

Διερεύνηση των κλινικών μαθησιακών εμπειριών των φοιτητών νοσηλευτικής στην Κύπρο

Exploration of the clinical learning experience of Cypriot nursing students

Authors: Δημητριάδου Μαρία¹, Παπασταύρου Ευριδίκη², Αθηνή Ευδοκία³, Θεοδώρου Μάμας⁴

1. RN, Bsc, MSc., Ειδικό επιστημονικό προσωπικό ΤΕΠΑΚ

2. RN, PhD, Επίκουρη Καθηγήτρια, ΤΕΠΑΚ

3. Αντιπρόεδρος Παγκύπριου Συνδέσμου Νοσηλευτών και Μαιών

4. Αναπληρωτής καθηγητής, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Περίληψη

Η κλινική άσκηση αποτελεί ένα θεμελιώδες συστατικό στοιχείο της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης σε προπτυχιακό επίπεδο. Η ποιότητα του κλινικού μαθησιακού περιβάλλοντος και η επίβλεψη διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην απόκτηση αυτοπεποίθησης, την εμπέδωση της γνώσης και την τελειοποίηση των κλινικών δεξιοτήτων των προπτυχιακών φοιτητών της νοσηλευτικής.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών της νοσηλευτικής σχετικά με τη μάθηση και την επίβλεψη τους στο κλινικό περιβάλλον και το βαθμό ικανοποίησής τους από αυτό.

Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και προσέγγιση συσχέτισης. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου Clinical Learning Environment and Supervision and nurse teacher scale (CLES+T scale). Αποτελείται από 34 ερωτήσεις κλειστού τύπου ομαδοποιημένες σε 6 κατηγορίες: το κλινικό περιβάλλον μάθησης, το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης, η νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα, η μάθηση στο τμήμα, το περιεχόμενο επίβλεψης (μέντορα) και ο ρόλος του κλινικού συντονιστή. Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1=διαφωνώ πλήρως - 5=συμφωνώ πλήρως). Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μία ερώτηση που αξιολογεί τον βαθμό ικανοποίησης (κλίμακα 1-5) του φοιτητή κατά την κλινική του τοποθέτηση που μόλις έχει ολοκληρωθεί. Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν όλοι οι δευτεροετείς προπτυχιακοί φοιτητές της νοσηλευτικής (N=380) από τα 4 πανεπιστήμια της Κύπρου. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 94% (n=357). Η συλλογή δεδομένων έγινε κατά τη περίοδο Δεκεμβρίου του 2010 και Μαρτίου του 2011.

Αποτελέσματα: Η υποκατηγορία «το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης με τον μέντορα» είχε την πιο υψηλή βαθμολογία ως προς τη συμφωνία (MO=4,18) και η υποκατηγορία «μάθηση στο θάλαμο» την χαμηλότερη (MO=3,54). Επίσης, στη συχνότητα επίβλεψης από το μέντορα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ομαδικής και της εξατομικευμένης επίβλεψης. Μεταξύ των υποκατηγοριών φάνηκε να υπάρχει θετική στατιστική συσχέτιση ($r=0.313$ μέχρι $r=0.615$ $p<0.001$). Η ικανοποίηση σε σχέση με τις 6 υποκατηγορίες βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική $p<0,001$. Η ολική ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση ήταν MO=3,99 σε πεντάβαθμη κλίμακα 0-5

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

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

Abstract

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

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

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

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

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

Key Words: Nursing education, clinical learning environment, mentor, clinical practice, clinical teacher. Σύνολο λέξεων = 4.878

Εισαγωγή

Ο βασικός στόχος της προπτυχιακής νοσηλευτικής εκπαίδευσης είναι να δημιουργήσει επαγγελματίες υγείας ικανούς να λειτουργούν ανεξάρτητα, με κριτική σκέψη, αίσθηση ευθύνης και υψηλό επίπεδο κλινικής ικανότητας (Johansson, 2010). Δεδομένου ότι η νοσηλευτική είναι μία εφαρμοσμένη επιστήμη θα πρέπει να συνδυάσει γνώσεις, δεξιότητες και στάσεις, ως εκ τούτου δε μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά στις αίθουσες διδασκαλίας, αλλά η άσκηση της προϋποθέτει κλινική εμπειρία δίπλα σε έμπειρους νοσηλευτές (Chan & Ip, 2007) και άμεση επαφή με καταστάσεις φροντίδας (Souza et al. 2013). Αυτό προσδίδει στην κλινική μάθηση ιδιαίτερη αξία, αναγνωρίζοντάς την ως ένα ζωτικό και αναπόσπαστο στοιχείο για την ολοκλήρωση του προγράμματος σπουδών της νοσηλευτικής (Chan, 2002), καθιστώντας το κλινικό περιβάλλον αναντικατάστατο μέσο επαγγελματικής προετοιμασίας (Midgley 2006; Henderson et al. 2012). Για την αποτελεσματικότητα αυτού του στόχου το κλινικό περιβάλλον θα πρέπει να μετατραπεί σε ένα «περιβάλλον μάθησης» το οποίο οι ερευνητές αποκαλούν «Κλινικό περιβάλλον μάθησης» (ΚΠΜ). Σύμφωνα με τους Dunn & Burnett (1995), το ΚΠΜ είναι ένα διαδραστικό δίκτυο δυνάμεων που προέρχονται από το κλινικό περιβάλλον και επηρεάζουν τα μαθησιακά αποτελέσματα των φοιτητών. Το ΚΠΜ εμπεριέχει οτιδήποτε περιβάλλει τον φοιτητή και αναφέρεται τόσο στο φυσικό -χώρος και εξοπλισμός- όσο και στο κοινωνικό -οι αλληλεπιδράσεις ατόμων, όπως προσωπικό, ασθενείς, μέντορα και κλινικός συντονιστής (Papp et al., 2003). Στην εργασία αυτή το κλινικό περιβάλλον αναφέρεται σε νοσηλευτικά τμήματα που αποτελούν μέρος ενός πολύπλοκου οργανισμού του νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύεται ένας αριθμός ασθενών.

Η αντιληπτική διάσταση που ενισχύει το σημαντικό ρόλο της κλινικής άσκησης οφείλεται στο γεγονός ότι αποτελεί τη ρεαλιστική άποψη της νοσηλευτικής κλινικής εκπαίδευσης αντί να επικεντρώνονται αποκλειστικά σε προβλήματα άρτια κατασκευασμένα από τους καθηγητές, οι απαντήσεις των οποίων εύκολα μπορούν να απαντηθούν μέσα από την θεωρία και την έρευνα. (Papp et al., 2003, Gaberson & Oermann, 2010). Οι φοιτητές έρχονται αντιμέτωποι με προβλήματα για τα οποία τα στοιχεία είναι ανεπαρκή ή αμφιλεγόμενα (Halcomb et al., 2012) ή υπάρχουν πολλαπλές λύσεις ή ενδεχομένως να παραγνωρίζονται από τη θεωρία (Gaberson & Oermann, 2010). Η επιτυχία αυτής της πρόκλησης βασίζεται στη συνεργασία, την αλληλεπίδραση και την ενεργητική συμμετοχή των φοιτητών (Souza et al. 2013). Η κοινωνική πολυπλοκότητα και οι μη προβλέψιμες καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζουν το ΚΠΜ, παρέχουν στους φοιτητές την ευκαιρία να συνδυάσουν τις γνωστικές, καισυμπεριφορικές δεξιότητες τους (Souza et al. 2013) και να διαχειριστούν συναισθήματα συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στην ενσωμάτωση τους στο νοσηλευτικό ρόλο (Sprouse, 2001). Επίσης αναπτύσσει την

κριτική σκέψη και την ικανότητα επίλυσης κλινικών προβλημάτων (Doody & Condon, 2012, Souza et al. 2013) ενισχύει την αυτοπεποίθηση, την αποτελεσματικότητα και τις ηγετικές ικανότητες (Cristiansen et al., 2014). Παράλληλα τους δίνει την δυνατότητα ανατροφοδότησης και αναστοχασμού σε πραγματικές καταστάσεις φροντίδας, βοηθώντας τους να διευρύνουν και εμβαθύνουν το γνωστικό τους πεδίο, να αναπτύξουν σχέσεις φροντίδας και να εξελιχτούν επαγγελματικά (Haugan et al. 2012).

Η σημαντικότητα της κλινικής πρακτικής ως αναπόσπαστο στοιχείο του προπτυχιακού προγράμματος διατυπώνεται και από την Ευρωπαϊκή οδηγία 2005/36/EK η οποία διασαφηνίζεται με την νεότερη οδηγία 2013/55/EK ότι «...για την ολοκλήρωση της νοσηλευτικής προπτυχιακής εκπαίδευσης τουλάχιστον τριετείς σπουδές και 4600 ώρες ...και η κλινική άσκηση να καλύπτει τουλάχιστο τη μισή ελάχιστη διάρκεια της εκπαίδευσης». Η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο έχει εναρμονιστεί με την οδηγία από το 2009 (Περί Νοσηλευτικής και Μαιευτικής νόμος 214/88- 1(1)2012).

Με βάση τα πιο πάνω, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στη διερεύνηση των απόψεων των φοιτητών της νοσηλευτικής για τους παράγοντες που συνθέτουν το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη που λαμβάνουν κατά την κλινική τους πρακτική στην Κύπρο. Η έρευνα προσθέσει νέα δεδομένα στην προϋπάρχουσα γνώση που αποκτήθηκε από 2 προηγούμενες έρευνες που έγιναν σε φοιτητές της νοσηλευτικής στην Κύπρο σε κολεγιακό επίπεδο (Νοσηλευτική σχολή) (Papastavrou et al., 2010) και πτυχιακό επίπεδο (το δείγμα προερχόταν μόνο από ένα πανεπιστήμιο) (Warne et al., 2010). Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε 5 χρόνια μετά την αναβάθμιση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης σε πανεπιστημιακό επίπεδο και στην οποία συμμετείχαν όλα τα πανεπιστήμια της Κύπρου που προσφέρουν προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση. Οι απόψεις των φοιτητών σε μια περίοδο τρέχουσων και επικείμενων εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων θεωρούνται σημαντική πηγή πληροφοριών για βελτίωση του ΚΠΜ ώστε να ανταποκρίνεται στις εκπαιδευτικές ανάγκες και προσδοκίες του κάθε φοιτητή και μελλοντικού νοσηλευτή.

Νοσηλευτική Εκπαίδευση στην Κύπρο

Επίσημα η νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο ξεκίνησε με την ίδρυση της Νοσηλευτικής και Μαιευτικής Σχολής της Κύπρου το 1945. Η Κύπρος ως αγγλική αποικία υιοθέτησε το αγγλικό σύστημα νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα η κλινική εκπαίδευση γινόταν με το σύστημα μαθητείας, δηλαδή η μάθηση και η εκτέλεση γινόταν μετά από παρατήρηση υπό την επίβλεψη της προϊσταμένης που είχε την ευθύνη διδασκαλίας και επίβλεψης των μαθητευόμενων, ενώ αποτελούσε και πρότυπο για μίμηση. Ο χαρακτήρας αυτός της κλινικής εκπαίδευσης διατηρήθηκε για αρκετά χρόνια ακόμα και όταν η Κύπρος σταμάτησε να είναι αγγλική αποικία (Antonίου, 1990).

Οι συνεχείς εξελίξεις στο τομέα της υγείας δημιούργησαν νέες ανάγκες για περισσότερους αλλά και καλύτερα εκπαιδευμένους νοσηλευτές, οδηγώντας σε εκπαιδευτικές προσαρμογές. Το 1983 θεσμοθετείται ο κλινικός εκπαιδευτής (nurse teacher)*¹ ο οποίος ήταν μόνιμο μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού και είχε ένα διπλό ρόλο. Ήταν υπεύθυνος για τη θεωρητική και κλινική εκπαίδευση. Το 1990 μετά από εισηγήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ενθαρρύνεται ένας πιο ενεργός ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή στην επίβλεψη, διδασκαλία και αξιολόγηση των φοιτητών στον κλινικό χώρο, σε συνεργασία με την προϊστάμενη του τμήματος (Papastavrou, 1995). Ωστόσο στην πορεία ο διπλός αυτός ρόλος του κλινικού εκπαιδευτή θεωρήθηκε αναποτελεσματικός στην κλινική εκπαίδευση γι'αυτό το 2000 εισάγεται παράλληλα και ο θεσμός του μέντορα. Ο μέντορας ήταν ένας κλινικός νοσηλευτής, ο οποίος αναλάμβανε την κλινική διδασκαλία και επίβλεψη όλων των φοιτητών (ανεξαρτήτως του έτους φοίτησης) που βρίσκονταν στο νοσηλευτικό τμήμα κατά τη διάρκεια της βάρδιας του. Την κατανομή εργασίας αναλάμβανε η προϊστάμενη του τμήματος σε συνεργασία με τον κλινικό εκπαιδευτή, ο οποίος έπρεπε να πιστοποιήσει ότι η κλινική εμπειρία συσχετίζεται με το διδακτικό πρόγραμμα τους. Πολλές φορές, όμως οι φοιτητές χρησιμοποιούνταν ως δυναμικό του τμήματος αναλαμβάνοντας τη φροντίδα των ασθενών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ανάγκες των ασθενών να προηγούνται των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών που θεωρούνταν δευτερεύουσες (Levett-Jones et al., 2006, Ουζούνη και άλλοι, 2009).

Ο στόχος βελτίωσης της προσφερόμενης φροντίδας μέσα από την επιστημονική θεμελίωση της νοσηλευτικής γίνεται πραγματικότητα το 2007, όπου η νοσηλευτική εκπαίδευση αναβαθμίζεται σε πανεπιστημιακό επίπεδο. Η προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση στην Κύπρο γίνεται τετραετούς διάρκειας και παρέχεται από 3 ιδιωτικά και 1 δημόσιο πανεπιστήμιο. Η δομή του αναλυτικού προγράμματος νοσηλευτικής εκπαίδευσης τώρα βασίζεται στη συνθήκη της Bologna. Για την ολοκλήρωση του προγράμματος απαιτούνται 240 πιστωτικές μονάδες -ECTS - (European Credit Transfer System) από τις οποίες οι 90 αποτελούν την πρακτική εξάσκηση σε κλινικές δεξιότητες σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες (Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, 2013). Στόχος της συνθήκης της Bologna είναι η προώθηση της εκπαιδευτικής κινητικότητας μέσα στο πλαίσιο προοδευτικής σύγκλισης των τίτλων σπουδών σε ένα ανοικτό ευρωπαϊκό χώρο ανώτατης εκπαίδευσης. Προκειμένου να επιτευχθεί η εξομάλυνση των εκπαιδευτικών συνθηκών και η ομογενοποίηση των προγραμμάτων σπουδών μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής ένωσης (European commission, education & training, 2009), όλες οι νοσηλευτικές σχολές στην Ευρώπη να

¹ όρος χρησιμοποιείτο κατά τη λειτουργία της νοσηλευτικής σχολής. Σήμερα ο όρος αυτός ανάλογα με τη φιλοσοφία του κάθε πανεπιστημίου αποκαλείται, κλινικός συντονιστής ή κλινικός επόπτης.

χρύνονται σε κοινές εκπαιδευτικές απαιτήσεις (Davies, 2008, Palese et al. 2014). Ως εκ τούτου η ακαδημαϊκή μετάβαση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης το 2007 έχει συνοδευτεί από καινοτομίες στις μεθόδους διδασκαλίας, μάθησης και κλινικής επίβλεψης (Papastavrou et al., 2010). Σημαντικές αλλαγές στη μετάβαση αυτή αποτελούν η εισαγωγή των ακαδημαϊκών βαθμίδων των διδασκόντων, οι φοιτητές δεν υπολογίζονται στο δυναμικό του τμήματος αλλά αποτελούν υπεράριθμη ομάδα. Τέλος καθιερώθηκε ο θεσμός του μέντορα και αναθεωρήθηκε ο ρόλος του κλινικού συντονιστή (αλλιώς επόπτη ή κλινικού εκπαιδευτή) που ως μέλος του εκπαιδευτικού προσωπικού του πανεπιστημίου συμβάλλει στην κλινική εκπαίδευση, συντονίζοντας τις εμπειρίες των φοιτητών και την αξιολόγηση της μάθησης (EN B,2001), καθορίζει τα μαθησιακά αποτελέσματα και την ανάπτυξη κατάλληλων ικανοτήτων (Levett-Jones et al., 2006) και ταυτόχρονα καθοδηγεί και υποστηρίζει τους μέντορες (Carlisle et al.,2009, O'Brien et al.,2014). Γενικότερα αναφέρεται ως ο σύνδεσμος του εκπαιδευτικού ιδρύματος με το κλινικό χώρο με σκοπό την επίτευξη συνοχής μεταξύ θεωρίας και πράξης (Carlisle et al., 2009).

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρότι έχει περάσει μια δεκαετία από την υπογραφή της Bologna παρατηρούνται αδυναμίες στην εφαρμογή της στη νοσηλευτική εκπαίδευση (Palese et al. 2014). Παρά τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες για τη νοσηλευτική εκπαίδευση, δεν υπάρχουν ξεκάθαρες «συνταγές» για τη μάθηση στον κλινικό χώρο. Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η νοσηλευτική εκπαίδευση στην ΕΕ χαρακτηρίζεται από διαφορετικές δομές, επίπεδα και προσεγγίσεις ως προς τη σχέση θεωρίας και κλινικής διδασκαλίας (Palese et al. 2014) αλλά και έλλειψη ομοφωνίας ως προς τα ελάχιστα απαιτούμενα προσόντα ενός εκπαιδευτικού της νοσηλευτικής (Salminen et al. 2010).

Ερευνητικό Υπόβαθρο

Αναμφίβολα για τους φοιτητές η πολυπλοκότητα του κλινικού περιβάλλοντος και η ποικιλία ερεθισμάτων το καθιστούν πλούσιο και άκρως ενδιαφέρον στην καλλιέργεια των απαιτούμενων ικανοτήτων για να αντιμετωπίσουν κριτικά περιπτώσεις και απρόβλεπτες καταστάσεις οι οποίες ενδεχομένως δεν παρουσιάζονται στην τάξη (Dunn & Hansford, 1997, Newton et al. 2010).

Η ερευνητική δραστηριότητα των τελευταίων 3 δεκαετιών καθορισμού και αξιολόγησης της ποιότητας του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης (Lewin, 2007) εστιάζεται στην ενίσχυση των μαθησιακών εμπειριών και προκλήσεων σε βαθμό που να ικανοποιεί τις απαιτήσεις για εγγραφή στο επαγγελματικό μητρώο, κατόπιν ολοκλήρωσης των σπουδών στη νοσηλευτική (Edwards et al. ,2004, Lewin, 2007). Αναμφισβήτητα λοιπόν τα ερευνητικά δεδομένα (Dunn & Hansford, 1997 Saarikoski & Leino- Kilpi, 2002, Papp et al, 2003 Papastavrou et al., 2010, Henderson et al. 2012) συγκλίνουν στη δυναμική επίδραση του ΚΠΜ στους φοιτητές, αφού παράλληλα με τη μάθηση τους επηρεάζει σημαντικές αποφάσεις τους

όπως συνέχιση των νοσηλευτικών σπουδών τους (Humshire et al., 2012, Crombie et al. 2013) και την προτίμηση νοσηλευτικού τμήματος για τη μελλοντική εργασία μετά το τέλος των σπουδών τους (Andrews et al., 2005).

Η κλινική εκπαίδευση πέρασε από τρία εξελικτικά στάδια με βάση εμπειρικές μελέτες (Salminen et al. 2010). Αρχικά η προϊστάμενη είχε τη κύρια ευθύνη εκπαίδευσης των φοιτητών και γενικότερα δημιουργίας ενός παιδαγωγικού κλινικού περιβάλλοντος (δεκαετία 1980- 1990). Αργότερα (δεκαετία 1990-2000) παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον στην υποστηρικτική και εξατομικευμένη επίβλεψη στοχεύοντας στη παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος μάθησης. Τρίτο στάδιο από το 2000 έως σήμερα το ενδιαφέρον μάθησης επικεντρώνεται στην ενδυνάμωση της σχέσης φοιτητή νοσηλευόμενου και την απόκτηση αυτοπεποίθησης από την αμοιβαία εμπειρία. Όλα αυτά προϋποθέτουν την οριοθέτηση και συνειδητοποίηση ουσιαστικών παραγόντων δημιουργίας αποτελεσματικού ΚΠΜ που στοιχειοθετούνται στους ακόλουθους άξονες: οργανωσιακή κουλτούρα του νοσηλευτικού τμήματος, (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002, Papp, 2003, Saarikoski et al., 2008, O' Driscoll, 2010), στυλ ηγεσίας του προϊστάμενου (Allan, 2008), τη φύση της σχέση επίβλεψης (Saarikoski et al. 2007, Crombie et al. 2013) και τη λειτουργική συνεργασία μεταξύ του εκπαιδευτικού και νοσηλευτικού ιδρύματος (Papp et al. 2003, Peters et al. 2013, Andrews & Ford 2013). Σημαντικό χαρακτηριστικό των πιο πάνω στοιχείων είναι η στάση των εμπλεκόμενων στην εκπαιδευτική διαδικασία απέναντι στους φοιτητές, τη διδασκαλία και τη μάθηση. Η εξελικτική αναβάθμιση της κλινικής εμπειρίας επηρεάζεται από το βαθμό προθυμίας όλων να συμμετάσχουν στις μαθησιακές δραστηριότητες των φοιτητών (Steven et al. 2014). Η ανθρωπιστική ατμόσφαιρα ενός ΚΠΜ αναφέρεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στη μάθηση των φοιτητών (Dunn & Hansford, 1997 Gillespie, 2002, Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002, Chan & Ip 2007). Η μεταχείριση των φοιτητών ως συνεργάτες, η εμπλοκή τους σε επαγγελματικές συζητήσεις και η ενθάρρυνση έκφρασης των απόψεων και σκέψεων τους μέσα στα πλαίσια επαγγελματικής ηθικής, συμβάλλουν σε μια ολοκληρωμένη εκπαιδευτική διαδικασία (Lofmark & Wikblad, 2001, Saarikoski, 2002 Andrews et al. 2005). Η σημαντικότητα του ΚΠΜ ως καθοριστικός παράγοντας ποιότητας της κλινικής εμπειρίας των φοιτητών (Chan, 2002, Hosoda, 2006, Papp, 2003), με ουσιαστική επίδραση στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και συνεπώς με θετικές επιπτώσεις για το σύστημα υγείας (Holland & Launder, 2012) οδήγησε στη προδιαγραφόμενη αναδιάρθρωση της κλινικής εκπαίδευσης και την αντιμετώπιση του φοιτητή ως μαθητευόμενο και όχι ως εργαζόμενο νοσηλευτή (Andrew & Wallis, 1999, Gaberson & Oermann, 2010). Η σύγχρονη κεντρική ιδέα της κλινικής εκπαίδευσης είναι η ικανοποίηση των μαθησιακών αναγκών των φοιτητών στηριζόμενη στη μοναδικότητα και διαφορετικότητά τους (Midgley 2006).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενσωμάτωση στρατηγικών υποστήριξης των φοιτητών μέσα από την κλινική επίβλεψη κατά τη κλινική πρακτική. Η εμπειρία μετατρέπεται σε μια διαφορετική διαδικασία μάθησης από τη παραδοσιακή εκπαίδευση διαμέσου της «μαθητείας». Η κλινική επίβλεψη δεν αντιμετωπίζεται απλά ως η μετάδοση γνώσης, αλλά εμπεριέχει στοιχεία καθοδήγησης, υποστήριξης και διευκόλυνσης της μάθησης των φοιτητών (Papp et al., 2003, Franklin 2013). Η στροφή αυτή στη νοσηλευτική εκπαίδευση, προς την ανάπτυξη της θεωρητικής γνώσης και επιστήμης, έδωσε την ώθηση να αναπτυχθούν διάφορα μοντέλα κλινικής επίβλεψης (Saarikoski et al. 2009, Skaalvik et al. 2011, Franklin 2013) όπως του μέντορα και του κλινικού συντονιστή. Οι δύο ρόλοι είναι σημαντικοί και αλληλένδετοι στην κάλυψη των μαθησιακών αναγκών στο κλινικό περιβάλλον (Papp et al., 2003).

Μεθοδολογία

Σκοπός

Πρόκειται για περιγραφικού τύπου έρευνα συσχέτισης που σκοπός της είναι να διερευνήσει τις απόψεις των φοιτητών της νοσηλευτικής για το κλινικό περιβάλλον μάθησης και την επίβλεψη που λαμβάνουν κατά την κλινική τους πρακτική.

Ερευνητικά Ερωτήματα

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

Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο CLES+T το οποίο χρησιμοποιήθηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης κατασκευάστηκε και δημοσιεύτηκε στα αγγλικά (Saarikoski Leino-Kilpi, 2002, Saarikoski et. al., 2008). Η εγκυρότητα του εργαλείου αξιολογήθηκε σε 2 εμπειρικές μελέτες: αρχικά το CLES ερωτηματολόγιο σε δείγμα 416 φοιτητές νοσηλευτικής και αργότερα όταν το ερωτηματολόγιο εξελίχθηκε σε CLES+T με την προσθήκη της κατηγορίας, «ο ρόλος του κλινικού συντονιστή», σε δείγμα 549 φοιτητές. Τα δύο ερωτηματολόγια αξιολόγησαν την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής με παραγοντική ανάλυση (EFA) και ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal component analysis). Το εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί, μεταφραστεί και εγκυροποιηθεί σε εννέα γλώσσες με τις ίδιες πιο πάνω στατιστικές αναλύσεις. Παρόλο που υπάρχουν και άλλα εργαλεία τα οποία διερευνούν το ΚΠΜ, το συγκεκριμένο έχει επιλεγεί για τους έξι λόγους: Αρχικά γιατί έχει εγκυροποιηθεί σε κυρίως φοιτητές, δεύτερο γιατί θεωρείται αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας του κλινικού περιβάλλοντος μάθησης

(Henriksen et al. 2012; Johansson et al. 2010) και τρίτο γιατί παρουσίαζε υψηλό βαθμό αξιοπιστίας που μετρήθηκε με το συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha (0,80-0,90) όπως έδειξαν έρευνες που έγιναν πριν την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης έρευνας το 2012

Το CLES+T (Clinical learning Environment and clinical teacher) αποτελείται από 34 ερωτήματα κλειστού τύπου τα οποία ομαδοποιούνται σε 6 υποκατηγορίες: α) Τη μάθηση στο τμήμα (5 ερωτήσεις) β) το στυλ ηγεσίας της προϊστάμενη του τμήματος (4 ερωτήσεις) γ) το κλινικό περιβάλλον μάθησης (4 ερωτήσεις) δ) τη νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα (4 ερωτήσεις) ε) τις σχέσεις επίβλεψης (8 ερωτήσεις) και στ) το ρόλο του κλινικού συντονιστή (9 ερωτήσεις). Η υποκατηγορία «ρόλος του κλινικού συντονιστή» υποδιαιρείται περαιτέρω σε α) Ο κλινικός συντονιστής γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική (3 ερωτήσεις), β) η συνεργασία μεταξύ προσωπικού και κλινικού συντονιστή (3 ερωτήσεις), γ) η σχέση ανάμεσα στον φοιτητή, τον μέντορα και τον κλινικό συντονιστή (3 ερωτήσεις). Οι απαντήσεις δίνονταν από τον ερωτώμενο βάσει μιας κλίμακας πέντε διαβαθμίσεων τύπου Likert που εκτείνεται από το βαθμό 1=διαφωνώ πλήρως μέχρι το βαθμό 5=συμφωνώ πλήρως. Το ερωτηματολόγιο ολοκληρώνεται με μία ερώτηση που αξιολογεί την ολική ικανοποίηση του φοιτητή κατά την κλινική του τοποθέτηση (κλίμακας 1 = πολύ δυσαρεστημένος - 5 = πολύ ευχαριστημένος. Ταυτόχρονα με τη συμπλήρωση του βασικού ερωτηματολογίου των 34 ερωτήσεων, υπήρχαν ερωτήσεις αποτύπωσης των δημογραφικών και άλλων στοιχείων του ερωτώμενου, όπως η ηλικία, το φύλο, το έτος σπουδών, η διάρκεια κλινικής τοποθέτησης, το είδος του πανεπιστημίου και η επαρχία κλινικής τοποθέτησης.

Υπό μελέτη πληθυσμός

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στα τέσσερα Πανεπιστήμια της Κύπρου που προσφέρουν προπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση 4ετούς φοίτησης. Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι δευτεροετείς φοιτητές της νοσηλευτικής (N=380). Ο λόγος επιλογής των δευτεροετών φοιτητών σε αντίθεση με τους άλλους φοιτητές ήταν η ολοκλήρωση της κλινικής τοποθέτησης των φοιτητών (6-8 εβδομάδες) στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Επίσης είχαν παράλληλα κλινική επίβλεψη τόσο από το μέντορα όσο και από τον κλινικό συντονιστή. Από την άλλη οι Chun-Heung, & French (1997) υποστηρίζουν ότι οι δευτεροετείς φοιτητές έχουν ικανοποιητική εμπειρία ώστε να κρίνουν καταστάσεις χωρίς παράλληλα να έχουν πλήρως κοινωνικοποιηθεί στις νόρμες και τις αξίες της νοσηλευτικής, όπως στην περίπτωση των τελειόφοιτων.

Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στον κάθε φοιτητή αυτοπροσώπως, στην αρχή εργαστηριακού μαθήματος.

Προτού δοθούν τα ερωτηματολόγια γινόταν διασαφήνιση του όρου του κλινικού συντονιστή ανάλογα με το Πανεπιστήμιο. Τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν όλα μαζί σε κλειστό φάκελο από τον διδάσκοντα του εργαστηρίου.

Ηθική διάσταση

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια τόσο από τον Δρ. Saarikoski Mikko όσο και από τις συγγραφείς της μετάφρασης και εγκυροποίησης του (Parastavrou et al., 2010). Για τη διεξαγωγή της μελέτης στους φοιτητές πάρθηκε άδεια από το Συμβούλιο του Τμήματος Νοσηλευτικής του οικείου Πανεπιστημίου. Πριν από τη μελέτη και τη διανομή των ερωτηματολογίων εξηγήθηκαν οι στόχοι της μελέτης, εγγυήθηκε η εμπιστευτικότητα, εξηγώντας τους ότι η συμμετοχή ήταν προαιρετική. Συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως συγκατάθεση συμμετοχής στην έρευνα.

Αποτελέσματα

Εδόθησαν 380 ερωτηματολόγια και στην έρευνα συμπεριλήφθησαν 357 (ποσοστό ανταπόκρισης ίσο με 94%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (62,2%). Ο μέσος όρος συμφωνίας μεταξύ των υποκατηγοριών κυμάνθηκε μεταξύ 3,54 και 4,07 (εύρος κλίμακας 1-5). Ο μέσος όρος ικανοποίησης των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση ήταν 3,99 (εύρος κλίμακας 0-4). Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μετρήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's Alpha και ήταν ίσο με 0,95 (Πίνακας 1).

Πίνακας 1 Αξιοπιστία και περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των υποκατηγοριών του CLES+T

Υποκατηγορίες	MO*	TA*	Cronbach's Alpha
Το κλινικό περιβάλλον μάθησης	3.75	.92	.821
Στυλ ηγεσίας της προϊστάμενης του τμήματος	3.69	.95	.851
Νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα	3.86	.87	.851
Μάθηση στο τμήμα	3.54	.95	.876
Το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης	4.18	.98	.962
Ο ρόλος του κλινικού συντονιστή(ΚΣ)	3.95	.99	.946
Ο ΚΣ γεφυρώνει την θεωρία και τη πρακτική	4.07	1.04	.919
Η συνεργασία μεταξύ προσωπικού και ΚΣ	3.92	1.13	.917
Η σχέση ανάμεσα στο φοιτητή, το μέντορα και ΚΣ	3.97	1.12	.907

Στις απαντήσεις αναφορικά με τη συχνότητα των εξατομικευμένων μη προγραμματισμένων συναντήσεων με το μέντορα το 35,3% δηλώνει ότι δεν έτυχε ποτέ να συμμετέχει σε τέτοιου είδους συναντήσεις, ενώ το 26,6% δηλώνει ότι είχε εξατομικευμένες μη προγραμματισμένες συναντήσεις με το μέντορα με συχνότητα μεγαλύτερη από μια φορά την εβδομάδα. Ο έλεγχος ANOVA έδειξε ότι η συχνότητα εξατομικευμένης συνάντησης επηρέαζε τα επίπεδα ικανοποίησης των φοιτητών από την κλινική τους τοποθέτηση (F=3,295, p- value=0.01). Σε σχέση με τη συχνότητα συνάντησης φοιτητή και ΚΣ 15,6% των φοιτητών δήλωσαν ότι δεν είχαν συνάντηση με τον ΚΣ κατά τη διάρκεια της κλινικής τους τοποθέτησης, 24,4% τον είχαν συναντήσει τουλάχιστο 2 φορές, ενώ η πλειοψηφία (59%) δήλωσε συνάντηση περισσότερο από 3 φορές κατά την κλινική τους τοποθέτηση. Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν οι φοιτητές

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

Αναφορικά με τη μέθοδο επίβλεψης οι 6 τύποι σχέσεων επίβλεψης με το μέντορα για λόγους ανάλυσης ομαδοποιήθηκαν σε τρεις υποκατηγορίες. Στην 1η υποκατηγορία τα ερωτήματα 1) Δεν είχα καθόλου επίβλεψη, 2) Καθορίστηκε μέντορας αλλά η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο δεν πέτυχε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης. 3) Ο μέντορας άλλαξε κατά τη διάρκεια της τοποθέτησης, παρόλο που δεν ήταν προγραμματισμένη αντιπροσωπευάντην «ανεπιτυχή επίβλεψη», τα ερωτήματα, 4) Ο μέντορας άλλαζε ανάλογα με τη βάρδια ή το χώρο τοποθέτησης, 5) Ο ίδιος μέντορας αναλάμβανε διάφορους φοιτητές και επέβλεπε ομαδικά παρά ατομικά αντιπροσώπευαν την «ομαδική επίβλεψη» και το τελευταίο ερώτημα 6) Καθορίστηκε μέντορας και η σχέση με το συγκεκριμένο άτομο πέτυχε κατά την κλινική τοποθέτηση αντιπροσώπευε την «επιτυχή επίβλεψη». Περίπου οι μισοί φοιτητές αξιολόγησαν την επίβλεψη τους από τον μέντορα τους ως επιτυχή (55,5%) ενώ το 18,5% είχε ανεπιτυχή επίβλεψη. Το 26,1% δήλωσε ότι είχαν ομαδική επίβλεψη. Στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ των τριών μεθόδων ($p\text{-value}<0,001$) (πίνακας 2). Στο πιο ενδελεχή έλεγχο Tukey's Post Hoc Analysis, ανά ζεύγη φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της ανεπιτυχούς με την ομαδική και την επιτυχή ($p<0,001$) αλλά δεν παρουσιάστηκε μεταξύ ομαδικής και επιτυχούς ($p=0,463$).

Πίνακας 2:0 βαθμός ικανοποίησης από την μέθοδο επίβλεψης

Μέθοδος Επίβλεψης	Ικανοποίηση MO	Ικανοποίηση TA	ANOVA F-statistics	p-Value
Ανεπιτυχής Επίβλεψη	3.14	1.30	28.569	<0.001*
Ομαδική Επίβλεψη	4.03	1.02		
Επιτυχής Επίβλεψη	4.26	1.03		

* significant if $p<0.001$

Στην υποκατηγορία «ο ρόλος του κλινικού συντονιστή», η υποομάδα «ο ΚΣ γεφυρώνει τη θεωρία με την πρακτική» παρουσίασε το ψηλότερο μέσο όρο (4.07) από τις άλλες δύο. Η υποομάδα «συνεργασία μεταξύ προσωπικού του νοσηλευτικού τμήματος» παρουσίασε το χαμηλότερο μέσο όρο. Τέλος στον έλεγχο συσχετίσεων Pearson Correlation φάνηκε να υπάρχει θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ των 6 υποκατηγοριών ($r=0,320-0,666$, $p<0,001$) (πίνακας 3).

Πίνακας 3: Συσχετίσεις μεταξύ των υποκατηγοριών του CLES+T

Υποκατηγορία	Επίλ ηγεσίας	Νοσηλευτική φροντίδα	Μάθηση	Περιεχόμενο σχέσης επίβλεψης	Ρόλος του ΚΣ
Το κλινικό περιβάλλον μάθησης	.586**	.573**	.615**	.362**	.376**
Επίλ ηγεσίας της προϊστάμενης		.590**	.539**	.320**	.356**
Νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα			.666**	.454**	.470**
Μάθηση στο τμήμα				.528**	.481**
Το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης					.588**

**Correlation is significant at the 0.001 level

Συζήτηση

Η υποκατηγορία «το περιεχόμενο της σχέσης επίβλεψης» παρουσίασε τον ψηλότερο μέσο όρο, αναδεικνύοντας ότι τα προσωπικά χαρακτηριστικά και η φύση της σχέσης μέντορα-φοιτητή είναι στοιχεία που συνθέτουν την εκπαιδευτική αποτελεσματικότητα του μέντορα (Andrews & Chilton, 2000, Papp et al., 2003, Carlson & Idvall 2014). Άποψη που συμφωνεί με την ευρωπαϊκή έρευνα με μέσο όρο (4,05) (Warne et al., 2010) αλλά είναι αντίθετη με την παλαιότερη κυπριακή έρευνα που είχε το χαμηλότερο μέσο όρο (3,27) (Papastavrou et al., 2010). Αυτά είναι σημαντικά αποτελέσματα αφού δηλώνουν ότι η σχέση μέντορα-μαθητή και η ικανοποίηση των φοιτητών είναι άριστα συνδεδεμένη «go hand in hand» (Saarikoski et al., 2007) επιδεικνύοντας την ανάγκη συνέχισης του θεσμού. Η θετική στάση, η ανατροφοδότηση, η αμοιβαία αλληλεπίδραση, η αμοιβαία εκτίμηση, η ισότητα και η εμπιστοσύνη φάνηκαν να κυριαρχούν αφού το ποσοστό συμφωνίας κυμάνθηκε από 75% έως 84%. Το αποτέλεσμα αυτό ενδυναμώνει παλαιότερες και νεότερες υποθέσεις που αποκαλύπτουν ότι η μεντορική σχέση είναι μια διαπροσωπική διαδικασία και ως εκ τούτου, η τυπική διδασκαλία θεωρείται χαμηλότερης σημασίας και όχι σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας αποτελεσματικού μέντορα (Andrews & Chilton, 2000, Carlson & Idvall 2014). Η προσιτότητα, του μέντορα, το να αισθάνονται άνετα και η ενδυνάμωση υποστηρίχτηκαν από τους φοιτητές ότι συμβάλλουν πιο αποτελεσματικά στη μετάδοση της γνώσης (Andrews & Wallis, 1999, Crombie et al., 2013). Επιπρόσθετα το γεγονός ότι το δεύτερο ψηλότερο μέσο όρο εμφάνισε η υποκατηγορία «ο ρόλος του ΚΣ» γίνεται αντιληπτό ότι ο ΚΣ και ο μέντορας αποτελούν τα κύρια πρότυπα μοντέλου κλινικής μάθησης της νοσηλευτικής φροντίδας (Lofmark et al., 2012) αλλά και τους βασικούς προαγωγούς (διαχειριστές) συναισθημάτων και υποστήριξης (Smith & Gray, 2001, Spouse, 2001, Papp, 2003, Saarikoski et al., 2009, Lofmark et al., 2012). Ωστόσο, οι φοιτητές της συγκεκριμένης εργασίας στην πλειοψηφία θεωρούσαν το μέντορα ως το σημαντικότερο άτομο που τους βοήθησε να κατανοήσουν τις βασικές έννοιες σε αντίθεση με τον ΚΣ. Αυτό μπορεί να συμβαίνει γιατί πιθανώς οι φοιτητές βρίσκονται περισσότερο χρόνο με το μέντορα, ο οποίος προέρχεται και είναι εξοικειωμένος με τον πραγματικό χώρο άσκησης (Lofmark et al., 2012). Επίσης, το ενδιαφέρον του μέντορα εστιάζεται προσωπικά στο φοιτητή, ενώ του ΚΣ εστιάζεται στις εκπαιδευτικές απαιτήσεις και την οργάνωση της κλινικής μάθησης με αποτέλεσμα να αγνοούν τον υποστηρικτικό προς τους φοιτητές ρόλο τους (Carnwell et al., 2007). Η αντιληπτική αυτή στάση ενισχύεται από το εύρημα της συγκεκριμένης έρευνας, στην οποία οι απόψεις των φοιτητών σύγκλιναν στο ότι ο σημαντικότερος ρόλος του ΚΣ ήταν να γεφυρώνει τη θεωρία με τη πρακτική και δεν θεωρούσαν τον ΚΣ ως μέλος της νοσηλευτικής ομάδας. Τα ευρήματα υποστηρίζονται από παλαιότερες και νεότερες έρευνες (Warne et al., 2010, Carlson & Idvall,

2014). Χαρακτηριστικά στην έρευνα των Papp et al., (2003) οι φοιτητές απέδιδαν περισσότερη αξία στην άποψη του μέντορα έναντι του ΚΣ σε περίπτωση διαφωνίας. Ωστόσο αντιπαραβάλλεται με τη συγχρονική έρευνα των Lofmark et al. (2012) στην οποία οι φοιτητές αξιολόγησαν την επίβλεψη από τον ΚΣ υψηλότερα ως προς την ικανοποίηση των μαθησιακών στόχων από τους μέντορες. Το αποτέλεσμα έχει ερμηνευτεί από το γεγονός ότι ο ΚΣ είναι γνώστης των μαθησιακών στόχων και προσδοκιών και προσαρμόζει την κλινική μάθηση με το γνωσιολογικό επίπεδο του φοιτητή. Η αντικρουόμενη άποψη στοιχειοθετεί ένα διττό προβληματισμό. Από τη μια αφορά την αναβάθμιση και τον εμπλουτισμό και από την άλλη τη διασαφήνιση του ρόλου του ΚΣ, όπως αυτός διαμορφώνεται με την αναβάθμιση της νοσηλευτικής σε πανεπιστημιακό επίπεδο (Saarikoski et al. 2013). Από τις συζητήσεις αντικατοπτρίζεται η αλλαγή του ρόλου από κλινικό έμπειρο νοσηλευτή σε συντονιστή και υποστηρικτή των φοιτητών και του μέντορα (Saarikoski et al., 2009, Price et al., 2011). Από την άλλη ο προβληματισμός κατευθύνεται στην καλύτερη οργάνωση και συνεργασία των δυο χώρων της θεωρίας και της πρακτικής (Lofmark et al., 2012).

Σημαντικό επίσης εύρημα αυτής της εργασίας ήταν η μη στατιστική διαφορά (p -value=0,463) μεταξύ ομαδικής και επιτυχούς επίβλεψης. Το εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευτεί από τη μοναδικότητα του κάθε φοιτητή, ο οποίος διαμορφώνει έναν δικό του τύπο ή στυλ μάθησης, το οποίο μεταφέρει στο κλινικό περιβάλλον μάθησης. Αυτό επηρεάζει σημαντικά τον τρόπο επεξεργασίας πληροφοριών και τις μαθησιακές προτιμήσεις (Kolb, 1984). Άρα, οι αλληλεπιδράσεις από την εναλλαγή μέντορα και η μάθηση σε ομάδες μπορεί να βοηθήσει κάποιους φοιτητές να αναπτύξουν καλύτερα κάποιες δεξιότητες έναντι άλλων (Andrews & Chilton, 2000). Η συναδελφική υποστήριξη (peer support) αποδείχτηκε ως κρίσιμος παράγοντας θετικών μαθησιακών εμπειριών τόσο στο ακαδημαϊκό όσο και στο κλινικό περιβάλλον (Crombie et al., 2013). Συμβάλλει στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης (Lofmark & Wikblad, 2001), κι αυτό γιατί νιώθουν ότι μπορούν πιο άνετα να εκφραστούν με τους ομότυπους τους, μειώνοντας το άγχος τους στην κλινική τους πρακτική (Moscaritolo, 2009). Έρευνα των Lindgren & Athlin (2010) που εστιαζόταν στα οφέλη της ομαδικής επίβλεψης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συνεργασία μέσα σε μια ομάδα ομοίων δίνει τη δυνατότητα να αποκτήσουν αυτογνωσία και να καταλάβουν τους άλλους. Επίσης τους ενδυναμώνει προσωπικά και επαγγελματικά αφού τους δίνεται η ευκαιρία να αναγνωρίσουν τις δυνατότητες και τις αδυναμίες τους τόσο σε γνωστικό όσο και σε συμπεριφοριστικό επίπεδο. Βέβαια και οι δύο προσεγγίσεις (ομαδική ή εξατομικευμένη) έχουν τα μειονεκτήματά τους και τα πλεονεκτήματά τους και που εξαρτώνται από διάφορες παραμέτρους με σημαντικότερη την ατομική ιδιοσυγκρασία του φοιτητή (Andrews & Chilton, 2000). Σε κάθε περίπτωση παρατηρήθηκε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των φοιτητών

σχετίζεται με τη συχνότητα εξατομικευμένης συνάντησης με το μέντορα. Η έμφαση που δίνεται στην εξατομικευμένη συνάντηση χαρακτηρίζει ιδιαίτερα τους δευτεροετείς φοιτητές (Parastanov et al. 2010) που θεωρούνται αφενός αρχάριοι και αφετέρου βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο, όσον αφορά την κλινική τους πρακτική που απαιτεί υψηλού βαθμού υποστήριξη, η οποία θεωρείται αναγκαία σε αυτό το επίπεδο (Chan & Ip 2007). Επιπλέον, αυτό μπορεί να αποδοθεί και στο γεγονός ότι οι δευτεροετείς φοιτητές εστιάζονται περισσότερο στην εκτέλεση δραστηριοτήτων ρουτίνας (Henderson et al., 2006) αναζητώντας την εξατομικευμένη καθοδήγηση του μέντορά τους ή κάποιου νοσηλευτή (Chan, 2002).

Η άποψη των μελετητών (Hutchings et al., 2005) ότι η υποστήριξη και βοήθεια από τη διοίκηση προς το μέντορα θα πρέπει να είναι δεδομένη, δε συνάδει με τα αποτελέσματα της τηρούσας εργασίας. Το περιεχόμενο επίβλεψης του μέντορα βρέθηκε να έχει μια ασθενή συσχέτιση με το στυλ ηγεσίας. Ο αυξημένος φόρτος εργασίας των προϊσταμένων (Hutchings et al., 2005), η αδυναμία τους να παρακολουθήσουν τις εκπαιδευτικές μεταρρυθμίσεις σε συνδυασμό με τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σύστημα υγείας (O'Driscoll et al. 2010), η ελλιπής υποστήριξη και προετοιμασία από τα εκπαιδευτικά ιδρύματα (Peters et al. 2013), καθώς και η ενίσχυση των μοντέλων κλινικής εκπαίδευσης (Carnwell et al. 2007, Barrett 2007, Franklin 2013), φαίνεται να αποτελούν λόγους για τους οποίους παρατηρείται αποποίηση της ευθύνης κλινικής εκπαίδευσης των φοιτητών από τις προϊστάμενες.

Περιορισμοί της έρευνας

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

Επίσης, η ποσοτική μόνο προσέγγιση περιορίζεται σε αντικειμενικές περιγραφές και αδυνατεί να δώσει υποκειμενικές απόψεις σχετικά με το ΚΠΜ. Μια ανοικτού τύπου ερώτηση θα έδινε την ευκαιρία εμβάθυνσης στο θέμα κλινικό περιβάλλον μάθησης, διερεύνησης φαινομένων, διαδικασιών και συμπεριφορών που δεν είχαν προβλεφθεί.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά μέσα από τα ευρήματα της έρευνας φαίνεται ότι οι σχέσεις επίβλεψης παρουσιάζουν ένα κυρίαρχο ρόλο στην κλινική διδασκαλία και μάθηση των φοιτητών αλλά και γενικότερα στην ικανοποίηση των φοιτητών από την κλινική τοποθέτηση. Τα αποτελέσματα καθιστούν τους δύο θεσμούς του μέντορα και του ΚΣ ιδιαίτερα σημαντικούς και αλληλένδετους για την επαρκή επαγγελματική και προσωπική προετοιμασία των φοιτητών ως επαγγελματίες νοσηλευτές.

Η ικανοποίηση θα μπορούσε να αποτελέσει δείκτη αξιολόγησης της κλινικής μάθησης με σκοπό τη βελτίωσή της. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί όπως φάνηκε από την έρευνα η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με τα κίνητρα των φοιτητών για συνεισφορά στην όλη νοσηλευτική φροντίδα. Οι δύο χώροι (Πανεπιστήμιο και νοσηλευτικό ίδρυμα) πρέπει να συνειδητοποιήσουν ότι η συνεργασία τους ανοίγει ένα ζωτικής σημασίας παράθυρο ευκαιρίας για την αναδημιουργία του επαγγέλματος. Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός, σε μία εποχή που το μέλλον του επαγγέλματος διαμορφώνεται σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο κόσμο που διέπεται από πολλές και ποικίλες προκλήσεις, στις οποίες θα κληθούν να ανταποκριθούν άμεσα και με ουσιαστικό τρόπο. Ένα καλό εκπαιδευτικό πρόγραμμα συνδέεται έμμεσα με τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Οι φοιτητές θα εργαστούν αργότερα σε ένα χώρο που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η ικανοποίηση των φοιτητών και οι αντιλήψεις για μια θετική κλινική εμπειρία δεν πρέπει να στηρίζεται στην τύχη αλλά στην οργανωμένη προσέγγιση και τον καθορισμό κριτηρίων επιλογής νοσηλευτικών τμημάτων. Ο συντονισμός των προσπαθειών προϋποθέτει αλληλοκατανόηση ρόλων, αμοιβαίο σεβασμό, αμφίδρομη επικοινωνία και συνεχή ανατροφοδότηση.

Βιβλιογραφία

- Allan, H. T., Smith, P. A., & Lorentzon, M., 2008. Leadership for learning: A literature study of leadership for learning in clinical practice. *Journal of nursing management*, 16(5), pp. 545-555.
- Andrews, M., & Wallis, M., 1999. Mentorship in nursing: A literature review. *Journal of advanced nursing*, 29(1), pp. 201-207.
- Andrews, G., Brodie, D., Andrews, J., Wong, J., & Thomas, B. G., 2005. Place (ment) matters: Students' clinical experiences and their preferences for first employers. *International nursing review*, 52(2), pp. 142-153.
- Andrews, M., & Chilton, F. (2000). Student and mentor perceptions of mentoring effectiveness. *Nurse education today*, 20(7), 555-562.
- Andrews, C.E. & Ford, K., 2013. Clinical facilitator learning and development needs: exploring the why, what and how. *Nurse education in practice*, 13(5), pp.413-7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23465333> [Accessed December 26, 2014].
- Antoniou, M.(1990). Policy and Practice of Education in Cyprus. Doctoral Dissertation. University of Wales.
- Barrett, D., 2007. The clinical role of nurse lecturers: Past, present, and future. *Nurse education today*, 27(5), pp. 367-74. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16914233> [Accessed December 13, 2013], Carlisle C., Caiman, L, Ibbotson, T., 2009. Practice -based learning: the role of practice education facilitators in supporting mentors. *Nurse education today*, 29, pp. 715- 721.
- Carlson, E. & Idvall, E., 2014. Nursing students'experiences of the clinical learning environment in nursing homes: a questionnaire study using the CLES+T evaluation scale. *Nurse education today*, 34(7), pp.1130-4. Available at: <http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260691714000331/fulltext> [Accessed January 21, 2015], Carnwell, R., Baker SA, Bellis M., Murray R., 2007. Managerial perceptions of mentor, lecturer practitioner and link tutor roles. *Nurse education today*, 27(8), pp.923-32. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17408814> [Accessed December 13, 2013]. Chan, D.S.K., 2002. Associations between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. *International journal of nursing studies*, 39(5), pp.517-524
- Chan, D.S.K. & Ip, W.Y., 2007. Perception of hospital learning environment: a survey of Hong Kong nursing students. *Nurse education today*, 27(7), pp. 677-84. 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, pp. 455-462. Christiansen A, Prescottt, Ball J., 2014 Learning in action: Developing safety improvement capabilities through action learning. *Nurse education today*, 34, pp. 243-247. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.008>
- Crombie, A., Brindley J., Harris D., Marks-Maran Di., Thompson T., 2013. Factors that enhance rates of completion: what makes students stay? *Nurse education today*, 33(11), pp.1282-7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23623745> [Accessed January 7, 2015]. Cyprus Nursing and Midwifery laws 214/1988-1(1)2012, article 8. Appendix III. http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/1988_1_214/full.html [Accessed November 30, 2013] Davies, R., 2008. The Bologna Process: the quiet revolution in Nursing Higher education. *Nurse Education Today*, 28(8), pp. 935-942. Doody O, Condon M., 2012. Increasing student involvement and learning through using debate as an assessment. *Nurse Education in Practice*, 12, pp. 232-23.
- Dunn S. V. & Burnett P., 1995. The development of a clinical learning environment scale. *Journal of advanced nursing*, 22(6), pp. 1166-1173.
- Dunn, S. V., & Hansford, B., 1997. Undergraduate nursing students' perceptions of their clinical learning environment. *Journal of advanced nursing*, 25(6), pp. 1299-1306 Edwards, H., Smith, S., Courtney, M., Finlayson, K., & Chapman, H., 2004. The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. *Nurse education today*, 24(4), pp. 248-255. European Commission Directive 2005/36/EC of the European parliament and of the council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications, consolidated version 24.03.2011 .Section 3 Nurses responsible for general care Article 31 Training of nurses responsible

for general care. 37.

http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/in-dex_en.htm [Accessed October 8, 2013].

Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου ευρωπαϊκή οδηγία 2013/55/ΕΕ για την τροποποίηση της οδηγίας 2005/36/ΕΚ σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων και του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 1024/2012 σχετικά με τη διοικητική συνεργασία μέσω του συστήματος πληροφόρησης της εσωτερικής αγοράς [Accessed October 23, 2014].

European Commission, 2009. Education and Training -Life- long Learning process - Bologna Process - Towards the European Higher education Area, http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc1290_en.htm. [Accessed October 26, 2013].

Felton A, Sheppard F, Stacey G., 2012. Exposing the tensions of implementing supervision in pre-registration nurse education. *Nurse education in practice*, 12, pp. 36- 40.

Franklin, N., 2013. Clinical supervision in undergraduate nursing students: A review of the literature, *e-journal of business education & scholarship of teaching*, 7(1), pp. 34-42.

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

Gillespie M., 2002. Student-teacher connection in clinical nursing education. *Journal of advance nursing*, 37, pp. 566-576.

Halcomb EJ, Peters K., McInnes S., 2012. Practice nurses experiences of mentoring undergraduate nursing students in Australia general practice. *Nurse education today*, 32, pp. 524-528.

Hamshire C, Willgoss TG, Wibberley C., 2012. The placement was probably the tipping point' - The narratives of recently discontinued students. *Nurse education in practice*, 12: 182-186

Haugan, G., Sorensen, A.-H. & Hanssen, I., 2012. The importance of dialogue in student nurses' clinical education. *Nurse education today*, 32(4), pp. 438-42. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21497961> [Accessed January 15, 2015],

Henderson A, Twentyman M, Heel, A, Lloyd B., 2006. Students' perception of the psycho-social clinical learning environment: An evaluation of placement models. *Nurse education today*, 26, 564-571.

Henderson A, Briggs J, Schoonbeek S, Paterson K. A ., 2011., framework to develop a clinical learning culture in health facilities: ideas from the literature. *International nurs. review*, 59, pp. 196-202

Henderson, A.Cooke M. Creedy D. Walker A., 2012. Nursing students' perceptions of learning in practice environments: a review. *Nurse education today*, 32(3), pp. 299-302. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21514982> [Accessed January 17, 2014].

Henriksen, N., Normann, H.K. & Skaalvik, M.W., 2012. Development and testing of the Norwegian version of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T) evaluation scale. *International journal of nursing education scholarship*, 9(1). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22992287> [Accessed December 26, 2014],

Hosoda Y., 2006. Development and Testing of a Clinical Learning Environment Diagnostic Inventory for Baccalaureate nursing students. *Journal of advance nursing*, 56, pp. 480-490

Holland K, Lauder W. A, 2012. Review of evidence for the practice learning environment: Enhancing the context for nursing and midwifery care in Scotland. *Nurse education in practice*, 12, pp. 60-64.

Hutchings A, Williamson GR, Humphreys A., 2005. Supporting learners in clinical practice: Capacity issues. *Journal of clinical nursing*, 14, pp. 945-955.

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

Lewett-Jones.t. Fahy, k., Parson, K. Mitchell, A. 2006. Enhancing Nursing students' clinical placement experiences: A quality improvement project. *Contemporary nurse*, 23(1), pp. 58-71

Lewin D., 2007. Clinical learning environments for student nurses: Key indices from two studies compared over a 25 year period. *Nurse education in practice*, 7, pp. 238- 246.

Lindgren, B., & Athlin, E. 2010. Nurse lecturers' perceptions of what baccalaureate nursing students could gain from clinical group supervision. *Nurse education today*, 30(4), pp. 360-364.

Lindquist I. Johansson I., Severinsson E., 2012. Evaluation of process-oriented supervision of student nurses: A swedish case study. *Nursing & health science*, 14, pp. 2-7.

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

Lofmark A, Thorkildsen K, Raholm MB, Natvig GK., 2012. Nursing students' satisfaction with supervision from preceptors and teachers during clinical practice. *Nurse education in practice*, 12, pp. 164-169.

Johansson, U.-B. et al., 2010. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: psychometric evaluation of the Swedish version. *Journal of advanced nursing*, 66(9), pp. 2085-93. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626485> [Accessed December 16, 2014],

Midgley, K., 2006. Pre-registration student nurses perception of the hospital-learning environment during clinical placements. *Nurse education today*, 26(4), pp.338-45. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16406618> [Accessed December 26, 2014].

Montgomery, P. Killam, L. Mossey, S., Heerschap, C., 2014. Third year nursing students' viewpoints about circumstances which threaten safety in the clinical setting. *Nurse education today*, 34(2), pp. 271-6. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169443> [Accessed January^, 2014],

Moscaritolo, L. M., 2009. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *The Journal of nursing education*, 48(1), pp. 17-27

Newton, J., M., Jolly, B. C., Ockerby, C., M., Cross, W., M., 2010. Clinical learning environment inventory: factor analysis. *Journal of advanced nursing*, 66(6), pp. 1371- 81. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20546367> [Accessed December 11, 2014],

- O' Brien A., Giles M., Dempsey S. Lynne s., McGregor M.E., Kable, A., Parmenter G., Parker, V., 2014. Evaluating the preceptor role for pre-registration nursing and midwifery student clinical evaluation. *Nurse education in practice*, 34(1), pp. 19-24.
- O'Driscoll, M.F., Allan, H.T. & Smith, P. a, 2010. Still looking for leadership-who is responsible for student nurses' learning in practice? *Nurse education today*, 30(3), pp. 212-7. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20172633> [Accessed December 13, 2013].
- Ουζούνη Χ., Νακάκης Κ., Κουτσαμπασόπουλος Κ. Καπάδοχος Θ., 2009. Οι απόψεις των φοιτητών της Νοσηλευτικής για τη κλινική τους εκπαίδευση - Μια ποιοτική μελέτη. *Το Βήμα του ασκλήπιου*, 8(4), σσ. 353-367.
- Papastavrou, E. (1995). A Delphi Survey of the clinical Role of the Nurse Teacher in Cyprus. Master Dissertation. University of Matherter. UK.
- Papastavrou E, Lambrinou E, Tsangari H, Saarikoski M, & Leino-Kilpi H., 2010. Student nurses experience of learning in the clinical environment. *Nurse education in practice*, 10, 176-182.
- Papp I, Markkanen M, Von Bonsdorff M., 2003. Clinical environment as a learning environment: Student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse education today*, 23, pp. 262-268.
- Price L, Hastie L, Duffy K, Ness V, McCallum J., 2011. Supporting students in clinical practice: Preregistration nursing students' views on the role of the lecturer. *Nurse education today*, 31, pp. 780-784
- Palese, A. Zabalegui, A., Sigurdardottir, A., Bergin, M., Dobrowolska, B. Gasser, C
- Pajnikihar, M., Jackson, C., 2014. Bologna process, more or less: nursing education in the European economic area: a discussion paper. *International journal of nursing education scholarship*, 11(1), pp. 1-11. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24695045> [Accessed December 26, 2014].
- Peters, K., Halcomb, E.J. & McInnes, S., 2013. Clinical placements in general practice: relationships between practice nurses and tertiary institutions. *Nurse education in practice*, 13(3), pp. 186-91. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23069694> [Accessed December 26, 2014].
- Saarikoski M, Leino-Kilpi H., 2002. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: Developing the instrument. *International journal of nursing studies*, 39, pp. 259-267.
- Saarikoski M, Marrow C, Abreu W, Riklikiene O, Ozbicakpi S., 2007. Student nurses' experience of supervision and mentorship in clinical practice: Across cultural perspective. *Nurse education in practice*, 7, pp. 407-415.
- Saarikoski M, Warne T, Kaila P, Leino-Kilpi H. 2009. The role of nurse teacher in clinical practice: an empirical study of Finnish student nurse experiences. *Nurse education today*, 29, pp. 595-600.
- Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H., 2008. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and supervision (CLES) scale. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1233-1237.
- Salminen, L. et al., 2010. Future challenges for nursing education-a European perspective. *Nurse education today*, 30(3), pp. 233-8. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20005606> [Accessed January 7, 2015].
- Skaalvik, M.W., Normann, H.K. & Henriksen, N., 2011. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *Journal of clinical nursing*, 20(15-16), pp. 2294-304. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752120> [Accessed December 26, 2014].
- Smith, P., & Gray, B. 2001. Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: Role of link lecturers and mentors in a time of change. *Nurse Education Today*, 21 (3), pp. 230-237.
- Spouse, J. 2001. Workplace learning: Pre-registration nursing students' perspectives* 1. *Nurse Education in Practice*, 1(3), pp. 149-156.
- Souza, M.S.D., Venkatesaperumal, R. & Radhakrishnan, J., 2013. Engagement in clinical learning environment among nursing students: Role of nurse educators*, 2013 (March), pp. 25-32.
- Steven, A. et al., 2014. Patient safety in nursing education: Contexts, tensions and feeling safe to learn. *Nurse education today*, 34(2), pp.277-84. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23726756> [Accessed January 17, 2014].
- Warne T., Johansson U B, Papastavrou E, Tichelaar E, Tomi-etto M., den Bossche K. Saarikoski M., 2010. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse education today*, 30, pp. 809-815.

