOVA φάνηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ικανοποίησης αναλόγως των απαντήσεων που δόθηκαν για το κλινικό περιβάλλον μάθησης ($F=19,587$, $p\text{-value}<0,001$).

2.6.2.2 Επίπεδα Ικανοποίησης και Στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης

Τα επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με το στυλ της ηγεσίας της προϊστάμενης του θαλάμου κυμάνθηκαν μεταξύ του 3,00 και του 4,40 (Πίνακας 12). Πάλι παρατηρείται μια γραμμική αυξητική σχέση. Όσο πιο ψηλά τα επίπεδα συμφωνίας τόσο πιο μεγάλη είναι η ικανοποίηση των φοιτητών από το στυλ ηγεσίας. Επίσης φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ικανοποίηση των φοιτητών σχετικά με το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης θαλάμου ($F=14,936$, $p\text{-value}<0,001$)

2.6.2.3. Επίπεδα Ικανοποίησης και Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο

Τα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο έχουν μέση τιμή από 1,00 μέχρι 4,49. Όσο πιο ψηλά τα επίπεδα συμφωνίας τόσο πιο μεγάλη είναι η ικανοποίηση των φοιτητών από τη νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης ο πίνακας ANOVA δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων ικανοποίησης για τη νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο ($F=16,702$, $p\text{-value}<0,001$).

2.6.2.4. Επίπεδα Ικανοποίησης και Μάθηση στο θάλαμο

Ο μέσος όρος ικανοποίησης σε σχέση με τη μάθηση στο θάλαμο κυμάνθηκε από το 1,00 μέχρι το 4,70 με τη μικρότερη τυπική απόκλιση να αντιστοιχεί σε όσους συμφωνούν πλήρως με τις δηλώσεις που αποτελούν την υποκατηγορία μάθηση στο θάλαμο. Ο έλεγχος ANOVA

δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά των μέσων τιμών της ικανοποίησης από τη μάθηση στο θάλαμο ($F=31,366$, $p\text{-value}<0,001$).

2.6.2.5. Επίπεδα Ικανοποίησης και το περιεχόμενο σχέσης επίβλεψης (Μέντορας)

Τα επίπεδα ικανοποίησης από τη σχέση επίβλεψης σε κλίμακα 1-5 κυμάνθηκαν από 2,00 μέχρι 4,34. Παρατηρείται αυξητική τάση της συμφωνίας ως προς την ικανοποίηση. Ο έλεγχος ANOVA δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν για τη σχέση επίβλεψης και των επιπέδων ικανοποίησης ($F=24,158$, $p\text{-value}<0,001$).

2.6.2.6. Επίπεδα ικανοποίησης και ο ρόλος του κλινικού συντονιστή

Τα επίπεδα ικανοποίησης από το ρόλο του κλινικού συντονιστή κυμάνθηκαν από 3,08 μέχρι 4,98 με τις μεγαλύτερες μέσες τιμές ικανοποίησης να εμφανίζονται σε όσους συμφωνούν περισσότερο με τις ερωτήσεις που αφορούν τον ρόλο του κλινικού συντονιστή. Ο έλεγχος ANOVA δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων της ικανοποίησης για τη συγκεκριμένη υποκατηγορία ($F=14,203$, $p\text{-value}<0,001$).

2.7 Επίπεδα ικανοποίησης και η συνεισφορά σε αυτή την κλινική τοποθέτηση

Η ανάλυση διακύμανσης, ANOVA, διενεργήθηκε μεταξύ των επιπέδων ικανοποίησης από την τελευταία κλινική τοποθέτηση και της συνεισφοράς των φοιτητών νοσηλευτών κατά την παρούσα κλινική τους τοποθέτηση. Τα επίπεδα ικανοποίησης από τη συνεισφορά στην κλινική τοποθέτηση κυμάνθηκαν από 2,83 μέχρι 4,55 σε κλίμακα ικανοποίησης 1-5 (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση «η συνεισφορά μου στην κλινική τοποθέτηση».

Η συνεισφορά μου στην κλινική τοποθέτηση	N	Μέσος όρος ικανοποίησης	Τυπική απόκλιση
Δεν είχα υποκίνηση	46	2,83	1,539
Είχα υποκίνηση	178	3,88	,982
Είχα πολύ μεγάλη υποκίνηση	133	4,55	,866
Σύνολο	357	3,99	1,164

Ο έλεγχος ANOVA επιβεβαιώνει την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής διαφοράς ($F=49,855$, $p\text{-value}<0,001$) των μέσων όρων των επιπέδων ικανοποίησης και ταυτόχρονα ο έλεγχος Tukey's επισημαίνει ότι υπάρχει διαφοροποίηση στις απαντήσεις όλων των επιπέδων ικανοποίησης / δειγμάτων (πίνακας, 12). Πιο συγκεκριμένα, επιβεβαιώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ικανοποίησης ανάλογα με την υποκίνηση που είχε ο κάθε φοιτητής σε όλα τα επίπεδα συνεισφοράς ($p\text{-value}<0,001$), δηλαδή όσο περισσότερη υποκίνηση είχε ο φοιτητής τόσο πιο ευχαριστημένος δηλώνει.

Πίνακας 12: Αποτελέσματα Tukey's Post Hoc Analysis του βαθμού ικανοποίησης σε σχέση με το βαθμό υποκίνησης

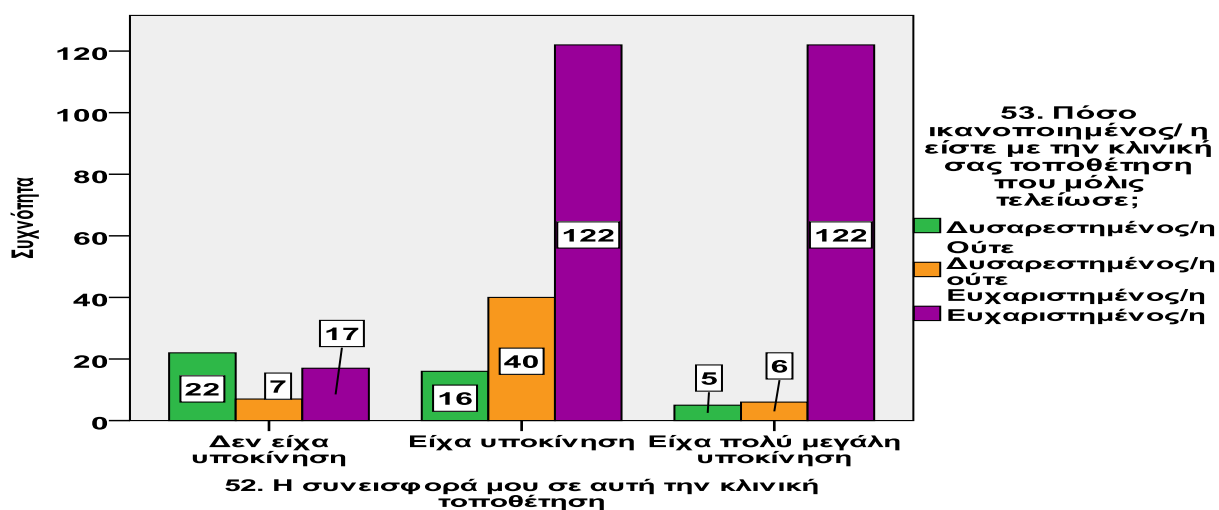
Multiple Comparisons

53. Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την κλινική σας τοποθέτηση που μόλις τελείωσε;
Tukey HSD

(I) 52. Η συνεισφορά μου σε αυτή την κλινική τοποθέτηση	(J) 52. Η συνεισφορά μου σε αυτή την κλινική τοποθέτηση	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Δεν είχα υποκίνηση	Είχα υποκίνηση	-1,056*	,170	,000	-1,46	-,65
	Είχα πολύ μεγάλη υποκίνηση	-1,723*	,176	,000	-2,14	-1,31
Είχα υποκίνηση	Δεν είχα υποκίνηση	1,056*	,170	,000	,65	1,46
	Είχα πολύ μεγάλη υποκίνηση	-,667*	,118	,000	-,94	-,39
Είχα πολύ μεγάλη υποκίνηση	Δεν είχα υποκίνηση	1,723*	,176	,000	1,31	2,14
	Είχα υποκίνηση	,667*	,118	,000	,39	,94

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Η διαγραμματική απεικόνιση (διάγραμμα 26) που ακολουθεί δείχνει τη συμπεριφορά των κατηγοριών της ερώτησης 53 στις απαντήσεις που έδωσαν στην ερώτηση 52. Η πιο κάτω διαγραμματική απεικόνιση παρουσιάζει την κατανομή των απαντήσεων στη συνεισφορά των φοιτητών (ερώτηση, 52) ανάλογα με τα επίπεδα ικανοποίησης τους (ερώτηση, 53). Πιο συγκεκριμένα, από τους 46 φοιτητές που δεν είχαν υποκίνηση οι 22 δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την κλινική τους τοποθέτηση ενώ 17 δηλώνουν ευχαριστημένοι. Μόνο 7 τηρούν ουδέτερη στάση. Από τους 178 φοιτητές που δηλώνουν ότι είχαν υποκίνηση, οι 122 δηλώνουν ευχαριστημένοι και μόνο 16 δυσαρεστημένοι από την κλινική τους τοποθέτηση, ενώ 40 φοιτητές τηρούν ουδέτερη στάση. Οι υπόλοιποι 133 φοιτητές δήλωσαν ότι είχαν πολύ μεγάλη υποκίνηση, οι 122 δηλώνουν ευχαριστημένοι και μόνο 5 δυσαρεστημένοι. Οι υπόλοιποι 6 τηρούν ουδέτερη στάση ως προς την ικανοποίηση τους από την κλινική τους τοποθέτηση. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι οι φοιτητές που δήλωναν μεγάλη υποκίνηση δήλωναν και ευχαριστημένοι.



Διάγραμμα 27: Συχνότητα κατανομής της ικανοποίησης σε σχέση με την υποκίνηση

2.8 Επίπεδα Ικανοποίησης και πόσο συχνά είχατε εξατομικευμένη, μη προγραμματισμένη συνάντηση με το μέντορα

Οι μέσες τιμές ικανοποίησης ανάλογα με τη συχνότητα εξατομικευμένης φροντίδας ήταν μεταξύ 3,64 και 4,32 (Πίνακας, 13). Ο έλεγχος ANOVA που έγινε για να διαπιστωθεί αν αυτή η μικρή διαφορά στις μέσες τιμές είναι στατιστικά σημαντική, κατέδειξε ότι $p\text{-value} = 0,011 < 0,05$ άρα είναι στατιστικά σημαντική. Συνεπώς, συμπεραίνουμε ότι η συχνότητα

εξατομικευμένης συνάντησης επηρέαζε τα επίπεδα ικανοποίησης των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση.

Πίνακας 13: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τη συχνότητα εξατομικευμένης συνάντησης με τον μέντορα (Ερ.33)

33. Πόσο συχνά είχατε εξατομικευμένη, μη προγραμματισμένη συνάντηση με τον μέντορα	N	Μέσος όρος ικανοποίηση	Τυπική Απόκλιση
Καθόλου	126	3,83	1,290
1-2 φορές κατά την διάρκεια της τοποθέτησης μου	71	4,06	1,068
Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	25	3,64	,952
Περίπου μια φορά την εβδομάδα	40	3,88	1,244
Πιο συχνά	95	4,32	1,003

2.9 Επίπεδο ικανοποίησης και τύπος νοσηλευτικής μονάδας τελευταίας κλινικής τοποθέτησης

Τέλος, εξετάστηκε και πάλι με τον έλεγχο ANOVA η σχέση της ικανοποίησης των φοιτητών με τον τύπο της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία είχαν τελευταία τοποθετηθεί. Ο τύπος της νοσηλευτικής μονάδας είχε επιλογές :Γηριατρικό, Χειρουργικό, Γυναικολογικό, Παθολογικό και Άλλο. Για αξιόπιστα συμπεράσματα σύγκριση γίνεται μόνο μεταξύ της χειρουργικής και παθολογικής μονάδας γιατί τα ποσοστά των άλλων μονάδων (γυναικολογικό και γηριατρικά) το ποσοστά κυμάνθηκαν χαμηλότερα από το 2,8%. Τα επίπεδα ικανοποίησης από την τοποθέτηση στο χειρουργικό (MO= 4.20) ήταν υψηλότερα σε σχέση με την ικανοποίηση από την τοποθέτηση στη παθολογική μονάδα ίση με (MO =3,79). Ο έλεγχος ANOVA δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επιπέδων ικανοποίησης από την κλινική τοποθέτηση (F=3,639, p-value=0,006).

Πίνακας 14: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν σε σχέση με το τύπο της νοσηλευτικής μονάδας.

Τύπος της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία είχατε την τελευταία σας κλινική τοποθέτηση	N	Μέσος Όρος Ικανοποίησης	Τυπική Απόκλιση
Γηριατρικό	10	4,20	,789
Χειρουργικό	135	4,10	1,139
Γυναικολογικό	4	2,75	1,258
Παθολογικό	142	3,79	1,259
Άλλο	66	4,27	,921
Σύνολο	357	3,99	1,164

2.10. Επίπεδα Ικανοποίησης και Επαγγελματικός τίτλος επιβλέποντα

Τα επίπεδα ικανοποίησης αναλόγως του επαγγελματικού τίτλου του επιβλέποντα κυμάνθηκαν μεταξύ 3,50 και 4,18. Ο έλεγχος μέσων μεταξύ των απαντήσεων ικανοποίησης και του επαγγελματικού τίτλου επιβλέποντα κατέδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων των απαντήσεων των φοιτητών ($F=0,931$, $p\text{-value}=0,426>0,05$).

Πίνακας 15: Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ικανοποίησης σε σχέση με τις απαντήσεις που δόθηκαν για τον τίτλο του επιβλέποντα.

Επαγγελματικός τίτλος επιβλέποντα	N	Μέσος Όρος Ικανοποίησης	Τυπική Απόκλιση
Νοσηλεύτης/τρια	209	3,94	1,254
Εξειδικευμένος/η Νοσηλεύτης /τρια	103	4,06	1,046
Αναπληρωτής Προϊστάμενος	6	3,50	1,225
Προϊστάμενος/η	39	4,18	,914
Σύνολο	357	3,99	1,164

3. Συζήτηση

Στην παρούσα εργασία οι δευτεροετείς φοιτητές αξιολόγησαν το κλινικό μαθησιακό περιβάλλον ως «καλό» αφού ο μέσος όρος των υποκατηγοριών κυμάνθηκε από το 3,54 μέχρι το 4,18 ενώ παράλληλα δηλώνουν ικανοποιημένοι (MO=3,99) από την κλινική τους τοποθέτηση. Δηλαδή οι παράμετροι που εξετάζονται από το εργαλείο όπως η μάθηση στο κλινικό περιβάλλον (τμήμα), το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης του τμήματος, η νοσηλευτική φροντίδα, ο μέντορας και ο κλινικός συντονιστής δείχνουν να συμβάλλουν στην ικανοποίηση των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών. Η μάθηση στο κλινικό περιβάλλον έχει αποτελέσει θέμα πολλών ερευνών και οι οποίες θα αποτελούν σημεία αναφοράς και σύγκρισης με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας (Kachiwala, 2006; Papastavrou et al., 2009 ; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2003; Saarikoski et al., 2007; Saarikoski et al., 2009; Warne et al., 2010).

3. Δημογραφικοί παράγοντες

Η πλειοψηφία των φοιτητών ήταν γυναίκες (62,2%), ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 37,8% είναι άνδρες, κάτι που δείχνει ότι ένα «παραδοσιακά γυναικείο επάγγελμα» φαίνεται πλέον να αλώνεται πλέον από τους άνδρες. Στην εργασία αυτή δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά το φύλο και η ηλικία με την ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση. Εύρημα που συμφωνεί με εκείνα άλλων ερευνών (Papastavrou et al., 2009, Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010).

3.1.1 Χαρακτηριστικά της κλινικής τοποθέτησης

Η πλειοψηφία των φοιτητών έκανε την κλινική τους τοποθέτηση στα νοσοκομεία της επαρχίας Λευκωσίας (61%). Ακολουθεί η Λεμεσός με 21% και τέλος η Αμμόχωστος με το μικρότερο ποσοστό (3,6%). Σημαντικός λόγος αυτής της κατανομής μάλλον είναι η πόλη που εδρεύουν τα πανεπιστήμια. Τρία από αυτά βρίσκονται στη Λευκωσία και ένα στη Λεμεσό. Όσον αφορά την κλινική τους τοποθέτηση, το μεγαλύτερο ποσοστό των φοιτητών τοποθετήθηκε στα χειρουργικά τμήματα (37%) και στα παθολογικά (39%) και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p\text{-value}<0.05$) σε σχέση με την ικανοποίηση. Το εύρημα αυτό ενδυναμώνει την υπόθεση ότι οι η μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείας στα νοσηλευτήρια επηρεάζει την στάση των φοιτητών προς τους ασθενείς (Pearcey & Elliot, 2004).

3.2. Χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών

Μελέτες αναγνωρίζουν τα οφέλη από τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην κλινική τους εκπαίδευση, αφού διευκολύνουν τη διαχείριση και την ανατροφοδότηση. Εντούτοις, τα αποτελέσματα της εργασίας είναι απογοητευτικά. Ένα σημαντικό ποσοστό (51%) των φοιτητών δεν χρησιμοποιούν κανένα εργαλείο επικοινωνίας στην κλινική τους τοποθέτηση. Σε αντίθεση με τη Φιλανδική έρευνα (Saarikoski et al., 2009) που καταδεικνύει ότι το 67% χρησιμοποιεί εργαλεία επικοινωνίας διαδικτύου μαζί με τον κλινικό συντονιστή 1-3 φορές κατά τη διάρκεια της κλινική τους τοποθέτησης, που διαρκούσε 6-8 εβδομάδες. Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η Σουηδική έρευνα (Johansson et al., 2010). Η απογοήτευση στη χρήση των Η.Υ. ίσως να κυριαρχεί λόγω των περιορισμών στην πρόσβαση στην τεχνολογία και στον ιστοχώρο στον κλινικό χώρο στην Κύπρο. Εντονότερο γίνεται το πρόβλημα με το μη επαρκή αριθμό ηλεκτρονικών υπολογιστών στους θαλάμους και την έλλειψη ευκαιριών χρήσης τους, αφού οι Η.Υ. είναι για κλινική χρήση, για διαχείριση ασθενών και διοικητικά θέματα (Λεοντίου, 2010). Η χρήση της τεχνολογίας αποτελεί πρόκληση στο μέλλον για την κλινική διδασκαλία και την επίβλεψη στην κλινική πρακτική. Θα μπορούσε να αποτελέσει μέσο επικοινωνίας μεταξύ φοιτητών, επιβλεπόντων και κλινικού συντονιστή (Salminen et al., 2010).

3.3. Κλινικό περιβάλλον μάθησης

Σημαντικό εύρημα της εργασίας είναι ότι κάτι λιγότερο από το 50% των φοιτητών δεν ένιωθαν άνετα κατά τη διάρκεια των συναντήσεων. Σε πιο χαμηλά ποσοστά (32%) κυμάνθηκε παρόμοια ερευνά της Kachiwala (2006). Η σημαντικότητα της συμμετοχής στις κλινικές συναντήσεις βασίζεται στο γεγονός ότι οι φοιτητές ενημερώνονται για το τι συμβαίνει στο τμήμα και τις ιδιαιτερότητες της φροντίδας (Mattila et al., 2010) και αυτό αυξάνει την ικανοποίησή τους (Chan, 2002). Το πιο πάνω εύρημα στην παρούσα έρευνα ενδεχομένως να οφείλεται στη δυσκολία γνώσης και κατανόησης νόσων και θεραπειών κάτι που έκανε τους φοιτητές να νιώθουν μειονεκτικά στις συναντήσεις. Όπως έχει φάνει οι φοιτητές του 2^{ου} έτους είναι αφενός αρχάριοι και αφετέρου βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο προσαρμογής όσο αφορά την κλινική τους πρακτική, ως εκ τούτου υψηλού βαθμού υποστήριξη θεωρείται αναγκαία σε αυτό το επίπεδο (Ip & Chan, 2005). Επιπλέον, το χαμηλό ποσοστό συμφωνίας της παρούσας έρευνας ίσως να αιτιολογείται στο γεγονός ότι οι δευτεροετείς φοιτητές

προτιμούν περισσότερο στην εκτέλεση δραστηριοτήτων ρουτίνας (Henderson et al., 2006) κάτω από την εξατομικευμένη καθοδήγηση του μέντορα τους ή κάποιου νοσηλευτή (Chan, 2002). Το κοινό εύρημα διαφόρων ερευνών (Henderson et al.; 2006· Kachiwala, 2006; Serena & Brudgoli, 2009) ότι οι δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τους τριτοετείς καταδεικνύει ότι όσο ωριμάζουν και εξελίσσονται τόσο εξοικειώνονται με το κλινικό περιβάλλον, αποκτούν περισσότερες δεξιότητες και κατανόηση διαδικασιών (Sprouse, 2001) και επιπλέον προσαρμόζονται και ενσωματώνονται ευκολότερα στο κλινικό περιβάλλον (Ip & Chan, 2005). Κυπριακή έρευνα που έγινε ανάμεσα στους φοιτητές της νοσηλευτικής σχολής (επίπεδο διπλώματος) (Papastavrou et al., 2009) έδειξε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$) μεταξύ των ετών σπουδών και της ικανοποίησης από τις σχέσεις επίβλεψης, με τους πρωτοετείς και δευτεροετείς φοιτητές να είναι πιο ευχαριστημένοι από τους τριτοετείς. Ενδεχομένως γιατί οι μέντορες δίνουν περισσότερη σημασία στους πρωτοετείς και δευτεροετείς ώστε να αποκτήσουν επαρκής κλινική εμπειρία, ενώ οι τριτοετείς ενθαρρύνονται να ενσωματωθούν στην νοσηλευτική ομάδα αφού είναι ένα βήμα πριν την ολοκλήρωση των σπουδών και την εγγραφή του ως προσοντούχοι νοσηλευτές.

Άλλο σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι το υψηλό ποσοστό των φοιτητών (75%) που αισθανόταν άνετα να επισκεφτεί τον θάλαμο, αλλά μικρότερο είναι το ποσοστό (65%) που θεωρούσε ότι υπήρχε θετική ατμόσφαιρα και 63% ότι το προσωπικό ήταν εύκολο να προσεγγιστεί. Η μη αποδοχή τους από το προσωπικό έχει σαν αποτέλεσμα οι φοιτητές να καταναλώνουν ενέργεια στην προσπάθεια τους να γίνουν αποδεκτοί εις βάρος της μάθησης τους (Mattila et al., 2010), αλλά και να περιορίζει τη συμμετοχή τους στις διάφορες διαδικασίες αυξάνοντας το στρες το οποίο δρα αρνητικά στη μάθηση (Chan, 2002). Ένας αιτιολογικός παράγοντας πιθανώς να ήταν η περιοδική κλινική τοποθέτηση. Η μη έκθεση συνεχούς χρόνου, έχει ως αποτέλεσμα οι φοιτητές να αισθάνονται ανεπαρκώς προετοιμασμένοι, ενώ η δυνατότητα ανάληψης πρωτοβο υίας από το π ίδιους να είναι μηδενική, γεγονός που μπορεί να εκληφθεί και ως αδιαφορία από το προσωπικό (Κοντζαμπασάκη, 1993). Επίσης η περιοδική αυτή κλινική τοποθέτηση εμποδίζει την ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με το προσωπικό, επηρεάζοντας την αυτοπεποίθησή τους (Mattila et al., 2010). Η απογοήτευση των φοιτητών αντανάκλασε και στην επόμενη

υποκατηγορία «μάθηση στον θάλαμο» που εστιάζεται περισσότερο στις σχέσεις επίβλεψης με το προσωπικό. Περιλαμβάνει τον προσανατολισμό, το ενδιαφέρον του προσωπικού για επίβλεψη, το προσωπικό να γνωρίζει τους φοιτητές με το όνομα τους και τη διαθεσιμότητα μαθησιακών ευκαιριών.

3.4. Μάθηση στο τμήμα (Θάλαμο)

Η μάθηση στο θάλαμο παρουσιάζει τον μικρότερο μέσο όρο ($MO=3,54$) από όλες τις υποκατηγορίες στην παρούσα έρευνα αλλά ψηλότερο από προηγούμενες έρευνες $MO=3,43$ (Papastavrou et al., 2009) και $MO=3,51$ (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002). Το ψηλότερο ποσοστό συμφωνίας των ερωτήσεων στην υποκατηγορία διαπιστώνεται στον προσανατολισμό (68%). Βέβαια είναι ένα ποσοστό όχι ιδιαίτερα υψηλό αν αναλογιστεί κανείς τη σημαντικότητα του προσανατολισμού του περιβάλλοντος τόσο για την ασφάλεια όσο και για την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Chan, 2002). Ο προσανατολισμός στοχεύει στο να γνωρίσει ο φοιτητής για τον εξοπλισμό, την ιεραρχία του θαλάμου, το τύπο και τις ιδιαιτερότητες των ασθενών που νοσηλεύονται καθώς και τη φιλοσοφία του τμήματος (Mattila et al., 2010). Όπως χαρακτηριστικά ο Chan (2002) δήλωσε, το προσωπικό του θαλάμου έχει την υποχρέωση να παρέχει επαρκείς οδηγίες για ασφαλή πρακτική από τους πρωτόπειρους φοιτητές. Ο Carlson et.al. (2003) δήλωσε ότι μειώνει τους φόβους και τις αβεβαιότητες, ενώ κατά την περίοδο προσανατολισμού οι φοιτητές παίρνουν τέτοιες οδηγίες ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στη φροντίδα αλλά και γνωστοποιείται τι αναμένεται από αυτούς (Chan, 2002; Mattila et al., 2010). Ο προσανατολισμός ενισχύει τη θετική εμπειρία των φοιτητών με αποτέλεσμα να προάγει τα μαθησιακά αποτελέσματα με βάση το τι έχει διδαχτεί (Andrews & Chilton, 2000; Saarikoski, 2002; Andrews et al., 2005).

Άλλο εύρημα που ενισχύει το χαμηλό μέσο όρο της υποκατηγορίας είναι η πλατωνική σχέση μεταξύ προσωπικού και φοιτητών, που απλά είναι δεκτικό στην υποχρεωτική παρουσία των φοιτητών αλλά αποφεύγει διαπροσωπικές σχέσεις. Ως αποτέλεσμα υπάρχει αποπροσωποποίηση και αδιαφορία για τα μαθησιακά αποτελέσματα των φοιτητών. Συγκεκριμένα 41% των φοιτητών δήλωναν ότι το προσωπικό δε γνώριζε τον κάθε φοιτητή με το όνομα του κατέχοντας το ψηλότερο ποσοστό δυσαρέσκειας από όλα τα ερωτήματα, ενώ μόνο το 36% συμφωνούσαν ότι το προσωπικό γνώριζε το όνομα τους και σχεδόν μόνο οι μισοί

φοιτητές (51%) συμφωνούσαν ότι το προσωπικό ενδιαφέρεται για την επίβλεψη των φοιτητών. Αντίκτυπο αυτού ήταν ότι μόνο 50% περίπου αναγνώρισαν ότι υπάρχει επάρκεια εκπαιδευτικών καταστάσεων και μαθησιακών συνθηκών κατά την κλινική πρακτική τους. Επιβεβαιώνοντας έτσι, την έρευνα των Dunn & Hansford (1997) που το 75% των φοιτητών σύνδεσαν τις φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις προσωπικού - φοιτητές με την αρνητική παιδαγωγική ατμόσφαιρα του θαλάμου. Αιτιολογικός παράγοντας μπορεί να είναι το γεγονός ότι το προσωπικό αισθάνεται ανεπαρκές για να εμπλακεί στην επίβλεψη των φοιτητών (Addis and Karadag, 2003). Ενδεχομένως τα μέλη του προσωπικού φοβούνται τις ερωτήσεις των φοιτητών και γενικότερα το χειρισμό των φοιτητών στη μαθησιακή διαδικασία, αφού στερούνται συγκεκριμένης προετοιμασίας, επηρεάζοντας αρνητικά τη μάθηση (Kachiwala, 2006). Στην βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η κλινική επίβλεψη και το ενδιαφέρον από το προσωπικό επηρεάζεται από το φόρτο εργασίας αλλά και την έλλειψη υποστήριξης από την προϊστάμενη (Chun- Heung & French, 1997; Dunn & Hansford, 1997; Mattila et al., 2010). Ως εκ τούτου, πολλές φορές το προσωπικό προκείμενου να εκτελέσει τα καθήκοντα του αντιμετωπίζει τους φοιτητές με αδιαφορία και έλλειψη εμπιστοσύνης, τους αναθέτει την εκτέλεση διαδικασιών ρουτίνας ή δευτερευουσών εργασιών ή τους αναγκάζουν να μαθαίνουν μέσα από την παρακολούθηση, παρά μέσα από την ενεργητική συμμετοχή, συνθέτοντας ένα αρνητικό κλινικό περιβάλλον μάθησης (Chun- Heung & French, 1997; Löfmark & Wikblad 2001; Mattila et al., 2010; O'Driscoll et al., 2010). Επίσης, πολλές φορές οι μαθησιακές ανάγκες των φοιτητών καλύπτονται από την προτεραιότητα που δίνεται στην ικανοποίηση των νοσοκομειακών αναγκών έναντι των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών (Oermann & Gaberson, 2009). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα πολλές φορές να αφήνονται μόνοι τους να διεκπεραιώσουν μια φροντίδα και να αμφιταλαντεύονται ως προς το τί είναι σωστό και τί όχι, αυξάνοντας την αγωνία και δυσαρέσκεια τους αφού αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα του έργου τους, δήλωση που υποστηρίχθηκε από νεότερες έρευνες (O'Driscoll et al., 2010).

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ο κρίσιμος ρόλος του προσωπικού θαλάμου με τον οποίο ο φοιτητής συνεργάζεται, αλληλεπιδρά, αλληλοσχετίζεται και επικοινωνεί καθημερινά. Η απόρριψη ή αποδοχή του φοιτητή από το προσωπικό έχει μια καταλυτική επίδραση στην κλινική μάθηση. Κι αυτό γιατί επηρεάζει το περιεχόμενο και τη μορφή των εργασιακών καθηκόντων που του ανατίθενται, ώστε να αισθάνεται ότι κάνει κάτι που έχει νόημα και αξία

και αποκτά μια ποικιλομορφία εμπειριών (Edwards et al., 2004). Ως εκ τούτου επηρεάζεται ο βαθμός υποκίνησης του (Mattila et al., 2010) και κατά συνέπεια η ικανοποίηση του από την κλινική του τοποθέτηση (Edwards et al., 2004). Εύρημα το οποίο βρέθηκε στατιστικά σημαντικό ($F=49,855$, $p\text{-value}<0,001$) στην παρούσα έρευνα, στην οποία οι πιο ευχαριστημένοι φοιτητές ήταν αυτοί που είχαν περισσότερη υποκίνηση.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών και της συγκεκριμένης φαίνεται ότι αρκετοί φοιτητές ένιωθαν ότι δεν καλύπτονταν οι προσδοκίες τους ίσως γιατί πολλές φορές επαναλαμβάνουν τις ίδιες διαδικασίες ή είχαν το ρόλο του παθητικού παρατηρητή σε διαδικασίες φροντίδας. Με άλλα λόγια ένιωθαν ότι ήταν σε ένα «περιβάλλον μάθησης» αδιάφορο και ξένο προς αυτούς με αποτέλεσμα τη μείωση της πρωτοβουλία και του ενδιαφέροντος τους για μάθηση. Αυτό μπορεί να χαρακτηριστεί ως αδιαφορία από τους νοσηλευτές ή την προϊσταμένη, επιδρώντας ανασταλτικά στην περαιτέρω ενασχόληση τους με την εκπαίδευση (Κοντζαμπασάκη, 1993).

3.5 Στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης τμήματος (θαλάμου) (ΠΘ)

Μέσα από τη βιβλιογραφία έχει διαφανεί ότι το στυλ ηγεσίας της ΠΘ επηρεάζει τη φύση του ΚΜΠ (Hutchings et al., 2005; O'Driscoll et al., 2010; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2002). Επιπρόσθετα, το στυλ ηγεσίας επηρεάζει και τον τρόπο που οι φοιτητές βιώνουν το περιβάλλον μάθησης και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ προσωπικού-φοιτητών (Dunn & Hansford, 1997). Παρά τη σημαντικότητα του στυλ ηγεσίας που υιοθετεί η προϊστάμενη τμήματος, κατείχε το δεύτερο χαμηλότερο μέσο όρο ($MO=3,69$), αλλά υψηλότερο σε σύγκριση με άλλες έρευνες που και σε αυτές κατείχε χαμηλή αξιολόγηση (Papastavrou et al., 2009; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2002; Warne et al., 2010). Συγκεκριμένα, οι φοιτητές συμφωνούσαν ότι το προσωπικό του θαλάμου αποτελούσε ένα σημαντικό πόρο για το θάλαμο και για την προϊσταμένη (74%), ενώ χαμηλότερο ποσοστό (63%) θεωρούσε την ΠΘ μέλος της ομάδας. Αυτός ενδέχεται να είναι και ο λόγος της χαμηλής συμφωνίας (56%) των φοιτητών στο ερώτημα κατά πόσο η ανάδραση από την προϊστάμενη δε θεωρήθηκε σε μεγάλο βαθμό ως εκπαιδευτική διαδικασία από τους φοιτητές. Τα οργανωτικά προβλήματα του θαλάμου παράλληλα με την έλλειψη γνώσης για τον τρόπο με

τον οποίο θα μπορούσε να οργανωθεί επιστημονικά δεν επέτρεπαν στην προϊστάμενη να δώσει περισσότερο χρόνο στην εκπαίδευση και τη νοσηλευτική φροντίδα (Hutchings et al., 2005).

Επιπρόσθετα, άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες, όπως προέκυψαν από διάφορες έρευνες (Hutchings, et al., 2005; O'Driscoll et al., 2010; Sprouse, 2001) είναι η έλλειψη προσωπικού, ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η πληθώρα φοιτητών στα νοσηλευτικά τμήματα διαφορετικού γνωσιολογικού επιπέδου. Πρόκειται για παράγοντες που κάνουν τη δουλειά των προϊσταμένων πιο δύσκολη, απαιτητική και στρεσογόνα και πολλές φορές έρχονται σε «σύγκρουση» με τον χρόνο που αφιερώνουν στο νεοπροσληφθέν προσωπικό ή στους φοιτητές με αποτέλεσμα η μάθηση και των δύο πλευρών να διακυβεύεται (Hutchings et al., 2005). Σύμφωνα με τη Ballentyne (2004), ο ακριβής αριθμός φοιτητών που μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα θάλαμο έτσι ώστε να υπάρχει επαρκής υποστήριξη δεν έχει καθοριστεί. Μια πιο εκτεταμένη διερεύνηση και ο καθορισμός αριθμού φοιτητών στο θάλαμο είναι απαραίτητη, ώστε η ηγεσία να κατευθύνει και να υποστηρίζει τη διαδικασία της μάθησης αποτελεσματικά (Hutchings et al., 2005). Ως εκ τούτου, με το βεβαρημένο διοικητικό ρόλο των προϊσταμένων (O'Driscoll et al., 2010), οι ευκαιρίες για μαθησιακή υποστήριξη και ποιοτική ανάδραση από τις ΠΘ ελαχιστοποιούνται. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια μιας προϊσταμένης στην έρευνα των Hutchings et al., (2005): «.....δεν πιστεύω να υπάρχει αρκετός χρόνος για αναστοχαστική πρακτική μετά από ένα θάνατο ή μια καρδιακή ανακοπή προκειμένου να αναπτύξουν μια νέα αντίληψη και κατανόηση των γεγονότων». Από την άλλη πλευρά, μια πιθανή εξήγηση των χαμηλών ποσοστών ανάδρασης είναι οι εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις στη νοσηλευτική όπου ο εκπαιδευτικός ρόλος της προϊσταμένης έχει περιοριστεί λόγω της παρουσίας του μέντορα και του κλινικού συντονιστή (Papastavrou et al., 2009).

Πέρα από αυτά, η σχέση του στυλ ηγεσίας της ΠΘ στη δημιουργία ενός θετικού κλίματος φροντίδας, εργασίας και εκπαίδευσης αποκαλύπτεται στην εργασία από την ισχυρή θετική συσχέτιση του στυλ ηγεσίας με τις υποκατηγορίες «κλινικό περιβάλλον μάθησης» ($r=0,585$, $p< 0,001$) τη «μάθηση στο θάλαμο» ($r=0,615$, $p< 0,001$) και τη «νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο» ($r=0,573$, $p< 0,001$). Παράλληλα, το στυλ ηγεσίας παρουσιάζει μικρότερο βαθμό συσχέτισης με το «περιεχόμενο επίβλεψης» ($r=0,320$, $p<0,001$) και το «ρόλο του κλινικού

συντονιστή» ($r=0,359$, $p<0,001$), επιδεικνύοντας έτσι την ασθενή σχέση μεταξύ εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και κλινικού χώρου στην προαγωγή των μαθησιακών αποτελεσμάτων.

Επίσης, το στυλ ηγεσίας της ΠΘ, η ομαδικότητα και η φιλοσοφία της νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν παράγοντες που ενθαρρύνουν ή εμποδίζουν μια θετική οργανωσιακή κουλτούρα στο ΚΜΠ στην παροχή φροντίδας, εργασίας και μάθησης (Saarikoski, 2002). Είναι προφανές ότι ένα κλινικό υποστηρικτικό περιβάλλον, με επαρκείς κλινικές μαθησιακές ευκαιρίες ενθάρρυνσης ανάπτυξης, υπευθυνότητας, παροχής διευκολύνσεων και ομαδικής συνεργασίας, δημιουργεί έμμεσα το περιβάλλον στο οποίο καλλιεργείται, αποκτά αυτογνωσία και εξελίσσεται ο φοιτητής (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2002; Hutchings et al., 2005; O'Driscoll et al., 2010).

3.6. Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο

Πρωτίστως, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας θεωρήθηκε ικανοποιητική αλλά όχι η σημαντικότερη συνιστώσα για ένα θετικό ΚΠΜ. Εύρημα ομόφωνο με την έρευνα της Warne et al., (2010) αλλά σε αντιπαραβολή με έρευνα που διεξήχθη στο κυπριακό συγκείμενο, η «νοσηλευτική φροντίδα» βρέθηκε να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την κλινική μάθηση. Συγκεκριμένα, κατείχε την πιο υψηλή αξιολόγηση ($MO=3,61$) από τις άλλες υποκατηγορίες (Papastavrou et al., 2009). Ωστόσο στην παρούσα εργασία θετικό χαρακτηρίζεται το γεγονός οι δηλώσεις «η τεκμηρίωση της φροντίδας», «η φιλοσοφία του θαλάμου ήταν ξεκάθαρη» και «οι ασθενείς λάμβαναν εξατομικευμένη φροντίδα» συγκέντρωσαν τις πιο υψηλές αξιολογήσεις (από 4 έως 5 σε κλίμακα 5 βαθμίδων). Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να θεωρηθεί ιδιαίτερα σημαντικό γιατί δείχνει ότι οι φοιτητές δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα στην εφαρμογή της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, ιδεολογία που υποστηρίζεται σθεναρά από τους θεωρητικούς της νοσηλευτικής (Watson, 2006 στην Μισουρίδου, 2007). Η σημαντικότητα της εξατομικευμένης προσέγγισης αποδίδεται στην πιο ολοκληρωμένη εικόνα που αποκτά ο φοιτητής για τη φροντίδα καθιστώντας την ένα σημαντικό μέσο μάθησης και ανάπτυξης (Saarikoski, 2002). Ωστόσο η εφαρμογή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας εξαρτάται από τις παραμέτρους που βρίσκει το νοσηλευτικό προσωπικό στο χώρο εργασίας. Υπόθεση που διερευνήθηκε από πρόσφατη κυπριακή έρευνα και κατέληξε στο γεγονός ότι οι νοσηλευτές των ορθοπεδικών

θαλάμων θεωρούσαν σημαντική την εξατομικευμένη φροντίδα, από την άλλη όμως αισθάνονταν ότι δεν είχαν υψηλού βαθμού εργασιακή υποστήριξη για να την εφαρμόσουν (Παπασταύρου κ.ά., 2010β). Προβληματισμό δημιουργεί το 20% των φοιτητών της παρούσας έρευνας που κράτησαν ουδέτερη στάση στο ερώτημα που αναφέρεται στην εξατομικευμένη φροντίδα. Το φαινόμενο θα μπορούσε να εξηγηθεί με τη διαφορετική έννοια της οποίας αποδίδουν στον όρο εξατομίκευση οι φοιτητές, αλλά και το οργανωτικό πλαίσιο που διαφέρει σε κάθε θάλαμο μέσα στον οποίο παρέχεται η φροντίδα και διεκπεραιώνεται η κλινική μάθηση (Chan, 2002).

Ένα άλλο θέμα που χρήζει μελέτης και προσοχής είναι η επικοινωνία στους θαλάμους. Η επικοινωνία χαρακτηρίζεται από μια ροή πληροφοριών και θεωρείται ένα σημαντικό εργαλείο για τη συνέχεια της φροντίδας. Στην παρούσα έρευνα η ροή πληροφοριών παρουσίασε το χαμηλότερο ποσοστό συμφωνίας. Συγκεκριμένα, μόνο το 64% των ερωτηθέντων δήλωναν ότι δεν υπήρχαν προβλήματα στη ροή των πληροφοριών σχετικά με τη φροντίδα. Αυτό θα μπορούσε ίσως να δικαιολογηθεί δεδομένης της εννοιολογικής σύγχυσης των 2ετών φοιτητών σε σχέση με διάφορους όρους λόγω της μη γνωσιολογικής τους επάρκειας. Η «προβληματική» ροή πληροφοριών θα μπορούσε όμως να αποδοθεί και σε άλλους παράγοντες όπως η έλλειψη ομαδικότητας που αισθάνονται οι Κύπριοι νοσηλευτές (Παπασταύρου κ.ά., 2010β). Μια άλλη ενδιαφέρουσα αιτιολόγηση είναι η άγνοια του κλινικού χώρου σχετικά με την οργάνωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, γεγονός που πυροδοτεί αντιπαράθεσεις μεταξύ προσωπικού και φοιτητών ως προς το βαθμό που οι φοιτητές μπορούν να εμπλέκονται στη παροχή φροντίδας (O'Driscoll et al., 2010). Ως αποτέλεσμα πολλές φορές οι φοιτητές να αντιμετωπίζονται με καχυποψία αναγκάζοντας τους να μαθαίνουν μέσα από την παρακολούθηση (Mattila et al., 2010) ή να προσανατολίζονται σε συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως χορήγηση φαρμάκων εμποδίζοντας τους να δουν ολοκληρωμένα τον ασθενή (O'Driscoll et al., 2010).

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και μάθησης στον θάλαμο ($r = 0,666$ $p < 0,001$) επιβεβαιώνοντας προηγούμενο εύρημα της κυπριακής έρευνας των Papastavrou et al., (2009), η οποία αναφέρει ότι οι Κύπριοι φοιτητές συνδέουν το μαθησιακό περιβάλλον με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Με άλλα λόγια, ο φοιτητής ενδυναμώνεται και αποκτά αυτοπεποίθηση μέσα από τη σχέση του με τον

φροντιζόμενο (Salminen et al., 2010; Spouse, 2001), ενώ παράλληλα οι φοιτητές θα αντλήσουν θετικά συναισθήματα ικανοποίησης και πληρότητας από την κλινική τους πρακτική (Chan, 2002; Μισσουρίδου, 2007). Το δεδομένο αυτό φάνηκε να είναι στατιστικά σημαντικό μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας με την ικανοποίηση ($F= 19,587$ p -value $<0,001$), υποδεικνύοντας ότι η μέθοδος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζει την ικανοποίηση και γενικότερα την κάλυψη των εκπαιδευτικών αναγκών τους.

3.7. Σχέσεις επίβλεψης (μέντορα)

Περιλαμβάνει την υποκατηγορία «περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (μέντορα)» που αποτελείται από οκτώ δηλώσεις. Κατέχει την υψηλότερη θετική αξιολόγηση ($MO=4.18$) από όλες τις υποκατηγορίες αναδεικνύοντας την ως τον πιο σημαντικό παράγοντα κλινικής μάθησης στην συγκεκριμένη εργασία. Συγκρίνοντας το εύρημα αυτό με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010) παρατηρείται μια ομοφωνία ως προς τη πιο υψηλή τάση προς συμφωνία ($MO= 3.90-3.91$) που της προσδίδεται. Ωστόσο στην έρευνα των Papastavrou et.al. (2009) που αναφέρεται σε Κύπριους φοιτητές, οι σχέσεις επίβλεψης είχαν την χαμηλότερη τάση συμφωνίας από τις άλλες υποκατηγορίες ($MO=3.27$). Η χαμηλή αξιολόγηση βέβαια θα μπορούσε να αποδοθεί στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των φοιτητών (58%) δήλωναν ότι είχαν ομαδική επίβλεψη (*υπήρχε εναλλαγή του μέντορα ανάλογα με την βάρδια και το χώρο τοποθέτησης ή επέβλεπε ομαδικά*), και μόνο 11.4% των φοιτητών δήλωσαν ότι είχαν επιτυχή επίβλεψη (*καθορίστηκε μέντορας και η σχέση πέτυχε κατά τη κλινική τοποθέτηση*). Τα ποσοστά αυτά ανατρέπονται στην παρούσα εργασία όπου η ομαδική επίβλεψη παρουσίασε μείωση (26,1%) ενώ η επιτυχής επίβλεψη παρουσίασε σημαντική άνοδο (55,5%). Η κατανομή των ποσοστών υπέρ της επιτυχούς επίβλεψης έναντι της ομαδικής και πιο συγκεκριμένα, η προαγωγή της εξατομικευμένης επίβλεψης αποτελεί σημαντικό εύρημα άλλων πρόσφατων ερευνών (Lambert & Glacken, 2005; Saarikoski, 2002; Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010).

Η σημαντικότητα που προσδίδεται στην επιτυχή επίβλεψη είναι η αναφορά σε ένα συγκεκριμένο άτομο έτσι ώστε να δίνεται η ευκαιρία αλληλογνωριμίας μέντορα – φοιτητή, αναπτύσσοντας στενές σχέσεις εμπιστοσύνης και σεβασμού με συνέπεια η διαδικασία της ανατροφοδότησης να αποκτά αξία και εγκυρότητα (Gillespie, 2002). Στην ποιοτική έρευνα

των Papp et al., (2003) οι φοιτητές θεωρούσαν καλύτερο επιβλέποντα εκείνον «... ο οποίος τους γνωρίζει καλύτερα, ξοδεύει χρόνο μαζί τους, γνωρίζει τις ικανότητες και τις γνώσεις τους έτσι μπορώντας εν συνεχεία να τους δώσει την κατάλληλη καθοδήγηση»(σελ. 266). Οι φοιτητές προτιμούν ‘αυτόν’ που αισθάνονται ότι θα τους δώσει τις απαραίτητες συμβουλές, υποστήριξη και επεξηγήσεις σε οποιαδήποτε περίπτωση (Andrews & Chilton, 2000; Fawcett, 2002). Αυτό επιβεβαιώνεται και στην έρευνα του Saarikoski (2003) στην οποία οι φοιτητές που έκαναν την κλινική τους άσκηση σε ψυχιατρικούς θαλάμους, όπου καθορίστηκε μέντορας και είχαν την ευκαιρία της ατομικής καθοδήγησης, αξιολόγησαν όλες τις υποκατηγορίες πολύ υψηλά, σε σύγκριση με τους άλλους φοιτητές που βρίσκονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους.

Συνοψίζοντας, μέσα από τη βιβλιογραφία διαφάνηκε ότι η εξατομικευμένη καθοδήγηση και υποστήριξη μετατρέπει την εμπειρία σε μια σημαντική διαδικασία μάθησης, η οποία συμβάλλει ώστε οι φοιτητές να παραμένουν ενεργοί αποκτώντας αυτοεκτίμηση, αυτογνωσία και αυτό-αποτελεσματικότητα (Warne et al., 2010; Mattila et al,2010). Μια εξατομικευμένη προσέγγιση κάτω από την επίβλεψη του μέντορα θεωρείται αποτελεσματική πρακτική στην πορεία προς την αλλαγή συμπεριφοράς. Αυτό συμβαίνει γιατί επικεντρώνονται στις προσωπικές μαθησιακές ανάγκες του φοιτητή και επιπλέον βοηθά στην ενίσχυση φοιτητών οι οποίοι είναι πιο εσωστρεφείς και πιο συγκρατημένοι να εκφραστούν μήπως υποτιμηθούν ή επικριθούν, κίνδυνος που παρουσιάζεται συχνότερα στις ομαδικές επιβλέψεις (Kilcullen, 2007). Σε αντιπαραβολή έρχονται μελέτες (Sprouse, 2001; Lindgren et Athlin, 2010) οι οποίες τόνισαν την ανάγκη ισορροπίας μεταξύ υποστήριξης και πρόκλησης ευκαιριών μέσα στην μαθησιακή διαδικασία.

3.7.1 Συχνότητα επίβλεψης

Στην παρούσα εργασία όπως και στις άλλες έρευνες που χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο (Papastavrou et al., 2010; Saarikoski, 2002; Warne et al., 2010) διαφάνηκε ότι η μέθοδος επίβλεψης έχει μια στατιστική σημαντική σχέση ($p\text{-value}<0,001$) με την ικανοποίηση. Αυτά είναι σημαντικά αποτελέσματα αφού δηλώνουν ότι η σχέση μέντορας – μαθητή και η ικανοποίηση των φοιτητών είναι άριστα συνδεδεμένη, «go hand in hand» (Saarikoski et al., 2007). Έτσι ερμηνεύεται και η συνεχής ποσοστιαία αύξηση των επιπέδων ικανοποίησης ως

προς την επιτυχή επίβλεψη που εμφανίζεται μεταξύ των ερευνών με την πάροδο των χρόνων. Ενδεικτικά στην έρευνα Saarikoski et al., (2007) το ποσοστό ήταν 53%, στην έρευνα της Warne et al., (2010) έφτασε το 75% και στην παρούσα εργασία έφτασε το 83%. Ωστόσο στην παρούσα έρευνα σε έλεγχο ANOVA με Tukey's post Hoc Analysis μεταξύ των ζευγών (ανεπιτυχή, ομαδική και επιτυχή επίβλεψη) δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ομαδικής και επιτυχούς επίβλεψης ως προς την ικανοποίηση ($p\text{-value}>0,05$). Αυτό ίσως θα πρέπει να δημιουργήσει ερωτήματα αφού καμία από τις προηγούμενες έρευνες που χρησιμοποίησαν το ίδιο εργαλείο δεν είχαν καταλήξει σε τέτοιο εύρημα (Papastavrou et al., 2009; Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002; Saarikoski, 2002; Saarikoski et al., 2007; Warne et al., 2010). Παρόλα αυτά, παρατηρείται ομοφωνία σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης των φοιτητών και τη συχνότητα της εξατομικευμένης συνάντησης με το μέντορα, η οποία βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική ($p<0,05$). Η έμφαση που δίνεται στην εξατομικευμένη συνάντηση είναι γιατί οι φοιτητές νιώθουν πιο ευάλωτοι στο κλινικό περιβάλλον (Campbell, 1994) ως εκ τούτου απαιτούν περισσότερη υποστήριξη, σεβασμό και αναγνώριση (Chan, 2002), αλλιώς η μεντορική σχέση θεωρείται αναποτελεσματική (Wilson-Barnett et al., 1995).

Περαιτέρω, η μη στατιστική διαφορά ($p\text{-value}=0,463$) μεταξύ ομαδικής και επιτυχούς επίβλεψης, θα μπορούσε να ερμηνευτεί από τη μοναδικότητα του κάθε φοιτητή, ο οποίος διαμορφώνει έναν δικό του τύπο ή στυλ μάθησης, το οποίο μεταφέρει στο κλινικό περιβάλλον μάθησης. Αυτό επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο επεξεργασίας πληροφοριών και τις μαθησιακές προτιμήσεις (Kolb, 1984). Άρα, οι αλληλεπιδράσεις από την εναλλαγή μέντορα και/ή η μάθηση σε ομάδες μπορεί να βοηθήσει κάποιους φοιτητές να αναπτύξουν καλύτερα κάποιες δεξιότητες έναντι άλλων (Andrews & Chilton, 2000). Η συναδελφική υποστήριξη (peer support) αποδείχτηκε ως κρίσιμος παράγοντας θετικών μαθησιακών εμπειριών (Lewis, 1998) ανάπτυξης της αυτοπεποίθησης (Löfmark & Wikblad, 2001), αποκτά την αίσθηση της ταυτότητας του ως νοσηλεύτης και ένα συναίσθημα μέλους της ομάδας και συμμετοχικότητας στην επίλυση προβλημάτων (Lewis, 1998). Επίσης, αποτελεί πηγή συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης στην απελευθέρωση δεξιοτήτων (Chun-Heung & French, 1997) κι αυτό γιατί νιώθουν πιο άνετα να εκφραστούν με τους ομότυπους τους, μειώνοντας το άγχος τους στην κλινική τους πρακτική (Moscaritolo, 2009). Πρόσφατη έρευνα των Lindgren & Athlin (2010) που εστιαζόταν στα οφέλη της ομαδικής επίβλεψης, κατέληξε στο γεγονός ότι

η συνεργασία μέσα σε μια ομάδα ομοίων δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσουν αυτογνωσία και να καταλάβουν τους άλλους. Επίσης τους ενδυναμώνει προσωπικά και επαγγελματικά αφού τους δίνεται η ευκαιρία να αναγνωρίσουν τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους τόσο σε γνωστικό όσο και σε συμπεριφοριστικό επίπεδο. Βέβαια και οι δύο προσεγγίσεις (ομαδική ή εξατομικευμένη) έχουν τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα τους, αυτό εξαρτάται από διάφορες παραμέτρους με σημαντικότερη την ατομική ιδιοσυγκρασία του φοιτητή (Andrews & Chilton, 2000).

Ο υψηλός βαθμός συμφωνίας στην υποκατηγορία αυτή ενδέχεται να οφείλεται και στη μη προσμέτρηση της ομάδας (φοιτητές – μέντορας) στο προσωπικό του τμήματος. Αυτό συνέβαλε έτσι ώστε οι φοιτητές να έχουν τον απαραίτητο χρόνο για την κάλυψη των μαθησιακών στόχων, να προβληματιστούν, να σκεφτούν και να κατανοήσουν αυτό που διδάχτηκαν (Sprouse, 2001).

3.7.2. Περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (μέντορα)

Αναφορικά με την επιτυχία ενός μέντορα, τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η φύση της σχέσης μέντορα – φοιτητή είναι στοιχεία που τη συνθέτουν (Andrews & Chilton, 2000; Jackson & Mannix, 2001; Papp et al., 2003; Smith & Gray, 2001; Κοτζαμπασάκη, 2006). Στην παρούσα εργασία τα στοιχεία αυτά έδειξαν να αποτελούν σημαντικές συνιστώσες για την αποτελεσματική κλινική εκπαίδευση αφού παρουσίασαν τα υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας. Συγκεκριμένα, η θετική στάση, η ανατροφοδότηση, η αμοιβαία αλληλεπίδραση, η αμοιβαία εκτίμηση, η ισότητα και η εμπιστοσύνη φάνηκαν να κυριαρχούν αφού το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε από 75%-84%. Ποσοστά τα οποία είναι συγκριτικά υψηλότερα με τα αποτελέσματα παρόμοιων ερευνών (Kachiwala, 2006; Papastavrou et al., 2009; Saarikoski, 2003; Warne et al., 2010). Το αποτέλεσμα αυτό ενδυναμώνει παλαιότερες υποθέσεις που αποκαλύπτουν ότι η μεντορική σχέση είναι μια διαπροσωπική διαδικασία, ως εκ τούτου, η τυπική διδασκαλία θεωρείται χαμηλότερης σημασίας και όχι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας αποτελεσματικού μέντορα (Andrews & Chilton, 2000). Η προσιτότητα του μέντορα, το να αισθάνονται άνετα και η ενδυνάμωση υποστηρίχτηκαν από τους φοιτητές ότι συμβάλλουν άμεσα στη μετάδοση της γνώσης παρά η ίδια η διδασκαλία (Andrews & Wallis, 1999; Gillespie, 2005). Η δυναμική της λογικής αυτών των αποτελεσμάτων διαπιστώνεται

αφού χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη από το μέντορα οι φοιτητές δυσκολεύονται να επεξεργαστούν και να διαχειριστούν συναισθήματα ανασφάλειας, φόβου και αγωνίας που δημιουργούνται από τη θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς και την εκάστοτε πραγματικότητα του θαλάμου (Smith & Gray, 2001; Sprouse, 2001). Η θετική στάση βοηθά στην ανάπτυξη ενός ενεργητικού διάλογου που με τη σειρά του καταλήγει σε μια εποικοδομητική ανατροφοδότηση (Kontzambassaki et al., 1997) που συμβάλλει στην βελτίωση των ρόλων και των δύο πλευρών ξεχωριστά (Βλάχου & Πλακίστα, 2011). Από την πλευρά του μέντορα, του δίνεται η ευκαιρία να αναστοχαστεί την αποτελεσματικότητα των στρατηγικών διδασκαλίας του και να ακούσει προτάσεις από τους φοιτητές που θα τον βοηθήσουν να βελτιωθεί (Webb & Shakespeare, 2008). Από την άλλη πλευρά οι φοιτητές έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν τις απαραίτητες κλινικές εμπειρίες που σχετίζονται με το θεωρητικό περιεχόμενο, αλλά μαθαίνουν να διαχειρίζονται συναισθήματα που βιώνουν στην επαφή τους με τους ασθενείς που θα τους οδηγήσουν στην αυτογνωσία (Sprouse, 2001; Smith & Gray, 2001). Η αποτελεσματική ανατροφοδότηση πρέπει να στηρίζεται σε προγραμματισμένη δράση, να είναι συγκεκριμένη, αντικειμενική και σαφής, να δίνεται στην κατάλληλη στιγμή και να προκαλεί ανατροφοδότηση και αλλαγή στάσεων (Kachiwala, 2006). Η ανατροφοδότηση φάνηκε να συμβάλλει στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης γιατί με αυτό τον τρόπο συνειδητοποιούν τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους (Serena & Brudgoli, 2009).

Η θετική στάση σχετίζεται με το συναίσθημα της συμμετοχικότητας το οποίο συνοδεύεται από ενθουσιασμό αλλά και την επιθυμία απελευθέρωσης δεξιοτήτων που βρίσκονται κρυμμένες λόγω αβεβαιότητας και ανασφάλειας (Sprouse, 2001; Webb & Shakespeare, 2008). Σε γενικότερο πλαίσιο, τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι οι φοιτητές προσβλέπουν σ' ένα επαγγελματία νοσηλεύτη που η στάση και η συμπεριφορά του είναι άξια προς μίμηση και δρα ως «καλό νοσηλευτικό μοντέλο» (Papp et al., 2003).

Η άποψη των μελετητών (Hutchings et al. 2005) ότι η υποστήριξη και βοήθεια από τη διοίκηση προς το μέντορα θα πρέπει να είναι δεδομένη, δε συνάδει με τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας. Το περιεχόμενο επίβλεψης του μέντορα βρέθηκε να έχει μια ασθενή συσχέτιση με το στυλ ηγεσίας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας των

προϊσταμένων αλλά και της αδυναμίας τους να παρακολουθήσουν τις εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις που έχουν συμβεί την τελευταία πενταετία στην κυπριακή νοσηλευτική εκπαίδευση. Υπό το πρίσμα αυτών των αδυναμιών και παράλληλα με την ενίσχυση του ρόλου του μέντορα, είναι πιθανό να αποτελούν τους λόγους για τους οποίους παρατηρείται αποποίηση της ευθύνης κλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών από τις προϊστάμενες.

3.8. Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή

Η υποκατηγορία αυτή παρουσίασε το δεύτερο υψηλότερο μέσο όρο (ΜΟ=3,98) ακολουθώντας την υποκατηγορία «*το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης με το μέντορα*». Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την αξία που αποδίδουν οι φοιτητές στην κλινική επίβλεψη από τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή, ως μια στρατηγική ενίσχυσης την κλινικής πρακτικής. Οι ρόλοι των δύο ενισχύονται όλο και περισσότερο και δικαιώνουν τις προσδοκίες πολλών ερευνητών (Gillepsie, 2002; Pearson&Elliot, 2004; Saarikoski et al.,2009;Warne et al., 2010) για τη σημαντικότητά τους στην αποτελεσματικότητα της μάθησης μέσα στο κλινικό περιβάλλον που αποτελεί κεντρικό σημείο της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Ο ρόλος του ΚΣ, διερευνάται μέσα από εννέα ερωτήματα που κατανεμήθηκαν σε 3 υπο-ομάδες. Οι μέσοι όροι των υποομάδων στην παρούσα εργασία κυμάνθηκαν από 3,92 μέχρι 4,07. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με τους μέσους όρους προηγούμενων ερευνών των οποίων αυτοί κυμάνθηκαν από 3,36 μέχρι 3,56 (Saarikoski et al., 2009) και 2.97 μέχρι 3,58 (Warne et al., 2010), διαπιστώνεται εκ πρώτης όψεως άνοδος των μέσων όρων που αναφέρονται στο ρόλο του κλινικού συντονιστή. Αυτό διαπιστώνει την άποψη ότι ο ρόλος του ΚΣ είναι ένας καλός δείκτης αλλαγής της εκπαιδευτικής κουλτούρας που έχει προκύψει με τη μετάβαση στην ανώτερη νοσηλευτική εκπαίδευση (Warne et al., 2010).

Η υποομάδα που κυριάρχησε στην υποκατηγορία τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην έρευνα των Warne et al., (2010), ήταν το γεγονός ότι «Ο ΚΣ γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική». Η επιτυχία της σμίκρυνσης του χάσματος θεωρίας και πρακτικής θα μπορούσε να αποδοθεί στις προκαθορισμένες συναντήσεις μεταξύ του μέντορα με τον ΚΣ πριν την κλινική τοποθέτηση των φοιτητών. Έτσι οι μέντορες ενημερώνονται για τα γνωστικά πεδία των φοιτητών και τη διαθεσιμότητα του ΚΣ να συζητήσει προβλήματα που προκύπτουν από την επίβλεψη τους, προσέγγιση που φαίνεται να εκτιμάται ιδιαίτερα από τους φοιτητές (Clarke et

al., 2003). Επίσης οι Papp et al. (2003), επισημαίνουν ότι οι κλινικοί συντονιστές έχουν ένα κυρίαρχο ρόλο στην κλινική πρακτική, αποτελούν το μέσο ανάπτυξης γέφυρας συνεργασίας, επικοινωνίας και ενδυνάμωσης των σχέσεων μεταξύ των δυο χώρων (Πανεπιστημίου – κλινικού χώρου). Από τις απαντήσεις φαίνεται ότι ο κλινικός συντονιστής καταφέρνει να προσαρμόσει τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις των εκπαιδευτικών προγραμμάτων με τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των συνθηκών του κλινικού περιβάλλοντος. Επομένως, υπό την καθοδήγηση του ΚΣ συντίθεται το ιδεατό με το ρεαλιστικό περιβάλλον (Corlett, 2000). Το μεγαλύτερο πρόβλημα που ο ΚΣ αντιμετωπίζει είναι όταν πρέπει να διαχωρίσει το «σωστό τρόπο» όπως έχει διδαχτεί ο φοιτητής και τον «τρόπο του προσωπικού» στην εκτέλεση μιας διαδικασίας (Κοντζαμπασάκη, 1993; Chan, 2002). Η ενοποίηση και η συσχέτιση θεωρίας με την πράξη καθορίζεται από την εξουσία του ΚΣ στο κλινικό χώρο και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Lambert & Glacken, 2005).

Οι σχέσεις ανάμεσα στο φοιτητή, το μέντορα και τον κλινικό συντονιστή κατείχε το δεύτερο υψηλότερο μέσο όρο ($MO=3,97$). Οι συχνές επισκέψεις από τους ΚΣ εκτιμάται ιδιαίτερα από τους φοιτητές γιατί έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν τις θετικές εμπειρίες τους τις οποίες θα ήθελαν να μοιραστούν μέσω του ΚΣ με το υπόλοιπο προσωπικό (Carnwell, et al., 2007). Οι φοιτητές αναζητούν τις κοινές συναντήσεις, ίσως γιατί ο ΚΣ θεωρείται από τους φοιτητές ως δικλίδα ασφαλείας εκπλήρωσης των δεσμευτικών εκπαιδευτικών κλινικών απαιτήσεων του πανεπιστημίου (Papp et al. 2003; Carnwell, et al., 2007). Άποψη που συμπίπτει με έρευνα του Koh (2002), ότι οι μαθησιακές εμπειρίες που βιώνουν οι φοιτητές στην καθημερινή κλινική πράξη ενισχύονται με την παρουσία του κλινικού εκπαιδευτή, ιδιαίτερα όταν τοποθετηθούν σε ένα θάλαμο άγνωστο και πρωτόγνωρο. Αυτό συμβαίνει γιατί ενώ ο μέντορας είναι ο κλινικός ειδικός στο τμήμα, δεν μπορεί να συνθέσει και να συνοψίσει τη γνώση με την πράξη και να ενθαρρύνει τον αποτελεσματικό αναστοχασμό, αν δεν γνωρίζει τι έχει παραδοθεί στη θεωρία και τι αναμένεται από το φοιτητή, αν δε γνωρίζει το επίπεδο σπουδών στο οποίο βρίσκεται (Andrews & Wallis, 1999; Corlett, 2000). Η παρουσία του ΚΣ ενδυναμώνει το μέντορα, του παρέχει υποστήριξη και καθοδήγηση σε θέματα αξιολόγησης και διαχείρισης «δύσκολων» φοιτητών (Hutchings et al., 2005; O'Driscoll et al., 2010) και συμβάλλει στη συνεκτικότητα της ομάδας. Επομένως, η σημαντικότητα της τριπλής αυτής σχέσης έγκειται στο γεγονός ότι προσφέρει προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη τόσο

στους φοιτητές όσο και στον ίδιο το μέντορα. Ως αποτέλεσμα, ο μέντορας, ο οποίος συνεχίζει να αναπτύσσεται, μπορεί να βοηθήσει τους φοιτητές όλο και πιο αποτελεσματικά, με την παροχή στήριξης, καθοδήγησης και ευκαιριών κοινωνικοποίησης (Watson, 2004). Οι Hutchings et al., (2005) τονίζουν την υποχρέωση του εκπαιδευτικού ιδρύματος να υποστηρίξει τον μέντορα. Συνεπώς, η καλύτερη συνεργασία, επικοινωνία και πληροφόρηση από πλευράς των εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, βοήθησε τον μέντορα ώστε να εστιάζεται στο φοιτητή και τις μαθησιακές του ανάγκες και να δημιουργήσει ένα περιβάλλον που να υποστηρίζει τη κλινική μάθηση. Η εκπαιδευτική προετοιμασία του μέντορα, βελτιώνει τη διδακτική του ικανότητα, την ικανότητα για αξιολόγηση και μειώνει τις ανασφάλειες του (Andrews & Willis, 1999). Αυτό όμως δεν απαλλάσσει τον φοιτητή από την ευθύνη να αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για τη μάθηση του (O Driscoll et al., 2010).

Ο χαμηλότερος μέσος όρος δόθηκε στην υποομάδα «συνεργασία μεταξύ προσωπικού και ΚΣ» (ΜΟ= 3,92). Αποτέλεσμα που συμπίπτει με τις έρευνες των Saarikoski et al., (2008) και Warne et al., (2010). Η μη τακτικές επισκέψεις του ΚΣ με τον κλινικό χώρο υποδηλώνουν την απομόνωση του από τα ρεαλιστικά πεπραγμένα του κλινικού χώρου (νέες θεραπείες, νέες διαδικασίες) επηρεάζοντας την κοινωνικοποίηση του ΚΣ στο νοσηλευτικό τμήμα (Ramage, 2004). Οι σποραδικές επισκέψεις είναι ένας σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας γιατί συμβάλλουν στην ελλιπή επικοινωνία και εμποδίζουν την ανάπτυξη καλών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ του προσωπικού. Αποτέλεσμα αυτού είναι οι «φτωχές» διαπροσωπικές σχέσεις, γι' αυτό και η παρουσία του ΚΣ πολλές φορές μπορεί να αντιμετωπίζεται με καχυποψία και εχθρότητα αλλά και σαν εμπόδιο στην εργασία τους παρά σαν συνάδελφο που προσπαθεί να συνεισφέρει στη βελτίωση του επιπέδου της φροντίδας (Κοντζαμπασάκη, 1993; Ramage, 2004). Διάφοροι ερευνητές (Chun-Heung & French, 1997; Papp et al., 2003; Maslin-Prothero & Owen, 2001) τόνισαν την ανάγκη ανάπτυξης εργασιακών σχέσεων επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο την άμεση και έγκυρη ενημέρωση με τις συνεχείς και ραγδαίες αλλαγές σε θέματα φροντίδας και πολιτικές του τμήματος. Από την άλλη δίνεται η ευκαιρία στον ΚΣ να μοιραστεί πληροφορίες με το προσωπικό ενισχύοντας τις γνώσεις του, ενώ παράλληλα βοηθά να αναπτυχθεί μια εργασιακή φιλοσοφία βασισμένη στη διδασκαλία (Maslin-Prothero & Owen, 2001). Ωστόσο, φαίνεται ότι και οι προϊστάμενες δεν είναι ιδιαίτερα πρόθυμες να αναλάβουν την εκπαίδευση των φοιτητών αφού επισήμαναν την ανάγκη ενός σωστού

προγραμματισμού της κλινικής τοποθέτησης, ώστε ο αυξανόμενος αριθμός φοιτητών στους θαλάμους να συνοδεύεται με τον ανάλογο αριθμό προσωπικού του πανεπιστημίου (Hutchings et al., 2005).

Οι συσχετίσεις μεταξύ των τριών υποομάδων στην παρούσα έρευνα παρουσιάζουν ισχυρή στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r > 0,700$, $p < 0,001$). Από αυτό συμπεραίνεται ο πολύπλευρος ρόλος του ΚΣ. Ρόλοι που μεταξύ τους αλληλοσχετίζονται και αλληλεπιδρούν ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα με στόχο την επάρκεια του φοιτητή.

3.9 Ο Κλινικός Συντονιστής ή ο Μέντορας

Οι κλινικοί συντονιστές και οι μέντορες αποτελούν τα κύρια πρότυπα μοντέλου κλινικής μάθησης της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και οι βασικοί προαγωγοί (διαχειριστές) συναισθημάτων και υποστήριξης (Smith & Gray, 2001; Sprouse, 2001; Papp, 2003; Saarikoski et al., 2007; Saarikoski et al., 2009). Ωστόσο με βάση τα αποτελέσματα, οι φοιτητές της συγκεκριμένης εργασίας στην πλειοψηφία τους (53%) θεωρούσαν το μέντορα ως το σημαντικότερο άτομο που τους βοήθησε να κατανοήσουν τις βασικές έννοιες σε αντίθεση με τον κλινικό συντονιστή που από μόνος του συγκέντρωσε μόνο 13,4% ενώ και οι δύο μαζί 28,3%. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί πιθανώς οι φοιτητές βρίσκονται περισσότερο χρόνο με το μέντορα, ο οποίος προέρχεται και είναι εξοικειωμένος με τον πραγματικό χώρο άσκησης. Επίσης, το ενδιαφέρον του μέντορα εστιάζεται προσωπικά στο φοιτητή, ενώ του ΚΣ εστιάζεται στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις με αποτέλεσμα να αγνοούν τον υποστηρικτικό προς τους φοιτητές ρόλο τους (Carnwell et al., 2007). Το εύρημα συμφωνεί με τους Papp et al., (2003) σύμφωνα με τους οποίους οι φοιτητές απέδιδαν μικρή σημασία στον ΚΣ ως διαχειριστή των κλινικών μαθησιακών τους εμπειριών δίνοντας περισσότερη αξία στην άποψη του μέντορα έναντι του ΚΣ σε περίπτωση διαφωνίας. Η υπόθεση αυτή αιτιολογείται στο ότι οι φοιτητές αντιμετώπιζαν τον ΚΣ απλά ως επιπρόσθετο υποστηρικτή με κύρια ευθύνη του την οργάνωση της κλινικής τους μάθησης (Carnwell et al., 2007; Papp, 2003). Άλλος λόγος που μπορεί να αιτιολογήσει αυτή τη θετική στάση είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των μεντόρων ήταν νέοι κάτω των 35 χρόνων, (το 87,4 % των μεντόρων ήταν νοσηλευτές), και ενδεχομένως οι φοιτητές να τυγχάνουν καλύτερης μεταχείρισης και κατανόησης των αναγκών τους από ότι με μεγαλύτερης ηλικίας μέντορες (Earnshaw, 1995) καθώς είναι πιθανό να μειώνεται το στοιχείο του εκφοβισμού και της εξουσίας.

4. Περιορισμοί της έρευνας

Ένας σημαντικός περιορισμός της παρούσας έρευνας είναι ότι το δείγμα αποτελούσαν μόνο δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής σχολής, γεγονός που δεν επιτρέπει την αναγωγή των ευρημάτων σε όλα τα έτη σπουδών. Ως εκ τούτου δεν υπάρχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα των παραγόντων που επηρεάζουν το ΚΠΜ, αφού μέσα από τη βιβλιογραφία έχει διαφανεί ότι οι προτιμήσεις ή τι θεωρούν περισσότερο κατάλληλο για την κλινική τους επάρκεια μεταβάλλεται με το έτος σπουδών. Αυτό εμποδίζει τη σύγκριση με άλλα έτη σπουδών ως προς την ικανοποίηση τους από την κλινική τους τοποθέτηση και ως προς το τύπο επίβλεψης που θα προτιμούσαν οι μεγαλύτεροι, ως προς το έτος σπουδών, φοιτητές. Για το λόγο αυτό, τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε ολόκληρο το προπτυχιακό πρόγραμμα νοσηλευτικής.

Επίσης, η ποσοτική μόνο προσέγγιση περιορίζεται σε αντικειμενικές περιγραφές και αδυνατεί να δώσει υποκειμενικές απόψεις σχετικά με το ΚΠΜ. Μια ανοικτού τύπου ερώτηση θα έδινε την ευκαιρία εμβάθυνσης στο θέμα κλινικό περιβάλλον μάθησης, διερεύνησης φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών που δεν είχαν προβλεφθεί. Επίσης θα μπορούσε να δώσει πληροφορίες οι οποίες προσεγγίζουν την έννοια της ικανοποίησης πιο βαθιά και μπορούν να εκφραστούν απόψεις σχετικά με την κλινική εμπειρία μέσα από μια ποιοτική προσέγγιση.

Η έρευνα αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν τη μάθηση στο ΚΠΜ. Η διερεύνηση και αξιολόγηση των απόψεων για το κλινικό περιβάλλον μάθησης μόνο από τους φοιτητές αποτελεί σοβαρό περιορισμό της έρευνας. Η συνεκτίμηση των απόψεων του κλινικού συντονιστή, του μέντορα και της προϊστάμενης ίσως να ήταν πιο βοηθητική και ενισχυτική στην ανίχνευση εμποδίων στην κλινική πρακτική των φοιτητών.

Παρά τους περιορισμούς, τα ευρήματα της έρευνας είναι σημαντικά γιατί εκτός από τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν το ΚΠΜ, δίνονται επιπρόσθετες πληροφορίες που θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση του συστήματος κλινικής επίβλεψης, αισιοδοξώντας ότι θα συμβάλει στην θετικότερη ανάπτυξη του θεσμού του μέντορα και του κλινικού συντονιστή στα πλαίσια αναβάθμισης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης, ενισχύοντας παράλληλα την προστασία των ασθενών και την ασφάλεια της φροντίδας.

5. Συμπεράσματα- προτάσεις

Συμπερασματικά μέσα από τα ευρήματα της έρευνας φαίνεται ότι οι σχέσεις επίβλεψης παρουσίασαν ένα κυρίαρχο ρόλο στην κλινική διδασκαλία και μάθηση των φοιτητών αλλά και γενικότερα στην ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τοποθέτηση. Οι φοιτητές θεωρούσαν τους μέντορες πιο σημαντικούς από τους κλινικούς συντονιστές, παρόλο που μέσα από την ανασκόπηση φαίνεται ότι και οι δύο θεσμοί τόσο του μέντορα όσο και του ΚΣ είναι σημαντικοί και αλληλένδετοι για την επαρκή προετοιμασία των φοιτητών ως επαγγελματίες νοσηλευτές. Τα αποτελέσματα καθιστούν το μέντορα όχι μόνο αναπόσπαστο στοιχείο των προσπαθειών για επαγγελματική και προσωπική ανάπτυξη και βελτίωση των φοιτητών, αλλά και μέρος ενός ολόκληρου συστήματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης, και γενικότερα του υγειονομικού συστήματος. Από την άλλη όμως αναγνωρίζεται η ανάγκη ο υποβαθμισμένος ρόλος του ΚΣ να διασαφηνιστεί, να εμπλουτιστεί και να αναβαθμιστεί.

Αποστολή των μεντόρων είναι η καθοδήγηση, η υποστήριξη και η παροχή προκλήσεων στους φοιτητές. Ωστόσο οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ μέντορα και φοιτητή δείχνουν να έχουν ένα καταλυτικό ρόλο στην ολική ικανοποίηση των φοιτητών. Οι φοιτητές αναγνώρισαν ως βασικά στοιχεία που προήγαγαν τη μάθηση, τη θετική στάση, την εκτίμηση, την αποδοχή, την εμπιστοσύνη και την ισότητα. Ουσιαστικό ρόλο όμως στη βελτίωση των νοσηλευτικών δεξιοτήτων του ήταν η διαδικασία της ανατροφοδότησης. Η ειλικρινής ανατροφοδότηση επιταχύνει τη μάθηση, ενθαρρύνει τη συνέχιση της προσπάθειας και γενικότερα αυξάνει την αυτοπεποίθηση και ενισχύει την αυτό-κατεύθυνση. Άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι οι φοιτητές ήταν εξίσου ικανοποιημένοι από την ομαδική και την επιτυχή επίβλεψη. Δείχνοντας ότι η επαφή με άλλα άτομα συμβάλει στην διαδικασία της μάθησης είτε μέσου συναισθηματικής είτε μέσου πρακτικής υποστήριξης. Τα αποτελέσματα της έρευνας από οικονομικής πλευράς είναι εξίσου σημαντικά. Πιθανώς να δίνει περιθώρια επιλογής μιας οικονομικότερης μεθόδου κλινικής εκπαίδευσης μέσα σε μια περίοδο που η οικονομική περισυλλογή είναι από τα θέματα που απασχολούν περισσότερο.

Ωστόσο ο ρόλος του μέντορα θα ήταν ανεπαρκής χωρίς την υποστήριξη και την καθοδήγηση του ΚΣ. Ο ΚΣ με βάση τις απόψεις των φοιτητών, είναι το άτομο διασύνδεσης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και της κλινικής πρακτικής. Διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο

στην ενοποίηση της θεωρίας με την πράξη η οποία αποτελεί κοινό γνώμονα των ενεργειών του μέντορα και του ΚΣ ώστε οι φοιτητές να αντιληφθούν την αλληλοδιαδοχή τους. Επιπρόσθετα, μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε η ανάγκη περισσότερης επικοινωνίας και συνεργασίας ανάμεσα στον ΚΣ και το προσωπικό, ώστε να υποστηρίξουν τη μάθηση.

Προβληματικές φαίνεται να παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ προϊσταμένων και προσωπικού. Η προϊσταμένη δεν έδειχνε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος μάθησης αποδεικνύοντας ότι η εκπαίδευση των φοιτητών δεν αποτελούσε μέρος των δραστηριοτήτων και της ρουτίνας του τμήματος. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η συνεργασία προσωπικού – προϊσταμένης - φοιτητών να παρουσιάζει αδυναμίες και αποπροσωποποίηση με αντίκτυπο την αρνητική αντίληψη για το ΚΠΜ. Ίσως περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει αν η στάση αυτή είναι αποτέλεσμα εξωγενών παραγόντων (π.χ. φόρτος εργασίας, έλλειψη προσωπικού κ.λπ.) ή έλλειψη ενημέρωσης και εκπαίδευσης σχετικά με θέματα που αφορούν στους φοιτητές.

Μέσα από την παρούσα εργασία φάνηκε επίσης να υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες στην χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Οι λόγοι δεν είναι ξεκάθαροι μέσα από αυτή την εργασία αλλά είναι ένα θέμα που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης αν αναλογιστεί κανείς ότι ζούμε στην εποχή της τεχνολογίας και της πληροφορίας. Η γνώση της τεχνολογίας εξυπακούεται ότι θα αποτελεί ένα πλεονέκτημα στην κλινική διδασκαλία. Ο λόγος είναι ότι συμβάλει στη διαχείριση, διαμοιρασμό πληροφοριών με συνεργατικό τρόπο αλλά και ως μέσο επεξεργασίας της γνώσης που έχει αποκτηθεί κατά την κλινική πρακτική. Οι γνώσεις και δεξιότητες στη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και άλλων τεχνολογιών ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες των φοιτητών θα πρέπει ίσως να αποτελούν κριτήριο επιλογής των μεντόρων και των ΚΣ.

Τέλος, η ικανοποίηση θα μπορούσε να αποτελέσει δείκτη αξιολόγησης της κλινικής μάθησης με σκοπό τη βελτίωσή της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί όπως φάνηκε από την έρευνα η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με τα κίνητρα των φοιτητών για συνεισφορά στην όλη νοσηλευτική φροντίδα. Το θετικό ΚΠΜ εξαρτάται από τη συνεργασία, τη θετική ατμόσφαιρα, και τις αλληλεπιδράσεις με το προσωπικό. Η ενίσχυση της θετικής στάσης

μπορεί να επιτευχθεί, όταν συντονιστούν οι προσπάθειες των ατόμων που αντιπροσωπεύουν τόσο τη θεωρία όσο και την πράξη. Ο συντονισμός των προσπαθειών προϋποθέτει αλληλοκατανόηση ρόλων, αμοιβαίο σεβασμό, αμφίδρομη επικοινωνία και συνεχή ανατροφοδότηση. Ένα καλό εκπαιδευτικό πρόγραμμα συνδέεται έμμεσα με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Οι φοιτητές θα εργαστούν αργότερα σε ένα χώρο που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής.

Συνοψίζοντας ο κλινικός καθηγητής θεωρείται ο σύνδεσμος ανάμεσα στο Πανεπιστήμιο. Οι νοσηλευτές αποτελούν τα πρότυπα των σπουδαστών, η προϊστάμενη προάγει την ποιότητα της φροντίδας και παρέχει το κατάλληλο περιβάλλον από άποψη ευκολιών και προσωπικών αλληλεπιδράσεων που οδηγούν στην ανάπτυξη θετικού κλίματος. Ο κάθε ένας έχει το δικό του ρόλο να διαδραματίσει ώστε οι φοιτητές να αποκτήσουν επάρκεια σε βασικές κλινικές δεξιότητες κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση.

Σίγουρα μια έρευνα που αφορά στην κλινική πρακτική των φοιτητών δεν τελειώνει εδώ. Θα πρέπει να διερευνηθούν και άλλες παράμετροι που να βελτιώσουν ακόμα περισσότερο την προσπάθεια σκιαγράφησης ενός θετικού μαθησιακού κλινικού περιβάλλοντος.

Προτάσεις

Οι δύο χώροι (Πανεπιστήμιο και νοσηλευτικό ίδρυμα) πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η συνεργασία τους ανοίγει ένα ζωτικής σημασίας παράθυρο ευκαιρίας για την αναδημιουργία του επαγγέλματος. Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός, σε μία εποχή που το μέλλον του επαγγέλματος διαμορφώνεται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο που διέπεται από πολλές και ποικίλες προκλήσεις, στις οποίες θα κληθούν να ανταποκριθούν άμεσα και με ουσιαστικό τρόπο. Στρατηγικές που θα βοηθούσαν να αντιμετωπιστούν οι αυξανόμενες απαιτήσεις για ποιοτικές μαθησιακές ευκαιρίες ενός σημαντικού αριθμού φοιτητών προτείνονται να είναι οι εξής:

- Να ενισχυθεί ο ρόλος του ΚΣ που αποτελεί το συνδετικό κρίκο Πανεπιστημίου και κλινικού χώρου, συμβάλλοντας στη διατήρηση ανοικτών καναλιών επικοινωνίας

μεταξύ εκπαιδευτικών ιδρυμάτων και νοσηλευτικών τμημάτων, ώστε να υπάρξει περισσότερη συνεργασία ανάμεσα στις δύο πλευρές για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες.

- Προετοιμασία κλινικών συντονιστών και μεντόρων με την παρακολούθηση μικρής διάρκειας εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Στόχος να αναπτύξουν ικανότητες επικοινωνίας καθώς και η αλλαγή εκπαιδευτικής κουλτούρας με προσανατολισμό στις μαθησιακές ανάγκες του φοιτητή. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην καλλιέργεια της αυτοκατευθυνόμενης μάθησης
- Παροχή εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους προϊστάμενους και νοσηλευτές σε θέματα διαπροσωπικών σχέσεων και θέματα σχετικά με την εκπαίδευση των φοιτητών. Επίσης, συχνή ενημέρωση για τις εκπαιδευτικές αλλαγές στα νοσηλευτικά προγράμματα ώστε να επιτυγχάνεται η συνεργασία.
- Οργανωτικές αλλαγές και από κοινού στρατηγικός σχεδιασμός και προγραμματισμός που να αφορούν:

α) Αξιολόγηση και κριτήρια επιλογής νοσηλευτικών τμημάτων. Να εξετάζονται οι ιδιαίτερες συνθήκες του τμήματος και να απορρίπτονται τμήματα που δεν είναι ιδιαίτερα πρόθυμα ή αδυνατούν να «φιλοξενήσουν» τους φοιτητές. Να εστιάζονται στις μαθησιακές κλινικές εμπειρίες που προσφέρει, τις δυνατότητες και τον αριθμό του προσωπικού, την ποιότητα της φροντίδας, καθώς και τη στάση απέναντι στη διδασκαλία και τη μάθηση προς τους φοιτητές.

β) τη διάρκεια κλινικής τοποθέτησης και τις δεξιότητες και γνώσεις που αναμένεται να αποκτήσουν, καθώς και τις προϋποθέσεις αξιολόγησης τους.

γ) στο να προγραμματίζονται «λειτουργικά», και να οργανώνονται διαθέσιμες κλινικές ουσιαστικές μαθησιακές ευκαιρίες σε συνεργασία με τη προϊστάμενη.

δ) στο να καθοριστούν οι εκπαιδευτικές ευθύνες και ρόλοι των προϊστάμενων, του προσωπικού, του μέντορα και του κλινικού συντονιστή.

- Σε επίπεδο Υπουργείου να γίνουν σχετικοί διακανονισμοί για περιορισμό των εξωγενών παραγόντων όπως ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη προσωπικού. Επίσης, η απαλλαγή της προϊστάμενης και των νοσηλευτών από μη νοσηλευτικά καθήκοντα έτσι

ώστε να επικεντρωθούν στον τριπλό τους ρόλο, αυτόν της φροντίδα, της εκπαίδευσης και της έρευνας.

- Καλύτερη οργάνωση της εκπαίδευσης από πλευράς των Πανεπιστημίων και τη διευθέτηση χώρων για κλινικά μαθήματα στο νοσοκομειακό χώρο.
- Η καθοδήγηση των φοιτητών από το μέντορα με το σύστημα βάρδιας, συμπεριλαμβανομένου και του Σαββατοκυριακού. Το θέμα θεωρείται σημαντικό ειδικότερα σε μικρής διάρκειας κλινικές τοποθετήσεις. Αυτό θα βοηθούσε παράλληλα και στην αποσυμφόρηση των κλινικών τμημάτων.
- Καλύτερη ενημέρωση και προετοιμασία των φοιτητών για το τι πρόκειται να συναντήσουν στο θάλαμο. Αποφεύγοντας το «σοκ της πραγματικότητας».
- Η ανάθεση συγκεκριμένων νοσηλευτικών τμημάτων στον ΚΣ και η μικρή διάρκεια προσανατολισμού (2 μέρες) στο συγκεκριμένο τμήμα που θα επιβλέπουν, θα ενίσχυε την επιστημονική αξιοπιστία του αλλά και την καλύτερη συσχέτιση της θεωρία με την πράξη.
- Να διερευνηθεί η πιθανότητα βοήθειας στην κλινικής διδασκαλίας από φοιτητές μεγαλύτερου έτους σπουδών (π.χ. 4^ο έτος) (που θα ξεχωρίζουν για το ήθος και το ενδιαφέρον τους για τη νοσηλευτική), σε φοιτητές μικρότερου έτους (1^ο έτους). Το όλο εγχείρημα θα γίνεται κάτω από την επίβλεψη και καθοδήγηση του μέντορα.
- Τέλος, προκειμένου να εξασφαλιστεί μια θετική μαθησιακή εμπειρία για τους φοιτητές, θα πρέπει η νοσηλευτική εκπαίδευση να εστιάσει τα φώτα του ενδιαφέροντος της στον κλινικό χώρο αντί στις αίθουσες διδασκαλίας. Ενώ παράλληλα να γίνει κατανοητό ότι το επίκεντρο της κλινικής άσκησης είναι η μάθηση και όχι η παροχή υπηρεσιών.

Βιβλιογραφία

Αγγλική

Adams, V. J. (2002). Consistent clinical assignment for nursing students compared to multiple placements. *Journal of Nursing Education, 41*(2), 80-82.

Addis, G. & Karadag, A. (2003).An evaluation of nurses' clinical teaching role in Turkey. *Nurse Education Today,23*(1),27-31.

Allan, H. T., Smith, P. A., & Lorentzon, M. (2008). Leadership for learning: A literature study of leadership for learning in clinical practice. *Journal of Nursing Management, 16*(5), 545-555.

An Bord Altranais. (2003). Requirements and standards for nurse registration education programmes.

Antoniou, M.(1990). Policy and Practice of Education in Cyprus. Doctoral Dissertation. University of Wales.

Andrews, G., Brodie, D., Andrews, J., Wong, J., & Thomas, B. G. (2005). Place (ment) matters: Students' clinical experiences and their preferences for first employers. *International Nursing Review, 52*(2), 142-153.

Andrews, M., & Chilton, F. (2000). Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today, 20*(7), 555-562.

Andrews, M., & Wallis, M. (1999). Mentorship in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing, 29*(1), 201-207.

Attack, L., Comacu, M., Kenny, R., LaBelle, N., & Miller, D. (2000). Student and staff relationships in a clinical practice model: Impact on learning. *The Journal of Nursing Education, 39*(9), 387-392.

Annual report (1963). Ministry of Health. Cyprus republic.

Ballentyne, E. (2004). Evaluation of the placement Learning Unit: summary. Summary. Unpublished. Project commissioned by Devon and Cornwall Workforce Development Confederation and the Faculty of Health and Social Work, University of Plymouth, Plymouth.

Bain, L. (1996). Preceptorship: a review of literature. *Journal of Advance Nursing*,24(1),104-107.

Bandura, A. (1977). *Social learning Theory*. USA: General Learning press.

Barrett, D. (2006). The clinical role of a nurse lecturer: past, present, future. *Nurse Education Today*,27,367-374.

Beeman, R.Y.(2001). New partnerships between education and practice: Precepting Junior nursing students in the acute care setting. *Journal of Nursing Education*,40(3),132-134.

Benner P.,Tanner C.A.& Chesla C.A.(1996).*The expertise in Nursing Practice Caring, Clinical judgment and ethics*. Springer Publishing Company: New York

Benner, P., Benner, P. E., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L., & Shulman, L. S. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation* Jossey-Bass.

Bishop, V. (2008). Clinical governance and clinical supervision: Protecting standards of care. *Journal of research in nursing*, 13(3),3-5

Brunner J. (1960). The process of education . Η διαδικασία της παιδείας. Μετάφραση : Κληρίδη Χ. Καραβία Α.).

Burke, L. (1994). Preceptorship and post –registration nurse education. *Nurse Education Today*,14,60-66

Burn, I. and Paterson, I.M.(2004). Clinical practice and placement support: supporting learning in practice. *Nurse Education in Practice*,5,3-9.

- Burnard, P.(1994). Developing the reflecting practitioner: exploring new methods in nursing education. *Asian Journal of Nursing Stud.*,1,20-23.
- Campbell,I.E., Larrivee, L., Field, P.A.,Day, R.A.Reutter L.,(1994). Learning to nurse in the clinical setting. *Journal of Advance Nursing* 20,1125-1131.
- Clarke C.L., Gibb C.E.& Ramprogus V.(2003). Clinical learning environments: innovative role to support pre-registration nursing placements. *Learning in Health& Social Care*, 2,105-115
- Carnwell, R., Baker, S. A., Bellis, M., & Murray, R. (2007). Managerial perceptions of mentor, lecturer practitioner and link tutor roles. *Nurse Education Today*, 27(8), 923-932.
- Carlson, S. Kotze, WJ. &Van Rooyen,D.(2003). Accompaniment needs of first year nursing students in the clinical learning environment. *Curationis*,26(2),30-39.
- Chan, D. S. K. (2001). Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 447-459.
- Chan, D. S. K. (2002). Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International Journal of Nursing Studies*, 39(5), 517-524.
- Chekol, I. (2003). Supervision as an Educational Activity in Practical Training in the Nursing Programme–A Description of Variation in Understanding Supervision,
- Chun - Heung, L., & French, P. (1997). Education in the practicum: A study of the ward learning climate in hong kong. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 455-462.
- Corlett, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse Education Today*, 20(6), 499-505.
- Council Directive (77/452/EEC). Concerning the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of the formal qualifications of nurses responsible for general care, including

measures to facilitate the effective exercise of the right of establishment and freedom to provide services.

<http://eur->

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1977L0452:20070101:EN:PDF

Davies, R.(2008). The Bologna Process: the quiet revolution in Nursing Higher education. *Nurse Education Today* 28(8), 935-942.

Davey, L. (2003). Nurses eating nurses: The caring profession which fails to nurture its own!– students corner. *Contemporary Nurse*, 13(2), 192-197.

Department of Health (2010). Preceptor Framework, for newly register nurses , Midwifery and Alied Health Professionals.London: Department of Health.

Duffy, K., (2004). Failing students. Nursing and Midwifery Council:London.www.nmc-uk.org.

Dunn S. V. and Burnett P. (1995).The development of a clinical learning environment scale. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1166-1173.

Dunn, S. V., & Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1299-1306.

Dunn S.V., Ehrich, L.,Mylonas, A. & Hansford B.C.(2000). Students' perceptionof field experience in professional development: a comparative study. *Journal of Nursing Education* 39,393-400.

Earnshaw, G.J.(1995). Mentorship: the students' views. *Nurse Education Today*,15,274-279.

Edwards, H., Smith, S., Courtney, M., Finlayson, K., & Chapman, H. (2004). The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse Education Today*, 24(4), 248-255.

ENB/English National Board (2001). Preparation of Mentors and Teachers: A new Framework of guidance.ENB. Department of Health.

EU, TAIEX, (2002).Expert Mobilization: Memorandum on the Profession of Nurses in Cyprus(EU Commission,2003)

European Commition(2009). Education and Training –Lifelong Learnig process – Bologna Process –Towards the European Higher education Area. http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc1290_en.htm [Ημερομ. Προσβ. 22 Δεκεμβρίου, 2011]

European Commision,(2007). White paper-Together for health: A strategic approach for the EU2008-2013.http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy [Ημερ.πρόσβασης 10/01/2012].

Fawcett, D. L. (2002). Mentoring--what it is and how to make it work. *AORN*, 75(5), 950-954.

Fenton, P. (2005). Student perceptions of a quality clinical experience: Findings from the literature and their application to radiation therapy. *Radiographer: The Official Journal of the Australasian Institute of Radiography, the*, 52(1), 30-33.

Fisher, M.(2005). Exploring how nurse lectures maintain credibility. *Nurse Education in practice*,5(1),21-29.

Fretwell, J.E. (1982). *Ward Teaching and Learning*. Royal College of Nursing.

Gaberson, K. B., & Oermann, M. H. (2010). *Clinical teaching strategies in nursing* .Spriner Publishing Company: USA.

Gillespie, M. (2002). Student-teacher connection in clinical nursing education. *Journal of Advance Nursing*,37, 566-576.

Gillespie, M. (2005).Student-teacher connection: a place of possibility. *Journal of Advance Nursing*,52(2),211-219.

Gillespie M. & McFetridge, B.(2006). Nurse Education-the role of the nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing*,15(5), 639-644.

Hayden-Miles M.(2002).Humor in clinical nursing education. *Journal of nursing education,41*,420-424.

Hartigan-Rogers J., Cobbett S.,Amirault, M. Muise-Davis, M.(2007). Nursing graduates' perceptions of their undergraduate clinical placement. *Int. Journal nursing Education Scholarship,4*(9).

Henderson, A., Twentyman, M., Heel, A., & Lloyd, B. (2006). Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: An evaluation of placement models. *Nurse Education Today, 26*(7), 564-571.

Hinchliff,S. (2009). *Practitioner as Teacher. (4th edition)*. London:Churchill Livingstone.

Hosoda, Y., (2006). Development and testing of a clinical learning environment diagnostic inventory for baccalaureate nursing students. *Journal of advance nursing 56*,(5),480-490.

Holmulund K.,Lindgren B.,Athlin, E. (2010). Group supervision for nursing students during their clinical placements: Its content and meaning. *Journal of Nursing Management,18*,678-688.

Humphreys, A., Gidman J.&Andrews M. (2000). The nature and purpose of the nurse lecturer in practice settings . *Nurse Education Today,20*.311-317.

Hunter B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital –based midwifery.*Midwifery,21*,253-266

Hutchings, A., Williamson, G. R., & Humphreys, A. (2005). Supporting learners in clinical practice: Capacity issues. *Journal of Clinical Nursing, 14*(8), 945-955.

Ip, W. Y., & Chan, D. S. K. (2005). Hong Kong nursing students' perception of the clinical environment: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 42*(6), 665-672.

Jackson, C., Bell, L., Zabalegui, A., Palese, A., Sigurðardóttir, Á. K., & Owen, S. (2009). A review of nurse educator career pathways; a European perspective. *Journal of Research in Nursing, 14*(2), 111.

Jackson, D., & Mannix, J. (2001). Clinical nurses as teachers: Insights from students of nursing in their first semester of study. *Journal of Clinical Nursing, 10*(2), 270-277.

Johansson, U. B., Kaila, P., Ahlner - Elmqvist, M., Leksell, J., Isoaho, H., & Saarikoski, M. (2010). Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: Psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of Advanced Nursing, 66*(9), 2085-2093.

Jarvis, P. (2004). *Adult education and lifelong learning*. 3rd ed. London: Routledge & Kegan Paul.

Kachiwala, A. Y. (2006). *Student Nurses' opinions Regarding The Clinical Learning Environment And Supervision at Malamulo Hospital, Malawi*. Master dissertation. Johannesburg.

Kelly, R. Shoemaker, M. & Steele, T. (1996). The experience of being a male student nurse. *Journal of Nursing Education, 35*(4), 170-174.

Kilcullen, N. (2007). An analysis of the experiences of clinical supervision on registered Nursing undertaking MSc/graduate diploma in renal and urological nursing and their clinical supervisors. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1029-1038

Kilminster, S. M., Folly, B.C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: Literature review. *Medical Education, 34*, 827-840.

Knowles M. (1980). *The modern Practice of adult education. From Pedagogy to andragogy*. Chicago: Follet Publ.co.

Kolb, D. (1984). *Experiential Learning*. New Jersey, Prentice Hall.

Koh,L.C. (2002). The perceptions of nursing students of practice-based teaching. *Nurse Education in Practice*,2, 35-43.

Kramer, M.(1974).*Reality shock*. Saint Louis, CV Mosby.

Lauder, W. Reynolds W., Argus, N. (1999).Transfer of knowledge and skills: some implications of nursing and nurse education. *Nurse Education Today*,19,480-487.

Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: Relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1.

Lambert, V., & Glacken, M. (2005). Clinical education facilitators: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 664-673.

Lennox, S., Skinner, J., & Foureur, M. (2008) Mentorship, preceptorship and clinical supervision: Three key processes for supporting midwives. *New Zealand College of Midwives Journal* 39, 7-12.

Lewin, D. (2007). Clinical learning environments for student nurses: Key indices from two studies compared over a 25 year period. *Nurse Education in Practice*, 7(4), 238-246.

Lewis, D. (1998). Clinical supervisionfor nurse lectures. *Nursing Standard*,12(29),40-43.

Lindgren, B., & Athlin, E. (2010). Nurse lecturers' perceptions of what baccalaureate nursing students could gain from clinical group supervision. *Nurse Education Today*,

Löfmark, A., & Wikblad, K. (2001). Facilitating and obstructing factors for development of learning in clinical practice: A student perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1), 43-50.

Lyth G. Clinical supervision: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2000; **31**: 722-729.

Mandison J.,Watson K., Knight BA.(1994). Mentors and preceptors in nursing profession. *Contemporary Nurse* 3(3),121-126.

Mannix, J., Faga, P., Beale, B., & Jackson, D. (2006). Towards sustainable models for clinical education in nursing: An on-going conversation. *Nurse Education in Practice*, 6(1), 3-11.

Maslin-Prothero S E& Owen, S.(2001).Enhancing your links an credibility. *Nurse education Today*,1,189-195.

Mattila, L. R., Pitkäljärvi, M., & Eriksson, E. (2010). International student nurses' experiences of clinical practice in the finnish health care system. *Nurse Education in Practice*, 10(3), 153-157.

McGowan, B. (2006). Who do they think they are? undergraduate perceptions of the definition of supernumerary status and how it works in practice. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1099-1105.

Melia, K. (2006). R000271191–Nursing in the New NHS: A Sociological Analysis of Learning and Working.

<http://www.esrsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/ViewAwardPage.aspx?AwardId=1613>

[Ημερ. Πρόσβασης 12/10/2011]

Mills JE, Francis KL, Bonner A. 2005 Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. *Rural and Remote Health* 5: 410.

Midgley K.(2006). Pre-registration student nurses perception of the hospital-learning environment during clinical placements. *Nurse Education Today*,26(4), 338–345

Moscaritolo, L. M. (2009). Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *The Journal of Nursing Education*, 48(1), 17.

Murphy, F.(2000). Collaborating with practitioners in teaching and research: a model for developing the role of the nurse lecturer in practice areas. *Journal of Advance Nursing*,31(3),704-714.

Murray M.(2001). *Beyond the myths and Magic of mentoring – How to facilitate an effective mentoring Process*. San Fancisco: Jossey-Bass Inc.

Nash, R. E. (2007). *Collaboration in clinical education: Development, implementation and evaluation of an innovative model of clinical education for undergraduate nursing students*. Doctoral Thesis .

Nursing and Midwifery Council (2008). *Standards to support learning and assessment in practice:NMC standards for mentors, practice teachers,and teachers*.

<http://standarts.nmcuk.org/PreRegNursing/statutory/background/Pages/Introdoaction>.

[Ημερ. Προσβασης 05/05/2011].

O'Driscoll, M., Allan, H., & Smith, P. (2010). Still looking for leadership-who is responsible for student nurses' learning in practice? *Nurse Education Today*, 30(3), 212-217.

Oermann, M. H., & Gaberson, K. B. (2009). *Evaluation and testing in nursing education* Springer Pub Co.

Ogier, M.(1982). *An ideal sister?* Royal College of Nursing.

Oliver R. & Endersby C. (1994).*Teaching and Assessing Nurses: A handbook for preceptors*. London: Bailliere Tindall.

Orton, H. (1981). *Ward Learning Climate*. Royal College of Nursing.

Papastavrou, E. (1995). *A Delphi Survey of the clinical Role of the Nurse Teacher in Cyprus*. Master Dissertation. University of Matcherter. UK.

Papastavrou, E., Lambrinou, E., Tsangari, H., Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse Education in Practice*, 10(3), 176-182.

Papp, I., Markkanen, M., Von Bonsdorff, M. (2003). Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Education Today*, 23(4), 262-268.

Pearcey, P. A., & Elliott, B. E. (2004). Student impressions of clinical nursing. *Nurse Education Today*, 24(5), 382-387.

Paterson B. (1994). A framework to identify reactivity in qualitative research. *Western Journal of Nursing Research* 16,301-316.

Polit D.F. & Beck C.T.(2008). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for nursing Practice*. 8th edn. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Price, R., Hopwood, N. Pearce, V., Auding the clinical placement experience. *Radiografy*,6,151-159

Quality Assurance Agency for higher Education,(2006). Outcomes from institutional audit Work-based and placement learning, and employability. QAA,Mansfield. <http://www.qaa.ac.uk/Publications/InformationAndGuidance/Pages/Outcomes-institutional-audit-Work-based-placement-learning-employability.aspx>. [Ημερ.Προσβ. 17/01/2012]

Quinn, F.M. (2000). *The principles and practice of nurse education*, 4th edn. Nelson Thornes: Cheldenham

Quinn, F. M., & Hughes, S. J. (2007). *Quinn's principles and practice of nurse education* Nelson Thornes. Cheldenham.

Ramage,C. (2004).Negotiating multiple roles link teachers in clinical practice. *Journal of Advance Nursing*,45,287-296.

Raisler, J., O' Grady, M.& Lori, J.(2003).Clinical teaching and learning in midwifery and women's health. *Journal of Midwifery and Women's health*,48(6),398-406.

Rogers C. (1983). *Freedom to learn for the 80's*.USA, Charles E. Merril Publ Co.

Saarikoski, M. (2002). *Clinical learning environment and supervision: Development and validation of the CLES evaluation scale. ANNALES-UNIVERSITATIS TURKUENSIS SERIES D, 525.*

Saarikoski, M., & Leino-Kilpi, H. (2002). The clinical learning environment and supervision by staff nurses: Developing the instrument. *International Journal of Nursing Studies, 39(3), 259-267.*

Saarikoski, M. (2003). Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. *International Journal of Psychiatric Nursing Research, 9(1), 1014-1024.*

Saarikoski, M., Marrow, C., Abreu, W., Riklikiene, O., & Özbicakçi, S. (2007). Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: A cross cultural perspective. *Nurse Education in Practice, 7(6), 407-415.*

Saarikoski, M., Isoaho, H., Warne, T., & Leino-Kilpi, H. (2008). The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies, 45(8), 1233-1237.*

Saarikoski, M., Warne, T., Kaila, P., & Leino-Kilpi, H. (2009). The role of the nurse teacher in clinical practice: An empirical study of Finnish student nurse experiences. *Nurse Education Today, 29(6), 595-600.*

Salminen, L., Stolt, M., Saarikoski, M., Suikkala, A., Vaartio, H., & Leino-Kilpi, H. (2010). Future challenges for nursing education-A European perspective. *Nurse Education Today, 30(3), 233-238.*

Serena, P., & Brudgoli A. (2009). Italian nursing students' perception of their clinical learning environment as measured with the CLEI tool. *Nurse Education Today, 29(8), 886-890.*

Smith, P., & Gray, B. (2001). Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today, 21(3), 230-237.*

- Spitzer, A., & Perrenoud, B. (2006). Reforms in nursing education across western Europe: Implementation processes and current status. *Journal of Professional Nursing*, 22(3), 162-171.
- Spouse, J. (2001). Workplace learning: Pre-registration nursing students' perspectives* 1. *Nurse Education in Practice*, 1(3), 149-156.
- Stewart BM, Krueger LE.(1996). An evolutionary concept analysis of mentoring in nursing. *Journal of Professional Nursing* **12**: 311-321.
- Suikkala, A., & Leino-Kilpi, H., (2001). Nursing student-patient relationship: A review of literature from 1984 to 1998. *Journal of Advance Nursing*,33(1),42-50.
- Suikkala, A., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2008). Nursing student-patient relationships: A descriptive study of students' and patients' views. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 15.
- Suhonen R., Valimaki m., Leino-Kilpi H.(2002). 'Individualised care' from the patients,nursesand relatives perspective-a review of the literature. *International Journal of Nursing Studie*,39,645-654.
- Swanson K.(1999). What is known about caring in nursing science. In : Hinshaw AS, Feetman S. Sshaver J(eds) Handbook of clinical nursing research. California: Sage.
- Watson S.(2004).Mentor preparation: reasons for undertaking the course and expectation of the condidates. *Nurse Education Today*,24.30-40.
- Warne, T., Johansson, U. B., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., den Bossche, K. Saarikoski, M. (2010). An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today*,30(8),809-815.
- Webb C. & Shakespeare P.(2008). Judgments about relationship in nurse education. *Nurse Education Today*,28(5),563-571.

Wilson- Barnett, J. Butterworth, T., White, E., Twinn, S., Davies, S.& Riley, E. (1995). Clinical support and the project 2000 nursing student: factors influencing this process. *Journal of Advance Nursing*,21, 1152-1158.

WHO (2000).*European Health21/ Target 18 : Developing Human Resources for Health*.Cobenhagen.Health Documentation service.

Wray, N., & McCall, L. (2009). ‘They don’t know much about us’: Educational reform impacts on students’ learning in the clinical environment. *Advances in Health Sciences Education*, 14(5), 665-676.

Usher, K. Nolan, C. Reser, P. Owens J.Tollefson, J. (1999).An exploaration of the preceptor role: preceptors’ perceptions of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role. *Journal of Advance Nursing*,29, 506-514.

Ελληνική

Βλάχου, Ε. &Πλαγίσου,Λ. (2011). Η Κλινική Επίβλεψη ως Μηχανισμός Υποστήριξης των Νοσηλευτών. *Νοσηλευτική*,50(3),279-287.

Γεωργιάδης, Α.(2001). Ιστορία Της Κυπριακής Ιατρικής και Νοσηλευτικής κατά την Αγγλοκρατία. Λευκωσία:Κύπρος.

DeYoung, S.(2009). Μέθοδοι Διδασκαλίας στη Νοσηλευτική Εκπαίδευση. (2^η έκδοση).(Επιστ. Επιμ. Σταυροπούλου, Α.).Εκδόσεις Λαγός: Αθήνα.

Επίσημη Εφημερίδα της Κυπριακής Δημοκρατίας,(2005). *Παράρτημα όγδοο. Σχέδια Υπηρεσίας. Αρ.3649*. Κύπρος: Κυπριακή Δημοκρατία.

Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο (2005) .Οδηγία 2005/36/EC. Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης,07.9.2005. <http://eur->

lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2005:255:0022:0142:el:PDF. [Ημερ. Προσβ.22 Δεκέμβριο,2011].

Κοντζαμπασακή, Σ. (1993). Διερεύνηση Του" Περιβάλλοντος Μάθησης" Των Σπουδαστών Της Νοσηλευτικής ΤΕΙ Στον Κλινικό Τομέα. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα.Ελλάδα.

Kontzambassaki S., Panou, M.,Dimou F., Karabagli A. Koutsopolou B. Ikonomidou, U.(1997). Nursing students' and faculty's perception of the characteristics of best and worst clinical teachers: a replication study. *Journal of Advance Nursing* 26(4),817-824.

Κοτζαμπασάκη, Σ. (2006). Κλινική νοσηλευτική εκπαίδευση, Μοντέλα κλινικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης, Κλινικός καθηγητής, Μέντορας. *Νοσηλευτική*, 45 (3), 315-325.

Κοντζαμπασάκη, Σ. (2010). Διδασκαλία και μάθηση στη Νοσηλευτική, και άλλες επιστήμες. Αθήνα: Βήτα.

Κωστογιαννοπούλου Ο.,Τσιπλαχνίδου Ε.,Σταυροπούλου Α. (2009).Το χάσμα ανάμεσα στην θεωρία και πράξη: μια νέα προσέγγιση. *Ελληνική νοσοκομειακή οδοντιατρική*,2,71-74.

Lefrancois G.R. (2004). *Ψυχολογία της διδασκαλίας*.. (Ραφτόπουλος Α. Επιμέλεια.) 1^η ελλ.εκδ. Αθήνα:Ελλην

Λεοντίου, Γ.(2010). *Νοσηλευτές και Τεχνολογία της πληροφορικής*. Διατριβή επιπέδου μάστερ. Κυπρος: Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μαντζούκας, Σ. (2009). Πράξη βασισμένη σε αποδείξεις. *Νοσηλευτική*,48(1),7-18.

Μερκούρης, Α.(2008).Μεθοδολογία Νοσηλευτικής έρευνας. Ελλήν: Αθήνα

Μισουρίδου Ε. (2007). Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή ασθενή. *Νοσηλευτική*,46(3),374-380.

Μίτσιγκα Μ. (2005). Ομιλία της Διευθύντριας της Νοσηλευτικής Σχολής στην εκδήλωση για τα 60 χρόνια λειτουργίας της Σχολής, στη Λευκωσία. Γραφείο Τύπου και

πληροφοριών.<http://www.cyprus.gov.cy/moi/pio/pio.nsf/All/0F4CBCDAEBA43434C22570C0003923D8?OpenDocument> [Ημερ. Πρόσβασης Δεκεμβριο,2011].

Μπακάλης Ν. Μπατσολάκη Μ. (2006).Χαρακτηριστικά σχεδιασμού ενός οργανισμού. Εφαρμογή σε νοσηλευτικό ίδρυμα. *Νοσηλευτική*,45(1),56-67.

Μπαμπινιώτης Γ.(2003). Λεξικό της Νεας Ελληνικής Γλώσσας. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.

Ο περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Νόμος Ν.214/88

<http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/AD460BEF5AA8F468C22574D30027B0A0?OpenDocument>

Παπαδόπουλος, Ν.(2001). *Ψυχολογία. Σύγχρονη πειραματική*. Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Παπασταύρου, Ε. (1997).Ο ρόλος του νοσηλευτή εκπαιδευτικού στον κλινικό χώρο: κριτική ανάλυση της βιβλιογραφίας.

Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου Γ.,Τσαγκάρη, Χ.(2010α). Η αντίληψη της φροντίδας και της εξατομίκευσης της φροντίδας ανάμεσα στους ασθενείς και νοσηλευτές της Κύπρου. *Κυπριακά Νοσηλευτικά Χρονικά*,11(12),18-27.

Παπασταύρου, Ε., Ευσταθίου Γ., Νικηταρά, Μ. Τσαγκάρη, Χ. Μερκούρης, Α. Κάρλου, Χ., Palese,A., Tomietto, M., Balogh,Z., Suhonen, R. Leino-Kilpi, H.,Jarošova,D., Πατηράκη,Ε. (2010β). Η Έννοια της Φροντίδας: Αποτελέσματα από μια Πιλοτική Ερευνητική Εργασία *Νοσηλευτική*, 49(4), 406-417.

Σταθοπούλου, Χ.(2007). Μάθηση βασισμένη στη διερεύνηση του προβλήματος: Εφαρμογή στη νοσηλευτική εκπαίδευση. *Νοσηλευτική*,46(1),48-54.

Παράρτημα

Η ΜΑΘΗΣΗ ΣΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Ο σκοπός αυτής της διεθνούς συγκριτικής μελέτης είναι να διερευνηθεί η γνώμη των φοιτητών της Νοσηλευτικής σχετικά με τις εμπειρίες της κλινικής τους τοποθέτησης. Για τη συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου θα χρειαστείτε περίπου 10 λεπτά. Το ερωτηματολόγιο διερευνά τρεις πλευρές της εμπειρίας σας : (1) τον τύπο του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης, (2) την επαφή και τη σχέση που είχατε με τους επιβλέποντες και τους μέντορες στην πρακτική (3) την επαφή με τον κλινικό συντονιστή. Είναι σημαντικό κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου να σκέφτεστε ΜΟΝΟ την τελευταία σας κλινική τοποθέτηση στο περιβάλλον του νοσοκομείου.

2. Χώρος που διεξάγεται η μελέτη

- Ιδιωτικό πανεπιστήμιο.....Διευκρινίστε
- Δημόσιο Πανεπιστήμιο

3. Η ηλικία σας (έτη)

4. Φύλο

- Άρρεν
- Θήλυ

5. Έτος σπουδών σας

- Πρώτο
- Δεύτερο
- Τρίτο
- Τέταρτο

6. Τύπος της νοσηλευτικής μονάδας στην οποία είχατε την τελευταία σας κλινική τοποθέτηση.

- Γηριατρικό
- Χειρουργικό

- Γυναικολογικό
- Παθολογικό
- Παιδιατρικό
- Ψυχιατρικό
- Άλλο

7. Έγιναν καθόλου αλλαγές κατά την τοποθέτησή σας; (για παράδειγμα για τη βελτίωση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας;)

- Όχι
- Ναι
- Δεν μπορώ να αξιολογήσω

8. Τύπος του νοσοκομείου όπου έκανα την πρακτική μου

- Γενικό νοσοκομείο
- Εξειδικευμένο κέντρο φροντίδας (ογκολογικό, μεταμοσχευτικό κλπ)
- Κέντρο φροντίδας υγείας στην κοινότητα
- Άλλο

9. Μοντέλο Κλινικού συντονιστή (εργοδοτείται από το πανεπιστήμιο)

- Κλινικός συντονιστής που να εργάζεται κυρίως στο νοσοκομείο.
- Κλινικός συντονιστής ο οποίος εργάζεται στο νοσοκομείο και στο πανεπιστήμιο
- Άλλο σύστημα

10. Διάρκεια της τοποθέτησης (πλήρεις εβδομάδες)

11. Πόσες φορές έχετε συναντήσει τον κλινικό συντονιστή (ο οποίος εργοδοτείται από το πανεπιστήμιο) κατά τη διάρκεια της κλινικής σας τοποθέτησης;

- Καθόλου
- 1-2 φορές
- 3 φορές
- Πιο συχνά

12. Έχετε χρησιμοποιήσει εργαλεία επικοινωνίας διαδικτύου (π.χ. ηλεκτρονικά μηνύματα, κινητά τηλέφωνα, virtual learning environment) κατά την κλινική σας τοποθέτηση;

- Δεν έχω χρησιμοποιήσει
- 1-3 φορές κατά τη διάρκεια της τοποθέτησής μου
- 4-6 φορές κατά τη διάρκεια της τοποθέτησής μου
- Πιο συχνά

Οι ακόλουθες δηλώσεις που αφορούν στο θάλαμο, βασίζονται σε κύριες περιοχές, με ξεχωριστό τίτλο η καθεμία.

Για κάθε δήλωση, παρακαλώ επιλέξτε τη δήλωση η οποία περιγράφει καλύτερα την επιλογή σας.

Κλίμακα αξιολόγησης: 1=Διαφωνώ πλήρως, 2= Διαφωνώ μερικώς, 3= δεν συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ μερικώς, 5=Συμφωνώ πλήρως

Το κλινικό περιβάλλον μάθησης

1

5

Η ατμόσφαιρα στο θάλαμο:

13. Το προσωπικό ήταν εύκολο να προσεγγιστεί

14. Κατά τη διάρκεια των συναντήσεων
του προσωπικού (π.χ. πριν την αλλαγή βάρδιας)

αισθανόμουν άνετα να συμμετέχω στις συζητήσεις

15. Αισθανόμουν άνετα να πηγαίνω στο θάλαμο
κατά την έναρξη της βάρδιας μου

16. Στο θάλαμο υπήρχε θετική ατμόσφαιρα

.....
Στυλ ηγεσίας της προϊσταμένης του θαλάμου (ΠΘ):

1 5

17. Η ΠΘ θεωρούσε το προσωπικό του
θαλάμου της/του ως ένα σημαντικό πόρο
για το θάλαμο.

18. Η ΠΘ αποτελούσε μέλος της ομάδας

19. Η ανάδραση από την ΠΘ θα μπορούσε
εύκολα να θεωρηθεί ως εκπαιδευτική διαδικασία.

20. Η προσπάθεια του κάθε εργαζόμενου εκτιμόταν
ξεχωριστά

.....
Νοσηλευτική φροντίδα στο θάλαμο:

1 5

21. Η νοσηλευτική φιλοσοφία του θαλάμου ήταν καθορισμένη ξεκάθαρα.
22. Οι ασθενείς λάμβαναν εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα
23. Δεν υπήρχαν προβλήματα στη ροή πληροφοριών σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών
24. Η τεκμηρίωση της νοσηλευτικής φροντίδας (π.χ. νοσηλευτικό σχέδιο, καθημερινή καταγραφή των νοσηλευτικών διαδικασιών κ.λ.π) ήταν ξεκάθαρη

.....
Μάθηση στον θάλαμο:

- | | 1 | | | | 5 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 25. Η βασική κατατόπιση ήταν καλά οργανωμένη | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Γενικά το προσωπικό ενδιαφερόταν για την επίβλεψη των φοιτητών | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Το προσωπικό γνώριζε τον κάθε φοιτητή με το όνομά του. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Υπήρχαν επαρκείς σημαντικές εκπαιδευτικές καταστάσεις στο θάλαμο. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

29. Οι μαθησιακές συνθήκες ήταν
πολυδιάστατες όσον αφορά στο περιεχόμενό τους

30. Ο θάλαμος μπορεί να θεωρηθεί ως
καλό μαθησιακό περιβάλλον

.....
Η σχέση επίβλεψης με τον μέντορα:

Σε αυτό το έντυπο η έννοια της επίβλεψης αναφέρεται στην καθοδήγηση, υποστήριξη και αξιολόγηση των φοιτητών της νοσηλευτικής η οποία παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η επίβλεψη μπορεί να γίνεται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο. Η έννοια του **μέντορα** αναφέρεται σε καθορισμένο προσωπικό επιβλέποντα.

31. Επαγγελματικός τίτλος του επιβλέποντα

- Νοσηλευτής/τρια
- Εξειδικευμένος Νοσηλευτής/τρια
- Αναπληρωτής προϊστάμενος του θαλάμου
- Προϊστάμενος/η
- Άλλοι / τι

32. Συχνότητα της επίβλεψης (από τον μέντορα)

- Δεν είχα καθόλου επίβλεψη
- Καθορίστηκε μέντορας αλλά η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο δεν πέτυχε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης.
- Ο μέντορας άλλαξε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης, παρόλο που δεν ήταν προγραμματισμένο
- Ο μέντορας άλλαξε ανάλογα με τη βάρδια ή το χώρο τοποθέτησης

Ο Ο ίδιος μέντορας αναλάμβανε διάφορους φοιτητές και επέβλεπε ομαδικά παρά ατομικά.

Καθορίστηκε μέντορας και η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο πέτυχε κατά την κλινική τοποθέτηση

Άλλη μέθοδος επίβλεψης (παρακαλώ διευκρινίστε)

.....

33. Πόσο συχνά είχατε εξατομικευμένη, μη προγραμματισμένη συνάντηση με το μέντορα (χωρίς συντονιστή):

καθόλου

μία ή δύο φορές κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης μου

λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα

περίπου μία φορά την εβδομάδα

πιο συχνά

.....

Το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης (Μέντορας):

Οι ακόλουθες δηλώσεις αφορούν στη σχέση επίβλεψης

Για κάθε δήλωση, παρακαλώ επιλέξτε την επιλογή που περιγράφει καλύτερα τη δική σας άποψη

Κλίμακα αξιολόγησης: 1=Διαφωνώ πλήρως, 2= Διαφωνώ μερικώς, 3= δεν συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ μερικώς, 5=Συμφωνώ πλήρως

1 5

34. Ο μέντορας μου έδειξε θετική στάση

κατά τη διάρκεια της επίβλεψης

35. Αισθάνθηκα ότι έπαιρνα εξατομικευμένη

- επίβλεψη
36. Ελάμβανα συνεχώς ανατροφοδότηση
από τον μέντορα
37. Γενικά είμαι ικανοποιημένος/η με την
επίβλεψη που είχα
38. Η επίβλεψη βασιζόταν σε μια σχέση
ισότητας η οποία προήγαγε τη μάθησή μου
39. Υπήρχε αμοιβαία αλληλεπίδραση στη
σχέση επίβλεψης με το μέντορα
40. Αμοιβαία εκτίμηση και αποδοχή επικρατούσε
στη σχέση επίβλεψης με το μέντορα
41. Η σχέση επίβλεψης χαρακτηριζόταν από
ένα αίσθημα εμπιστοσύνης

Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή:

Ο κλινικός συντονιστής εργοδοτείται από το Πανεπιστήμιο

Οι ακόλουθες δηλώσεις που αφορούν τον κλινικό συντονιστή βασίζονται σε 5 μεγάλες περιοχές, κάθε μία με ξεχωριστό τίτλο.

Για κάθε δήλωση, παρακαλώ επιλέξτε τη δήλωση η οποία περιγράφει καλύτερα την επιλογή σας.

Κλίμακα αξιολόγησης: 1=Διαφωνώ πλήρως, 2= Διαφωνώ μερικώς, 3= δεν συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ μερικώς, 5=Συμφωνώ πλήρως

Ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική

1

5

42. Κατά την άποψη μου, ο κλινικός συντονιστής

ήταν ικανός να συνδέσει τη

θεωρία με την καθημερινή πρακτική της
νοσηλευτικής

43. Ο κλινικός συντονιστής ήταν ικανός

να συγκεκριμενοποιήσει τους μαθησιακούς στόχους

της κλινικής μου τοποθέτησης

44. Ο κλινικός συντονιστής με

βοήθησε να μειώσω το χάσμα μεταξύ θεωρίας

και πρακτικής

Η συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος και κλινικού συντονιστή

1

5

45. Ο κλινικός συντονιστής λειτουργούσε

σαν ένα μέλος της νοσηλευτικής ομάδας

46. Ο κλινικός συντονιστής νοσηλευτής μπορούσε

να παρέχει την παιδαγωγική του εξειδίκευση

στην κλινική ομάδα.

47. Ο κλινικός συντονιστής και η

κλινική ομάδα εργάστηκαν μαζί για να

υποστηρίξουν τη μάθηση μου

Η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή

Οι κοινές συναντήσεις ανάμεσα σε

μένα, τον μέντορα μου και τον κλινικό συντονιστή

ήταν μία άνετη εμπειρία

49. Το κλίμα των συναντήσεων ήταν συναδελφικό

50. Το επίκεντρο των συναντήσεων ήταν

οι δικές μου ανάγκες μάθησης.

Μοντέλο ρόλου της επαγγελματικής νοσηλευτικής

51. Σύμφωνα με την εμπειρία σας, ποιο ήταν το σημαντικότερο άτομο που σας βοήθησε να κατανοήσετε καλύτερα τις βασικές έννοιες και την πρακτική της νοσηλευτικής;

- Ο μέντορας
- Ο κλινικός συντονιστής
- Και οι δύο ήταν σημαντικοί

52. Η συνεισφορά μου σε αυτή την κλινική τοποθέτηση:

- Δεν είχα υποκίνηση
- Είχα υποκίνηση
- Είχα πολύ μεγάλη υποκίνηση

53. Πόσο ικανοποιημένος/ η είστε με την κλινική σας τοποθέτηση που μόλις τελείωσε;

- Πολύ δυσαρεστημένος
- Κάπως δυσαρεστημένος
- Ούτε ευχαριστημένος, ούτε δυσαρεστημένος
- Κάπως ευχαριστημένος
- Πολύ ευχαριστημένος

