

Tartu Ülikool
Arstiteaduskond
Õendusteaduse osakond

Lily Parm

**ÕENDUSÜLIÕPILASTE HINNANG KLIINILISELE ÕPIKESKKONNALE JA
JUHENDAMISELE – VÕRDLEV KIRJELDAV UURIMUS**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2013

Juhendajad:

Marika Asberg, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Ilme Aro, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus kaitsmisele lubamise kohta:

/TÜ AR OT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev/

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Lily Parm

01.01.1967

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose „Õendusüliõpilaste hinnang kliinilisele õpikeskkonnale ja juhendamisele – võrdlev kirjeldav uurimus“

mille juhendajad on Marika Asberg, Ilme Aro

- 1.1.reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2.üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **01.09.2014** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tallinnas, 19.05.13

KOKKUVÕTE

Lily Parm (2013). Õendusüliõpilaste hinnang kliinilisele õpikeskkonnale ja juhendamisele – võrdlev kirjeldav uurimus.

Kliiniline õpikeskkond mõjutab kliiniliste oskuste kujunemist ja annab üliõpilastele võimaluse teoorias omandatud rakendada praktikas. Maailmas on palju uuritud kliinilist õpikeskkonda ja juhendamist ning on selgunud, et üliõpilased vajavad eelkõige toetavat õpikeskkonda. Uurimistöö probleemiks on see, et Eestis läbi viidud varasemate uuringute tulemustest ilmnesid mitmed praktikaalased probleemid. Viimane praktika juhendamise ja õpikeskkonna rahulolu uuring viidi läbi aastal 2007 ja jätku-uuringuid pole tehtud. Samal ajal on toimunud mitmed muutused praktika juhendamise osas. Suurenenud on ka praktikajuhendajate koolituse läbinud õdede hulk. Praegu puudub aga teave, kuidas on muutused mõjutanud üliõpilaste hinnangut juhendamisele ja kliinilisele õpikeskkonnale.

Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õendusüliõpilaste hinnangut õpikeskkonnale ja juhendamisele kliinilisel praktikal ning võrrelda saadud tulemusi Asbergi 2007. aastal läbi viidud uuringu tulemustega. Uurimistöö oli kvantitatiivne, empiiriline, võrdlev. Andmete kogumiseks kasutati *Clinical Learning Environment and Supervision Instrument (CLES)* ankeetküsimustikku. Valimi moodustasid kõik II ja III kursuse õendusüliõpilased Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist (n=302), kes olid läbinud vähemalt ühe kliinilise praktika. Kokku analüüsiti 291 korrektselt täidetud ankeeti. Andmed analüüsiti andmetöötlusprogrammi SPSS 20,0 abil.

Uurimistöö tulemustest selgus, et üliõpilased hindasid juhendamist kliinilisel praktikal heaks. Kõige kõrgemalt hinnati vastastikusel usaldusel põhinevat juhendamist ning praktikajuhendaja positiivset suhtumist juhendamisse. Kõige madalamalt hinnati individuaalse juhendamise kogemist ja see tuleneb sellest, et praktikajuhendajaks oli enamasti osakonnas töötav õde, ainult pooltel oli individuaalne praktikajuhendaja.

Kliinilise õpikeskkonna hindamisel hinnati kõige kõrgemalt osakonna vanemõde juhtimisstiili ning kõige madalamalt osakonna atmosfääri. Üliõpilased nägid osakonna vanemõde meeskonnaliikmena, kes pidas lugu oma töötajatest ning tunti ka osakonnas valitsevat positiivset õhkkonda. Selgus, et osakonna koosolekutel ei tundnud üliõpilased ennast mugavalt. Paljude

üliõpilaste arvates oli osakonnas töötavatel õdedel mõningane vaimne ja füüsiline pinge. Kõrgema hinnangu andsid üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja.

Võrreldes 2007. ja 2012. aasta uurimistöö tulemusi, võib täheldada rahulolu tõusu õppepraktikaga. Kõige kõrgemalt hinnati osakonna missiooni/visiooni ja individuaalset õendusabi osakonnas. Kõige suurem langus oli õendusdokumentatsiooni selgusest arusaamisel. Suurenenud on praktikajuhendajaks olevate osakonna õdede osakaal.

Võtmesõnad: praktikajuhendaja, kliiniline õpikeskkond, juhendamine, kliiniline õppepraktika, õendusüliõpilased.

SUMMARY

Lily Parm (2013). Nursing Students' assessment of the clinical learning environment and mentoring – a comparative descriptive study.

Clinical learning environment affects clinical skills development and gives students the possibility to implement acquired knowledge into practice. There has been a lot of research done in the world to investigate clinical learning environment and supervision and it turned out, that students need above all the supporting learning environment. The research problem is, that in previous studies carried out in Estonia turned out several with practical training related problems. The last research, studying the satisfaction with supervision and learning environment, was conducted in 2007 and no research has been since then. At the same time several changes in supervision has been done. The amount of nurses, who have passed the training for supervisors, has increased, too. Now we don't know how the changes have influenced the students' ratings to supervision and clinical learning environment.

The research objective was to describe the assessment of learning environment and guidance in clinical practice by nursing students at Tallinn and Tartu Health Care Colleges and to compare the results with the results obtained by M. Asberg in 2007. The research was quantitative, empirical, comparative. Data were collected by Clinical Learning Environment and Supervision instrument (CLES) questionnaire. The sample consisted of all nursing students of II and III year at Tallinn and Tartu Health Care College (n = 302) who had undergone at least one clinical practice. A total of 291 questionnaires filled in correctly. Data were analyzed with SPSS 20.0 by using data processing program.

Research results showed that students' assessment guidance was good. The most highly evaluated was on mutual trust based guidance and supervisors' positive attitude in coaching. The students were mostly supervised by a nurse working in the department, only half of students had individual supervisor, therefore the lowest rating was for individual mentoring experiences.

Evaluating the clinical learning environment were assessed most highly head nurse's management style, and the lowest rating was for atmosphere of the department. Students saw the head nurse as a team member, who respected the staff, and there was also a positive atmosphere in the department, but in the department's meetings, they didn't feel comfortably. Many of the students thought there were some nurses working in the department under the psychological and

physical stress. Higher rating was given by the students who had an individual supervisor.

Comparing 2007 and the 2012th the research results can be observed rise in satisfaction with practical training. Statistically, the most highly was assessed the department' s mission/vision and the individual nursing care in department. The biggest decline was in nursing documentation clarity of understanding. Increased was supervision by the department nurses.

Keywords: supervisor, clinical learning environment, instruction, clinical training practice, nursing students.

SISUKORD

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks.....	3
KOKKUVÕTE.....	4
SUMMARY	6
1. SISSEJUHATUS	10
2. ÕENDUSÜLIÕPILASTE JUHENDAMINE JA KLIINILINE ÕPIKESKKOND	12
2.1. Õendusüliõpilaste juhendamine kliinilisel praktikal	12
2.2. Kliiniline õpikeskkond	18
2.2.1. Osakonna atmosfäär	18
2.2.2. Õendusabi osakonnas	20
2.2.3. Osakonna vanemõe juhtimistiil	22
3. METOODIKA.....	24
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	24
3.2. Uuritavad.....	24
3.3. Andmete kogumine	25
3.4. Andmete analüüs	27
4. TULEMUSED.....	29
4.1. Uuritavad.....	29
4.2. Õendusüliõpilaste hinnang juhendamisele kliinilisel praktikal.....	29
4.3. Õendusüliõpilaste hinnang kliinilisele õpikeskkonnale	32
4.3.1. Praktikabaasi kirjeldus	32
4.3.2. Osakonna atmosfäär	33
4.3.3. Osakonna vanemõe juhtimistiil.....	34
4.3.4. Õendusabi osakonnas	36
4.3.5. Õppimine osakonnas	37
4.4. Erinevused õendusüliõpilaste hinnangutes 2007. ja 2012. aastal kogutud uurimistöode andmetega.....	39
5. ARUTELU	41
6. JÄRELDUSED.....	51
KASUTATUD KIRJANDUS	52

LISAD

Lisa 1. Informeeritud nõusoleku vorm

Lisa 2. Kliinilise keskkonna ja juhendamise hindamise skaala

Lisa 3. Nõusolek mõõdiku autorilt

Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks

Lisa 5. Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamise ja Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert`i 5-astmelisel skaalal).

1. SISSEJUHATUS

Eestis saab õppida õeks Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis, kus on rahvusvaheliselt akrediteeritud õppekavad. Õdede põhiõppe maht on 210 EAP, millest kliiniline praktika moodustab 90 EAP (42,8%). Kliiniline praktika toimub tervishoiuasutustes, kellel on tegevusluba ja kellega on koolidel sõlmitud lepingud.

Kliiniline õpikeskkond mõjutab kliiniliste oskuste kujunemist ja annab üliõpilastele võimaluse teoorias omandatud rakendada praktikas. Maailmas on palju uuritud kliinilist õpikeskkonda ja juhendamist ning on selgunud, et üliõpilased vajavad eelkõige toetavat õpikeskkonda. Toetava õpikeskkonna loomisel on oluline üliõpilase ja juhendaja vaheline koostöö (Dunn ja Hansford 1997, Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski 2003, Lambert ja Glacken 2005, Hosoda 2006). Juhendamisest positiivse kogemuse saanud õendusüliõpilane hindab positiivsemalt ka osakonda kui õpikeskkonda. Individuaalset juhendamist kogunud üliõpilased on kõige enam rahul juhendamise kõigi aspektide, õpikeskkonna ja kvaliteediga osakonnas. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002, Saarikoski 2003, Asberg 2008).

Kliinilisel praktikal on juhendaja eelkõige õpetaja ja toetaja, kes koos üliõpilasega loob õpikeskkonna. Juhendaja juhendamisasest ettevalmistusest oleneb sageli, milliseks kujuneb tema koostöö üliõpilasega. Puudulik pedagoogiline ettevalmistus võib saada takistuseks üliõpilaste juhendamisel. (Lambert ja Glacken 2005, Laitila jt 2007, Williams ja Irvine 2009, Jokelainen jt 2010). Üliõpilase toetamise seisukohalt on oluline, et juhendajal oleksid teadmised, mis aitavad tal aru saada, millises arenguetapis on juhendatav, vastasel juhul võib üliõpilane tunda suurt stressi ja tema õpieesmärgid võivad jääda täitmata (Moscaritolo 2009, Jimenez jt 2009, Karabacak jt 2012).

Eestis võivad praktikajuhendajateks olla rakenduskõrgharidusega õed, kes on läbinud praktikajuhendajate koolituse (õe põhiõppe õppekava, Tartu Tervishoiu Kõrgkool). Praktikas aga see alati nii ei ole. Vahtramäe (2006) poolt läbi viidud uuringust selgus, et paljudel juhtudel puudus üliõpilastel individuaalne juhendaja või siis said üliõpilased praktikat sooritada koos praktikajuhendajaga ainult mõnel praktikapäeval. Asberg (2008) uurimistööst selgus, et ainult pooltel uuritavatest olid individuaalsed praktikajuhendajad ja neljandikul uuritavatest puudusid juhendajad üldse.

Õendushariduse kvaliteedi hindamiseks on oluline teha uurimistöid, kus kajastatakse nii kliinilist õpikeskkonda kui ka juhendamist (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002). Eestis on praktika juhendamisest tervishoiu kõrgkoolides tehtud kaks magistritööd. Nii Vahtramäe (2006) kui Asbergi (2008) töö põhjal võib järeldada, et Eestis esinevad probleemid kliinilise praktika ja selle juhendamise osas. Puudujääkide kõrvaldamiseks tehti rida ettepanekuid. Näiteks tehti ettepanekud koostada praktikajuhendajatele koolitusprogrammid ja juhendid. Samuti leiti, et haiglates peaks olema juhendajaid toetav isik. Samuti soovitas Asberg (2008: 56) välja töötada juhendajatele esitatavad nõuded. Praeguseks on neid soovitusi küll järgitud, kuid puudub siiski suuresti ülevaade sellest, mida need muutused on endaga kaasa toonud. Asberg (2008: 55) soovitas oma uurimistöös kasutatud mõõdikut korrigeerida ja võtta seejärel mõõdik süstemaatiliselt kasutusele, aga seda ei ole praeguseks veel tehtud.

Uurimistöö probleemiks on see, et Eestis läbi viidud varasemate uuringute tulemustest ilmnedid mitmed praktikaalased probleemid. Viimane praktika juhendamise ja kliinilise õpikeskkonna rahulolu uuring viidi läbi aastal 2007 ja jätku-uuringuid pole tehtud. Samal ajal on toimunud mitmed muutused praktika juhendamise osas. Suurenenud on ka praktikajuhendajate koolituse läbinud õdede hulk. Praegu puudub aga teave, kuidas on muutused mõjutanud üliõpilaste hinnangut juhendamisele ja kliinilisele õpikeskkonnale.

Käesoleva uurimistöö eesmärk on kirjeldada Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õendusüliõpilaste hinnangut kliinilisele õpikeskkonnale ja juhendamisele praktikal ning võrrelda saadud tulemusi Asbergi 2007. aastal läbi viidud uuringu tulemustega.

Uurimisülesanded on:

- 1) Kirjeldada, kuidas hindavad õendusüliõpilased juhendamist kliinilisel praktikal.
- 2) Kirjeldada, kuidas hindavad õendusüliõpilased kliinilist õpikeskkonda praktikal.
- 3) Kirjeldada, millised on erinevused õendusüliõpilaste hinnangutes, võrreldes 2007. ja 2012. aastal kogutud andmetega.

2. ÕENDUSÜLIÕPILASTE JUHENDAMINE JA KLIINILINE ÕPIKESKKOND

2.1. Õendusüliõpilaste juhendamine kliinilisel praktikal

Kliinilisel õppepraktikal olevate õendusüliõpilaste (edaspidi üliõpilaste) õppimist hõlbustab toetava õpikeskkonna loomine ja väga oluline roll selles on üliõpilaste juhendamisel. Praktikabaasidega sõlmitakse kokkulepped ja üliõpilaste juhendamiseks organiseeritakse toetussüsteemid. Praktikabaas peab olema valmis tagama üliõpilastele õppekavaga kooskõlas oleva õppetöö. (Jokelainen jt 2011). Siin on oluline osa koolipoolsete juhendajate ja praktikabaasi koostööl, kus eelkõige arvestatakse üliõpilaste vajadustega. Õendusõpetajatel on kohustus koostöös praktikabaasidega arendada kooli õppekava. (Gillespie 2005). Uurimistöös, kus uuriti USA ja Lõuna-Korea õendusüliõpilaste rahulolu kliinilise praktikaga, selgus, et enam olid praktikaga rahul USA üliõpilased. Ühe rahulolu põhjustava faktorina toodi välja, et õppekava korralduses on arvestatud sellega, et konkreetsele õendusvaldkonna teooria õpetamisele järgneb sama õendusvaldkonna praktika. Näiteks üliõpilastel, kes õppisid koolis lasteõendust, järgnes sellele õppele kohe praktika lasteosakonnas. Samuti toodi uuringus välja, et USA-s juhendasid üliõpilasi kliinilisel praktikal juhendajad, kellel on hea koostöö ülikooliga ja vastupidi. Lõuna-Koreas aga ei olnud kliiniliste ainete järjestus seotud praktikaaegadega. Samuti ei toimunud kooli ja praktikabaasi vahel väga tihedat koostööd. (Lee jt 2009).

Üliõpilaste õpetamiseks kliinilises keskkonnas toimub nende praktikajuhendaja-poolne juhendamine. Juhendamine (*supervision, instruction, advise*) on tegevus, mille eesmärgiks on üliõpilase arendamine. Arendamine on mitmetahuline protsess, millel on oma loogiline kulg ja mis vajab toimimiseks selles osalevate inimeste aktiivsust, aega ja sobivat keskkonda. Protsessi igas etapis võib täheldada juhendatava ja juhendaja vahel erinevat suhet, erinevaid ülesandeid ja tulemit. Juhendamise all võib mõista ka abistavat käitumist, mis hõlmab nii õpet kui ka koostööd. (Vahtramäe jt 2011).

Praktikajuhendajal on vastutusrikas roll soodsa kliinilise õpikeskkonna kujundamisel ja üliõpilaste juhendamisel (Murray ja Williamson 2009, Jokelainen jt 2011). Praktikajuhendaja on üliõpilastele professionaalne eeskuju, konsultant ja mentor. Samuti peab praktikajuhendaja olema õpetaja, kes õpetab uusi oskusi, annab ülesandeid, aitab püstitada eesmärke, tagasisidestab ja annab praktikale hinnangu. (Dunn ja Hansford 1997, Kilminster jt 2007, Aru 2010, Jokelainen jt 2011, Vahtramäe jt 2011).

Dunn ja Hansford (1997) kirjeldasid kliinilist õppimist läbi viie faktori, milleks on personali ja üliõpilase vaheline suhe, vanemõe pühendumus, suhted patsiendiga, üliõpilase rahulolu ning rituaalid ja hierarhia. Toetavat kliinilist õpikeskkonda aitavad luua sõbralik ja avatud suhtumine, kus üliõpilane tunneb, et temaga arvestatakse kui meeskonnaliikmega ja teda juhendatakse piisavalt (Gardner ja Garder 2005, Murray ja Williamson 2009, Jokelainen jt 2011, Reid-Searl ja Happell 2012). Samuti olid kliinilise praktikaga rohkem rahul üliõpilased, kellel oli parem kontakt juhendajaga (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999).

Juhendamine võib olla kas individuaalne või grupiviisiline, kus juhendajal on juhendada mitu üliõpilast. Isegi kui praktikajuhendajal on juhendada mitu üliõpilast, tuleb üliõpilasele võimaldada individuaalne õppeprotsess. Õppimine toimub sellisel juhul personaalse õppeplaani alusel. Üliõpilase õpieesmärgid vaadatakse järjepidevalt üle, et kindlustada üliõpilase areng. (Kilminster jt 2007, Jokelainen jt 2011).

Individuaalse juhendamise korral töötavad praktikant ja praktikajuhendaja üksteist jälgides koos. Sellist juhendamist vajavad eriti need üliõpilased, kes on halvemate teoreetiliste teadmistega. Samuti vajavad üliõpilased otsest juhendamist, teostades keerulisi toiminguid, mis võivad olla ohtlikud nii patsientidele kui ka neile enestele. (Kilminster jt 2007, Reid-Searl ja Happell 2012). Inglismaal kehtestatud standardite kohaselt peab praktikajuhendaja olema tööl koos juhendatavaga 40% praktikaajast. Nädala lõikes peaks juhendajal juhendatavale aega kuluma 15 tundi.

Tudengite arengu seisukohast on oluline, et igal praktikandil oleks oma individuaalne juhendaja, kes oleks talle eeskujuks, õpetajaks, tagasiside andjaks, teadmiste kontrollijaks ja toetajaks nii psüühiliselt kui füüsiliselt (Hsu 2006, Levett-Jones jt 2009, Skaalvik jt 2011). Saarikoski (2002) andmetele tuginedes said nii Inglismaal kui Soomes küll üle poolte uuritud üliõpilastest individuaalset juhendamist, kuid probleemina toodi välja praktikajuhendaja vahetumine praktika aja jooksul. Tudengite õppimine osakonnas oleneb aga sageli juhendaja kättesaadavusest. Oluline on ka see, et juhendaja ja üliõpilased saaksid kohtuda regulaarselt ja et selleks oleks ka piisavalt aega. Oluliseks üliõpilast toetavaks tegevuseks võib pidada ka lisaks individuaalsele juhendajale asendusjuhendaja nimetamist. Selline tegevus kindlustab üliõpilasele täiendava toetuse, mis omakorda aitab kaasa ladusamale õppimisele. (Jokelainen jt 2011).

Edasise arengu käigus ootab üliõpilane praktikajuhendajalt suuremat usaldust. Jõukohaste ülesannete täitmise järel on oluline anda üliõpilasele positiivne tagasiside, mis muudab teda

enesekindlamaks (Koontz jt 2010, Williamson jt 2011). Iraanis tehtud uuringus kogesid õendusüliõpilased, et õed ei usalda neid patsientidega iseseisval tegelemisel. Usalduse puudumise tõttu tundsid tudengid, et nende iseseisev õenduslaste otsuste tegemine jätab soovida. (Jahanbour jt 2010). Samas uuringus tundsid õendusüliõpilased ka, et neid ei koheldud õiglaselt ja tehti vahet nende ning arstitudengite vahel. Meditsiinitudengite vigadesse suhtuti mõistvalt ja neid toetati, õendustudengite vead aga leidsid väga negatiivse ja mitte toetava vastukaja.

Toetuse vajadus ja maht sõltuvad juhendamise ajal nii konkreetsest indiviidist kui ka sellest, millises arenguetapis üliõpilane on. Seetõttu peaksid nii koolipoolne praktikajuhendaja kui ka õde, kes on juhendajaks praktikakeskkonnas, pöörama tähelepanu üliõpilase psühhosotsiaalsele seisundile. Praktikajuhendajad peavad teadma, millised on kliinilised stressorid ja millistega nendest võib juhendatav kokku puutuda. (Jimenez jt 2009). Stressi põhjustavateks teguriteks võivad olla patsiendi kannatuste nägemine või patsiendi suremine. Uuringutest on selgunud, et üliõpilased ei osanud õigesti käituda ja ei saanud hakkama eetiliste probleemide esinemisel, milleks võis olla ka inimese surm. (Vahtramäe 2006, Jimenez jt 2009).

Kirjanduse andmetel suurendavad sageli üliõpilaste stressi vähesed erialased teadmised ja oskused ning olukordades, kus vajatakse toetust ja abi, oskamatus pöörduda personali poole (Jimenez jt 2009). Üliõpilased võivad kogeda stressi ka ebaefektiivse juhendamise tõttu. Ärevus ja stress aga mõjuvad õppimisele negatiivselt. (Moscaritolo 2009, Karabacak jt 2012).

Õppija juhendamine praktiliselt oleneb tihti sellest, kui palju praktikajuhendajal on juhendatava jaoks aega. Oluline on, et juhendatav töötaks enamiku ajast koos juhendajaga. Takistusteks võivad olla praktikajuhendaja ajapuudus, tööpinge, samuti see, et enamik üliõpilasi ei praktiseeri nädalalõppudel ega ka öövahetuste ajal. Takistavaks võib osutuda ka asjaolu, et üliõpilasi praktiseerib ühes kohas korraka liiga palju ja nende jaoks ei jätku praktikajuhendajaid. (Murray ja Williamson 2009). Inglismaal tehtud uuringus (N=127) selgus, et üle poolte uuringus osalenud üliõpilastest olid enamiku vahetusi koos praktikajuhendajaga ja ainult 2% üliõpilastest ei töötanud ühtegi vahetust koos määratud praktikajuhendajaga (Myall jt 2008).

Kliinilises õpikeskkonnas võib esineda nii õppimist toetavaid kui ka õppimist pärssivaid tegureid (Dunn ja Hansford 1997, Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski 2003, Lambert ja Clacken 2005, Hosoda 2006). Õppimist võib pärssida ebaefektiivne juhendamine, kus praktikajuhendaja on madala empaatiavõimega, jäiga käitumisega ja ei kuula ära üliõpilase muresid. Üliõpilase

õppimisele mõjub negatiivselt juhendajapoolne sallimatus, kus hinnangute andmisel rõhutatakse negatiivseid aspekte. (Kilminster jt 2007). Samuti mõjub õppimist pärssivalt vaenulik keskkond, mille võivad luua nii õed kui ka praktikajuhendajad, kes ärrituvad või siis väldivad üliõpilaste küsimusi. Negatiivselt mõjub ka praktikajuhendaja ükskõiksus juhendatava suhtes. Üliõpilane tunneb ennast halvasti, kui juhendaja põhitähelepanu on tööülesannetel, mitte aga juhendamisel. (Hsu 2006, Ransie ja Grealich 2007, Levett-Jones jt 2009, Skaalvik jt 2011).

Uurimistöodes kirjeldasid üliõpilased head praktikajuhendajat kui õde, kes annab võimaluse arendada võimalikult palju erinevaid oskusi, lubades protseduuride teostamist jälgida ja võimalusel neis ka osaleda ning arutleb üliõpilastega, millised riskid võivad esineda ja vajadusel toetab üliõpilast (Kilminster jt 2007, Myall jt 2008). Nii patsiendi kui ka üliõpilase enda ohutuse tagamiseks peab praktikajuhendaja välja selgitama üliõpilase pädevuse. Vajadusel peab praktikajuhendaja olema üliõpilase jaoks kättesaadav. (Kilminster jt 2007). Austraalias tehtud uuringus selgus, et küsitletud 28 õendusüliõpilasest 9 tegid ravivea, kuna neil puudus praktikajuhendaja-poolne järelevalve. Vead tekkisid ravimitega tegelemisel. Ohutu ravimite andmine nõuab palju eelteadmisi, oskusi ning järelevalvet. Austraalia praktikakorraldusse on sisse kirjutatud, et üliõpilased peavad saama vajalikul tasemel juhendamist ja järelevalvet. Kahetsusväärsed juhtumid tingis aga asjaolu, et praktikajuhendajad juhendasid korraka mitmeid üliõpilasi, kes asusid erinevates kliinilistes osakondades. See aga omakorda tingis asjaolu, et vastutus järelevalve eest jäi teistele osakonna õdedele, kes aga olid hõivatud mitmesuguste töödega. (Reid-Searl ja Happell 2012).

Uurimistöode põhjal võib väita, et üliõpilased ootavad praktikajuhendajalt vajadusel julgustamist ja toetamist, samuti järjest keerulisemate ülesannete lahendamisele suunamist. Olulised on arutelud praktikajuhendajaga ja nende käigus toimub kogemuste jagamine, mis soodustab üliõpilastel õe tööks vajaliku kriitilise mõtlemise oskuse arendamist. Üliõpilaste suunamine järjest keerulisemaid ülesandeid tegema aitab üliõpilastel õppida vastutustunnet. Ühtlasi õpetab see üliõpilast töötama iseseisvalt. (Laitila jt 2007, Jokelainen jt 2011). Eestis tehtud uurimistööst selgus, et uuritavatest üliõpilastest kolmandik jäid ilma aruteludest ja vestlustest oma praktikajuhendajaga. (Asberg 2008). Oluline on juhendajapoolne julgustamine, et üliõpilased esitaksid küsimusi, mille pinnal võiksid tekkida arutelud, mille käigus jagatakse õendusabi-teemalisi kogemusi. (Jokelainen jt 2011).

Pikemat aega praktikal viibides on üliõpilastel rohkem võimalusi tulemuslikeks diskussioonideks praktikajuhendajaga. Lühemat aega praktikal viibiv üliõpilane võib omandada küll head

praktilised oskused, aga patsiendiga terapeutilise suhte loomiseks võib sellest jääda väheks. (Warne jt 2010). Õeks õppimine on mitmedimensiooniline protsess, mis nõuab piisavalt aega. Üheksas Euroopa riigis tehtud uurimistööst selgus, et mida pikemat aega on üliõpilased praktilal, seda suurem on praktikaga rahulolu. (Warne jt 2010).

Juhendamise protsessi edukus sõltub sellest, millise teoreetilise ettevalmistuse üliõpilane eelnevalt on saanud ja sellest, kuidas koos praktikajuhendajaga luuakse just tema arenguks vajaminev õpikeskkond (Johansson jt 2006, Severinsson ja Sand 2010). Üliõpilase juhendamise protsessi aluseks võib võtta Benner'i (1984) töö, milles autor toob välja, et teooria rajab tee praktikale, millele toetudes saab mõista teooria ja praktika koostoimimist. Üliõpilase juhendamine kliinilises praktikakeskkonnas nõuab juhendajalt lisaks õendusabi-alastele oskustele veel teadmisi nii pedagoogikast kui ka teadus-arendustegevusest (Laitila jt 2007, Jokelainen jt 2011). Praktikajuhendajate hariduslik taust on sageli erinev ja see võib nende tööd üliõpilastega raskendada. Praktikajuhendajad vajavad efektiivseks juhendamiseks koolitusi ja juhendeid. (Williams ja Irvine 2009). Praktika juhendamine peab olema kooskõlas nii kehtestatud standardite kui ka koolis õpetatud teooriaga. Praktikajuhendaja roll ja üliõpilaste juhendamise vastutus jäävad sageli mitmeti mõistetavaks. Mitmeti mõistmise vältimiseks peavad õendusvaldkonda reguleerivatel asutustel olema riiklikud standardid, kus on ära toodud juhendaja vastutus ja pädevused. (Myall jt 2008, Levett-Jones jt 2009, Reid-Searl ja Happell 2012). Õendusõpetajad, kes sageli on ka koolipoolseks praktikajuhendajaks, vastutavad nii kvaliteetse juhendamise kui üliõpilaste juhendamise tegelevate praktikat juhendavate õdede töö kvaliteedi eest. (Williams ja Irvine 2009).

Juhendamise käigus võivad tekkida mitmesugused probleemid. Sweitseri ja Kingi praktika arenguetappide teooria järgi ilmnevad probleemid kindlas järjekorras. Nendeks etappideks on ootuse, illusioonide purunemise, vastasseisu, kompetentsuse ja lõpetamise etapp. Praktikaetappide tundmine aitab juhendajal mõista üliõpilase tundeid ja reaktsioone. (Aru 2010).

Üliõpilasele annavad tegutsemise suuna praktika eesmärgid, mis aitavad keskenduda tulemustele ja hinnata saavutatud tulemusi. Nii koolipoolne kui ka praktikabaasi-poolne praktikajuhendaja peavad aktsepteerima praktika eesmäärke. Praktika eesmärgid oleks soovitatav püstitada juba praktika alguses. Praktikajuhendaja peab tagama, et eesmärgid oleks üliõpilase arenguks vajalikud ja realistlikud ehk teostatavad. Eesmärkide püstitamisel tuleb välja selgitada üliõpilase antud hetke oskuste tase, mille põhjal saab eesmärgistada personaalsed õppimisvajadused. (Kilminster jt 2007, Jokelainen jt 2011, Vahtramäe jt 2011). Töötades üliõpilasega ja aidates tal

kohandada praktika eesmäärke, peab juhendaja tundma piisavalt hästi teooriat ja oskama seda integreerida praktikasse. Kõige paremad tulemused saavutatakse kolmepoolses koostöös, kus osalevad üliõpilane, praktikabaasi-poolne juhendaja ja koolipoolne juhendaja. (Reid-Searl ja Happell 2012).

Kliinilises keskkonnas toimub õdedepoolne juhendamine, mis sisaldab nii praktilist tegevust, üliõpilasele tagasiside andmist kui ka hindamist. (Dunn ja Hansford 1997, Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski 2003, Lambert ja Glacken 2005, Hosoda 2006). Paljude uurimistööde tulemustest on selgunud, et õppimist toetavateks teguriteks on vastutustunne, usaldus, reflekteerimine ja tagasisidestamine. Praktikajuhendaja, kes on nii kutsealaselt kui ka juhendamises kompetentne, aitab üliõpilastel siduda teoreetilisi teadmisi praktilise õe tööga. Eriti aitab sellele kaasa oskuslikult tehtud tagasisidestamine (Lambert ja Glacken 2005, Hsu 2006, Skaalvik jt 2011), mis peab olema konstruktiivne. Tagasiside võib olla silmast silma antav, otseste juhiste andmine kliiniliseks tegevuseks, arutelud, mis keskenduvad probleemide lahendamisele või praktika lõpus antav kirjalik hinnang. (Kilminster jt 2007, Jokelainen jt 2011, Stewart jt 2011). Tagasiside peab olema nii toetav kui ka edasisi püüdlusi motiveeriv. Tagasiside peab aitama üliõpilasel säilitada või taastada positiivset enesehinnangut. (Warne jt 2010, Green 2011). Üliõpilane tegeleb patsiendiga ja ta peab saama praktikajuhendajalt tagasisidet selle protsessi kohta (Severinsson ja Sand 2010). Samuti soovib üliõpilane tagasisidet ka eksimuste ja ebaõnnestumiste korral (Reid-Searl ja Happell 2012). Tagasisidestamise käigus peaksid selguma ka uued eesmärgid. Uute ülesannete andmisel peab juhendaja kindlasti arvestama iga konkreetse üliõpilase võimekusega. Liiga keeruliseks osutuvate ülesannete korral muutub üliõpilane ebakindlaks ja see tekitab temas stressi. (Levett-Jones jt 2009, Green 2011).

Hindamise käigus selgub, kas üliõpilane on täitnud õpiväljundid. Hindamine peaks toimuma järjepideva protsessina, mitte aga olema ühekordne. (Kilminster jt 2007, Laitila jt 2007, Vahtramäe jt 2011). Hindamine peab üliõpilases jätma alles õppimise tahte. Isegi kui läbikukkumine on vältimatu, tuleb säilitada väärikus ja enesekindlus, et säiliks üliõpilase tulevikuvõimalused. (Gillespie 2005).

2.2. Kliiniline õpikeskkond

2.2.1. Osakonna atmosfäär

Õpikeskkond (*learning environment*) on lai mõiste ja selleks võivad olla paljud erinevad keskkonnad, mis annavad õppimisvõimalusi. Mitmesugused tegurid õpikeskkonnas võivad nii soodustada kui ka takistada õppimist. (Märja jt 2003). Õpikeskkonda, kus toimub kliiniline õpe, nimetatakse kliiniliseks õpikeskkonnaks. Õendusala üliõpilaste professionaalse arengu ja õppimise seisukohast on väga tähtis, et kliiniline õpe toimuks kliinilises keskkonnas (Allan jt 2008). Kliinilises keskkonnas saab üliõpilane koolis õpitule toetudes teha õe tööd, osutades õendusabi reaalsetele patsientidele. (Bradbury-Jones jt 2010, Newton jt 2011, Skaalvik jt 2011).

Esimesel praktikapäeval on üliõpilase jaoks kõik uus ja ta peab hakkama saama võõras keskkonnas. (Gillespie 2005, Jokelainen jt 2011). Heas kliinilises õpikeskkonnas on palju üksteisega tihedalt seotud komponente, millest sõltub praktika ja juhendamise seotud rahulolu. (Lindgren jt 2005, Beskine 2009). Toetavaks tegevuseks, mis aitab üliõpilast, on nii haigla struktuuri kui ka osakonna, osutatava õendusabi, dokumentatsiooni ja juhendite tutvustamine. (Gillespie 2005, Jokelainen jt 2011). Osakond koos selles oleva meeskonna, patsientide, aparatuuri ja sisustusega on üliõpilasele õppimiseks vajalikud. (Lindgren jt 2005, Beskine 2009).

Kliiniline keskkond, kus üliõpilane praktiseerib, peab olema sõbralik ja toetav, ning praktikant peab tundma, et ta kuulub meeskonda (Myall jt 2008, Murray ja Williamson 2009, Koontz jt 2010). Eestis läbi viidud kvalitatiivsest uurimistööst, kus uuriti üliõpilaste haiglapoolse juhendamise kogemusi, selgus, et personali ja üliõpilaste omavaheline tutvustamine ei ole kuigi tavapärane. (Vahtramäe 2006).

Hea psühhosotsiaalse fooni annab üliõpilase nimepidi kutsumine (Skaalvik jt 2011). Asberg'i (2008) uuringust selgus, et 10% üliõpilastest ei kutsutud nimepidi. Norras läbi viidud uuringus selgus, et üliõpilasi kutsuti nimepidi rohkem hooldushaiglates, kus personali hulk oli osakonnas väiksem. Haigla osakondades, kus personali oli rohkem, ei suudetud vahel meelde jätta üliõpilase nime. (Skaalvik jt 2011).

Varasemates uurimistöodes on osakonna atmosfääri kirjeldamisel uuritud, millised on õdede omavahelised suhted, milline on osakonna õhkkond, kuidas tundsid üliõpilased end osakonna koosolekutel ja valsesse minnes. Mida kõrgem hinnang nendele küsimustele anti, seda suurem

rahulolu oli nii osakonna kui ka juhendamise kliinilises õpikeskkonnas. See näitab, et osakonnaga rahulolu ja juhendamise vahel valitseb seos. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002, Asberg 2008, Witte jt 2010). Üliõpilane peab ennast praktikabaasis tundma turvaliselt ja selle saavutamiseks peab osakonna atmosfäär olema õige, et üliõpilased saaks kogeda erinevaid õpituatsioone, osakonna kultuur peaks olema piisavalt tolerantne, mõistmaks üliõpilase ebakindlust ja vigu kui osa õppeprotsessist. (Murray ja Williamson 2009, Koontz jt 2010).

Üliõpilase õpimotivatsioon kliinilises õpikeskkonnas oleneb paljuski sellest, kas osakonna töötajad on huvitatud üliõpilasest kui õppijast. Oluline on, kui hästi saab üliõpilane meekonnaga kontakti. Osakond on praktika alguses üliõpilase jaoks võõras ja ta ei tunne seal ennast kindlalt. Meeskonna suhtumisest oleneb üliõpilase kohanemine uue keskkonnaga. Kohanemist kiirendab see, kui üliõpilast koheldakse võimalikult võrdväärse meeskonnaliikmena ja teda kaasatakse patsiendile osutatavasse õendusabisse. (Bradbury-Jones jt 2010, Skaalvik jt 2011).

Üliõpilase jaoks on oluline ka see, et õdedel oleks tema jaoks piisavalt aega, jagamaks oma teadmisi ja kogemusi kliinilises õpikeskkonnas. (Myall jt 2008, Levet-Jones jt 2009, Koonz jt 2010). Üliõpilase enesekindlust mõjutab positiivselt, kui õendusmeeskond võtab ta omaks ja suhtub temasse kui partnerisse. Kindlustunne soodustab üliõpilase orienteeritust õppimisele. Meeskonna suhtumisest oleneb, milliseks kujuneb üliõpilase professionaalse identiteedi areng ning kas ja millisel moel ta soovib õeks õppimist jätkata. (Levet-Jones jt 2009, Jokelainen jt 2011). Üliõpilaste õppimise moraalile mõjub positiivselt teiste osakonna töötajate tahe toetada õppimist. Töötajatepoolse toetuse puudumine muudab üliõpilased demoraliseerituks. Neile võib tunduda, et nad tüütavad õdesid. Samas hindavad üliõpilased kõrgelt meeskonda, kelle töötajad kaasavad neid keerulistesse või uudsetesse ja mitmekesistesse õpituatsioonidesse, lasevad neil harjutada, kui näevad, et tudengid saavad antud ülesannetega hakkama. (Williamson jt 2011).

Olulised on ka õdede, praktikajuhendajate ja ülejäänud tervishoiu meeskonna omavahelised head suhted kliinilises õpikeskkonnas, mis positiivse tegurina moodustavad toetava õpikeskkonna ja see omakorda soodustab õppimist. (Koontz jt 2010). Uuringutest on selgunud, et üliõpilased vajavad kliinilises õpikeskkonnas toetavat keskkonda, samuti sõltub sellest nende rahulolu kliinilise õpikeskkonnaga (Dunn ja Hansford 1997, Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski 2003, Lambert ja Glacken 2005, Hosoda 2006).

Üliõpilase professionaalsele arengule mõjub soodsalt osalemine nii osakonna valvete üleandmisel kui ka muudel koosolekutel, kus erinevad tervishoiu kutsealade esindajad arutavad

patsientide probleeme. Eriti innustavalt mõjuvad sellised koosolekud, kus meeskonnaliikmed suhtuvad nii üksteisesse kui üliõpilastesse nagu võrdsetesse partneritesse ja kus aruteludesse kaasatakse kõiki soovijaid. (Pollard 2009).

Osakonnas valitsev pingeline õhkkond ja õdede kiirustamine tööülesannete täitmisel võib osutada õppimist takistavaks teguriks. Inglismaal tehtud uuringus leidsid üliõpilased, et praktikabaasides koheldi neid lisatööjõuna, samuti tundus neile, et nad on osakonna õdedele tüliks. Kõige selle tõttu aga tundus neile, et palju koolis õpetatust jäi praktiliselt proovimata. (Myall jt 2008). Üliõpilased võivad tunda ennast üleliigsetena, kuna neile võib tunduda, et segavad õdesid töötamas ja seetõttu õed ei soovi koos nendega töötada. (Koontz jt 2010).

Üliõpilastele võib hirmutavalt mõjuda osakonna töökorraldus, mis toimib sageli meditsiinilisel hierarhial. Arstid räägivad ainult kogenumate õdedega ning sageli ei aktsepteerita meeskonnaliikmena ei algavaid õdesid ega ka üliõpilasi. Seetõttu ei saa üliõpilased alati tunda ennast multiprofessionaalse meeskonna liikmena ega osaleda selle töös. Väga hierarhiline tööstiil võib tekitada olukorra, kus üliõpilane saab täita ainult väga tehnilisi tööülesandeid. (Pollard 2009).

Õppimist takistavaks teguriks võib olla ka õendusüliõpilane ise, kes on stressis ja ärevuses. Stressi võivad üliõpilases tekitada tema jaoks seni kogemata olukorrad. Selleks võivad olla nii patsientide füüsilised kui ka emotsionaalsed seisundid ning kiiret lahendust nõudvad olukorrad. Pingelises õhkkonnas võib juhtuda, et üliõpilane ei suuda teoorias õpitut rakendada reaalsuses aset leidvas olukorras. (Peyrovi jt 2005, Jimenez jt 2009, Li jt 2011, Karabacak jt 2012).

Ärevuses üliõpilane võib varem õpitut mitte mäletada ja seetõttu on võimetu suhtlema nii patsientide kui ka õendusmeeskonnaga. Sellised üliõpilased võivad muutuda ebakindlaks ja seada kahtluse alla elukutse valiku. (Karabacak jt 2012).

2.2.2. Õendusabi osakonnas

Professionaalseks õeks saamiseks vajab üliõpilane praktikat reaalses kliinilises keskkonnas. Kooli õppeklassid, kus jäljendatakse kliinilist keskkonda, võimaldavad õppimist teatud piirini. Vilumus saavutatakse kliinilises keskkonnas, kus on päris patsiendid, kellele õendusabi osutamisel tuleb arvestada hetkeolukorraga. (Bradbury-Jones jt 2010, Newton jt 2011, Skaalvik jt 2011). Üliõpilasele on õppimise seisukohast oluline, et osakonnas osutatav õendusabi oleks

võimalikult kõrgetasemeline. Saarikoski ja Leino-Kilpi (1999) uurimistööst ilmnes, et osakonna õendusabi kvaliteedi ja kliinilise õppega rahulolu vahel on seos. Osakonna õendusabi kõrgemalt hinnanud üliõpilane hindab kõrgemalt ka õpet kliinilises keskkonnas.

Üliõpilane peab praktiseerides saama ülevaate patsientidega tegelemisest. Patsient on vajalik, et üliõpilasel areneksid õendusosalased oskused. Samuti on uurimistöödest selgunud, et praktikaga rahulolu ja üliõpilaste kaasamine patsiendi õendusabisse on omavahel seotud. Professionaalse arengu seisukohast on eriti oluline, et üliõpilane oleks kaasatud patsiendi individuaalsesse õendusabisse (Lee 2009, Jahanbour jt 2010). Patsient on vajalik, et üliõpilased õpiksid õendusosalaste otsuste langetamist. Mõnikord pärsivad nii praktikajuhendajad kui ka osakonna õed tudengite individuaalset otsustamist, kuna kardavad patsientide turvalisuse pärast. (Jahanbour jt 2010).

Uurimustulemustest selgus, et pikemat aega praktikal viibides saab õendusüliõpilane parema ülevaate patsiendist. Pikemat aega patsiendiga tegeledes tunneb ta ära väga olulise elemendi, milleks on hoolimine. Suhtlemine patsiendi ja tema lähedastega on keeruline protsess, mida saab õppida osakonnas, toetudes praktikajuhendajale. (Ousey 2009, Warne jt 2010).

Üliõpilaste jaoks omab suurt tähtsust, millisel praktika etapil nad kaasatakse õendusabi protsessi. Liiga kauaks vaatleja rolli jäetuna tunnevad üliõpilased ennast kõrvalejätetuna. Uurimistöös, kus võrreldi USA ja Lõuna-Korea üliõpilasi, selgus, et USA-s kaasati üliõpilasi patsiendiga tegelemisse kohe praktika alguses, Lõuna-Koreas aga jäid tudengid sageli ainult vaatleja rolli. Praktikaga jäid rahule rohkem USA üliõpilased. (Lee jt 2009).

Valmistudes tulevikus ise töötama õena, peab üliõpilane õppima iseseisvalt haldama õendusdokumentatsiooni. Patsiendiga tegelemiseks peab olema üheselt mõistetav ja üliõpilasele arusaadav õendusdokumentatsioon. Õenduslugu täites saab üliõpilane rohkem informatsiooni patsiendist, tema probleemidest ja haigusest. Samal ajal arenevad tema arusaamad hoolimisest ja patsiendikesksest õendusabist (Anderson 2011).

Õppimist raskendavaks kogemuseks võib olla dokumentatsiooni erinevus koolis õpitu ja haiglas kasutatava vahel (Landers 2000, Williamson jt 2011). Vahtramäe (2006) uuringust selgus, et selgitamist ja juhendamist dokumenteerimise osas said ainult mõned üksikud üliõpilased. Üliõpilane saab paremini hakkama haiglas kasutatavate õendusosalaste dokumentidega, kui olemas

on vastavad juhendid ja praktika juhendaja instrueerib, kuidas dokumente täita (Williamson jt 2011).

Nendes osakondades, kus on kindel osakonna filosoofia, on üliõpilaste kogemused praktika keskkonna ja juhendamise positiivsemad. (Ousey 2009, Witte jt 2010). Norras tehtud uuringus, kus uuriti juhendamise ja praktikaga rahulolu haigla osakondades ja hooldushaiglates, olid üliõpilased rohkem rahul haigla keskkonnaga. Uuringust selgus, et hooldushaiglates puudus selgesõnaline õendusfilosoofia, millele tudengid oleksid saanud toetuda. (Skaalvik jt 2011). Asberg (2008) uuringus väitis 10% osalenud üliõpilastest, et osakonnas ei olnud selgesõnalist õendusfilosoofiat, samuti ei toimunud nende üliõpilaste arvates individuaalset õendusabi, puudus informatsioon õendusabist ja dokumentatsioon oli puudulik.

2.2.3. Osakonna vanemõe juhtimistiil

Väga suur roll selles, kas õpikeskkond osutub üliõpilase õppimist toetavaks või siis takistavaks, on vanemõel. Osakonna positiivne kultuur sõltub vanemõe juhtimisstiilist. Positiivse atmosfääri loovad töösuhted, kus kõiki meeskonnaliikmeid koheldakse võrdväärselt. Osakonna vanemõel on võimalik anda töökorraldusi nii, et üliõpilane saaks osakonnas toetust. (Pollard 2009).

Vanemõe suhtumisest oleneb, milliseks õpikeskkonnaks kujuneb üliõpilasele osakond (Saarikoski 2003). Üliõpilaste jaoks on oluline õppida tegema keerulisi ja vastutusrikkaid otsuseid. Õhkkonna loomine, kus aga suhtutakse õpilaste vajadustesse positiivselt, on sageli seotud vanemõe suhtumise ja juhtimisstiiliga. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002, Asberg 2008, Witte jt 2010). Iraanis tehtud uuringust selgus, et osakonnas, kus on positiivne sisekliima, tunneb üliõpilane ennast turvaliselt. Kindlustunne aga omakorda aitab õppida, kuidas langetada vastutusrikkaid kliinilisi otsuseid. (Jahanbour jt 2010).

Sageli on vanemõe otsustada, kes juhendab osakonnas üliõpilasi ja palju juhendatavaid osakond vastu võtab. Murray ja Williamson (2009) väitel on siiski vajalik, et osakonna õendusjuht kaasaks sellistesse otsustesse kogu oma meeskonna. Õdede kaasamine sellisesse protsessi aitab kaasa positiivse atmosfääri loomisele osakonnas. Positiivne suhtumine aga loob üliõpilasele paremad võimalused õppimiseks. Myall jt (2008) uuringust selgus, et praktika juhendajad on teadlikud oma rolli olulisusest üliõpilaste juhendamisel. Uuringus osalenud juhendajad tõid välja, et kuna osakondades napib tööjõudu, siis üliõpilaste juhendamise hindamise dokumentatsioon tuleb täita paljudel juhtudel peale tööaega. Samas aga tundsid nad selle rolli

rakendamisel organisatsioonist tulenevaid piiranguid. Piirangutena toodi välja nii tudengite suurt hulka juhendaja kohta kui ka seda, et juhendajal ei võimaldatud osaleda juhendamisel täienduskoolitustel. (Myall jt 2008).

Osakonna vanemõde kujundab osakonna väärtused ja sisekliima (Viitanen jt 2007). Häid vanemõdesid võib pidada ka moraalseks rollimudeliks. Nad on eeskujuks teistele õdedele ja ka üliõpilastele. Kasutades oma mõjuvõimu, loovad nad eeldused kvaliteetseks õendusabi, kus on tagatud eetilised aspektid. Üliõpilastele on oluline vanemõde kui erialase autoriteedi tunnustus. Vanemõde saab töötajatele avaldada toetust ja tunnustust. Vanemõde, kes töötab koos meeskonnaga, saab tunnustada üliõpilasi, kui need osutavad head õendusabi patsientidele. (Russell jt 2011). Asberg (2008) uurimistöös olid üle poolte (N=158) uuritavatest üliõpilastest nõus väitega, et osakonna vanemõde pidas lugu oma töötajatest. Kõige kõrgemalt hinnati aga vanemõde lugupidamist töötajate vastu ning sellel oli seos üliõpilaste juhendamise rahuloluga.

Osakonna vanemõde juhtimise stiilist oleneb mitmete erinevate erialade esindajate omavaheline suhtlemine. Koosolekutel, kus arutatakse patsientidele osutatava abi küsimusi, võib ilma vanemõde toetuseta jääda õdede arvamus tahaplaanile. Samas on aga kvaliteetse tervishoiuteenuse osutamiseks ülioluline, et nii õed, arstid kui ka teised spetsialistid teeksid koostööd. (Pollard 2009).

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev uurimistöö on kvantitatiivne, empiiriline, kirjeldav ja võrdlev. Uurimistööks koguti ja analüüsiti empiirilisi andmeid, mis kirjeldavad õendusüliõpilaste hinnangut kliinilisele keskkonnale ja juhendamisele kliinilisel praktikal. Saadud tulemusi on võrreldud Asbergi 2007. aastal (CLES) mõõdikuga läbiviidud uuringu tulemustega.

Käesolevas uurimistöös kasutatud kvantitatiivne meetod on õigustatud, kuna seda meetodit on rakendatud õendusüliõpilaste hinnangu uurimisel kliinilisele õpikeskkonnale ja juhendamisele ka varasemates uurimistöödes. Kvantitatiivne meetod võimaldab leida andmebaasist seoseid muutujate vahel ning saada statistiliselt üldistavaid tulemusi kogu populatsiooni kohta (Polit ja Hungler 1987, Burns ja Grove 2005). Tagades uurimuse valiidsuse ja reliaabluse, on võimalik uurimust korrata ja tulemusi võrrelda teiste analoogselt läbi viidud uurimustega (Taylor jt 2006). Korratavus tagab uuringu usaldusväärsuse ja võimaldab tulemusi üldistada (Houser 2008).

Empiirilise uurimistöö objektiks on mingi reaalse maailma nähtus, mille kohta soovitakse saada uut teavet mõne süstemaatilise andmete kogumise meetodiga (Burns ja Grove 2005). Käesolevas uurimistöös on uuritavaks nähtuseks õendusüliõpilaste hinnang kliinilisele keskkonnale ja juhendamisele kliinilisel praktikal.

3.2. Uuritavad

Üldkogumiks (N) oli Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli 302 õendusüliõpilast, kes olid läbinud vähemalt ühe kliinilise õppepraktika. Valimi (n) moodustasid 302 õendusüliõpilast, kellest 198 olid Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist ja 104 Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist. Valim on kõikne ja selle moodustavad Eesti tervishoiu kõrgkoolide II ja III kursuse õendusüliõpilased, kes olid läbinud vähemalt ühe kliinilise praktika ja osalesid uuringu toimumise ajal aktiivselt õppetöös (ei olnud akadeemilisel puhkusel jne) ja kes olid nõus uuringus osalema.

Valimi moodustamise kriteeriumid:

- Üliõpilased, kes on läbinud vähemalt ühe kliinilise õppepraktika kas sisehaige õenduses, kirurgilises õenduses või lasteõenduses.
- Uuritav on nõus uurimuses osalema.

Uuritavate jaotumise nii II kui III kursusele tingis asjaolu, et kliinilise praktika toimumise aeg sõltub õpperühmast, kus üliõpilane õpib. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis toimub kliiniline praktika II kursusel. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis sõltub kliinilise praktika toimumise aeg sellest, millises alarühmas üliõpilane õpib. Kahel õpperühmal, kus valdavalt õpivad eesti emakeelega üliõpilased, toimub kliiniline praktika II kursusel ja nende õpperühmade nominaalne õppeaeg on 3,5 aastat. Kolmel õpperühmal, kus õppivate üliõpilaste emakeeleks on vene keel, on nominaalne õppeaeg 4,0 aastat ja neid nimetatakse pikendatud õpperühmadeks. Pikendatud õpperühmades õpivad üliõpilased pool aastat eesti keelt, ülejäänud õpe toimub õenduse õppekava alusel. Erinevus nominaalajas tingib kliinilise praktika läbiviimise erinevuse kursuste lõikes. 3,5 aastat õppivatel üliõpilastel toimub kliiniline praktika II kursuse kevadsemestril. Üliõpilastel, kes õpivad 4,0 aastat, toimub kliiniline õppepraktika III kursuse sügissemestril. Uurimuse läbiviimise ajal olid nende üliõpilaste praktikaalased kogemused ühesugused, sõltumata kursusest, kus nad õpivad. Küsimustikud jagati uuritavatele 2012. aasta kevad- ja sügissemestril.

Uuritavad pidid olema läbinud vähemalt ühe kliinilise praktika kas sisehaiguste õenduses, kirurgilises õenduses või lasteõenduses selleks, et hinnata praktikat. Need uuritavad, kes olid läbinud mitu kliinilist praktikat, pidid hindama viimast praktikat. Üliõpilastele, kes olid uuringu toimumise ajal välismaal praktikal, anti eraldi võimalus hinnata seda kliinilist praktikat, mille nad teostasid Eestis. Valimi suuruseks oli 302 üliõpilast, kellele anti võimalus täita ankeetküsimustik. 302 ankeedist tagastati nõuetekohaselt täidetult 291 ankeeti. Täitmata jätsid ankeedi 6 üliõpilast, andes tagasi suletud ümbriku, milles oli täitmata ankeet. Viis ankeeti ei olnud täidetud nõuetekohaselt.

3.3. Andmete kogumine

Üliõpilaste küsitlemiseks on loa andnud Tartu Ülikooli Inimuuringute eetika komitee (vt lisa 4) ja uurimistöös osalenud tervishoiu kõrgkoolide juhtkonnad. Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis jagas ankeedid uurimistöo autor ise ja õppesekretär. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis jagasid ankeedid üliõpilasi juhendanud õppejõud, praktika koordinaator ja uurimistöo autor isiklikult. Kõiki ankeetküsimustike jagamise kaasatud inimesi ja üliõpilasi informeeriti uurimistöo eesmärgist. Küsimustikud jagati kahest päevast kuni ühe nädalani pärast kliinilise õppepraktika lõppu õppepraktika lõpuseminaris. Seminaridesse oli eelnevalt sisse planeeritud ligikaudne aeg, mis kulub ankeetide täitmiseks. Sellega anti üliõpilastele võimalus koheselt ankeet täita. Anonüümsuse tagamiseks paluti üliõpilastel asetada küsimustikud ümbrikutesse ja seejärel need kinni kleepida. Anketeerimine toimus 20.05.12–03.12.12 vastavalt sellele, kuidas toimusid

kliiniliste praktikate lõpuseminarid.

Andmete kogumine oli süstemaatiline ja vastas püstitatud eesmärgile. Andmete kogumiseks kasutati anonüümset ankeetküsitlust. Mõõdiku nimi on kliiniline õpikeskkond ja hindamise skaala (*Clinical Learning Environment and Supervision Instrument*) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002) (CLES) (vt lisa 1). Antud ankeetküsimustik on kasutusel veel Soomes, Austraalias, Inglismaal, Hongkongis, Jaapanis, Jordaania, Portugalis, Rootsis, Norras ning Rumeenias. Mõõdik on eestindatud Asbergi (2008) poolt, kes kasutas seda oma magistritöös. Asberg (2008) toob välja ka antud mõõdiku puudused Eesti kontekstis. Töö autor kohaldas kasutatavat mõõdikut vastavalt juhendajate soovitudele ja mõõdiku autori juhendile, arvestades Eesti õenduse omapäradega. Küsimust nr 31 on muudetud, sest Eesti üliõpilased ei osanud 2008. aastal läbi viidud uurimistöö käigus sellele vastata. Tõenäoliselt ei osanud üliõpilased sellele küsimusele vastata, kuna Eestis ei ole osakondades kirjalikult lahti seletatud osakonna õendusfilosoofia. Küll aga on haiglate missioonis rõhutatud õendusabi kõrge kvaliteedi tagamist. Küsimuses on õendusfilosoofia asendatud sõnaga missioon. Küsimuse muutmist aktsepteeris ka mõõdiku autor Saarikoski. Mitmes küsimuses on välja toodud, et hinnata tuleb viimast praktikat, kus üliõpilane viibis. Asberg (2008) kasutatud küsimustikus see täpsustus puudus. Selle tulemusena tekkinud segaduses liitsid mõned uuritavad kõikide läbitud kliiniliste praktikate päevad. Mõõdiku autorilt on saadud nõusolek (CLES) mõõdiku kasutamiseks uurimistöös (vt lisa 2).

Mõõdiku terminoloogia on lahti seletatud ja kohandatud. Eestis kasutatakse kirjanduses enamasti terminit „mentor“, kelle all mõeldakse juhendajat praktika keskkonnas. Käesolevas uurimistöös kasutatakse Eesti Õdede Liidu terminoloogiakomisjoni soovitatud mõistena sõna „praktikajuhendaja“. Üliõpilaste kõrgkoolide-poolset juhendajat nimetatakse „koolipoolseks juhendajaks“ (soovitatud kasutada tervishoiu valdkonnas).

Küsimustik koosneb vastajate taustaandmetest ning CLES küsimustikust. Küsimustiku põhiosa jaguneb viieks alaosaks: „Rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega“ (8 väidet), „Osakonna atmosfäär“ (5 väidet), „Osakonna vanemaõe juhtimise stiil“ (4väidet), „Õendusabi osakonnas“ (4 väidet) ja „Õppimine osakonnas“ (6 väidet). Üliõpilased andsid oma hinnangu väitega nõustumise või mittenõustumise kohta 5-astmelisel Likert skaalal, kus:

1 = ei ole nõus;

2 = pigem ei ole nõus;

3 = ei nõus ega mitte nõus;

4 = pigem nõus;

5 = täiesti nõus.

Mõõdiku reliaablust on hinnatud Cronbachi α , mis jäi mõõdiku eri osade puhul vahemikku 0,8540 – 0,9590 (vt tabel 1).

Tabel 1. Cronbachi α väärtused.

CLES skaala	Cronbachi α
Rahulolu praktikajuhendaja juhendamise	0,9590
Osakonna atmosfäär	0,9018
Osakonna vanemaõe juhtimise stiil	0,8908
Õendusabi osakonnas	0,8540
Õppimine osakonnas	0,9066

Mõõdiku seesmist kooskõla hinnatakse heaks, kui Cronbachi α väärtused jäävad vahemikku $0,7 \leq \alpha \leq 0,9$ (Burns ja Grove 2005). Käesolevas uurimistöös kasutatud mõõdiku puhul ületasid sisemist kooskõla iseloomustava reliaabluse näitajad Cronbachi α väärtused mõõdiku alaosaade lubatud piirid dimensioonides „Rahulolu praktikajuhendaja juhendamise“, „Osakonna atmosfäär“ ja „Õppimine osakonnas“.

3.4. Andmete analüüs

Kvantitatiivne meetod võimaldab saadud andmeid numbriliselt analüüsida (Taylor jt 2006). Andmed analüüsiti andmetöötlusprogrammi SPSS (*Statistical Packages for the Social Sciences*) 20,0 abil. Tabelid koostati arvutiprogrammi *Microsoft Excel 2007* abil. Andmed analüüsiti, kasutades kirjeldavat statistikat, χ^2 (hii–ruut)–testi, t-testi ja Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Olulisuse nivooks valiti 0,05 (95 % tõenäosusele).

Kirjeldava statistikaga leiti nominaaltunnuste (kursus, haigla osakond, osakonna kuuluvus) korral sagedused, pidevate tunnuste puhul miinimum/maksimum, aritmeetiline keskmine, standardhälve (SD), mood ja mediaan. Kirjeldava statistika meetodina kasutati sagedusjaotustabeleid. Sagedusjaotustabelid näitavad erinevate tunnuste väärtuste esinemist kogumis. (Roomets 2003). Kuna üksikud uuritavad olid jätnud mõnele küsimustele vastamata, siis tulemuste esitamisel tabelites on iga väite ja küsimuse puhul esitatud konkreetne sellele küsimusele või väitele vastanute arv (n) ja küsimustele vastanute koguarv (n).

Vastused küsimustele esitatakse täis- ja suhtarvudes. See on vajalik varasemate uurimistööde tulemustega võrdlemiseks. Tulemused esitatakse tabelitena. Analüüsiks on liidetud kokku skaala positiivsed hinnangud (pigem nõus ja täiesti nõus) ning esitatud lahti kirjutatuna ainult olulisemad tulemused. Detailsemad andmed kõikide tulemuste kohta on esitatud tabelitena.

Kahe muutuja omavaheliste seoste uurimiseks järjestustunnuste puhul kasutati Spearmani korrelatsioonanalüüsi. Seoste esinemise korral esitatakse tulemustes seose tüüp, seoste tugevuse aste (r) ja statistiline tõenäosus (p). Otsiti seoseid üliõpilaste hinnagutel õdedel esineva füüsilise ja vaimse pinge esinemise ning CLES mõõdiku väidete vahel ning samuti CLES mõõdiku kõikide väidete vahel.

Kogumite jaotuse võrdlemiseks kasutatakse hii-ruut statistikut. Tulemustena tuuakse välja hii-ruut statistika ja statistiline tõenäosus (p). Gruppidevaheliseks võrdluseks on praktikajuhendajad jagatud kolme rühma: individuaalne praktikajuhendaja, grupi praktikajuhendaja (praktikajuhendaja vahetus praktika jooksul, vahetus vastavalt osakonna õdede töögraafikule ja oli pigem grupi praktikajuhendaja) ja praktikajuhendaja puudumine (ei olnud praktikajuhendajat, praktikajuhendaja ei juhendanud).

Võrdlevate tulemuste saamiseks lisas uurimistöö autor Asberg (2008) saadud tulemused enda saadud andmebaasi. Ühildatud andmebaaside põhjal kasutati keskväärtuste erinevuste hindamiseks kahes valimi grupis t-testi, kuna tegemist on järjestustunnustega. Hinnangute erinevust väidete puhul hinnati χ^2 -statistikuga, mis võimaldab hinnata kordaja seose olemasolu risttabelis. Mõlemad testid sobivad gruppide või muutujate vaheliste seoste hindamiseks, kus eesmärgiks ei ole põhjuste testimine (Burns ja Grove 2005). T-testis tuuakse välja vabadusastmete arv, t-statistiku väärtus ja statistiline olulisus (p).

4. TULEMUSED

4.1. Uuritavad

Uuritavatest olid 175 (60,1%) teise ja 116 (39,9%) kolmanda kursuse üliõpilased. Kõige suurem osa üliõpilastest – 121 (41,6%) olid viimasel kliinilisel praktikal kirurgilises osakonnas, 94 (32,3%) sisehaiguste osakonnas, 49 (16,8%) lastehaigla osakonnas, 11 (3,8%) onkoloogia osakonnas, 8 (2,7%) mõnes muus osakonnas, 6 (2,1%) günekoloogia osakonnas ning 2 (0,7%) üliõpilast geriaatria osakonnas.

4.2. Õendusüliõpilaste hinnang juhendamisele kliinilisel praktikal

Peaaegu ¾-l üliõpilastest (214 e 73,5%) oli praktikajuhendajaks osakonnas töötav õde (vt tabel 2).

Tabel 2. Üliõpilase juhendaja praktikabaasis (n=291).

Praktikajuhendaja	n	%
Osakonna õde	214	73,5%
Eriõde	24	8,2%
Vanemõde	46	15,8%
Koolitusõde	5	1,7%
Muu	2	0,7%

Üle pooltel üliõpilastest – 155-l (53,3%) oli individuaalne praktikajuhendaja ja koostöö sujus, 3 (1%) üliõpilast aga väitis, et neil ei olnud üldse praktikajuhendajat (vt tabel 3). Vastavalt praktikajuhendaja gruppidele võib öelda, et individuaalne praktikajuhendaja oli üle pooltel üliõpilastest (155-l e 53,3%), grupi praktikajuhendaja 113-l (38,8%) ning praktikajuhendaja puudus 23 (7,9%) üliõpilasel. Statistiliselt oluline erinevus esines praktikajuhendajas, olenedes kursusest – teise kursuse üliõpilastel oli rohkem individuaalne praktikajuhendaja ning kolmanda kursuse üliõpilastel rohkem grupi praktikajuhendaja ($\chi^2=26,56$; $p<0,0001$).

Tabel 3. Praktikajuhendaja praktikabaasis.

Praktikajuhendaja praktikabaasis	n	%
Individuaalne praktikajuhendaja	155	53,3%
Praktikajuhendaja vahetus vastavalt õdede töögraafikule	81	27,8%
Praktikajuhendaja juhendas veel mitut üliõpilast ja oli pigem grupi praktikajuhendaja	23	7,9%
Oli määratud praktikajuhendaja, aga ta ei juhendanud	20	6,9%
Praktikajuhendaja vahetus praktika jooksul	9	3,1%
Praktikajuhendaja puudus	3	1%

Privaatseid vestlusi praktikajuhendajaga, milles koolipoolne praktikajuhendaja ei osalenud, toimus sageli – 110 (37,8%), üks kord nädalas 19 (6,5%), vähem kui kord nädalas 7 (2,4%) ning paar korda praktikaperioodi ajal 79 (27,1%) üliõpilasel. Privaatseid vestlusi ei toimunud 76 (26,1%) üliõpilasel.

Hinnates rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega, oldi kõige enam nõus, et juhendamine põhines vastastikusel usaldusel (247 e 84,9% üliõpilastest) ja kõige vähem oldi nõus, et kogeti individuaalset juhendamist (220 e 75,6% üliõpilastest) (vt tabel 4).

Tabel 4. Üliõpilaste rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega.

CLES väited	n (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem ei ole nõus	Üldse mitte nõus
Juhendamine põhines vastastikusel usaldusel (n=291)	192 (66%)	55 (18,9%)	28 (9,6%)	10 (3,4%)	6 (2,1%)
Praktikajuhendaja positiivne suhtumine juhendamisse (n=288)	189 (64,9%)	56 (19,2%)	24 (8,2%)	10 (3,4%)	9 (3,1%)
Rahulolu juhendamisega (n=289)	188 (64,6%)	57 (19,6%)	17 (5,8%)	15 (5,2%)	12 (4,1%)
Juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel (n=291)	184 (63,2%)	65 (22,3%)	28 (9,6%)	10 (3,4%)	4 (1,4%)
Juhendamine põhines koostööl (n=282)	173 (59,5%)	60 (20,6%)	29 (10%)	15 (5,2%)	5 (1,7%)
Tagasiside saamine praktikajuhendajalt (n=290)	171 (58,8%)	57 (19,6%)	33 (11,3%)	21 (7,2%)	8 (2,7%)
Juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist (n=276)	142 (48,8%)	78 (26,8%)	29 (10%)	19 (6,5%)	8 (2,7%)
Individuaalse juhendamise kogemus (n=290)	133 (45,7%)	87 (29,9%)	35 (12%)	20 (6,9%)	15 (5,2%)

Rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega 5-astmelisel Likert skaalal varieerus vahemikus 4,04 kuni 4,43, kus keskmine hinnang oli 4,31. Kõige kõrgemalt hinnati vastastikusel lugupidamisel ($4,43 \pm 0,901$) ja usaldusel ($4,43 \pm 0,946$) põhinevat juhendamist ning kõige madalamalt individuaalse juhendamise kogemist ($4,04 \pm 1,150$) (vt tabel 5).

Tabel 5. Keskmised hinnangud rahulolule praktikajuhendamisega 5-astmelisel Likert skaalal.

CLEs väited	n	mean	SD	Min	Max	Mediaan	Mood
Juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel	291	4,43	0,901	1	5	4,0	5
Juhendamine põhines vastastikusel usaldusel	291	4,43	0,946	1	5	4,0	5
Minu praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisesse	288	4,41	0,998	1	5	5,0	
Ma olin üldiselt rahul juhendamisega	289	4,36	1,078	1	5	4,0	5
Juhendamine põhines koostööl	282	4,35	0,984	1	5	4,0	5
Ma sain oma praktikajuhendajalt alati tagasisidet	290	4,25	1,088	1	5	4,0	5
Juhendamine põhines võrduse printsiibil ja soodustas õppimist	276	4,18	1,061	1	5	4,0	5
Ma kogesin individuaalset juhendamist	290	4,04	1,150	1	5	4,0	5

Esinesid mõned statistiliselt olulised erinevused teise ja kolmanda kursuse üliõpilaste hinnangutes praktika juhendamisele – teise kursuse üliõpilased nõustusid rohkem väidetega, et praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisesse ($\chi^2=31,28$; $p<0,0001$) ning juhendamine põhines võrduse printsiibil ja soodustas õppimist ($\chi^2=12,83$; $p=0,012$).

Esines ka statistiliselt oluline erinevus hinnangutes, lähtudes praktikajuhendajast – üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja, olid rohkem nõus väitega, et praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisesse ($\chi^2=145,21$; $p<0,0001$), kogeti rohkem individuaalset juhendamist ($\chi^2=207,17$; $p<0,0001$), saadi rohkem praktikajuhendajalt tagasisidet ($\chi^2=168,22$; $p<0,0001$), oldi rohkem rahul juhendamisega ($\chi^2=155,79$; $p<0,0001$), juhendamine põhines võrduse printsiibil ja soodustas õppimist ($\chi^2=138,67$; $p<0,0001$), juhendamine põhines koostööl ($\chi^2=157,06$; $p<0,0001$), juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel ($\chi^2=147,75$; $p<0,0001$) ja usaldusel ($\chi^2=122,72$; $p<0,0001$).

Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtuti praktikaperioodil keskmiselt $0,65 \pm 0,851$, kusjuures

mitte ühtegi korda ei kohtunud koolipoolse praktikajuhendajaga 156 (53,6%) üliõpilast.

4.3. Õendusüliõpilaste hinnang kliinilisele õpikeskkonnale

4.3.1. Praktikabaasi kirjeldus

Praktikabaasiks valitud osakond kuulus 110 (37,8%) üliõpilasel regionaalhaigla koosseisu, 102 (35,1%) keskhaigla koosseisu ning 72 (24,7%) üliõpilasel üldhaigla koosseisu. Küsimusele ei vastanud 7 (2,4%) üliõpilast. Patsiendid viibisid osakonnas kõige enam 1–2 nädalat 164 (56,4%) üliõpilase hinnangul, mõni päev 58 (19,9%) üliõpilase hinnangul, 3–4 nädalat 46 (15,8%) üliõpilase arvates, üle kuu 11 (3,8%) ning mitu kuud samuti 11 (3,8%) üliõpilase hinnangul. Küsimusele ei vastanud 1 (0,3%) üliõpilane.

Osakonna õdedel esines mõningane füüsiline pinget 155 (53,3%) ja mõningane vaimne pinget 143 (49,1%) üliõpilase hinnangul (vt tabel 6). Korrelatsioonanalüüsiga selgus, et mida rohkem esines õdedel füüsilist pinget, seda rohkem esines ka vaimset pinget ($r=0,5$; $p<0,0001$).

Tabel 6. Vaimse (n=291) ja füüsilise (n=290) pinget esinemine osakonnas töötavatel õdedel üliõpilaste hinnangul.

Pinget liik	n (%)				
	Ei esine	Madal	Mõningane	Suur	Väga suur
Vaimne pinget (n=291)	19 (6,5%)	46 (15,8%)	143 (49,1%)	67 (23%)	16 (5,5%)
Füüsiline pinget (n=290)	20 (6,9%)	45 (15,5%)	155 (53,3%)	57 (19,6%)	13 (4,5%)

Viimase kliinilise praktika kestus oli keskmiselt $5,10 \pm 1,79$ nädalat, kus kõige lühem praktika oli 2 ja pikim 16-nädalane. Oma viimase praktikakoha/osakonnaga jäi väga rahule 117 (40,2%) üliõpilast (vt tabel 7).

Tabel 7. Üliõpilaste rahulolu viimase praktikakoha/osakonnaga.

Rahulolu viimase praktikakohaga/osakonnaga	n	%
Väga rahul	117	(40,2%)
Pigem rahul	110	(37,8%)
Pigem mitte rahul	28	(9,6%)
Üldse mitte rahul	10	(3,4%)
Vastamata	26	(8,9%)

Viimase praktikakohaga rahulolu keskmine hinnang 5-astmelisel Likert skaalal oli $4,02 \pm 1,091$.

4.3.2. Osakonna atmosfäär

Kõige enam olid üliõpilased nõus väitega, et osakonnas valitses positiivne õhkkond (240 e 82,5%) üliõpilast ning ainult üle poole (168 e 57,7%) sellega, et osakonna koosolekutel tunti ennast hästi ning võeti osa diskussioonidest (vt tabel 8).

Tabel 8. Üliõpilaste hinnang osakonna atmosfäärile (n=291).

CLES väited	n (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem ei ole nõus	Üldse mitte nõus
Positiivne õhkkond osakonnas	146 (50,2%)	94 (32,3%)	24 (8,2%)	17 (5,8%)	10 (3,4%)
Mugavustunne valvesse minnes	100 (34,4%)	127 (43,6%)	29 (10%)	26 (8,9%)	9 (3,1%)
Kerge kontakti saada osakonna meeskonnaga	130 (44,7%)	87 (29,9%)	37 (12,7%)	17 (5,8%),	20 (6,9%)
Osakonna õdede vahel hea, solidaarne õhkkond	114 (39,2%)	102 (35,1%)	44 (15,1%)	20 (6,9%)	11 (3,8%)
Mugavustunne osakonna koosolekutel	78 (26,8%)	90 (30,9%)	55 (18,9%)	39 (13,4%)	29 (10%)

Osakonna atmosfääri hindamisel 5-astmelisel Likert skaalal varieerusid keskmised 3,51 ja 4,20 vahel, kus keskmiseks väärtuseks oli 3,88. Kõige kõrgemalt hinnati osakonnas valitsevat positiivset õhkkonda ($4,20 \pm 1,045$) ning kõige madalamalt osakonna koosolekutel ennast mugavalt tundmises ($3,51 \pm 1,287$) (vt tabel 9).

Tabel 9. Keskmised hinnangud osakonna atmosfäärile 5-astmelisel Likert skaalal.

CLES väited	n	mean	SD	Min	Max	Mediaan	Mood
Osakonnas valitses positiivne õhkkond	291	4,20	1,045	1	5	5,0	5
Osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada	291	4,00	1,196	1	5	4,0	5
Osakonna õdede vahel valitses hea, solidaarne õhkkond	291	3,99	1,078	1	5	4,0	5
Minnes osakonda, tundsin valve alguses ennast mugavalt	291	3,98	1,040	1	5	4,0	4
Osakonna koosolekutel tundsin end mugavalt, võtsin osa diskussioonidest	291	3,51	1,287	1	5	4,0	4

Esinesid mõned statistiliselt olulised erinevused teise ja kolmanda kursuse üliõpilaste hinnangutes osakonna atmosfäärile: kolmanda kursuse üliõpilased olid rohkem nõus väidetega, et osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada ($\chi^2=11,99$; $p=0,017$), osakonna õdede vahel valitses hea, solidaarne õhkkond ($\chi^2=11,72$; $p=0,020$) ning osakonna koosolekutel tunti ennast mugavalt ($\chi^2=9,68$; $p=0,046$).

Esinesid erinevused üliõpilaste hinnangutes, lähtuvalt praktikajuhendajast: üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja, olid rohkem nõus väidetega, et osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada ($\chi^2=89,31$; $p<0,0001$), osakonna õdede vahel valitses hea, solidaarne õhkkond ($\chi^2=91,89$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavalt ($\chi^2=80,81$; $p<0,0001$), valve alguses tunti ennast mugavalt ($\chi^2=70,91$; $p<0,0001$) ning osakonnas valitses positiivne õhkkond ($\chi^2=80,82$; $p<0,0001$).

4.3.3. Osakonna vanemõe juhtimistiil

Osakonna vanemõe juhtimistiili hindamisel oldi kõige enam nõus sellega, et osakonna vanemõde oli meeskonnaliige (237 e 81,4% üliõpilastest) ning kõige vähem, et iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas (206 e70,7% üliõpilastest) (vt tabel 10).

Tabel 10. Üliõpilaste hinnang osakonna vanemõe juhtimisstiilile.

CLES väited	n (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem ei ole nõus	Üldse mitte nõus
Vanemõde oli meeskonnaliige (n=291)	142 (48,8%)	95 (32,6%)	39 (13,4%)	14 (4,8%)	1 (0,3%)
Vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest (n=284)	153 (52,6%)	79 (27,1%)	42 (14,4%)	5 (1,7%)	5 (1,7%)
Õpetlik tagasiside vanemõelt (n=291)	135 (46,4%)	84 (28,9%)	55 (18,9%)	13 (4,5%)	4 (1,4%)
Töötajate tööpanuse hindamine osakonnas (=291)	111 (38,1%)	95 (32,6%)	61 (21%)	20 (6,9%)	4 (1,4%)

Osakonna vanemõe juhtimisstiili hindamisel 5-astmelisel Likert skaalal varieerusid keskmised 4,00 ja 4,30 vahel, kus keskmiseks väärtuseks oli 4,17. Kõige kõrgemalt hinnati osakonna vanemõe lugupidamist oma osakonna töötajatest ($4,30 \pm 0,909$) ning kõige madalamalt iga töötaja tööpanuse hindamist osakonnas ($4,00 \pm 0,997$) (vt tabel 11).

Tabel 11. Keskmised hinnangud osakonna vanemõe juhtimisstiilile 5-astmelisel Likert skaalal.

CLES väited	n	mean	SD	Min	Max	Mediaan	Mood
Osakonna vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest	284	4,30	0,909	1	5	5,0	5
Osakonna vanemõde oli meeskonna liige	291	4,25	0,887	1	5	4,0	5
Tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada igati õpetlikuks	291	4,14	0,968	1	5	4,0	5
Iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas	291	4,00	0,997	1	5	4,0	5

Esinesid mõned statistiliselt olulised erinevused teise ja kolmanda kursuse üliõpilaste hinnangutes: kolmanda kursuse üliõpilased olid rohkem pigem nõus väitega, et tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks ning teise kursuse üliõpilaste puhul oli võrreldes kolmanda kursuse üliõpilastega rohkem neid, kellel puudus antud väite puhul seisukoht ($\chi^2=16,84$; $p=0,002$). Kolmanda kursuse üliõpilased märkasid võrreldes teise kursuse üliõpilastega rohkem seda, et iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas ($\chi^2=12,97$; $p=0,011$).

Üliõpilaste hinnangutes esinesid erinevused lähtuvalt praktikajuhendajast: individuaalse praktikajuhendaja puhul oldi rohkem nõus väidetega, et osakonna vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest ($\chi^2=64,84$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($\chi^2=28,96$; $p<0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks ($\chi^2=36,20$; $p<0,0001$) ning iga

töötaja tööpanust hinnati osakonnas ($\chi^2=74,92$; $p<0,0001$).

4.3.4. Õendusabi osakonnas

Üle ¾ (242 e 83,1%) üliõpilastest olid nõus väitega, et osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud. Kõige vähem oldi nõus väitega, et ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga (228 e 78,3% üliõpilastest) (vt tabel 12).

Tabel 12. Üliõpilaste hinnang õendusabile osakonnas (n=291).

CLES väited	n (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem ei ole nõus	Üldse mitte nõus
Osakonna/haigla missiooni/visiooni selge sõnastus	143 (49,1%)	99 (34%)	36 (12,4%)	6 (2,1%)	7 (2,4%)
Selge ja arusaadav õendusdokumentatsioon	114 (39,2%)	121 (41,6%)	28 (9,6%)	20 (6,9%)	8 (2,7%)
Individuaalne õendusabi	136 (46,7%)	99 (34%)	31 (10,7%)	22 (7,6%)	3 (1%)
Ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga	127 (43,6%)	101 (34,7%)	36 (12,4%)	22 (7,6%)	5 (1,7%)

Osakonna õendusabi hindamisel 5-astmelisel Likert skaalal varieerusid keskmised 4,08 ja 4,25 vahel, kus keskmiseks väärtuseks oli 4,16. Kõige kõrgemalt hinnati selgelt sõnastatud missiooni/visiooni ($4,25\pm 0,923$) ning kõige madalamalt õendusdokumentatsiooni selgust ja arusaadavust ($4,08\pm 1,004$), kuid erinevused keskmistes ei olnud suured (vt tabel 13).

Tabel 13. Keskmised hinnangud õendusabile osakonnas 5-astmelisel Likert skaalal.

CLES väited	n	mean	SD	Min	Max	Mediaan	Mood
Osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud	291	4,25	0,923	1	5	4,0	5
Patsiendid said individuaalset õendusabi	291	4,18	0,970	1	5	4,0	5
Ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga	291	4,11	1,004	1	5	4,0	5
Õendusdokumentatsioon oli selge ja arusaadav	291	4,08	1,004	1	5	4,0	4

Esinesid statistiliselt olulised erinevused teise ja kolmanda kursuse üliõpilaste hinnangutes

kõikide väidete puhul – kolmanda kursuse üliõpilased olid rohkem nõus väidetega, et osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud ($\chi^2=10,99$; $p=0,027$), patsiendid said individuaalset õendusabi ($\chi^2=22,44$; $p>0,0001$), ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga ($\chi^2=18,15$; $p=0,001$) ning õendusdokumentatsioon oli selge ja arusaadav ($\chi^2=19,09$; $p=0,001$).

Esinesid erinevused üliõpilaste hinnangutes, lähtudes praktikajuhendajast – üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja, arvasid enam, et osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud ($\chi^2=100,07$; $p<0,0001$), patsiendid said individuaalset õendusabi ($\chi^2=38,09$; $p<0,0001$), ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga ($\chi^2=47,48$; $p<0,0001$) ning õendusdokumentatsioon oli selge ja arusaadav ($\chi^2=48,42$; $p<0,0001$).

4.3.5. Õppimine osakonnas

Kõige enam (250 e 85,9% üliõpilastest) oldi nõus väitega, et osakonnas kutsuti üliõpilast nimepidi ning kõige vähem oldi nõus, et õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised (208 e 71,5% üliõpilastest) (vt tabel 14).

Tabel 14. Üliõpilaste hinnang õppimisele osakonnas.

CLEs väited	n (%)				
	Täiesti nõus	Pigem nõus	Ei oska öelda	Pigem ei ole nõus	Üldse mitte nõus
Üliõpilase nimepidi kutsumine osakonnas (n=290)	177 (60,8%)	73 (25,1%)	18 (6,2%)	15 (5,2%)	7 (2,4%)
Hästi organiseeritud esmane osakonna tutvustus (n=290)	145 (49,8%)	91 (31,3%)	18 (6,2%)	25 (8,6%)	11 (3,8%)
Osakond kui hea õpikeskkond (n=291)	156 (53,6%)	76 (26,1%)	22 (7,6%)	22 (7,6%)	15 (5,2%)
Õpituatsioonide piisavus osakonnas (n=290)	127 (43,6%)	99 (34%)	42 (14,4%)	14 (4,8%)	8 (2,7%)
Osakonna meeskonna huvitatus üliõpilaste juhendamisest (n=290)	119 (40,9%)	95 (32,6%)	31 (10,7%)	28 (9,6%)	17 (5,8%)
Õpituatsioonide mitmekesisus (n=290)	117 (40,2%)	91 (31,3%)	45 (15,5%)	26 (8,9%)	11 (3,8%)

Osakonnas õppimisele antud hinnang 5-astmelisel Likert'i skaalal varieerus 3,93 kuni 4,37, kus hinnangute keskmine väärtus oli 4,11. Kõige kõrgemalt hinnati osakonnas üliõpilase nimepidi kutsumist ($4,37 \pm 0,980$) ning kõige madalamalt osakonna meeskonna huvitatust üliõpilaste juhendamisel ($3,93 \pm 1,197$) (vt tabel 15).

Tabel 15. Keskmised hinnangud osakonnas õppimisele 5-astmelisel Likert skaalal.

CLES väited	n	mean	SD	Min	Max	Mediaan	Mood
Osakonnas kutsuti üliõpilast nimekiri	290	4,37	0,980	1	5	5,0	5
Esmane osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud	290	4,15	1,109	1	5	4,50	5
Osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks	291	4,15	1,166	1	5	5,0	5
Osakonnas oli piisavalt õpituatsioone	290	4,11	1,007	1	5	4,0	5
Õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised	290	3,96	1,123	1	5	4,0	5
Osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest	290	3,93	1,197	1	5	4,0	5

Esinesid mõned statistiliselt olulised erinevused teise ja kolmanda kursuse üliõpilaste hinnangutes – kolmanda kursuse üliõpilased olid rohkem nõus väidetega, et esmane osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud ($\chi^2=12,28$; $p=0,015$), osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest ($\chi^2=12,04$; $p=0,017$) ning õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised ($\chi^2=10,24$; $p=0,037$).

Praktikajuhendajast lähtuvalt esinesid statistiliselt olulised erinevused hinnangutes õppimisele osakonnas – individuaalse praktikajuhendaja puhul oli esmane osakonna tutvustamine paremini organiseeritud ($\chi^2=78,43$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($\chi^2=99,16$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti üliõpilast rohkem nimepidi ($\chi^2=109,88$; $p<0,0001$), osakonnas oli piisavalt õpituatsioonid ($\chi^2=81,45$; $p<0,0001$), mis olid oma sisult mitmekesisemad ($\chi^2=49,26$; $p<0,0001$) ning osakonda võis pidada paremaks õpikeskkonnaks ($\chi^2=127,39$; $p<0,0001$).

4.4. Erinevused õendusüliõpilaste hinnangutes 2007. ja 2012. aastal kogutud uurimistööde andmetega

Võrreldes 2007. aastal ja 2012. aastal läbi viidud uuringuid, esinesid T-testis statistiliselt olulised erinevused õendusüliõpilaste keskmistes hinnangutes 5-astmelisel Likert skaalal seitsme väite puhul (vt tabel 16). Üliõpilaste hinnang keskmistele hinnangutele oli tõusnud statistiliselt oluliselt kuue väite puhul ning väite puhul, mis puudutas õendusdokumentatsiooni selgust, oli üliõpilaste hinnang langenud.

Tabel 16. Statistiliselt olulised erinevused õendusüliõpilaste hinnangutes 2007. ja 2012. aastal läbi viidud uurimistöodes.

Väide	Mean + SD		t-stat	p
	Parm (2012)	Asberg (2006-2007)		
Minu praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisse	4,41±0,998	4,21±1,013	443=2,01	0,046
Ma sain oma praktikajuhendajalt alati tagasisidet	4,25±1,089	4,02±1,248	445=2,02	0,044
Juhendamine põhines koostööl	4,35±0,984	4,09±1,144	436=2,51	0,012
Tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada igati õpetlikuks	4,14±0,968	3,87±1,121	446=2,74	0,006
Osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud	4,25±0,923	3,69±0,986	446=6,048	<0,0001
Patsiendid said individuaalset õendusabi	4,18±0,970	3,98±0,990	446=2,045	0,041
Õendusdokumentatsioon (õendusplaan, protseduurilehed jne) oli selge ja arusaadav	4,08±1,004	4,30±0,883	445=-2,360	0,019

χ^2 -testiga selgusid statistiliselt olulised erinevused õendusüliõpilaste hinnangutes 2007. ja 2012. aasta uuringutes. Võrreldes 2007. aasta uuringuga võib öelda, et 2012. aastal on oluliselt tõusnud nende üliõpilaste osakaal, kelle praktikajuhendajaks oli osakonna õde (tõus 16,5%) ning langenud nende üliõpilaste osakaal, kellel praktikajuhendajaks oli vanemõde (langus 6,7%) ($\chi^2=27,94$; $p<0,0001$). 2007. aasta uuringus oli 11,2% võrra rohkem neid üliõpilasi, kellele oli määratud praktikajuhendaja, aga ta ei juhendanud ($\chi^2=21,06$; $p=0,001$). 2012. aastal oli 10% võrra rohkem neid üliõpilasi, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja ning 14,7% võrra vähem neid üliõpilasi, kellel puudus praktikajuhendaja ($\chi^2=25,86$; $p<0,0001$).

2012. aasta uuringus oli 14% võrra rohkem neid üliõpilasi, kelle hinnangul praktikajuhendaja

suhtus positiivselt juhendamisse ($\chi^2=9,73$; $p=0,045$) ning 10% võrra rohkem neid üliõpilasi, kelle hinnangul juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist ($\chi^2=12,50$; $p=0,014$).

2012. aasta uuringus oli 27,4% võrra rohkem neid üliõpilasi, kelle hinnangul oli osakonna/haigla missioon/visioon selgelt sõnastatud ($\chi^2=43,55$; $p<0,0001$). Samas, 2007. aasta uuringus oli rohkem neid üliõpilasi, kelle hinnangul oli osakonnas piisavalt õpituatsioone ($\chi^2=10,26$; $p=0,036$) ning õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesisemad ($\chi^2=18,97$; $p=0,001$).

5. ARUTELU

Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimuste tulemustega

Käesoleva uurimistöö põhjal kirjeldati Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli ja Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe õppekava üliõpilaste hinnangut kliinilisele õpikeskkonnale ja juhendamisele praktikal. Saadud tulemusi võrreldi Asberg (2008) CLES mõõdikuga läbi viidud uurimistöö tulemustega. Saadud teabe abil saavad Eesti tervishoiu kõrgkoolid informatsiooni kliinilise õpikeskkonna ja seal toimuva üliõpilaste juhendamise kohta, et parendada praktika juhendamise kvaliteeti.

Praktikajuhendaja peab tagama üliõpilase õpetamise ja õppimist soodustava õpikeskkonna loomise. Üliõpilase õpieesmärkide täitmine ja õpitahe on seotud juhendaja ettevalmistusega. (Lambert ja Clacken 2005, Williams ja Irvine 2009). Eestis alustati praktikajuhendajate koolitustega 2002. aastal, aga need ei olnud regulaarsed. Regulaarsed praktikajuhendajate koolitused algasid aga alles 2007. aastal. Enne seda juhendasid praktikajuhendajad üliõpilasi ilma eelnevat ettevalmistust saamata. 2007. aasta uurimistöö läbiviimise ajal oli juhendajate taust väga erinev. Nende õdede osakaal, kes olid läbinud praktikajuhendajate koolituse, oli väga väike. Kahe uurimistöö vahelisel ajal on toimunud pidev juhendajate koolitamine. Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli akrediteerimisaruandele tuginedes tuleb juhendajate koolitusi jätkata. Kahjuks aga puudub ülevaade, kui palju juhendavaid praktikajuhendajaid kokku on. Käesolevas uurimistöös võis vastanute suurem rahulolu juhendamisega tulla juhendajate suuremast kompetentsusest. Samuti on Tartu Tervishoiu Kõrgkooli poolt välja antud abimaterjal praktikajuhendajatele, mida saavad kõik asjast huvitatud lugeda nii paberandjal kui ka elektroonselt. Kirjandusele tuginedes võib väita, et oluline on juhendajate hariduslik ettevalmistus ja kui see osutub puudulikuks, siis võib see üliõpilaste juhendamisel saada takistuseks (Lambert ja Clacken 2005, Williams ja Irvine 2009). Juhendajad vajavad lisaks kliinilistele teadmistele ka pedagoogilisi teadmisi (Laitila jt 2007, Williams ja Irvine 2009, Jokelainen jt 2010). Üliõpilase toetamise seisukohalt on oluline, et juhendajal oleks teadmised, mis aitavad tal aru saada, millises arenguetapis juhendatav on. Vastasel juhul võib üliõpilane kogeda suurt stressi. (Jimenez jt 2009, Moscaritolo 2009, Karabacak jt 2012). Toetudes nii uurimistöö tulemustele kui ka kirjandusele, on uurimistöö autori arvates oluline, et ei katkeks juhendajate koolituse järjepidevus ja etteulatavalt tuleks arvestada koolituse läbinud juhendajate "kaoga" praktikabaasidest.

Uurimistulemustest selgus, et üliõpilased hindasid **praktika juhendamist kõrgemalt** kui Asbergi 2007. aastal tehtud uurimistöös. 2007. aastal oli üldine keskmine hinnang juhendamisele

4,15 ning 2012. aastal 4,31. Kõige enam tõusis üliõpilaste hinnang koostööl põhinevale juhendamisele. Uurimistöö autori arvates on positiivne, et antud aspektis on üliõpilaste hinnang tõusnud.

Kahjuks ei võimaldanud uurimistöö mõõdik teada saada, mitmes oli hinnatav praktika kliiniliste praktikate järjestuses. Seetõttu ei ole ka võimalik teada saada, kas see oleks võinud mõjutada üliõpilaste hinnanguid. Viimase kliinilise praktika pikkuseks märkisid üliõpilased keskmiselt $5,10 \pm 1,79$ nädalat. Lühim hinnatav praktika oli 2 nädalat pikk. Õppekava alusel nii lühikest kliinilist praktikat ei ole. Sellise tulemuse võis tingida asjaolu, et üliõpilane tegi 2 nädalaga 4 nädala praktika tunnid. Nimetatud asjaolu on mõneti kahetsusväärne. Nende üliõpilaste ettevalmistus iseseisvaks õe tööks võib selle tõttu kannatada. Viibides lühemat aega praktikal, võib üliõpilane omandada küll head tehnilised oskused, kuid õe töö mitmedimensioonilisuse tundmaõppimiseks võib sellest jääda väheks (Warne jt 2010). Pikimaks praktikaks märgiti 16 nädalat, mis näitab, et mõned üliõpilased liitsid kõik viimased praktikad kokku.

Võrreldes 2007. ja 2012. aasta uuringu tulemusi, on toimunud mitmed positiivsed praktika juhendamise alased muutused. 16,5% on tõusnud nende üliõpilaste osakaal, kelle praktikajuhendajaks on õde. Töö autori arvates on see positiivne, kuna praktikajuhendajatest õed saavad olla erialaseks eeskujuks. Heal praktikajuhendajal peavad olema head kutsealased teadmised (Lambert ja Clacken 2005, Hsu 2006, Skaalvik jt 2011). Varasemate uuringute põhjal võib öelda, et üliõpilased vajavad uute oskuste õppimisel jälgimist ja tagasisidestamist. Vajadusel peab juhendaja olema kiiresti kättesaadav. (Kilminster jt 2007, Jokelainen jt 2011, Stewart jt 2011). Seetõttu on hea, et on vähenenud nende üliõpilaste arv, kelle juhendajaks on osakonna õendusjuht. Kindlasti ei ole hea, kui praktikajuhendajaks on vanemõde, kes reaalselt ei osale patsientidele õendusabi osutamises. Kui praktikajuhendajaks on osakonna vanemõde, tingib see olukorra, kus üliõpilane ei saagi pidevat tagasisidet praktikabaasis sooritatute kohta ning lõplik hinnang õppepraktikale ei pruugi olla objektiivne. Vähenenud on nende üliõpilaste arv, kellel puudus praktikajuhendaja, kusjuures neile oli küll määratud praktikajuhendaja, aga ta ei juhendanud üliõpilasi. Võib oletada, et siin võib olla seos praktikajuhendajate koolitusega. Asbergi (2008) uurimistöö läbiviimise ajal oli praktikajuhendajate koolitusega Eestis tegeldud mõned aastad. Praeguseks on koolituse läbinud õdede osakaal suurenenud. Sellest tulenevalt võib oletada, et üliõpilasi juhendavad vastavaid teadmisi omavad õed. Juhendamisalaste teadmisteta õed võivad jätta üliõpilased juhendamata, kuna neil puuduvad vastavad oskused.

Käesolevas uurimistöös oli pooltel üliõpilastel (53%) individuaalne praktikajuhendaja ning

praktikajuhendaja ja üliõpilase koostöö sujus. Asberg (2008) uurimistöös oli vastanutest 43%-l individuaalne praktikajuhendaja. Sellele tuginedes võib väita, et võrreldes 2007. aastaga on individuaalsete praktikajuhendajate osakaal suurenenud 10%. Kindlasti on sellele kaasa aidanud praktikajuhendajate koolituse juurutamine ning koolipoolsete nõuete väljatöötamine praktikabaasi praktikajuhendajatele. Siiski ei ole antud koolituste juurutamine kaasa toonud individuaalsete praktikajuhendajate soovitud kasvu. Põhjuseks võib pidada asjaolu, et kuigi kool koolitab praktikajuhendajaid, on hetkel tervishoiuasutustes suur kaadrivoolavus ja õdede puudus. Selle tulemusena ei ole võimalik kõikidele üliõpilastele tagada individuaalset juhendajat, kes oleks läbinud praktikajuhendajate koolituse.

Individuaalse juhendamise korral on üliõpilase ja praktikajuhendaja kontakt tihe. Eriti vajavad individuaalset juhendamist nõrgemad üliõpilased. (Kilminster jt 2007, Reid-Searl ja Happell 2012). Individuaalse juhendamise korral saab üliõpilane ka kõige enam toetust (Hsu 2006, Levet-Jones jt 2009, Skaalvik jt 2011). Kirjandusele tuginedes võib väita, et üliõpilase õppeprotsessi tuleb jälgida järjepidevalt. Ka grupiviisilise juhendamise korral, kus praktikajuhendaja juhendab mitut üliõpilast, tuleks jälgida individuaalse juhendamise põhimõtteid. Õppimine peaks toimuma individuaalse õppeplaani alusel. (Kilminster jt 2007, Jokelainen jt 2011). Toetuse vajadus on sageli konkreetsest inimesest. Uurimistöös autoril on isiklik üliõpilaste praktilisel juhendamise kogemus. Mõned esimesel kliinilisel praktilisel viibivad üliõpilased said oma juhendajalt väga vähest toetust. Jäädes haiglas üksi keeruliste olukordade lahendamiseks, kogesid need üliõpilased väga suurt stressi. Ülimalt negatiivse kogemuse foonil tekkis neil isegi soov vahetada eriala.

Varasemate uurimistööde tulemustest on selgunud, et üliõpilastele ei tohi anda keerulisi ja ülejõu käivaid ülesandeid, mis võivad nad ebakindlaks muuta (Levet-Jones jt 2009, Green 2011). Tõenäoliselt võivad sellised olukorrad juhtuda siis, kui üliõpilasel ei ole individuaalset juhendajat või kui juhendaja puudub üldse. Käesolevas uurimistöös puudus praktikajuhendaja 1%-l üliõpilastest. Samas on aga võrreldes 2007. aastaga 14,7% võrra vähem neid üliõpilasi, kellel puudus praktikajuhendaja.

Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtumiste arv on aga langenud – kui 2007. aastal läbi viidud uuringus kohtuti koolipoolse praktikajuhendajaga keskmiselt $1,4 \pm 3,0$ korda, siis 2012. aastal $0,65 \pm 0,851$ korda. 2007. aasta uuringu tulemusel ei olnud 36,6% üliõpilastest mitte ühtegi korda kohtunud koolipoolse praktikajuhendajaga ning 2012. aastal 53,6% üliõpilastest. Williams ja Irvine (2009) väidavad, et koolipoolsed praktikajuhendajad vastutavad kvaliteetse juhendamise

eest. Selleks aga tuleb teha koostööd nii üliõpilaste kui ka neid juhendavate juhendajatega. Koolipoolsete praktikajuhendajate vähene praktikabaaside külastatus võib olla tingitud asjaolust, et praktika juhendamine on muutunud veebipõhiseks, kus peaks toimuma üliõpilase, tema juhendaja ja koolipoolse praktikajuhendaja vahelised arutelud ja tagasisidestamised. Uurimistöö autori arvates võib veebipõhise juhendamise korral tekkida praktikabaasidest kaugenemine. Samuti jäävad koolipoolsed juhendajad seetõttu ilma vahetust kogemusest, mida annab praktikabaasi külastamine. Praktikaalastes dokumentides soovitatakse koolipoolisel juhendajal külastada praktikabaasi sellisel juhul, kui ilmnevad üliõpilase ja praktikabaasi vahelised probleemid. Samas tekitab see küsimuse, kas koolipoolsed juhendajad ikka alati saavad elektroonilisele keskkonnale loota, et teada saada, kuidas nende üliõpilastel tegelikult praktilal läheb. Antud uurimistöö ei anna otsust vastust sellele küsimusele, kas tervishoiu kõrgkoolide üliõpilased vajaksid lisaks internetipõhisele juhendamisele ka senisest enam koolipoolsete juhendajate viibimist praktika keskkonnas.

Kliinilise õpikeskkonna üheks oluliseks komponendiks on seal töötavad õed. Praegu on teada, et paljudes haiglates napib õdesid, mistõttu osa õdesid töötab intensiivselt ja suure koormusega. Andes hinnangu õdede füüsilisele ja vaimsele pingele, leidis üle poole uuritavatest (53,3%), et õdedel esineb mõningane füüsiline pingeline, suur füüsiline pingeline esines 19,5% arvates ja madal füüsiline pingeline ainult 15,5% uuritava arvates. Uuritavate arvates esines 23%-l õdedest suur vaimne pingeline ja väga suur vaimne pingeline 5,5%-l, üldse ei esinenud vaimset pinget 6,5%-l õdedest. Õdedel, kellel on suurenenud töökoormus, esineb nii vaimset kui füüsilist ülekoormatust. Kliinilise õpikeskkonna hindamisel hindasid üliõpilased kõige madalamalt osakonna atmosfääri. See võib omakorda olla seotud ka vaimse ja füüsilise pingeline esinemisega õdedel.

Kirjandusele tuginedes võib väita, et üliõpilaste õpetamiseks ja kogemuste jagamiseks peab olema piisavalt aega (Myall jt 2008, Levet-Jones jt 2009, Koontz jt 2010). Suure tööpingega õdedele on praktikandid pigem lisakoormuseks ning neil kaob ka motivatsioon juhendada. Sellistes osakondades, kus õdede töökoormus on väga suur, võivad üliõpilased muutuda personalile koormavaks. Õpetamise asemel tahetakse neid rakendada lisatööjõuna. (Myall jt 2008). Töö autor on ise olnud mitmetele õpperühmadele koolipoolseks juhendajaks ja päris mitmel korral on kuulnud juhendatava käest, et praktikabaasides oodatakse üliõpilastelt juba päris õe tööd, jättes aga üliõpilased ilma eelnevast õpetamisest. Näiteks kästakse üliõpilasel iseseisvalt teha neid protseduure, mida ta senini on ainult klassiruumis õppinud. Kindlasti puuduvad kliinilisel praktilal olles üliõpilasel piisavad teadmised ja kogemused, sooritamiseks

õendustoiminguid ilma järelevalveta. Oluline on ka õendusabi kvaliteet, mille eest vastutab siiski praktikabaasi-poolne praktikajuhendaja. Juhul, kui üliõpilane teeb õendusabis vea, ei saa teda panna ainukeseks vastutajaks.

Võrreldes aastatel 2007 ja 2012 üliõpilaste hulgas läbi viidud uuringuid, **hindamaks kliinilist õpikeskkonda** ja juhendamist, võib täheldada üliõpilaste rahulolu vähenemist praktikakohaga. Üliõpilaste hinnang **osakonnale kui kliinilisele õpikeskkonnale** on võrreldes 2007. ja 2012. aasta uuringutega langenud. Keskmise hinnangu antud valdkonnale oli 2007. aastal 4,20 ning 2012. aastal 4,11.

Osakonna õendusabi hindamisel 5-astmelisel Likert skaalal hindasid vastanud kõige kõrgemalt selgelt sõnastatud missiooni/visiooni ning kõige madalamalt õendusdokumentatsiooni selgust ja arusaadavust. Selleks, et üliõpilased saaksid patsientidega tegeleda võimalikult turvaliselt, peavad nad õendusdokumentatsioonist üheselt aru saama. Õendusdokumentatsioonist mitte arusaamine raskendab üliõpilasel õppimist. (Landers 2000, Willamson jt 2010). Arvatavasti on koolis õpetatud dokumentatsiooni ja praktikabaasi õendusdokumentatsiooni vahel erinevus. Kool küll õpetab õendusplaani koostamist ning viimastel aastatel juurutab ka NANDA I õendusdiagnooside rakendamist, aga see ei ole veel praktikabaasidesse jõudnud. Seetõttu oskavad üliõpilased ka kriitilisemalt hinnata praktikabaasides oleva õendusdokumentatsiooni täitmist. Võrreldes 2007. aastal läbiviidud uuringuga oli üliõpilaste keskmine hinnang õendusdokumentatsiooni selgusele langenud.

Antud uurimistöö tulemusel võib täheldada peaaegu kõikide praktikakeskkonnaga seotud väidete osas minimaalset rahulolu tõusu võrreldes 2007. aastal läbi viidud uurimistöö tulemustega. Erandiks oli aga osakonna meeskonnaga kontakti saamine, kus käesoleva uurimistöö keskmiseks hinnanguks 5-astmelisel Likert skaalal oli 4,0. Varasemas, 2007. aastal läbi viidud uurimistöös oli see 4,03. Üliõpilase jaoks on aga väga oluline sõbralik ja toetav suhtumine, samuti see, et ta tunneks ennast meeskonna liikmena. Õdede omavahelised head suhted loovad toetava õpikeskkonna, mis aga omakorda soodustab üliõpilaste õppimist. Paljudest uuringutest on selgunud, et üliõpilased vajavad praktilist toetavat keskkonda (Dunn ja Hansford 1977, Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski 2003, Lambert ja Glacken 2005, Hosoda 2006).

Kuna eelnevates uurimustes on CLES mõõdikuga teostatud uurimistööde tulemused esitatud ainult aritmeetiliste keskmistena, on käesolevas uurimuses lisaks tulemuste esitamisele täis- ja suhtarvudena avaldatud andmed ka aritmeetiliste keskmistena, sarnaselt eelnevate uurimistööde

tulemustega. Analüüsidest erinevate uurimistööde tulemusi, võib öelda, et enamasti on Eesti üliõpilaste hinnangud õpikeskkonnale ja juhendamisele võrreldes Soome, Inglismaa, Rootsi ja Norra üliõpilastega kõrgemad. Erandiks on patsientidele osutatav individuaalne õendusabi ning osakonnas olevad õpisihtuatsioonid. Siin võib Eestis olla ka erinevus teooria ja praktika vahel. Koolis rõhutatakse järjest rohkem patsiendikesksust, mis aga alati praktikakeskkonnas õendusabi osutamisel ei kajastu. Käesoleva töö autorile kättesaadavate varasemate uurimistööde tulemused on esitatud kokkuvõtvalt lisa 5.

Eetilised aspektid

Uurimuse läbiviimisel jälgiti eetilisi nõudeid. Uurimuse teostamiseks taotleti ja saadi luba Tartu Ülikooli Inimuuringute eetikakomiteelt ning Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolilt ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolilt. Planeeritavas uurimistöös kasutati Asbergi (2008) poolt tõlgitud ja Eesti oludele kohandatud ankeeti. Nõusolek ankeedi kasutamiseks ja küsimuste muudatustest on saadud ka originaali autorilt Mikko Saarikoskilt. Töö autoril on kohustus informeerida kõikidest muudatustest ankeedi mõõdiku autorit. Käesoleva uurimistöö lissasse on pandud ainult eestikeelne ankeet. Antud juhul peeti kinni originaalmõõdiku autori Mikko Saarikoski nõudest. Seetõttu pole magistratöö lissas ingliskeelset mõõdikut.

Enne uurimuse tegemist kaaluti põhjalikult selle potentsiaalset kasu ja kahju uuritavatele, sest tehtav töö peab tooma kasu. Uurimistöö puhul peab teostaja jääma andmete kogumisel eemalseisjaks ja esitama tulemused objektiivselt, jättes kõrvale enda subjektiivse hinnangu (Burns ja Grove 2005). Andmebaasi analüüsimisel ja tulemuste esitamisel on oluline, et esitataks ainult andmebaasist tulenevad andmed. Antud uurimistöös kasutati kahte andmebaasi.

Üheks oluliseks uurimistöös osalemise kriteeriumiks on vabatahtlikkus. Samuti pidas uurija oluliseks uurimuses osalevate üliõpilaste anonüümsuse tagamist. Antud magistratöö autor selgitas enne anketeerimist uuringust osavõtjatele üliõpilastele ka uurimistöö eesmärgid. Teabe jagamine toimus nii suuliselt kui ka kirjalikult. Ankeetküsimustikule lisati kaaskiri, milles oli ära toodud nii uurimistöö eesmärk kui ka anonüümsus (Lisa 1). Uurimistöö anonüümsust aitas tagada ka see, et pärast ankeetküsimustike täitmist või mittetäitmist panid uuritavad need kaasaantud ümbrikusse ning seejärel kleepisid selle kinni. Sellega tagati uurimistöös osalemise vabatahtlikkus ja anonüümsus. Ümbrikusse asetatud täitmata ankeedi puhul ei ole hiljem võimalik tuvastada, kes konkreetselt ei vastanud küsimustele.

Kogutud andmed säilitas töö autor lukustatud sahtlis, mille võtit omas ainult tema. Ankeetide

säilitamine oli vajalik selleks, et andmebaasist algandmeid kontrollida. Pärast magistritöö valmimist täidetud ankeedid hävitatakse.

Uurimistöö tulemused on esitatud üldistatud kujul. Uurimistulemuste esitamise juures jälgis töö autor nii aususe, täpsuse kui ka selguse põhimõtteid. Uurimistöö tulemusi tutvustatakse nii Tartu kui ka Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja tervishoiuasutustes, kus toimuvad kliinilised õppepraktikad.

Usaldusväarsuse kontroll

Mõõdik, mida kasutati uurimistöö läbiviimiseks, on valideeritud Mikko Saarikoski poolt 2002. aastal. Ta uuris Soome õendusüliõpilasi ($n=416$), kes viibisid kliinilisel praktikal. Üliõpilased hindasid kliinilise praktika keskkonda paralleelselt Dunn'i ja Burnett'i (1995) CLE (*Clinical Learning Environment*) eelnevalt valideeritud skaala järgi ning see oli CLE koostamise aluseks CLES skaala järgi. Mõlema instrumendi alusel hindasid üliõpilased praktika toimumise koha heaks. Juhendaja ja juhendatava omavahelised suhted olid kõige olulisemaks faktoriks üliõpilaste juhendamise süsteemis, kuid need vajavad positiivset õhkkonda ja head juhtimist. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002).

Mõõdiku sisemist kooskõla iseloomustava reliaabluse näitaja hindamiseks arvutati selle alaosade *Cronbachi alfa* väärtused. *Cronbach α* varieerub 0,73–0,94 koos alakategooriatega. Käesolevas uurimistöös kasutatud mõõdiku puhul ületasid sisemist kooskõla iseloomustava reliaabluse *Cronbachi α* väärtused lubatud piirid mõõdiku alaosades „Rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega“ (*Cronbachi alfa* väärtus 0,96), „Osakonna atmosfäär“ (*Cronbachi alfa* väärtus 0,90) ja „Õppimine osakonnas“ (*Cronbachi alfa* väärtus 0,91). See näitab, et küsimustiku alaosades esinevad väited, mis üksteist dubleerivad ning mõõdiku edaspidisel kasutamisel oleks vaja nende sõnastust korrigeerida või midagi välja jätta.

Uurimistöö kitsaskohad

Antud uurimistöö valim on esinduslik, kuna tegemist oli kõikse valimiga. Uurimistöö läbiviimiseks kasutati ankeetküsimustikku. Uurimistöö autor kaalus võimalust viia küsitlus läbi interneti vahendusel. Arvutipõhine küsitlus oleks olnud odavam ja vähem aega nõudev. Peale poolt- ja vastuargumentide kaalumist otsustas uurimistöö autor siiski valida paberankeedid, mis toimetati uuritavate kätte. Ankeetide jagamisel ja kogumisel olid uurimistöö autorile abiks paljud tervishoiu kõrgkoolides töötavad inimesed. Ka selgitas uurimistöö autor kõigile uurimistöös

osalejatele uurimistöö eesmärgi ja selle olulisust õendusvaldkonnale. Tõenäoliselt aitas see kaasa sellele, et uuringus osales suur arv inimesi. Suurt vastanute arvu võib ilmselt seletada ka sellega, et ankeedi täitmine toimus kõrgkoolide ruumides ja sellisel ajal, kui üliõpilased olid koolis. Anketeerimine toimus kooli infoseminaride ja praktika lõpuseminaride ajal. Seega ei pidanud üliõpilased anketeerimise pärast spetsiaalselt kooli tulema, mis oleks vähendanud osalejate arvu.

Mõneti üllatavaks kujunes aga asjaolu, et kõiki uuringus osalenud õpperühmi tuli anketeerida mitmeid kordi. Selle tingis asjaolu, et üliõpilaste osalemine koolis toimival õppetööl on küllaltki madal. See asjaolu aga tegi uurimistöö läbiviimise keerulisemaks ja ajamahukamaks. Tegevusi analüüsides võiks öelda, et arvestama oleks pidanud nii nädalapäeva kui ka tunni asetusega tunniplaanis. Võttes arvesse seda tegurit, oleks ilmselt olnud otstarbekam viia küsitlus läbi internetipõhiselt. Näiteks vastati tavalisest kiiremini küsimustele, kui tegemist oli viimase tunniga.

Ankeetküsitluse üheks puuduseks võib pidada ka seda, et uuritav ei pruugi süveneda küsimustesse ja annab kaheldavaid vastuseid. Samuti ei tea uurimistöö autor, kas vastamist võis mõjutada ka ankeedi keel. Uurimistöö autor otustas kasutada ainult eestikeelset ankeeti, kuna õppetöö tervishoiu kõrgkoolides toimub ainult riigikeeles. Kahjuks aga jääb praegu selgusetuks, kas venekeelne ankeet oleks mõjutanud uurimistöö tulemusi. Samas võis uurimistöös täheldada, et kolmanda kursuse üliõpilased, kelle emakeel on vene keel, hindasid rahulolu kliinilise õpikeskkonna ja juhendamisega kõrgemalt. Kahjuks ei ole teada, kas kõrgem hinnang tuli kultuurilisest eripärast või võis selle tingida ka asjaolu, et küsimustest ei saadud aru ja anti seetõttu kõrge hinnang.

Prooviuuringu läbiviimist ei pidanud uurimistöö autor vajalikuks, kuna eestindatud küsimustikuga oli juba tehtud varasem uuring. Samuti võttis autor arvesse eelneva uuringu autori soovitusi ja tegi vastavalt põhjendatud soovitustele ka küsimustikus parandusi.

Käesolevas uurimistöös kasutatud (CLES) mõõdiku töötas välja M. Saarikoski ja seda on praeguseks kasutatud paljudes uurimistöodes. Antud mõõdik on juba eestindatud, seda tegi Asberg (2008), kes tõi oma uurimistöös välja ka antud mõõdiku puudused Eesti kontekstis. Antud uurimistöö autor kohaldas mõõdiku küsimustikku vastavalt Asbergi (2008) soovitustele ja originaalmõõdiku autori juhendile. Kõik tehtud muudatused kooskõlastati ka M. Saarikoskiga, kes andis muudatuste tegemiseks ka omapoolse nõusoleku. Mõõdiku korrigeerimisel arvestati Eesti õenduse omapäradega. Küsimust nr 31 on muudetud, sest Eesti üliõpilased ei osanud 2007.

aastal läbi viidud uurimistöö käigus sellele vastata. Tõenäoliselt ei osanud üliõpilased sellele küsimusele vastata, kuna Eestis ei ole osakondades kirjalikult lahti seletatud osakonna õendusfilosoofia. Küll aga on haiglate missioonis rõhutatud õendusabi kõrge kvaliteedi tagamist. Küsimuses on “õendusfilosoofia” asendatud sõnaga “missioon”. Küsimuse muutmist aktsepteeris ka mõõdiku autor Saarikoski. Mitmes küsimuses on välja toodud, et hinnata tuleb viimast praktikat, kus üliõpilane viibis. Asbergi (2008) kasutatud küsimustikus osade küsimuste puhul see täpsustus puudus, mille tulemusena tekkinud segaduses liitsid mõned uuritavad kõikide läbitud kliiniliste praktikate päevad kokku. Samas, vaatamata käesolevas uuringus kasutatud ankeetküsimustikus olevale täpsustusele, leidis siiski neid üliõpilasi, kes liitsid samuti kõik praktikapäevad kokku.

Eriliselt keskenduti ankeedis olevate mõistete lahtiseletamisele. Asberg (2008) uurimistöö läbiviimisel olid ankeedis kasutusel mõisted “mentor”, “koolipoolne praktikajuhendaja” ja “juhendamine”. Termineid “koolipoolne praktikajuhendaja” ja “juhendamine” kasutati ka antud uurimistöö mõõdikus. Töö autor peab oluliseks, et tema poolt kasutatud terminid oleksid kooskõlas Eesti Õdede Liidu terminoloogiakomisjoni poolt soovitatuga. Lähtuvalt sellest asendati algselt ankeedis olev sõna „mentor“ sõnaga „praktikajuhendaja“. Selle all mõeldakse juhendajat praktikakeskkonnas (viimast soovitatakse kasutada tervishoiu valdkonnas). Tagantjärele võib aga nentida, et ka sõna „mentor“ on Eesti õendusvaldkonnas üsna juurdunud. Näiteks küsisid üliõpilased üle, kas praktikajuhendaja all mõeldakse ikka praktikakeskkonnas olevat juhendajat. Töö autor jääb siiski seisukohale, et tuleks kasutada Eestis kokku lepitud termineid, antud juhul “praktikajuhendajat”.

Käesolevas uurimistöös planeeriti kahe muutuva vaheliste seoste leidmiseks kasutada Speamani korrelatsioonanalüüsi. Analüüsi käigus selgus, et CLES mõõdiku kõik väited olid omavahel positiivselt seotud ning seetõttu ei pidanud uurimistöö autor otstarbekaks neid töös välja tuua. Seetõttu on uurimistöös ainukese tulemusena välja toodud seos üliõpilaste hinnangutes õdedel esineva füüsilise ja vaimse pinge esinemise vahel.

Tulemuste olulisuse põhjendamine

Eestis on üliõpilaste rahulolu kliinilise keskkonna ja juhendamisega uuritud tagasihoidlikult, võrreldes mujal maailmas tehtuga. Samuti ei ole Eestis õenduse valdkonnas varasemalt tehtud võrdlevat kirjeldavat uurimistööd, kus oleks kasutatud kahe andmebaasi ühildamist. Uurimistöö annab uut ja ka võrreldavat teavet praktikakeskkonna ja juhendamise kohta Eestis. Saadud teavet

on võimalik võrrelda Asberg (2008) poolt tehtud uurimistöö tulemustega. Tulemuste põhjal saab teha järeldusi, kas praktika-alased ja praktika juhendamise muudatused on ennast õigustanud. Uurimistöö annab võimaluse nii koolil kui ka praktikabaasidel teada saada üliõpilaste hinnangut kliinilise praktika keskkonna ja juhendamise kohta. Edaspidi on tõenduspõhiste tulemustele toetudes võimalik teha parendusettepanekuid nii haiglatele kui ka tervishoiu kõrgkoolidele paremaks praktika läbiviimiseks. Samuti on võimalik saadud teadmisi kasutada õenduse õppekava arendamiseks. Kokkuvõtteks võib öelda, et mida rohkem tehakse Eestis vastavaid uurimistöid, seda rohkem on võimalik saadud tulemuste põhjal sekkuda ja sellega tagada senisest suurem õendusüliõpilaste rahulolu praktikakeskkonna ja juhendamisega.

Uute uurimisprobleemide genereerimine

Käesolevas uurimistöös kirjeldati üliõpilaste rahulolu kliinilise õpikeskkonna ja juhendamisega, kuid kahjuks ei selgunud rahulolu seos veebipõhise juhendamisega, mida peaks tulevikus kindlasti uurima.

Samuti pole teada, kuidas on praktikabaasi-poolsed juhendajad juhendamisega rahul ning millised probleemid neil esinevad. Kindlasti oleks see edaspidi uurimist vajav teema. Samuti tuleks edaspidi uurida, milliseid probleeme näevad koolipoolsed praktikajuhendajad seoses praktikajuhendamisega.

Ettepanekud:

1. Koostöös praktikabaasidega muuta tervishoiu kõrgkoolides õpetatav ja praktikabaasides kasutatav terminoloogia õendusdokumentatsioonis ühtseks.
2. Teha empiiriline uuring õendusüliõpilaste veebipõhise praktikajuhendamise rahulolu kohta.
3. Teha empiiriline uuring, mis käsitleb nii praktikajuhendajaid kui ka koolipoolseid praktikajuhendajaid.
4. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis tuleks jätkata praktikajuhendajate koolitamist.

6. JÄRELDUSED

Käesolevast tööst võib järeldada:

- Üliõpilased hindasid juhendamist kliinilisel praktikal heaks. Kõige kõrgemalt hinnati vastastikusel usaldusel põhinevat juhendamist ning praktikajuhendaja positiivset suhtumist juhendamisse. Praktikajuhendajaks oli enamasti osakonnas töötav õde, kuid ainult pooltel oli individuaalne praktikajuhendaja, mistõttu hinnati kõige madalamalt individuaalse juhendamise kogemist. Üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja, tundsid praktikajuhendaja positiivsemat suhtumist juhendamisse, olid rohkem rahul juhendamisega, tunnetasid juhendamisel rohkem võrdsust, koostööd, lugupidamist ning usaldust. Kõige madalamalt hindasid üliõpilased individuaalse juhendamise kogemist. Pooltel juhtudest ei külastanud koolipoolne praktikajuhendaja üliõpilast praktikabaasis mitte kordagi.
- Kliinilise õpikeskkonna hindamisel hinnati kõige kõrgemalt osakonna vanemõe juhtimisstiili ning kõige madalamalt osakonna atmosfääri. Üliõpilased nägid osakonna vanemõde meeskonnaliikmena, kes pidas lugu oma töötajatest ning üliõpilased tundsid ka osakonnas valitsevat positiivset õhkkonda, kuid samas osakonna koosolekutel ei tundud ennast mugavalt. Paljude üliõpilaste arvates oli osakonnas töötavatel õdedel mõningane vaimne ja füüsiline pinge, mille esinemine oli omavahel seotud. Kõrgema hinnangu kliinilisele õpikeskkonnale andsid üliõpilased, kellel oli individuaalne praktikajuhendaja.
- Võrreldes 2007. ja 2012. aasta uurimistöö tulemusi, võib täheldada rahulolu tõusu kliinilise praktikaga. Statistiliselt kõige enam hinnati kõrgemalt osakonna missiooni/visiooni ja individuaalset õendusabi osakonnas. Kõige suurem langus oli õendusdokumentatsiooni selgusest arusaamisel. Võrreldes 2007. aasta uuringuga on suurenenud praktikajuhendajaks olevate osakonna õdede osakaal ning vähenenud vanemõdede osakaal. Samas, 2007. aastal oli osakonnas rohkem mitmekesisemaid õpisiituatsioone.

KASUTATUD KIRJANDUS

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

Anderson L. (2011). A Learning resource for developing effective mentorship in practice. *Nursing Standard*, 25(51), 48–56.

Asberg, M. (2008). Eesti tervishoiu kõrgkoolide õendusüliõpilaste hinnang õpikeskkonnale ja mentorlusele kliinilisel õenduspraktikal. Magistritöö õendusteaduses. Tartu.

Aru, M. (2010). Kuidas praktikast õppida? Tartu: Tartu Ülikooli Kirjastus. <http://www.ttu.ee/public/t/tudengile/oppeinfo/Praktika/Praktikavihik.pdf>

Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Addison - Wesley, London.

Beskine, D. (2009). Mentoring students: establishing effective working relationships. *Nursing Standard*, 23(11), 35–40.

Bradbury-Jones, C., Irvine, F., Sambrook., S. (2010). Empowerment of nursing students in clinical practice: spheres of influence. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2061–2070.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization. Elsevier. United States of America.

Dunn, S., Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing student`s perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 1299–1306.

Gardner, A., Gardner, G. (2005). A trial of nurse practitioner scope of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (2), 135–145.

Gillespie, M. (2005). Student - teacher connection: a place of possibility. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 135–145.

Green, H. J. (2011). Skills Training and Self- Esteem: Educational and Clinical Perspectives on Giving Feedback to Clinical Trainees. *Behavioral Change*, 28(2), 87–96.

Houser, J. (2008). Nursing research. Reading, using and conducting evidence. Jones and Barlett Publishers. United States of America.

Hosoda, Y. (2006). Development and testing of a Clinical Learning Environment Diagnostic Inventory for baccalaureate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 480–490.

Hsu, L-L. (2006). An analysis of clinical teacher behaviour in a nursing practicum in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 619–628.

Jahanpour, F., Sharif, F., Salsali, M., Kaveh, M., Williams, L. (2010). Clinical decision - making in senior nursing students in Iran. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 595–602.

Jimenez, C., Navia-Osorio, P. M., Diaz, V. C. (2009). Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 442–455.

Jokelainen, M., Turunen, H., Tossavainen, K., Jamookeeah, D., Coco, K. (2011). A systematic review of mentoring nursing students in clinical placements. *Journal of Clinical Nursing*, 20(10), 2854–2867.

Johansson, I., Holm, A-K., Lindqvist, I., Severinsson., E. (2006). The value of caring in nursing supervision. *Journal of Nursing Management*, 14, 644–651.

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

Karabacak, U., Uslusoy, E., Senturan, L., Alpar, S. E., Yavuz, D. E. (2012). First day in clinical practice: evaluating stress of nursing students and their ways to cope with it. *Journal of Society for Development in New Net Environment in B.H*, 6(2), 596–602.

- Kilminster, S., Cottrell, D., Grant, J., Jolly, B. (2007). AMEE Guide No. 27: Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29, 2–19.
- Koontz, M., Mallory, J. L., Burns, J. A., Shapman, S. (2010). Staff Nurses and Students: The good, the bad, and the ugly. *Medsurg Nursing*, 19(4) , 240–245.
- Laitila, A. H., Eriksson, E., Meretoja, R., Sillanpää, K., Recola L. (2007). Nursing students in clinical practice – Developing a model for clinical supervision. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 316–32.
- Lambert, V., Glacken, M. (2005). Clinical education facilitators: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 14(6), 664–673.
- Landers, M. G. (2000). The theory- practice gap in nursing: the role of nurse teacher. *Journal of Clinical Nursing*, 32(6) 1550–1556.
- Lee, C. Y., White, B., Hong, Y. M. (2009). Comparison of the clinical practice satisfaction of nursing students in Korea and the USA. *Nursing and Health Sciences*, 11, 10–16.
- Levett-Jones, T., Lathelan, J., Higgins, I., McMillan, M. (2009). Staff – student relationships and their impact on nursing students belongingness and learning. *Journal of Advanced Nursing*, 65 2), 316–324.
- Li, H-C., Wang, L. S., Lin, Y-H., Lee, I. (2011). The effect of peer - mentoring strategy on student nurse stress reduction in clinical practice. *International Nursing Review*, 58, 203–210.
- Lindgren, B., Brulin, C., Holmlund, K., Atlin, E. (2005), Nursing students perception of group supervision during clinical training. *Journal of Clinical Nursing*, 14(7), 822–828.
- Moscaritolo, L.M. (2009). Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *The Journal of Nursing Education*. 48(1), 117–123.
- Märja, T., Lõhmus, M., Jõgi, L. (2003). Andragoogika. Kirjastus Ilo, Tallinn.

Myall, M., Levett-Jones, T., Lathlean, J. (2008). Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1834–1841.

Murray, S., Williamson, R. (2009) . Managing capacity issues in clinical placements for pre-registration nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 3146–3154.

Newton, J. M., Cross, W. M., White, K., Ocerby, C., Billet, S. (2011). Outcomes of a clinical partnership model for undergraduate nursing students. *Contemporary Nurse*, 39(1), 119–128.

Ousey, K. (2009). Socialization of student nurses – the role of the mentor. *Learning in Health and Social Care*, 8(3), 175–184.

Peyrovi, H., Yadavar-Nikraves, M., Oskouie, S. F., Berterö, C. (2005). Iranian student nurses experiences of clinical placement. *International Nursing Review*, 52, 134–141.

Polit, D. F., Hungler, B. P. (1987). *Nursing Research: principles and methods*. 3rd Edition. J.B. Lippincot Company, Philadelphia.

Pollard, K. (2009). Student engagement in interprofessional working in practice placement settings. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 2846–2856.

Ranse, K., Grealich, L. (2007) . Nursing students’ perceptions of learning in the clinical setting of the Dedicated Education Unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 171–179.

Reid-Searl, K., Happell, B. (2012). Supervising nursing students administering medication: a perspective from registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1998–2005.

Roomets, S. (2003). *Statistika algkursus*. AS Rebellis. Tallinn.

Russell, K., Hobson, A., Watts, R. (2011). The Team Leader Model: an alternative to preceptorship. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(3), 5–13.

Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H. (1999). Association between quality of ward nursing care and students' assessment of the ward as a learning environment. *Nursing Times Research*, 4, 467–474.

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

Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H., Warne, T. (2002). Clinical learning environment and supervision: testing a research instrument in an international comparative study. *Nurse Education Today*, 22, 340–349.

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

Severinsson, E., Sand, A., (2010). Evaluation of the clinical supervision and professional development of student nurses. *Journal of Nursing Management*, 18, 669–677.

Skaalvik, M. W., Normann, H. K., Henriksen, N. (2011). Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students – a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(10), 2294–2304.

Stewart, D., Pettifor, J., Schoepp, G., McCarron, M. C. E., Stark, C. (2011). Ethical Supervision in Teaching, Research, Practice and Administration. *Canadian Psychology*, 52(3), 198–205.

Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õppepraktika kord. (2011). Tartu Tervishoiu Kõrgkool. <http://www.nooruse.ee/?id=207&lang=est> (02.12.11).

Taylor, B. J., Kermode, S., Roberts, K. (2006). Research in nursing and health care: Evidence for practice. Thomson Learning. South Melbourne.

Tervishoiu valdkonna soovituslikud ametinimetused. Eesti Õdede Liit. <http://www.ena.ee/tervishoiu-valdkonna-soovituslikud-ametinimetused> (30.11.11).

Vahtramäe, A. (2006). Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe põhiõppe õppekava järgi õppivate üliõpilaste kogemused haiglapoolsest juhendamisest sisehaige õenduse õppepraktikal sihtasutuses Tartu Ülikooli kliinikum. Magistritöö õendusteaduses. Tartu.

Vahtramäe, A., Sikk, J., Kaldma, M., Reva, E., Koit, K., Varendi, M. (2011). Praktika kõrgkoolis. Sihtasutus Arcimedes Programmi büroo. Tartu.

Viitanen, E., Peltola, E., Tampon-Jarvala, T., Lehto, J. (2007). First-line nurse manager in university hospitals – captives to their own professional culture? *Journal of Nursing Management*, 15(1), 114–122.

Warne, T., Johansson U-B., Papastavrou, E., Tichelaar, E., Tomietto, M., Bossche, K., Moreno, M., Saarikoski, M. (2010). An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Education Today*, 30, 809–815.

Williams, L., Irvine, F. (2009). How can the clinical supervisor role be facilitated in nursing: a phenomenological exploration. *Journal of Nursing Management*. 17, 474–483.

Williamson, G. R., Callaghan, L., Whittlesea, E., Heath, V. (2011). Improving students support using Placements Development Teams: staff and students perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 20(10), 828–836.

Witte, N., Labeau, S., Keyzer, W. (2010). The clinical learning environment and supervision instrument (CLES): Validity and reliability of the Dutch version (CLES+NL). *International Journal of Nursing Studies*, 48, 568–572.

Õe põhiõppe õppekava 1467. (2011). Tallinna Tervishoiu Kõrgkool.
http://www.ttk.ee/public/OE_Oppekava_2011_EHIS.pdf (02.12.11).

LISA 1. Informeeritud nõusoleku vorm

LUGUPEETUD ÜLIÕPILANE

Palun Teil osaleda uurimuses, mille eesmärgiks on kirjeldada Eesti tervishoiu kõrgkoolide õe õppekava üliõpilaste hinnangut õpikeskkonnale ja juhendamisele kliinilisel õppepraktikal. Uurimistöö annab uut teavet praktikakeskonna ja juhendamise kohta. Saadud teavet on võimalik kasutada õe õppekava parendamiseks ja õendusüliõpilaste rahulolu suurendamiseks kliinilisel õppepraktikal.

Uurimus viiakse läbi tervishoiu kõrgkoolide õe õppekava II ja III kursuse üliõpilaste seas, kes on läbinud vähemalt ühe kliinilise õppepraktika.

- Uurimistöös osalemine on vabatahtlik.
- Küsimustiku täitmine võtab aega 15–20 minutit. Täidetud küsimustik palun panna lisatud ümbrikusse ja seejärel see sulgeda. Eelnevalt suletud ümbrik viia õppesekretäri kätte ja asetada markeeritud kasti, mille avamise õigus on ainult uurijal.
- Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul. Teile tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Soovi korral võite alati uurimuses osalemise katkestada.
- Küsimustikud ei ole nimeliselt isikustatud, seega on need uurimistöö teostajale anonüümsed. Teie vastuseid näeb ainult uurija, kes kasutab neid ainult statistiliseks analüüsiks.

Uurija on alati valmis vastama tekkinud küsimustele ja täpsustama töö eesmärki ning uurimuse läbiviimist. Uurimuse läbiviimiseks on saadud luba Tartu Ülikooli inimüraeringute eetikakomiteelt.

Meeldivat koostööd soovides,

Lily Parm,
õendusteaduse magistrant
Tartu Ülikool, Nooruse 9, 50411
Tel. 56 91 4224
e-post: lily.parm@gmail.com

LISA 2. Kliinilise õpikeskkonna ja juhendamise hindamise skaala
(Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)

1. Mitmenda kursuse õe põhiõppe üliõpilane Te momendil olete ?

teise kursuse üliõpilane 1

kolmanda kursuse üliõpilane 2

2. Järgnevalt tõmmake ring ümber haigla osakonnale, kus Teil lõppes viimane kliiniline praktika:

geriaatria osakond	1
kirurgiline osakond	2
günekoloogia osakond	3
onkoloogia osakond	4
lastehaigla osakond	5
psühhiaatria osakond	6
sisehaiguste osakond	7
mingi muu spetsiifiline osakond	

3. Osakond kuulus:

regionaalhaigla koosseisu	1
keskhaigla koosseisu	2
üldhaigla koosseisu	3

4. Kui kaua viibisid patsiendid keskmiselt osakonnas.

mõni päev	1
1–2 nädalat	2
3–4 nädalat	3
üle kuu	4
mitu kuud	5

5. Iseloomustage osakonna õdede füüsilist pinget:

ei esinenud füüsilist pinget	1
madal füüsiline pinge	2
mõningane füüsiline pinge	3
suur füüsiline pinge	4
väga suur füüsiline pinge	5

6. Iseloomustage osakonna õdede vaimset pinget

ei esinenud vaimset pinget	1
madal vaimne pinge	2
mõningane vaimne pinge	3
suur vaimne pinge	4
väga suur vaimne pinge	5

7. Teie viimase kliinilise õppepraktika kestus oli.....nädalat

8. Kuivõrd rahule Te jäite viimase õppepraktika koha/osakonnaga?

ei jäänud üldse rahule	1
pigem ei jäänud rahule	2
ei oska öelda	3
pigem jäin rahule	4
jäin väga rahule	5

Antud küsitluses tähendab **koolipoolne praktikajuhendaja** kooli õpetajat, kes külastab praktikabaasis üliõpilast ja tema praktikajuhendajat ning annab hinnangu üliõpilasele ja õppepraktika eesmärkide täitmisele. **Praktikajuhendaja** on praktikabaasis töötav õde, kes otseselt juhendab, toetab ja annab hinnangu üliõpilase õppepraktikale. Kui üliõpilast juhendab kindel praktikajuhendaja, siis nimetatakse teda **individuaalseks praktikajuhendajaks**. **Osakonna koolitusõde** on õde, kes viib läbi osakonnas töötavatele õdedele koolitusi ja võib olla ka üliõpilasele praktikajuhendajaks.

9. Mitu korda Te kohtusite koolipoolse praktikajuhendajaga praktika jooksul?

.....korda

10. Teie praktikajuhendaja amet/kvalifikatsioon?

õde	1
eriõde	2
vanemõde	3
osakonna õendusjuht	4
koolitusõde	5
muu	6

11. Praktikajuhendaja juhendamine: (tõmmake ring ümber ainult ühele variandile)

Mul ei olnud üldse praktikajuhendajat	1
Oli määratud praktikajuhendaja, aga ta ei juhendanud	2
Praktikajuhendaja vahetus praktika jooksul, kuigi seda polnud ette nähtud	3
Praktikajuhendaja vahetus vastavalt osakonna õdede töögraafikule	4
Praktikajuhendaja juhendas veel mitut üliõpilast ja oli pigem grupi praktikajuhendaja kui individuaalne praktikajuhendaja	5
Omasin individuaalset praktikajuhendajat ja meie koostöö sujus	6

12. Kas Teil oli privaatsed vestlusi praktikajuhendajaga, milles koolipoolne praktikajuhendaja ei osalenud?

ei olnud	1
paar korda	2
vähem kui kord nädalas	3
üks kord nädalas	4
sageli	5

Rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega:
Järgmised väited iseloomustavad juhendamist.

Hindamise skaala:
1 = ei ole nõus
2 = pigem ei ole nõus
3 = ei oska öela
4 = pigem nõus
5 = täiesti nõus

Tõmmake ring ümber numbrile, millega Te iseloomustaksite väidet.

13. Minu praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisesse	1	2	3	4	5
14. Ma kogesin individuaalset juhendamist	1	2	3	4	5
15. Ma sain oma praktikajuhendajalt alati tagasisidet	1	2	3	4	5
16. Ma olin üldiselt rahul juhendamisega	1	2	3	4	5
17. Juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist.	1	2	3	4	5
18. Juhendamine põhines koostööl	1	2	3	4	5
19. Juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel	1	2	3	4	5
20. Juhendamine põhines vastastikusel usaldusel	1	2	3	4	5

Järgnev ankeedi osa käsitleb osakonda ja juhendamist, mis kuuluvad kokku ja omavad igaüks ka oma tähendust.

Järgmistele väidetele vastates tõmmake ring ümber numbrile, mis kõige paremini väljendab Teie arvamust.

Hindamise skaala:

- 1= ei ole nõus
- 2= pigem ei ole nõus
- 3= ei oska öelda
- 4= pigem nõus
- 5= täiesti nõus

Osakond kui õpikeskkond:

Atmosfäär:

21. Osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada

1 2 3 4 5

22. Valitses hea solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel

1 2 3 4 5

23. Osakonna koosolekutel (näit. valve üleandmised) tundsin ennast mugavalt, võtsin osa diskussioonidest

1 2 3 4 5

24. Tundsin ennast mugavalt, minnes osakonda valve alguses

1 2 3 4 5

25. Osakonnas valitses positiivne õhkkond

1 2 3 4 5

Osakonna vanema juhtimisstiil:

26. Osakonna vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest

1 2 3 4 5

27. Osakonna vanemõde oli meeskonna liige

1 2 3 4 5

28. Tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada igati õpetlikuks

1 2 3 4 5

29. Iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas

1 2 3 4 5

Õendusabi osakonnas:

30. Osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud	1	2	3	4	5
31. Patsiendid said individuaalset õendusabi	1	2	3	4	5
32. Ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga	1	2	3	4	5
33. Õendusdokumentatsioon (õendusplaan, protseduurilehed jne) oli selge ja arusaadav		1	2	3	4
	5				

Õppimine osakonnas:

34. Esmane osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud	1	2	3	4	5
35. Osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest	1	2	3	4	5
36. Osakonnas kutsuti üliõpilast nimepidi	1	2	3	4	5
37. Osakonnas oli piisavalt õpituatsioone	1	2	3	4	5
38. Õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised	1	2	3	4	5
39. Osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks	1	2	3	4	5

Täna Teid ankeedi täitmise eest !

LISA 3. Nõusolek mõõdiku autorilt

Mikko Saarikoski Agreement form
RN, PhD, Principal Lecturer
Turku Polytechnic, Health Care
PL 8
20 701 Turku
Finland 06.01.2003

Agreement for using the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES)

evaluation scale

I agree to abide by the following principles in using the CLES evaluation scale as a research tool in my/ our empirical study:

- The CLES should only be used in its original form (minor alternations are permissible, for example in order to ensure the terminology of CLES reflects different cultural aspects). All such changes should be reported to the authors.
- Any research reports that have used the CLES should acknowledge the original source by using the following reference (Saarikoski M. & Leino-Kilpi H. 2002. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. International Journal of Nursing Studies 39: 259-267.)
- The instrument cannot be published in its original form (e.g. as Appendix) without the permission of the copyright holder, Elsevier Science Ltd. UK. The CLES was published originally in the above article.
- Authors should be sent one copy of publications in which the CLES has been used as a research instrument (see the address above)

Name of the re-user: Lily PARM

signature [Signature] 06.01.2012

Research organisation: University of Tartu Department of Nursing Science.

Address: Noolukse 9, 50414, Tartu, ESTONIA

Name of the research Students Satisfaction With Practice Mentoring During Clinical

Learning Environment

(or research project)

Target language [Signature]

I give the permission: [Signature]

Mikko Saarikoski

Date: 13.01.2012

Please, complete to inform us about your research and send two copies form to the address above.

A signed permission form will be returned to you.

LISA 4. Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks.

Luba uurimistööks väljastatud 23.04.2012. **Protokolli number 214/T- 7**

Allkirjastanud:

TÜ inimuuringute eetika komitee esimees Aime Keis

Komitee vastutav sekretär Helen Riismaa

LISA 5. Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamisega Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert'i 5-astmelisel skaalal).

CLES väited	Soome 2002 (n=416) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa 2002 (n=142) (Saarikoski jt 2002)	Soome 1999 (n=162) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Norra 2009 (n=261) (Skaalvik jt 2011)	Rootsi 2009 (n=324) (Johansson jt 2010)	Eesti 2007 (n=158) (Asberg 2008)	Eesti 2012 (n=291) (Parm 2013)
Rahulolu praktikajuhendaja juhendamisega	3,51	3,38	3,81			4,15	4,31
Minu praktikajuhendaja suhtus positiivselt juhendamisesse	3,99			4,31	4,40	4,21	4,43
Ma kogesin individuaalset juhendamist	3,73			4,27	4,40	4,01	4,43
Ma sain oma praktikajuhendajalt alati tagasisidet	2,85			3,85	4,10	4,02	4,41
Ma olin üldiselt rahul juhendamisega	3,59			4,09	4,30	4,22	4,36
Juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist	3,45			4,10	4,20	4,06	4,35
Juhendamine põhines koostööl	3,75			4,12	4,30	4,09	4,25
Juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel	3,68			4,39	4,40	4,30	4,18
Juhendamine põhines vastastikusel usaldusel	3,07			4,37	4,30	4,29	4,04

LISA 5 (järg). Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamisega Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert'i 5-astmelisel skaalal).

CLES väited	Soome 2002 (n=416) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa 2002 (n=142) (Saarikoski jt 2002)	Soome 1999 (n=162) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Norra 2009 (n=261) (Skaalvik jt 2011)	Rootsi 2009 (n=324) (Johansson jt 2010)	Eesti 2007 (n=158) (Asberg 2008)	Eesti 2012 (n=291) (Parm 2013)
Osakonna atmosfäär	3,78	3,57	3,81			3,83	3,88
Osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada	3,76			4,30	4,30	4,03	4,20
Osakonna õdede vahel valitses hea, solidaarne õhkkond	3,55					3,91	4,00
Osakonna koosolekutel tundsin ennast mugavalt	3,72			3,36	4,10	3,34	3,99
Minnes osakonda, tundsin valve alguses ennast mugavalt	4,08			4,11	4,20	3,80	3,98
Osakonnas valitses positiivne õhkkond	3,79			4,06	4,10	4,08	3,51

LISA 5 (järg). Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamise ja Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert'i 5-astmelisel skaalal).

CLES väited	Soome 2002 (n=416) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa 2002 (n=142) (Saarikoski jt 2002)	Soome 1999 (n=162) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Norra 2009 (n=261) (Skaalvik jt 2011)	Rootsi 2009 (n=324) (Johansson jt 2010)	Eesti 2007 (n=158) (Asberg 2008)	Eesti 2012 (n=291) (Parm 2013)
Osakonna vanemõe juhtimisstiil	3,47	3,59	2,87			4,09	4,17
Osakonna vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest	3,77			4,17	4,10	4,34	4,30
Osakonna vanemõde oli meeskonna liige	3,43			3,82	3,50	4,17	4,25
Tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada igati õpetlikuks	3,14			3,34	3,10	3,87	4,14
Iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas	3,53			3,90	3,80	4,00	4,00

LISA 5 (järg). Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamisega Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert`i 5-astmelisel skaalal).

CLES väited	Soome 2002 (n=416) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa 2002 (n=142) (Saarikoski jt 2002)	Soome 1999 (n=162) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Norra 2009 (n=261) (Skaalvik jt 2011)	Rootsi 2009 (n=324) (Johansson jt 2010)	Eesti 2007 (n=158) (Asberg 2008)	Eesti 2012 (n=291) (Parm 2013)
Õendusabi osakonnas	3,50	3,65	3,14			4,04	4,16
Osakonna/haigla missioon/visioon oli selgelt sõnastatud	3,19			3,62	3,30	3,69	4,25
Patsiendid said individuaalset õendusabi	3,61			4,26	4,20	3,98	4,18
Ei esinenud probleeme patsiendi õendusabisse puutuva informatsiooni levikuga	3,49			3,70	4,00	4,21	4,11
Õendusdokumentatsioon oli selge ja arusaadav	3,72			4,00	3,80	4,30	4,08

LISA 5 (järg). Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolule juhendamisega Eestis, Soomes, Inglismaal ja Norras (aritmeetilised keskmised Likert'i 5-astmelisel skaalal).

CLES väited	Soome 2002 (n=416) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa 2002 (n=142) (Saarikoski jt 2002)	Soome 1999 (n=162) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Norra 2009 (n=261) (Skaalvik jt 2011)	Rootsi 2009 (n=324) (Johansson jt 2010)	Eesti 2007 (n=158) (Asberg 2008)	Eesti 2012 (n=291) (Parm 2013)
Õppimine osakonnas	3,51	3,42	3,60			4,20	4,11
Esmane osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud	3,30					4,15	4,37
Osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest	3,73			3,64	3,80	3,87	4,15
Osakonnas kutsuti üliõpilast nimepidi	3,56			3,75	4,40	4,39	4,15
Osakonnas oli piisavalt õpituksituatsioone	3,62			4,02	4,40	4,29	4,11
Õpituksituatsioonid olid oma sisult mitmekesised	3,56			3,90	4,20	4,12	3,96
Osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks	3,71			4,10	4,30	4,31	3,93