

Tartu Ülikool
Arstiteaduskond
Õendusteaduse osakond

Marika Asberg

**EESTI TERVISHOIU KÕRGKOOULIDE ÕENDUSÜLIÕPILASTE
HINNANG ÕPIKESKKONNALE JA MENTORLUSELE
KLIINILISEL ÕPPEPRAKTIKAL**

Magistritöö õendusteaduses

Tartu 2008

KOKKUVÕTE

Marika Asberg (2008) Eesti tervishoiu kõrgkoolide õendusüliõpilaste hinnang õpikeskkonnale ja mentorlusele kliinilisel õppepraktikal.

Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada Eesti Tervishoiu Kõrgkoolide II ja III kursuse õendusüliõpilaste hinnangut õpikeskkonnale ja mentorlusele kliinilisel õppepraktikal ning selgitada kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahelisi seoseid. Andmete kogumiseks kasutati ankeetküsitlust.. Mõõdiku nimi on *Clinical Learning Environment and Supervision Instrument (CLES)* (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002). Valimi moodustasid kõik õendusüliõpilased Tallinna ja Tartu tervishoiu kõrgkoolides, kes olid läbinud kliinilise õppepraktika kas sisehaige õenduses, kirurgilises õenduses või lasteõenduses õppeaastal 2006/2007. Kõikse valimi suuruseks oli 197 üliõpilast, kellest 165 (83,8%) täitis ankeeti ning millest analüüsiti 158 ankeeti. Andmeid analüüsiti arvutiprogrammide *Microsoft Excel 2000* ja *SPSS 10,0 for Windows* abil.

Uurimistöö tulemusena selgus, et oma viimase õppepraktika osakonnaga jäid enamik uuritavatest rahule või väga rahule. Osakonna atmosfääri hinnati 5-palli skaalal enam kui rahuldavaks (3,82). Mentoriks oli osakonnas õppepraktika ajal üle pooltel üliõpilastel õde ja viiendikul vanemõde. Peaaegu pooltel uuritavatest oli individuaalne mentor, kolmandikul oli grupimentor ja neljandikul uuritavatest puudus mentor. Rahulolu mentori juhendamisega oli viie-pallilisel skaalal 4,15. Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, kogesid rohkem individuaalset juhendamist, hindasid kõrgemalt mentori suhtumist juhendamisesse, said rohkem tagasisidet mentorilt, olid rohkem rahul juhendamisega ning pidasid osakonda paremaks õpikeskkonnaks. Privaatseid vestlusi mentoriga koges kolmandik uuritavatest. Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtuti õppepraktika vältel keskmiselt 1,4 korda, kusjuures üle kolmandiku üliõpilastest ei kohtunud kordagi koolipoolse juhendajaga.

Kliinilise õpikeskkonna ja juhendamise rahulolu vahel esines seos. Mida rohkem oldi rahul viimase õppepraktika osakonnaga, seda paremaks peeti osakonda kui õpikeskkonda ja seda suurem oli rahulolu juhendamisega.

Võtmesõnad: mentor, kliiniline õpikeskkond, mentorlus, kliiniline õppepraktika, õendusüliõpilased

SUMMARY

Marika Asberg (2008) Evaluation of learning environment and mentorship in clinical practical training among nursing students in Estonian health colleges.

The objective was to describe the evaluation of learning environment and mentorship in clinical practical training among II and III year nursing students in Estonian health colleges and to explore the association between clinical practical training and mentorship. Questionnaire survey was used for data collection. In this survey The Clinical Learning Environment and Supervision Instrument (CLES) was used. The selection was formed by all the nursing students in Tallinn and Tartu Health Colleges who had passed the clinical practical training in internal patient nursing, surgical nursing or children nursing in the academic year 2006/2007. The quantity of the selection was 197 students, of whom 165 (83,8%) filled in a questionnaire and of which 158 were analyzed. The data was analyzed with *Microsoft Excel* 2000 and SPSS 10,0 for Windows computer programs.

The outcome of the survey indicated that the majority of respondents were satisfied or very satisfied with the department of practical training. The department's atmosphere was evaluated in 5-point scale as more than satisfactory (3,82). During practical training a nurse acted as mentor for more than half of students and a senior nurse for one-fifth of the students in the department. Almost half of the respondents had an individual mentor, one-third had a group-mentor and one-fourth did not have a mentor. Satisfaction with mentor's guidance in five-point scale was 4,15. Students with individual mentor experienced more individual mentorship, evaluated more highly mentor's attitude towards mentorship, received more feedback from the mentor, were more satisfied with the mentorship and regarded the department as a better learning environment. One-third of the respondents experienced private conversations with mentor. Meetings with nurse teacher of the practical training took place 1,4 times on an average of, whereas more than one-third of the students never had a meeting with the nurse teacher.

There was connection between clinical learning environment and satisfaction with mentorship. The more satisfaction there was with the last department of practical training, the higher it was evaluated as learning environment and the higher was the satisfaction with mentorship.

Key words: mentor, clinical learning environment, mentorship, clinical practical training, nursing students.

SISUKORD

KOKKUVÕTE

SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	6
2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE	8
2.1. Õpikeskkond õppepraktikal	8
2.1.1. Osakonna atmosfäär	8
2.1.2. Osakonna vanemõe juhtimisstiil	10
2.1.3. Õendushooldus osakonnas	10
2.1.4. Õppimine osakonnas	11
2.2. Mentorlus õppepraktikal	13
2.2.1. Mentorluse olemus	13
2.2.2. Hea mentori omadused	18
3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISTÖÖ KÜSIMUSED	22
4. UURIMISMEETODID	23
4.1. Uuritavad	23
4.2. Andmete kogumine	23
4.3. Andmete analüüsi meetod	26
5. UURIMISTÖÖ TULEMUSED	27
5.1. Uuritavad	27
5.2. Õpikeskkond	27
5.2.1. Praktikabaasi kirjeldus	27
5.2.2. Osakonna atmosfäär	29
5.2.3. Osakonna vanemõe juhtimisstiil	30
5.2.4. Õendushooldus osakonnas	31
5.2.5. Õppimine osakonnas	32
5.3. Rahulolu mentori juhendamisega	33
5.4. Seosed kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahel	37
6. ARUTELU	44
7. JÄRELDUSED	57
KASUTATUD KIRJANDUS	58

LISAD:

Lisa 1. Kliiniline keskkond ja juhendamise hindamise skaala

Lisa 2. Agreement for using the Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) evaluation scale

Lisa 3. Tartu Ülikooli Inimuringute Eetika Komitee nõusolek uurimistöö läbiviimiseks

Lisa 4. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli nõusolek uurimistöö läbiviimiseks

Lisa 5. Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli nõusolek uurimistöö läbiviimiseks

1. SISSEJUHATUS

Benneri (1984) arvates rajab teooria tee praktikale. Teoorial ei ole võimalik haarata kogu seda tegelikkust ning keerulisi olukordi, mida pakub kliiniline keskkond. Rõhk peab olema asetatud just teoreetiliste teadmiste ühendamisele praktiliste teadmiste ja oskustega. Kliiniline haridus on õendusõppekavade põhiline osa. Värsked lõpetajad peavad omama nii häid teoreetilisi teadmisi, millele rajada õendushooldus kui ka praktilisi oskusi, mis teoreetilisi teadmisi kinnistaksid. Õdede kliiniline õpe pakub neile võimaluse praktiliste oskuste omandamiseks läbi õppepraktika. Kliinilist õpikeskkonda on defineeritud kui interaktiivset haiglasest võrgustikku, mis mõjutab üliõpilaste kliiniliste oskuste kujunemist. Kliiniline õpikeskkond võib mõjutada üliõpilaste psühhomotoorseid oskusi, teadmisi ja kliiniliste probleemide lahendamise oskust. (Dunn ja Hansford 1997.)

Heade ja mitmekülgsete kutseoskuste saavutamiseks on õeks õppijal õppepraktika see, kus saab õppida ehtsas töökeskkonnas ja teha tõelist õe tööd. Üheks olulisemaks õppepraktika kohaks õendusüliõpilastele on haigla ehk kliiniline keskkond. Kliiniline keskkond on olnud pikka aega üliõpilaste jaoks oluline lüli ja toetav struktuur ning peamine kergendav faktor teooria ühendamiseks praktikaga. Hong Kongis ja Inglismaal läbiviidud uurimustes väitsid üliõpilased, et praktika aitab neil aru saada teooriast ja tunda, et õppimine leiab aset siis, kui teooria ja praktika on tihedalt põimunud. Üliõpilaste suunamine praktikakeskkonda põhineb vajadusel integreerida teooriat ja praktikat (Chun-Heung ja French 1997, Espeland ja Indrehus 2003, Lambert ja Glacken 2004).

Õendusüliõpilaste mentorlus on olnud uurimisteemaks aastakümneid. Küsimused on keskendunud mõistele, mis see täpselt on, milline see peaks olema, kuidas see mõjutab tööga rahulolu ja õendusabi kvaliteeti. Uurimistulemuste põhjal on leitud, et kliinilisel mentorlusel on positiivne mõju õdede personaalsele arengule ja tööga rahulolule (Lindgren jt 2005).

Enam on uuritud üliõpilaste praktika juhendamist, praktikaga rahulolu, teooria ja praktika integreeritust üliõpilaste ja praktika mentorite vaatekohast. Õpikeskkond on koos juhendamisega sagedaseks uurimisvaldkonnaks olnud, eraldi uurimisteemana on aga vähe käsitletud leidnud. Õdede õppepraktika teemal on Eestis õenduse magistrantuuris tehtud magistritöö Anne Vahtramäe poolt “Tartu Tervishoiu Kõrgkooli õe põhiõppe õppekava järgi õppivate üliõpilaste kogemused haiglapoolsest juhendamisest sisehaige õenduse õppepraktikal sihtasutuses Tartu Ülikooli

Kliinikum“ aastal 2006 ja Ulvi Kõrgemaa magistritöö Tallinna Ülikoolis “Õenduse üliõpilaste õppepraktika juhtimine” aastal 2006.

Õdede põhiõppe maht on 140 AP (ainepunkti) ehk 140 õppenädalat ning sellest 58 AP ehk 58 õppenädalat toimub õppepraktika kliinilises keskkonnas. Juba aastaid on Tallinna Tervishoiu Kõrgkooli igal aastal riikliku koolitustellimuse alusel vastu võetud 150 õde, kes kõik viibivad õppimise eesmärgil Tallinna nelja suure haigla (SA Põhja–Eesti Regionaalhaigla, AS Tallinna Lastehaigla, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla ja AS Ida-Tallinna Keskhaigla) erinevates osakondades vähemalt 40 õppenädalat. Tartu Tervishoiu Kõrgkooli riiklikuks koolitustellimuseks on 140 õde ja suurimaks praktikabaasiks SA Tartu Ülikooli Kliinikumi erinevad osakonnad.

Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolide kui rakenduskõrgkoolide ülesandeks on kvaliteetse hariduse võimaldamine. Rakenduskõrghariduse omapära on see, et õppekavas on õppepraktika väga mahukas. Õe õppes toimub kliiniline õpe rakenduskõrgkooli järelvalve all tegevusluba omavates tervishoiuasutustes. Rakenduskõrgkool peab tagama üliõpilaste teoreetilise ja praktilise õppe omavahelise kooskõla ning nende õpete tasakaalu eri õppeainete rühmades kogu õppeaja vältel (Arstiõppe, loomaarstiõppe...2004).

Õpetajad, kes õpetavad tulevasi õdesid koolis, teavad, et ainult nende pädevusest ei sõltu üliõpilase pädevus. Praktiliste oskuste kujundamisel on praktikabaasides üliõpilasi juhendavatel õdedel palju suuremad võimalused selleks, et tõsta tulevaste õdede töemotivatsiooni ja tagada professionaalsed kutseoskused. Seda, kas üliõpilane kujuneb tulevikus oskuslikuks, sotsiaalseks, ennast arendavaks ja oma ametit austavaks isiksuseks, mõjutab oluliselt õppepraktika mentor ja keskkond. Olles aastaid õdede õppepraktika organiseerijaks koolis tean, kui raske on tähtsustada õppepraktika osa õppetöös töötavatele õdedele ja nõuda haiglatelt võimalikult kõrget mentorluse kvaliteeti. Haiglad on omaette üksused ja koolil pole õigust korraldada sealset tööd. Samal ajal on koolil kohustus tagada õppepraktika kvaliteet.

Probleemiks on, et kool ei ole praegu kindel, kas õppepraktika keskkond ja mentorlus võimaldavad üliõpilasel kujuneda erialaselt pädevaks, kuna pole läbi viinud sellealast uuringut. Samal ajal kool vastutab selle eest, et õppepraktika läbinud üliõpilased saaksid võimalikult head kutseoskused ja selleks on koolil vajalik hinnata õpikeskkonda ja mentorlust praktikabaasides.

2. KIRJANDUSE ÜLEVAADE

2.1. Õpikeskkond õppepraktikal

2.1.1. Osakonna atmosfäär

Kliiniline praktika peab arendama üliõpilaste kriitilise mõtlemise ja analüüsi oskusi, psühhomotoorseid, suhtlemis- ja aja planeerimise ning probleemilahendamise oskusi ja suurendama enesekindlust tööks õena (Dunn ja Hansford 1997, Löfmark ja Wikblad 2001). Kliiniline õpikeskkond on keskkond, kus toimub kliiniline õpe (Lambert ja Glacken 2005). Õpikeskkond mõjutab otseselt üliõpilase õppimist osakonnas (Twinn ja Davies 1996). Hea kliinilise õppepraktika keskkond sõltub mitmetest erinevatest elementidest. Osakonna kultuur ja atmosfäär osakonna õdede vahel on väga olulised faktorid, mis mõjutavad kvaliteetset õppepraktikat. Kliiniline keskkond võib olla üliõpilastele stressi ja ängistuse allikaks. (Hosoda 2006.) Üliõpilased on enam rahul juhendamise ja osakonnas on positiivselt mõjuv atmosfäär. Soomes läbiviidud uuringus pidasid uuritavatest osakonda heaks õpikeskkonnaks 37%, viletsaks 20% üliõpilastest ning 9% uuritavatest ei olnud üldse rahul osakonnaga, kus toimus õppepraktika. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999.)

Kliiniline õpe ja õppimine vajab toetavat keskkonda (Lambert ja Glacken 2005). Õenduspraktikas on hea õpikeskkond osakond, kus eksisteerib meeskonnatöö, efektiivne suhtlus ning vanemõde on teadlik õenduspersonali ja üliõpilaste füüsilistest ja emotsionaalsetest vajadustest. Osakond on keskkond, kus mitmed tegurid edendavad või pärsivad üliõpilaste õppimist ja heaolu. Osakonna atmosfäär ja õenduspersonali organiseerimine on kõige tähtsamad tegurid. Soomes läbiviidud uuringust ilmnes, et uuritavate rahulolu osakonnaga oli osakonna profiilist lähtuvalt erinev, kõige kõrgem oli rahulolu psühhiaatrilistes osakondades 3,95 viiepallisel skaalal ja kõige madalam 3,71 sisehaiguste osakonnas. Üldiselt hinnati rahulolu osakonnaga kõrgelt, kus keskmine väärtus 5-pallilisel skaalal oli 3,82. Rahulolu osakonnaga oli otseselt seotud juhendamise ja individuaalne juhendamine tõstis ka rahulolu õpikeskkonnaga. (Saarikoski 2003.) Samas Virginia Ülikooli Õenduskoolis läbiviidud uuringus varieerus üliõpilaste osakonnaga rahulolu 5-pallilisel skaalal 1,70 – 2,62, mis jääb tunduvalt madalamaks Euroopas läbiviidud uuringutest (Sand-Jecklin 2000).

Saarikoski jt (2002) läbiviidud uuringu tulemused Inglismaal ja Soomes näitasid, et osakonna atmosfääri hinnati uuritavate poolt heaks, kusjuures kõrgema hinnangu atmosfäärile andsid Soome üliõpilased. Üliõpilasel peab tekkima tunne, et ta kuulub meeskonda (Walsh ja Jones 2005, Hosoda 2006, Bradbury-Jones jt 2007) ja tema eest hoolitsetakse (Bradbury-Jones jt 2007). Üliõpilase

sobivus meeskonda mõjutab tema praktikakogemust (Philips jt 1996). Praktika käigus peavad üliõpilasel arenema meeskonnatöö oskused (Hosoda 2006). Mentor peab üliõpilasel laskma küsimusi küsida, et selgitada, kas kõigest saadakse õigesti aru (Dunn ja Hansford 1997).

Hong Kongis läbiviidud uuringust selgus, et osakonna õdede töö oli väga kiire ja vaearikas, kuna töökoormus oli suur. Üliõpilasi võeti kui puudujäävat tööjõudu, kes pidi ära tegema õdede töö. Sellest tingituna said üliõpilased õppida ainult peale kiire töö tegemist. Üliõpilased leidsid, et nad olid liiga hõivatud ja väsinud, et õppida praktika ajal. (Chun-Heung ja French 1997.) Ühes Austraalias läbiviidud uuringust selgus, et mõned osakonna õed olid väga pikaajalise tööstaažiga ja neil puudus kõrgharidus ning üliõpilased tundsid, et neid vihati. Osakonna personal ei olnud huvitatud üliõpilaste õpetamisest ning seetõttu pidas uuritavatest kliinilist õpikeskkonda halvaks isegi 74% üliõpilastest. (Dunn ja Hansford 1997.)

Õdede hea eeskuju ja toetus annab üliõpilastele julgust rakendada teadmisi praktikas (Henderson 2002). Hirmu tekitavateks situatsioonideks kliinilise kogemuse ajal võivad olla kliinilise kogemuse puudumine, mittetuttavad olukorrad, rasked patsiendid, vigade tegemise hirm (Sharif ja Masoumi 2005).

Patsiendid on üks olulisemaid kliinilise õpikeskkonna faktoreid. Iraanis läbiviidud uuringust selgus, et hirmu kogesid üliõpilased eriti praktika alguses. Üliõpilased muretsesid, et võib-olla nad annavad patsiendile vale informatsiooni. (Sharif ja Masoumi 2005.) Hong Kongis läbiviidud uuringust selgus samuti, et oluliselt mõjutasid üliõpilaste rahulolu praktikaga depressiivsed ja terminaalses seisundis patsiendid. Enamus aega kulus üliõpilastel rutiinsete protseduuride sooritamiseks, mis ei pakkunud väga palju õppimisvõimalusi. (Chun-Heung ja French 1997.)

Oluliseks komponendiks on ka üliõpilase enda eelnevad kogemused ja isiksuseomadused. Stressi kogevad üliõpilased sagedamini esimestel praktikatel, kui puudub õenduslane kogemus. (Andrews jt 2005). Kliinilise praktika puhul on oluline aja planeerimine. Pole harvad juhud, kus üliõpilastele sobiv graafik ei sobi praktikabaasi vahetustega (Dunn ja Hansford 1997).

2.1.2. Osakonna vanemõe juhtimisstiil

Osakonna vanemõel on keskne roll osakonna õpikeskkonnaks kujundamisel. Ta on organisatsioonikultuuri kujundaja, õdede teadmiste ja oskuste kujundaja kliinilises keskkonnas. Paljud autorid on nimetanud teda kardinaliks üliõpilaste õpetamise haiglas. (Lambert ja Glacken 2004.)

Vanemõe juhtimisstiil on kõige tähtsam element, kuna see määrab kindlaks vanemõe ja õenduspersonali vahelised suhted. Neid võib vaadelda analoogselt vanemõe ja personali ning osakonna õdede ja õendusüliõpilaste suhetes. (Saarikoski 2003.)

Osakonna vanemõel on tähtis roll osakonnas positiivse, üliõpilastele orienteeritud atmosfääri tekitamises eriti siis, kui ta on huvitatud õppepraktika toimumisest osakonnas. Vanemõdede toetus mentorile loob ka paremad suhted üliõpilase ja mentori vahel. (Munnukka jt 2000.) Austraalias läbiviidud uuringus selgus, et üliõpilaste rahulolu personaliga ja üldse osakonnaga oli seotud vanemõe juhtimisstiiliga. Osakonna vanemõde määrab õendushoolduse kvaliteedi ja suhtumise üliõpilasesse kui õppijasse. Samuti oli just vanemõde see, kes mängis kesket rolli haigla ja koolivahelises koostöös. (Dunn ja Hansford 1997.)

2.1.3. Õendushooldus osakonnas

Õendushoolduse kvaliteet ja õpikeskkonna kvaliteet on omavahel tugevalt seotud (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999). Hong Kongis läbiviidud uuringus selgus, et praktika ei olnud seostatud teooriaga, mida õpetati koolis. Koolis õpitu oli erinev osakonna praktikas kogetust. Koolis õpitu oli liiga ideaalne ja sageli ebasobiv osakonna praktikasse rakendamiseks. Enamus üliõpilasi koges tehniliste ja meditsiiniliste aspektide õppimist, mida peeti „tõeliseks õpikogemuseks“, seevastu individuaalset õendushooldust peeti paljude üliõpilaste poolt teenijalikuks ülesandeks ning see ei esindanud „tõelisi teadmisi“. (Chun-Heung ja French 1997.) Austraalias läbiviidud uuringus oli aga individuaalne õendushooldus osakonna rutiiniks (Dunn ja Hansford 1997).

Õendushoolduse kvaliteet on osakonniti erinev. Kvaliteeti saab tõsta konkreetsete õendushoolduse juhenditega. Rootsis läbiviidud uuringus selgus aga juhendite vähesus. Mõnedes haiglates olid

vananenud vaatekohad õendusele. Osakonna personal andis ka igati mõista oma töö raskusest ning samas ei kaasanud üliõpilasi oma tegemistesse. Koostöö personaliga mõjutas üliõpilaste arengut. (Löfmark ja Wikblad 2001). Probleemiks on ka dokumentatsiooni erinevus koolis õpitu ja praktikabaasi vahel (Dunn ja Hansford 1997, Landers 2000).

Austraalias läbiviidud uuringus oli suureks probleemiks asjaolu, et patsiendid ei tahtnud, et üliõpilased teeksid neile määratud protseduure ja tänu sellele andsid õed üliõpilastele hooldada patsiente, kellele ei olnudki määratud protseduure. See aga tingis selle, et õppimisvõimalusi jäi väga väheseks. (Dunn ja Hansford 1997.)

2.1.4. Õppimine osakonnas

Üliõpilase õppimise kvaliteeti kliinilises keskkonnas mõjutavad mitmed tegurid nagu näiteks õpikeskkond ja praktilisemad aspektid nagu näiteks osakonna töökoormus ja patsientide vajaduste tase. Õppimine ja õpetamine mentori ja üliõpilase vahel saab toimuda alles siis, kui töö, st patsiendi hooldus, on lõpule viidud. Üliõpilased vaatlevad õppimist ja patsiendi hooldust kui kahte täiesti eraldi tegevust. (Andrews ja Roberts 2003.)

Kliiniline kogemus on alati olnud õenduse õppimise lahutamatu osa. See valmistab õendusüliõpilasi ette teadma kliinilisi printsiipe ja teostama neid praktikas. Kliiniline praktika stimuleerib üliõpilasi kasutama kriitilise mõtlemise oskusi probleemi lahendamiseks. (Sharif ja Masoumi 2005.) Kõrgemaa (2006) uurimistöö alusel valivad üliõpilased praktikabaasi vastavalt praktika eesmärkidele ja vähem arvestatakse praktikabaasi kui soodsat õpikeskkonda.

Praktika kvaliteet on seotud kvaliteetse õendustöö ja üksikisiku ametiidentiteeti arendava õpikeskkonnaga (Vuorinen jt 2005). Kliinilist keskkonda on juba pikka aega tunnustatud kui väga olulist õppimise kohta õendust õppivatele üliõpilastele, kus kliinilise valdkonna toetus selleks määratud personali poolt on tähtsaim õppe abistaja, mis omakorda aitab üliõpilasel teooriat praktikasse üle kanda. Teoorial ei ole võimalik haarata kogu seda tegelikkust ning keerulisi olukordi, mida praktikabaas pakub. (Howard ja Steinberg 2002, Lambert ja Glacken 2004.)

Ideaalne õpikeskkond on keskkond, kus õppijate vajadused haridusele on rahuldatud. Täiskasvanud õppijad vajavad õpikeskkonda, mis ei mõjuks neile ähvardavalt, vaid toetaks ja julgustaks neid. Üliõpilaste seisukohalt on oluline kontrolli saavutamine oma õpikogemuste ning isiklike tulemuste üle. (Dix ja Hughes 2004.) Personali omavahelised halvad suhted ning vähene pühendumus õpetamisesse, mõjutasid kõige rohkem üliõpilaste õppimist. Kui osakonna personalivahelised suhted olid halvad, pidas ka 74% üliõpilastest õpikeskkonda halvaks. Osakonnas mitterahuldavat õpetamist tajunud üliõpilastest pidas 85% ka osakonda halvaks õpikeskkonnaks (Dunn ja Hansford 1997).

Vahtramäe (2006) uuringu tulemustest selgub, et üliõpilased kogesid töökeskkonda sisseelamisel nii positiivset kui negatiivset. Sissejuhatav informeerimine oli lünklik. Vaid harvadel juhtudel tutvustati praktikanti osakonna personalile, mis takistas sisseelamist ja meeskonnatööd.

Osakonnal ja osakonnas töötavatel õdedel on suur tähtsus teooria ja praktika integratsioonil läbi arutelude. Hea, kui üliõpilased saavad alati vastused oma küsimustele. Kogu osakonna meeskond on suureks ressursiks teooria ja praktika integreerimisel. Õendushooldust teostav üliõpilane näeb, et patsient, kes vajab hooldust ei ole mingi diagnostiline juhus, vaid iga inimene on unikaalne oma hirmude ja vaevustega. ning fookuses ei ole sümptom nagu teooriaõppes. (Munnukka jt 2000.) Õpituatsioonides on oluline üliõpilase julgustamine ja toetamine (Bradbury-Jones jt 2007). Probleeme on siiski tekitanud asjaolu, et koolis õpitud teooria võib olla erinev praktikas kasutatavast, mis võib tekitada konflikte üliõpilase ja õenduspersonali vahel (Andrews jt 2005).

Üliõpilaste õppimises on oluliseks teguriks vaatlemine. Kuigi üliõpilased saavutavad oskused ohutus klassiruumis, unustavad nad sageli mida nad on õppinud, kui nad seisavad reaalsusega silmitsi kliinilises keskkonnas. Sellises situatsioonis jälgivad üliõpilased kolleege. Nad õpivad rollimudelilt ning jäljendavad seda, mida nad on õppinud eelnevatelt õdede käitumiselt. Novitiidsid kopeerivad rollimudelit kas ilma teooriat mõistmata ning pigem kujundavad ennast teiste õdede järgi kui mõtlevad probleemid enda jaoks läbi. Teiste sõnadega jäävad nad pigem pinnapealseks kui õpivad sügavuti. (Andrews ja Roberts 2003.) Üliõpilastel võib probleeme olla ka situatsioonide lahendamisel praktikas. Kuigi nad on suurepäraselt teadlikud, et kindlad sümptomid viitavad kindlale diagnoosile, ei ole nad võimelised neid ära tundma reaalses situatsioonis (Cope jt 2000). Rootsisis läbi viidud uuringus väärtustasid üliõpilased vigadest õppimist, mis annab neile juurde enesekindlust (Löfmark ja Wikblad 2001). Näiteks Inglismaal töötasid mentorid välja stsenaariumid, mis kergendasid üliõpilastel kliiniliste protseduuride õppimist haiglas. Stsenaariumid põhinesid

üliõpilaskesksusel ja tagasisidel protseduuride tehniliste ja kommunikatiivsete oskuste omandamiseks. Igas stsenaariumis osales kolm üliõpilast, kus üks üliõpilane viis läbi protseduuri ja teised olid vaatlejad ning hiljem andsid protseduuride teostajale tagasisidet. Tagasiside andmiseks oli välja töötatud protokoll, kus üliõpilased väljendasid oma tundeid, tehnilisi ja suhtlemisoskusi. (Kneebone jt 2005.) Õppimiseks kliinilises keskkonnas on abi ka probleemõppest, mis aitab kaasa meeskonnatöö arengule (O'Neill jt 2000).

2.2. Mentorlus õppepraktikal

2.2.1. Mentorluse olemus

Mentorlust on peetud kõige tavalisemaks ja eelistatumaks lähenemiseks üliõpilaste toetamisel. Mentorluse olemus ja eesmärk on seotud õe rolliga, pakkudes üliõpilasele toetust ja juhendamist (Andrews ja Roberts 2003). Wales'i Riiklik Õendusamet on määratlenud mentorlust järgnevalt: pikaajaline suhe inimeste vahel, kellest tavaliselt üks on märkimisväärselt vanem ja/või kogenum kui teine, suhe on endastmõistetav kaitsealuse suhtes ning põhineb üliõpilase heaolul, edasijõudmisel ja üldisel edenemisel (Andrews ja Wallis 1999). Mentorluse suhtes on oluline toetus ja usaldus (Hayes 2005). Toetuse pakkumine on aga kõige raskem, nagu selgus ka Inglismaal fookusgrupi intervjuudel põhinevas uurimuses (Hutchings jt 2005).

Mentor on isik, kes tegutseb kui toetaja, juhendaja, rollimudel. Mentor on kogemustega kvalifitseerunud õde, kes aitab õe eriala üliõpilastel teoorias omandatud praktikas rakendada. Mentor on vastutav üliõpilaste kliiniliste ja professionaalsete oskuste hindamisel. (Atkins ja Williams 1995, Suen ja Chow 2001, Meno jt 2003, Andrews jt 2005, Ronsten jt 2005, Barker 2006.) Mentorluse olemus peaks põhinema õppijakesksusel (Suen ja Chow 2001).

Mentor valitakse üliõpilase poolt ning ta juhendab, aitab, soovitab ja nõustab. (Andrews ja Wallis 1999, Gray ja Smith 2000). Mentor on osakonna õde, kes juhendab üliõpilasi praktika ajal (Gray ja Smith 2000). Mentorigil peab olema vähemalt ühe-aastane tööstaaz õena (Philips jt 1996). Mentori roll on olla nõustaja ja juhendaja. Osakonna vanemõded ei ole objektiivsed üliõpilasi hindama, kuna nad ei ole eksperdid (Chambers 1998).

Mentor peab olema eelneva koolituse läbinud. Seda näitavad ka Inglismaal läbiviidud uuringu tulemused, kus mentorid väitsid, et õed, kes on kvalifitseerunud õpetamisele ja hindamisele, hindavad ennast efektiivsemaks ja toetavamaks kui need õed, kellel sellist kvalifikatsiooni ei ole. Samas näitab aga sama uuring, et üliõpilased hindavad mentoreid positiivselt vaatamata nende kvalifikatsioonile. (Andrews jt 2005, Chilton 2000.) Sageli on osakonna õdedel aga raske vastu võtta mentori rolli, eriti õppimise ja õpetamisega seotud aspektide puhul (Andrews ja Roberts 2003). Inglismaal töötas Walsh'haigla välja kolmeastmelise mudeli, kus oluliseks on usalduse teke, ülevaade osakonnast ja tööajast ning hea ettevalmistuse andmine teatud valdkonnas. Selles mudelis on tähtis koht mentoril, kes töötab õpilaste läheduses, jälgib neid ja annab nõu. Ühise pere tunne tekitab õpilases kindlustunde ja nad on aldimad õppima ja näitama oma praktilisi oskusi. (Walsh ja Jones 2005.)

Mentorluse suhe areneb läbi mitme etapi. Kõigepealt on sisseelamise periood, kus üliõpilane ja mentor „hindavad“ üksteist. See loob eelduse, et suhe palju avatum ja pingevabam ning areneb sõprus ja usaldus. (Andrews ja Wallis 1999.) Protsessi tulemuseks on eesmärkide väljaselgitamine, rolli täitmine ja eneseefektiivsus. Mentorluse suhte keskel on üliõpilased liikunud arenenud algaja faasi, kus nad on võimelised iseseisvalt töötama, olles siiski mentori kaitse all. Viimane mentorluse faas peegeldab teostust, üliõpilase vilumust ning nii üliõpilase kui mentori eneseteostust. (Hayes 2005.)

Juhendamisel on oluline arvestada üliõpilaste individuaalsete õppimisvajadustega. Mentori ülesanne on jälgida, et üliõpilane oskaks teooriat ja praktikat ühendada (Vuorinen jt 2005, Barker 2006). Üliõpilased peavad mõistma, et teooria ja praktika on järjepidev arenev protsess (Hilton ja Pollard 2005). Üliõpilased ja mentorid peaksid teadma, mida neilt oodatakse. Seda aitab täpsustada õppeleping või individuaalne õppeplaan, mille koostavad mentor ja üliõpilane koos. Selline eesmärgistatud ja ajastatud õppeleping võib luua silla teooria ja praktika vahel eksisteeriva tühimiku vahel (Dix ja Hughes 2004). Sageli aga ei pruugi mentorid olla teadlikud üliõpilaste vajadustest ja kooli õppekavast (Drennan 2002).

Mentoril peab olema võime õpetada, tal peab olema aega ja ressursse ning ta peab armastama õpetamist, tal peab olema tahe jagada teadmisi, huvisid, väärtusi ja uskumusi, ta peab olema suhtlemisaldis ja sõbralik, peab usaldama üliõpilasi patsientide hooldamisel, andma positiivset tagasisidet ning tunnustama üliõpilast, tagama ohutu keskkonna, olema kannatlik, väärtustama

üliõpilase eelmisi saavutusi, olema kompetentne ja kindel rollimudel patsientide hoolduses. Kogenud mentorid on enesekindlamad, empaatilisemad, lõõgastunud ning pühendunud üliõpilaste õppimisele, omades realistlikemaid ootusi üliõpilastele. (Hayes 2005, Andrews jt 2005.)

Mentori kohustusi on defineeritud järgnevalt:

- olla informeeritud ja informeerida teisi kaasaegsest õenduspraktikast, et ületada lünka õppekava ja töökoha reaalsuse vahel;
- individualiseerida õppeprotsessi, sobitada see üliõpilaste individuaalsete vajadustega ja
- tegutsemine õpetaja ja hindajana. (Lloyd Jones jt 2001.)

Mentor toetab üliõpilast kliinilises valdkonnas, on rollimudeliks, kergendab üliõpilase kliinilisi õpikogemusi praktikabaasis, võtab enda peale kliinilise õpetamise, juhendab üliõpilase tööd selliselt, et on tagatud hoolduse kvaliteet ja ohutus ning hindab üliõpilase praktikat praktikabaasis. (Lloyd Jones jt 2001.) Kliinilise mentorluse eesmärk on juhendatavale kliiniliste oskuste õpetamine, mille käigus juhendatavad kogevad edasiminekut professionaalses arengus (Sloan jt 2000). Mentori poolt antud tagasiside annab üliõpilasele teadmisi, mida parendada ja mida teha eesmärkide saavutamiseks (Tornøe 2007).

Vuorinen jt (2005) toovad välja 27-el uurimusel baseerivas kirjanduse süstemaatilises ülevaates, et juhendajad abistasid üliõpilasi teooria seostamisel praktikaga ja vilumuste teoreetilisel omandamisel enne oskuste rakendamist patsientidel, mida teostati patsientide vajadustest lähtuvalt. Õppimises oli keskpunktis üliõpilaste toetamine, ühistöö ja õppijakesksus. Juhendajad toimisid tunnustavalt ja üliõpilaste vaatenurka arvestavalt. Toetamine võimaldas üliõpilasel võtta vastutust ja iseseisvuda vastavalt oma oskustele (Löfmark ja Wikblad 2001).

Vuorinen jt (2005) süstemaatilises ülevaates selgus, et juhendajad tegutsesid ühistöös üliõpilasega, arvestades teda kui ühistegevuse liiget. Nad jagasid üliõpilastega juhendamissuhtes saadud kogemusi ja andsid realistlikku tagasisidet. Üliõpilased õppisid refleksiooni abil eristama asjatundja tegevuse aluseid ning üliõpilastele edastati töötajate nn vaikiv teadmine ning kogemus (Löfmark ja Wikblad 2001). Mentorilt omandati ka ametialast rollimudelit. Juhendamise eelduseks olid mentorite võrgustikutöö ja ühistöö õppejõududega koolist ning mentorite koolitus. Oluline on, et mentorid saaksid õppejõududelt vaimset tuge ning teadmise, et õpetajal ja mentoril lasub

ühisvastutus üliõpilase arengu osas. Inglismaal läbiviidud uuringust selgus, et mentorid pidasid oma ülesandeks üliõpilase hindamist, rollimudeliks olemist, õppimise hõlbustamist, planeerimist ja kliinilist toetust. (Watson 1999.) Teises Inglismaal läbiviidud uuringus pidasid mentorid oma rolliks kohalolemist, empaatiavõimet, keeruliste situatsioonide läbirääkimist ja üliõpilase julgustamist. Mentorid leidsid, et nende kohalolek oli väärtuslik, kuna vähendas üliõpilastel ärevust, eriti just uutel üliõpilastel (Atkins ja Williams 1995).

Mentori olemasolu mõjutab oluliselt üliõpilase õpitulemusi. Teiselt poolt aitab mentoriks olemine uuendada teadmisi ja suurendada enesest lugupidamist (Vuorinen jt 2005). Wales`is läbiviidud uuringus selgus, et 60,4% üliõpilastest märkis tänu mentori olemasolule professionaalset arengut. Kolmanda aasta üliõpilased vajasid mentoriga vähem aega kui esimese ja teise aasta üliõpilased. (Andrews ja Wallis 1999).

Uuringud näidanud, et mentorluse kasutegur on seotud kordade arvuga, kui palju mentor ja üliõpilane töötavad koos. Üliõpilased on uuringute tulemusena pidanud kontakte mentoriga väga oluliseks. Kontaktide arvu vähesus on seotud mentori huvipuudusega, halva vahetuste organiseerimisega või nende mõlemaga. Ühes uuringus 400 üliõpilasega leidis 16% uuritavatest, et neil ei olnud mentoriga küllaldaselt kontakte, 76%-el oli neid vahetevahel ja 7%-el mitte kunagi. (Lloyd Jones jt 2001.)

Inglismaal Lloyd Jones`i jt (2001) poolt läbiviidud uuringus väitis 125-st üliõpilasest 81, et nad töötasid mentoriga samas vahetuses. Üliõpilastel, kes töötasid mentoriga samas vahetuses, kulus praktika ajast 61% patsiendiga seotud tegevustele ja 17% ajast üliõpilase õpetamisele. Seevastu üliõpilastel, kes ei töötanud mentoriga samas vahetuses, kulus 64% praktika ajast patsiendiga seotud tegevustele ja 9% ajast üliõpilase õpetamisele.

Saarikoski jt (2002) poolt Inglismaal ja Soomes läbiviidud uuringu tulemusena hinnati juhendamissuhet heaks. Individuaalset juhendamist sai mõlemas riigis üle 60% üliõpilastest. Probleemidena mainiti ebaefektiivset juhendamist ning juhendaja vahetumist praktika ajal. Praktikaga oldi rohkem rahul, kui omati individuaalset mentorit.

Üliõpilaste juhendamise mudel võib olla kas individuaalne või grupiviisiline. Individuaalse juhendamise puhul on üliõpilasel isiklik mentor Grupijuhendamisel puhul on juhendajal mitu

üliõpilast. (Saarikoski 2003.) Individuaalne juhendamine on eelduseks üliõpilaste efektiivsel õppimisel. Samas takistab individuaalset juhendamist juhendamine igapäevase töö kõrvalt (Vuorinen jt 2005). Individuaalne juhendamine on intiimsem ning isiklik ja professionaalne areng on tulemuslikum kui grupijuhendamise puhul. (Saarikoski 2003.) Saarikoski ja Leino-Kilpi (1999) uurimusest selgub, et 365 uuritavatest omas kolmandik isiklikku juhendajat, grupijuhendamist koges 33% uuritavatest. Kolmandik (31%) uuritavatest väitis, et “mulle määrati küll juhendaja aga koostöö ei sujunud” või „mentor vahetus vastavalt õdede töögraafikule”. Privaatseid vestlusi mentoriga koges 73% üliõpilastest ja 27% ei kogenud üldse.

Ka Rootsisis läbiviidud uuringus väitsid osad üliõpilased, et neile ei olnud mentorit antud. Teised pidid mentorit ajutiselt praktika ajal vahetama, mis oli neile ootamatu. Seoses sellega vähenesid õppimisvõimalused ning mentor ei olnud kindel, mida üliõpilased teadsid ning üliõpilased tundsid vastutuse vähenemist. (Löfmark ja Wikblad 2001.)

Saarikoski (2003) poolt Soomes läbiviidud uuringus selgus, et kõige enam kasutati individuaalset juhendamist psühhiaatriaosakondades (54%) ja kõige vähem sisehaiguste osakondades (38%). Individuaalseid vestlusi mentoriga oli kõige enam samuti psühhiaatriaosakondades ning kõige vähem sisehaiguste osakondades, kusjuures 31% üliõpilastel ei olnud üldse vestlusi mentoriga. Ka siin erines tulemus osakonniti. Üldse privaateid vestlusi ei kogetud sisehaiguste osakonnas 43% uuritavatest ja psühhiaatrias 10% üliõpilastest. Psühhiaatrias vesteldi üliõpilastega üks või enam korda nädalas (60%), kuid sisehaiguste osakonnas nii tiheadat koostööd ei olnud, üks või enam korda koges vestlusi juhendajaga ainult 16% uuritavatest.

Vahtramäe (2006) poolt läbiviidud uuringust aga selgus, et paljudel juhtudel puudus üliõpilasel individuaalne juhendaja või oli see formaalne: juhendaja oli määratud aga ei juhendanud. Mitmel uuritaval oli võimalus kohtuda juhendajaga ainult mõnel korral.

Väga olulised on vestlused praktilise õppe ajal üliõpilase, mentori ja õde-õpetaja vahel. See on tõeline õppeprotsess, kus arutatakse patsiendi hooldamise käigus tekkinud tundeid ja mõtteid. Samuti saab nendes vestlustes hinnata praktikaeesmärkide täitmist ja läbi selle üliõpilase arengut. Niisugune üliõpilase juhendamine on nagu koos teekonna läbimine, kus ka mentor on õpilane. Aja ja teadmiste puudus võivad olla probleemiks mentori töös üliõpilastega. (Munnukka jt 2002.) Inglismaal läbiviidud uuringu tulemused näitavad, et mentorite jaoks on olulised nii igapäevane

toetus kolleegide poolt kui ka õde-õpetajate poolne toetus. Uuringus osalenud väärtustasid oma kolleegide teadlikkust mentorlusest isegi siis kui nende kolleegid ise ei olnud mentorid. (Vuorinen jt 2005.) Õde-õpetajate osalemine protsessis aitab selgitada mentori rolli. Õde-õpetajatel on oluline roll reflektiivsetes diskussioonides (Löfmark ja Wikblad 2001).

Õde - õpetaja roll õppepraktika juhendamisel seisneb just teooria ja praktika ühendamises ja mida enam saab õpetaja viibida kliinilises keskkonnas, seda parem on tema kontakt mentorite, osakonna vanemõe ja üliõpilasega. Samuti näeb õpetaja tõelist hooldust ja saab seda kasutada konspektide parendamisel. (Munnukka jt 2002.)

Uuringud on näidanud, et õde-õpetajate harvad ning ebakorrapärased külastused praktikabaasidesse viivad kliinilise usaldusväärse puudumisele. Õde-õpetajate pidevalt suurenevad kohustused klassiruumis vähendavad aga praktikabaaside küllastamist. (Lambert ja Glacken 2004.) Seega eeldab õde-õpetajate ehk tuutorite olemasolu lisaõppejõude ning ka muud toetavat personali. Siiski peab õde-õpetaja olema kursis kliinilise praktikaga ning saab kaasa aidata suhete parandamisel kliinilises olustikus töötajatega. (Ioannides 1999.) Saarikoski jt (2002) poolt Inglismaal ja Soomes läbiviidud uuringust selgus, et üliõpilased kohtusid koolipoolse juhendajaga keskmiselt 3,9 korda praktika ajal ning Inglismaa üliõpilased ainult 1,7 korda, kusjuures 30% üliõpilastest ei kohtunud kordagi.

2.2.2. Hea mentori omadused

Mentorlust vaadeldakse kui toetavat õendusüliõpilase akadeemilist, kliinilist ja personaalset arengut. Mentori rolliks on vaja olla tähelepanelik, empaatiline ja mitte kriitiline, aktiivselt kuulata. Aktiivne kuulamine on hea suhtluse alus, kuid mentoritel on olulised ka oskused, mis on seotud küsimuste küsimisega, selgitamisega, näitamisega, kinnitamisega. (Duarri ja Kendrick 1999.)

Mentorluse puhul on olulised on mentori isiksuseomadused ja oskused. Hea mentori omadusteks on kättesaadavus, efektiivsed oskused, positiivse õpetamisrolli kohandamine, õppimisele kohase tähelepanu pööramine, toetuse andmine, võime professionaalseks arenemiseks (Andrews ja Wallis 1999), ta peab olema entusiastlik, sõbralik, kannatlik, mõistev, huumorimeelega (Gray ja Smith 2000).

Mentoreid, kellel on üliõpilastega sage ja asjakohane kontakt, hinnatakse üliõpilaste poolt enam. Samas kui kontakt mentori ja üliõpilase vahel on minimaalne ning organisatsiooniline korraldus halb, ei ole mentorluse protsess efektiivne. (Andrews ja Wallis 1999.)

Olulisemateks (44%) juhendamise juures peetakse mentori isikuomadusi ja suhtlemisoskust, 35% uuritavatest pidas oluliseks professionaalseid teadmisi ja 21% pedagoogilisi oskusi. Hea juhendamise kogemus oli aluseks kogu praktika rahulolule. (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999.) Kahjuks võivad mentori rolli ohustada suur töökoormus, vähene aeg, ebapiisav töötajate arv osakonnas ning vähene personali koolitus (Lambert ja Glacken 2004).

USA-s Pennsylvanias operatsioonitoas läbiviidud uuringu tulemused näitasid, et kliinilise mentori kolm kõige peamist omadust on pädevus (93,8%), kontaktus (88,9%) ja julgustamine (74,2%). Kolm kõige vähem valitud omadust mentorile olid empaatia (10,4%), huumoritaju (14,4%) ja taiplikkus (19%). (Meno jt 2003.)

Kotzabassaki jt (1997) poolt Kreekas läbiviidud uuringust selgus, et üliõpilased hindasid kõige paremateks juhendajateks õdesid, kes nautisid õendust, olid enesekindlad, dünaamilised, energilised ning võtsid vastutuse oma tegevuste eest. Olulised olid tähelepanelik kuulamine, üliõpilaste küsimustest arusaamine, hoolikas ja täpne küsimustele vastamine ning kliiniliste oskuste samaaegne demonstreerimine. Seevastu kõige halvemateks juhendajateks peeti halvaks rollimudeliks olevaid õdesid, kes ei suuda üliõpilasi juhatada kasuliku kirjanduse juurde, ei oska kasutada konstruktiivselt enesekriitikat ning parandada üliõpilaste vigu ilma neid halvustamata. Halvad juhendajad olid ka empaatiavõimeta õed, kes ei suuda anda konstruktiivset tagasisidet või stimuleerida üliõpilaste huvisid, on ülikriitilised, mitte avatud ning kritiseerivad üliõpilasi teiste ees ja ei oska neid toetada ega julgustada.

Neary (2000) poolt aastatel 1991 – 1996 Inglismaal läbiviidud uuringus selgus, et mentorid nägid end pakkuvat hariduslikku toetust, andes tagasisidet üliõpilase edenemisest, olles samal ajal kergendajad/hõlbustajad. Nad nägid end peamiselt siiski psühholoogilise toetajana, olles sõber nõuandjana, nõustajana ja motiveerijana (vt tabel 1).

Tabel 1. Mentori vastutus (Neary 2000).

Hariduslik toetus	Sagedus	Psühholoogi- line toetus	Sagedus	Organiseerimis- alane toetus	Sagedus
Hindaja/hindamine	82	Üliõpilase toetamine	96	Personaliga sidepidamine	40
Kergendamise/hõlbustamine	80	Sõber	80	Õppimises vasturääkivuste määramine	15
Õpetamine	77	Nõuandja	78	Ressursside esindaja	15
Teooria ja praktika lünkade kitsendamine	20	Juhtija	15	Ohutu keskkonna loomine	8
Rollimudeli määramine	8	Motiveerija	8	Praktikakoha organiseerimine	8
Õppeesmärgi saavutamine	7	Nõustaja/kuulaja	8	Noomituste tegija	4
Tagasiside andmine	5	Isiklik areng	8		
Oskuste demonstreerimine	2	Kättesaadav	4		
		Üliõpilase kaitsja	2		
	281		307		89

Hea mentor on kindel oma võimes õpetada ja pühendab sellele märkimisväärsele hulgal aega. Üliõpilased peavad sellist õpikeskkonda meeldivaks, mida juhib kindlameelne, üliõpilast arvestav ja tema arengut toetav mentor, kes paneb üliõpilast tundma ennast osakonnas meeskonna liikmena. Hea mentor loob ja suurendab õpivõimalusi ning ei ole kahtlev üliõpilase hindaja rollis. (Neary 2000.)

Uuringud näitavad, et üliõpilased väärtustavad mentori olemasolu ja toetust enam kui mentori õpetamist. Hea mentor on üliõpilaste vaatevinklist toetav, hea rollimudel, õpetaja, juhendaja ja hindaja ning pöörab rõhku üliõpilaste huvidele. Mentori rolli võtmeelemendiks toetuse kõrval on üliõpilase õpetamine ja hindamine. (Andrews ja Roberts 2003.)

Mentori professionaalsed tunnused on head teadmised, hea suhtlemisoskus ja motivatsioon õpetada ning toetada üliõpilasi. On leitud, et mentorid kogevad rollikonflikti patsiendi hooldamise ja mentori rolli vahel. Mentori olemasolul on üliõpilaste õppimine rohkem planeeritud ja tähendust omav võrreldes nende üliõpilastega, kellel mentorit ei ole. Mentori olemasolu mõjutab üliõpilaste õpikogemuse tajumist. (Gray ja Smith 2000.)

Gray ja Smith'i (2000) poolt Šotimaal läbiviidud uuringus selgus, et üliõpilased pidasid heaks mentoriks entusiastlikku, sõbralikku, kättesaadavat, kannatlikku, mõistvat ja hea huumorimeelega õde. Hea mentor on heaks rollimudeliks, kuna ta on hoolitsev ja enesekindel. Hea mentor on hea suhtleja, teadlik õppekavast ja aineprogrammist, omab üliõpilaste suhtes realistlikke ootusi, soodustab üliõpilase arengut kõrvaltvaataja rollist tegija rolli ning annab regulaarset tagasisidet. Hea mentor kaasab üliõpilasi tegevustesse, veedab üliõpilastega aega, on üliõpilastest huvitatud, omab kindlust ja usaldust üliõpilase võimetest.

Iirimaal läbiviidud uuringus väitsid üliõpilased, et neil oli praktikabaasis vähe ideaalseid mentoreid. Ideaalne mentor oli võimeline integreerima teooriat ja praktikat. Ideaalne mentor oli huvitatud tõenduspõhisest praktikast. Üliõpilased tundsid, et nad ei olnud oma praktika jooksul õppinud probleemide lahendamist, kuna probleemid lahendati mentorite või kogenumate õdede poolt. (Kilcullen 2007.) Inglismaal läbiviidud uuringust selgus, et üliõpilased kogesid mentorite poolt pigem kontrolli kui toetust (Cahill 1996).

Hong Kongis läbiviidud uuringus selgus, et ei ole piisavalt kvalifitseeritud juhendajaid (Chun-Heung ja French 1997). Halvad mentorid ei pea lubadustest kinni, neil ei ole piisavalt teadmisi ja praktilist kogemust. Neil on halvad õpetamisoskused, nad muudavad sageli meelt ja neil puudub õpetamisstruktuuri. Halval mentoril puudub ülevaade üliõpilase võimetest ning seetõttu ei luba üliõpilasel teostada õendusprotseduure. Üliõpilane jääb pigem vaatlejaks ja ei saa küllaldaselt praktilisi kogemusi. (Gray ja Smith 2000.)

Halvad mentorid delegeerivad üliõpilastele töid, mida nad ise teha ei taha. Halbadele mentoritele ei meeldi nende töö ning nad ei meeldi ka teistele osakonna töötajatele. Nad hoiavad rohkem distantsi, on vähem sõbralikud ning ei ole kättesaadavad. Neil ei ole teadmisi õppekavast ja aineprogrammist ning neil on ebarealistlikud ootused üliõpilase võimetest. (Gray ja Smith 2000.)

3. UURIMISTÖÖ EESMÄRK JA UURIMISTÖÖ KÜSIMUSED

Uurimistöõ eesmärk oli kirjeldada Eesti tervihoiu kõrgkoolide II ja III kursuse õendusüliõpilaste hinnangut õpikeskkonnale ja mentorlusele ning selgitada kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahelisi seoseid.

Uurimistöõ küsimusteks on:

- Kuidas hindavad õendusüliõpilased õpikeskkonda kliinilisel õppepraktikal?
- Kuidas hindavad õendusüliõpilased kliinilises keskkonnas läbiviidud mentorlust?
- Millised on seosed kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahel?

4. UURIMISMEETODID

4.1. Uuritavad

Uuritavateks olid Eesti tervishoiu kõrgkoolide õenduse õppetooli II ja III kursuse üliõpilased:

- 1) kes on läbinud vähemalt ühe kliinilise praktika kas sisehaige õenduses, kirurgilises õenduses või lasteõenduses, et seda hinnata.
- 2) uuritavad, kes on läbinud mitu kliinilist õppepraktikat, hindavad ainult viimast õppepraktikat.
- 3) on nõus uurimuses osalema

Kõikse valimi suuruseks õppeaastal 2006/2007 oli Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis 111 üliõpilast ja Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis 117 üliõpilast. Ankeetide jagamise momendiks oli Tartu Kõrgkoolis suundunud akadeemilisele puhkusele 7 üliõpilast, koolist eksmatrikuleeritud 4 ja välispraktilal oli 1 üliõpilane. Seega Tartu kogu valim oli 99 üliõpilast. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis oli ankeetide jagamise momendiks suundunud õppeaja pikendusele 8 üliõpilast, akadeemilisele puhkusele 8 üliõpilast, vahetusüliõpilaseks välisriikidesse 2 üliõpilast ja eksmatrikuleeritud 1 üliõpilane. Tallinna kogu valimiks oli 98 üliõpilast. Seega kõikse valimi suuruseks oli 197 üliõpilast, kellest 165 (83,8%) täitis ankeedi, mis tagastati uurijale.

4.2. Andmete kogumine

Uurimistöös kasutati kvantitatiivset uurimismeetodit. Andmete kogumiseks kasutati anonüümset ankeetküsitlust. Ankeetküsimustik on saadud Turu Polütehnikumi uurimistöö ja arendusosakonna juhatajalt Mikko Saarikoskilt, kellega on Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolil ja töö autoril rahvusvahelise töö alal kontaktid ja kes oli huvitatud oma mõõdiku kasutamisest Eestis. Mõõdiku nimi on *Clinical Learning Environment and Supervision Instrument* (CLEs) (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002) (vt lisa 1). Mõõdiku kasutamiseks on antud kindlad juhtnöörid mõõdiku autori Mikko Saarikoski poolt. Mõõdik tõlgiti käesoleva uurimistöö autori poolt eesti keelde, seejärel tõlkis inimene, kes originaalküsimustikku inglise keeles polnud näinud, eestikeelse variandi uuesti inglise keelde. Seejärel inglise keelt valdav õenduse õpetaja võrdles originaali teist korda tõlgitud mõõdikuga ja tegi raporti uurimistöö tegijale sellest, mida on muudetud tõlke käigus. Lõpuks tegi uurimistöö tegija parandused mõõdikusse. Inglise keelde tõlgitud mõõdik ja eesti keelne mõõdik

saadeti Mikko Saarikoskile paranduste ja täiendavate märkuste tegemiseks eesmärgil, et eestikeelne versioon oleks originaali täpne vaste.

Antud ankeet on kasutusel Soomes, Austraalias, Inglismaal, Hong Kongis, Jaapanis, Jordaania, Portugalis, Rumeenias.

Mõõdik, mida kasutati uurimistöö läbiviimiseks on valideeritud Mikko Saarikoski poolt 2002. aastal uurides Soome õendusüliõpilasi (n=416), kes olid läbinud kliinilise õppepraktika. Üliõpilased hindasid kliinilise õppepraktika keskkonda paralleelselt Dunn'i ja Burnett'i (1995) CLE (*Clinical Learning Environment*) skaala järgi, mis oli eelnevalt valideeritud ja mis oli CLES koostamise aluseks. Kasutatud instrumentide sobivus oli nii kõrge, et oli võimatu märgata kultuuriliste erinevuste võimalikku mõju selle instrumendi valideerimise protsessis. (Saarikoski jt 2002).

Uurimistöös kasutatav ankeet (lisa 1) on valideeritud. Küsimustiku sisemist kooskõla iseloomustava reliaabluse näitaja *Cronbach* α varieerub 0,73 – 0,94 koos alakategooriatega. Testi reliaablus varieerub 0,71 – 0,91 (Saarikoski 2003).

Lõplikult kontrollitud ja kohandatud ankeedid jagati ajavahemikul 12 jaanuar 2007 kuni 16 juuni 2007 õendusüliõpilastele 2 päeva kuni üks nädal pärast kliinilise õppepraktika lõppu õppepraktika lõpuseminaril uurimistöö autori poolt Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolis ja õe õppekava koordinaatori poolt Tartu Tervishoiu Kõrgkoolis. Anonüümsuse tagamiseks olid ankeedid asetatud ümbrikutesse ja tagastati ka kinnistes ümbrikutes. Tallinna Tervishoiu Kõrgkoolist laekus 83 ankeeti ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolist laekus 82 ankeeti, kokku tagastati 165 ankeeti. Tagastatud ankeetidest prakeeriti 7 ankeeti ja statistiliseks analüüsiks jäeti 158 ankeeti. Prakeerimise põhjuseks oli see, et 7 ankeedi vastajat ei olnud läbinud ühtegi kliinilist õppepraktikat ja üks ankeet oli puudulikult täidetud.

Ankeet sisaldas küsimusi uuritava taustamuutujate kohta nagu vanus, sugu, läbitud õppepraktikad, eriala, viimane hinnatav õppepraktika koht, patsientide viibimise aeg haiglas, õdede füüsiline ja vaimne pingeline, õppepraktika pikkus jne.

Ankeedi osades, kus uuriti rahulolu juhendamise, anti hinnang osakonna atmosfäärile, vanemõe juhendamise stiilile ja õendushooldusele osakonnas ning osakonnale kui õpikeskkonnale. Iga teema

kohta oli mitu väidet (vt tabel 2). Väidete loetelu, mida uuritavad hindasid Likert` iskaalal, oli antud järgmised vastusevariandid: ei ole nõus (1), pigem ei ole nõus (2), ei oska öelda (3), pigem nõus (4), täiesti nõus (5).

Tabel 2. Ankeedi jagunemine kategooriateks.

CLES väited	Skaala küsimused
Rahulolu mentori juhendamise	<ul style="list-style-type: none"> • minu mentor suhtus positiivselt juhendamisesse • ma kogesin individuaalset juhendamist • ma sain oma mentorilt alati tagasisidet • ma olin üldiselt rahul juhendamise • juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist • juhendamine põhines koostööl • juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel • juhendamine põhines vastastikusel usaldusel
Osakonna atmosfäär	<ul style="list-style-type: none"> • osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada • valitses solidaarne õhkkond õdede vahel • osakonna koosolekutel (näit. valve üleandmised) tundsin ennast mugavalt võttes osa diskussioonidest • tundsin ennast mugavalt minnes osakonda valve alguses • osakonnas valitses positiivne õhkkond
Osakonna vanemõe juhtimise stiil	<ul style="list-style-type: none"> • osakonna vanemõde hoolis ja pidas lugu oma töötajatest • osakonna vanemõde oli meeskonna liige • tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks • iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas
Osakonna õendushooldus	<ul style="list-style-type: none"> • osakonna õendusfilosoofia oli selgelt sõnastatud • patsiendid said individuaalset hooldust • ei esinenud probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga • õendusdokumentatsioon (õendusplaan, protseduurilehed jne) oli selge ja arusaadav
Õppimine osakonnas	<ul style="list-style-type: none"> • osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud • osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest • osakonnas hüüti üliõpilast nime pidi • osakonnas pöörati piisavalt tähelepanu õppimisele • õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised • osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks

4.3. Andmete analüüsi meetod

Andmeid analüüsiti arvutiprogrammide *Microsoft Excel 2000* ja *SPSS 10,0 for Windows* abil. Vastused küsimustele esitatati täisarvudes ja protsentides. Tulemused esitatati tabelite ja joonistena. Õpikeskkonna ja juhendamise vaheliste seoste hindamiseks kasutati Spearmani korrelatsioonianalüüsi. Seoste rohkuse tõttu tuuakse töös välja ainult kõige olulisemad seosed, kus $r \geq 0,3$ ja $p < 0,0001$.

Gruppidevaheliseks võrdluseks kasutati χ^2 testi. Võrdlemaks rahulolu juhendamisega, lähtudes mentorist, jaotati mentorid kolmeks: individuaalne mentor, grupimentor (mentor vahetus praktika jooksul, kuigi seda polnud ette nähtud; mentor vahetus vastavalt osakonna õdede töögraafikule; mentor juhendas veel mitut üliõpilast ja oli pigem grupi mentor kui individuaalne mentor) ja mentori puudumine.

5. UURIMISTÖÖ TULEMUSED

5.1. Uuritavad

Uuritavatest oli meessoost 5 (3,2%) ja naissoost 153 (96,8%) üliõpilast. Uuritavate keskmine vanus oli $23,9 \pm 5,9$ aastat, kus kõige noorem oli 19- ja vanim 48-aastane. Uuringus osalenutest oli teise kursuse üliõpilasi 115 (72,8%), kolmanda kursuse üliõpilasi 42 (26,6%) ja 1 (0,6%) oli neljanda kursuse üliõpilane.

Viimane õppepraktika, mida hinnati, lõppes 52 (32,9%) üliõpilasel sisehaiguste osakonnas, 50 (31,6%) kirurgia osakonnas, 48 (30,4%) lastehaiglas, 5 (3,2%) onkoloogia osakonnas, 2 (1,3%) günekoloogia osakonnas ja 1 (0,6%) üliõpilasel taastusravi osakonnas.

5.2. Õpikeskkond

5.2.1. Praktikabaasi kirjeldus

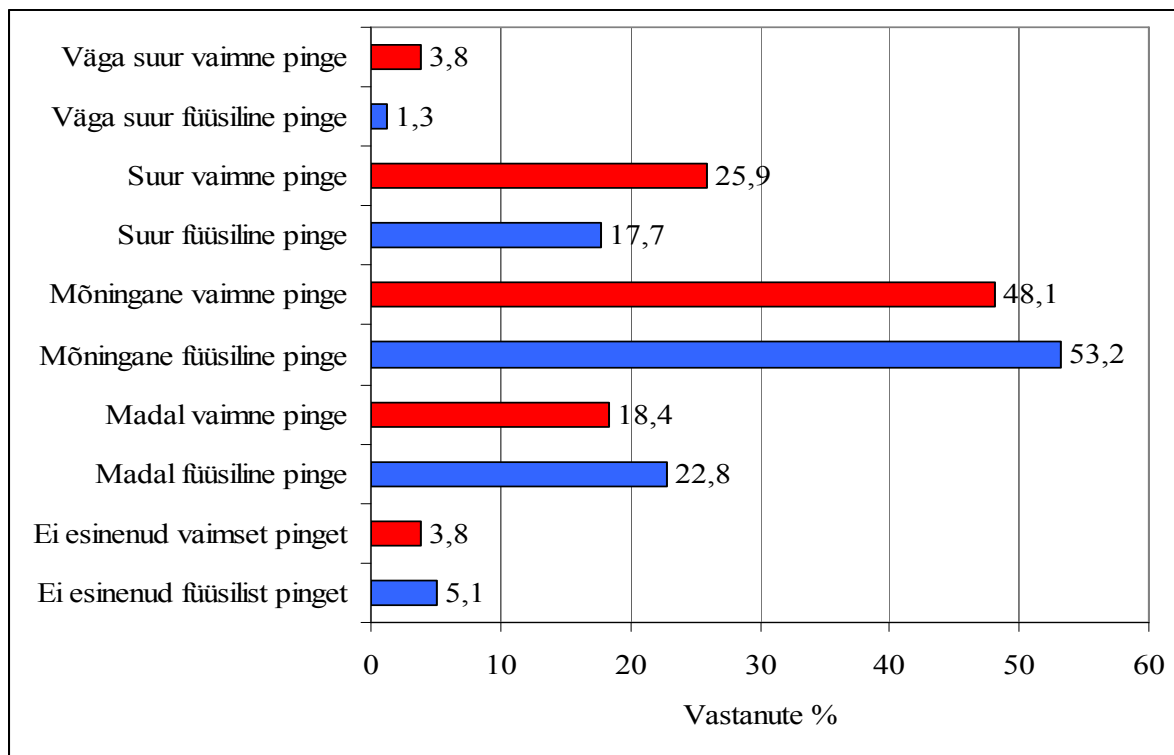
Praktikabaasiks valitud osakond kuulus 59 (37,3%) üliõpilase arvates regionaalhaigla koosseisu, 48 (30,4%) arvates üldhaigla koosseisu ja 39 (24,7%) arvates keskhaigla koosseisu. Küsimusele jättis vastamata 12 (7,6%) üliõpilast.

79 (50%) üliõpilaste hinnangul viibisid patsiendid osakonnas 1 – 2 nädalat. Mõni päev viibisid patsiendid osakonnas ravil 47 (29,7%) uuritava arvates. 3 - 4 nädalat viibisid patsiendid ravil 21 (13,3%) arvates ja üle kuu 6 (3,8%) arvates ning mitu kuud 3 (1,9%) üliõpilase hinnangul. Küsimusele jättis vastamata 2 (1,3%) üliõpilast.

Kliiniline õppepraktika kestis keskmiselt $5,7 \pm 2,4$ nädalat, kus kõige lühem praktika oli 2- ja pikim 18-nädalane.

84 (53,2%) üliõpilast tunnetas osakonna õdedel mõningast füüsilist pinget, madalat füüsilist pinget tunnetas 36 (22,8%) ja suurt füüsilist pinget 28 (17,7%) üliõpilast. Üldse ei tunnetanud õdedel olevat füüsilist pinget 8 (5,1%) uuritavatest ning 2 (1,3 %) hindas füüsilise pinget väga suureks õdedel (vt joonis 1)

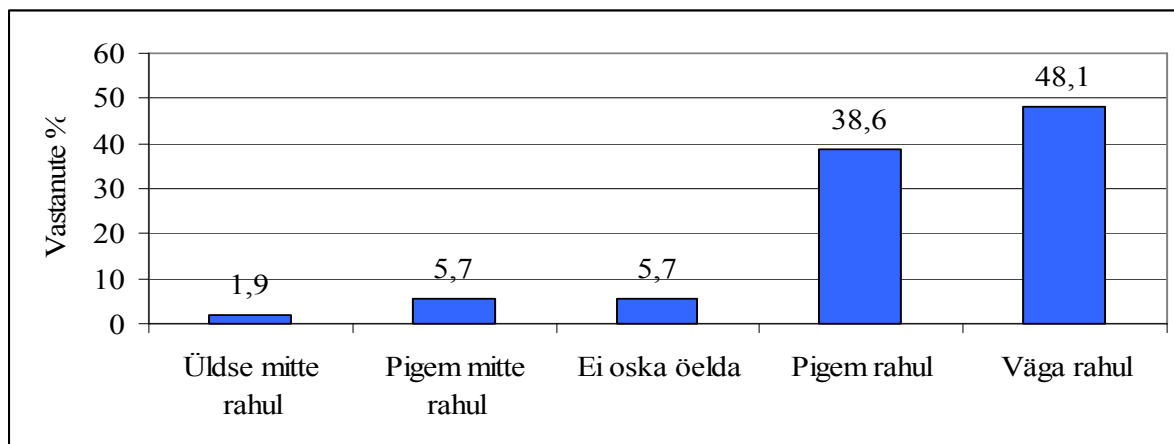
76 (48,1%) üliõpilast märkas õdedel mõningast vaimset pinget, 41 (25,9%) suurt vaimset pinget ja 29 (18,4%) madalat vaimset pinget. 6 (3,8%) uuritavates pidas vaimset pinget väga kõrgeks ja 6 (3,8%) väitis seda mitte esinevat (vt joonis 1).



Joonis 1.
Vaimse ja füüsilise pingete esinemise osakonnana

s.

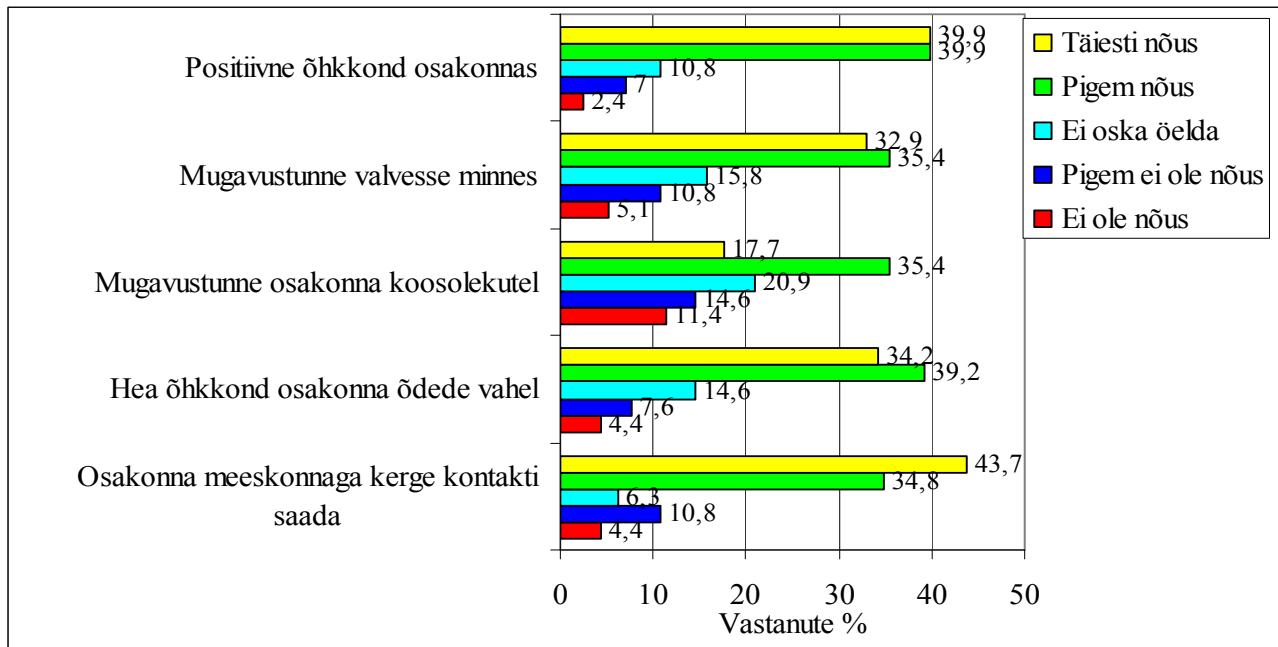
Oma viimase õppepraktika kohaga/osakonnaga jäi 137 (86,7%) üliõpilast pigem rahule või väga rahule. Üldse või pigem ei jäänud rahule õppepraktika koha ehk osakonnaga 12 (7,6%) üliõpilast. 9 (5,7%) üliõpilast ei osanud sellele küsimusele vastata (vt joonis 2). Rahulolu 5-astmelisel skaalal oli $4,25 \pm 0,94$.



Joonis 2. Üliõpilaste rahulolu viimase õppepraktika kohaga/osakonnaga.

5.2.2. Osakonna atmosfäär

Väitega, et osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada oli täiesti nõus 69 (43,7%) üliõpilast, samas 54 (34,2%) aga, et osakonna õdede vahel valitses hea solidaarne õhkkond. Täiesti nõus oli väitega, et osakonna koosolekutel tunti ennast mugavalt ainult 28 (17,7%) ja ei olnud üldse nõus 18 (11,4%) üliõpilast. Valve alguses osakonda minnes tundis ennast täiesti mugavalt 52 (32,9%) üliõpilast. Väitega, et osakonnas valitses positiivne õhkkond oli täiesti nõus 63 (39,9%) ja pigem nõus 63 (39,9%) üliõpilast (vt joonis 3).



Joonis 3. Osakonna atmosfäär.

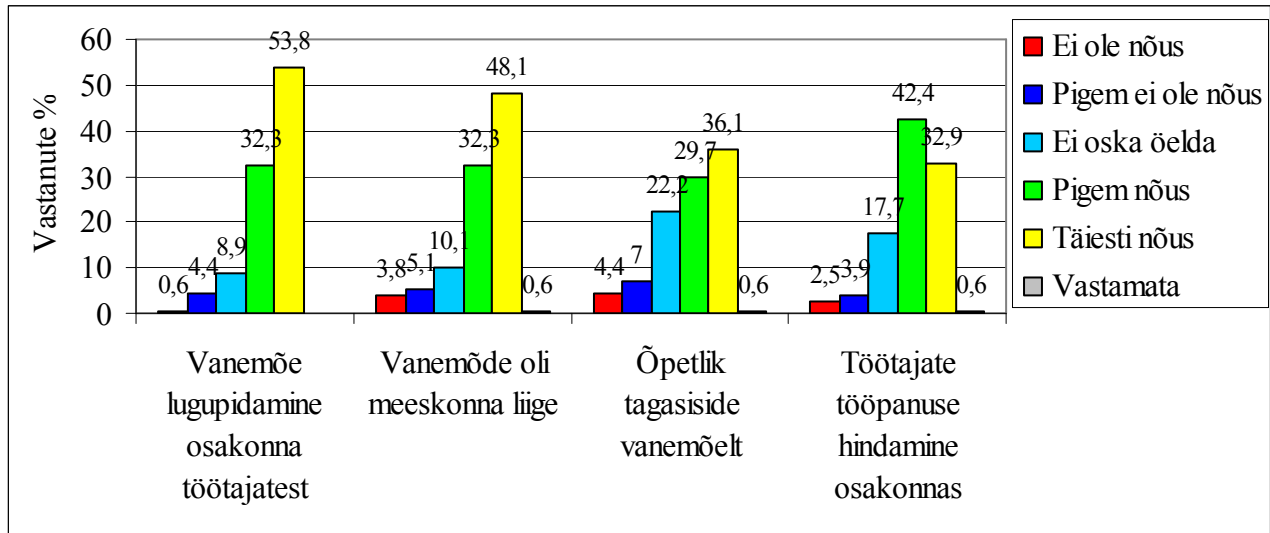
Osakonna atmosfääri hindamisel 5-astmelisel skaalal varieerusid keskmised 4,08 ja 3,34 vahel, kus keskmiseks väärtuseks oli 3,82. Kõige kõrgemalt hinnati seda, et osakonnas valitses positiivne õhkkond ($4,08 \pm 1,007$) ja kõige madalamalt mugavustunnet osakonna koosolekutel ($3,34 \pm 1,250$) (vt tabel 3).

Tabel 3. Osakonna atmosfäär.

CLES väited	n	min	max	mean	SD
Osakonna atmosfäär		1	5	3,83	
Osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada	158	1	5	4,03	1,156
Valitses hea solidaarne õhkkond õdede vahel	158	1	5	3,91	1,091
Osakonna koosolekutel tundsin ennast mugavalt võttes osa diskussioonidest	158	1	5	3,34	1,250
Tundsin ennast mugavalt minnes osakonda valve alguses	158	1	5	3,80	1,159
Osakonnas valitses positiivne õhkkond	158	1	5	4,08	1,007

5.2.3. Osakonna vanemõe juhtimisstiil

85 (53,8%) üliõpilast olid täiesti nõus väitega, et osakonna vanemõde pidas lugu oma osakonna töötajatest ning 76 (48,1%), et vanemõde oli meeskonna liige. Väitega, et tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks, oli aga täiesti nõus vaid 57 (36,1%) ja et iga töötaja panust hinnati osakonnas 52 (32,9%) üliõpilast (vt joonis 4).



Joonis 4. Osakonna vanemõe juhtimisstiil.

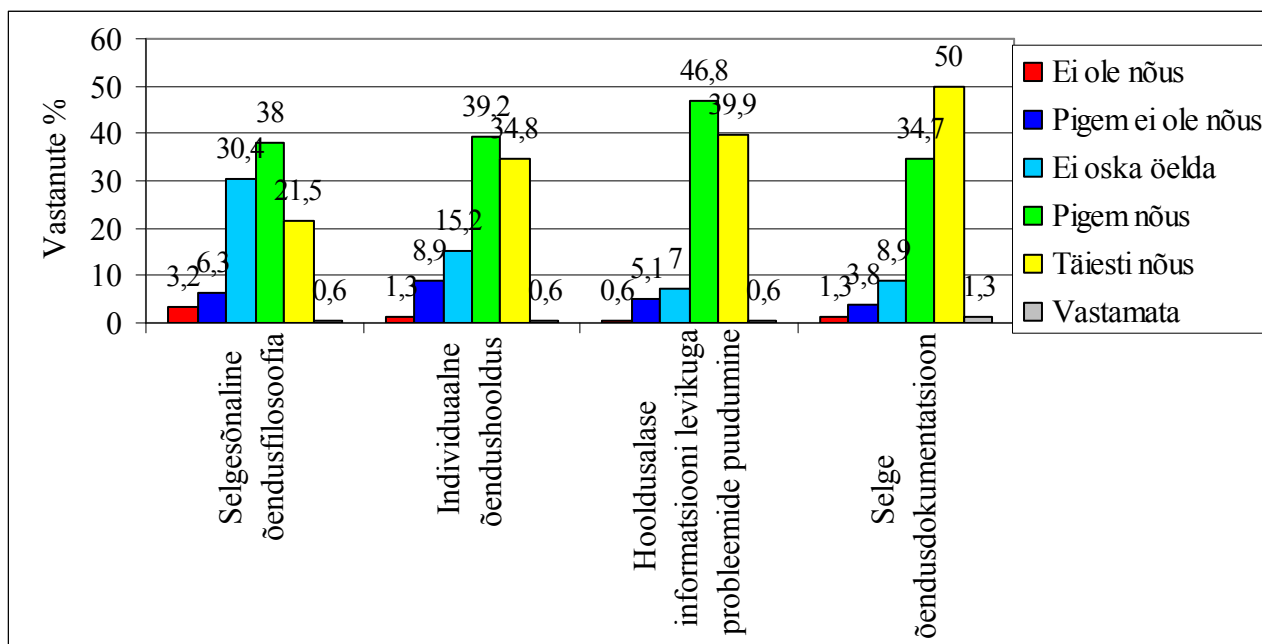
Osakonna vanemõe juhtimisstiili hinnang Likert'i skaalal varieerus 4,34 ja 3,87 vahel, kus keskmine väärtus oli 4,09. Kõige kõrgemalt hinnati osakonna lugupidamist oma töötajate vastu ($4,34 \pm 0,865$) ja kõige madalamalt hinnati seda, et tagasiside vanemõelt oli õpetlik ($3,87 \pm 1,121$) (vt tabel 4).

Tabel 4. Osakonna vanemõe juhtimisstiil.

CLES väited	n	min	max	mean	SD
Osakonna vanemõe juhtimisstiil		1	5	4,09	
Osakonna vanemõde hoolis ja pidas lugu oma töötajatest	158	1	5	4,34	0,865
Osakonna vanemõde oli meeskonna liige	157	1	5	4,17	1,055
Tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks	157	1	5	3,87	1,121
Iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas	157	1	5	4,00	0,947

5.2.4. Õendushooldus osakonnas

Ainult 34 (21,5%) üliõpilast oli täiesti nõus väitega, et osakonna õendusfilosoofia oli selgelt sõnastatud ning 48 (30,4%) ei osanud oma arvamust avaldada. Patsiendid said täiesti individuaalset hooldust 55 (34,8%) üliõpilase arvates, 63 (39,9%) üliõpilast arvas, et patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ei olnud probleeme ning 79 (50%) arvas, et õendusdokumentatsioon oli täiesti selge ja arusaadav (vt joonis 5).



Joonis 5. Õendushooldus osakonnas.

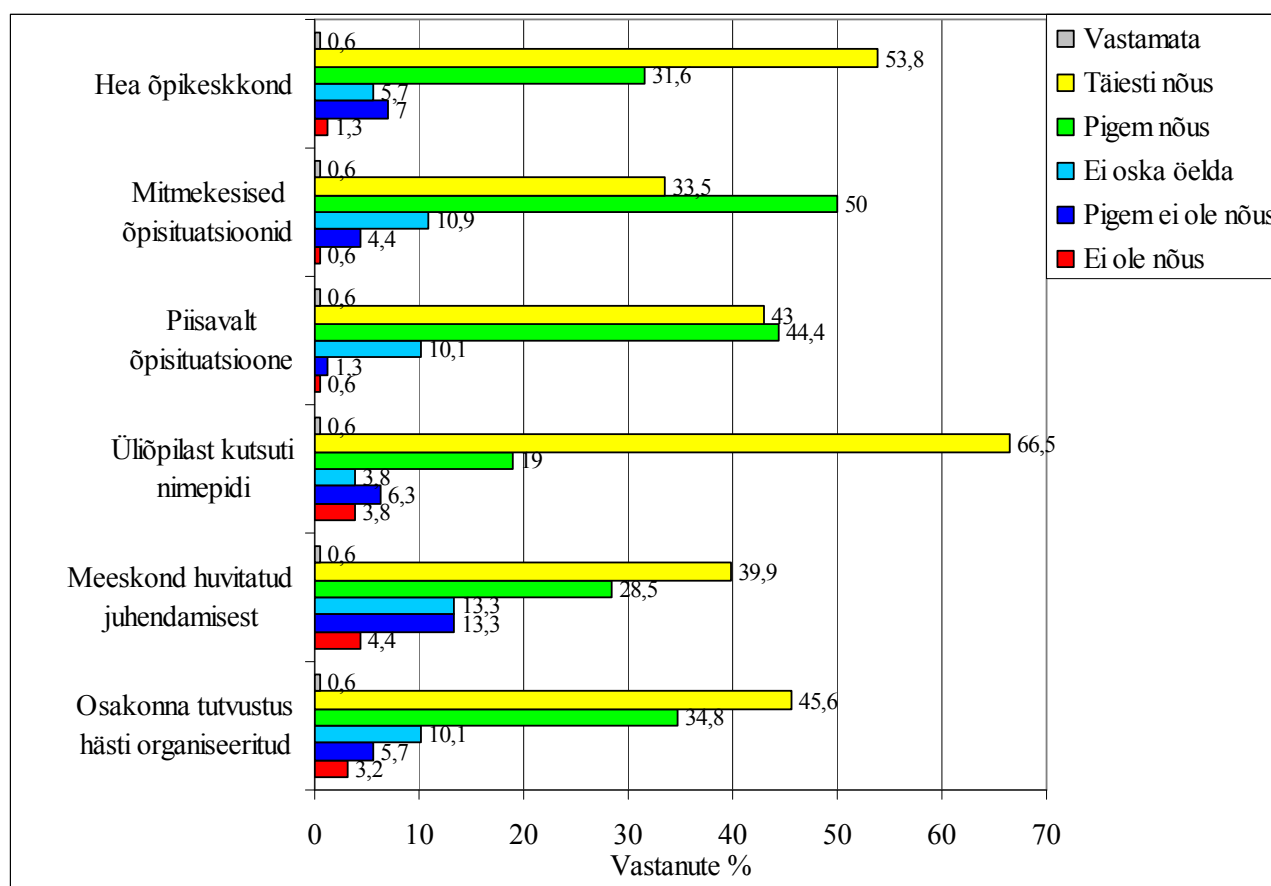
Osakonna õendushoolduse hinnang 5-astmelisel skaalal varieerus 4,30 ja 3,69 vahel, kus keskmine väärtus oli 4,04. Kõige kõrgemalt hinnati õendusdokumentatsiooni arusaadavust ($4,30 \pm 0,883$) ja kõige madalamalt osakonna filosoofia selgesõnalisust ($3,69 \pm 0,986$) (vt tabel 5).

Tabel 5. Osakonna õendushooldus.

CLES väited	n	min	max	mean	SD
Osakonna õendushooldus		1	5	4,04	
Osakonna õendusfilosoofia oli selgelt sõnastatud	157	1	5	3,69	0,986
Patsiendid said individuaalset hooldust	157	1	5	3,98	0,990
Ei esinenud probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga	157	1	5	4,21	0,832
Õendusdokumentatsioon oli selge ja arusaadav	156	1	5	4,30	0,883

5.2.5. Õppimine osakonnas

72 (45,6%) üliõpilast oli täielikult nõus väitega, et esmane osakonna tutvustus oli hästi organiseeritud ning 63 (39,9%) nõustus, et osakonna meeskond oli huvitatud üliõpilaste juhendamisest. Samas selle väitega ei saanud pigem või üldse nõustuda 28 (17,7%) üliõpilast. Väitega, et osakonnas kutsuti üliõpilast nimepidi, nõustus täielikult 105 (66,5%) üliõpilast. Osakonnas oli piisavalt õpisisituatsioone 68 (43%) üliõpilase arvates. Seda, et õpisisituatsioonid olid oma sisult pigem mitmekesised arvas 79 (50%) üliõpilast ning täiesti nõustus selle väitega 53 (33,5%) üliõpilast. Osakonda võis pidada heaks või pigem heaks õpikeskkonnaks 135 (85,4%) üliõpilase arvates (vt joonis 6).



Joonis 6. Osakond õpikeskkonnana.

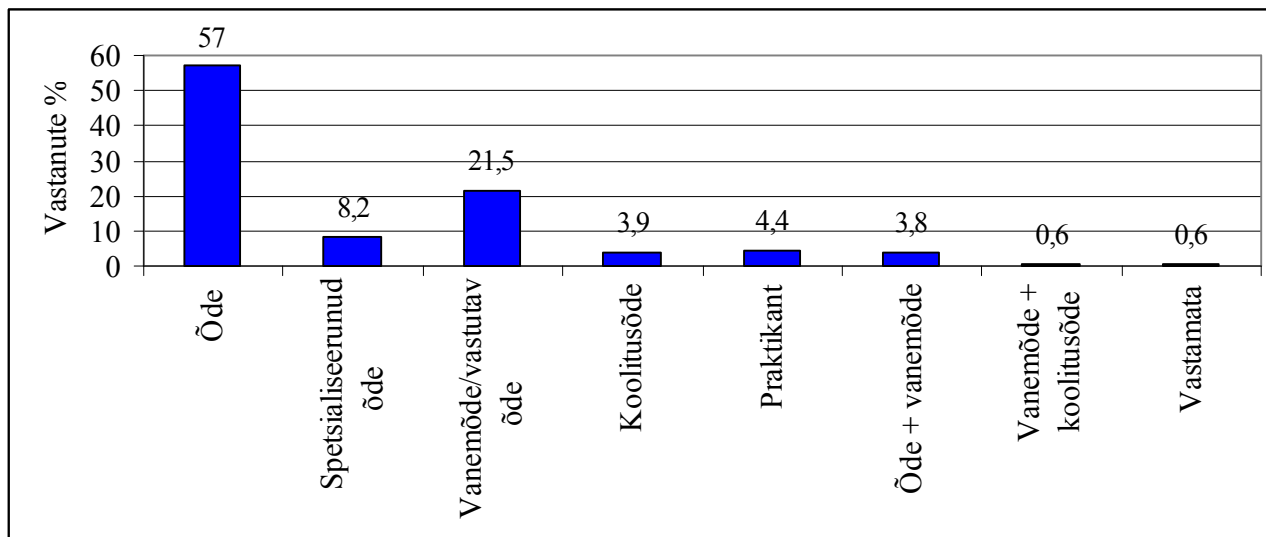
Osakonnas õppimisele antud hinnang Likert'i skaalal varieerus 4,39 ja 3,87 vahel, kus keskmine väärtus oli 4,20. Kõige kõrgemalt hinnati seda, et üliõpilast hüüti nimepidi ($4,39 \pm 1,078$) ja kõige madalamalt meeskonna huvi üliõpilase juhendamise vastu ($3,87 \pm 1,209$) (vt tabel 6).

Tabel 6. Õppimine osakonnas.

CLES väited	n	min	max	mean	SD
Õppimine osakonnas		1	5	4,20	
Osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud	157	1	5	4,15	1,030
Osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest	157	1	5	3,87	1,209
Osakonnas hüüti üliõpilast nimepidi	157	1	5	4,39	1,078
Osakonnas pöörati piisavalt tähelepanu õppimisele	157	1	5	4,29	0,752
Õpistsituatsioonid olid oma sisult mitmekesised	157	1	5	4,12	0,819
Osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks	157	1	5	4,31	0,952

5.3. Rahulolu mentori juhendamisega

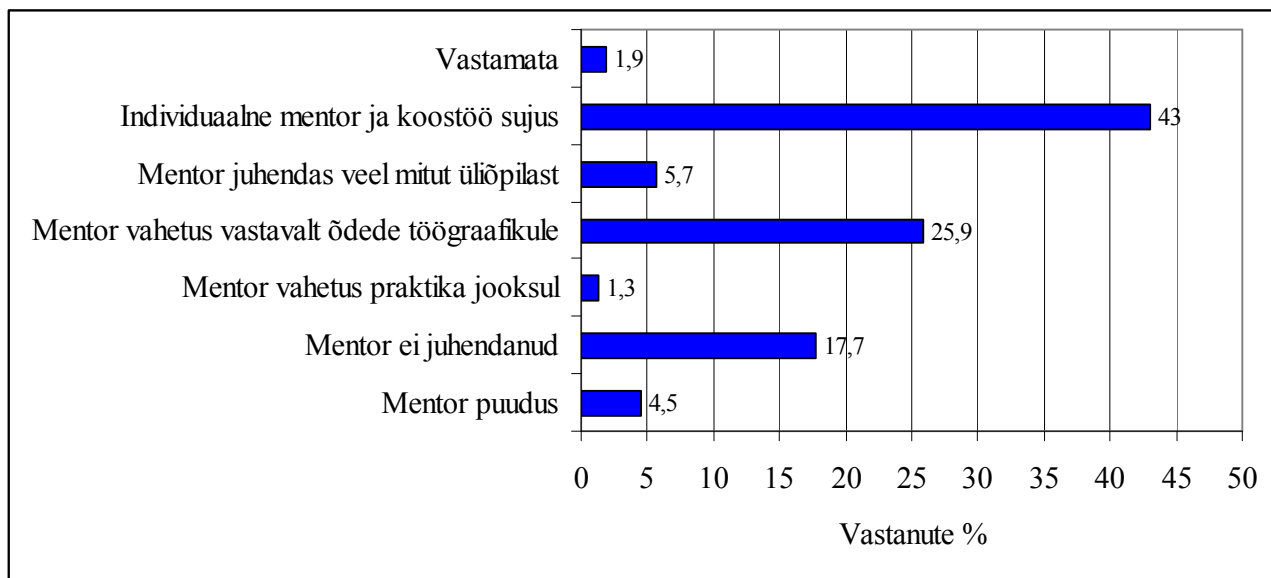
Mentoriks oli 103 (69 %) üliõpilasele õde (sh spetsialiseerunud õde ja koolitusõde) ja 34 (21,5%) vanemõde. 7 (4.4 %) uuritaval oli kaks mentorit, kas õde või koolitusõde ja vanemõde. Praktikant oli juhendajaks 7 (4.4 %) üliõpilasel (vt joonis 7).



Joonis 7. Mentor praktikabaasis.

68 (43%) üliõpilasel oli õppepraktika ajal individuaalne mentor ja koostöö sujus, 41 (25,9%) üliõpilase puhul mentor vahetus vastavalt õdede töögraafikule ning 28 (17,7%) üliõpilasele oli küll määratud mentor, aga ta ei juhendanud (vt joonis 8). Võib öelda, et grupimentor (mentor vahetus praktika jooksul, kuigi seda polnud ette nähtud; mentor vahetus vastavalt osakonna õdede töögraafikule; mentor juhendas veel mitut üliõpilast ja oli pigem grupi mentor kui individuaalne

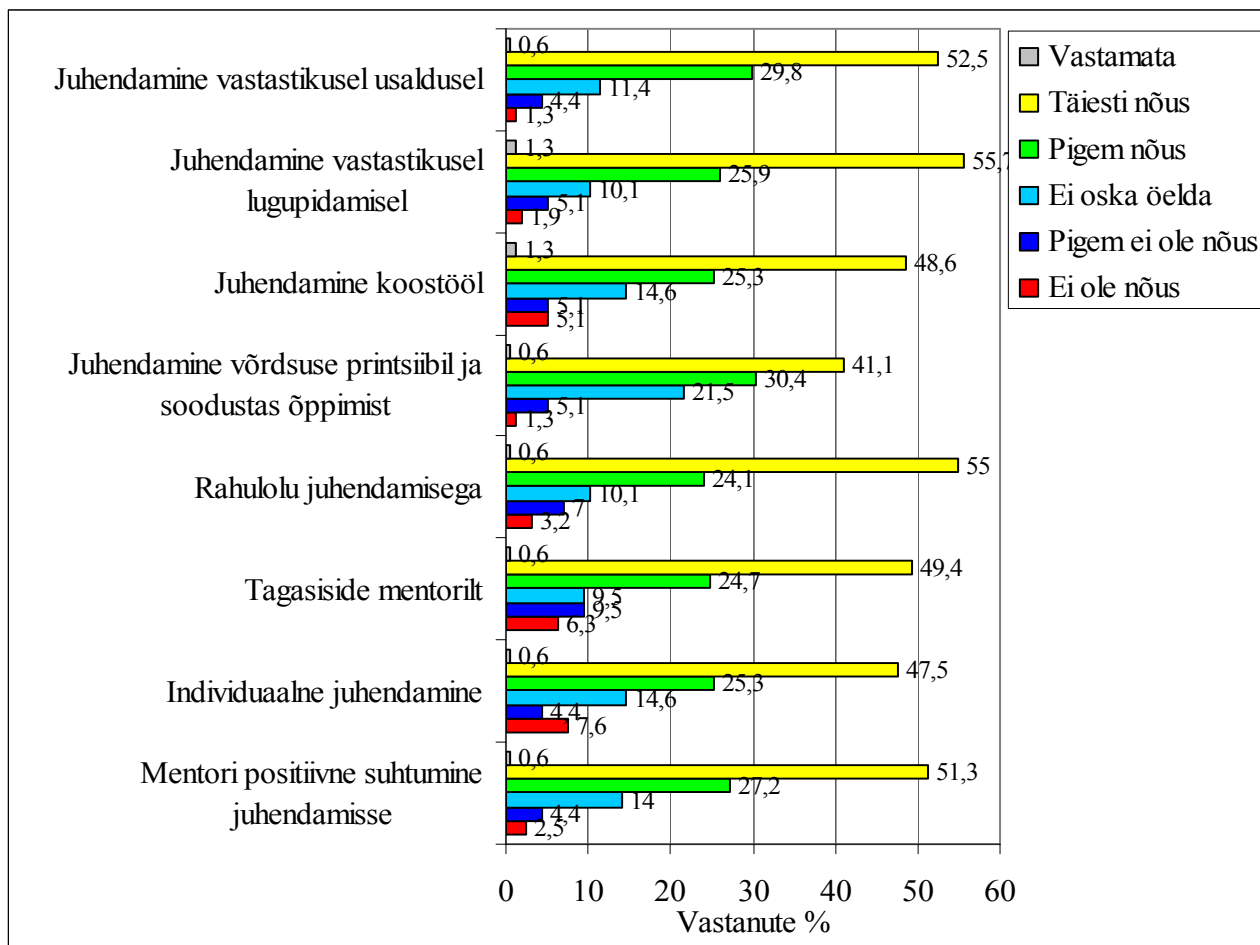
mentor) oli 52 (32,9%), individuaalne mentor 68 (43%) ning mentorit ei olnud 35 (22,2%) üliõpilasel. Küsimusele jättis vastamata 3 (1,9%) üliõpilast.



Joonis 8. Mentori juhendamine.

Privaatseid vestlusi mentoriga, milles koolipoolne praktikajuhendaja ei osalenud, oli sageli 53 (33,5%) üliõpilasel. Privaatseid vestlusi mentoriga ei olnud üldse 46 (29,1%) üliõpilasel ja vaid paaril korral õppepraktika ajal 43 (27,2%) üliõpilasel.

81 (51,3%) üliõpilast oli täiesti nõus väitega, et mentor suhtus juhendamisse positiivselt ning antud väitega ei olnud nõus ainult 4 (2,5%) üliõpilast. Individuaalset juhendamist koges täielikult 75 (47,5%) ja ei kogunud üldse 12 (7,6%) üliõpilast. Oma mentorilt sai alati tagasisidet 78 (49,4%) ja ei saanud 10 (6,3%) üliõpilast. Väitega, “ma olin üldiselt rahul juhendamisega” oli täiesti nõus 87 (55%) ja ei olnud üldse nõus 5 (3,2%) üliõpilast. Väitega, et juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist, oli täiesti nõus 65 (41,1%) üliõpilast ning väitega, et juhendamine põhines koostööl 77 (48,6%) üliõpilast. Juhendamist pidas täiesti vastastikusel lugupidamisel põhinevaks 88 (55,7%) ning vastastikusel austusel põhinevaks 83 (52,5%) üliõpilast (vt joonis 9).



Joonis 9. Rahulolu mentori juhendamisega.

Mentori juhendamisega rahulolu keskmine väärtus 5- astmelisel skaalal kõikus 4,3 ja 4,01 vahel, kus keskmiseks oli 4,15. Kõige kõrgemalt hinnati juhendamisel vastastikust lugupidamist ($4,30 \pm 0,980$) ja kõige madalamalt individuaalse juhendamise kogemist ($4,01 \pm 1,225$) ning tagasisideme saamist juhendajalt ($4,02 \pm 1,225$)(vt tabel 7).

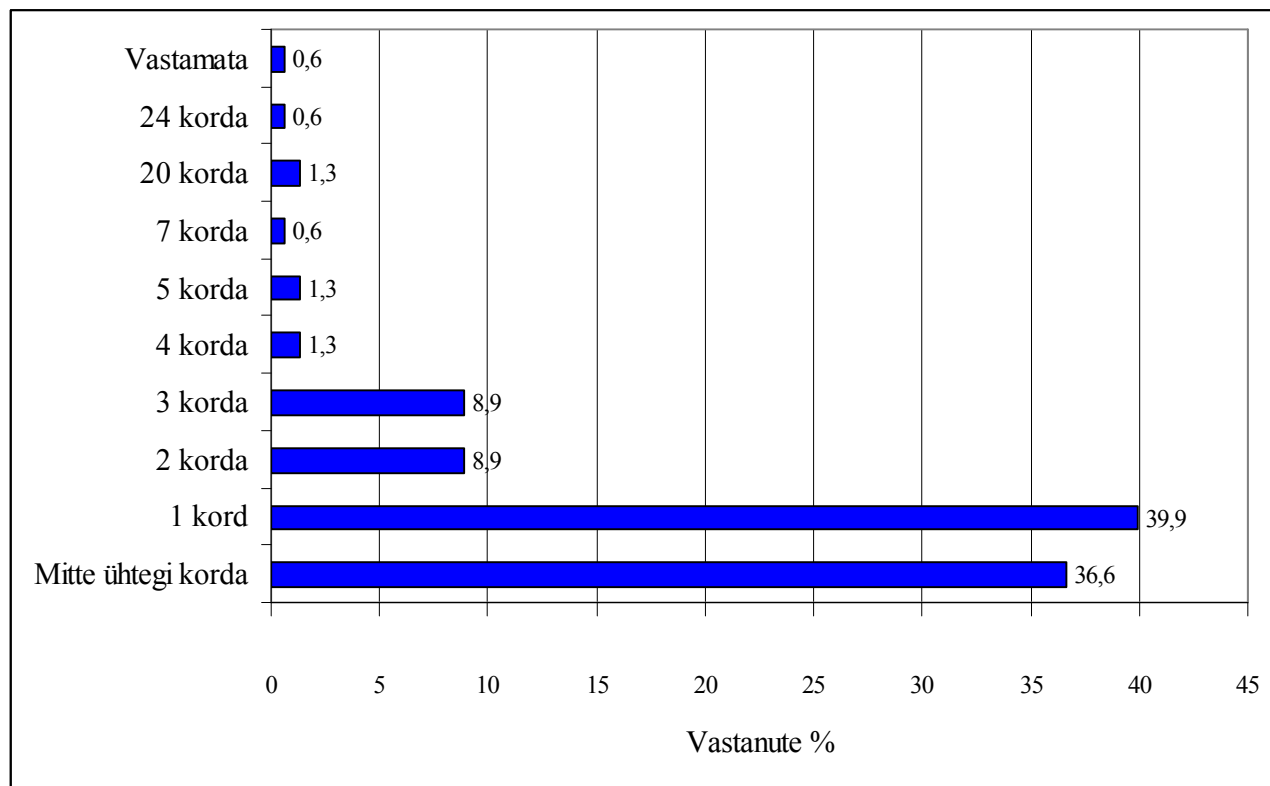
Tabel 7. Rahulolu mentori juhendamisega.

CLES väited	n	min	max	mean	SD
Rahulolu mentori juhendamisega		1	5	4,15	
Minu mentor suhtus positiivselt juhendamisse	157	1	5	4,21	1,013
Ma kogesin individuaalset juhendamist	157	1	5	4,01	1,225
Ma sain oma mentorilt alati tagasisidet	157	1	5	4,02	1,248
Ma olin üldiselt rahul juhendamisega	157	1	5	4,22	1,088
Juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist	157	1	5	4,06	0,976
Juhendamine põhines koostööl	156	1	5	4,09	1,144
Juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel	156	1	5	4,30	0,980
Juhendamine põhines vastastikusel usaldusel	157	1	5	4,29	0,927

Mentori ja juhendamisega rahulolu vahel esinesid statistiliselt olulised erinevused. Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, hindasid positiivsemalt mentori suhtumist juhendamisse ($\chi^2=54,5$; $p<0,0001$), kogesid rohkem individuaalset juhendamist ($\chi^2=53,7$; $p<0,0001$), said mentorilt rohkem tagasisidet ($\chi^2=43,5$; $p<0,0001$), olid rohkem rahul juhendamisega ($\chi^2=48,8$; $p<0,0001$), juhendamine põhines rohkem võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist ($\chi^2=43,7$; $p<0,0001$), juhendamine põhines rohkem koostööl ($\chi^2=81,8$; $p<0,0001$), vastastikusel lugupidamisel ($\chi^2=62,0$; $p<0,0001$) ja usaldusel ($\chi^2=52,3$; $p<0,0001$). Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, pidasid osakonda rohkem heaks õpikeskkonnaks ($\chi^2=25,1$, $p=0,002$).

Üliõpilased, kellel oli rohkem individuaalseid vestlusi mentoriga, kogesid ka rohkem individuaalset juhendamist ($\chi^2=30,2$, $p=0,017$), juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel ($\chi^2=28,7$, $p=0,026$) ja usaldusel ($\chi^2=26,3$; $p=0,049$). Individuaalseid vestlusi oli mentoriga rohkem nooremate kursuste üliõpilastel ($r=-0,2$, $p=0,04$).

Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtuti keskmiselt $1,4 \pm 3,0$ korda, kusjuures üks või enam korda kohtus praktika jooksul koolipoolse praktikajuhendajaga 99 (62,7 %) üliõpilast ja mitte ühtegi korda ei kohtunud praktikajuhendajaga 58 (36,6%) üliõpilast (vt joonis 10).



Joonis 10. Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtumise sagedus.

Vanema kursuse üliõpilased kohtusid koolipoolse juhendajaga rohkem kui noorema kursuse üliõpilased ($r=0,4$, $p<0,0001$).

5.4. Seosed kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahel

Viimase õppepraktika kohaga jäid rohkem rahule üliõpilased, kes olid üldiselt rahul juhendamisega ($r=0,5$; $p<0,0001$): kelle juhendamine põhines mentoriga koostööl ($r=0,5$; $p<0,0001$), ja usaldusel ($r=0,5$; $p<0,0001$), kes kogesid individuaalset juhendamist ($r=0,4$; $p<0,0001$), kelle mentor suhtus positiivselt juhendamisse ($r=0,4$; $p<0,0001$), kes said mentorilt alati tagasisidet ($r=0,4$; $p<0,0001$), kelle juhendamine põhines rohkem võrdsuse printsiibil, vastastikusel lugupidamisel ($r=0,4$; $p<0,0001$) ja soodustas õppimist ($r=0,4$; $p<0,0001$).

Samuti jääd viimase praktikakohaga rohkem rahule kui osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,6$; $p<0,0001$), kui osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,5$; $p<0,0001$), osakonna meeskonnaga oli kergem kontakti saada ($r=0,5$; $p<0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,5$; $p<0,0001$), tunti ennast mugavamalt osakonda valvesse minnes ($r=0,5$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,5$, $p<0,0001$), osakonna õdede vahel valitses rohkem solidaarne õhkkond ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma osakonna töötajatest ($r=0,3$; $p<0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p=0,001$), iga töötaja tööpanust hinnati rohkem ($r=0,3$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilasi nimepidi ($r=0,3$; $p<0,0001$) ning osakonnas oli rohkem õpituatsiooni ($r=0,3$, $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,3$; $p<0,0001$).

Tabel 8. Olulisemad seosed praktika osakonnaga rahulolu ja juhendamisega rahulolu vahel.

CLES väited	r	p
osakonda peeti rohkem heaks õpikeskkonnaks	r=0,6	p<0,0001
osakonnas valitses positiivsem õhkkond	r=0,5	p<0,0001
esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud	r=0,5	p<0,0001
tunti ennast mugavalt osakonda valvesse minnes	r=0,5	p<0,0001
meeskonnaga oli kergem kontakti saada	r=0,5	p<0,0001
olid üldiselt rahul juhendamisega	r=0,5	p<0,0001
juhendamine põhines koostööl ja usaldusel	r=0,5	p<0,0001

Mida positiivsemalt suhtus mentor juhendamisse, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,3$; $p<0,0001$), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($r=0,2$; $p=0,003$), rohkem hinnati iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,3$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatioone ($r=0,3$; $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,3$; $p<0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,4$; $p<0,0001$).

Tabel 9. Olulisemad seosed mentori juhendamisesse positiivse suhtumise ja kliinilise õpikeskkonna vahel.

CLES väited	r	p
osakonnas valitses positiivsem õhkkond	r=0,4	p<0,0001
esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud	r=0,4	p<0,0001
osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest	r=0,4	p<0,0001
osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt	r=0,4	p<0,0001
osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks	r=0,4	p<0,0001

Mida rohkem kogeti individuaalset juhendamist, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,3$; $p=0,001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p=0,001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$;

$p < 0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($r=0,3$; $p < 0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p=0,001$), rohkem hinnati iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,3$; $p < 0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p < 0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p < 0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p < 0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,4$; $p < 0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p < 0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,4$; $p < 0,0001$).

Tabel 10. Olulised seosed individuaalse juhendamise ja kliinilise õpikeskkonna vahel.

CLEES väited	r	p
osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest	$r=0,4$	$p < 0,0001$
esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud	$r=0,4$	$p < 0,0001$
osakonnas oli rohkem ja mitmekesisemaid õpisisituatsioone	$r=0,4$	$p < 0,0001$
osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks	$r=0,4$	$p < 0,0001$

Mida rohkem saadi mentorilt tagasisidet, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,3$; $p < 0,0001$), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p < 0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$; $p < 0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($r=0,3$; $p < 0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p=0,001$), rohkem hinnati iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,4$; $p < 0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p < 0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p < 0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p < 0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,5$; $p < 0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,3$; $p < 0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,3$; $p < 0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p < 0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,5$; $p < 0,0001$).

Tabel 11. Olulisemad seosed mentorilt tagasiside saamise ja kliinilise õpikeskkonna vahel.

CLES väited	r	p
osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks	r=0,5	p<0,0001
meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest	r=0,5	p<0,0001
esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud	r=0,4	p<0,0001
osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt	r=0,4	p<0,0001
osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest	r=0,4	p<0,0001
osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem	r=0,4	p<0,0001
õpisisituatsioonid olid mitmekesisemad	r=0,4	p<0,0001

Mida rohkem oldi rahul juhendamisega, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada (r=0,4; p<0,0001), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel (r=0,4; p<0,0001), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt (r=0,4; p<0,0001), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt (r=0,5; p<0,0001), osakonnas valitses positiivsem õhkkond (r=0,5; p<0,0001), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest (r=0,4; p<0,0001), osakonna vanemõde oli meeskonna liige (r=0,3; p<0,0001), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks (r=0,3; p<0,0001), rohkem hinnati ka iga töötaja tööpanust osakonnas (r=0,4; p<0,0001), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem (r=0,4; p<0,0001), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust (r=0,3; p<0,0001), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga (r=0,3; p<0,0001), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud (r=0,5; p<0,0001), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest (r=0,5; p<0,0001), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi (r=0,4; p<0,0001), osakonnas oli rohkem õpisisituatioone (r=0,3 p<0,0001), mis olid mitmekesisemad (r=0,4; p<0,0001) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks (r=0,6; p<0,0001).

Tabel 12. Olulisemad seosed juhendamisega rahulolu ja kliinilise õpikeskkonna vahel.

CLES väited	r	p
osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks	r=0,6	p<0,0001
meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest	r=0,5	p<0,0001
esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud	r=0,5	p<0,0001
osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt	r=0,4	p<0,0001

Mida rohkem juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada (r=0,3; p<0,0001), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel (r=0,3; p<0,0001), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt (r=0,3; p<0,0001), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt (r=0,5; p<0,0001), osakonnas valitses positiivsem õhkkond (r=0,3; p<0,0001), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma

töötajatest ($r=0,4$; $p<0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p<0,0001$), rohkem hinnati ka iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,4$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), õendusdokumentatsioon oli arusaadavam ($r=0,2$; $p=0,015$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,4$; $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p<0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,5$; $p<0,0001$).

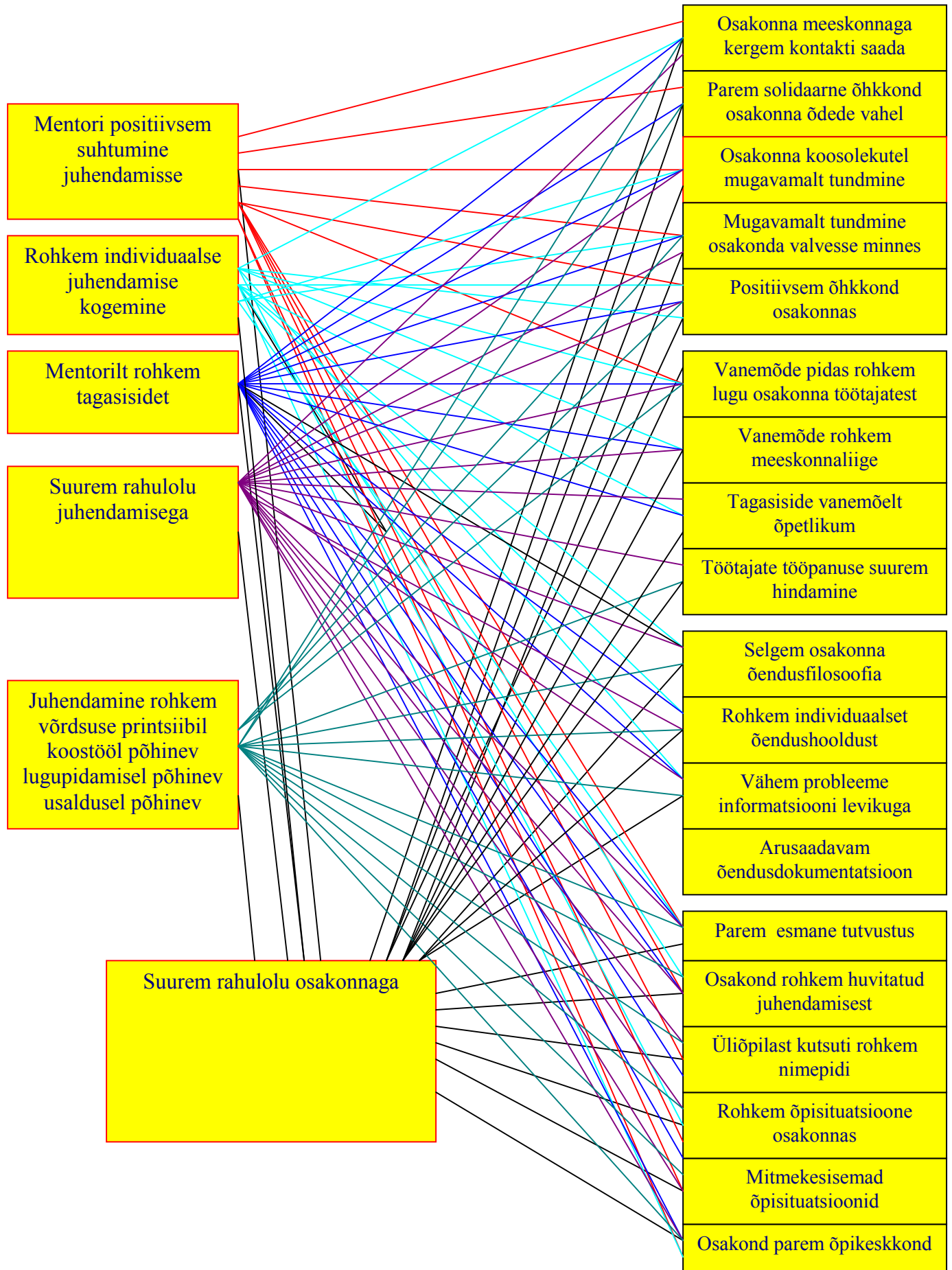
Mida rohkem juhendamine põhines koostööl, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,3$; $p<0,0001$), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($r=0,3$; $p=0,002$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p<0,0001$), rohkem hinnati ka iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,4$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,4$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), õendusdokumentatsioon oli arusaadavam ($r=0,3$; $p<0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,3$; $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p<0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,5$; $p<0,0001$).

Mida rohkem juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,4$; $p<0,0001$), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$; $p<0,0001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p=0,001$),

rohkem hinnati ka iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,3$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,4$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,3$; $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p<0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,5$; $p<0,0001$).

Mida rohkem juhendamine põhines vastastikusel usaldusel, seda parem oli osakonna meeskonnaga kontakti saada ($r=0,4$; $p<0,0001$), valitses parem solidaarne õhkkond osakonna õdede vahel ($r=0,3$; $p<0,0001$), osakonna koosolekutel tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonda valve alguses minnes tunti ennast mugavamalt ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas valitses positiivsem õhkkond ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde pidas rohkem lugu oma töötajatest ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna vanemõde oli meeskonna liige ($r=0,3$; $p=0,001$), tagasisidet osakonna vanemõelt peeti rohkem õpetlikuks ($r=0,3$; $p<0,0001$), rohkem hinnati ka iga töötaja tööpanust osakonnas ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonna õendusfilosoofia oli selgesõnalisem ($r=0,4$; $p<0,0001$), patsiendid said rohkem individuaalset õendushooldust ($r=0,3$; $p<0,0001$), esines vähem probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga ($r=0,3$; $p<0,0001$), õendusdokumentatsioon oli arusaadavam ($r=0,3$; $p<0,0001$), esmane osakonna tutvustus oli paremini organiseeritud ($r=0,5$; $p<0,0001$), osakonna meeskond oli rohkem huvitatud üliõpilase juhendamisest ($r=0,5$; $p<0,0001$), osakonnas kutsuti rohkem üliõpilast nimepidi ($r=0,4$; $p<0,0001$), osakonnas oli rohkem õpisisituatsioone ($r=0,4$; $p<0,0001$), mis olid mitmekesisemad ($r=0,4$; $p<0,0001$) ning osakonda peeti paremaks õpikeskkonnaks ($r=0,5$; $p<0,0001$).

Seosed kliinilise õpikeskkonna ja üliõpilaste juhendamise vahel on ära toodud joonisel 11.



Joonis 11. Seosed kliinilise õpikeskkonna ja üliõpilaste juhendamise vahel.

6. ARUTELU

Käesoleva uurimuse tulemuste põhjal kirjeldati Tallinna ja Tartu Tervishoiu Kõrgkoolide II ja III kursuse õendusüliõpilaste hinnangut õpikeskkonnale ja mentorlusele õppepraktikal. Töö raames selgitatakse välja kliinilise õpikeskkonna ja mentorluse vahelisi seoseid.

Uurimistöös kasutatav mõõdik on välja töötatud Mikko Saarikoski poolt, kes tegi selle mõõdiku Eestis kasutamiseks ettepaneku. Nimelt osales töö autor koos mõõdiku autoriga rahvusvahelises koostööprojekti "*Promoting Excellence in European Nursing Practice through Thematic Collaboration*", mille eesmärgiks oli välja arendada üle-Euroopaline temaatiline võrgustik, mis kujundaks kvaliteetset õenduspraktikat. Antud projekti käigus kasutati Mikko Saarikoski valideeritud mõõdikut CLES osaliselt. See uuring näitas, et ankeet on üliõpilastele arusaadav ja seda võiks kasutada magistritöös. Nii saigi teoks ankeedi täielik tõlkimine. Meili teel andis mõõdiku autor väga olulisi sisulisi seletusi küsimustele. Mõõdiku autor lubas taustamuutujaid muuta ja kohendada olustikuga. Käesoleva uurimistöö tulemusi analüüsid leidis autor, et taustamuutujate puhul olid seosed statistiliselt väheolulised ja neid töös ei kasutata. Väga oluliseks pidas Mikko Saarikoski mentori, superviisori ja koolipoolne praktikajuhendaja lahtikirjutamist Eesti oludele vastavalt, kuna väliskirjandusest selgus, et iga maa kasutab oma terminit nii juhendava õde kui ka õenduse õppejõu määratlemiseks. Kõige olulisem oli eesti keeles määratleda sõnade mentor (*mentor*) ja superviisor (*supervisor*) vasted ja kasutada õiges kohas ankeetküsimikus. Selles küsimuses pööraduti vabariikliku keelekomisjoni poole ja tehti haiglatega ümarlaud. Antud töös kasutatav *mentor* tähendab õendusüliõpilasi kliinilises töökeskkonnas juhendavat ja töötavat õde. *Superviisori* mõiste, mida kasutab mõõdiku autor, kasutusele ei võetud kuna Eesti ühiskonnas kasutatakse seda mõistet tööalase toetaja ja kolleegi töökeskkonda aitaja tähenduses. Mentor on juba ankeedi valmimise käigus alates 2005. aastast kasutusel õppepraktika dokumentides ja juurdunud õenduspraktikasse Eestis. Küsimus tekkis ka selles, kuidas nimetada mõõdikus kasutatud väljendit *nurse teacher*, kas koolipoolne praktika juhendaja või õde-õpetaja. Antud mõõdikus kasutatakse väljendit koolipoolne praktikajuhendaja, mis tähendab õpetajat, kes kooli poolt juhendab praktikabaasis üliõpilast õppepraktika jooksul. Tundmatu oli väljend *personal supervisor*, mille pidi ka eestistama. Antud töös hakati kasutama individuaalne mentor ja ka see oli vaja ankeedi täitjale lahti kirjutada, kuna ankeedi tõlkimise ajal polnud kombeks praktikabaasis määrata üliõpilasele individuaalset juhendajat. Üliõpilase juhendajaks oli ja on ka kahjuks veel sageli valves olev õde ning üliõpilased ei teadnud tol momendil väljendit individuaalne mentor. Ankeedi tõlkimine ja

kohandamine eesti keelde ja arusaadavaks tegemine vastajale oli suur ja mahukas töö, mis võttis autoril kaks aastat ja üllatus oli see, et kui algas ankeetide jagamine üliõpilastele, olid üliõpilased täiesti teadlikud mida tähendab mentor ja mida individuaalne mentor. Ankeetide jagamisel ei tekkinud ühtegi lisaküsimust selles vallas üliõpilaste poolt. Antud ankeeti tõlkides on õenduse terminoloogia õppepraktika osas oluliselt täiustunud.

Uurimistöö läbiviimisel jälgis autor teadustööle esitatavaid eetilisi norme: autonoomsust, uurimistööst tulenevat kasu ja õiglust ja küsimustiku autori ettekirjutusi. Üheks küsimustiku autori nõudeks oli ka see, et valmis tööle ingliskeelset ankeeti lisada ei tohi. Valmis magistritöö lisasse võib panna eestikeelse ankeedi. Uurimuses osalemine oli vabatahtlik. Küsitlus toimus anonüümselt ja tulemused esitati üldistatult. Andmekogum säilitati vaid uurijale kättesaadavas kohas. Arutlusi eetika küsimustes kerkis küll esile. Nimelt oli algul mõtte võrrelda kahe tervishoiu kõrgkooli üliõpilaste hinnangut õppepraktikale. Vestluses oma juhendajatega sündis otsus seda mitte teha, kuna Eesti on väike ja üliõpilased käivad õppepraktikal kõigis suuremates haiglates. Seega on eetilistel kaalutlustel kogu valim ühtne ja tulemus näitab momendil Eesti õdede õppepraktika õpikeskkonna ja juhendamise seotud aspekte.

Uuritavad hindasid viimast kliinilist õppepraktikat ja valimist kolmandik hindas siseosakonnas toimunud õppepraktikat, kolmandik kirurgia osakonnas ja kolmandik lastehaiglas toimunud õppepraktikat. Ainult 8 uuritavat sooritasid õppepraktika günekoloogia, onkoloogia ja taastusravi osakonnas. Kõige enam väideti, et osakond, kus hinnatav õppepraktika toimus, kuulus regionaalhaigla koosseisu. Märgiti ka, et osakond kuulus keskhaigla ja üldhaigla koosseisu, aga tihti oli nende ringide kõrval küsimärk. Siin tuleb esile ankeedi nõrk koht. Nimelt ankeedis on haiglad jaotatud keskhaiglaks, regionaalhaiglaks, üldhaiglaks ja tervisekeskuseks, millele oli võimalus ring ümber tõmmata. Haigla liikide nõuded (2004) alusel jagunevad haiglad üldhaiglateks, piirkondlikeks, keskhaiglateks, kohalikeks, eri-, taastusravi- ja hooldushaiglateks. Võib arvata, et sellest tingituna ei osanud üliõpilased määratleda osakonna kuuluvust.

Keskmiseks õppepraktika kestvuseks märkisid uuritavad $5,7 \pm 2,4$ nädalat. Uuritavate hinnangul oli kõige lühem õppepraktika ainult 2 nädalat. Õppekava alusel alla 4 nädalast õppepraktikat ei ole, aga võib juhtuda, et üliõpilane teeb nelja nädalase praktika tunnid ära kahe nädalaga. See, et kõige pikemaks oli 18 nädalat, on tingitud ilmselt asjaolust, et uuritav on kokku liitnud nii sise-, laste- kui ka kirurgilise haige õenduse praktika nädalad ja saabki 18 nädalat. Õppetöös järgnevadki need

õppepraktikad üksteisele. Põhjuseks võis olla ka ankeedi küsimuse sõnastus “*Sinu kliinilise õppepraktika kestvus*”, millest puudus sõna “*viimase*” ja see võis eksitada, kuigi eelnevalt on ankeedis palutud hinnata vaid viimast kliinilist õppepraktikat.

Kuna käesolevas uurimistöös on kasutatud tulemuste saamiseks Saarikoski ja Leino-Kilpi (2002) ankeeti, siis seetõttu võrdleb töö autor saadud tulemusi eelkõige Saarikoski ja Leino-Kilpi uurimistööde tulemustega. Sellest tulenevalt on töö autor alates peatükist 5.2.2 kuni peatükini 5.2.5. toonud tulemused lisaks protsendilistele näitajatele veel aritmeetiliste keskmistena nagu oli valdavalt Saarikoski uurimistöodes. Aritmeetilise keskmise näitamine andis võimaluse võrrelda Eestis läbiviidud uurimuse andmeid eelnevalt sama ankeediga läbiviidud uurimistööde tulemustega. Tulemused on kokkuvõtlikult esitatud järgmises tabelis (vt tabel 14).

Tabel 14. Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolu juhendamisega Eestis, Soomes ja Inglismaal (aritmeetilised keskmised Likert`i 5-pallisel skaalal).

CLES väited	Eesti 2006 (n = 158) mean	Soome 1999 (n = 162) mean (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Soome 2002 (n = 416) mean (Saarikoski ja Leino- Kilpi 2002)	Inglismaa (n= 142) mean (Saarikoski jt 2002)
Osakonna atmosfäär	3,83	3,81	3,78	3,57
osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada	4,03		3,76	
valitses hea õhkond solidaarne õhkkond õdede vahel	3,91		3,55	
osakonna koosolekutel (näit. valve üleandmised) tundsin ennast mugavalt võttes osa diskussioonidest	3,34		3,72	
tundsin ennast mugavalt minnes osakonda valve alguses	3,80		4,08	
osakonnas valitses positiivne õhkond	4,08		3,79	
Osakonna vanemõe juhtimisstiil	4,09	2,87	3,47	3,59
osakonna vanemõde hoolis ja pidas lugu oma töötajatest	4,34		3,77	
osakonna vanemõde oli meeskonna liige	4,17		3,43	
tagasisidet osakonna vanemõelt võis pidada õpetlikuks	3,87		3,14	
iga töötaja tööpanust hinnati osakonnas	4,00		3,53	

Tabel 14 (järg). Hinnang õpikeskkonnale ja rahulolu juhendamisega Eestis, Soomes ja Inglismaal (aritmeetilised keskmised Likert'i 5-pallisel skaalal).

CLES väited	Eesti 2006 (n = 158) mean	Soome 1999 (n = 162) mean (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999)	Soome 2002 (n = 416) mean (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002)	Inglismaa (n= 142) mean (Saarikoski jt 2002)
Osakonna õendushooldus	4,04	3,14	3,50	3,65
osakonna õendusfilosoofia oli selgelt sõnastatud	3,69		3,19	
patsiendid said individuaalset hooldust	3,98		3,61	
ei esinenud probleeme patsiendi hooldusesse puutuva informatsiooni levikuga	4,21		3,49	
õendusdokumentatsioon (õendusplaan, protseduurilehed jne) oli selge ja arusaadav	4,30		3,72	
Õppimine osakonnas	4,20	3,60	3,51	3,42
osakonna tutvustamine oli hästi organiseeritud	4,15		3,30	
osakonna meeskond oli üldiselt huvitatud üliõpilaste juhendamisest	3,87		3,73	
osakonnas hüüti üliõpilast nime pidi	4,39		3,56	
osakonnas pöörati piisavalt tähelepanu õppimisele	4,29		3,62	
õpituatsioonid olid oma sisult mitmekesised	4,12		3,56	
osakonda võis pidada heaks õpikeskkonnaks	4,31		3,71	
Rahulolu mentori juhendamisega	4,15	3,38	3,51	3,38
minu mentor suhtus positiivselt juhendamisesse	4,21		3,99	
ma kogesin individuaalset juhendamist	4,01		3,73	
ma sain oma mentorilt alati tagasisidet	4,02		2,85	
ma olin üldiselt rahul juhendamisega	4,22		3,59	
juhendamine põhines võrdsuse printsiibil ja soodustas õppimist	4,06		3,45	
juhendamine põhines koostööl	4,09		3,75	
juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel	4,30		3,68	
juhendamine põhines vastastikusel usaldusel	4,29		3,07	

Kirjanduse andmetel on õpikeskkonnal suur roll õppepraktika kvaliteedis. Osakonna õpikeskkonna moodustab meeskonna toetus, efektiivne suhtlus, vanemõe demokraatlik juhtimisstiil, üliõpilase

kuuluvus meeskonda, optimaalne töökoormus ja kõrgetasemeline hooldustöö kvaliteet (Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002, Andrews ja Roberts 2003, Dix ja Hughes 2004, Walsh ja Jones 2005, Vuorinen jt 2005). Käesolevas uurimistöös kirjeldasid üliõpilased õppepraktika keskkonda, kus esineb poolte uuritavate arvates õdedel mõningane füüsiline ja vaimne pinge ja kolmandikul õdedest suur füüsiline ja vaimne pinge. Alla 10% üliõpilastest hindas õdede füüsilist ja vaimset pinget väga suureks. Teoriale toetudes on see hea näitaja, sest liiga suur õdede füüsiline ja vaimne koormus raskendab juhendamist ja üliõpilasi kasutatakse abilistena, mis tingib selle, et üliõpilased on liiga väsinud ning õpivad kliinilises keskkonnas vähem (Chun-Heung ja French 1997). Praktikas kuuleme aga väga sageli õdede puudusest ja suurest töökoormusest, mis tihti takistab üliõpilaste võtmist osakonda praktikale. Tihti tahetakse üliõpilasi vormistada tööle abiõena, mis tähendab, et praktikante tahetakse panna tegema osaliselt õe tööd ning sellest tingituna ei ole üliõpilasel võimalik pühenduda õppimisele. Üliõpilane ei pruugi saada vastuseid praktikas esilekerkivatele küsimustele ning seostada praktikas kogetut teooriaga.

Uurimistööl alusel jäid enamus üliõpilastest väga või pigem rahule osakonnaga, kus toimus õppepraktika. Ainult alla kümne protsendi (7,6%) uuritavatest ei olnud rahul õppepraktika kohaks olnud osakonnaga. Saarikoski ja Leino-Kilpi (1999) uurimistöös, kus uuriti Soome üliõpilaste rahulolu osakonnaga, olid uuritavad samuti üldiselt rahul osakonnaga ja ainult 9% ei olnud üldse rahul. Rahulolu keskmiseks väärtuseks oli 4,25 (mõõdiku skaalal 1-5). Saarikoski (2003) uurimistöös olid üliõpilased samuti osakonnaga peamiselt rahul ja keskmiseks väärtuseks oli 3,82 (skaalal 1-5). Antud uurimistöös selgus, et üliõpilased kes jäid rahule osakonnaga, olid ka rahul osakonna kui õpikeskkonnaga ning juhendamisega. Osakonnaga rahulolu oli seotud ka esmase osakonna tutvustamise ja osakonna positiivse atmosfääriga. Autori kogemustele toetudes tunduvad antud seosed vägagi loogilised. Kliinilise õpikeskkonna hindamisel andsid üliõpilased hinnangu osakonna atmosfäärile, vanemõe juhtimisstiilile, õendushoolduse erinevatele aspektidele ja õppimisele osakonnas.

Osakonna atmosfääri uurimiseks sisaldas ankeet küsimusi, kuivõrd tundis üliõpilane ennast olevat meeskonna liige, õdedevahelistest suhetest, mugavustundest koosolekutel ja valvesse minnes ning positiivsest õhkonnast osakonnas. Uuritavad hindasid kõiki näitajaid küllalt kõrgelt. Sellega, et osakonna meeskonnaga oli kerge kontakti saada ning valitses hea ja positiivne õhkond oli täiesti või pigem nõus ligi 80% uuritavatest. Viie-pallilisel skaalal oli osakonna atmosfääri keskmiseks väärtuseks 3,82. Saarikoski 2002. aastal läbiviidud uurimistöös oli atmosfääri keskmine väärtus

Likert'i skaalal 3,78, mis on madalam kui antud uurimistöös. Saarikoski 1999. aastal läbiviidud uurimistöös oli osakonna atmosfääri keskmiseks näitajaks 3,81, mis sarnaneb Eesti näitajaga (vt tabel 14). Saarikoski jt (2002) uurimistöös, kus hinnati sama mõõdiku alusel osakonna koosolekutel tekkinud tunnet, hindasid Soome üliõpilased seda Likerti skaalal 3,72, käesolevas uurimuses oli see 3,34 ehk tunduvalt madalam. Uurimusest selgus, et raskusi tekitas osakonna koosolekul tekkinud tunde hindamine. 20,5% ei osanud seda tunnet hinnata. Siin oli arvatavasti põhjuseks koosolekutel mitte viibimine, mida mõningad ka ankeeti juurde kirjutasid. Täiesti mugavalt tundis ennast koosolekutel ainult 17,7% uuritavatest. Ennast mugavalt või pigem mugavalt ei tundnud osakonna koosolekutel kolmandik (26%) uuritavatest. Osakonna koosolekutel osalemist tuleks kindlasti tähtsustada kui kokkukuuluvustunde tõhustamist ja õppimist õppepraktikal viibides. Kirjandus väidab, et solidaarsus ja kokkukuuluvustunde tõhustavad õppimist osakonnas.

Kirjanduse alusel peetakse väga oluliseks õpikeskkonna kujundajaks ka osakonna vanemõe juhtimisstiili. Väidetakse, et vanemõde on võtmeisikuks osakonna atmosfääri loomisel ja demokraatlik juhtimisstiil on efektiivse meeskonnatöö ning õppimise soodustaja (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002, Munnukka jt 2002). Enamuse uuritavate arvates pidas vanemõde lugu oma töötajatest (86,1%), oli meeskonnaliige (80,3%) ja oskas hinnata oma töötajate tööpanust osakonnas (75,3%). Vähem osati hinnata vanemõde kui õpetliku tagasiside andjat üliõpilastele. Võrreldes Soome ja Inglise üliõpilaste poolt antud hinnanga Likerti skaalal on Eesti üliõpilaste hinnang vanemõe juhtimisstiilile tunduvalt kõrgem (vt tabel 14).

Hea õpikogemuse saamiseks on oluline õendushooldus osakonnas. Antud uuringu alusel hinnatakse õendushoolduse aspekte osakonnas erinevalt. Kõige enam probleeme tekitas õenduse filosoofia olemasolu osakonnas. Kolmandik uuritavatest ei osanud sellele vastata ja ainult 21,5% uuritavatest väitis, et selgesõnaline õendusfilosoofia on osakonnas olemas. Mitmes ankeedis seisis selle küsimuse kõrval küsimärk, mis näitab nähtavasti seda, et ei saada aru küsimusest. Autor ei oska seda küsimust kommenteerida, kuna pole Eesti haiglates ise kohanud õendusfilosoofia lahtikirjutust. Küll on aga haiglate missiooni ja visiooni sõnastustes ära märgitud õendusabi kõrge kvaliteedi tagamine. Individuaalne õendushooldus toimus 64% uuritavate väitel ning 10% arvates puudub. Üks uuritavatest kommenteeris, et "*individuaalset õendushooldust ei rakendata täiel määral aja nappusest tingituna*". Patsiendi hooldusest informatsiooni saamise osas oldi enamuses rahul ja üle 80% oli nõus, et osakonnas oli arusaadav õendusdokumentatsioon. Soomes läbiviidud uurimustes hindasid üliõpilased õendushooldust osakonnas keskmiseks ja väga heaks. Need üliõplased, kes

hindasid õpikeskkonda kõrgelt, hindasid ka õendushooldust kõrgelt. Halvaks pidas õendushooldust samas uuringus 28% uuritavatest (Saarikoski ja Leino-Kilpi 1999, Saarikoski ja Leino-Kilpi 2002). Käesolevas uuringus osalenutest alla 10% väidab, et osakonnas ei olnud selgesõnalist õendusfilosoofiat, individuaalset õendushooldust, küllaldast informatsiooni hooldusest ja arusaadavat dokumentatsiooni. Seega hindavad Eesti uuritavad õendushooldust kõrgemalt kui Soome üliõpilased (vt tabel 14). See tulemus näitab, et eeldused õendushoolduse õppimiseks õppepraktika ajal on olemas. Õendushoolduse kvaliteedi ja õpikeskkonna kvaliteedi vahel valitseb Saarikoski andmetel tugev seos. Antud uuringus ei analüüsitud seoseid õendushoolduse ja õpikeskkonna vahel, kuna see polnud töö eesmärk aga see oleks kindlasti edaspidi huvitav antud mõõdikuga uurida. Antud töös uurisime seoseid õendushoolduse ja juhendamise vahel ning sealt järeldus, et mida paremaks hinnati juhendamist, seda paremaks hinnati ka õendushooldust osakonnas.

Osakond hea õpikeskkonnana on kirjandusele tuginedes väga oluline üliõpilase arenguks õppepraktikal. Soome üliõpilasi uurinud Saarikoski uurimistöös hindasid 37% üliõpilastest osakonda väga heaks ning 20% halvaks ja ainult 9% vastanutest polnud õpikeskkonnaga üldse rahul. Käesolevas uurimistöös hinnati õpikeskkonna erinevaid aspekte küllalt erinevalt, aga üldjoontes positiivselt. Kõige enam oldi nõus väitega, et mind kutsuti nimepidi (66,5%). Kurb on tõdeda, et 10% väitis, et teda ei kutsutud nimepidi. Esmane osakonna tutvustus on kirjanduse põhjal väga tähtis ja käesolevast uurimistööst tuleneb, et osakonna esmane tutvustamine oli hästi või pigem hästi organiseeritud (80,4%). See on väga positiivne tulemus. Osakonna esmane tutvustus osutus ka üheks olulisemaks seoseks kliinilise õpikeskkonna ja juhendamisega rahulolu osas käesolevas uuringus (vastavalt $r=0,5$ ja $r=0,4$, $p<0,001$). Vahtramäe (2006) läbiviidud uurimistöö andmetel ainult kaks 17-st uuritavast sai esimeset päevast positiivse kogemuse, osakonna tutvustamine oli lünklik ja mitte kõik uuritavad polnud oodatud õppepraktikale osakonda ning juhendajad polnud alati valmis üliõpilasi juhendama. Antud uurimistöös 68,5% uuritavatest oli veendunud, et meeskond oli huvitatud juhendamisest Käesolevast uurimistööst selgub, et osakonnas, kus oldi praktikal, oli üle 80% uuritavate arvates piisavalt õpisisuainet ning et need olid mitmekesised. See annab alust arvata, et üliõpilased said oma praktikaeesmärgid täidetud. Kokkuvõtlikult võibki väita, et üliõpilased hindasid ülekaalukalt osakonda kui õpikeskkonda heaks (85,4%). Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, hindasid osakonda kui õpikeskkonda kõrgemalt. 5-palli skaalal aritmeetilisi keskmisi võrreldes hindavad Eesti üliõpilased õpikeskkonda kõrgemalt kui Soome üliõpilased (vt tabel 14). Halvaks pidas õpikeskkonda ainult 8,3% uuritavatest, mis sarnaneb Soomes läbiviidud

uurimistöö tulemustega. Õpikeskkonnaga rahulolu ja juhendamise rahulolu vahel valitses keskmine seos. Üliõpilased, kes kogesid individuaalset juhendamist, said tagasisidet juhendajalt ning kelle mentor oli huvitatud juhendamisest hindasid ka õppimist ja õpikeskkonda kõrgemalt. See on ka autori arvates loogiline seos, sest kui saadakse probleemidele vastused ja julgetaks kõike küsida, siis ongi paremad õpitulemused ja teoreetilised teadmised saavad praktikas kinnitust.

Käesoleva uurimistöö tulemustest väärrib märkimist asjaolu, et üliõpilaste juhendajateks praktikabaasis oli üle pooltel uuritavatel õde. Positiivne on, et ainult 20% uuritavatest oli mentoriks vanemõde. See on küllaltki positiivne, sest kirjanduse andmetel ongi hea mentor just õde (Gray ja Smith 2000). Chambers (1998) märgib, et osakonna vanemõed ei ole objektiivsed üliõpilasi hindama, kuna nad ei ole eksperdid. Praktikas on tihti juhtunud, et üliõpilase kõrval töötavad küll õed aga lõpphinnangu teeb vanemõde ning see on põhjustanud üliõpilaste nurinat. Uurimistööst selgub, et mõnel uuritaval oli juhendajaks ka praktikant. See teeb küll nõutuks, sest valdavalt uurimistöödest leiab, et juhendajaks peab olema kogunud õde, kellel on kõrged professionaalsed teadmised, kes on võimeline andma üliõpilastele tagasisidet ning jälgima nende arengut (Andrews ja Wallis 1999, Gray ja Smith 2000). Praktikant sellega ei pruugi toime ei tulla. Vahtramäe (2006) uurimistööst selgus, et 17-st kahel uuritaval oli samuti juhendajaks kolmanda kursuse üliõpilane. Kõrgemaa (2006) läbiviidud uurimistöös selgub, et Eesti haiglates pole mentori valimine reglementeeritud, on juhuslik ja puuduvad nõuded mentorile. Mentoriks ollakse kas sisemise soovi sunnil või määratakse juhendaja roll õele vastu tahtmist. Käesoleva uurimistöö autori arvates tuleb Eestis välja töötada mentoritele esitatavad nõuded. Eesti kõrgkoolidel on juhtivate haiglatega küll kokkulepe, et üldjuhul võib mentoriks olla õde, kellel on vähemalt kaks aastat tööstaaži ja kõrgharidus ning soovitatav mentori koolituse läbimine. Tuleb välja, et see alati ei kehti.

Peab märkima, et ainult 43% üliõpilastest oli õppepraktika ajal individuaalne mentor. Üliõpilasele kindlat määratud mentorit peab tähtsaks enamus kirjandusallikate autoritest. Saarikoski ja Leino-Kilpi (1999) uurimusest selgub, et 36% uuritavatest omas oma isiklikku juhendajat ja grupijuhendamist koges 33% uuritavatest. Kolmandik (31%) uuritavatest väitis, et “mulle määrati küll juhendaja aga koostöö ei sujunud” või “mentor vahetus vastavalt õdede töögraafikule”. Saarikoski (2003) väidab, et individuaalne üliõpilase juhendamine on tulemuslikum kui grupijuhendamine. Ka antud uurimistöös hindasid üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, positiivsemalt mentori suhtumist juhendamisesse, said mentorilt rohkem tagasisidet ja olid kokkuvõttes rohkem rahul juhendamise. Kokkuvõtlikult näitab ka käesolev uurimus, et

individuaalne mentor tagab tulemuslikuma juhendamise. Ligi kolmandikul uuritavatest vahetus mentor vastavalt töögraafikule või mingil muul põhjusel. Saarikoski jt (2002) väitel on mentori vahetus ja mitte juhendamine probleemiks ja ühtlasi alandab üliõpilaste hinnangut õppepraktikale. Seega käesoleva uuringu ja kirjanduse andmed ühtivad. Järelikult peaks töö autori arvates võimalikult rohkem võimaldama üliõpilasele individuaalset mentorit, mis tagab individuaalse juhendamise ning parema teooria ja praktika integratsiooni ning õpitulemuse. Kahjuks jääb ligi pooltel üliõpilastest kogemata individuaalse juhendamise kogemus ja nende hinnang õppepraktikale on sellest tingitult madalam.

Käesolevast uurimistööst selgus, et üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, olid rohkem rahul juhendamisega, said mentorilt rohkem tagasisidet, juhendamine põhines koostööl, lugupidamisel ja võrdsusel ning juhendamine soodustas õppimist. See on selge kinnitus sellele, et rakenduskõrgkoolidel tuleb väga tõsiselt suhtuda juhendaja olemasolusse ja igati kindlustada individuaalne juhendamine praktikabaasis. Walsh'i ja Jones'i (2005) uurimistöös märgitakse, et õde, kes töötab pidevalt üliõpilase läheduses ja jälgib teda, annab üliõpilasele kindlustunde ja motivatsiooni omandada paremaid töövõtteid. Vuorinen jt (2005) ja Lloyd Jones jt (2001) väidavad, et juhendamisel tuleb arvestada üliõpilase individuaalset õppimisvajadust, mida saabki järgida juhendaja, kes üliõpilasega lähemalt tegeleb. Saarikoski (2003) poolt läbiviidud uuringutes Inglismaal ja Soomes sai individuaalset juhendamist 60% üliõpilastest. Samuti ilmnes, et üliõpilased, kellel oli isiklik mentor, olid rohkem rahul õppepraktikaga. Ka väidetakse Lloyd Jones'i jt (2001) poolt läbiviidud uurimuses, et kui üliõpilane töötab oma mentoriga ühes vahetuses, kulub rohkem aega õpitegevusele kui siis kui üliõpilane ei tööta mentoriga ühes vahetuses. Andrews ja Wallis (1999) väidavad, et üliõpilased hindavad seda mentorit rohkem, kellel on sage ja asjakohane kontakt üliõpilastega. Antud uurimistöös oli kommentaariks ühes ankeedis kirjutatud "*vahel käisin teistelt õdedelt nõu küsimas, et vahel mentor ei saanud mind juhendada, sest tal oli osakonnas tähtsamaid probleeme käsil*". Esimese ja teise aasta üliõpilased vajavad mentoriga rohkem koosolemisaega kui kolmanda kursuse üliõpilased. Õppepraktika korraldamisel peaks seda ka arvestama, et laste, sise ja kirurgilise haige õppepraktika juhendamiseks on vaja enam planeerida kindel juhendaja ja rohkem aega juhendamiseks. Just need õppepraktikad on praeguse õppekava alusel esimesed kliinilised õppepraktikad. Ka Vahtramäe (2006) poolt läbiviidud uurimistöös selgus, et mitmel üliõpilasel polnud individuaalset juhendajat või see vahetus.

Käesolevas uuringus aga selgus, et mentor puudus või oli määratud aga ei juhendanud üle 20% üliõpilastel. Andrews`e ja Wallis`e (1999) läbiviidud uuringus selgus, et üliõpilased peavad väga oluliseks professionaalses arengus mentori olemasolu. Gray ja Smith`i (2000) arvates mõjutab mentori olemasolu üliõpilase õpikogemust. Mentori olemasolul on õppimine rohkem planeeritud ja tähendust omav võrreldes üliõpilastega, kellel mentorit ei ole. Enamuses uuringutes peetakse äärmiselt oluliseks mentori kui toetaja, sõbra, sidepidaja, juhendaja, õppimise hõlbustaja, teooria ja praktika ühildaja ning praktikaeesmärkide saavutamise toetaja rolli. Lambert ja Glacken (2004) väidavad, et suur töökoormus, vähene aeg, ebapiisav töötajate arv ja koolitus võivad olla puuduliku juhendamise põhjusteks. Praktika näitab, et ka Eesti haiglate probleemiks on tööjõu vähesus ja sellest tingitud aja nappus üliõpilase juhendamiseks. Kirjanduse andmetel on õdedel juhendamine raskendatud just seetõttu, et ei osata ennast panna õpetaja rolli. Selle probleemi lahendamiseks on Eestis alustatud mentorite koolitamisega ja praktikas on tulnud nendelt üliõpilastelt positiivne tagasiside, keda on juhendanud mentorikoolituse läbinud õde.

Käesolevas uurimistöös pidas privaatseid vestlusi mentoriga õppepraktika jooksul kolmandik uuritavatest, kolmandikul ei olnud üldse omavahelisi vestlusi ja kolmandikul oli paaril korral privaatne vestlus. Saarikoski ja Leino-Kilpi (1999) uurimistöös koges 73% uuritavatest privaatseid vestlusi juhendajaga ja 27% ei kogend üldse. Saarikoski (2003) poolt läbiviidud uuringus esines privaatseid vestlusi kõige enam psühhiaatria osakondades ja kõige vähem sisehaiguste osakondades ja kolmandikul üliõpilastest ei olnud üldse vestlusi mentoriga. Küll aga väidetakse kirjanduses, et üliõpilane ei pea olema pidevalt kontaktis oma mentoriga aga mentorluse kasutegur on seda suurem, mida suurem on mentori ja üliõpilase koosolemise aeg (Lloyd Jones jt 2001, Neary 2000). Samade uurijate väitel võib kontaktide vähesus olla seotud nii mentori huvipuudusega kui ka halva tööplaneerimise või mõlema teguriga. Samal ajal on kirjanduse väitel äärmiselt tähtsad privaatset reflektiivsed vestlused mentori ja üliõpilase vahel seetõttu, et ainult nii saab õde tõhustada üliõpilase professionaalset identiteeti ning teooriat ja praktikat integreerida. Teooria ja praktika integratsioon on üks praktika olulisemaid ülesandeid. Munnukka jt (2002) väitel on vestlused juhendajaga justkui sillaks teooria ja praktika vahel. Antud uurimusest lähtudes jääb üks kolmandik üliõpilastest täiesti ilma aruteludest ja seega ei saa vastust paljudele praktika ajal tekkivatele küsimustele. Kahjuks ei ole autor antud uurimistöös analüüsinud seoseid individuaalsete vestluste ja juhendamise vahel. Seda võiks järgmine uurija teha, kui kasutab antud mõõdikut.

Käesoleva uurimistöö tulemustest väärib märkimist äärmiselt kõrge rahulolu juhendamisega. Võrreldes käesoleva uurimistöö ja Soomes läbiviidud uurimuste aritmeetilisi keskmisi on Eesti uuritavate rahulolu keskmiseks 4,15, mis on tunduvalt kõrgem Saarikoski ja Leino-Kilpi uurimustega võrreldes (vt tabel 14). Üldiselt oli rahul või pigem rahul juhendamisega 79,2 % uuritavatest, pigem ei olnud rahul või üldse ei olnud rahul ainult 10% üliõpilastest. Üle 80% uuritavatest tõdes, et juhendamine põhines vastastikusel lugupidamisel ja usaldusel. See on väga positiivne tulemus, kuna uurimused näitavad, et usalduse olemasolu (Walsh ja Jones 2005, Vuorinen jt 2005) on olulise tähtsusega üliõpilase kindlustunde tekkimises ja õppimisvalmiduse tõstmisel. Väitega, et mentor suhtus positiivselt juhendamisesse, oli täiesti või pigem nõus 78,5% uuritavatest. Kirjanduse alusel on mentori enda suhtumine juhendamisesse äärmiselt oluline ja tõstab tunduvalt juhendamise rahulolu. Halvaks mentoriks peetakse seda õde, kes ei armasta oma tööd ja pole huvitatud juhendamisest. Heaks mentoriks on jälle õde, kes on motiveeritud olema mentor. Töö autorile on selline positiivne tulemus heaks üllatuseks, sest aastaid on oldud probleemi ees, et ei jätku motiveeritud juhendajaid ja sobivaid praktikakohti. Muidugi on viimastel aastatel tehtud palju tööd mentorite koolituse vallas ning tihti üliõpilased ütlevad praktikalt tulles, et praktika kulges seekord väga hästi, sest minu juhendaja oli läbinud mentori koolituse ning kõigega kursis. Praktikaga rahulolu üheks tähtsaks faktoriks on ka see, et haiglate reformid on lõppenud ning üliõpilased ja kool teavad täpselt mitu osakonda on haiglas ja kus need osakonnad täpselt asuvad. Reformide ajal toimus haigla personali suur liikumine ja mentorid vahetusid pidevalt.

Kõige vähem oldi täiesti nõus väitega, et juhendamine toimus võrdsuse printsiibil. Siin oli ka kõige kõrgem “ei oska öelda” vastajate arv. Samas aga oli enamus uuritavatest nõus, et juhendamine põhines koostööl. Koostöö on tähtis komponent juhendamisel just õppimise soodustamiseks.

Väitele, et sain oma mentorilt alati tagasisidet vastas enamus uuritavatest positiivselt, aga selle väitega oli ka kõige enam mittenoostujaid (15,8%). Vuorineni jt (2005) ja Neary (2000) arvates on üliõpilasele vajalik anda realistlikku tagasisidet üliõpilase edenemisest, olles samal ajal üliõpilase tegemiste hõlbustaja ja toetaja. Regulaarne tagasiside soodustab Gray ja Smith'i (2000) arvates üliõpilase arengut kõrvalvaataja rollist tegija rolli ning annab ülevaate üliõpilase võimetest nii juhendajale kui üliõpilasele.

Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtuti keskmiselt 1,4 korda õppepraktika jooksul. Käesolevast uuringust selgub, et üle 60% uuritavatest kohtus üks või enam korda koolipoolse

praktikajuhendajaga. Kolmandik üliõpilastest ei kohtunud oma koolipoolse praktikajuhendajaga üldse. Lambert ja Glacken (2004) väidavad oma uuringus, et õde-õpetajate harvad ning ebakorrapärased külastused praktikabaasidesse viivad kliinilise usaldusväarsuse puudumisele. Koolipoolne praktikajuhendaja peab olema kursis kliinilise praktikaga ning saab tõhusalt kaasa aidata suhete parandamisele haiglas töötavate õdedega, kes juhendavad üliõpilasi (Ioannides 1999, Munnukka jt 2002). Saarikoski jt (2002) poolt Inglismaal ja Soomes läbiviidud uuringust selgus, et üliõpilased kohtusid koolipoolse juhendajaga keskmiselt 3,9 korda praktika ajal ning Inglismaa üliõpilased ainult 1,7 korda, kusjuures 30% üliõpilastest ei kohtunud kordagi. Selles osas on Eestis arenguüri. Kindlasti peaks suurendama õpetajate võimalusi üliõpilaste külastamiseks õppepraktikal. Kirjanduse alusel segavad üliõpilaste külastamist õpetajate pidevalt suurenevad kohustused koolis ja külastuse arvu tõus eeldab lisaõppejõude ning ka muud toetavat personali (Ioannides 1999). Hetkel külastavad õde-õpetajad üliõpilast praktikabaasis ühel korral praktika keskel, mida on ilmselgelt vähe. Lisaks külastavad koolipoolsed praktikajuhendajad praktikabaasi võimaluse korral esimesel praktikapäeval, kuid kahjuks ei ole see kõikidel õpetajatel võimalik. Praktikabaasi peaks külastama vähemalt kolmel korral, probleemide puhul ka rohkem. Käesoleval momendil vajavad praktikabaasis olevad mentorid koolipoolsete juhendajate toetust, eriti just hindamise puhul. Praktika lõpphinne peaks kujunema koostöös üliõpilase, mentori ja koolipoolse juhendajaga.

Seosed kliinilise õpikeskonna ja üliõpilaste juhendamise vahel tulid selgesti esile. Käesolev uurimistöo näitab, et mida paremini kogeb uuritav juhendamist, seda positiivsemalt ta kogeb kogu osakonna atmosfääri ja eriti positiivselt osakonda kui õpikeskkonda. Individuaalset juhendamist kogunud uuritavad olid enam rahul õpikeskkonnaga, õenduse kvaliteediga osakonnas ja juhendamise kõigi aspektidega. Samale järeldusele jõuab ka Saarikoski (1999, 2002, 2003) läbiviidud uurimustes, et lisaks juhendamise kvaliteedi parendamisele läbi mentori töökogemuse, koolituse ja hariduse tõusu tuleb tähelepanu pöörata osakonnas valitsevale õhkkonnale, õendushooldusele, vanemõe juhtimisstiilile ja osakonnale kui õpikeskkonnale üldse. Õppepraktika edukas kulgemine ja üliõpilase rahulolu tagamine nõuab mitmekülgset lähenemist nii koolilt kui ka praktikabaasilt.

Käesoleva uurimistöo tulemustest tulenevad järgmised soovitusel:

1. Korrigeerida uurimistöös kasutatud mõõdiku eesti keelset varianti ning seejärel võtta süstemaatiliselt kasutusele tervishoiu kõrgkoolides üliõpilaste õppepraktikaga rahulolu uurimiseks.

2. Koostöös tervishoiu kõrgkoolide ja kliinilise õppepraktika baasidega töötada välja ja kinnitada nõuded mentorile kvalifikatsiooni osas ning tagada võimalikult kõrgetasemeline üliõpilaste juhendamine õppepraktikal.
3. Tervishoiu kõrgkoolidel selgitada haiglate juhtivatele õdedele individuaalse juhendaja olulisust ning tagada kõigile üliõpilastele individuaalne juhendaja.
4. Mentorite koolitamisel rõhutada mentoritele üliõpilasele osakonna tutvustamise olulisust just õppepraktika esimesel päeval.
5. Tõhustada üliõpilaste juhendamist koolipoolsete praktikjuhendajate poolt kliinilisel õppepraktikal, milleks tuleb uurida õpetaja praktikandi juhendamiseks kuluvat aega ja tegevust praktikabaasis ning seejärel korrigeerida tunnikoormust, mis võimaldaks optimaalselt üliõpilast juhendada praktikabaasis.

7. JÄRELDUSED

Käesolevast tööst võib järeldada:

- Oma viimase õppepraktika osakonnaga jäid enamik uuritavatest rahule või väga rahule. Osakonna atmosfääri hinnati 5-palli skaalal enam kui rahuldavaks (3,82), heaks hinnati osakonna vanemõe juhtimisstiili, õendushooldust ja õppimist osakonnas.
- Mentoriks oli osakonnas õppepraktika ajal üle pooltel üliõpilastel õde ja viiendikul vanemõde. Peaaegu pooltel uuritavatest oli individuaalne mentor, kolmandikul oli grupimentor ja neljandikul uuritavatest puudus mentor. Rahulolu mentori juhendamisega oli viie-pallilisel skaalal 4,15. Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, kogesid rohkem individuaalset juhendamist, hindasid kõrgemalt mentori suhtumist juhendamisesse, said rohkem tagasisidet mentorilt, olid rohkem rahul juhendamisega ning pidasid osakonda paremaks õpikeskkonnaks. Privaatseid vestlusi mentoriga koges kolmandik uuritavatest. Üliõpilased, kellel oli individuaalne mentor, kogesid rohkem privaateid vestlusi mentoriga. Koolipoolse praktikajuhendajaga kohtuti õppepraktika vältel keskmiselt 1,4 korda, kusjuures üle kolmandiku üliõpilastest ei kohtunud kordagi koolipoolse juhendajaga.
- Kliinilise õpikeskkonna ja juhendamise rahulolu vahel esines seos. Mida rohkem oldi rahul viimase õppepraktika osakonnaga, seda paremaks peeti osakonda kui õpikeskkonda ja seda suurem oli rahulolu juhendamisega. Oluline oli seos juhendamisega rahulolu ja üliõpilase esmase osakonna tutvustamise vahel. Mida enam oldi rahul juhendamisega, seda positiivsemalt hinnati osakonda kui õpikeskkonda, osakonna atmosfääri, vanemõe juhtimisstiili ja õendushooldust osakonnas.

KASUTATUD KIRJANDUS

Andrews, M., Roberts, D. (2003). Supporting student nurses learning in and through clinical practice: the role of the clinical guide. *Nurse Education Today*, 23(7), 474 – 481.

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

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

Arstiõppe, loomaarstiõppe, proviisoriõppe, hambaarstiõppe, ämmaemandaõppe, õeõppe, arhitektiõppe ja ehitusinseneriõppe raamnõuded (RTI, 26.10.2004, 72, 509).

Atkins, S., Williams, A. (1995). Registered nurses' experiences of mentoring undergraduate nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 21(5), 1006 – 1015.

Barker, E.R. (2006). Mentoring – A complex relationship. *Journal of the American Academy of Nurse Practicioners*, 18(2), 56 – 61.

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

Bradbury-Jones, C., Irvine, F., Sambrook, S. (2007). Empowerment of nursing students in the United Kingdom and Japan: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 379 – 387.

Bradbury-Jones, C., Sambrook, S., Irvine, F. (2007). The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study. *Journal of Advanced Nursing*, 59(4), 342 – 351.

Cahill, H.A. (1996). A qualitative analysis of student nurses' experiences of mentorship. *Journal of Advanced Nursing*, 24(4), 791 – 799.

Chambers, M.A. (1998). Some issues in the assessment of clinical practice: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 201-208.

Chilton, A.M. (2000). Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse Education Today*, 20(7), 555 – 562.

Chun-Heung, L., French, P. (1997). Education in the practicum: a study of the ward learning climate in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 455 – 462.

Cope, P., Cuthbertson, P., Stoddart, B. (2000). Situated learning in the practice placement. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 850 – 856.

Dix, G., Hughes, S.J. (2004). Strategies to help students learn effectively. *Nursing Standard*, 21(18), 39 – 42.

Drennan, J. (2002). An avaluation of the role of the Clinical Placement Coordinator in student nurse support in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 40(49), 475 – 483.

Duarri, W., Kendrick, K. (1999). Implementing clinical supervision. *Professional Nurse*, 14(2), 849 – 852.

Dunn, S., Hansford, B. (1997). Undergraduate nursing student`s perceptions of their clinical learning environment. *Journal of Advanced Nursing*, 25(6), 1299 - 1306.

Espeland, V., Indrehus, O. (2003). Evaluation of students` satisfaction with nursing education in Norway. *Journal of Advanced Nursing*, 42(3), 226 – 236.

Gray, M.A., Smith, L.N. (2000). The qualities of an effective mentor from the student nurse`s perspective: findings from a longitudinal qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1542 – 1549.

Haigla liikide nõuded (2004). Sotsiaalministri 19. augusti 2004. aasta määrus nr 103. (RTL, 02.09.2004, 116, 1816).

Hayes, E.F. (2005). Approaches to mentoring: How to mentor and be mentored. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 17(11), 442 – 445.

Henderson, S. (2002). Factors impacting on nurses` transference of theoretical knowledge of holistic care into clinical practice. *Nurse Education in Practice*, 2(4), 244 – 250.

Hilton, P.A., Pollard, C.L. (2005). Enhancing the effectiveness of the teaching and learning of core clinical skills. *Nurse Education in Practice*, 5(5), 289 – 295.

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.

Howard, E.P., Steinberg, S. (2002). Evaluations of clinical learning in managed care environment. *Nursing Forum*, 37(1), 12 – 20.

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

Ioannides, A.P. (1999). The nurse teacher`s clinical role now and in the future. *Nurse Education Today*, 19, 207 – 214.

Kilcullen, N.M. (2007). The impact of mentorship on clinical learning. *Nursing Forum*, 42(2), 95 – 104.

Kneebone, R.L., Kidd, J., Nestel, D., Barner, A., Lo, B., King, R., Yang, G.Z., Brown, R. (2005). Blurring the boundaries: scenario-based simulation in a clinical setting. *Medical Education*, 39(6), 580 – 587.

Kotzabassaki, S., Panou, M., Dimou, F., Karabagli, A., Koutsopoulou, B., Ikonou, U. (1997). Nursing students` and faculty`s perceptions of the characteristics of „best“ and „worst“ clinical teachers: a replication study. *Journal of Advanced Nursing*, 26(4), 817 – 824.

Kõrgemaa, U. (2006). Õenduse üliõpilaste õppepraktika juhtimine. Magistritöö. TallinnaÜlikool.

Lambert, V., Glacken, M. (2004). Clinical support roles: a review of the literature. *Nurse Education in Practice*, 4(3), 177 – 183.

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

Landers, M.. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1550 – 1556.

Lindgren, B., Brulin, C., Holmlund, K., Athlin, E. (2005). Nursing students' perception of group supervision during clinical training. *Journal of Clinical Nursing* 14(7), 822 – 829.

Lloyd Jones, M., Walters, S., Akehurst, R. (2001). The implication of contact with the mentor for preregistration nursing and midwifery students. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 151 – 160.

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

Meno, K.M., Keaveny, B.M., O'Donnell, J.M. (2003). Mentoring in the operating room: A student perspective. *Journal of American Association of Nurse Anesthetists*, 71(5), 337 – 341.

Munnukka, T, Pukuri, T, Linnainmaa, P, Kilkku, N. (2002). Integration of theory and practice in learning mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 5 - 14.

Neary, M. (2000). Supporting students' learning and professional development through the process of continuous assessment and mentorship. *Nurse Education Today*, 20, 463 – 474.

O'Neill, P.A., Morris, J., Baxter, C.-M. (2000). Evaluation of an integrated curriculum using problem-based learning in a clinical environment: the Manchester experience. *Medical Education*, 34, 222 – 230.

Philips, R.M., Davies, W.B., Neary, M. (1996). The practitioner-teacher: a study in the introduction of mentors in the preregistration nurse education programme in Wales: part 2. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6), 1080 – 1088.

Ronsten, B., Andersson, E., Gustafsson, B. (2005). Confirming mentorship. *Journal of Nursing Management*, 13(4), 312 – 321.

Saarikoski, M., Leino-Kilpi, H. (1999). Association between quality of ward nursing care and students' assesment of the ward as o learning environment. *NT Research*, 4, 6), 467 - 474.

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(6), 340 – 349.

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

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

Sand-Jecklin, K. (2000). Evaluating the Student Clinical Learning Environment: Development and validation of the SECEE Inventory. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4(1), 1 – 15.
Website. <http://www.snrs.org> (01.02.2008)

Sharif, F., Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing*, 4(6), 1 – 7.

Sloan, G., White, G., Coit, F. (2000). Cognitive therapy supervision as a framework for clinical supervision in nursing: using structure to guide discovery. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 515 – 524.

Suen, L.K.P., Chow, F.L.W. (2001). Students' perceptions of the effectiveness of mentors in an undergraduate nursing programme in Hong Kong. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), 505 – 511.

Tornøe, K.A. (2007). Logging the clinical learning experience: creating a dynamic teaching and learning environment through log-based supervision and student self-assessment. *Learning in Health and Social Care*, 6, 94 – 103.

Twinn, S., Davies, S. (1996). The supervision of Project 2000 students in the clinical setting: issues and implications for practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 5(3), 177 – 183.

Vahtramäe, A. (2006) Tartu tervishoiu Kõrgkooli põhiõppe õppekava järgi õppivate üliõpilaste kogemused haiglapoolsest juhendamisest sisehaige õenduse õppepraktikal Sihtasutuses Tartu Ülikooli Kliinikum. Magistritöö õendusteaduses. Tartu Ülikool.

Vuorinen, R., Eriksson, E., Meretoja, R. (2005). Hoitotyön ohjatun harjoittelun sisältö, edellytykset ja vaikutukset – systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 17(5), 270 – 281.

Walsh, P., Jones, K. (2005). An exploration of tripartite collaboration in developing a strategic approach to the facilitation of practice learning. *Nurse Education in Practice*, 5(1), 49 – 57.

Watson, N.A. (1999). Mentoring today – the students` views. An investigative case study of pre-registration nursing students` experiences and perceptions of mentoring in one theory/practice module of the Common Foundation Programme on a Project 2000 course. *Journal of Advanced Nursing*, 29(1), 254 – 262.