T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ HAZIR OLUŞLUK ALGILARININ GÜÇLENDİRİLMESİNDE SİMÜLASYON STRATEJİSİNİN ETKİSİ

MERVE TARHAN

DANIŞMAN
PROF. DR. AYTOLAN YILDIRIM

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİKTE YÖNETİM DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2020

TEZ ONAYI

Bu çalışma 07.01.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Hemşirelikte Yönetim Doktora ProgramıDoktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr.Aytolan YILDIRIM
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr.Ülkü BAYKAL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr.Gülbeyaz CAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr.Esra UĞUR
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr.Ayşe Nefise BAHÇECİK
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve TARHAN

İTHAF

*Gönül ile hasret giderdiğim **BABAM'**a İthaf ediyorum…*

TEŞEKKÜR

Doktora serüvenim boyunca bilgisini, deneyimini, zamanını ve güvenini esirgemeyerek rehberlik eden kıymetli hocam Prof. Dr. Aytolan Yıldırım'a,

Hayatımdaki mihenk taşı ve en büyük şansım hocam Prof. Dr. Levent Dalar'a,

Çalışmayı katılmayı kabul eden ve desteklerini esirgemeyen tüm öğrencilerime ve meslektaşlarıma,

Simülasyon senaryolarına oyuncu olarak destek veren İstanbul Medipol Üniversitesi Tiyatro Kulübü üyelerine,

Hazırlık ve uygulama sürecinde göstermiş oldukları ve nezdimde asla bedeli olmayan muazzam sevgi, özveri ve sabır için geçmişte öğrencilerim, artık meslektaşlarım olan Merve Akbudak, Tuğçe Yeni, Köksal Bayrak ve Celal Tabak'a,

Her zaman tüm desteklerini kalbimde, ruhumda, özümde hissettiğim, uzun ve dönemeçli yolları bazen gülerek bazen üzülerek ama hep yan yana yürüdüğüm ve dost elini hep omzumda, gönlümde bildiğim Pınar Doğan ve Ahu Kürklü'ye,

Varlığını sürdürebildiği her şey için Gökay'a

Her kararımda yanımda olan, başımın tacı, dert ortağım annem Ayşe Hanım'a ve doktora serüvenimin başlangıcında bu dünyadan göç eden ve gönül başında buluştuğum babam Cahit Bey'e,

Ve adını sayamadığım, unutma nezaketsizliğinde bulunduğum herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **İİ**
BEYAN ..... **İİİ**
İTHAF ..... **İV**
TEŞEKKÜR ..... **V**
İÇİNDEKİLER ..... **Vİ**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **İX**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **Xİİ**
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... **Xİİİ**
ÖZET ..... **XİV**
ABSTRACT ..... **XV**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **4**
2.1. Türkiye'de Hemşireliğe Genel Bakış 4
2.1.1. Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreç İçinde Gelişimi 4
2.1.2. Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminde Sayısal Göstergeler 9
2.1.3. Dünya'da ve Türkiye'de Hemşire Gereksinimi ve Yeni Mezunlar 11
2.2. Hemşirelikte Geçiş Süreci 14
2.2.1. Geçiş Süreci ile İlgili Temel Kavramlar 14
2.2.2. Hemşirelikte Geçiş Süreci ve Önemi 16
2.2.3. Hemşirelikte Geçiş Süreci ile İlgili Kuram ve Modeller 20
2.2.4. Geçiş Sürecini Etkileyen Etmenler 32
2.2.5. Geçiş Programları 40
2.3. Geçiş Süreci ve Simülasyon 46
2.3.1. Simülasyon Tanımı 46
2.3.2. Simülasyon Düzeyleri 47
2.3.3. Simülasyonda En İyi Uygulama Standartları 50
2.3.4. Simülasyona Dayalı Deneyim Süreci 52
2.3.5. Geçiş Sürecinde Simülasyon Stratejisinin Kullanımı 53
3. GEREÇ VE YÖNTEM **55**

3.1. Araştırmanın Türü Amacı 55
3.2. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri 55
3.3. Araştırmanın Yer ve Zaman Özellikleri 55
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 56
3.5. Veri Toplama Araçları 59
3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci 69
3.7. Araştırmanın Etik Yönü 78
3.8. Verilerin Analizi 79
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 80
4. BULGULAR 81
4.1. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular 82
4.2. Öğrencilerin Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular 83
4.3. Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavı Sonuçlarına İlişkin Bulgular 85
4.4. Öğrencilerin Yetkinlik Algılarına İlişkin Bulgular 88
4.5. Öğrencilerin Mesleki Hazır Oluşluk Algılarına İlişkin Bulgular 90
4.6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyon Oturumundaki Başarımlarına İlişkin Bulgular 94
4.7. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular 101
4.8. Öğrencilerin Geçiş Şoku Düzeylerine İlişkin Bulgular 111
5. TARTIŞMA 116
5.1. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Yaşama Yönelik Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 120
5.2. Öğrencilerin Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavından Elde Ettikleri Bulguların Tartışılması 123
5.3. Öğrencilerin Yetkinlik Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması 126
5.4. Öğrencilerin Mesleki Hazır Oluşluk Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması .128
5.5. Öğrencilerin Simülasyon Oturumlarındaki Başarımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması 131
5.6. Öğrencilerin Simülasyon Deneyimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması 133
5.7. Öğrencilerin Mezuniyet Sonrası Geçiş Şoku Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması 135

KAYNAKLAR 141
FORMLAR.....164
ETİK KURUL KARARI.....267
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....269
ÖZGEÇMİŞ 270

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3-1: Öğrencilerin Girişim ve Kontrol Gruplarına Atanma Olasılıkları 57
Tablo 3-2: QSEN Temel Yetkinlik Alanlarına Yönelik Öğrenim Kazanımlarının Dağılımı 60
Tablo 3-3: HYAÖ Ana Boyutlarının Ön Test-Son Test Sürecinde Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları 61
Tablo 3-4: HMHÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sürecinde Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları 62
Tablo 3-5: HGŞÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları 63
Tablo 3-6: Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavının Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri 64
Tablo 3-7: Öğrenim Kazanımlarını Değerlendirme Yönergesi 65
Tablo 3-8: SBDÖ I, SBDÖ II VE SBDÖ III Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri 66
Tablo 3-9: SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III'ün Bağımsız Gözlemcilere Göre Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları 67
Tablo 3-10: SDA'nin Uzman Görüşlerine Dayalı Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri 68
Tablo 3-11: Simülasyona Dayalı Deneyimlerde Standart Akış Süreci 77
Tablo 3-12: Araştırmanın Metodolojik Bölümündeki İstatistiksel Analizler 79
Tablo 3-13: Araştırmanın Yarı Deneysel Bölümündeki İstatistiksel Analizler 79
Tablo 4-1: Öğrencilerin Bireysel Özelliklerinin Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı 82
Tablo 4-2: Öğrencilerin Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşüncelerine Yönelik Puan Ortalamalarının Dağılımı 83
Tablo 4-3: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalamalarının Dağılımı 85
Tablo 4-4: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Yetkinlik Alanlarına Göre Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalamalarının Dağılımı 86
Tablo 4-5: Öğrencilerin HYAÖ Ana Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı 88

Tablo 4-6: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalaması ile HYAÖ Ana Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalaması Arasındaki İlişki..... 89
Tablo 4-7: Öğrencilerin HMHÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 91
Tablo 4-8: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtları Soru Ortalamaları ile HMHÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... 92
Tablo 4-9: Öğrencilerin HYAÖ Ana Boyutları ile HMHÖ'nden Elde Ettikleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki..... 93
Tablo 4-10: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ I Maddelerinden Elde ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 95
Tablo 4-11: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ II Maddelerinden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 96
Tablo 4-12: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ III Maddelerinden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 98
Tablo 4-13: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 99
Tablo 4-14: Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerine Göre SDA'nin Genel Değerlendirme, Çözümleme ve Yansıtıcı Düşünce ve Eleştirel Düşünme Bölümlerindeki Maddelerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 103
Tablo 4-15: Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerine Göre SDA'nin Hazırlık, Uygulama, Öz Güven ve Ekip Çalışması ve İş Birliği Bölümlerindeki Maddelerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.. 105
Tablo 4-16: Öğrencilerin Mesleki Yaşama Yönelik Duygu ve Düşüncelerinin Dağılımı..... 111
Tablo 4-17: Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı..... 112
Tablo 4-18: Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Mesleği Tekrar Tercih Etmedeki İstekliliğine Göre Karşılaştırılması..... 113
Tablo 4-19: Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamaları ile Mesleği Tekrar Tercih Etmedeki İstekliliğinin Karşılaştırılması..... 114

Tablo 4-20: Öğrencilerin HGŞÖ'nden Elde Ettikleri Puan Ortalamaları ile Mesleki Yaşam Geçiş Sürecinden Sonraki Duygu ve Düşüncelerine Yönelik Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=72) 115

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Geçiş Evreleri Kuramı 26
Şekil 2-2: Geçiş Şoku Modelinde Değişen Bilgi, İlişki, Rol ve Sorumluluklar 28
Şekil 2-3: Geçiş Şoku Modelindeki Duygusal, Fiziksel, Sosyo-Gelişimsel ve Entellektüel Deneyimler 29
Şekil 2-4: Alinier Tipolojisi 47
Şekil 3-1: Araştırma Akış Diyagramı 58
Şekil 3-2: Araştırmanın Akış Süreci 69
Şekil 4-1: Simülasyon Deneyiminin Klinik Uygulamaya Etkisinin Birinci, İkinci ve Üçüncü Simülasyon Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması (N=39) 107

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

AFA: Açıklayıcı Faktör Analizi

AMOS: Analysis of Moment Structure

DFA: DoğrulayıcıFaktör Analizi

DGS: Dikey Geçiş Sınavı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GANO: Genel Ağırlıklı Not Ortalaması

HEMED: Hemşirelik Eğitim Derneği

HEPDAK: Hemşirelik Eğitimi Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği

HGŞÖ: Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği

HMHÖ: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği

HUÇEP: Hemşirelik Ulusal Çekirdek Programı

HYAÖ: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği

INACSL: Internation Nursing Association for Clinical Sİmulation and Learning

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

MTPK: Madde-toplam puan korelasyonu

MSA: Measure of Sample Adequacy

QSEN: Quality and Safety Education for Nurses

SBDÖ: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği

SDA: Simülasyon DeğerlendirmeAnketi

SDD: Simülasyona Dayalı Deneyim

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

TDK: Türk Dİl Kurumu

WHO: World Health Organization

YÖK: YükseöğretimKurumu

ÖZET

Tarhan, M. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı araştırma, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisini incelemek amacıyla gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, 2017-2018 akademik yılında İstanbul Medipol Üniversitesi Hemşirelik Bölümüne kayıtlı 128 öğrenci, örneklemini ise araştırma kriterlerine uygun 78 öğrenci oluşturdu. Bireysel Özellikler Formu, Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği (HYAÖ), Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği (HMHÖ), Temel Bilgi Sınavı (TBS), Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği (SBDÖ) ve Simülasyon Değerlendirme Anketi (SDA) mezuniyet öncesinde ve Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği (HGŞÖ) mezuniyet sonrasında veri toplama aracı olarak kullanıldı. Girişim grubundaki öğrenciler (n=39) en iyi uygulama kriterlerine göre yapılandırılan üç farklı simülasyona dayalı deneyime katıldı. Verilerin analizi, IBM SPSS 22 ve AMOS programlarında gerçekleştirildi. Girişim grubundaki öğrencilerin son test sürecinde, TBS'ndaki doğru yanıt ortalaması ve HMHÖ'ndeki puan ortalaması ön test sürecinden anlamlı derecede yüksekti ($p<0,01$; $p<0,05$; $p<0,01$). Son test sürecinde, girişim grubundaki öğrencilerin TBS'ndaki doğru yanıt ortalaması ($p<0,01$) ve HMHÖ'nin ''mesleki yeterlilik'' alt boyutundaki puan ortalaması ($p<0,05$), kontrol grubundakilerden anlamlı derecede yüksekti. Öğrencilerin SBDÖ I'den elde ettikleri puan ortalaması, SBDÖ II ve SBDÖ III'den anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin, mezuniyet öncesinde HYAÖ ve sonrasında HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık görülmedi ($p>0,05$). Araştırmanın sonuçları, simülasyon stratejisinin hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarını güçlendirdiğini ancak yetkinlik algılarını ve geçiş şoku düzeylerini etkilemediğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: hemşireler, hemşirelik eğitimi, hemşirelik öğrencileri, simülasyon, yetkinlik

ABSTRACT

Tarhan, M. (2020). The effect of simulation strategy on empowerment of nursing students' perceptions of the professional readiness. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Nursing Management Department. Doctorate Thesis. Istanbul.

The quasi experimental design pretest-posttest with control group study was conducted to determine the effect of simulation strategy on empowerment of final year nursing students' perceptions of the professional readiness. The population of the study consisted of 128 students enrolled in Istanbul Medipol University Nursing Department in the 2017-2018 academic year and the sample consisted of 78 students in accordance with the inclusion criteria. Individual Characteristics Form, Nursing Competency Perception Scale (NCPS), Nursing Professional Readiness Perception Scale (NPRPS), Basic Knowledge Exam (BKE), Simulation Performance Rubric (SPR), Simulation Evaluation Questionnaire (SEQ) before graduation and Nursing Transition Shock Scale (NTSS) after graduation were used as the data collection tools. 39 students in intervention group participated in the three different simulation based experiences that structured according to simulation best practices criterias. In data analysis process, the relevant statistical methods were performed by using IBM SPSS 22 and AMOS programs. In the intervention group, the correct mean response in BKE and the mean score in the NPRRS at the posttest process were significantly higher than the pretest process ($p<0,01$). In the posttest period, intervention group's correct mean response in BKE ($p<0,01$) and mean score obtained from ''professional competence'' sub-dimension of NPRPS ($p<0,05$) were significantly higher than the control group. The mean score of the students obtained from SPRI was significantly higher than SPR II and SPR III ($p<0,001$). There was no significant difference between the mean scores of the students in the intervention and control groups from the NCPS before graduation and NTTS after graduation ($p> 0.05$). The results of study show that simulation strategy empowers nursing students' perceptions of professional readiness, but doesn't affect their perceptions of competence and transition shock levels

Keywords: nurses, nursing education, nursing students, competence, simulation

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Son yirmi yılda sağlık bakım sistemlerinde kaliteli ve güvenli hizmet sunumunun, küresel bir zorunluluk haline gelmesi ile birlikte hemşirelik fakülte ve yüksekokullarından nitelikli mezun vermeleri, sağlık kurum ve kuruluşlarından ise nitelikli hemşire istihdam etmeleri beklenmektedir (Gallen ve ark. 2019; Letourneau ve McCurry 2019; Rush ve ark. 2019).

Hemşirelik mesleği, bir tarafta akademik dünyanın öğretileri diğer tarafta sağlık bakım sisteminin beklentileri ve bu ikisi arasındaki derin uçurum üzerine konumlanmaktadır. Akademik dünyanın içinde yer alan hemşireler, sağlık bakım sisteminin içinde hizmet vermeden mesleğin gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumları hemşirelik öğrencilerine kazandırmaya çalışmaktadır. Dolayısıyla hem sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarının nabzını tutamamakta, hem de ürettiği bilimsel bilgiyi mesleki karar ve uygulamalara yansıtamamaktadır. Sağlık bakım sisteminin içinde yer alan hemşireler ise akademik dünyada üretilen bilimsel bilgiyi takip edememekte ve mesleki karar ve uygulamalarından vazgeçip tamamen sağlık bakım sisteminin beklentilerini karşılamaya çalışmaktadır. Hemşireler, akademik dünyanın içine sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarını yansıtmadıkça ve sağlık bakım sisteminin içinde akademik dünyada üretilen bilimsel bilgi hayat bulmadıkça mesleğin varlığı tehdit altında kalmaktadır (Yıldırım 2014).

Öğrenim süresinin sonuna gelen hemşirelik öğrencisi, yasal ve mesleki gereklilikleri tamamlayarak yeni mezun adını almakta ve çok iyi bildiği öğrencilik rolü ve akademik dünyadan ayrılarak, daha az bildiği mesleki rolü ve sağlık bakım sistemine geçiş yapmaktadır. Ancak beklenti ve ihtiyaçları birbirinden farklı olan bu iki dünya arasındaki geçiş süreci, yeni mezunlar için fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerden önemli bir yük oluşturmaktadır (Kim ve Yeo 2019). Hemşirelik eğitiminin, mesleğin gerçekleri ile uyuşmayan bilgi, beceri ve tutumları kazandırdığını öne süren Kramer tarafından (1974) bu durum, gerçeklik şoku olarak adlandırılmakta ve yeni mezunun yeni görev, yetki ve sorumluluklar ile karşılaştığında beklemedikleri ve istemediklerine yönelik verdiği fiziksel, duygusal ve sosyal yanıt olarak tanımlanmaktadır (Kramer 1974). Yaklaşık yarım yüzyıl önce yeni mezun hemşirelerin geçiş süreci ile ilgili

sorunlar olduğunu ortaya koyan Kramer'in çalışması, günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır (Duchscher 2009).

Dünyanın farklı coğrafyalarında yapılan çalışmalarda yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama geçişlerinin zorlu bir süreç olduğu belirtilmektedir (Taştan ve ark. 2013; Tei-Tominaga 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Sönmez ve Yıldırım 2016; Whitehead ve ark. 2016; Regan ve ark. 2017; Zhang ve ark. 2017; Yu ve Lee 2018; Labrague ve ark. 2019a; Rainbow ve Steege 2019). Aynı zamanda yeni mezunların geçiş şokunu farklı düzeylerde deneyimlediği ve korku, isteksizlik, özgüven eksikliği, hayal kırıklığı, kafa karışıklığı, soyutlanma, anksiyete, stres, baskı ve tükenmişlik gibi olumsuz duygular hissettikleri belirtilmektedir (Bjerknes ve Bjork 2012; Zamanzadeh ve ark. 2012; Taştan ve ark. 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Flinkman ve Salantera 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Hooper ve ark. 2016; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Hu ve ark. 2017; Walker ve ark 2017; DeGrande ve ark. 2018; Liang ve ark. 2018; Murray ve ark. 2019; Labrague ve ark. 2019a; Rainbow ve Steege 2019).

Farklı bir dünya içinde yeni görev, yetki ve sorumluluklarına uyum sağlamaya çalışan yeni mezunların mesleki, sosyal ve duygusal yönlerden güçlendirilmesi gerekmektedir (Parker ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Ortiz 2016; Hussein ve ark. 2017; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a;). Yapılan çalışmalar, yeni mezunların mesleki açıdan etkili iletişim ve ilişki kurabilme, sağlıklı/hasta birey değerlendirme, beklenmeyen ve acil gereksinimlere yanıt verebilme, zaman yönetimi, iş yükünü yönetebilme, bakım gereksinimlerini önceliklendirebilme, politika ve prosedürleri uygulayabilme ve karmaşık mesleki karar ve uygulamaları gerçekleştirmede yetersiz olduğunu göstermektedir (Bjerknes ve Bjork 2012; Theisen ve Sandau 2013; Parker ve ark. 2014; Freeling ve Parker 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Lee ve ark. 2019a; Murray ve ark. 2019). Aynı zamanda çalışma yaşamına, mesleğin ve birimin kültürüne uyum sağlayabilmek, deneyimli hemşireler ve yöneticilerle ilişki kurabilmek konularında sosyal desteğe gereksinim duydukları belirtilmektedir (Parker ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Hooper ve ark. 2016; Ortiz ve ark. 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve

ark.,2018; Liang ve ark. 2018; Ikematsua ve ark. 2019; Labrague ve ark. 2019a). Duygusal açıdan ise yeni mezunlar, sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları tarafından anlaşılabilme, cesaretlendirilme, onaylanma, desteklenme ve kabullenilme konularında desteğe gereksinim duymaktadır (Bjerknes ve Bjork 2012; Parker ve ark. 2014; Flinkman ve Salantera 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Ortiz 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a).

Geçiş sürecinin başlangıcında olan son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarının desteklenmesi için düzenli olarak farklı seviyelerde zorlukları deneyimlemesine ve kuramsal bilgi ile uygulamayı bütünleştirmesine imkân tanıyan yenilikçi öğretim yaklaşımları gerekmektedir. Simülasyona dayalı deneyimler, son sınıf hemşirelik öğrencilerini mesleki yaşama hazırlayarak geçiş sürecinin kolaylaştırmaktadır (Hayes, 2018). Ancak son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkili olduğunu gösteren araştırmaların uluslararası alanda kısıtlı olduğu görülürken (Kaplan ve Ura 2010; Davies ve ark. 2012; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Prince ve ark. 2016), ulusal alanda yapılan araştırmalara rastlanmamaktadır. Bu bağlamda çalışmada, son sıınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Türkiye'de Hemşireliğe Genel Bakış

Türkiye'de hemşireliğe genel bakış başlığı altında hemşirelik eğitiminin tarihsel süreç içindeki gelişimi, hemşirelik eğitiminde sayısal göstergeler ve dünyada ve Türkiye'de hemşire yetersizliği ele alınarak yeni mezunların içinde bulundukları eğitim ortamı ve sağlık bakım sistemi özellikleri incelenmektedir.

2.1.1. Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminin Tarihsel Süreç İçinde Gelişimi

Tüm dünyada modern hemşireliğin temelleri, Florence Nightingale'in Kırım Savaşı (1853-1856) sırasında Selimiye Kışlası'ndaki yaralı askerlere sağlık bakım hizmeti vermeye başlaması ile atılmıştır. Florence Nightingale bu süreçte edindiği deneyimler sayesinde hemşireliğin formal bir eğitim programı ile yapılandırılması gerekliliğini fark etmiş ve ülkesine döndükten sonra dünyanın ilk hemşirelik okulunu 1860 yılında Londra'da açarak tüm dünyada ve Türkiye'de hemşireliğin tarihsel süreç içindeki gelişimini başlatmıştır (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000).

Osmanlı Dönemi'nde hastanelerin açılması, tıp eğitimine başlanılması, merkezden taşraya sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırmaya çalışılması gibi ilerlemeler kaydedilmiş olmasına rağmen, 20. yüzyılın başlarında savaşlarla geçen yoğun dönem nedeniyle sağlık bakım hizmetlerinin sunumu ve yapılandırması yetersiz kalmıştır (Kasapoğlu 2016). Bu dönemde askeri bir hekim olan Dr. Besim Ömer Akalın'ın, Osmanlı Delegesi olarak katıldığı Londra'da gerçekleştirilen Kızılhaç Konferansı'nda (1907) Florence Nightingale ile tanışması, sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda hemşireliğin önemine inanmasına sebep olmuştur. Ülkeye döndükten sonra hemşireliğin bir meslek olarak var olması gerektiğini ifade eden Dr. Ömer Besim Akalın, kendisinin düzenlediği 6 ay süreli ''Gönüllü Hastabakıcılık Kursu''na İstanbul'un tanınmış ailelerine mensup kadınları davet etmiştir (1911). Bu kursu tamamlayan hemşireler, ilk kez Balkan Savaşları (1912- 1913), Çanakkale Savaşı (1915-1916) ve I. Dünya Savaşı (1914-1918) sırasında yaralı askerlere bakım vermiştir (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000; Ergöl 2011).

Cumhuriyet döneminde (1920-1923), savaş yaraları sarılmaya çalışılmış, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş ve yasal mevzuatın geliştirilmesine

odaklanılmıştır (Kasapoğlu 2016). Bu dönemde hemşire insan gücü gereksinimini karşılamak amacıyla Amiral Mark Lambert öncülüğünde Amerikan Hastanesi'nin bünyesinde Amerikan Hastanesi Hemşire Okulu açılmıştır. 1920 yılında iki buçuk yıl olan eğitim süresi, 1929 yılında üç yıla ve 1958 yılında dört yıla çıkarılmıştır. Aynı yıl Amiral Bristol Hemşirelik Okulu adını almış ve Millî Eğitim Bakanlığı tarafından onaylanarak sağlık meslek lisesine denk hale getirilmiştir (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000). 1981 yılında Amerikan Bristol Hemşirelik Meslek Lisesi adını alan okul, 1995 yılından itibaren lisans eğitimi vermeye başlayarak günümüzde Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi olarak öğrenci kabul etmeye devam etmektedir (Koç Üniversitesi Tarihçesi 2019).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğu 1923-1946 yılları arasında, yataklı tedavi hizmetleri yerel yönetimlere bırakılarak belediyeler bünyesinde numune hastaneleri kurulmuş, dikey örgütlenme modeli benimsenmiş, salgın hastalıklar önlenmeye çalışılmış ve yasal mevzuatın geliştirilmesine devam edilmiştir (Kasapoğlu 2016). Özetle; sağlık sisteminde teşkilatlandırma çalışmalarının devam etmesi ve numune hastanelerinin açılması nedeniyle sağlık insan gücü gereksinimini karşılamaya yönelik sağlık personeli yetiştiren okullar açılmaya devam etmiştir. Dr. Besim Ömer Akalın'ın desteği ile Cumhuriyet döneminin ilk hemşirelik okulu olan Kızılay Hemşire Okulu, 1925 yılında açılmıştır. Aynı zamanda ilk askeri hemşire okulu, Millî Savunma Bakanlığı'na bağlı olarak Ankara'da (1939) bu dönemde açılmış, ancak maddi sorunlar nedeniyle 1949 yılında kapatılarak öğrencileri Kızılay Hemşire Okulu'na devredilmiştir. Ülkemizde hemşirelik eğitiminde öncü olması nedeniyle uluslararası saygınlık kazanan okulun 1925 yılında iki buçuk yıl olan eğitim süresi, 1936 yılında üç yıla ve 1958 yılında dört yıla çıkarılmıştır (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000; Tosun 2010). Türkiye Kızılay Derneği'nin almış olduğu kararla 2004 yılında eğitim ve öğretime son veren okul, günümüzde Kızılay Özel Sağlık Meslek Lisesi olarak acil tıp ve laboratuvar teknisyenliği bölümlerine öğrenci kabul etmektedir (Tosun 2010).

Odak noktası milli sağlık politikası çalışmaları olan 1946-1960 yılları arasındaki dönemde, nüfus esaslı entegre sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kurulmuş, yataklı tedavi hizmetleri tekrar Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış, tıpta uzmanlaşma ön plana çıkmış ve Hemşirelik Kanunu yayınlanmıştır (Kasapoğlu 2016). Sağlık Bakanlığı yataklı tedavi kurumları ve sağlık merkezlerinde istihdam etmesi gereken hemşire insan

gücü gereksinimini karşılamak amacıyla ilki İstanbul'da olmak üzere, birçok ilçede hemşire-ebe-laborant okulu açmıştır. Eğitim süresi 1946-1958 yılları arasında üç yıla çıkarılarak kolej adını alan okullar, 1976 yılından itibaren sağlık meslek lisesi adıyla eğitim vermeye devam etmiştir. Bu dönemde hemşire yetiştiren okulların sayısının artması, eğitici ve yönetici rollerini üstlenecek hemşire gereksinimini doğurmuştur. Bazı uluslararası kuruluşların etkisi ile 1950'lerde on iki hemşire lisans ve yüksek lisans eğitimi için Kolombiya Üniversitesine burslu olarak gitmiş ve sonrasında ülkemizde Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) hemşirelik modeline dayalı eğitim programlarını kurmaya başlamıştır. Türkiye'de ve Avrupa'da üniversite düzeyindeki ilk hemşirelik okulu olan Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 1955 yılında kurulmuştur (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000; Ergöl 2011). 2011 yılından itibaren Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi adını alan okul, günümüzde öğrenci kabul etmeye devam etmektedir (YÖK İstatistikleri 2019).

Sağlık hizmetlerinde sosyalizasyon dönemi olarak adlandırılan 1960-1980 yılları arasındaki dönemde dar bölgede çok yönlü hizmet anlayışı getirilmiş, ülkenin tüm bölgelerine sağlık hizmetleri ulaştırılmaya çalışılmış ve nüfusa entegre sağlık hizmeti sunulması planlandığından nüfus artış hızı sınırlandırmaya odaklanılmıştır (Kasapoğlu 2016). Sağlık hizmetleri yapılandırılmasında her 7-10 bin nüfusa bir hemşire düşmesi planlandığından hemşire insan gücü gereksinimi tekrar gündeme gelmiştir. Sağlık meslek liselerinin sayısı arttırılmaya devam edilmiş, aynı zamanda bu okullardaki öğretmen gereksinimini karşılamak üzere 1961 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Gevher Nesibe Sağlık Eğitim Enstitüsü kurulmuştur. Aynı yıl içinde 1961 yılında Hacettepe Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu açılmıştır (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000; Ergöl 2011). Böylelikle yıllarca sürecek olan hem ortaöğretim hem de yükseköğretim düzeyinden mezun olanların hemşire unvanını alması sorunu, ilk kez varlığını hissettirmiştir.

Aktif özelleştirme olarak bilinen 1980-2002 yılları arasındaki döneminin temel özellikleri arasında genel sağlık sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi ve Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması yer almaktadır (Kasapoğlu 2016). 1982-1995 yılları arasında Atatürk Üniversitesi,

Cumhuriyet Üniversitesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Marmara Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi ve Gazi Üniversitesi'nde altı hemşirelik yüksekokulu daha açılmıştır (Ergöl 2011). Özel hastanelerin sağlık bakım sistemi içinde yer alması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bu dönemde arka planda kalması, toplumun tedavi edici sağlık hizmetlerine olan gereksinimini arttırmış ve var olan hemşire gereksinimi daha fazla büyümüştür. Sağlık mesleki liseleri ve yüksekokulların sayısının artması ile var olan hemşire gereksiniminin karşılanmaması üzerine hemşirelik eğitimi, 1985 yılı itibariyle üniversitelere bağlı olan sağlık meslek yüksekokullarında 2 yıl süre ile verilmeye başlanmıştır. Öncesinde iki düzeyde verilen hemşirelik eğitimi, bu tarihten 1999 yılına kadar üç düzeyde verilmiş ve bu düzeylerden mezun olanlardan aynı görev, yetki ve sorumluluklar beklenmiştir. Hemşirelik ve ebelik eğitiminin sadece üniversite düzeyinde yapılması hususunda 1995 yılında gerçekleştirilen Yüksek Sağlık Şurası'nda Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK) ve Sağlık Bakanlığı arasında bir protokol imzalanmıştır. Böylelikle lisans düzeyinin altında eğitim veren hemşirelik, ebelik ve sağlık memurluğu programlarına öğrenci alımı durdurulmuş ve bu programlar 1997-1998 eğitim- öğretim döneminde lisans düzeyinde eğitime başlamıştır. Ancak mevcut ve her geçen gün artan hemşire gereksinimi nedeniyle 2000 yılında gerçekleştirilen aynı toplantıda, hemşirelik ve ebelik eğitiminin Sağlık Bakanlığı bünyesinde ortaöğretim düzeyine taşınmasına karar verilmiştir (Ulusoy 1998; Ökdem ve ark. 2000; Ergöl 2011). Böylelikle hemşirelik eğitimi, hikâyesindeki elli yıl öncesi ile aynı noktaya yeniden konumlanmıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı olarak adlandırılan 2002 yılından günümüze kadar olan dönemde, hizmet sunumu ve finansmanında reforma gidilmiştir. Toplumun sağlık bakım hizmetine cepten yaptığı ödemelerin artması, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi ve yerelleştirilmesi, sağlık bakanlığının yeniden yapılandırılması bu dönemin temel özellikleri arasında yer almaktadır (Kasapoğlu 2016). 2002 yılından günümüze kadar olan süreçte gerçekleştirilen yasal düzenlemeler, hemşirelik mesleğinin varlığını tehdit etmektedir. 2007 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da hemşirelik eğitimi lisans düzeyinde tanımlanmasına rağmen, var olan hemşire gereksinimi nedeniyle 2012 yılına kadar sağlık meslek lisesi hemşirelik ve sağlık memurluğu bölümlerine öğrenci alımına devam edilmesi ve mezunlarına hemşire unvanı verilmesi belirtilmiştir. 2012 yılında yürürlüğe giren Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat Ve Görevleri

Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun'da aynı gerekçe ile sağlık meslek liselerinin hemşirelik bölümlerine 2017 yılına kadar öğrenci alınmasına devam edilmesi belirtilmiştir. Aynı kanunun 2014 yılında güncellenmesiyle sağlık meslek lisesi mezunlarına hemşire yardımcısı unvanı verilmiş ve sağlık meslek liselerindeki hemşirelik programına öğrenci alımı durmuştur (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015).

Avrupa ülkelerinde ortak yükseköğretim alanı yaratma fikri ile ortaya çıkan Bologna Süreci, resmi olarak 1999 yılında 29 ülke tarafından Bologna Bildirgesi'nin imzalanması ve yayınlanması ile başlamıştır. Bu sürece 2001 yılında Türkiye'nin katılımı ile birlikte ülke genelinde hemşirelik eğitiminin standardize edilmesi ihtiyacı doğmuştur. YÖK, bünyesinde 2002 yılında Hemşirelik Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (HUÇEP) Komisyonu oluşturmuştur (Türten Kaymaz ve ark. 2017). Bu komisyon hemşirelik eğitiminin amacı ve ulusal yeterlilikleri, hemşireliğin temel kavram, kuram ve modelleri, hemşirelik süreci ve temel hemşirelik uygulamaları ve ilgili beceriler listesi ana bileşenleri doğrultusunda HUÇEP'i hazırlamıştır. 2003-2004 eğitim-öğretim dönemi itibarıyla uygulamaya konulan HUÇEP, hemşirelik eğitim programlarının standardizasyonuna büyük katkılar sağlamıştır (Tuna 2015; Türten Kaymaz ve ark. 2017). YÖK, 2008 yılında Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde meslek üyelerinin yeterliliklerinin tanınabilmesi için asgari eğitim koşullarını belirlediği yönetmelikteki eğitim programları arasında hemşirelik yer almıştır. İlgili yönetmelikte, hemşirelik eğitiminin en az 4yıl ya da 4600 saatlik kuramsal ve uygulamalı eğitimi kapsadığı ve toplam eğitim süresinin en az üçte birinin kuramsal eğitim ve yarısının klinik eğitimden oluştuğu belirtilmiştir. Aynı zamanda kuramsal eğitim içeriğini, hemşirelik, temel bilimler ve sosyal bilimler olmak üzere üçe ayırmıştır. Klinik eğitimde ise iç hastalıkları, cerrahi hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, ana sağlığı, ruh sağlığı ve psikiyatri, yaşlı bakımı ve geriatri ve evde bakım hemşireliğini zorunlu kılmıştır (YÖK 2008). İlk yayınlandığı tarihten yaklaşık on yıl sonra toplumun sağlık gereksinimleri, sağlık bakım hizmetlerinin sunumu, sağlık politikaları ve Bologna Uyum Süreci'nde yaşanan değişimler ve Avrupa Birliği hemşirelik eğitimi kriterleri doğrultusunda HUÇEP güncellenmiştir (Tuna 2015; Türten Kaymaz ve ark. 2017).

Hemşirelik Eğitim Derneği (HEMED) çatısı altında 2011 yılında başlayan hemşirelik eğitimi akreditasyon çalışmaları, 2013 yılından günümüze kadar Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (HEPDAK) tarafından yürütülmektedir. HEPDAK 2014 yılında YÖK tarafından hemşirelik eğitimini akredite eden kuruluş olarak tanınmıştır. Hemşirelik eğitiminin sürekli iyileştirilmesini benimseyen HEPDAK, 2015 yılında hemşirelik eğitim programlarını değerlendirmeye başlamış ve günümüze kadar olan süreçte dokuz eğitim programını akredite etmiştir (HEPDAK 2019).

2.1.2. Türkiye'de Hemşirelik Eğitiminde Sayısal Göstergeler

Lisans düzeyinin altında eğitim veren hemşirelik programlarına, 1995 yılında öğrenci alımının durdurulması nedeniyle sağlık meslek liseleri üniversitelere devredilmiştir. Bu dönemde 11 olan hemşirelik eğitim programı sayısı, ani bir artışla 82'ye ulaşmıştır. Sağlık yüksekokulları adını alan bu okullarda, hemşirelik ve sağlık memurluğu programları 2007 yılında güncellenen Hemşirelik Kanunu'nun yürürlüğe girmesine kadar hemşirelik eğitimi vermeye devam etmiştir. Kanunda yapılan güncellemede erkeklere hemşireliğin kapılarının açılması nedeniyle sağlık memurluğu programları kapatılarak hemşirelik eğitim programları ile birleştirilmiş ve o dönem 88 olan hemşirelik eğitim programı sayısı, 76' ya düşmüştür (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015).

Geçen on iki yıl içinde hemşirelik eğitim programlarının sayısı yaklaşık iki kat artarak 146'ya ulaşmıştır. Örgün öğretim, ikinci öğretim, uzaktan öğretim ve açık öğretim niteliğinde olan eğitim programlarının, 108'i devlet ve 38'i vakıf üniversitelerinde yer almaktadır. Eğitim programları, ağırlıklı olarak sağlık bilimleri fakülteleri (n=97) olmak üzere sırasıyla sağlık yüksekokulları (n=31), hemşirelik fakülteleri (n=15) ve hemşirelik yüksekokulları (n=3) bünyesinde yer almaktadır. Hemşirelik lisans eğitiminin verildiği fakülteler arasında Akdeniz Üniversitesi, Ankara Üniversitesi, Atatürk Üniversitesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Ege Üniversitesi, Hacettepe Üniversitesi, İnönü Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale, Koç Üniversitesi, Mersin Üniversitesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye ve Selçuk Üniversitesi yer almaktadır (YÖK İstatistikleri 2019).

YÖK, 2018-2019 eğitim-öğretim döneminde hemşirelik programlarında öğrenim gören öğrenci sayısını 69,241 olarak bildirmektedir. 1996-1997 eğitim-öğretim döneminde 644 olan hemşirelik öğrenci kontenjanının, 2018-2019 eğitim-öğretim döneminde 17,599' a ulaştığı ve geçen zaman içinde yaklaşık 27,3 kat arttığı görülmektedir. 2018-2019 eğitim-öğretim döneminde hemşirelik lisans programlarından mezun sayısı ise 15,754 olarak belirtilmektedir. Özellikle 2012-2013 ve 2013-2014 eğitim-öğretim dönemlerinde kontenjanların on bine yakın arttırılmasın beraberinde getirdiği öğretim elemanı, derslik, klinik uygulama alanı yetersizliği ve eksikliğinin olumsuz etkileri günümüzde halen devam etmektedir (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015; YÖK İstatistikleri 2019).

1996-1997 eğitim-öğretim döneminde sayısı 226 olan eğitimci hemşirelerim %42,9'u öğretim üyesi ve %57,1'i öğretim elemanı olarak görev yapmaktadır. 2018-2019 eğitim-öğretim döneminde ise eğitimci hemşire sayısının 2423'e ulaştığı ve %51,1'inin öğretim üyesi olarak görev yaptığı görülmektedir. 2018-2019 öğretim yılında öğretim üyelerinin, 247'si profesör, 181'i doçent ve 808'i doktor öğretim üyesi unvanını taşırken, 805'i araştırma görevlisi ve 382'si öğretim görevlisi olarak öğretim elemanı kadrosunda yer almaktadır (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015; YÖK İstatistikleri 2019).

Öğrenci kontenjanların 27,3 kat artmasına karşın, öğretim üyesi sayısının 12,7 kat ve öğretim elemanı sayısının 9,2 kat artış gösterdiği sonucuna varılmaktadır. 1996-1997 eğitim-öğretim döneminde öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısı 58 iken, bu oran 2018-2019 öğretim yılında 56'ya düşmektedir. Aynı zaman diliminde toplam eğiticilerin başına düşen öğrenci sayısı 28 iken, bu oran 2018-2019 eğitim-öğretim döneminde sabit kalmaktadır (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015; YÖK İstatistikleri 2019). Yapılan bir çalışmada, YÖK'nun öğrenci alma kriteri olan alanında üç öğretim üyesi koşulunu karşılamayan eğitim programlarının oranının devlet ve vakıf üniversitelerinde benzer olduğu, okulların büyük çoğunluğunda 3-5 öğretim üyesi istihdam ettiği, on ve üzerinde öğretim üyesi bulunan programların devlet üniversitelerinde ağırlık kazandığı belirtilmektedir (Kocaman ve Arslan Yürümezoğlu 2015). Türkiye'de 2017 yılına kadar olan süreçte öğretim elemanı başına düşen öğrenci sayısının plansız ve kontrolsüz artışının nitelikli hemşire insan gücü yetiştirilmesinde bir tehdit oluşturduğu sonucundan hareketle Hemşirelik Lisans Eğitimi Çalıştayı

gerçekleştirilmiştir. Kuramsal ve laboratuvar derslerinde, ölçme ve değerlendirmede ve klinik eğitimde yaşanan sorunlar nedeniyle öğrenci kontenjanlarının bir program çerçevesinde azaltılmasına karar verilmesine rağmen günümüze kadar olan süreçte belirgin bir azalma gözlenmemiştir (YÖK 2017; YÖK İstatistikleri 2019).

Sonuç olarak; son yirmi yıl içindeki öğrenci kontenjanları ve hemşirelik programlarının artmasına rağmen mevcut eğitimci hemşireler gereksinimi karşılayamamaktadır. Öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısının fazla olması, klinik eğitim alanları ve laboratuvar imkânlarının kısıtlı ve yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin özellikle klinik uygulama konusunda eksik ve yetersiz kalması, fakülte ve yüksekokulların kaliteli ve güvenli bakım veren nitelikli mezun yetiştirilmelerinin önünde engel teşkil etmektedir.

2.1.3. Dünya'da ve Türkiye'de Hemşire Gereksinimi ve Yeni Mezunlar

Hemşire ve ebeler, sağlık bakım hizmetlerinin kaliteli ve güvenli sunumunda ve sağlık sistemlerinin güçlendirilmesinde temel rol oynamakta ve bugün dünyada yaklaşık 20,7 milyonla sağlık insan gücünün yaklaşık %50'sini oluşturmaktadır (WHO 2018). Bu nedenle hemşire ve ebelerin yetersizliğinin, sağlık bakım sistemlerini tehdit ettiği sonucuna varılabilmektedir.

DSÖ, sağlık sistemlerinin 9 milyon hemşire insan gücü ihtiyacı bulunduğunu ve hemşire ihtiyacının 2035 yılına kadar 7,6 milyona düşeceğini belirtmektedir (WHO 2019). Aynı zamanda 10 yıl içinde hemşirelerin %40'ının işten ayrılacağını öngören DSÖ, sağlık sistemlerine hemşire ve ebe yetersizliğinin önüne geçen stratejiler geliştirmeleri gerektiğini önermektedir (WHO 2018).

ABD, Çin ve Hindistan gibi büyük ülkelerde 3 milyon üzerinde olan hemşire sayısı, Gine, İzlanda ve Jamaika gibi daha küçük ülkelerde 5000'in altında seyretmektedir. Hemşire yetersizliği değerlendirilirken ülkenin sağlık sisteminin gelişmişlik düzeyi, ekonomik yapısı, demografik özellikleri ve diğer sağlık disiplinlerinin profesyonellik düzeylerinin dikkate alınması gerekmektedir (WHO 2018). Hemşire yetersizliği birçok ülkenin sağlık politikasında ilk sıralarda yer almakla birlikte en yoğun olarak Afrika ve Doğu Akdeniz bölgelerinde görülmektedir (WHO 2019). ABD'de 2026 yılına kadar hemşirelikte %15 istihdam artışı beklenmesi, İngiltere'de hemşireliğin öncelikli vize verilen meslekler arasında yer alması, Çin'de nüfus başına düşen hemşire sayısının her geçen yıl azalması, Kanada'da işten ayrılma

oranlarında artış görülmesi, Almanya'nın yabancı hemşire istihdam etmesi, Suudi Arabistan ve Birleşik Arap Emirliklerinin ekonomik durumu iyi olmasına rağmen hemşire sayısını arttıramaması ve Japonya'da yaşlı bireylerin her geçen gün artan bakımı ihtiyaçları hemşire yetersizliğinin küresel resmini ortaya koymaktadır (Tarhan 2018; Drennan ve Ross 2019; Marc ve ark. 2019). Bu durumun yanı sıra Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Norveç, Danimarka ve İsveç'in 100.000 nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayısı bakımından ilk sıralarda olduğu görülürken, 257 hemşire ve ebe sayısı ile Türkiye en son sırada yerini almaktadır (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017).

Tüm dünya ülkelerinde görülen hemşire yetersizliği, demografik, sosyal, sağlık bakım sistemi ve mesleki değişimlerden etkilenen çok yönlü bir sorun olarak nitelendirilmektedir. Nüfusun giderek yaşlanması nedeniyle toplumun bakım ihtiyaçlarının, kadınların iş hayatında etkin rol alması nedeniyle maskülen meslekleri seçme eğilimlerinin, özel sağlık hizmetlerinin kar amacı gütmesi nedeniyle düşük ücret politikaları ve değersizleşmenin, ağır iş yükü ve olumsuz çalışma koşulları nedeniyle tükenmişlik ve memnuniyetsizliğin ve medyada yansıtılan hemşirelik imajı nedeniyle toplumun olumsuz algısının artış göstermesi, mevcut hemşirelerin meslekte kalmasını ve yeni hemşirelerin istihdam edilmesini her geçen gün zorlaştırmaktadır (Drennan ve Ross 2019; Marc ve ark. 2019).

Mevcut hemşire yetersizliğine katkı veren önemli nedenlerden biri olarak iş gücü devir hızının yüksek olması gösterilmektedir (Drennan ve Ross, 2019). Bu noktada iş gücü devir hızı kavramının tanımlanması gerekmektedir. İş gücü devir hızı, genel olarak içsel ya da dışsal iş gücü hareketi olarak tanımlanmaktadır. İçsel hareket bir kurumun farklı birimleri arasındaki geçişi ifade ederken, dışsal hareket bir bireyin bir örgütten ya da meslekten tamamen ayrılması anlamına gelmektedir (Duffield ve ark. 2014). Avrupa'daki on ülkede (Belçika, Finlandiya, Almanya, Hollanda, Norveç, Polonya, İspanya, İsveç ve Birleşik Krallık) dâhiliye-cerrahi servislerinde çalışan 23.000 hemşire ile gerçekleştirilen kesitsel bir çalışmada, hemşirelerin %33'ünün önümüzdeki bir yıl içinde işlerini ve %9'unun mesleklerini değiştirme niyetinde oldukları ve meslekten ayrılmaya yönelik iş gücü devir hızının, on ülke arasında %5-17 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (Heinen ve ark. 2013). Yapılan bir derlemede iş gücü devir hızı, Yeni Zellenda'da %44,3, ABD'de %26,8, Kanada'da

%19,9 ve Avustralya'da %15,1 olarak bildirilmekte ve iş gücü devir hızının maliyeti, Avustralya yaklaşık 50.000 dolar iken ABD, Kanada ve Avustralyada 20-25 bin arasında değişmekte olduğu belirtilmektedir (Duffield ve ark. 2014). Türkiye'de üç kamu hastanesinde çalışan 791 hemşire ile gerçekleştirilen güncel bir çalışmanın sonuçları, hemşirelerin %57,5'inin örgütten ve %55,9'unun meslekten ayrılma niyeti içinde olduğunu göstermektedir (Arslan Yürümezoğlu ve ark. 2019). Tüm bulgular göz önünde bulundurulduğunda, sağlık bakım sistemi içindeki hemşirelerin işten ve meslekten ayrılma nedenlerinin çözümüne yönelik politikalar geliştirilmesinin etkili bir strateji olduğu düşünülmektedir.

DSÖ'nün tüm ülkeleri hemşirelikte insan kaynakları üzerine politikalar geliştirmeye davet etmesi ile birçok ülkenin yeni mezun insan gücü ile hemşire yetersizliği sorununu çözmeye odaklandığı görülmektedir (Drennan ve Ross 2019; Marc ve ark. 2019). Türkiye'de, mevcut hemşire gereksinimini karşılamaya yönelik ilk olarak 2011 yılında yayınlanan "Sağlıkta İnsan Kaynakları 2023 Vizyonu" raporunda, yaklaşık 100.000 olan hemşire sayısının 2023 yılına kadar 315.000'e yükselmesinin hedeflendiği ve üniversitelerde kontenjan artışına gidilmesi gerektiği belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2014). Bu durumun 2012-2013 ve 2013-2014 eğitim-öğretim döneminde hemşirelik eğitim programlarındaki aşırı kontenjan artışını açıklar ve DSÖ'nün önerisini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Yeni mezun hemşire insan gücü, hemşire yetersizliği sorununun çözümünde en etkili strateji olarak hayata geçirilmesine rağmen, yapılan çalışmalar işten ve meslekten ayrılma niyetlerinin yüksek olduğunu göstermektedir. ABD'de üç eyaletteki 97 hastanede çalışmakta olan 1464 yeni mezun hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, bir yıl içindeki iş gücü devir hızının %17 olduğu ve hastanenin kırsal bölgede konumlanması ve ileri yaşın iş gücü devir hızında etkili olduğu görülmektedir (Blegen ve ark. 2017). Çin'de 199 yeni mezunla gerçekleştirilen bir çalışma ise birebir mentörlük programına katılan yeni mezunlarda iş gücü devir hızının, katılmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir (Zhang ve ark. 2019). Kore'de gerçekleştirilen longitudinal bir çalışmada, yeni mezunlarda iş gücü devir hızının ilk yıl içinde %25 ile en yüksek düzeyde olduğu, çalışma süresi boyunca %50'sinin ilk işinden ayrıldığı ve iş gücü devri hızını erkek cinsiyet, küçük ölçekli hastanelerde çalışmak, düşük ücret almak, meslek ve işten memnuniyetsizliğin olumsuz yönde etkilediği

belirtilmektedir (Lee 2019). Japonya'da yapılan bir çalışma, yeni mezun hemşirelerin%40,9'unun ilk işlerinden ayrıldığını belirtmektedir (Ikematsua ve ark. 2019). Türkiye'de ise 2013-2014 eğitim-öğretim döneminden, 2016-2017 eğitim-öğretim dönemine kadar olan süreçte hemşirelik eğitim programlarından 32.330 mezun verildiği görülmektedir (YÖK İstatistikleri 2019). Aynı dönemler arasında sağlık bakım sisteminde istihdam edilen hemşire sayısı ise 139.544'ten 166.142'e ulaşmakta ve 26.598 kadar artış göstermektedir (Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017). Literatürde sağlık bakım sistemine giriş yapan yeni mezunlar ve ayrılan hemşire insan gücüne yönelik çalışmalara rastlanmadığından sağlık bakım sisteminde istihdam edilen ve iş ve meslekten ayrılan yeni mezun sayısı hakkında kesin bilgi verilememektedir. Mevcut hemşire insan gücünü büyütmek ve sürdürmek için politik eylemlerin tanımlanması gerektiği düşünülmektedir. Yüksek hemşire devir hızı, işe alım ve uyum süreçlerinde hemşirelerin iş yükünün artmasına sebep olmakta ve bakımın kalite ve güvenliğini olumsuz yönde etkilemektedir (Tyndall ve ark. 2018).

Sonuç olarak; Türkiye'de sağlık bakım sistemine giriş yapmayan, ilk yılında meslekten ayrılan ya da iş değiştiren yeni mezun sayısının ve bu durumlara katkı veren nedenlerin belirlenmesine yönelik ulusal nitelikli çalışmaların, mevcut hemşire yetersizliğini gidermeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir.

2.2. Hemşirelikte Geçiş Süreci

Hemşirelikte geçiş süreci başlığı altında geçiş süreci ile ilgili temel kavramlar, model ve kuramlar, etkileyen etmenler ve destekleyen stratejiler üzerinde durularak yeni mezunların deneyimleri incelenmektedir.

2.2.1. Geçiş Süreci ile İlgili Temel Kavramlar

Bir olay, durum, olgu, düşünce ya da algıdan diğerine doğru ilerledikçe bireye özgü bir yaşam tüneli oluşmaktadır. Bireyler, tünelin her parçasına bildikleri ve alışkanlıkları ile başlarken, sonunda bilinmedik olanlar ve yeni deneyimler tarafından kucaklanmaktadır. Başlangıç ve bitişlerden oluşan ardışık geçişlerin yaşamın her anını ve bütününü oluşturması, kavramın anlaşılmasını önemli kılmaktadır.

Geçiş kavramı, Türk Dil Kurumu Sözlüğünde ''geçme işi, herhangi bir durumdaki değişme, intikal'' olarak tanımlanırken (TDK 2019), İngilizce karşılığı olan

‘’transition’’ Qxford İngilizce Dil Sözlüğünde bir durum ya da olaydan diğerine doğru olan değişim süreci ya da dönemi’’ anlamını taşımaktadır (Oxford English Dictionary 2019). Fizik, kimya, coğrafya, sağlık, antropoloji, dil bilimi, müzik ve resim alanlarında ayrıca tanımlanan kavramın, zengin bir anlam içeriği bulunmasına rağmen tüm disiplinler bir değişim sürecini içerdiğini kabul etmektedir (TDK 2019; Oxford English Dictionary 2019).

Hemşirelik disiplininde yapılan tanımlarda ise geçiş kavramı, süreç, kapsam ve algı unsurlarını benimseyerek bir yaşam evresi, durum ya da olaydan diğerine uzanmak (Chick ve Meleis 1986) ve zaman içinde gerçekleşen ve evrelerden oluşan bir süreç (Schumacher ve Meleis 1994) olarak ifade edilmektedir. Bir başka tanıma göre geçiş, genellikle amaç, rol ve sorumluluklardaki önemli değişimler konusunda bir durumdan diğerine geçme sürecini ifade etmektedir (Duchscher 2009). Kavramın İngilizce tanımlarında başlangıç ve bitiş noktası olan bir süreç anlamı, anlaşılır olmasına rağmen Türkçe tanımlarında açık ve net bir şekilde anlaşılamamaktadır. Bu nedenle araştırmada geçiş kavramı, süreç sözcüğü ile nitelendirilerek ‘’geçiş süreci’’ şeklinde ifade edilmektedir.

Hemşirelik mesleği bağlamında yapılan geçiş kavramı tanımları incelendiğinde; diğer disiplinlerdeki tanımlarla benzer şekilde bünyesinde değişim kavramını barındırdığı görülmektedir. Türk Dil Kurumu Sözlüğüne göre değişim kavramı, ‘’bir zaman dilimi içindeki değişikliklerin bütünü, değişme’’ olarak tanımlanmaktadır (TDK 2019). Koçel’e göre (2010) değişim, somut olan objelerin mevcut yerlerini değiştirmekten bilgi, beceri ya da tutumların mevcut durum ve koşullardan yeni durum ve koşullara getirilmesine kadar geniş bir yelpazedeki her türlü başkalaşımı kapsamaktadır (Koçel 2010). Dolayısıyla değişim kavramının süreklilik ve başkalaşım anlamını içermesi, geçiş süreci kavramının anlamını zenginleştirmektedir.

Hemşirelik alanyazınında geçiş süreci, bireyin mevcut sosyal düzeninden ayrılması, yeni ortama geçici bir yabancılık hissetmesi, karşılanması gereken yeni ihtiyaçların ortaya çıkması ve mevcut beklentilerinin yenileriyle yer değiştirmesi ile karakterize olmaktadır (Al-Yateem ve Docherty 2015). Türk Dil Kurumu Sözlüğünde ‘’toplumsallaştırma’’ olarak tanımlanan sosyalizasyon kavramı, yukarıda tanımlanan süreci nitelendirmektedir (TDK 2019). Geçiş süreci bağlamında sosyalizasyon kavramı, bir durumdan başka bir duruma geçiş bireylerin içinde bulunduğu role yönelik

kendinden beklenilenleri öğrendiği ve sonrasında bu beklentiler konusunda yetkin olduğu etkileşimli bir süreç olarak kabul edilmektedir (Shinyashiki ve ark. 2006).

Sonuç olarak; hemşirelikte geçiş süreci kavramının anlamında değişim ve sosyalizasyon kavramları da yer almaktadır. Tünelin bir ucundan diğer ucuna doğru sürecin her evresinde ilerleyen hemşirelik mesleği üyelerinin, değişen durum ve koşullara psikolojik ve sosyal yönden uyum sağlamaları beklenmektedir.

2.2.2. Hemşirelikte Geçiş Süreci ve Önemi

Son yirmi yılda sağlık bakım sistemlerinde kaliteli ve güvenli hizmet sunumunun, küresel bir zorunluluk haline gelmesi ile birlikte hemşirelik fakülte ve yüksekokullarından nitelikli mezun vermeleri, sağlık kurum ve kuruluşlarından ise nitelikli hemşire istihdam etmeleri beklenmektedir (Gallen ve ark. 2019; Letourneau ve McCurry 2019; Rush ve ark 2019). Bu duruma karşın akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasındaki derin uçurum, nitelikli mezun vermenin ve hemşire istihdam etmenin önüne geçmektedir.

Hemşirelik mesleği, bir tarafta akademik dünyanın öğretileri diğer tarafta sağlık bakım sisteminin beklentileri ve bu ikisi arasındaki derin uçurum üzerine konumlanmaktadır. Akademik dünyanın içinde rol alan hemşireler, sağlık bakım sisteminin içinde hizmet vermeden mesleğin gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumları hemşirelik öğrencilerine kazandırmaya çalışmaktadır. Dolayısıyla hem sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarının nabzını tutulamamakta, hem de bilimsel bilgiler hemşirelik karar ve uygulamalarına yansıtılamamaktadır. Sağlık bakım sisteminin içinde rol alan hemşireler ise akademik dünyada üretilen bilimsel bilgilerden haberdar olmamakla birlikte hemşirelik karar ve uygulamalarından vazgeçip, sadece sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamaya çalışmaktadır. Akademik dünyanın öğretilerine, sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçları yansımadıkça ve akademik dünyada üretilen bilimsel bilgiler ışığında sağlık bakım sisteminde mesleki karar ve uygulamalar gerçekleştirilmedikçe, aradaki uçurum her geçen gün derinliğini arttırmaktadır (Yıldırım 2014).

Meslek adayları, öğrenim süreci boyunca kuramsal derslerde akademik dünyayı, uygulamalı derslerde ise sağlık bakım sistemini tanımaktadır. Ancak kendini akademik dünyaya daha ait hissederken, sağlık bakım sistemin içinde misafir olarak kabul etmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalarını değerlendirdikleri

çalışmalarda, öğrenim süreçlerinin desteklenmediğini ve öğretim elemanının klinik uygulama alanında etkin rol almadığını belirtmektedir (Dikmen Aydın ve ark. 2017; Polat ve ark. 2018). Meslek adayının öğrencilik rolünde olması ve eğitimci hemşirelerin klinik uygulama alanında var olmaması nedeniyle öğrencilerin klinik uygulama alanlarında etkin olmadığı ve sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçları ile tanışamadığı düşünülmektedir.

Öğrenim süresinin sonuna gelen hemşirelik öğrencisi, yasal ve mesleki gereklilikleri tamamlayarak yeni mezun adını almakta ve çok iyi bildiği öğrencilik rolü ve akademik dünyadan ayrılarak, daha az bildiği mesleki rolüne ve sağlık bakım sistemine geçiş yapmaktadır. Ancak beklenti ve ihtiyaçları birbirinden farklı olan bu iki dünya arasındaki geçiş süreci, yeni mezunlar için fiziksel, duygusal ve sosyal yönlerden önemli bir yük oluşturmaktadır (Kim ve Yeo 2019). Hemşirelik eğitiminin, mesleğin gerçekleri ile uyuşmayan bilgi, beceri ve tutumları kazandırdığını öne süren Kramer tarafından (1974) bu durum, gerçeklik şoku olarak adlandırılmakta ve yeni mezunun yeni görev, yetki ve sorumluluklar ile karşılaştığında beklemedikleri ve istemediklerine yönelik verdiği fiziksel, duygusal ve sosyal yanıt olarak tanımlanmaktadır (Kramer 1974). Yaklaşık yarım yüzyıl önce yeni mezun hemşirelerin geçiş süreci ile ilgili sorunlar olduğunu ortaya koyan Kramer'in çalışması, günümüzde halen geçerliliğini korumaktadır (Duchscher 2009).

Kramer'in çalışmasının kavramsallaştırılmasıyla daha yakın bir dönemde Duchscher (2009) tarafından geliştirilen geçiş şoku modeli, hemşirelik eğitim programlarının öğrencileri mesleğin gerçekliklerine hazırlamadığını ve akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasında uyuşmadığını savunmaktadır. Geçiş şoku, yeni mezunların mesleki ve kişisel yaşamlarında değişen bilgi düzeyi, ilişkiler, rol ve sorumluluklara fiziksel, duygusal, sosyogelişimsel ve entellektüel bir uyum süreci olarak tanımlanmakta ve mesleki yaşamın ilk 3-4 ayını yansıtmaktadır (Duchscher 2009).

Farklı eğitim sistemleri ve çalışma ortamlarına rağmen Çin, Filipinler, İran, Güney Kore, Japonya, Kanada, ABD, Avustralya, Suudi Arabistan, Birleşik Krallık, Umman, Tayvan, İngiltere ve Türkiye'de dahil olmak üzere farklı coğrafyalarda yapılan çalışmalarda, yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama geçişlerinin zorlu bir süreç olduğu belirtilmektedir (Taştan ve ark. 2013; Tei-Tominaga 2013; Cheng ve ark. 2014;

Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Sönmez ve Yıldırım 2016; Whitehead ve ark. 2016; Regan ve ark. 2017; Zhang ve ark. 2017; Yu ve Lee 2018; Labrague ve ark. 2019a; Rainbow ve Steege 2019). Aynı zamanda yeni mezunların geçiş şokunu farklı düzeylerde deneyimlediği ve korku, isteksizlik, özgüven eksikliği, hayal kırıklığı, kafa karışıklığı, soyutlanma, anksiyete, stres, baskı ve tükenmişlik gibi olumsuz duygular hissettikleri belirtmektedir (Bjerknes ve Bjork 2012; Taştan ve ark. 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Flinkman ve Salantera 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Hooper ve ark. 2016; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Hu ve ark. 2017; Walker ve ark 2017; DeGrande ve ark. 2018; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a; Murray ve ark. 2019; Rainbow ve Steege, 2019). Tüm bu olumsuz duyguların yanı sıra yeni mezunların, öğrenme heyecanı ve deneyim kazanma isteği duymaya devam ettiğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Bjerknes ve Bjork 2012; Ortiz 2016; DeGrande ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a)

Farklı bir dünya içinde yeni görev, yetki ve sorumluluklarına uyum sağlamaya çalışan yeni mezunların mesleki, sosyal ve duygusal yönlerden güçlendirilmesi gerekmektedir (Parker ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Ortiz 2016; Hussein ve ark. 2017; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a). Yapılan çalışmalar, yeni mezunların mesleki açıdan etkili iletişim ve ilişki kurabilme, sağlıklı/hasta birey değerlendirme, beklenmeyen ve acil gereksinimlere yanıt verebilme, zaman yönetimi, iş yükünü yönetebilme, bakım gereksinimlerini önceliklendirebilme, politika ve prosedürleri uygulayabilme ve karmaşık mesleki karar ve uygulamaları gerçekleştirmede yetersiz olduğunu göstermektedir (Bjerknes ve Bjork 2012; Theisen ve Sandau 2013; Parker ve ark. 2014; Freeling ve Parker 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Lee ve ark. 2019a; Murray ve ark. 2019). Sosyal açıdan ise çalışma yaşamı, meslek ve birimin kültürüne uyum sağlayabilme ve deneyimli ve yönetici hemşirelerle ilişki kurabilme konularında desteğe gereksinim duyduğu belirtilmektedir (Parker ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Hooper ve ark. 2016; Ortiz ve ark. 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Ikematsua ve ark. 2019; Labrague ve ark. 2019a; Liang ve ark. 2018). Aynı zamanda yeni mezunlar, sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları tarafından anlaşılabilme, cesaretlendirilme, onaylanma, desteklenme ve kabullenilme konularında duygusal desteğe gereksinim

duymaktadır (Bjerknes ve Bjork 2012; Parker ve ark. 2014; Flinkman ve Salantera 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Ortiz 2016; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a).

Yeni mezunlar geçiş sürecinde fakülte ve yüksekokullar ya da sağlık kurum ve kuruluşları tarafından düzenlenen yapılandırılmış eğitim programları ile desteklenmektedir. Son dönemlerde yapılan çalışmalar, akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasında köprü görevi gören bu programların, yeni mezunların mesleki yaşama geçiş sürecini kolaylaştırdığını ve iş gücü devir hızını azalttığını göstermektedir (Phoenix Bittner ve ark. 2017; Charette ve ark. 2019; Hussein ve ark. 2019; Rush ve ark. 2019; Zhang ve ark. 2019).

İlgili alanyazında, yeni mezunların geçiş sürecindeki olumsuz deneyimlerinin işgücü devir hızını ve işten ayrılma niyetini arttırdığını (Laschinger ve ark. 2012a; Wu ve ark. 2012; Tei-Tominaga 2013; Cheng ve ark. 2014; D'Ambra ve Andrews 2014; Ishihara ve ark. 2014; Laschinger ve Fida 2014b; Flinkman ve Salantara 2015; Boamah ve Laschinger 2016; Yu ve Kang 2016; Fallatah ve ark. 2017; Zhang ve ark. 2017; Yu ve Lee 2018; Dwyer ve ark. 2019; Hussein ve ark. 2019), bakımın kalite ve güvenliğini tehdit ettiğini (Laschinger ve Fida 2015; Boamah ve ark. 2017; Murray ve ark. 2019), iş ve meslekten memnuniyet düzeylerini azalttığını (Laschinger 2012; Walker ve Campbell 2013; Cheng ve ark. 2015; Hu ve ark. 2015; Read ve Laschinger 2015; Bontrager ve ark. 2016; Kenny ve ark. 2016; Laschinger ve ark. 2016) ve fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkilediğini (Rudman ve Gustavsso 2011; Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve Nosko 2015; Laschinger ve ark. 2019) gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Sonuç olarak; yeni mezun hemşirelerin öğrencilik rolünden mesleki rolüne geçiş süreci, bilgi, beceri ve tutumlarının yanı sıra mesleki ve kariyer gelişiminde önemli rol oynamaktadır (Al-Awaisi ve ark., 2015). Yeni mezun hemşirelerin olumlu bir geçiş süreci deneyimlemeleri, mevcut hemşire yetersizliğinin önüne geçilmesi, maliyetlerin azalması, kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmeti sunulması ve olumlu çalışma ortamlarının oluşturulması bakımından önemlidir. Bu nedenle geçiş süreci aşamalarının anlaşılması, yeni mezunların deneyimlerinin incelenmesi, geçiş süreci etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve geçiş sürecini destekleyen stratejilerin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

2.2.3. Hemşirelikte Geçiş Süreci ile İlgili Kuram ve Modeller

Hemşirelikte geçiş süreci ile ilgili kuram ve modellere arasında Kramer'in sosyalizasyon kuramı, Benner'in acemilikten uzmanlığa modeli, Meleis ve arkadaşlarının geçiş kuramı, Duchscher'ın geçiş evreleri kuramı ve Duchscher'ın geçiş şoku modeli incelenmektedir.

2.2.3.1. Kramer'in Sosyalizasyon Kuramı

Marlene Kramer 1974 yılında yayımlanan ''Gerçeklik Şoku: Hemşireler Neden Hemşireliği Bırakıyor?'' isimli kitabında, yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama uyum sürecindeki evreleri tanımlamaktadır. Kramer'in sosyalizasyon kuramı, yeni mezunların sırasıyla balayı, şok, iyileşme ve çözüm evrelerinden geçerek mesleki yaşama uyum sağladıklarını ileri sürmektedir (Kramer 1974; Sparacino 2016).

Balayı evresinde heyecan ve heves içinde olan yeni mezunlar, mesleki bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmeye ve kişilerarası ilişkiler kurmaya odaklandıklarından sağlık bakım sistemine pembe gözlüklerle bakmakta, mesleki yaşamın tüm yönlerini keşfetmeye çalışmakta ve zaman zaman olası bir şekilde eksik ya da yetersiz kalmaktadır. Mesleki uyum sürecinin bir an önce tamamlanmasını bekleyen meslektaşları ve diğer sağlık ekibi üyeleri tarafından desteklenen yeni mezunlar, kendilerini akademik dünyada hissetmekte ve akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasında var olan uyuşmazlığı görememektedir (Kramer ve Schmalenberg 1977; Sparacino 2016). Deneyimlediği hemşireliğin zihnindekinden farklı olduğunu algılayarak memnuniyetsizlik hissetmesi ile şok evresinin ilk sinyallerini almasına rağmen, yeni mezun uyum sağlama çabasına devam etmektedir (Kramer 1974).

Şok evresinde, yeni mezunların meslektaşları ve diğer sağlık ekibi üyeleri tarafından desteklenme süreci tamamlanmaktadır. Akademik dünyanın sinyallerini artık alamayan yeni mezun, artık kendisini değiştirmeye ve dönüştürmeye çalışan sağlık bakım sisteminin gerçekliğini görmezden gelememektedir. Yeni mezun ideallerine ulaşmada engellerle karşılaştığında, kendisini eksik ya da yetersiz hissettiğinde ve sağlık bakım sistemin gerektirdiklerini yapmak zorunda kaldığında şok evresini yaşamaya başlamaktadır (Kramer 1974; Sparacino 2016). Bu evrenin ahlaki öfkelenme, yorgunluk, algısal bozulma ve reddetme olmak üzere dört önemli özelliği bulunmaktadır. Ahlaki öfkelenme, olay ya da durumlar olması gerektiği gibi gerçekleşmediğinde yaşanan öfke olarak tanımlanırken, reddetme akademik dünyadaki

değerleri ya da sağlık bakım sisteminin beklentilerini kabul etmeme anlamı taşımaktadır (Kramer ve Schmalenberg 1977). Şok evresindeki algısal bozulma, her şeyin olumsuz algılanmasına neden olduğundan sıklıkla depresyonla sonuçlanmaktadır. Şok evresinde aşırı duygusal tepkiler yaşanmakta, tıbbi hatalar görülmekte ve birim ya da kurum değişikliği ya da meslekten ayrılma gerçekleşebilmektedir. Şok evresi zaman içinde sona ermekte ve iyileşme ve çözülme evreleri başlamaktadır (Kramer 1974).

İyileşme evresi, yeni mezunun sağlık bakım sistemi ve hemşireliği daha gerçekçi değerlendirmesi ve duygularının normale dönmesi ile başlamaktadır. Gerginlik ve endişe düzeyi azalan yeni mezun, diğerlerinin düşünce ve tepkilerini öngörebilme ve birden fazla bakış açısını fark edebilme becerisi ile artık yeni bir denge yakalamaktadır. İyileşme evresi, yeni mezunun önceki bakış açıları ve stratejilerinin işe yaramadığını ve yenilerinin üretilmesi gerektiğini fark etmesi nedeniyle, gerçeklik şokunun işlevsel bir şekilde çözümüne imkân sağlamaktadır (Kramer ve Schmalenberg 1977).

Çözüm evresinde, gerçeklik şoku işlevsel ve işlevsel olmayan yollarla çözülebilmektedir. Yeni mezunun düşük başarım göstererek mesleki karar ve uygulama süreçlerine katılımını sınırlandırması, elverişli çalışma koşullarına sahip olabilmek için sık sık kurum değiştirmesi, mesleği tamamen bırakarak yeni bir kariyere başlaması işlevsel olmayan çözüm seçenekleri arasında yer almaktadır. İşlevsel çözüm seçenekleri, yeni mezunun akademik dünyadan elde ettiği ve mesleki yaşamda deneyimlediği inanç, değer ve tutumları bütünleştirme imkânı sağlamaktadır. Yeni mezunun akademik dünyadan elde ettikleri ile mesleki yaşamın gerçeklerinin bütünleşmesini sağlayan çift kültürlü bir uyarlamanın en işlevsel çözüm olduğu belirtilmektedir (Kramer 1974).

2.2.3.2. Benner'in Acemilikten Uzmanlığa Modeli

Patricia Benner'in ilk olarak 1982 yılında yayımlanan Acemilikten Uzmanlığa Modeli, zaman içinde mesleki açıdan uzmanlığı gelişen hemşire kavramı üzerinde durmaktadır. Bu model, Dreyfus'un Beceri Edinme Modeli'nin uyarlaması olup mesleki karar ve uygulamalarını farklı seviyelerde gerçekleştiren hemşirelerin, öğrenme ihtiyaçlarını ve başarım özelliklerini tanımlamaktadır (Benner 1982; Sparacino 2016).

Dreyfus'un Beceri Edinme Modeli, pilotların acil durum ve koşullarda gösterdikleri başarımların incelenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Hem havayolu endüstrisi hem de sağlık bakım sisteminde görev alan profesyonellerden, her daim

güvenli uygulama yapmaları, meydana gelen acil durumları yetkin bir şekilde yönetmeleri ve herkes için en iyi olan sonucu elde etmeleri beklenmektedir. Dreyfus'un Beceri Edinme Modeli'nde, öğrenmenin deneyimsel olduğu ve başarımın bireylerin karşılaştığı/yetiştirildiği durum ve koşullarla yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Dreyfus'un modeli, bir becerinin geliştirilmesinde bireyin acemi, yeterli, yetkin, usta ve uzman olmak üzere beş seviyeden geçmesi gerektiği ileri sürmektedir (Dreyfus ve Dreyfus 1980). Bu öğrenme ve beceri geliştirme yaklaşımı, ''Acemilikten Uzmanlığa'' adı ile Benner tarafından hemşireliğe uyarlanan bir model olarak alanyazındaki yerini almaktadır (Benner 1982).

Benner acemilikten uzmanlığa giden yolun; acemilik, deneyimli acemilik, yetkinlik, ustalık ve uzmanlık olmak üzere beş seviyeden oluştuğunu ve bu seviyeler boyunca ilerledikçe başarım düzeyinin değişmekte olduğunu savunmaktadır (Benner 1982).

Birinci seviyede, mesleki karar ve uygulamalarda deneyime sahip olmayan acemi hemşireler olarak hemşirelik öğrencileri yer almaktadır. Görevlerin yerine getirilmesinde kuramsal bilgiye odaklanan acemi hemşireler, öz güven düzeyleri düşük ve tıbbi hata eğilimleri yüksek olması nedeniyle klinik uygulama rehberleri ve kurallar çerçevesinde hareket etmektedir. Bu nedenle başarımın değerlendirilmesinde kurallara ihtiyaç duyulması, bu seviyenin en karakteristik özelliği olarak nitelendirilmektedir. Bakım süreci, sürekli fiziksel ve sözel ipuçları ile uzun bir zaman diliminde tamamlanmaktadır. Acemiler, somut bir deneyim elde ettikten sonra deneyimli acemilik seviyesine geçmektedir (Benner 1982).

İkinci seviyede mesleki karar ve uygulamalara yönelik kabul edilebilir bir deneyime sahip olan deneyimli acemi hemşireler olarak yeni mezun hemşireler yer almaktadır. Görevlerin tamamlanmasına odaklanan deneyimli acemi hemşireler, mesleki karar ve uygulamalara yönelik kabul edilebilir bir başarım göstermelerine rağmen klinik uygulama rehberleri ve kurallar çerçevesinde hareket etmeye devam etmektedir. Önemli ve önemsizi ayırt edemedikleri için bakım gereksinimlerini önceliklendirmede desteğe ihtiyaç duymaktadır. Görevleri yerine getirirken ve öğrenirken yaşanılan anksiyete ve stres, bu seviyenin özellikleri arasında yer almaktadır. Bakım süreci, aralıklı ve destekleyici ipuçları ile gecikmiş bir zaman dilimi

içinde tamamlanmaktadır. Sürekli uygulama ile beklenen başarımı gösteren deneyimli acemi hemşire, yetkinlik seviyesine geçmektedir (Benner 1982).

Yetkinlik, aynı ya da benzer durumlarda iki ya da üç yıldır deneyimli hemşireler tarafından gösterilmektedir. Üçüncü seviyede yer alan yetkin bir hemşire, mesleki karar ve uygulamalarda etkili olmakta, eşgüdümü sağlamakta ve kendine güvenmektedir. Önemli ve önemsizi ayırt edebilmekte, zamanı yönetebilmekte ve örgütsel verimliliğe odaklanmaktadır. Yetkin hemşire, herhangi bir sorunun çözümüne yönelik etkili ve bilinçli bir plan geliştirebilmektedir. Bu beceri seviyesinin temel özelliği olan planlama, örgütün verimliliğe ulaşmasına yardımcı olmaktadır. Bakım süreci, destekleyici ipuçları olmaksızın uygun bir zaman diliminde tamamlanmaktadır (Benner 1982).

Dördüncü seviyede yer alan usta hemşire, durum ve koşulları bir bütün olarak anlamakta, kavramakta ve planlamaktadır. Usta hemşire, belirli bir durum karşısında gerçekleşmesi beklenen olayları ve bu olaylara yönelik geliştirilmesi gereken planları deneyimlerinden yararlanarak belirlemektedir. Analitik düşünmekte ve daha az seçenek değerlendirerek sorunun doğru bölgesine odaklanmaktadır. Sezgilerinin duygulara değil deneyimlere dayalı olması, bu seviyenin en karakteristik özelliği olarak belirtilmektedir. Önemli ve önemsizin ayırımını kolaylıkla sağlayan bu bütünsel anlayış, usta hemşirenin karar verme sürecini kolaylaştırmaktadır (Benner 1982).

Beşinci seviyedeki uzman hemşire, etkisiz tanı ve çözümler üzerinde zaman kaybetmeden sorunun içinde yer alan tüm durum ve olguları sezgisel olarak kavrayabilme becerisine sahip bireyler olarak tanımlanmaktadır. Doğru ve zamanında yanıt verebilme, resmin bütünün görebilme, önsezileri kullanabilme ve analitik düşünebilme uzman hemşirenin özellikleri arasında yer almaktadır. Sabit olmayan, esnek ve yüksek düzeyde yetkinlik içeren başarım sergilemektedir (Benner 1982).

2.2.3.3. Geçiş Kuramı

Meleis ve arkadaşları (2000) tarafından geliştirilen ve mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik bir çerçeve sunan kuram, geçişlerin niteliği, geçiş koşulları, yanıt kalıpları ve hemşirelik terapötikleri olmak üzere dört bileşen bulunmaktadır (Meleis ve ark. 2000).

Geçişlerin niteliği; türler, kalıplar ve özellikler olmak üzere üç alt gruba ayrılmaktadır. Geçiş türleri; gelişimsel, durumsal, sağlıkla ilgili ve örgütsel olarak

sınıflandırılmaktadır. Rol değişikliği, bilgi edinme ve sosyalizasyonu içermesi nedeniyle mesleki yaşama geçiş süreci, gelişimsel ve durumsal olarak nitelendirilmektedir. Geçiş kalıpları, mesleki yaşama geçiş süreci ile ilişki ya da ilişkisiz olabilmekte ancak eş zamanlı gerçekleşen başka bir yere taşınma, finansal sorumluluk üstlenme, evlenme ve kişilerarası ilişki ve destekleri kaybetme gibi olay ve durumlar yer almaktadır. Geçiş özellikleri arasında farkındalık, katılım, değişim ve farklılık yer almaktadır. Yeni mezunların bir kısmı yeni yaşamlarına istekli bir şekilde başlarken, diğer kısmı mesleki yaşama geçişe hazır olamadığını düşünerek katılım göstermemektedir. Mesleği kabul etme, ekonomik kazanımlar ve mezuniyet öncesi geçişe hazırlık yeni mezunun geçiş sürecine aktif katılımını göstermektedir. Değişim, bir yerden başka bir yere taşınma ile fiziksel olarak gerçekleşirken, akademik dünyada geliştirilen ilişki ve destekleri kaybetme ile duygusal olabileceği gibi yeni bir çalışma ortamındaki prosedür ve protokoller konusunda kazanılan deneyim ile bilişsel nitelik kazanmaktadır. Geçiş süreci, yeni ve farklı bir gerçeklik ya da bir kimlik dengelendiğinden her yeni mezun için geçiş sürecinde gereken zaman birbirinden farklılık göstermektedir (Meleis ve ark. 2000).

Bireysel, toplumsal ve sosyal koşullar ile hemşirelikle ilgili kişisel inanç ve tutumlar geçiş sürecini etkilemektedir. İşverenleri ziyaret etmek, mesleki uygulamalar ile ilgili literatürü okumak, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinden kariyer tavsiyesi almak olarak geliştirilen beklenti hazırlığı, geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır. Mezuniyet öncesi etkileşim ve rol modeller aracılığıyla yeni mezunların deneyimlerine göre geçiş süreci kolaylaşmakta ya da zorlaşmaktadır. Mezuniyet sonrası finansal kaynak ve desteklerin yetersizliği, hemşirelik kariyerinde ilerlemeyi sağlayan bir etmen olarak görülmektedir (Meleis ve ark. 2000).

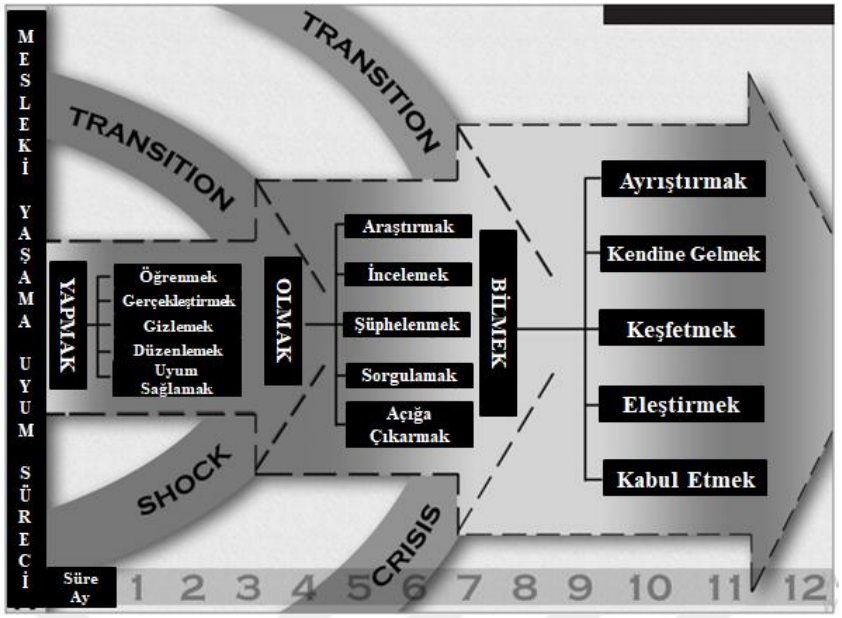
Yanıt kalıpları, olumlu bir geçiş sürecine yönelik gösterge ve sonuçları içermektedir. Süreç göstergeleri arasında bağlılık hissetmek, etkileşim kurmak, konumlanmak ve sonunda güven ve başa çıkmak yer almaktadır. Geçiş sürecinde bağlılık ve etkileşim kurmak, yeni mezunun işyeri kültürü konusunda bilgilenmesini sağlayan yeni ilişkilerin kurulmasını içermektedir. Yeni iş arkadaşları ile etkileşimde bulunmak, yeni mezunlara çalışma ortamı içinde bir meslek olarak hemşirelik ve bakım ile ilgili anlamlar kazandırmaktadır. Mezuniyet öncesi ve sonrasındaki deneyim, sorumluluk, beklenti ve yaşam tarzını karşılaştıran yeni mezun, geçiş sürecinde

bulunduğu noktayı anlayarak kendini konumlandırmaktadır. Akranlar, meslektaşlar ve aileden desteği ile birlikte yeni mezunların, öz güven düzeyi ve başa çıkma becerileri gelişmekte ve mesleki yaşama geçiş süreci kolaylaşmaktadır. Yeni mezunlarda bu gelişmelerin olmaması geçiş sürecinin yavaşlamasına ve durmasına neden olarak, işten ve meslekten ayrılma oranlarını arttırmaktadır. Bir geçiş sürecinin sağlıklı veya başarılı olarak nitelendirilebilmesi için yeni mezunun bir hemşirenin gereken bilgi, beceri ve tutumlara sahip olduğunu kanıtlaması gerekmektedir. Bu nedenle uygun bir iş yükünü yönetmek, görevleri zamanında yerine getirmek ve diğer sağlık ekibi üyeleri ile etkili bir şekilde iletişim kurmanın yanı sıra finansal, ilişkisel ve ekonomik yönlerden de başarım göstermesi gerekmektedir. Yeni mezunun akademik dünyadan elde ettikleri ile sağlık bakım sisteminin beklenti ve ihtiyaçlarını bütünleştirmesi, zaman gerektiğinden ustalığa daha sonra geçmesi beklenmektedir. Geçiş sürecinde ilerledikçe, yeni mezunda yeni bir kimlik ortaya çıkmakta ve bilgi, özgüven ve başa çıkma düzeyi gelişmesi ile birlikte bu kimlik değişken ve dinamik kalmaya devam etmektedir. Sonuçta mezuniyet öncesi ve sonrası bilgi, beceri ve tutumları bütünleştiren bir kimlik ortaya çıkmaktadır (Meleis ve ark. 2000).

Hemşirelik terapötikleri, geçiş sürecini hedef alan ve deneyimli hemşireler tarafından geliştirilen ve uygulanan hemşirelik girişimlerinden oluşmaktadır. Mesleki yaşama geçişin karmaşık doğası, tüm süreci kapsayan girişimlerin geliştirilmesini gerektirmektedir. Bu girişimler resmi hemşirelik eğitim programının ötesinde yeni mezunların mesleki yaşama geçiş sürecini kolaylaştıran eğitimler, programlar ve klinik deneyimleri içermektedir. Geçiş programları, akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasındaki etkili işbirliğinin en güzel örnekleri arasında yer almaktadır (Meleis ve ark. 2000).

2.2.3.4. Duchscher'ın Geçiş Evreleri Kuramı

Judy E. Boychuk Duchscher (2008) tarafından geliştirilen bu kuramda, mesleki yaşama geçiş sürecinin ilk yılında yeni mezun hemşirenin yapmak, olmak ve bilmek aşamalarından geçtiği savunulmaktadır (Duchscher 2008). Şekil 2.1.'de geçiş evreleri kuramı gösterilmektedir.



Şekil 2-1: Geçiş Evreleri Kuramı

Mesleki yaşama geçiş sürecindeki ilk 3-4 ayı kapsayan ‘’yapmak’’ evresinde, öğrenme, gerçekleştirme, gizleme, düzenleme ve uyum sağlama süreçlerinde ilerleyen yeni mezunların değişen sıklık, şiddet ve dalgalanmalarla en fazla duyguları ön plana çıkmaktadır. Hemşire olmak konusunda idealist ve istekli olan yeni mezunlar, her şeyin bekledikleri gibi olmadığı keşfettiklerinde, öğrenme ve öğrendiklerini gerçekleştirme endişesine girmektedir. Bu endişe ile birlikte yeni mezunlar, kendinden beklenileni anlamaya ve görevlerini doğru bir şekilde ve zamanında tamamlamaya odaklanmaktadır. Görevlerini unuttuklarında ya da yanlış yaptıklarında cezalandırılan ya da vardiya sonrası telefonla aranılan meslektaşlarının anlattıkları hikâyeler ile odaklanma daha belirgin hale gelmektedir. Ait olma ihtiyaçlarının yanı sıra kime güven duyması ve kim tarafından yönlendirilmesi gerektiği konusunda emin olamayan yeni mezunlar, yetersiz ya da eksik kaldıkları yön ve duygularını meslektaşlarından gizlemek için büyük çaba sarf etmektedir. Mesleki kimliği ve öz güveni sarsılan yeni mezunlar, neredeyse her zaman stres, hayal kırıklığı ve güçsüzlük hissetmekte ev kendilerini, yeni yaşam biçimine, hemşirelik kültürüne, meslektaş ve diğer sağlık ekibi üyelerine göre uyarlamaya çalışmaktadır (Duchscher 2008).

Mesleki yaşama geçişin sonraki 4-5 ayını kapsayan ‘’olmak’’ evresinde, araştırma, inceleme, şüphelenme, sorgulama ve açığa çıkarma süreçlerinde ilerleyen yeni mezunların bilgi, beceri ve tutumlarında kayda değer gelişme göstermektedir. Yeni

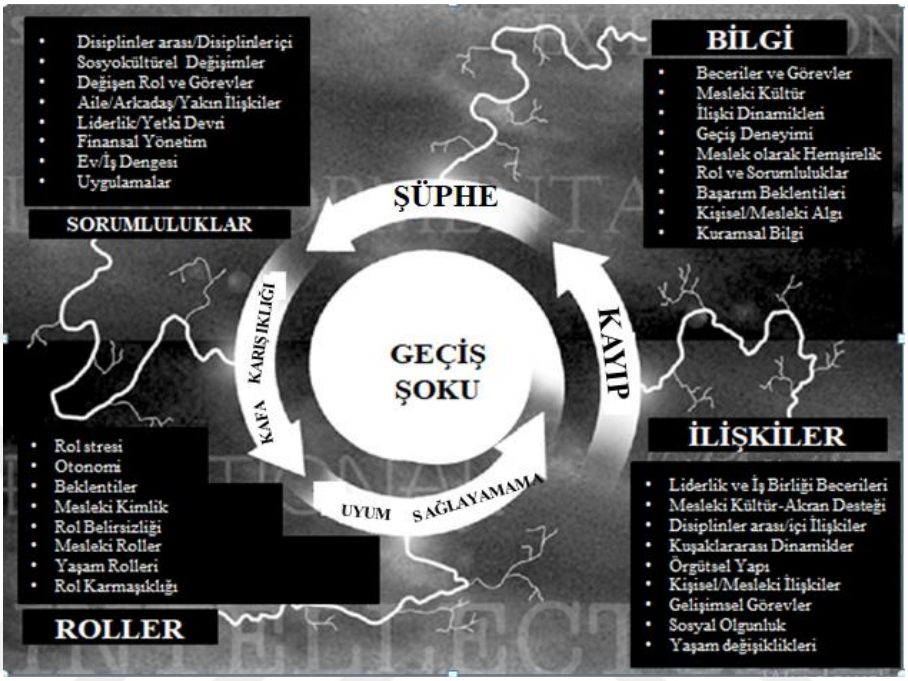
mezunlar mesleki kimliklerini ön planda tutarak sağlık bakım sistemindeki tutarsızlık ve yetersizlikleri açığa vurmaktadır. İlk evredeki hayal kırıklığına, bu evrede kararsızlık, öfke ve kafa karışıklığı eşlik etmektedir. Yeni mezunların çoğu kişisel yaşamı ile mesleki yaşamını ayrı tutmaya çalışmakta ve meslektaşları ile arasına mesafe koymaya çalışmaktadır. Profesyonel olarak farkındalığın artması, hemşirelik rollerinin araştırılması ve kişisel ve mesleki yaşam arasında dengenin bulunmaya çalışılması bu evrenin temel özellikleri arasında yer almaktadır. Yeni mezunlar mesleki rol ve sorumlulukları kolaylıkla gerçekleştirmeye başlamakta, hemşirelik ve tıbbi girişimlerin altında yatan nedenleri sorgulamakta ve sağlık bakım sisteminin etkinliğini incelemeye başlamaktadır (Duchscher 2008).

Üçüncü ve sonuncu olan ‘’bilmek’’ evresinde, yeni mezunlar ayrıştırma, kendine gelme, keşfetme, eleştirme ve kabul etme süreçlerinde ilerlerken, odak noktaları kendilerinden sağlıklı/hasta bireyin bütününe ve sağlık bakım sistemine doğru kaymaktadır. Yeni mezunlar soru sormak yerine soruları cevaplarken ve kendininkinin yanı sıra meslektaşlarının iş yükünü yönetirken kendilerini bulduklarında geçiş sürecindeki gelişimini kabul etmektedir. Durum ve olaylara yaklaşımı önceki evrelere benzer nitelikte olan yeni mezunlar, bu evrede farklı baş etme mekanizmaları geliştirmektedir. Kısmen önceki evrelerden kalan tükenme ile beslenen geçişin bu son evresi, yeni mezunların mesleki kimlik oluşumunda geçici bir sarsıntıya neden olabilmektedir. Yeni mezunun mesleki kimlik elde etmesinde meslektaşları ve diğer sağlık ekibi üyelerinin tutum ve davranışlarının önemli olduğu bu evre, mesleki kimlik bulma ya da mesleğe tamamen yabancılaşma ile son bulmaktadır. Yeni mezunun mesleki karar ve uygulamalarını giderek artan yetkinlikte yönetmesi ve etkili kişilerarası ilişkiler kurabilmesi ile artan özgüven düzeyi yeni mezunun geliştiğini gösteren belirtiler arasında yer almaktadır. Bu evrede, yeni mezunlara karmaşık gereksinimleri olan bireylerin bakım yönetimi, yönetici hemşirenin görev süreçlerine katılım, yeni gelenler ve öğrenciler için gözetmenlik gibi sorumlulukların verilmesi, gelişim süreçlerini desteklemektedir (Duchscher 2008).

2.2.3.5. Duchscher’ın Geçiş Şoku Modeli

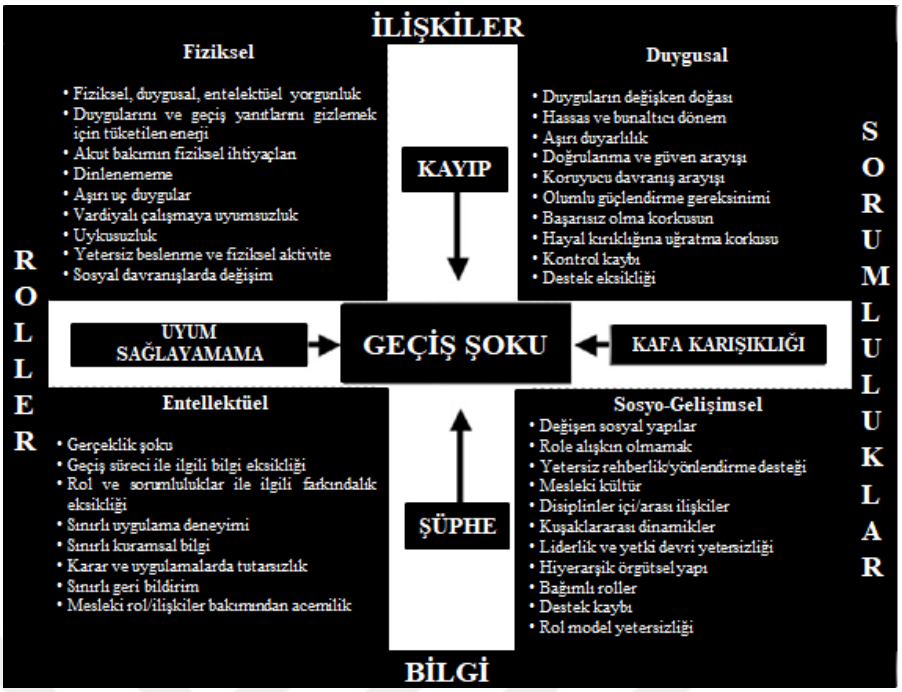
Judy E. Boychuk Duchscher (2009) tarafından geliştirilen bu modelde, akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasındaki kuramsal bilgi, rol, sorumluluk ve ilişkilere yönelik belirgin uyuşmazlık karşısında yeni mezunların duygusal, fiziksel,

sosyokültürel ve gelişimsel ve entelektüel deneyimleri incelenmektedir (Duchscher 2009). Şekil 2.2.'de geçiş şoku modelindeki değişen bilgi, rol, sorumluluk ve ilişkiler gösterilmektedir.



Şekil 2-2: Geçiş Şoku Modelinde Değişen Bilgi, İlişki, Rol ve Sorumluluklar

Geçiş şoku, bireyden bireye değişkenlik göstermesine rağmen genellikle kurum içi uyum eğitiminin tamamlanarak kıdemli bir hemşirenin rehberliğine verildikten sonraki ilk 1-4 ay içinde en yoğun şekilde yaşanmaktadır. Bu sürecin sonunda kuramsal bilgi, rol, sorumluluk ve ilişkiler konusunda gelişim göstermesiyle nedeniyle yeni mezunun tükenmişlik ve soyutlanma hissinin yoğunluğu azalmaktadır. Geçiş şoku sırasında yeni mezunun duygusal, fiziksel, sosyogelişimsel ve entelektüel deneyimleri Şekil 2.3'de sunulmaktadır (Duchscher 2009).



Şekil 2-3: Geçiş Şoku Modelindeki Duygusal, Fiziksel, Sosyo-Gelişimsel ve Entellektüel Deneyimler

Duygusal deneyimleri bakımından incelendiğinde; geçişin ilk evresi boyunca ifade edilen duyguların çeşitli, şiddetli ve değişken olduğu görülmektedir. Yeni mezunların ilk haftalarda yoğun endişe ve stres yaşamasının temel nedenleri arasında etkisiz ya da yetersiz kişisel ve mesleki destek, sınırlı uygulama deneyimi, meslektaşlarla iletişim ve ilişki kurma konusunda öz güven eksikliği, zihnindeki hemşireliğin deneyimlediği ile uyuşmazlık göstermesi, tükenmişlik ve gerçekçi olmayan beklentiler yer almaktadır. Yeni mezunun öz güven düzeyinin artmasında, gelişim sürecini destekleyen mesleki benliğini korumuş meslektaşların, azalmasında ise baskın karakterde olanların etkili olduğu savunulmaktadır. Yeni mezunların birçoğunun mesleki yaşama geçişinin ilk 1-2 ayını tanımlarken hem görsel hem de sözel olarak boğulma metaforunu kullanmaktadır. Mesleki yaşamın 3-4. ayında dikkate değer bir tükenmişlik hissi oluşmakta ve aynı dönemde yetersiz algılanma, birey ve yakınlarına kaliteli ve güvenli bakım vermede başarısız olma ve zarar verme, rol ve sorumluluk yerine getirmeyi becerememe yeni mezunların en büyük korkuları arasında yer almaktadır. Meslektaşları tarafından reddedilmekten korkan yeni mezunlar, yetersizlik duygularını meslektaşlarından gizlemek için büyük çaba göstermektedir. Mesleki, duygusal ve sosyal destekten yoksun olan yeni mezunlar soyutlanma ve kendinden

şüphe duyarken, mesleki rol ve sorumluluklarına yönelik inandıkları değerleri hayata geçiremeyenler hayal kırıklığı ve suçluluk hissetmektedir (Duchscher 2009).

Yeni mezunların fiziksel deneyimleri, mesleki rolüne uyum sağlama sürecindeki tükettikleri enerjiye dayanmaktadır. Sağlık bakım sistemi, kişisel ve mesleki gelişimleri doğrultusunda yeni mezunlardan mesleki karar almalarını ve kaliteli ve güvenli bir şekilde uygulamalarını beklemektedir. Yönetici ve meslektaşların anlaşılır olmayan beklentileri, başarılı bir geçiş konusundaki yanlış algılar, rol-ilişki mücadeleleri, vardiyalı çalışmanın fiziksel ihtiyaçlar ve geri bildirim alınamaması nedenleriyle bu süreç mesleki sorumlulukla yeni tanışan mezunlar için daha zorlu bir hale gelmektedir. Öz güven eksikliği olan ve kendinden sürekli şüphe duyan yeni mezunlar, mesleki karar ve uygulamalarının sürekli kontrol edilmesi nedeniyle uyumadığı zamanlarda bir önceki ya da bir sonraki vardiyayı düşünmekte ve uykularında işle ilgili rüyalar görmektedir. Bu nedenle sürekli çalışıyormuş gibi hissetmekte ve uykusuzluk sorunu yaşamaktadır (Duchscher 2009).

Sosyo-gelişimsel deneyimleri bakımından incelendiğinde; yeni mezunlar geçiş şokunu, büyük ölçüde hazırlandıkları ancak tam anlamıyla hazır hissetmedikleri bir dünyada yollarını bulmak olarak tanımlamaktadır. Yeni mezunların ilk dört ay boyunca sosyokültürel ve gelişimsel görevleri arasında mesleki benliğini bulmak ve korumak, mesleki kültür tarafından kabul edilmek, mesleki ve kişisel yaşamı arasında bir denge kurmak, akademik dünyadan elde ettiklerini sağlık bakım sistemi içinde var etmenin bir yolunu bulmak yer almaktadır. Meslektaşlarla ilişkiler, geçiş şoku deneyiminin öncülleri arasında yer almaktadır. Aşırı alıngan ve öz eleştirisi yüksek bir şekilde çalışan yeni mezunların yaşadıkları kabul görmeme, saygısızlık ve güvensizlik duyguları, basit bir övgü ve küçük bir cesaretlendirme ile azalabilmektedir. Çalıştığı birimin hemşirelik kültürünü yansıtan ekibin içinde kabul görmek isteyen yeni mezunlar, kıdemli meslektaşları, yöneticiler ya da hemşire eğitimcilerden olumlu ya da olumsuz geri bildirim almadıklarını belirtmektedir. Bu nedenle mesleki karar ve uygulamalarının güvenliğini, yetkinliğini ve gelişme sürecinin değerlendirilmesi için farklı yollar aramaktadır. Mesleki karar ve uygulamalarının ilk 4 ayındaki en güçlü tema, mesleki benlik gelişimi olmaktadır. Bu gelişimsel değişim, aile ve arkadaşlarla kurulan ilişkileri ve kendilerini algılama biçimlerini değiştirmekte ve mezunlar bu durumu büyümek olarak nitelendirmektedir. Mezunlar, ilk geçiş döneminin büyük bir

kısmını hemşirelik rolünü diğer rollerinden ayırt etmekle harcamaktadır. Öğrenci olduklarında bütün rollerini yerine getirdiklerinden mesleki yaşama uyum sağlamakta zorlandıklarını iddia etmektedir. Yeni mezunlar ilk birkaç ay boyunca hasta hakları savunuculuğu, eğitim ve danışmanlık gibi mesleki rolleri ile ilişkilendirdikleri diğer sorumluluklarından daha fazla görevlere odaklanmaktan rahatsızlık hissetmektedir. Meslektaşları tarafından destek görmemeleri ve çalıştıkları birimin kültürüne ayak uydurma istekleri, yeni mezunların birey merkezli yaklaşım yerine iş merkezli yaklaşım sergilemelerine neden olmaktadır. Diğer sağlık ekibi üyeleri ile kişilerarası ilişkiler kurmak, yeni mezunun en fazla enerji harcadığı konular arasında yer almaktadır. Öz güven düzeyleri orta ya da düşük olan bu genç hemşireler, tutum ve davranışları meslektaş yerine hiyerarşik biçimde pekişen kıdemli hekim ve hemşirelerle etkileşim kurmayı korkutucu bulmaktadır. Bazıları hemşire-hemşire arasında baskıcı hiyerarşik ve hemşire-hekim arasında pasif-agresif bir iletişim tarzı bulunduğunu belirtmektedir. Yeni mezunlar, birçoğu uygulama deneyimi ve yaş bakımından kendilerinden daha kıdemli olan lisanslı ve lisanssız personelin denetimi, yetki devri ve yönlendirmesi nedeniyle stres yaşadıklarını belirtmektedir (Duchscher 2009).

Entelektüel deneyimleri bakımından incelendiğinde; yeni mezunların mesleki yaşama geçişi, çalışma ortamına, hemşirelik rolüne ve mesleki karar ve uygulamalara uyum süreci ile başlamaktadır. Yeni mezunlar, sonunda bağımsız çalışma beklentisine kavuşması nedeniyle heyecan, istekli ve enerji hissetmekte ve öğrenme rolüne tanıdık olduklarından ileride ne olacağını sabırsızlıkla beklemektedir. Mezunların çoğu sonraki adımı, öğrencilik yaşamında uzun zamandır yer aldığı bir kinik uygulama alanından diğerine geçerken yaşadıkları zorlanma sürecine benzer olarak tanımlamaktadır. Ek rol beklentilerini, yıllar içinde öğrencilerden beklenen gelişime benzer şekilde mevcut bilgilerinin ileri kavramsal bir uygulaması olarak yorumlamaktadır. Bu oryantasyon süreci boyunca mesleki sorumlulukların ve iş yükünün ağırlığını hissetmiyorken, oryantasyon tamamlandıktan sonra yaşadıkları değişimde kendilerini şok içinde bulmakta ve gerçek dünyada tek başına olduklarını hissetmektedir. Bu deneyim hızlı ve ani bir şekilde heyecan ve meraktan, yoğun ve tüm enerjiyi tüketen korku, şüphe ve strese dönüşmektedir. Yaşlı hemşireler, eğitimci ve yöneticilerin mesleki uyum sürecine yaklaşımı, yeni mezunların mesleki yaşam geçiş sürecini zorlaştırmaktadır. Birçoğu yeni mezunun mesleki karar ve uygulamalarındaki eksiklik ve yetersizlikleri konusunda sınırlı bir anlayışa sahip olduklarından birkaç hafta içinde kıdemli hemşirenin iş yükünü

yönetebilecek düzeye geleceklerini düşünmektedir. Hiç kimse yeni mezunlara bir geçiş süreci deneyimleyeceği belirtmemektedir. Badi deneyimlerinin çoğu, mentörlük temelinde bilgi aktarımından ziyade iş yükünün paylaşımına dayanmaktadır. Mezunlar, iş yüklerinin ağır olması nedeniyle kıdemli meslektaşlarına ulaşamamaktadır. Yük olma hissini ve kabul görmeme olasılığını göz önünde bulunduran yeni mezunlar, adının beceriksize çıkacağını düşünerek ihtiyaç duyduklarında yardım istememe eğilimi göstermektedir. Yeni mezunlar, farklı bakım ünitelerinde mevcut kadroyu rahatlatmaya yönelik bir istihdam pozisyonunda olduklarını ve her birime gittiklerinde yeni bir işe başlıyormuş gibi hissettiklerinden uyum süreçlerinin uzadığını ve geciktiğini belirtmektedir. Geçiş şoku döneminde, yeni mezunlar, makul derecedeki bir iş yükünü nispeten kontrollü, 1dengeli ve istikrarlı bir biçimde yönetmektedir. Bazı mezunlar karar verme ve günlük rutin işleri tamamlamada meslektaşlarından daha yavaş olduğunu iddia etmektedir. Beklentileri karşılama, güvenli bakım verebilme ve kabul görme konusunda sıklıkla endişeler dile getirilmektedir (Duchscher 2009).

Bu model, hemşirelik fakülte ve yüksekokullarının ile sağlık kurum ve kuruluşlarının öğrencilik rolünden mesleki role geçiş sürecini desteklemesini, klinik uygulama alanlarının mesleki yaşamın gerçekliğine hazırlayacak nitelikte yapılandırılmasını, kapsamlı ve uzun süreli kurum ve birim uyum eğitimlerinin düzenlenmesini ve yapılandırılmış mentörlük programlarının sunulmasını önermektedir (Duchscher 2009).

2.2.4. Geçiş Sürecini Etkileyen Etmenler

Yeni mezunların iş gücü devir hızı ve işten ayrılma niyetleri, geçiş sürecinin etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Bu nedenle geçiş sürecinde işten ayrılma niyetini ya da iş gücü devir hızını etkileyen durumların geçiş sürecini etkilediği kabul edilmektedir. Geçiş sürecini etkileyen etmenler bireysel, ilişkisel ve örgütsel olmak üzere üç düzeyde incelenmektedir (Dwyer ve Hunter Revell 2016; Hawkins ve ark.2018).

2.2.4.1. Bireysel Etmenler

Bireysel etmenler, bireyden bireye farklılık göstermekte ve yeni mezunun özellik, beceri, değer, tercih ve deneyimlerinden oluşmaktadır. Niceliksel araştırmalardan oluşan bir sistematik derlemede; yaş, cinsiyet, medeni durum, ırk, yaşam merkezi, kişilik özellikleri değişkenlerinin yeni mezunların geçiş sürecini

etkilediği ancak ilişkinin yönü açısından değişkenlik gösterdiği belirtilmektedir. Bununla birlikte araştırmalar, eğitimsel hazırlığı bulunan yeni mezunların işten ayrılma niyetinin daha düşük düzeyde olduğu konusunda ortak noktada buluşmaktadır (Dwyer ve Hunter Revell 2016; Charette ve ark. 2019).

Yeni mezunların geçiş sürecini olumlu yönde etkileyen en kayda değer etkiyi mesleki yaşama hazır oluşluk düzeyi yaratmaktadır. Mesleki hazır oluşluk, yeni mezunun öğrencilik rolünden mesleki rolüne geçiş sürecindeki hazırlık düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Patterson ve ark. 2017). Yapılan çalışmalar, yeni mezunların geçiş süreci öncesinde mesleki hazır oluşluk algılarının farklı programlar kapsamında güçlendirilmesinin, işten ayrılma niyetini azalttığını ve mesleki yaşama uyum düzeyini arttırdığını göstermektedir (Tei-Tominaga 2013; Walker ve Campbell 2013; Cheng ve ark. 2014; D'Ambra ve Andrews 2014; Kenny ve ark. 2016; Patterson ve ark. 2017; Baumann ve ark., 2019). Bu nedenle son yeni mezunların mesleki hazır oluşluklarının güçlendirilmesinin, işten ve meslekten ayrılma oranlarını en aza indirgeyen değerli bir strateji olduğu düşünülmektedir.

Geçiş süreci üzerindeki bir önemli etkiyi bireysel düzeyde psikolojik sermaye yaratmaktadır (Laschinger ve Grau 2012; Laschinger ve Fida 2014a; Boamah ve Laschinger 2015; Pineau Stam ve ark. 2015). Bireyin olumlu psikolojik hali olarak tanımlanan ve Öz yeterlilik, umut, iyimserlik ve psikolojik dayanıklılık olmak üzere dört temel unsurdan oluşan psikolojik sermaye, ölçülebilir, geliştirilebilir ve yönetilebilir özellikler göstermektedir (Laschinger ve ark., 2019). Yapılan çalışmalar psikolojik sermayenin, işten ayrılma niyeti ve iş gücü devir hızını olumlu yönde doğrudan etkilediğini göstermektedir (Laschinger ve ark. 2016; Dwyer ve ark. 2019). Aynı zamanda yapısal güçlendirme algısını, otantik liderlik algısını (Laschinger ve Fida 2014a; Dwyer ve ark., 2019), tükenmişlik düzeyini (Laschinger ve Grau 2012; Laschinger ve Fida 2014a; Dwyer ve ark. 2019) iş katılım düzeyini (Boamah ve Laschinger 2015), iş memnuniyetini (Laschinger ve Fida 2014a; Pineau Stam ve ark. 2015), ruhsal ve fiziksel sağlığı (Laschinger ve Grau 2012; Laschinger ve Fida 2014a) olumlu yönde etkileyerek işten ayrılma niyeti ve iş gücü devir hızı üzerine dolaylı etki yapmaktadır. Bireylerin yaşamındaki zorluklarla mücadelesinde hissettikleri durum olarak nitelendirilen psikolojik sermaye, çevredeki olumlu konulara daha çok odaklanılmasını ve sorunlara çözülebilir bir bakış açısıyla yaklaşılmasını sağlamaktadır

(Laschinger ve Fida 2014a). Bu nedenle yeni mezunların psikolojik sermaye düzeylerini güçlendirmeye yönelik birey odaklı girişimlerin, erken kariyer döneminde tükenmişlik, memnuniyetsizlik ve sağlık sorunlarının önlenmesine ve işten ve meslekten ayrılma oranlarının azaltılmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Mesleki yaşama geçiş sürecini etkileyen bir diğer önemli bireysel etmenin, bireyin beklediği ile karşılaştığı çalışma koşulları arasındaki eşleşme olarak tanımlanan iş-kişi uyumu olduğu belirtilmektedir (Boamah ve Laschinger 2016; Laschinger ve Read 2016). İş-kişi uyumu, çalışma hayatında belirlenen altı alan göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Bu alanlar iş yükü (işin miktarı ve niteliği), kontrol (özerklik derecesi), ödül (teşvikler ve tanınırlık), toplumsallaşma (sosyal destek ve beraberlik), adalet (kaynak, ödül ve işlerin dağıtımı) ve değerler (ideal ve motivasyonlar) olarak sıralanmaktadır (Laschinger ve Read 2016). Yapılan araştırmalar iş-kişi uyumunun, tükenmişlik (Laschinger ve ark. 2015; Boamah ve Laschinger 2016; Lashinger ve ark. 2019) ve nezaketsiz davranışlara maruz kalma (Laschinger ve Read 2016; Laschinger ve ark. 2019) üzerinde dolaylı etkileri olduğunu göstermektedir. Yönetici hemşirelerin yeni mezunlar için olumlu çalışma ortamları oluşturmasında, iş-kişi uyumunun kilit değişkenlerden bir diğeri olduğu düşünülmektedir.

Geçiş sürecini olumsuz etkileyen bireysel etmenler arasında önemli bir yer tutan tükenmişlik, yapılan çalışmalarda duygusal yorgunluk ve sinizm olmak üzere iki alt boyutta incelenmekte, yeni mezunların yaklaşık üçte biri tarafından yüksek düzeylerde deneyimlenmekte ve işten ve meslekten ayrılma nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır (Laschinger ve ark. 2010; Laschinger 2012; Laschinger ve Grau 2012; Laschinger ve ark. 2012a; Laschinger ve ark. 2012b; Laschinger ve ark. 2013; Ishihara ve ark. 2014; Laschinger ve ark. 2015; Boamah ve Laschinger 2016; Laschinger ve Read 2016; Yu ve Lee 2018; Dwyer ve ark. 2019). Boamah ve Laschinger (2016) tarafından Kanadalı yeni mezunlar ile yapılan çalışmanın sonuçları, iş-kişi uyumunun arttırılmasının tükenmişlik düzeyini azalttığını ve iş yükü alanı ile duygusal yorgunluk ve toplumsallaşma ve ödül alanı ile duygusal yorgunluk ve sinizm arasında güçlü ilişki bulunduğunu göstermektedir. Kanada'da yapılan bir başka çalışma yeni mezunların sinizm ve psikolojik sermaye düzeylerinin, kariyer memnuniyeti ve işten ayrılma niyetlerinin belirlenmesinde önemli öncüller olduğu belirtilmektedir (Laschinger ve ark. 2016). Yeni mezunların tükenmişlik düzeylerinin, işten ve meslekten ayrılma niyetleri

ile işten ve meslekten memnuniyet düzeylerini etkileyen temel bir etmen olması nedeniyle, yönetici hemşirelerin göz önünde bulundurması gereken konular arasında ilk sırada yer almaktadır.

Yeni mezunların başa çıkmada öz yeterlilik düzeyleri, geçiş sürecini etkilemekte ve yapılan çalışmalar orta düzeyde yüksek olduğunu göstermektedir (Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve ark. 2016; Fallatah ve ark. 2017; Baumann ve ark. 2019).Başa çıkmada öz yeterlilik, işten ayrılma niyeti (Laschinger ve ark. 2016; Fallatah ve ark. 2017), örgütsel özdeşleşme (Fallatah ve ark. 2017), tükenmişlik ve ruhsal sağlık (Laschinger ve ark. 2015), kariyer memnuniyeti (Laschinger ve ark. 2016) ve fiziksel sağlık (Laschinger ve ark. 2019) üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Bir diğer bireysel etmen olan çalışanlar işlerinin kişisel hayatlarına izinsiz girdiğini düşündüğünde meydana gelen iş-yaşam çatışması ise iş-yaşam dengesinin zayıf olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. İş- yaşam çatışması, artan tükenmişlik ve işten ayrılma niyetinin yanı sıra (Boamah ve Laschinger 2015), olumsuz ruhsal ve fiziksel sağlık göstergeleri ile sonuçlanmaktadır (Munir ve ark. 2012). Yapılan bir sistematik derleme, yeni mezunların geçiş süreçlerinde yeni bir yaşam düzeni ile karşılaştıklarını, bu yeni düzene farklı düzeylerde yanıt verdiklerini ve sağlık bakım ortamlarında hayatta kalmak için başa çıkma stratejileri geliştirilmeleri gerektiğini belirtmektedir (Hawkins ve ark. 2018).

Yeni mezunların geçiş sürecini etkileyen diğer bireysel düzeydeki etmenler arasında, dayanıklılık (Laschinger ve ark. 2013; Yu ve Lee 2018); hemşirelik mesleği algısı (Al-Awaisi ve ark. 2015), sosyal beceriler, psikolojik güçlendirme ve işe yüklenilen anlam ve değerler yer almaktadır (Dwyer ve Hunter Revell 2016).

2.2.4.2. İlişkisel Etmenler

İlişkisel etmenler, yeni mezunun geçiş sürecindeki ilişkileri üzerine etkileyen etmenler üzerine odaklanmakta ve yeni mezunun otantik liderlik algısı, kişilerarası ilişki kurabilme düzeyi, iş yerinde deneyimlediği olumsuz iş yeri davranışları ve sosyal destekten oluşmaktadır. İş yerindeki olumlu kişilerarası ilişkiler, yeni mezunların mesleki yaşama geçiş süreci sırasında kilit rol oynamaktadır (Laschinger 2012; Laschinger ve Grau 2012; Laschinger ve ark. 2013; Laschinger ve ark. 2015 Hawkins ve ark. 2018). Literatür incelendiğinde; kişilerarası düzeyde geçiş sürecini etkileyen

başlıca etmenler arasında olumsuz iş yeri davranışları, otantik liderlik, sosyal destek ve diğer konular yer almaktadır (Dwyer ve Hunter Revell 2016; Hawkins ve ark. 2018).

Yeni mezunlar, olumsuz iş yeri davranışlarını horizontal şiddet, zorbalık, taciz ve nezaketsizlik olmak üzere farklı şekillerde deneyimleyebilmektedir. Olumsuz iş yeri davranışlarına odaklanan bir sistematik derleme, yeni mezunların meslektaşları, sağlık ekibi üyeleri, yöneticileri, sağlık hizmeti alan birey ve yakınlar tarafından bu davranışlara maruz kaldığı belirtilmektedir. Aynı derleme bu davranışların, sözel saldırı, görmezden gelinme, aşağılanma, dışlanma ve dedikodu gibi bireylere yönelik olabileceği gibi, yetkinlik düzeyini uygun olmayan şekilde sorgulama, eksik ya da yetersiz bakım sonuçları için suçlanma, aşırı derecede eleştirilme, adil olmayan iş yükü ile çalışma, yemek arasına en son sırada çıkma, kapasitesinin altındaki işlerde çalıştırılma ve bilgi saklama gibi mesleğe yönelik olabileceğinin altını çizmektedir (Hawkins ve ark. 2019). Kuzey Kore'de yapılan bir çalışma, olumsuz işyeri davranışları arasında yeni mezunların en fazla sözel şiddet türüne meslektaşları ve hasta bireyler tarafından maruz kaldığını belirtmektedir. Aynı çalışma yeni mezunların maruz kaldıkları olumsuz işyeri davranışları ile iş memnuniyeti; meslektaş, yönetici hemşire ve hekim kaynaklı maruz kaldıkları olumsuz işyeri davranışları ile tükenmişlik; meslektaş kaynaklı maruz kaldıkları olumsuz işyeri davranışları ile işten ayrılma niyeti arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Chang ve Cho 2016). Belirsiz bir niyetle başkalarına zarar vermek üzere gerçekleştirilen kaba, saygısız ve umursamaz davranışlar olarak tanımlanan nezaketsizlik, yeni mezunlarda ruhsal (Laschinger ve ark. 2013; Wing ve ark. 2015) ve fiziksel (Read ve Laschinger 2015) sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle meslektaş ve hekimlerin nezaketsiz davranışları, fiziksel ve ruh sağlığı olumsuz yönde etkilemekte ve post-travmatik stres bozukluğu riskini arttırmaktadır (Laschinger ve ark. 2019). Başka bir bireye zarar vermeyi amaçlayan daha ağır, sürekli ve amaçlı eylemler olarak tanımlanan zorbalık ise yeni mezun hemşirelerde post-travmatik stres bozukluğu (Laschinger ve Nosko 2015) ile ilişkili olmasının yanı sıra tükenmişliğe neden olmaktadır (Laschinger ve ark. 2010; Laschinger ve Grau 2012). Yeni mezunlar, iş yerinde nezaketsiz davranışlara karşılaşma sıklıklarını düşük düzeylerde belirtmesine rağmen %20'sinin iş yerinde karşılaştıkları olumsuz davranışlar nedeniyle posttravmatik stres bozukluğu açısında riskli grupta yer aldığı görülmektedir (Laschinger ve ark. 2019).

Otantik liderlik, destekleyici ve olumlu çalışma ortamlarının oluşturulmasında dürüstlük, bütünlük ve yüksek ahlaki değerlere odaklanmaktadır (Laschinger ve ark. 2019). Yöneticilerinin otantik liderlik davranışları, yeni mezunlar tarafından orta düzeyde olumlu algılanmakta ve iş gücü devir hızı ve işten ayrılma niyetini olumlu doğrudan yönde etkilemektedir (Laschinger 2012; Laschinger ve ark. 2012b Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve ark. 2016; Fallatah ve ark. 2017; Dwyer ve ark. 2019). Araştırmalar yeni mezunların yöneticilerin otantik liderlik davranışlarına yönelik algılarının, psikolojik sermaye (Laschinger ve Fida 2014a; Dwyer ve ark. 2019), tükenmişlik (Laschinger ve ark. 2012b; Laschinger ve Fida 2014b; Laschinger ve Read 2016; Dwyer ve ark. 2019), başa çıkmada öz yeterlilik (Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve ark. 2016; Fallatah ve ark. 2017), iş memnuniyeti (Laschinger 2012; Laschinger ve ark. 2012a; Laschinger ve Fida 2015), mesleki özdeşleşme (Fallatah ve ark. 2017), iş-kişi uyumu (Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve Read 2016), ruhsal sağlık (Laschinger ve ark. 2015), meslekten memnuniyet (Laschinger 2012; Laschinger ve ark. 2016), bakım kalitesi (Laschinger ve Fida 2015), meslekler arası işbirliği (Laschinger ve Smith 2013) ve iş yeri zorbalığı (Laschinger ve ark. 2012b) üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Geçiş sürecinde yeni mezunun gereksinim duyduğundan daha az düzeydeki sosyal destek, sonuçların olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Wu ve ark. 2012; Laschinger ve ark. 2012a; Tei-Tominaga 2013; Ishihara ve ark. 2014; Flinkman ve Salantera 2015; Bontrager ve ark. 2016; ClippDames 2019). Yeni mezunlara yönetici hemşireler, meslektaşlar ve sağlık ekibi üyeleri sosyal destek vermektedir (Dwyer ve Hunter Revell 2016). Yetersiz ya da eksik sosyal destek, iş stresi (Blomberg ve ark. 2016; Dames 2019) ve iş memnuniyetsizliğini (Bontrager ve ark. 2016; Laschinger ve ark. 2016) arttırmaktadır.

Çalışma ortamında yeni mezunların örnek alabileceği rol modellerin olmaması, ilişki ve iletişim kurma becerilerinin zayıf olması ve birey olarak saygı görmemesi yer almaktadır (Dwyer ve Hunter Revell 2016; Charette ve ark. 2019).

2.2.4.3. Örgütsel Etmenler

Geçiş sürecini etkileyen örgütsel etmenler arasında sağlık kurum ve kuruluşlarının özellikleri, iş memnuniyeti, iş stresi, uyum ve rehberlik programları,

yapısal güçlendirme ve çalışma ortamı özellikleri yer almaktadır (Dwyer ve Hunter Revell 2016; Hawkins ve ark. 2018).

Yapılan çalışmalar, kentsel alanlarda bulunan mıknatıs özellik gösteren, (Boamah ve ark. 2017) ve küçük ölçekli (Lee 2019) hastanelerde, yoğun bakım ünitelerinde (Fallatah ve ark. 2017) ve cerrahi dışındaki birimlerde (Blomberg ve ark. 2016) çalışan yeni mezunlarda işten ayrılma niyetinin ve iş gücü devir hızının daha düşük olduğunu göstermektedir.

Geçiş sürecini olumsuz yönde etkileyen örgütsel etmenler arasında ilk sıralarda yer alan iş stresinin, geçiş sürecini olumsuz yönde etkilediği ve mesleki deneyim süresi arttıkça azaldığı bilinmektedir (Wu ve ark., 2012; Parker ve ark., 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Cheng ve ark. 2015; Hu ve ark. 2015; Ebrahimi ve ark. 2016). Bu durumun nedenleri arasında bilgi ve beceri düzeyindeki eksiklik ve yetersizlik, olumsuz işyeri davranışları, güçlendirme yetersizliği, ağır iş yükü, kuramsal ve uygulama arasındaki derin boşluk ve düşük düzeydeki mesleki yaşama hazır oluşluk yer almaktadır (Hazeveh ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Blomberg ve ark. 2016; Hu ve ark. 2016). Benzer şekilde ağır Türkiye'de yapılan araştırmalar iş stresine neden olan faktörler arasında iş yükü, yetersiz meslektaş desteği, bilgi ve beceri düzeyindeki yetersizlik ve gece vardiyasında çalışmayı göstermektedir (Taştan ve ark. 2013; Sönmez ve Yıldırım 2016). Yapılan bir araştırmada yeni mezunların stres deneyimledikleri konular, yüksekten düşüğe doğru bakım, donanım ve ekipman, mesleki beceriler, kişiler arası ilişkiler ve sorumluluklar olarak sıralanmaktadır (Wu ve ark. 2012). Yeni mezunlarda yüksek iş stresinin, düşük mesleki ve sosyal destek (Cheng ve ark. 2014; Blomberg ve ark. 2016; Dames 2019), yüksek tükenmişlik (Laschinger ve ark. 2012a; Zhang ve ark. 2017) ve olumsuz çalışma ortamları (Cheng ve ark. 2014; Dames 2019) ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Yeni mezunların geçiş süreci sonuçları olumlu yönde etkileyen en önemli örgütsel faktörler arasında yer alan yapısal güçlendirme, çalışanların bilgi, kaynaklar, destek ve öğrenme ve gelişim fırsatları olmak üzere dört konuda erişim hakkı bulunduğunu savunmaktadır (Laschinger 2012). Yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu yapısal güçlendirmenin, işten ayrılma niyeti (Laschinger 2012; Laschinger ve ark. 2016 Dwyer ve ark. 2019), bakımın kalitesi (Laschinger ve Fida 2015), iş memnuniyeti (Wing ve ark. 2015; Laschinger ve Fida 2015; Laschinger ve ark. 2016),

fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları (Read ve Laschinger 2015; Laschinger ve ark. 2019), tükenmişlik (Laschinger ve Grau 2012; Dwyer ve ark. 2019) ve çalışma ortamları (Laschinger ve Fida 2015) üzerinde olumlu etkileri bulunduğunu göstermektedir. Yapılan çalışmalar yeni mezunların yapısal güçlendirme ve psikolojik sermaye algılarının, işe katılım düzeylerinin belirlenmesinde önemli belirleyiciler arasında yer aldığı belirtilmektedir (Boamah ve Laschinger 2015; Dwyer ve ark. 2019). Başka bir çalışmada yeni mezunların yapısal güçlendirme ve otantik liderlik algılarının, mesleki işbirliği algılarının önemli belirleyiciler arasında olduğu görülmektedir (Laschinger ve Smith 2013).

Yeni mezunların çalışma ortamı algıları ve özellikleri geçiş sürecini etkilemektedir. Dönüşümlü ve gece vardiyasında çalışmak (Brewer ve ark. 2012; Dames 2019), ağır iş yükü (Charette ve ark. 2019; Dames 2019; Lee 2019), rehber ve mentor hemşirelerin varlığı (Flinkman ve Salantera 2015; Bontrager ve ark. 2016; Dames 2019; Lee 2019), fazla mesai (Brewer ve ark. 2012; Kenny ve ark. 2016), düşük ücret (Brewer ve ark. 2012; Lee 2019), olumsuz çalışma ortamı algısı (Tei-Tominaga 2013; Charette ve ark. 2019; Ishihara ve ark. 2014; Flinkman ve Salantera 2015; Laschinger ve ark. 2015; Laschinger ve Fida 2015; Kenny ve ark. 2016; Yu ve Lee 2018) ile yeni mezunlarda işten ayrılma niyeti ve iş gücü devir hızını arttırmaktadır.

Geçiş sürecini etkileyen bir diğer önemli etkenin iş memnuniyetinin olduğu görülmektedir (Brewer ve ark. 2012; D'Ambra ve Andrews 2014; Dwyer ve Hunter Revell 2016; Kenny ve ark. 2016; Laschinger ve ark. 2016; Hawkins ve ark. 2018; Yu ve Lee 2018). Yapılan araştırmalar iş memnuniyeti ile çalışma ortamı algısı (Laschinger 2012; Laschinger ve Fida 2015; Boamah ve ark. 2017 Dames 2019), mesleki ve sosyal destek (Cheng ve ark. 2014; Bontrager ve ark. 2016), iş stresi (Cheng ve ark. 2015; Hu ve ark. 2015; Yu ve Kang 2016) ve bakım kalitesi (Laschinger ve Fida 2015; Laschinger ve ark. 2016; Boamah ve ark. 2017) arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Yeni mezun hemşirelerin geçiş sürecini destekleyerek elde tutmak, hemşire açığının önüne geçilmesi açısından önem arz etmektedir. Hemşirelik hizmetleri yönetimi ve yönetici hemşirelerin, yeni mezunların iş stresi ve memnuniyeti düzeyleri ile yapısal güçlendirme ve çalışma ortamı algılarının güçlendirmesine yönelik stratejiler belirlemesi ve önlemler alması gerekmektedir.

2.2.5. Geçiş Programları

Geçiş programları, akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasındaki derin uçurumda köprü görevini üstlenmekte ve yeni mezun hemşirelerin çalışma ortamı ve mesleki yaşama uyumunu sağlamak amacıyla düzenlenmektedir. (Doughty ve ark. 2018). İskoçya, Yeni Zellanda ve Birleşik Krallık'ta Geçiş programlarının gerekli olduğu bildirmesinin yanı sıra, ABD'de 2002 yılından itibaren zorunlu olarak verilmekte ve Kanada'da ise altı ay süreli olanlar devlet tarafından finanse edilmektedir (Rush ve ark. 2019). İlgili alanyazında Türkiye'de geçiş programlarının özellikleri ve etkinliğine yönelik herhangi bir araştırmaya rastlanmamıştır.

2.2.5.1. Yapısal Özellikleri

Geçiş programları sağlık kurum ve kuruluşları, hemşirelik fakülte ve yüksekokulları ya da ikisinin ortaklığı ile yürütülmektedir. İlgili alanyazında istihdam, rehberlik, uyum, mentörlük olarak geçen tüm programlar, geçiş programı kapsamında yer almakta ve yeni mezun hemşirelerin hemşirelik mesleğine geçiş sürecine yardımcı olmak için tasarlanmaktadır. Program süresi, genel olarak altı ile on iki ay arasında olmakla birlikte bir ay ile otuz ay arasında değişkenlik göstermektedir (Hussein ve ark. 2017; Rush ve ark. 2019; Tyndall ve ark. 2019).

Tüm geçiş programları farklı yapısal özelliklere sahip olmakla birlikte didaktik temelli, simülasyon temelli ve rehberlik/mentorluk temelli programlar olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Bu programlar ayrı ayrı yapılanmakla birlikte, bir geçiş programı bu üç yapı üzerine de kurulabilmektedir (Walsh 2018). Aynı zamanda formal eğitim, workshop, hizmet içi eğitim ve çevrim içi eğitim yoluyla sunulabilmektedir (Rush ve ark. 2019)

Belirli bir klinik alana yönelik bilgi düzeyini arttırmayı amaçlayan didaktik temelli programlar, geçiş programlarının büyük bir kısmını oluşturmaktadır. İletişim becerileri, iş yönetimi ve bakımı önceliklendirme, yetki devri, mesleki yetkinlik, eleştirel düşünme konularına odaklanarak özellikle tartışma, vaka çalışması ve örnek olay inceleme öğretim yöntemleri kullanarak yeni mezunların kanıta dayalı kuramsal bilgi düzeylerinin arttırılması, bu programların en güçlü yönü olarak bilinmektedir. Kuramsal bilgi düzeyinin yanı sıra olumlu ve olumsuz tüm geçiş deneyimlerinin güvenilir ve tanıdık bir ortamda paylaşılmasına imkân tanımaktadır. Böylelikle yeni mezunlar hem akranlarından öğrenebilmekte hem de birbirleriyle dayanışma içinde

olabilmektedir (Walsh 2018; Tyndall ve ark. 2019). Yapılan çalışmalar, yeni mezunların güvenli bir ortamda akranları ile deneyimlerinin paylaşılmasının geçiş sürecini kolaylaştırdığı ve mesleki gelişimini güçlendirdiğini göstermektedir (Spiva ve ark. 2013; Henderson ve ark. 2015).

Didaktik temelli programlar kuramsal bilgiyi arttırmaya odaklanırken, simülasyon temelli programlar benzerliğe yakınlığı yüksek güvenli bir ortamda teknik ve teknik olmayan becerilere odaklanmaktadır (Theisen ve Sandau 2013; Edwards ve ark. 2015). Yeni mezunlar simülasyon ortamında akademik dünyada deneyimlemediği/az deneyimlediği mesleki karar ve uygulamaları gerçekleştirme ve sağlıklı/hasta birey ve yakınları, meslektaşları ve sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurabilme imkânı bulmaktadır. Aynı zamanda çözümleme oturumunda, yansıtıcı düşünce yoluyla simülasyon oturumundaki güçlü ve zayıf yönlerinin farkına varmaktadır (Theisen ve Sandau 2013). Phoenix Bittner ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, geçiş programında her hafta gerçekleştirilen simülasyona dayalı deneyimlerin, yeni mezunların eleştirel düşünme becerileri, öz güven ve yetkinlik düzeylerinin gelişmesine katkı sağladığı belirtilmektedir. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşlarında bir simülasyon ortamı oluşturmak ya da bir hemşirelik okulu ile ortaklık kurulması gerekmektedir (Walsh 2018).

Rehberlik/mentorluk temelli programlarda, yeni mezunlar ile etkileşimde bulunan deneyimli hemşireler rehber, mentor, koç, kolaylaştırıcı ve klinik gelişim hemşiresi olarak adlandırılmaktadır. Deneyimli hemşireler, yeni mezunların kurum ve birime sosyalizasyonu sağlamasının yanı sıra politika, prosedür ve rutinlerini anlamasına, görev, yetki ve sorumluluklarının farkında olmasına ve mesleki bilgi, beceri ve tutumlarının gelişmesine yardımcı olmaktadır (Edwards ve ark. 2015; Walsh 2018; Rush ve ark. 2019; Tyndall ve ark. 2019). Rehberlik belirli bir zaman diliminde gerçekleşen, yeni mezuna öneriler sunulan ve iş ve değerlendirme odaklı olan bir destek stratejisi iken, mentorlukte ise zaman sınırı bulunmamakta, kişisel deneyimlere odaklanılmakta, değerlendirme yapılamamakta, kişisel, akademik ve işle ilgili konuları kapsamaktadır (Rush ve ark. 2019).

Rehber/mentor temelli programlar, iş başında gerçek vakalarla öğrenmeyi sağlaması nedeniyle bağımsız mesleki karar ve uygulamaların habercisi olarak nitelendirilmektedir. Rehber/mentor desteği ile yeni mezunlar, sağlıklı/hasta bireyin

bakımını önceliklendirme, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim kurabilme ve yetki devrini gerçekleştirme imkânı bulabilmektedir (Walsh 2018).

Rehberlik geçiş sürecini desteklemede sıklıkla kullanılmakta ve yeni mezunlar tarafından desteklenme, bilgilendirme ve yönlendirme sağlayan en önemli kaynak olarak görülmektedir (Haggerty ve ark. 2013; Taştan ve ark. 2013; Edwards ve ark. 2015). Soru sorma, sosyalleştirme ve klinik süpervizyon yoluyla yeni mezunların mesleki karar ve uygulamalarına hazırlayan ve özgüven düzeylerini yükselten rehberler, geçiş sürecini kolaylaştırmaktadır (Innes ve Calleja 2018). Taştan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada, yeni mezunların %58,7'si rehberlerle çalışarak beklentilerinin karşılandığını belirtmekte, ancak bu beklentilerin neler olduğu ve nasıl karşılandığı bilinmemektedir. Yeni mezunların öğrenme gereksinimlerinin karşılanması rehber/mentore kolaylıkla ulaştığında, etkili öğrenme yaklaşımlarını deneyimlediklerinde ve geri bildirim aldıklarında karşılanmaktadır (Haggerty ve ark. 2013).

Geçiş programlarında mentorluk, birebir ve grup olmak üzere iki farklı şekilde sunulmaktadır (Trepainer ve ark. 2012). Birebir mentorlukte bir mentör yalnızca bir yeni mezunla ilgilenirken, grup mentroluğunde bir mentor birden fazla yeni mezunla ilgilenmektedir (Williams 2018). Williams ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, birebir mentorluk ve grup mentorluğu alan 3484 yeni mezunun geçiş deneyimi, mesleki gelişim ve stres yönetimi, konfor düzeyini ve işten ayrılma niyetlerini karşılaştırmaktadır. Birebir mentorluk alan yeni mezunların geçiş süreci deneyimi, mesleki gelişim ve stres yönetimi algılarının daha yüksek olduğu ve iki mentorluk sunumu arasında konfor düzeyi ve işten ayrılma niyeti konusundan anlamlı farklılık olmadığı belirtilmektedir.

2.2.5.2. İçerik Özellikleri

Uluslararası alanyazında geçiş programlarının bir bölümünün konu içeriğini yeni mezunların eksik ya da yetersiz kaldıkları mesleki karar ve uygulamalar, sağlık ekibi üyeleri ile iletişim ve işbirliği, kurum ve birimin işleyişi ve kültürüne uyuma yönelik bilgi, beceri ve tutumlar oluşturmaktadır (Lin ve ark. 2014; Rush ve ark. 2019).

Geçiş programlarının içeriğinin yapılandırılmasında sıklıkla kullanılan Hemşireler için kalite ve güvenlik eğitimi (Quality and Safety Education for Nurses-QSEN) programı, sağlık bakım sisteminde hemşirelerin yüksek kaliteli ve güvenli

bakım sağlayabilmeleri için karar ve uygulamalarını yeniden yapılandırılmasında rehberlik eden bir ABD ulusal birliğidir. Temel amacı, hemşirelik öğrencilerine sağlam bir temel sağlayarak bakım sonuçlarını iyileştirmek ve böylece güvenli, etkin ve kaliteli bakım sağlamaları için hemşirelere gereksinim duydukları bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaktadır (Hunt 2012).

Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü'nün 2003 yılında yayınlanan ''Sağlık Meslekleri Eğitimi: Kaliteye Bir Köprü'' isimli raporunda, sağlık profesyonelleri yetiştiren üniversitelerin, disiplinler arası ekibin etkin bir üyesi olarak birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme ve bilişimi göz önünde bulunduran mezunlar yetiştirmekle sorumlu oldukları belirtilmektedir. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü'nün bu görüşünden yola çıkan bir grup lider hemşire tarafından sağlık bakım sistemlerinin kalite ve güvenliğinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla geleceğin hemşirelerine gerekli bilgi, beceri ve tutumların kazandırmalarına yönelik hemşirelik fakültelerine bir çerçeve sunan QSEN projesi, 2005 yılında başlatılmıştır (Dolansky ve Moore 2013; Hunt 2012). Bu tarihten itibaren hemşirelik mezunlarının kaliteli ve güvenli bakım için gereken bilgi, beceri ve tutumlara sahip olmasının sağlanması için hemşirelik eğitim programlarına kalite ve güvenlik yetkinlikleri entegre edilmeye başlanmıştır (Dolansky ve Moore 2013).

QSEN projesinin ilk aşamasında, birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme, bilişim ve güvenlik olmak üzere altı yetkinlik alanı tanımlanarak, her yetkinlik alanına yönelik lisans düzeyinde bilgi, beceri ve tutumları hedef alan öğrenim kazanımları geliştirildi. 2007-2009 yılları arasında tamamlanan ikinci aşamasında yüksek lisans düzeyinde aynı temel yetkinlik alanlarına yönelik bilgi, beceri ve tutumları hedef alan öğrenim kazanımlarının oluşturulması için birçok hemşirelik fakültesinin temsilcilerinden görüş alındı. QSEN temel yetkinliklerin lisans düzeyinde hemşirelik fakültelerine entegrasyonunu sağlamak için on beş okulda ön uygulamalar gerçekleştirildi. 2009-2012 yılları arasında tamamlanan üçüncü aşamasında, öğrencilere QSEN temel yetkinliklerin kazandırılmasına yönelik yenilikçi öğrenme ve değerlendirme yöntemlerinin geliştirilmesi, hemşirelik fakültelerine bunun için gerekli uzmanlığın kazandırılması ve tüm hemşirelik programları arasında sürekli iyileştirmeyi destekleyen mekanizmaların oluşturulması konusunda çalışmalar yapıldı. Kalite ve güvenlik kavramlarının hemşirelik eğitim programlarına nasıl entegre

edebileceği konusunda 1.000'den fazla hemşire eğitimcisi eğitildi.2012 yılında başlayan dördüncü aşamasında, Amerikan Hemşirelik Yüksekokulları Birliği (AACN), Ulusal Hemşirelik Birliği, Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) ve Amerikan Hemşirelik Yöneticileri Örgütü önderliğinde daha eğitimli bir hemşire iş gücünün oluşturulması için yapılan çalışmalar devam etmektedir (Hunt 2012; Dolansky ve Moore 2013; QSEN 2019).

QSEN modeli, birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme, güvenlik ve bilişim olmak üzere altı temel yetkinlik alanına yönelik bilgi, beceri ve tutumlar bağlamında hemşirelik bilimini bütünleştirmektedir. Aşağıda bu yetkinlik alanlarına yönelik öz bilgiler sunulmaktadır (QSEN 2019).

Birey merkezli bakım: Bireylerin değer, tercih ve gereksinimlerine temelli şefkatli ve eşgüdümlü bakımın sağlanmasında birey ve yakınlarını, değerlendirmenin kaynağı ve bakımın tam ortağı olarak kabul etmektir.

Ekip çalışması ve işbirliği: Hemşirelik ve meslekler arası ekiplerde sağlık bakım hizmetini gerçekleştirmek için açık iletişim, karşılıklı saygı ve ortak karar alma mekanizmalarının gelişmesine yardım ederek etkin bir şekilde işlev görmektir.

Kanıta dayalı uygulama: Bireye en uygun sağlık bakım hizmetini sunmak için birey/aile tercih ve değerleri ile klinik uzmanlığı en güncel kanıtlarla bütünleştirmektir.

Kalite iyileştirme: Bakım sonuçlarını izlemek ve sağlık bakım sistemlerinin kalite ve güvenliğini sürekli iyileştirme sürecinde değişimlerin tasarlanması ve sınanmasına yönelik iyileştirme yöntemlerinin kullanmaktır.

Güvenlik: Birey ve yakınları ile sağlık hizmeti sunanların zarar görme riskini, sistem etkinliği ve bireysel başarım yoluyla en aza indirgemektir.

Bilişim: İletişim kurulması, bilginin yönetilmesi, tıbbi hataların azaltılması ve karar vermenin desteklenmesi için bilgi ve teknolojiyi kullanmaktır (QSEN 2019).

2.2.5.3. Bireysel ve Örgütsel Etkileri

Geçiş programları, yeni mezun hemşirelerin mesleğe ve sağlık bakım sistemine uyumlarını güçlendirerek işten ayrılma oran ve niyetlerini azaltmayı amaçlamaktadır. Yapılan çalışmalarda, geçiş programlarının işten ayrılma oranları, bakımın kalite ve

güvenliğini arttırdığı ve maliyetleri azalttığı belirtilmektedir (Trepainer ve ark. 2012; Spector ve ark. 2015; Laschinger ve ark. 2016; Tsang ve ark. 2016; Baumann ve ark. 2019; Tyndall ve ark. 2019). Yapılan bir sistematik derlemede geçiş programlarına katılan yeni mezunların ortalama işten ayrılma oranın %11, işte kalma oranının ise %88 olduğu ve çoğunlukla isteyerek işten ayrıldığı bildirilmektedir (Rush ve ark. 2019). Bu durumu destekler nitelikte işten ayrılma niyeti ile ilişkisi olduğu bilinen memnuniyetsizlik, tükenmişlik, stres ve anksiyete düzeylerini azalttığı (Goode ve ark. 2013; Whitehead ve ark., 2013; Edwards ve ark. 2015; Laschinger ve ark. 2016; Tyndall ve ark. 2019) gösterilmektedir.

Yeni mezunun çalışma ortamı ve kültürüne uyumunu kolaylaştırmak için geçiş programlarının bir bölümünü ya da tamamının oluşturan rehber/mentörlük temelli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Rehberlik/mentorluk desteği alan yeni mezunlar, deneyimli hemşirelerle iletişim ve ilişki kurabilmekte ve böylelikle mesleki karar ve uygulamalarını geliştirebilmektedir (Haggerty ve ark. 2013; Henderson ve ark. 2015). Rehber/mentor ile yeni mezunlar, kişilik özellikleri ve öğrenme/öğretme stillerine göre eşleşmesi, yeni mezunun hem rehber/mentörü ile hem de sağlık ekibi üyeleri ve meslektaşları ile daha güçlü ilişkiler kurmasına neden olmaktadır (Haggerty ve ark. 2013). Yapılan çalışmalar, geçiş programına katılma durumunun yeni mezunların olumsuz işyeri davranışlarına maruz kalmalarını etkilemediğini göstermektedir (Rush ve ark., 2014; Doughty ve ark. 2018). Rush ve arkadaşları (2014), olumsuz işyeri davranışlarına maruz kalan ve geçiş programına katılan yeni mezun hemşirelerin, katılmayanlara geçiş sürecinin daha olumlu algıladığını belirtirken, Hussein ve arkadaşları (2017), yeni mezunların geçiş programında geçirdikleri süre ile çalışma ortamından memnuniyetleri arasında anlamlı farklılık olmadığını göstermektedir.

Geçiş programları, yeni mezunların yetkinlik algılarını güçlendirmektedir (Goode ve ark. 2013; Whitehead ve ark. 2013; Edwards ve ark. 2015; Tsang ve ark. 2016; PhoenixBittner ve ark. 2017). Spector ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada, yeni mezunların geçiş programı sonunda ekip çalışması ve işbirliği, birey merkezli bakım, kalite iyileştirme ve kanıta dayalı uygulama yetkinliklerinin geliştiğini göstermektedir. Rush ve arkadaşları (2015), geçiş programına katılan ve katılmayan yeni mezunların yetkinlik algılarını karşılaştırdıkları çalışmada, katılım gösterenlerin bakımı planlama ve önceliklendirme, iletişim ve liderlik algılarının daha yüksek

olduğunu göstermektedir. Bauman ve arkadaşları (2019), geçiş programına katılan yeni mezunların katılmayanlara göre karar verme, iletişim, bakım yönetimi, sistem bütünleştirme ve bağlılık becerilerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Geçiş programına katılan yeni mezunların yetkinlik algılarının artmasının paralelinde öz güven düzeylerini artmakta (Goode ve ark. 2013; Whitehead ve ark. 2013; Edwards ve ark. 2015), mesleki rollerine daha kolay uyum sağlamakta ve iş ve mesleki bağlılıklarının güçlenmektedir (Dames 2019; Tyndall ve ark. 2019).

2.3. Geçiş Süreci ve Simülasyon

Geçiş süreci ve simülasyon başlığı altında simülasyon tanımı, düzeyleri, simülasyonda en iyi uygulama standartları, simülasyona dayalı deneyim süreci ve geçiş sürecinde simülasyon stratejisinin kullanımı incelenmektedir.

2.3.1. Simülasyon Tanımı

TDK'na göre benzetim, öğrence anlamlarına gelen ve Fransızca kökenli bir sözcük olan simülasyon (TDK 2019), medikal simülasyonun öncülerinden olan Gaba (2004) tarafından gerçek deneyimleri, tamamen etkileşimli bir biçimde gerçek dünyanın önemli yönlerini yineleyen ya da anımsatan yönlendirilmiş deneyimlerle değiştirmek ya da güçlendirmek için kullanılan bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (Gaba 2004). Hemşirelikte en fazla kabul gören tanımı yapan Pamela Jeffries simülasyonu, katılımcılara kazandırılmak istenilen bilgi, beceri ve tutumlara bağlı olarak değişen durum ve koşulları simülatör, standardize hasta ya da oyuncular kullanarak taklit edebilen ve eleştirel düşünme, sorun çözme ve karar verme becerilerini geliştiren katılımcı merkezli etkileşimli bir öğretim stratejisi olarak tanımlamaktadır (Jeffries 2005).

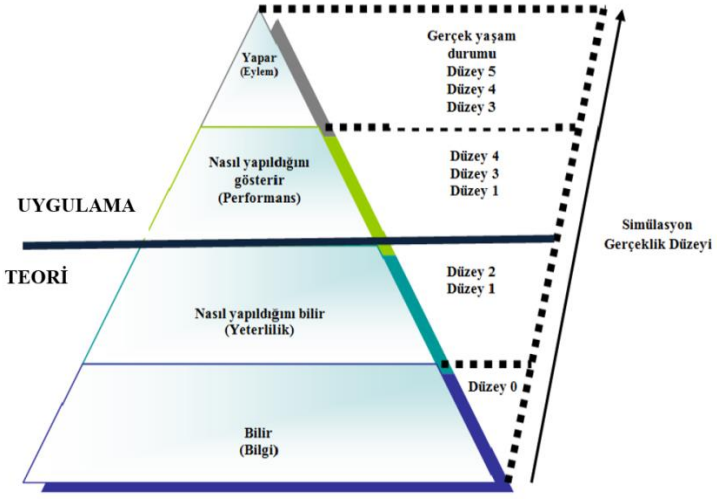
Simülasyon, hemşirelik öğrencilerine, yeni mezun ve deneyimli hemşirelere kuramsal bilgi ile uygulama arasındaki derin boşluğu kapatarak istenilen bilgi, beceri ve tutumların güvenli bir ortamda kazandırılmasına imkân veren yenilikçi bir öğretim yaklaşımıdır. Simülasyona dayalı öğrenme deneyimi, simülasyon ile katılımcıların bilgi ve becerilerini arttırmalarına ve tutumlarını geliştirmeye olanak sağlayan gerçek ya da olası durumları yansıtan yapılandırılmış bir dizi aktivite olarak tanımlanmaktadır (Aksoy ve ark. 2017).

Benzerlik (fidelity), simülasyonun vakayı fizyolojik, psikolojik ve çevresel açıdan gerçeğe benzetebilme derecesi tanımlanmakta ve simülasyon oturumları ve simülatörlerinin gerçeği yansıtma derecelerine göre düşük, orta ve yüksek benzerlikli olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kavramla anlam karmaşasının bulunduğu bir diğer kavram olan gerçekçilik, simülasyon senaryosu, simülatör ve fiziksel ortamın gerçekliğe uygunluğunun yanı sıra çalışma ortamındaki üniformaların, simüle hastanın ve eğitimcilerin eylemlerinin gerçeğe uygun olmasını içermektedir (Aksoy ve ark. 2017).

Özetle, simülasyona dayalı deneyim, gerçekçilik ve benzerlik düzeyi yüksek, güvenli ve denetimli bir ortamda yansıtıcı düşünce, geri bildirim ve etkileşimli katılım yoluyla katılımcının bireysel olarak öğrenmesini sağlamaktır.

2.3.2. Simülasyon Düzeyleri

Sağlık bakım ortamlarındaki gerçek durum ve koşulları etkili yönetiminde gerekli bilgi, beceri ve tutumlar, basitten karmaşığa doğru sıralanan simülasyona dayalı deneyim düzeyleri ile geliştirilebilmektedir. Şekil 2.4'de Alinier (2007) tarafından oluşturulan piramitte simülasyona dayalı deneyimler gerçeklik düzeyine göre sıfır ile beş arasında altı düzeyde gösterilmektedir. Piramidin en alt basamağındaki bilgi alanı düzey 0; ikinci basamağındaki yeterlilik alanı düzey 1-2; üçüncü basamağındaki performans alanı düzey 1-3-4; en üst basamağındaki eylem/davranış alanı düzey 3-4-5 simülasyona dayalı deneyim ile değerlendirilmektedir (Alinier 2007).



Şekil 2-4: Alinier Tipolojisi

Düzey 0: Bakım yönetimi ile ilgili örnek vakalar ve bu vakaları niteleyen görüntüleme ve laboratuvar sonuçları dışında herhangi bir donanım ve ekipman gerektirmeyen yazılı simülasyonlar, düzey 0 olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle öğrenci liderliğinde pasif olarak sınıf ortamında gerçekleştirilen ve bilişsel öğrenme alanını hedef alan bu düzey, tanılama, sağlıklı/hasta birey değerlendirme ve bakım yönetimi sorunlarına odaklanmaktadır. Maliyetin düşük olması en olumlu yönü iken, en olumsuz yönü olarak geri bildirimin simülasyonun hemen sonrasında verilememesi gösterilmektedir (Alinier 2007).

Düzey 1: Organların anatomik yapılarını göstermeye, sağlıklı/hasta bireyi değerlendirmeye ve psikomotor becerileri uygulamaya olanak tanıyan anatomik modelleri kapsayan üç boyutlu modeller, düzey 1 olarak sınıflandırılmaktadır. Manken bazlı ve gerçekliğe yakınlığı düşük simülatörler bu düzeyde kullanılmaktadır. Öğrenci ya da eğitimci liderliğinde pasif ya da kısmen etkileşimsel olarak sınıf ortamı ya da mesleki beceri laboratuvarında gerçekleştirilen ve psikomotor öğrenme alanını hedef alan bu düzey, gösterip yapabilme ya da uygulayabilme becerilerinin geliştirilmesinde kullanılmaktadır. Kullanılan donanım ve ekipmanın kısmen hareketli ve her an kullanıma hazır olması, aynı beceri üzerinde çalışan bir grup öğrenci için tek dersin yeterli olması ve uygulama sırasında sağlıklı/hasta bireyi rahatsız etmemesi olumlu yönleri arasında yer almaktadır. Olumsuz yönlerini ise eğitimdeki işlevlerinin sınırlı olması ve etkileşimin az ya da hiç olmaması oluşturmaktadır (Alinier 2007).

Düzey 2: Sanal gerçeklik uygulamaları ve yazılım gerektiren simülasyonlar, düzey 2 olarak sınıflandırılmaktadır. Bilgisayar simülasyonu, videolar ve cerrahi simülatörler, bu düzeyde kullanılmaktadır. Öğrenci ya da eğitimci liderliğinde etkileşimsel olarak sınıf ortamı ya da bilgisayar laboratuvarında gerçekleştirilen ve bilişsel alana yönelik olan bu düzey, bilişsel beceriler, klinik durum yönetimi ve bazen kişiler arası beceriler kazandırılmasına odaklanmaktadır. Olumlu yönleri arasında sanal gerçeklik uygulamaları hariç kısmen daha düşük maliyetli olması, çok sayıda öğrenci için tek uygulamanın yeterli olması, öğrencilerin tek başına kullanabilmesi ve yazılımın genellikle öğrenci başarımı ile ilgili geri bildirim vermesi bulunmaktadır. Gerçek sağlık bakım ortamlarını yansıtmaması, öğrenci ve eğiticilerin bilgisayar ekipman ve donanımlarına tanıdık olmaması, yazılımın güncel tutulması ve sanal gerçeklik

uygulamalarının yüksek işlem gücü gerektirmesi olumsuz yönleri arasında yer almaktadır (Alinier 2007).

Düzey 3: Standardize hastalar ve gerçek ya da simüle edilmiş hastalar, düzey 3 olarak sınıflandırılmaktadır. Öğrenci ya da eğitici liderliğinde etkileşimsel olarak senaryonun gerekliliklerini karşılayan ortamlarda bilişsel, psikomotor ve kişilerarası öğrenme alanlarına yönelik gerçekleştirilmektedir. Düzey 2'de yer alan kullanım alanlarına ek olarak sağlıklı/hasta birey fiziksel değerlendirme, tanılama, bakımın yönetimi ve kişilerarası becerilerin geliştirilmesinde kullanılmaktadır. Olumlu yönleri arasında gerçekliğe yakınlığının yüksek olması, iletişim becerileri kullanılmasının gerekliliği ve meslekler arası eğitime izin vermesi bulunmaktadır. Olumsuz yönlerini ise sadece küçük öğrenci gruplarında gerçekleştirilmesi, standardize hastaların eğitilmesi ve bilgilendirilmesinin zaman ve maliyete neden olması, tekrarlı uygulamalarda standardize bireylerin gönüllü olmama olasılığı ve bir eğitici olmadan girişimsel uygulamalar için kullanılamaması oluşturmaktadır (Alinier 2007).

Düzey 4: Gerçekliğe yakınlığı orta düzeydeki simülatörler ve bilgisayar destekli programlanabilir ancak tam olarak etkileşimsel olmayan tüm vücut simülatörler, düzey 4 olarak sınıflandırılmaktadır. Tercihen eğitici liderliğinde kısmen etkileşimsel olarak mesleki beceri laboratuvarı ya da gerçekçi ortamların bulunduğu simülasyon merkezlerinde bilişsel, psikomotor ve kişilerarası öğrenme alanlarına yönelik gerçekleştirilmektedir. Senaryoların düzenlenmesi gerekliliği, küçük bir öğrenci grubu için çok sayıda eğitici gerektirmesi, eğiticilerin donanım ve ekipmanları tanıma ve kullanabilme zorunluluğu ve yaşam bulgularının izlenebilmesi için simüle edilmiş bir monitör gerekliliği yer almaktadır. Gerçekliğe yakınlığı yüksek bir deneyim sunması, farklı ve kapsamlı becerilerin uygulanmasında kullanılabilmesi, öğrenci başarımının bazen video ile kayıt altına alınabilmesi ve meslekler arası eğitime izin vermesi, olumlu yönlerini oluşturmaktadır (Alinier 2007).

Düzey 5: Gerçekliğe yakınlığı yüksek hasta simülatörleri olarak bilinen etkileşimli ve bilgisayar destekli hasta simülatörleri, düzey 5 olarak sınıflandırılmaktadır. Tercihen öğrenci liderliğinde etkileşimsel olarak gerçekçi ortamların bulunduğu ve görsel ve işitsel kayıt alma olanaklarının bulunduğu simülasyon merkezlerinde bilişsel, psikomotor ve kişilerarası öğrenme alanlarına yönelik gerçekleştirilmektedir. Düzey 4'de yer alan tüm kullanım alanları, bu düzey için de geçerli olmaktadır. Maliyetin

yüksek olması, küçük bir öğrenci grubu için çok sayıda eğitici gerektirmesi, eğiticilerin donanım ve ekipmanları tanıma ve kullanabilme zorunluluğu ve taşınabilir olmaması olumsuz yönleri arasında yer almaktadır. Olumlu yönlerini ise düzey 3'e ek olarak yaşam bulgularının izlenmesinde gerçek monitör görüntüleri kullanılabilmektedir (Alinier 2007).

2.3.3. Simülasyonda En İyi Uygulama Standartları

Teksas'ta 2002 yılında kurulan Uluslararası Klinik Simülasyon ve Öğrenme Hemşirelik Birliği (International Nursing Association for Clinical Simulation & Learning -INACSL), dünya çapında yaklaşık 2500'den fazla üyesiyle sağlık bakım hizmetlerinde simülasyon bilimini geliştirmek misyonuyla günümüzde yoluna devam etmektedir. Simülasyona dayalı deneyimlerin standardizasyonuna yönelik ilk kez 2011 yılında yayınlanan rehberin, en son 2016 yılında INACSL En İyi Uygulama Standartları: Simülasyon^{SM} güncellendiği ve sekiz standarttan oluştuğu bilinmektedir (INACSL 2019).

Simülasyon Tasarımı: Simülasyon dayalı deneyimler, belirlenen hedeflere ulaşılması ve beklenen sonuçların elde edilmesi için kasıtlı olarak tasarlanmaktadır. Simülasyona dayalı deneyimlerin etkililiğinin arttırılmasında standardize simülasyon tasarımı bir çerçeve sunmaktadır. Simülasyon tasarım standardı; gereksinimin belirlenmesi, ölçülebilir hedeflerin oluşturulması, simülasyon türünün yapılandırılması, bir senaryo ya da vakanın tasarlanması, farklı türlerde benzerliklerin kullanılması, kolaylaştırıcı bir yaklaşımın sürdürülmesi, ön bilgilendirme oturumu, çözümleme oturumu, çok yönlü değerlendirme, katılımcıların hazırlanması ve ön uygulamanın yapılması olmak üzere on bir kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016a).

Sonuçlar ve Hedefler: Beklenen sonuçlara ulaşabilmek için tüm simülasyona dayalı deneyimler, ölçülebilir hedeflerin geliştirilmesi ile başlamaktadır. Sonuç ölçütlerinin belirlenmesinden sonraki adımda bu ölçütlere ulaştırmayı kolaylaştıran ve yol gösterici araçlar olan hedefler geliştirilmektedir. Sonuçlar ve hedefler standardı; simülasyona dayalı deneyime yönelik beklenen sonuçların belirlenmesi ve beklenen sonuçlara dayalı özel, ölçülebilir, başarılabilir, gerçekçi ve zaman içeren hedeflerin yapılandırılması olmak üzere iki kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016b).

Kolaylaştırma: Simülasyona dayalı deneyimde kullanılan kolaylaştırma yöntemleri, beklenen sonuçlar ve katılımcının öğrenme ihtiyaçlarına bağlı değişkenlik

göstermektedir. Bir kolaylaştırıcı, simülasyona dayalı deneyiminin bütününde sorumluluk göstermektedir. Kolaylaştırma standardı; bilgi ve beceriye sahip kolaylaştırıcı, katılımcıların öğrenme, deneyim ve yetkinlik seviyesine uygun kolaylaştırıcı yaklaşım, hazırlık faaliyetleri ve ön bilgilendirme oturumunda kolaylaştırma yöntemleri, planlı ve yapılandırılmış ipuçları, simülasyona dayalı deneyim sonrasında kolaylaştırma olmak üzere beş kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016c).

Çözümleme: Tüm simülasyona dayalı deneyimler, katılımcıların gelecekteki başarımlarının geliştirilmesi amacıyla planlı bir çözümleme oturumunu içermektedir. Çözümleme oturumu, katılımcılara kaliteli ve güvenli bakım ve mesleki rolü konusunda anlayış kazandırmakta ve en iyi uygulamalara odaklı bilgi, beceri ve tutumların aktarımını desteklemektedir. Çözümleme standardı; bilgi ve beceriye sahip bir birey, öğrenmeyi ve kendini ifade etmeyi kolaylaştıran bir ortam, simülasyon oturumu sırasında yeterli düzeyde ilgi ve dikkat gösteren bireyler tarafından kolaylaştırılması, kuramsal bir çerçeveye dayandırılması, simülasyona dayalı deneyimin hedef ve sonuçları ile uyumlu olması olmak üzere beş kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016d).

Katılımcıların Değerlendirilmesi: Tüm simülasyona dayalı deneyimler, katılımcı değerlendirmesini gerektirmektedir. Katılımcıların değerlendirilmesi standardı; katılımcı değerlendirme yönteminin belirlenmesi, izlemsel, sonuçsal ve üst düzey değerlendirmeler için simülasyona dayalı deneyimlerin seçilebilmesi olmak üzere dört kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016e).

Profesyonel Davranış (Bütünlük): Profesyonel davranış, simülasyona dayalı deneyime katılan herkes tarafından gösterilmesi beklenen etik davranışlar olarak nitelendirilmekte ve simülasyona dayalı deneyim boyunca desteklenmektedir. Profesyonel davranış standardı; profesyonel davranışın tüm özelliklerini korumak ve rol model olmak, mesleğin uygulama standartları, kuralları, ilkeleri ve ahlakını takip etmek, güvenli bir öğrenme ortamı oluşturmak ve sürdürmek ve kurum politika ve prosedürlerini yansıtan senaryo ve başarımların gizliliğini sağlamak üzere dört kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016f).

Simülasyon-Meslekler Arası Eğitim (SIM-IPE): Simülasyonla güçlendirilmiş meslekler arası eğitim, farklı mesleklerden katılımcıların ortak ve birbirine bağlantılı

hedef ve sonuçlar elde etmek için simülasyona dayalı deneyime katılımlarını sağlamaktadır. SIM-IPÊ standardı; kavramsal ve kuramsal bir çerçeveye dayalı SIM-IPE yapılandırılması, SIM-IPE tasarımı ve geliştirilmesi sürecinde en iyi uygulamaların kullanılması, SIM-IPE önündeki olası engellerin tanınması ve tanımlanması ve SIM-IPE'ye yönelik uygun bir değerlendirme planının hazırlanması olmak üzere dört kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016g).

İşlemler: Tüm simülasyona dayalı eğitim programları, işlemleri desteklemek ve sürdürmek için sistem ve altyapı gerektirmektedir. Simülasyon işlemleri, etkili ve verimli bir simülasyona dayalı eğitim programının uygulanması için gerekli altyapıyı, insan gücü ve süreçleri kapsamaktadır. Simülasyona dayalı eğitim programının kaynaklarını düzenleyen ve bütünleştiren bir stratejik planın uygulanması, simülasyona dayalı eğitim programını desteklemek ve sürdürmek için uygun uzmanlıkta insan gücü sağlanması, alan, donanım ve ekipman ve insan gücü kaynaklarının yönetiminde bir sistem kullanılması, finansal kaynakların korunması ve yönetilmesi, etkili sistem bütünleşmesi için resmi bir sistem kullanılması ve politika ve prosedürlerin oluşturulması işlemler standardı, altı kriterden oluşmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016h).

2.3.4. Simülasyona Dayalı Deneyim Süreci

Simülasyona dayalı deneyimler; ön bilgilendirme oturumu, simülasyon oturumu ve çözümleme oturumu olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır.

Ön bilgilendirme oturumu, simülasyon oturumundan önce katılımcılara açıklayıcı ve hazırlayıcı bilgiler verilmektedir (Aksoy ve ark. 2017). Bu bilgiler, senaryonun amacı, öğrenim hedefleri, süresi ve başlangıç noktası, katılımcı beklentileri, roller ve olgu özellikleri, simülasyon ortamı ve kullanılan ekipman ve donanımlar, değerlendirilme yöntemleri ve uyulması gereken kuralları içermektedir. Belirli bir zaman dilimi içinde yapılandırılmış, planlı ve yazılı hale getirilen bir ön bilgilendirme oturumu, tüm katılımcıların ön bilgilendirme sürecini standardize etmektedir (INACSL Standartları Komitesi 2016a).

Simülasyon oturumunda katılımcılar beklenen amaç ve hedeflere uygun olarak başarım göstermektedir. Tüm simülasyon oturumları, başlangıç noktası, yapılandırılmış katılımcı aktiviteleri ve bir bitiş noktasını içermektedir. Simülasyon oturumlarının fiziksel, psikolojik ve kavramsal gerçekçiliği karşılaması ve katılımcıların başarımlarını

desteklemek üzere kolaylaştırıcı yaklaşımı benimsemesi gerekmektedir. Simülasyon oturumlarında katılımcıların başarımları, geçerli ve güvenilir araçlar ile yetkin değerlendiriciler tarafından değerlendirilmektedir (INACSL Standartları Komitesi 2016a).

Simülasyon oturumunun sonrasında gerçekleşen ve eğitici ve katılımcı arasında karşılıklı etkileşime dayalı ve yansıtıcı olan çözümleme oturumunda, katılımcının öğrendiklerini özümsemesi ve edindiği tecrübeleri uygulamaya aktarması hedeflenmektedir (Aksoy ve ark. 2017). Çözümleme oturumu, yetkin bir çözümleyici tarafından yapılandırılmış bir çerçeve şekilde simülasyon ortamından uzakta gerçekleştirilmektedir (INACSL Standartları Komitesi 2016d). Katılımcıların simülasyon oturumundaki deneyimi ile ilgili duygularını ifade etmeleri, davranışlarının altında yatan nedenleri sorgulamaları, öz ve akran değerlendirmesi için eğiticiler güvenli ortamı sağlamakta ve yapıcı geri bildirim vermektedir. Bu oturumda klinik karar verme ve eleştirel düşünme becerileri desteklenmektedir (Aksoy ve ark. 2017). Öğrenme, bu aşamada gerçekleşmekte olup katılımcının öz etkinliği ve farkındalığı artmaktadır (INACSL Standartları Komitesi 2016d).

2.3.5. Geçiş Sürecinde Simülasyon Stratejisinin Kullanımı

Geçiş sürecinde simülasyona dayalı deneyim, hemşirelik öğrencileri ve yeni mezunların mesleki rol ve sorumluluklarına yönelik bilgi, beceri ve tutumların geliştirilmesinde ve güçlendirilmesinde kullanılmaktadır.

Geçiş sürecinin başlangıcında olan son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarının desteklenmesi için düzenli olarak farklı seviyelerde zorlukları deneyimlemesine ve kuramsal bilgi ile uygulamayı bütünleştirmesine imkân tanıyan yenilikçi öğretim yaklaşımları gerekmektedir. Simülasyona dayalı deneyimler, son sınıf hemşirelik öğrencileri mesleki yaşama hazırlayarak mezun olduklarında mesleki yaşama geçiş sürecinin kolaylaştırmaktadır (Hayes 2018). Singapur'da yapılan bir çalışmada (2011), simülasyona dayalı deneyimi olan son sınıf hemşirelik öğrencilerinin, olmayanlara göre iletişim ve ekip çalışması, durumsal farkındalık, karar verme ve liderlik olarak sınıflandırılan teknik olmayan becerilerinin anlamlı derecede yüksek olduğunu göstermektedir (Pearson ve McLafferty 2011). Liaw ve arkadaşlarının aynı ülkede yaptıkları çalışmada (2014), son sınıf hemşirelik öğrencilerinin simülasyona dayalı deneyime katılım gösterdikten sonra mesleki yaşama hazır oluşluk düzeylerinin

yükseldiği ve simülasyona dayalı deneyimden yüksek düzeyde memnun oldukları belirtilmektedir (Liaw ve ark. 2014). Liaw ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin mesleki yaşama geçişlerini kolaylaştırmak amacıyla simülasyona dayalı deneyimin etkili olduğunu belirtmektedir (Liaw ve ark. 2015).

Hemşirelikte geçiş programları, yeni mezunları mesleki yaşama hazırlama sürecinde etkili yöntemlerden biri olan simülasyonu kullanmaktadır. Ancak konu ile ilgili alanyazında sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır. ABD'de yapılan çalışmada, simülasyona dayalı deneyimin yeni mezunların öz güven, eleştirel düşünme ve iletişim becerilerini geliştirdiğini belirtilmektedir (Kaddoura 2010). Meyer ve arkadaşları (2014) yaptıkları çalışmada, yeni mezunlar simülasyonun öz etkililik ve bilgi düzeylerini arttırdığını, teknik becerileri ve klinik başarımlarını geliştirdiğini belirtmektedir (Meyer ve ark. 2014). Thomas ve Mraz (2017), yaptıkları çalışmada, simülasyona dayalı deneyimlerin yeni mezunların öz güven, iletişimi, eleştirel düşünme, kuramsal bilgi ve uygulamanın bütünleşmesi, bakımda büyük resmi görebilme ve bağımsız mesleki uygulamalardaki sorumluluklar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda öz güven, iletişim, yansıtıcı düşünce ve karar vermeyi destekleyen simülasyona dayalı deneyimlerin yeni mezun hemşirelerin geçiş sürecini kolaylaştırdığını belirtmektedir. Jung ve arkadaşlarının (2017) Kore'de yaptıkları çalışmada, simülasyona dayalı deneyimi bulunan yeni mezunların, bulunmayanlara göre iletişim becerileri ve mesleki hazır oluşluğunun anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varmaktadır (Jung ve ark. 2017). Kim ve arkadaşlarının Kore'de yaptıkları çalışmanın sonuçları (2018), simülasyon temelli teslim süreci eğitiminin, yeni mezunların teslim süreci ve klinik karar verme ile ilgili yetkinlik gelişimlerine akran temelli teslim sürecinden daha fazla katkı verdiğini göstermektedir.

Sonuç olarak; geçiş süreci ile ilgili yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalar, simülasyona dayalı deneyimin geçiş sürecini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü Amacı

Ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı araştırmada, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mezuniyet öncesi mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisinin incelenmesi amaçlandı.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Araştırmada aşağıdaki **bağımlı** ve **bağımsız değişkenler** incelendi.

Bağımsız Değişken: Simülasyona Dayalı Deneyim

Bağımlı Değişkenler: Bilgi Düzeyi, Yetkinlik Algısı, Mesleki Hazıroluşluk Algısı, Geçiş Şoku Algısı

Araştırmada aşağıdaki **hipotezler** sınandı.

H1: Simülasyona dayalı deneyimi olan öğrencilerin mezuniyet öncesi yetkinliklere yönelik bilgi düzeyi, olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

H2: Simülasyona dayalı deneyimi olan öğrencilerin mezuniyet öncesi yetkinlik algıları, olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

H3: Simülasyona dayalı deneyimi olan öğrencilerin mezuniyet öncesi mesleki hazır oluşluk algıları, olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

H4: Simülasyona dayalı deneyimi olan öğrencilerin mezuniyet sonrası geçiş şoku düzeyleri, olmayanlara göre daha yüksek olacaktır.

3.3. Araştırmanın Yer ve Zaman Özellikleri

Araştırma, Nisan-Haziran 2018 tarihleri arasında İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi ve İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

İstanbul Medipol Üniversitesi, Türkiye Eğitim ve Sağlık Vakfı tarafından 2009 yılında kurulan, 2013-2014 akademik yılında ilk hemşire mezunlarını veren ve günümüzde sağlık bilimleri yüksekokulu ve sağlık bilimleri fakültesi içinde iki hemşirelik bölümü bulunan bir vakıf üniversitesidir. 130 öğrenci kapasitesi bulunan ve amfi oturma biçiminde olan derslikte bir bilgisayar, iki projektör ve iki akıllı tahta bulunmaktadır.

İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi, genel, onkoloji, kalp-damar cerrahisi ve diş üzerine odaklanan dört ayrı hastaneyi bünyesinde barındıran, 515 servis ve 126 yoğun bakım yatağı ile hizmet veren Avrupa yakasındaki bir üniversite hastanesidir. Araştırmada simülasyona dayalı deneyimler İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi'nin anjio laboratuvarında gerçekleştirildi. Anjio Laboratuvarı, çocuk ve erişkin işlem odaları, gözlem odası ve dinlenme odasından oluşan L şeklinde bir koridor olarak kalp-damar binasında yer almaktadır. Bu koridorun bir ucundan giriş, diğer ucundan ise çıkış yapılabilmektedir. Tüm simülasyona dayalı deneyimler, ön bilgilendirme, simülasyon ve çözümleme oturumu olmak üzere üç aşamalı br süreçten oluştu. Ön bilgilendirme oturumu laboratuvarda, simülasyon oturumu gözlem odasında ve çözümleme oturumu dinlenme odasında gerçekleştirildi. Laboratuvara kolçaklı sandalyeler yerleştirildi ve ön bilgilendirmeye uygun hale getirildi. Gözlemcilerin senaryoyu yönettikleri bir kontrol odası bulunmaması nedeniyle gözlem odasına bir kamera yerleştirildi ve bir kameraman ve iki bağımsız gözlemci odanın içinde konumlandı. Öğrencilerin hasta ve sağlıklı bireylere müdahele etmelerini gerektiren her türlü tıbbi malzeme ve donanım gözlem odasına yerleştirildi. Gözlem odası, tüm simülasyona dayalı deneyimler öncesinde senaryo doğrultusunda düzenlendi. Çözümleme oturumunun gerçekleştiği dinlenme odasında ise bir bilgisayar, bir sandalye ve bir kanepe bulunmaktaydı.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü son sınıfta öğrenim görmekte olan ve ''Hemşirelikte İntörnlük II'' dersini alan 128 öğrenci oluşturdu.

Örneklem seçim kriterleri aşağıdaki şekilde belirlendi;

- ✓ Öğrencinin lisans eğitiminin son döneminde olması,
- ✓ Bölüme üniversite sınavından aldığı puan ile yerleşmesi,
- ✓ Temel lise eğitiminden mezun olması,
- ✓ Yarı zamanlı statüde mesleki deneyimin bulunmaması
- ✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması
- ✓ Mesleki yaşama geçiş programının tamamına katılım göstermesi

Örneklem seçim kriterlerini karşılayan 82 öğrenci örneklem kapsamına alındı. Araştırma girişim ve kontrol olmak üzere iki grup üzerinden tasarlandığından randamizasyonun sağlanabilmesi için öğrenciler genel ağırlıklı not ortalamalarına (GANO) göre büyükten küçüğe doğru sıralanarak 6'lı bloklara ayrıldı. Öğrencilerin girişim ve kontrol gruplarına atanması permütasyon yöntemine göre Tablo 3.1'de gösterilen 20 farklı olasılık dâhilinde gerçekleştirildi (Kanık ve ark. 2011).

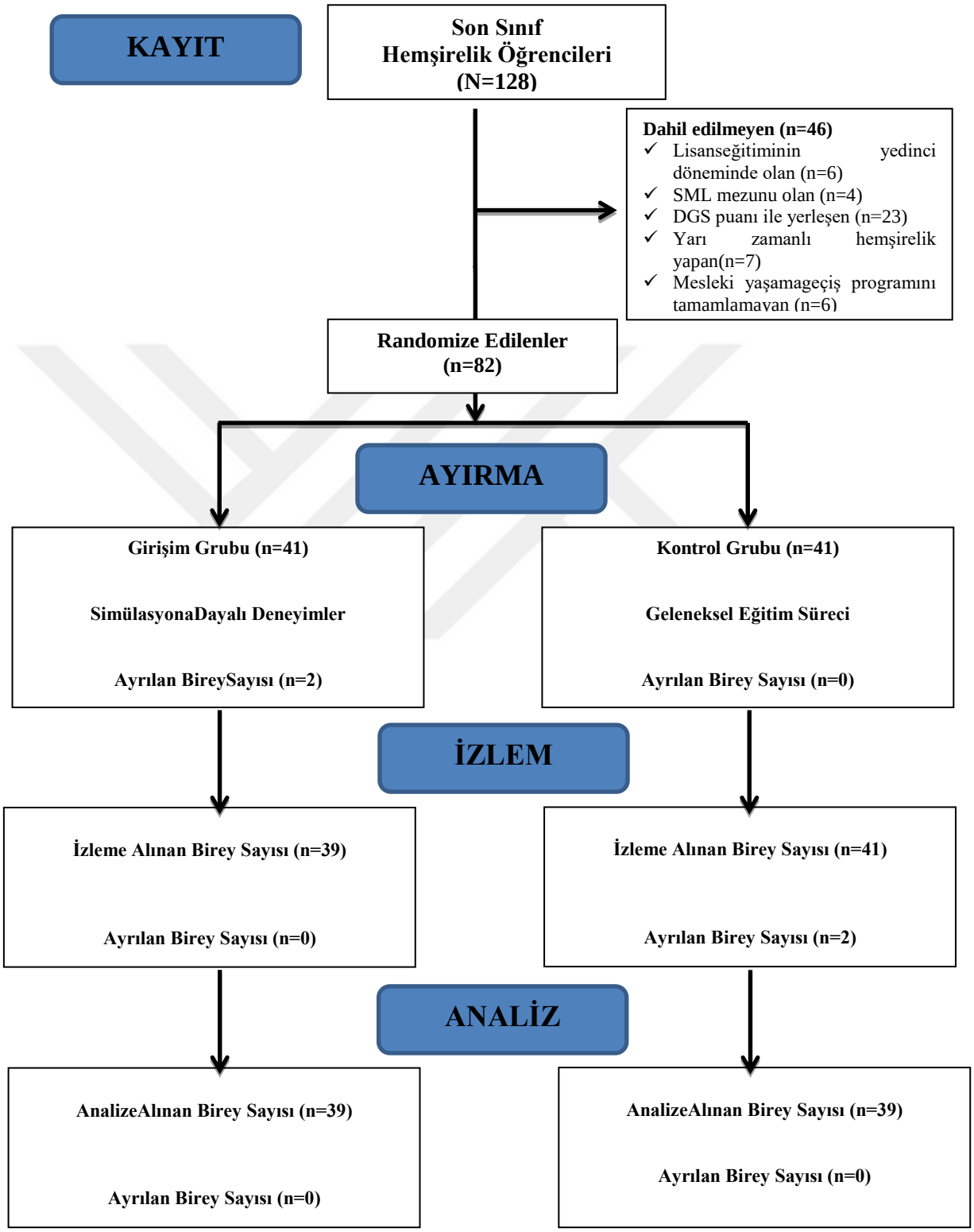
Tablo 3-1: Öğrencilerin Girişim ve Kontrol Gruplarına Atanma Olasılıkları

Sayı	Açıklama	Sayı	Açıklama
1	GGGKKK	**11**	GKGGKK
2	GGKKKG	**12**	KGGKKG
3	GKKKGG	**13**	GKKGKG
4	KKKGGG	**14**	GKGKGK
5	GGKKGK	**15**	KGKGKG
6	GKKGGK	**16**	KGKGGK
7	KKGGGK	**17**	KGGGKK
8	GGKGKK	**18**	KKGKGG
9	GKGKKG	**19**	KKGGKG
10	KGKKGG	**20**	KGGKGK

Bir torbanın içine 1'den 20'ye kadar yazılan numaralar konularak kura ile sıralama belirlendi. Kurada çekilen sayılar 8, 2, 11, 5, 7, 20, 13, 16, 9, 4, 18, 10, 15 ve 12 şeklinde sıralandı. İlk olarak 8 numaralı blokla başlandı ve son olarak 12 numaralı blokla atama işlemi sonlandırıldı. Buna göre, 8 numaralı bloğun karşısında bulunan GGKGKK şeklindeki sıralamaya göre listede yer alan birinci, ikinci ve dördüncü öğrenci girişim grubuna; üçüncü, beşinci ve altıncı öğrenci kontrol grubuna atandı. Aynı düzende devam eden atamalar sonucunda girişim ve kontrol gruplarını 41'er öğrenci oluşturdu.

Araştırmanın ön test sürecinde girişim ve kontrol gruplarında yer alan 3'er öğrenci gruplarını değiştirdi. Girişim grubundan iki ve kontrol grubundan iki olmak üzere toplam dört öğrenci, simülasyona dayalı deneyimleri tamamlamaması ve son test sürecine katılım göstermemesı nedenleriyle araştırmadan çıkarıldı. Örneklem sayısı ile ilgili yapılan güç analizi (GPower 3.1 programı) sonucunda da %5 hata, %61 etki büyüklüğü ile %80 oranında güçlü bir örneklem büyüklüğünün olduğu sonucuna varıldı. Sonuç olarak girişim ve kontrol grupları için 39'ar öğrenci belirlenerek 78 öğrenci ile

örneklem seçim süreci tamamlandı (N=78). Araştırmanın CONSORT bildirimine göre akış diyagramı Şekil 3.1'de gösterildi.



Şekil 3-1: Araştırma Akış Diyagramı

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama araçları olarak Bireysel Özellikler Formu, Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği, Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği, Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği, Yetkinlik Alanlarına İlişkin Temel Bilgi Sınavı, Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği ve Simülasyon Değerlendirme Anketi kullanıldı.

3.5.1. Bireysel Özellikler Formu

Araştırmacı tarafından, araştırmanın amacı ve ilgili literatür dikkate alınarak hazırlanan formda, öğrencilerin bireysel özellikleri ile mesleki yaşama geçiş sürecindeki duygu ve düşüncelerini sorgulayan 12 soruya yer verildi (Duchscher 2009; Zamanzadeh ve ark. 2014; Clipper ve Cheery 2015; Woods ve ark. 2015; Mellor ve Gregoric 2016). Öğrencilerin yaş, cinsiyet, mezun olduğu lise türü, yedinci yarıl yıl sonundaki GANO'sı, mesleği tercih etme istekliliği ve çalışmak istediği bölüm olmak üzere altı bireysel özelliği sorgulandı. Öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik öz güven, endişe ve stres düzeyleri ile mesleki rol ve sorumlulukları gerçekleştirebilme, mesleki bilgi ve becerileri kullanabilme ve mesleki ilişkiler kurabilme konularında kendilerini hazır hissetme düzeylerini 0-10 puan arasında derecelendirdiği altı soru ile duygu ve düşünceleri değerlendirildi (Ek 1).

3.5.2. Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği

Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü 2003 yılında yayınladığı ''Sağlık Meslekleri Eğitimi: Kaliteye Bir Köprü'' isimli raporda, sağlık profesyoneli yetiştiren üniversitelerin disiplinler arası ekibin etkin bir üyesi olarak birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme, güvenlik ve bilişim alanlarında yetkin mezunlar vermesi gerektiğinin altını çizmektedir. Amerikan Ulusal Tıp Enstitüsü'nün bu görüşünden hareketle bir grup lider hemşire tarafından 2005 yılında Amerika'da başlatılan Hemşireler için Kaliteli ve Güvenli Eğitim (Quality and Safety Education for Nurses-QSEN) projesi, günümüzde dördüncü aşaması ile devam etmektedir. Projede sağlık bakım sistemlerinin kalite ve güvenliğinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla geleceğin hemşirelerinin sahip olması gereken bilgi, beceri ve tutumları kazandırmaları için hemşirelik fakültelerine bir çerçeve sunulmaktadır (Hunt 2012; Dolansky ve Moore 2013).

QSEN projesinde, lisans düzeyindeki her hemşireden mezuniyet öncesi sahip olması beklenen ve birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme, bilişim ve güvenlik olmak üzere altı yetkinlik alanına yönelik bilgi, beceri ve tutumları geliştirmeyi hedef alan öğrenim kazanımları bulunmaktadır (Hunt 2012; Dolansky ve Moore 2013). Her yetkinlik alanına yönelik öğrencilerin bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmeyi hedef alan öğrenim kazanımlarının dağılımı, Tablo 3.2'de gösterildi.

Tablo 3-2: QSEN Temel Yetkinlik Alanlarına Yönelik Öğrenim Kazanımlarının Dağılımı

YETKİNLİK ALANLARI	BİLGİ	BECERİ	TUTUM	TOPLAM
Birey Merkezli Bakım	11	15	15	41
Ekip Çalışması ve İş Birliği	11	16	10	37
Kanıta Dayalı Uygulama	7	8	6	21
Kalite İyileştirme	5	10	6	21
Güvenlik	7	8	5	20
Bilişim	5	8	4	19
TOPLAM	46	65	46	176

Ölçeğin iki bağımsız dil bilimci tarafından hedef dile çevrilmesi, araştırmacılar tarafından anlam ve dil bütünlüğü açısından düzenlenmesi, iki bağımsız dil bilimci tarafından tekrar orjinal dile çevrilmesi, araştırmacılar tarafından orjinal ölçekle karşılaştırılması ve ön deneme yapılması adımları, bir ölçeğin dil geçerliği sürecini oluşturmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014; Erdoğan ve ark. 2015). QSEN temel yetkinlik alanlarına yönelik 176 öğrenim kazanımının İngilizceden Türkçeye çevirisi, birbirinden bağımsız iki İngilizce dil bilimci öğretim üyesi tarafından gerçekleştirildi. Yapılan Türkçe çeviriler, ortak ve farklı yönler dikkate alınarak anlam ve dil bütünlüğü açısından araştırmacı tarafından düzenlendi ve birbirinden bağımsız iki İngilizce dil bilimci öğretim üyesi tarafından tekrar İngilizceye çevrildi. İngilizce ve Türkçe çeviriler arasındaki tutarlılık incelenerek Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formu hazırlandı (Ek 2).

Araştırmada QSEN temel yetkinlik alanlarına yönelik herhangi bir ölçme aracına rastlanmamış olması nedeniyle Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formu doğrultusunda Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği'nin (HYAÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi (Ek 3).

HYAÖ, altı ana boyut ve 39 maddeden oluşmaktadır. Birey merkezli bakım ana boyutu, bireysel farklılıkların gözetimi (1-5) ve bireysel bakımın yönetimi (6-11) olmak üzere iki alt boyuta ayrılmakta ve 11 maddeden oluşmaktadır. Ekip çalışması ve işbirliği ana boyutu ise etkili iletişim ve işbirliği (12, 13, 17, 18, 20, 21) ve görev, yetki ve sorumluluklara yönelik farkındalık (14, 15, 16, 19) olmak üzere iki alt boyuta ayrılmakta ve 10 maddeden oluşmaktadır. Kanıta dayalı uygulama ana boyutu 4 madde (22-25), kalite iyileştirme ana boyutu 5 madde (26-30), güvenlik ana boyutu 4 madde (31-34) ve bilişim ana boyutu 5 maddeden (35-39) oluşmaktadır. Beşli likert (1: Kesinlikle katılmıyorum- 5: Kesinlikle katılıyorum) şeklinde olan ölçekte olumsuz ifade içeren madde yer almamaktadır. Her ana boyut ayrı ayrı değerlendirilmekte ve toplam ölçek puanı üzerinden herhangi bir değerlendirilme yapılmamaktadır. Ana boyut puanları, ölçekteki her ana boyuttan alınan toplam puanın, madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Her ana boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili ana boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, öğrencilerin o alandaki yetkinlik algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Ek 4).

HYAÖ'nin Cronbach's alfa iç tutarlılık kat sayılarının, ön test sürecinde ,617–,791; son test sürecinde ,672-,817 arasında değiştiği belirlendi. Ön test ve son test sürecinde HYAÖ ana boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 3.3'de sunuldu.

Tablo 3-3: HYAÖ Ana Boyutlarının Ön Test-Son Test Sürecinde Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Ana Boyutlar	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı	
	Ön Test	Son Test
Birey Merkezli Bakım	,791	,809
Ekip Çalışması ve İş Birliği	,719	,817
Kanıta Dayalı Uygulama	,686	,710
Kalite İyileştirme	,708	,743
Güvenlik	,617	,672
Bilişim	,791	,807

3.5.3. Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği

Araştırmada hemşireliğe özgü mesleki hazır oluşluk algısını değerlendiren herhangi bir ölçme aracına rastlanmamış olması nedeniyle Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği'nin (HMHÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi (Ek 5).

HMHÖ, 15 madde ve mesleki uyum (1, 2, 7, 8, 9), iletişim ve işbirliği (3, 10, 11, 12, 13, 14, 15) ve mesleki yeterlilik (4, 5, 6) olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli Likert şeklinde olan ölçekte, olumsuz anlam içeren maddeler yer almamaktadır. Tüm ölçek ve alt boyuttan alınan toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle ölçek ve alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Tüm ölçek ve her alt boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili alt boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, öğrencilerin ilgili alt boyuttaki mesleki hazır oluşluk algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Ek 6).

HMHÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayılarının ön test sürecinde ,662-,723; son test sürecinde ,729-,868 arasında değiştiği belirlendi. Ön test ve son test sürecinde HMHÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 3.4'de sunuldu.

Tablo 3-4: HMHÖ ve Alt Boyutlarının Ön Test ve Son Test Sürecinde Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Alt Boyutlar	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı	
	Ön Test	Son Test
Mesleki Uyum	,662	,729
İletişim ve İş birliği	,745	,780
Mesleki Yeterlilik	,723	,756
TOPLAM	,798	,868

3.5.4. Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği

Araştırmada hemşireliğe gerçeklik şoku düzeyini değerlendiren herhangi bir ölçme aracına rastlanmamış olması nedeniyle Hemşirelikte Geçiş Şoku Algısı Ölçeği'nin (HGŞÖ) geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi (Ek 7).

HGŞÖ, 18 madde ve kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10), mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı (12, 13, 14, 15), sosyal yaşamda yetersizlik algısı (11, 16, 17, 18) ve rol ve sorumuluklarda yetersizlik algısı (1, 2, 3) olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli Likert şeklinde olan ölçekte, olumsuz anlam içeren maddeler yer almamaktadır. Tüm ölçek ve alt boyuttan alınan toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle ölçek ve alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Tüm ölçek ve her alt boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili alt boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, yeni mezunların ilgili alt boyuttaki geçiş şoku düzeyinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır (Ek 8).

HGŞÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayılarının ,678-,838 arasında değişmekte olduğu görüldü. HGŞÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 3.5'te sunuldu.

Tablo 3-5: HGŞÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

Ana Boyutlar	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı	,838
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı	,725
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı	,678
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı	,685
TOPLAM	,860

3.5.5. Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı

Öğrencilerin QSEN temel yetkinlik alanlarına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilebilmesi amacıyla Mesleki Yaşama Geçiş Programının amacı ve öğrenim kazanımları doğrultusunda Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı hazırlandı (Kelly ve ark. 2014; Sherwood ve Horton-Deutsch 2015; Sherwood ve Barnsteiner 2017). Temel Bilgi Sınavı'nda birey merkezli bakım (7 soru), ekip çalışması ve işbirliği (6 soru), kanıta dayalı uygulama (3 soru), kalite iyileştirme (3 soru), güvenlik (4 soru) ve bilişim (3 soru) yetkinlik alalarına yönelik 25 soruya yer verildi. Sınavın değerlendirilmesi, öğrencilerin doğru yanıtladıkları soru ortalaması üzerinden gerçekleştirildi.

Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı, kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere uzmanlık alanı hemşirelik esasları, iç hastalıkları hemşireliği, cerrahi hastalıkları hemşireliği, hemşirelikte yönetim ve hemşirelikte eğitim olan 8 uzmanının görüş ve önerisine sunuldu (Ek 9). Uzmanların sınav sorularını, Davis Tekniği ile değerlendirmeleri sonucu elde edilen KGİ'leri 0,87-1,00 arasında değişmekte olup Tablo 3.6'da gösterildi. Uzman görüş ve önerileri dikkate alınarak sorularda düzenlemeler yapıldı. Mesleki Yaşama Geçiş Programına katılan ve örneklem seçim kriterlerini karşılamayan 20 öğrenci ile ön uygulama yapıldı. Sınav sorularının açıklığı ve anlaşılırlığı güçlendirilerek kapsam geçerliği süreci tamamlandı. (Ek 10).

Tablo 3-6: Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavının Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri

Sorular	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar
SORU1	2,87 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
SORU2	3,43 ± 1,04	2-4	0,87	Kabul
SORU3	2,98 ± 1,11	1-4	0,87	Kabul
SORU4	2,98 ± 0,92	2-4	0,87	Kabul
SORU5	3,43 ± 1,04	2-4	0,87	Kabul
SORU6	3,66 ± 0,89	4-4	1	Kabul
SORU7	3,31 ± 1,20	1-4	0,87	Kabul
SORU8	3,55 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU9	3,31 ± 1,20	1-4	0,87	Kabul
SORU10	3,20 ± 1,18	1-4	0,87	Kabul
SORU11	3,55 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU12	3,55 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU13	3,66 ± 0,89	4-4	1	Kabul
SORU14	3,66 ± 0,89	4-4	1	Kabul
SORU15	3,66 ± 0,89	4-4	1	Kabul
SORU16	3,20 ± 1,18	1-4	0,87	Kabul
SORU17	3,44 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU18	3,09 ± 1,15	1-4	0,87	Kabul
SORU19	3,31 ± 1,20	1-4	0,87	Kabul
SORU20	3,31 ± 1,20	1-4	0,87	Kabul
SORU21	3,43 ± 1,04	2-4	0,87	Kabul
SORU22	3,66 ± 0,89	4-4	1	Kabul
SORU23	3,55 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU24	3,44 ± 0,90	3-4	1	Kabul
SORU25	3,31 ± 1,03	2-4	0,87	Kabul

Araştırmada Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı ön test ve son test sürecinde öğrencilerin yetkinlik alanlarına yönelik bilgi düzeylerinin değerlendirilmesinde veri toplama aracı olarak kullanıldı. Temel Bilgi Sınavı'nın Kuder-Richardson 20 kat sayısının ön test sürecinde ,759 ve son test sürecinde ,715 olduğu belirlendi.

3.5.6. Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği

Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği (SBDÖ), öğrencilerin simülasyon oturumundaki başarımları doğrultusunda QSEN temel yetkinliklere yönelik öğrenim kazanımlarına ulaşabilme düzeylerinin gözlemciler tarafından değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Birey merkezli bakım (4 öğrenim kazanımı), ekip çalışması ve işbirliği (3 öğrenim kazanımı), kanıta dayalı uygulama (2 öğrenim kazanımı), kalite iyileştirme (1 öğrenim kazanımı), güvenlik (2 öğrenim kazanımı), bilişim (2 öğrenim kazanımı) ve profesyonellik (2 öğrenim kazanımı) olmak üzere 7 alt boyut ve 16 öğrenim kazanımından oluşmaktadır (Ek 11). Her öğrenim kazanımı bir ya da birden fazla başarım göstergesi ile nitelendirilmekte ve öğrencinin simülasyon oturumunda başarım göstergelerini gerçekleştirebilme düzeyine göre 0 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. SBDÖ'nden en düşük 0 puan, en yüksek 80 puan alınabilmektedir (QSEN 2019). Öğrenim kazanımlarını değerlendirme yönergesi, Tablo 3.7'de gösterildi

Tablo 3-7: Öğrenim Kazanımlarını Değerlendirme Yönergesi

Puan Değeri	Açıklaması
5 puan	Beklenilen tüm becerileri tam ve doğru şekilde gerçekleştirdi.
4 puan	Beklenilen becerileri %75 ve üzerinde tam ve doğru şekilde gerçekleştirdi.
3 puan	Beklenilen becerileri %50 ve üzerinde tam ve doğru ya da tek eksikle gerçekleştirdi.
2 puan	Beklenilen becerileri %50'den az tam ve doğru ya da 2-3 eksikle gerçekleştirdi.
1 puan	Beklenilen becerileri 3'den fazla eksikle gerçekleştirdi.
0 puan	Beklenilen becerileri hiç gerçekleştiremedi.

Araştırmada simülasyona dayalı deneyimlerin amacı, öğrenme hedefleri ve senaryosu göz önünde bulundurularak Temel Yetkinlikler Türkçe Formu'ndaki öğrenim kazanımları doğrultusunda üç farklı SBDÖ yapılandırıldı. SBDÖ I, II ve III kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere çalışma alanı simülasyona dayalı deneyim olan 5 uzmanının görüş ve önerisine sunuldu (Ek 12). Uzmanların Davis Tekniği ile SBDÖ I, II ve III'ü oluşturan öğrenim kazanımlarını değerlendirmeleri sonucunda elde edilen KGİ'leri Tablo 3.8'de gösterildi. Uzman görüş ve önerileri dikkate alınarak SBDÖ I, II ve III için düzenlemeler yapıldı. Mesleki Yaşama Geçiş Programı'na katılan ve örneklem kriterlerini karşılamayan 10 öğrenci ile her senaryonun ön uygulaması gerçekleştiği sırada öğrencilerin başarımları, simülasyon oturumunda görev alan iki bağımsız gözlemci tarafından SBDÖ kullanılarak değerlendirildi ve kapsam geçerliği süreci tamamlandı (Ek 13, Ek 14, Ek 15).

Tablo 3-8: SBDÖ I, SBDÖ II VE SBDÖ III Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri (N=5)

Maddeler	SBDÖ-I			SBDÖ-II			SBDÖ-III			Karar
	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	
SBDÖ1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SBDÖ2	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ3	4,00 ± 0,00	4-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ4	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ5	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SBDÖ6	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SBDÖ7	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ8	4,00 ± 0,00	4-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SBDÖ9	4,00 ± 0,00	4-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ10	3,60 ± 0,80	2-4	0,80	3,80 ± 0,40	3-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ11	3,80 ± 0,40	3-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ12	3,60 ± 0,48	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SBDÖ13	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ14	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ15	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SBDÖ16	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul

Araştırmada girişim grubunda yer alan 39 son sınıf hemşirelik öğrencisi üç farklı simülasyon ortamında başarım gösterdi. İlk simülasyon ortamında birinci gözlemci tarafından değerlendirilen SBDÖ I, II ve III'ün Cronbach's alfa iç tutarlılık kat sayıları ,779-,843 arasında değişmekte iken, ikinci gözlemci tarafından değerlendirilen SBDÖ I, II ve III'ün ,822-,852 arasında değiştiği belirlendi. SBDÖ I, II ve III'ün bağımsız gözlemcilere göre Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayıları Tablo 3.9'da sunuldu.

Tablo 3-9: SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III'ün Bağımsız Gözlemcilere Göre Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayıları

SBDÖ	I. Gözlemci	II. Gözlemci
SBDÖ I	,779	,822
SBDÖ II	,843	,850
SBDÖ III	,829	,852

3.5.7. Simülasyon Değerlendirme Anketi

Maughrabi ve Wallece (2015) tarafından oluşturulan Simülasyon Değerlendirme Anketi (SDA), öğrencilerin simülasyona dayalı deneyimlerine yönelik algılarını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Genel değerlendirme (7 ifade), çözümleme ve yansıtıcı düşünme (5 ifade), eleştirel düşünme (3 ifade), hazırlık (4 ifade), uygulama (5 ifade), kendine güven (2 ifade), ekip çalışması ve profesyonellik boyutu (3 ifade) olmak üzere 7 bölüm ve 29 maddeden oluşmaktadır. 1: kesinlikle katılmıyorum ve 4: kesinlikle katılmıyorum şeklinde 4'lü Likert tipinde yanıtlanmaktadır. SDA'da toplam puan ortalaması kullanılmamakta, her maddenin ortalama ve standart sapması üzerinden değerlendirme yapılmaktadır (Maughrabi ve Wallece 2015) (Ek 16).

SDA birbirinden bağımsız iki İngilizce dil bilimci öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrildi ve çevirilerin ortak ve farklı yönleri dikkate alınarak SDA taslağı hazırlandı. Tekrar İngilizceye çevrilerek aralarındaki tutarlılık incelendi. SDA taslağı, kapsam geçerliliği açısından değerlendirilmek üzere 5 uzmanının görüş ve önerisine sunuldu (Ek-12). Uzmanların Davis Tekniği ile değerlendirmeleri sonucu elde edilen KGİ'leri Tablo 3.10'da gösterildi. Uzman görüş ve önerileri dikkate alınarak SDA için düzenlemeler yapıldı. Mesleki Yaşama Geçiş Programı'na katılan ve örneklem kriterlerini karşılamayan 10 öğrenci, her senaryonun ön uygulamasından

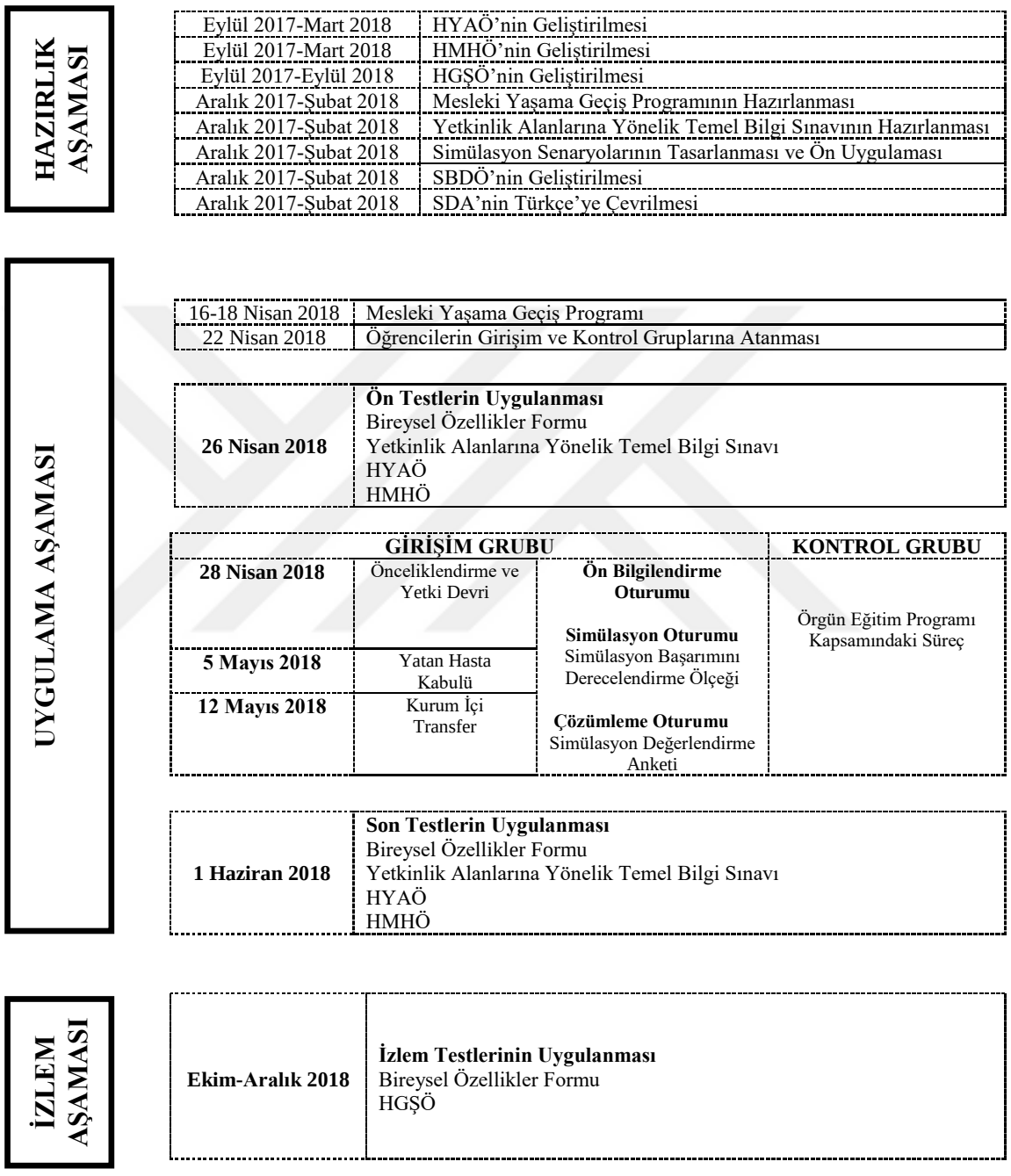
simülasyona dayalı deneyimini SDA kullanılarak değerlendirdi ve kapsam geçerliği süreci tamamlandı (Ek 17).

Tablo 3-10: SDA'nin Uzman Görüşlerine Dayalı Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri (N=5)

Sorular	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar
SDA1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA2	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA3	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA4	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA5	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA6	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA7	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA8	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA9	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA10	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA11	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA12	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA13	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA14	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA15	3,40 ± 0,80	2-4	0,80	Kabul
SDA16	3,60 ± 0,48	3-4	1	Kabul
SDA17	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA18	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA19	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA20	3,80 ± 0,40	3-4	1	Kabul
SDA21	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA22	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA23	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA24	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA25	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA26	3,40 ± 0,80	2-4	0,80	Kabul
SDA27	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA28	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
SDA29	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul

3.6. Araştırmanın Uygulama Süreci

Araştırma, hazırlık, uygulama ve izlem olmak üzere üç aşamada gerçekleştirildi. Araştırmanın akış süreci Şekil 3.2'de verildi.



Şekil 3-2: Araştırmanın Akış Süreci

3.6.1. Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Ölçme Araçlarının Geliştirilmesi Süreci: HYAÖ, HMHÖ, HGŞÖ, Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı, SBDÖ (I,II,II) ve SDA'nin Türkçe'ye çevrilmesi süreçleri ile ilgili veri toplama araçları bölümünde bilgi verildiğinden bu bölümde açıklama yapılmamaktadır.

Mesleki Yaşama Geçiş Programının Hazırlanması: Mesleki Yaşama Geçiş Programı, QSEN Temel Yetkinlikler ve Geçiş Şoku Modeli ışığında hazırlandı (Duchscher 2009; Kelly ve ark. 2014; Sherwood ve Horton-Deutsch 2015; Sherwood ve Barnsteiner 2017). ''Hemşirelikte temel yetkinlikler ışığında son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarını güçlendirmek'' programın amacı olarak belirlendi. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını açıklayabilmesi, temel yetkinliklere ilişkin bilgi, beceri ve davranış gösterebilmesi, kaliteli ve güvenli bakım sağlamanın önemini kabul edebilmesi ve kendini mesleki yaşama geçiş sürecine hazır hissedebilmesi olmak üzere dört öğrenim hedefi oluşturuldu. Yeni mezun hemşirelerin mesleki yaşama geçiş süreci, gerçeklik şoku ve QSEN temel yetkinliklerin kapsamını içeren giriş, birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme, güvenlik ve bilişim olmak üzere yedi konu programın içeriğini oluşturdu. Programın amaç, öğrenim hedefleri ve içeriği uzmanlık alanı Hemşirelik Esasları, İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Hemşirelikte Yönetim ve Hemşirelikte Eğitim olan 8 uzmanın görüş ve önerisine sunuldu (Ek 9). Uzmanlardan gelen görüş ve öneriler dikkate alınarak ''Mesleki Yaşama Geçiş Programı'' amaç, öğrenme hedefleri ve içeriği düzenlendi (Ek 18). Program sınıf ortamında, gün boyunca günde 8 saat olmak üzere toplam 24 saat olarak hazırlandı. Öğretim yöntemlerinden düz anlatım, soru- cevap, tartışma, beyin fırtınası ve örnek olay inceleme seçildi. Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel BİIgi Sınavı'ndan elde edilen doğru yanıt ortalaması, ölçme yöntemi olarak belirlendi.

Araştırmacı ve Bağımsız Gözlemcilerin Hazırlanması: Tüm simülasyona dayalı deneyimlerde eğitim faaliyetleri 3 kişinin sorumluluğu dahilinde gerçekleştirildi. İki bağımsız gözlemci simülasyon oturumlarında öğrencilerin başarımlarını değerlendirirken, araştırmacı çözümleme oturumlarını gerçekleştirdi. Birinci gözlemcinin akademik ünvanı doktor öğretim üyesi olup çalışma alanı hemşirelikte simülasyona dayalı öğrenme iken, ikinci gözlemcinin akademik ünvanı öğretim görevlisi olup, simülasyona dayalı öğrenmede gözlemci olarak deneyimleri

bulunmaktadır. Araştırmacı, 29-30 Eylül 2017 tarihleri arasında İstanbul Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde düzenlenen ''Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları Eğitimi'' ne katılım göstermiştir (Ek 19).

Simülasyon Senaryolarının Tasarlanması ve Ön Uygulaması: Her simülasyona dayalı deneyim, ön bilgilendirme oturumu, simülasyon oturumu ve çözümleme oturumu olmak üzere üç aşamalı standart bir akış sürecinde planlandı. Tüm simülasyona dayalı deneyimler, INACSL en iyi uygulama standartları ışığında tasarlandı (INACSL 2019).

Kriter 1: İyi tasarlanmış bir simülasyona dayalı deneyime duyulan gereksinimin kanıtlanması için değerlendirilme yapılması: Mezuniyet öncesi hemşirelik öğrencilerinin mesleki yaşama geçişlerini kolaylaştırmak için yenilikçi öğretim yaklaşımlarının keşfedilmesi acil bir ihtiyaçtır (Liaw ve ark. 2014). Yenilikçi öğretim yaklaşımlarından simülasyona dayalı deneyim ise öğrencilere temel yetkinliklerin kazandırılmasında bir öğrenme stratejisi olarak yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Pearson ve McLafferty 2011; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015). Gerçekliğe yakınlığı yüksek simülatörler genellikle özel klinik becerileri öğretmekte kullanılırken, sağlık bakım ortamlarının karmaşıklığı ve gerçekliğini yansıtan simülasyon ortamları oluşturmak üzere simülatörler ve standardize hastalar bir arada kullanılmaktadır (Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015). Gerçekçi ve kaotik sağlık bakım ortamları oluşturularak gerçekleştirilen simülasyona dayalı deneyimlerin, zaman yönetimi, karar verme, işbirliği, kişilerarası ilişkiler gibi teknik olmayan becerileri geliştirdiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Pearson ve McLafferty 2011; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Thomas ve Mraz 2017). Simülasyona dayalı deneyimin, son sınıf öğrencilerinin mesleki rollerine hazırlanmasında kullanılması gerektiği belirtilmesine rağmen, ülkemizde kısıtlı olması nedeniyle etkinliğini bildiren çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mezuniyet öncesi mesleki hazır oluşluğunu güçlendirme ihtiyacını karşılamaya yönelik olarak araştırmadaki tüm simülasyona dayalı deneyimler, yeni mezunların ilk yıllarındaki deneyimlerini konu alan literatür ve QSEN temel yetkinlik alanları ışığında tasarlandı.

Kriter 2-Ölçülebilir hedefler oluşturulması: Mesleki Yaşama Geçiş Programı'nın amacı, öğrenim hedefleri ve içeriği doğrultusunda her simülasyona dayalı deneyim için bir amaç ve birden fazla öğrenim hedefi geliştirildi. Aynı zamanda öğrencilerin

simülasyon oturumundaki başarımları iki bağımsız gözlemci tarafından SBDÖ ile değerlendirildi. Öğrenciler her ön bilgilendirme oturumunda, her simülasyona dayalı deneyimin amaç ve öğrenim hedefleri konusunda bilgilendirilirken, SBDÖ'nde yer alan başarım göstergeleri konusunda öğrencilere bilgi verilmedi.

Kriter 3- Simülasyon formatının yapılandırılması: Yapılan çalışmalar yeni mezunların özellikle mesleki uygulamalar, acil durumlara yanıt verebilme, hasta kabul ve taburculuğu, hekimlerle iletişim, iş yükü yönetimi, görev organizasyonu ve bakımı önceliklendirme, meslektaş, hasta birey ve yakınları ile uygun ilişkiler kurabilme ve hasta teslimi işlevlerine yönelik görev, yetki ve sorumlulukları yerine getirmede eksik ya da yetersiz kaldığını göstermektedir (Cheng ve ark. 2014; Thomas ve Mraz 2017). Araştırmada ilgili literatür göz önünde bulundurularak önceliklendirme ve yetki devri başlıklı senaryoda acil servisin, hasta kabulü başlıklı senaryoda yatan hasta odasının ve kurum içi transfer başlıklı senaryoda yoğun bakım ünitesinin simüle edilmesine karar verildi. Birinci simülasyon oturumu acil serviste, ikinci simülasyon oturumu yatan hasta odasında ve üçüncü simülasyon oturumu yoğun bakım ünitesinde yapılandırıldı. Birinci ve ikinci simülasyon oturumunda standardize hastalar kullanılırken, üçüncü simülasyon oturumunda standardize hasta ve manken bazlı simülatör bir arada kullanıldı. Tüm simülasyona dayalı deneyimlerde son sınıf hemşirelik öğrencileri hedef kitlesi olarak belirlendi. Simülasyona dayalı deneyimler ön bilgilendirme oturumu, simülasyon oturumu ve çözümleme oturumu olmak üzere üç aşamada gerçekleştirildi.

Kriter 4-Bir senaryo ya da vaka tasarlanması: Her simülasyona dayalı deneyim için gerçekçi bir senaryo tasarlandı. Her senaryo bir zaman çizelgesinde başlangıç noktası, katılımcı girişimleri, senaryonun ilerlemesini kolaylaştırmak için ipuçları ve bitiş noktasını içerecek 15 dakikalık bir süreç şeklinde sunuldu. Senaryolar, ülkemizin gerçekliğini yansıtan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015 verileri, Hemşirelik Kanunu, Hemşirelik Yönetmeliği ve literatürde yeni mezun hemşirelerden beklenen bilgi, beceri ve davranışlar ile yeni mezunların mesleki karar ve uygulamalarındaki eksiklik ve yetersizlikleri dikkate alınarak yapılandırıldı (Hemşirelik Kanunu, 2007; Hemşirelik Yönetmeliği, 2010; Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011; Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2015; Cheng ve ark. 2015; Thomas ve Mraz 2017). Tüm senaryolar, birinci senaryoda öksürük, halsizlik ve yüksek ateş şikâyeti ile acil serviste bakım ihtiyaçlarının karşılanmasını bekleyen 45 yaşındaki Serhat Haseken'in, ikinci senaryoda akciğer kanseri tanısı ile cerrahi tedavi için yatan

hasta servisine kabul edilmesi ve üçüncü senaryoda ameliyathaneden servise transferi örüntüsü üzerine kurgulandı. Her senaryonun tasarlanmasında kullanılan kaynaklar senaryo içeriğinde verildi. Senaryolar çalışma alanı simülasyona dayalı deneyim olan 5 uzmanın görüş ve önerisine sunuldu (Ek-12). Uzmanlardan gelen görüş ve öneriler doğrultusunda düzenlenen senaryoların, 10 kişi üzerinde ön uygulaması gerçekleştirilerek son hali verildi (Ek 20, Ek 21, Ek 22).

Kriter 5-Gerçeklik algısını oluşturmak için farklı türlerde benzerlikler kullanılması: Fiziksel gerçekliğe yakınlığın sağlanabilmesi için tüm simülasyona dayalı deneyimler aktif olarak çalışılmayan gün ve saatlerde İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi Anjio Laboratuvarı'nda gerçekleştirildi. Gerçekliğe yakınlığı arttırmak için standardize hastaların yanı sıra yerleştirilmiş oyuncular kullanıldı. İlk senaryoda 3 standardize hasta ve 5 yerleştirilmiş oyuncu, ikinci senaryoda 1 standardize hasta ve 1 yerleştirilmiş oyuncu, üçüncü senaryoda ise 1 standardize hasta, 1 manken bazlı simülatör ve 7 yerleştirilmiş oyuncu yer aldı. Standardize hasta ve yerleştirilmiş oyuncular, İstanbul Medipol Üniversitesi Tiyatro Kulübü'ne üye olan ve/veya hemşirelik bölümü üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrenciler arasından senaryodaki rollere uygun olarak seçildi. Oyuncular senaryonun amacı, öğrenme hedefleri, akış süreci ve değerlendirme kriterleri açısından bilgilendirilerek, araştırmacı ve simülasyon ortamındaki gözlemciler tarafından rollerine hazırlandı. Kavramsal gerçekliğe yakınlığın sağlanabilmesi için simülasyon oturumunda kullanılan tüm malzeme ve materyaller İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi tarafından temin edildi. Standardize hastaların tetkik sonuçları ve kurumda uygulama süreci bulunmayan ancak senaryoda gerekli tüm materyaller, bütünlüğü sağlamak adına kurum logosu ile oluşturuldu. Psikolojik gerçekliğe yakınlığın sağlanabilmesi için birinci ve ikinci senaryodaki 75 yaşındaki kadın ve 45 yaşındaki erkek standardize hastalar mulajla yaşlandırıldı. Tüm simülasyon oturumlarındaki standardize hastalara ve manken bazlı simülatöre IV kanül ve kimlik bilekliği takıldı. Birinci senaryoda, Serhat Haseken'in ateş yüksekliği, temassız ateş ölçerin iki simülasyon oturumu arasında sıcak su içinde bekletilmesiyle elde edildi. Üçüncü senaryoda manken bazlı simülatör üzerinde pansuman oluşturularak endotrakeal tüp, foley sonda ve göğüs dreni yerleştirildi. Üçüncü senaryoda pump cihazı, ventilatör ve monitör kullanıldı. Hastanenin Bilgi İşlem Birimi ile görüşülerek hem hastane bilişim sistemi hem de Tıbbi Hata Bildirim Sisteminin deneme sürümü üzerinden gerçek kayıtlar oluşturuldu.

Kriter 6-Kolaylaştırıcı bir yaklaşımın sürdürülmesi: Simülasyona dayalı deneyimden önce öğrencilerin hazırlık süreci desteklendi. Simülasyona dayalı deneyime, ön bilgilendirme oturumu ile başlandı. Senaryonun kesintisiz devam etmesi için yerleştirilmiş oyuncular ve ipuçları kullanıldı. Birinci senaryoda, öğrenci bilişim sistemi içinde kalite göstergelerini bulamazsa hemşire yardımcısının bankodaki dosyayı göstererek ‘’Burada olabilir mi?’’ ve Kudret Bey’in cebindeki sigarayı fark etmediğinde Oğuz Bey’in ‘’Bana bir sigara verir misin?’’ demesi ile sözlü katılımla öğrencilere ipuçları verildi. İkinci senaryoda, öğrenci güvenli cerrahi kontrol listesinde yanlış tarafı işaretlendiğini fark etmezse Hemşire Songül fark ettirmesi ile birlikte öğrencilere sözlü katılımla ipuçları verildi. Üçüncü senaryoda ise öğrenci, kontrol listesi kullanmazsa Selin Hemşirenin ‘’Unuttuğunuz ya da hatırlamadığınız bir şey kaldı mı acaba? Kontrol etsek mi?’’ ile sözlü katılımla öğrencilere ipuçları verildi.

Kriter 7-Simülasyona dayalı deneyime ön bilgilendirme oturumu ile başlanması: Her simülasyona dayalı deneyim, ön bilgilendirme oturumu ile başlatıldı. Ön bilgilendirme oturumundan 30 dakika önce öğrencilere, simülasyon ve çözümleme oturumlarının süresi ve yeri, senaryonun amacı ve öğrenim hedefleri, simülasyon oturumu öncesi gerekli bilgi, beceri ve davranışlar, senaryonun başlangıç noktası, beklentiler, standardize birey/manken bazlı simülatör özellikleri ve kullanılan kaynakları içeren **‘’Senaryo Hakkında Genel Bilgiler Rehberi’’** verildi (Ek 20, Ek 21, Ek 22). Ön bilgilendirme oturumları, simülasyon oturumundan 15 dakika öncesinde gerçekleştirildi. Öğrenciler **‘’Ön Bilgilendirme Oturumu Çerçevesi’’** ışığında yaklaşık 10 dakika süre ile simülasyon oturumu ile ilgili amaç, hedef ve beklentiler, süre, senaryo, ortam, standardize birey/manken bazlı simülatör ve yerleştirilmiş oyuncular, ekipman, değerlendirilme yöntemi ve uyulması gereken kurallar konusunda bilgilendirildi (Ek 23). Ön bilgilendirme oturumunda, öğrencilerden simülasyon oturumundaki tüm bilgilerin gizliliğin sağlanması ve sürdürülmesi hususunda gerekli özeni göstermelerine yönelik gizlilik sözleşmesi imzalandı (Ek 24). Aynı zamanda simülasyon oturumunda video çekimine ve çözümleme oturumunda ses kaydının alınmasına yönelik sözel ve yazılı izin alındı.

Kriter 8-Simülasyona dayalı deneyimin simülasyon oturumundan sonra çözümleme oturumu ile devam etmesi: Her simülasyona dayalı deneyim, çözümleme oturumu ile sonlandırıldı. Çözümleme oturumları, her üç simülasyon oturumu sonrasında üç öğrenci ve araştırmacı ile simülasyon ortamından ayrı ve uzak bir odada

gerçekleştirildi. **''Çözümleme Oturumu Çerçevesi''** ışığında yaklaşık 30-45 dakika süre ile simülasyon oturumundaki başarımlar tartışıldı, gönüllü olan öğrencilerin video görüntüleri izlendi ve çözümleme oturumu boyunca ses kaydı alındı (Ek 25).

Kriter 9-Simülasyona dayalı deneyimin çok yönlü değerlendirilmesi: Her simülasyon oturumu, araştırmacı dışında simülasyon ile ilgili deneyimi ve uzmanlığı bulunan birbirinden bağımsız iki gözlemci tarafından **''Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği''** ile değerlendirildi. Her simülasyon oturumu için video kaydı alındı ve alınan kayıtlar çözümleme oturumunda araştırmacı ve öğrenciler tarafından değerlendirildi. Çözümleme oturumlarının üç öğrenci ve araştırmacı tarafından gerçekleştirilmesi, öğrencilerin birbirleri ile etkileşimlerini arttırdı ve öğrencinin akranlarından geri bildirim almasını sağladı. Katılımcılar simülasyona dayalı deneyimlerini çözümleme oturumu sonunda **''Simülasyon Değerlendirme Anketi''** ile değerlendirdi.

Kriter 10-Öğrencilerin simülasyona dayalı deneyim öncesinde hazırlanması: Simülasyona dayalı deneyimler öncesinde öğrencilerden beklenen bilgi, beceri ve davranışlar, tasarım aşamasında belirlendi. Mesleki Yaşama Geçiş Programı'nda öğrencilerden beklenen bilgi, beceri ve davranışlar, simülasyona dayalı deneyim sürecindeki aşamalar ve simülasyon oturumunda uyulması gereken kural ve davranışlar öğrencilere anlatıldı. Mesleki Yaşama Geçiş Programı'nda kullanılan tüm sunumlar ve kaynaklar tüm öğrencilere verildi. Girişim grubuna her simülasyona dayalı deneyimden bir hafta önce simülasyona dayalı deneyimin gerçekleşeceği yer ve zaman bilgisi ve beş gün önce konu ile ilgili literatür bilgisi verilerek hazırlık süreci tamamlandı (Ek 26, Ek 27, Ek 28).

Kriter 11-Simülasyona dayalı deneyimin ön uygulamasının yapılması: Her simülasyon tasarımının tamamlanmasından sonra Mesleki Yaşama Geçiş Programına katılım gösteren ancak örneklem seçim kriterlerini karşılamayan 10 öğrenci ile ön uygulama gerçekleştirildi. Ön uygulama ile senaryoların eksik ve zayıf yönleri tanımlandı, senaryo akış sürecinden olası sapma durumlarına yönelik önlemler alındı ve alternatif çözüm yolları geliştirildi. Ön uygulama sırasında öğrencilerin simülasyon oturumundaki başarımları iki bağımsız gözlemci tarafından ''Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği'' ve öğrencilerin simülasyona dayalı deneyimlerini kendileri tarafından ''Simülasyon Değerlendirme Anketi'' ile değerlendirilerek bu iki aracın kapsam geçerliği süreci tamamlandı.

3.6.2. Araştırmanın Uygulama Aşaması

Araştırmada ‘’Hemşirelikte İntörnlük II’’ dersini alan tüm öğrenciler 16-18 Nisan 2018 tarihleri arasında **‘’Mesleki Yaşama Geçiş Programı’’na** katıldı. Programın ilk günü öğrencilere araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapılarak Bilgilendirilmiş Onam Formu imzalatıldı. (Ek 29). Mesleki yaşama geçiş programında, sınıf ortamında farklı öğretme yöntemleri kullaılarak kuramsal bilgi aktardıldı.

Mesleki Yaşama Geçiş Programının tamamlanmasının ardından örneklem kriterlerini karşılayan 82 öğrenci, permütasyon yöntemine göre girişim ve kontrol gruplarına ayrıldı (22 Nisan 2018).

Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerden ön test verileri toplandı. Ön test veri toplama araçları olarak Bireysel Özellikler Formu, Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı, HYAÖ ve HMHÖ kullanıldı (26 Nisan 2018).

Girişim grubundaki öğrenciler, önceliklendirme ve yetki devri (28 Nisan 2018), Yatan Hasta Kabulü (5 Mayıs 2018) ve kurum içi transfer (12 Mayıs 2018) konularına odaklanan üç farklı simülasyona dayalı deneyime birer hafta arayla alındı. Her simülasyona dayalı deneyimde standart bir akış süreci izlendi. Simülasyona dayalı deneyimlerde standart akış süreci Tablo 3.11’de verildi.

Tüm simülasyona dayalı deneyimlerin tamamlanmasından iki hafta sonra girişim ve kontrol gruplarındaki öğrencilerden **son test verileri** toplandı (1 Haziran 2018). Son test veri toplama araçları olarak Bireysel Özellikler Formu, Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı, HYAÖ ve HMHÖ kullanıldı.

Tablo 3-11: Simülasyona Dayalı Deneyimlerde Standart Akış Süreci

ÖNCESİ	Oyuncu Hazırlığı	Bir Ay Önce	Senaryodaki rollere uygun olarak oyuncu seçilmesi ve senaryo amaç ve hedefleri, akış süreci ve değerlendirme kriterleri doğrultusunda bilgilendirilmesi
		İki Hafta Önce	Oyuncuların araştırmacı ve iki bağımsız gözlemci tarafından rollerine hazırlanması
		Bir Hafta Önce	Simülasyona dayalı deneyimin, 10 öğrenci ile ön uygulamasının yapılması
	Öğrenci Hazırlığı	Bir Hafta Önce	Simülasyona dayalı deneyimin gerçekleşeceği yer ve zaman hakkında bilgilendirmenin yapılması
		Beş Gün Önce	Simülasyona dayalı deneyimi konu alan literatür hakkında bilgilendirmenin yapılması
SIRASI	Ön Bilgilendirme Oturumu	30 dakika önce	‘’Senaryo Hakkında Genel Bilgiler Rehberi’’ verilmesi
		15 dakika önce	Ön Bilgilendirme Oturumu Çerçevesinde senaryo ve simülasyon oturumu hakkında sözel bilgilendirme yapılması
			Senaryo ile ilgili bilgiler konusunda paylaşımda bulunmama hususunda taahhütname imzalaması
			Video çekimi ve ses kaydı konusunda sözel izin alınması
	Simülasyon Oturumu	15 dakika boyunca	İki bağımsız gözlemci tarafından Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği ile öğrencilerin değerlendirilmesi
			Bir kişi tarafından video çekimi gerçekleştirilmesi
	Çözümleme Oturumu	20-30 dakika boyunca	Çözümleme Oturumu Çerçevesi Işığında geri bildirim ve yansıtıcı düşünce yoluyla gerçekleştirilmesi
			Video görüntülerinin izlenmesi
			Oturum boyunca ses kaydının alınması
SONRASI	Öğrenci	10 dakika boyunca	Simülasyon Değerlendirme Anketi ile simülasyona dayalı deneyimini değerlendirmesi

3.6.3. Araştırmanın İzlem Aşaması

Araştırmanın izlem aşamasında, mezuniyet sonrasında öğrencilere İstanbul Medipol Üniversitesi Mezunlar Derneği aracılığıyla ulaşıldı. Ulaşılamaması ve Aralık 2018’e kadar mesleki yaşama geçiş yapmaması nedeniyle altı öğrenci bu süreçte izlenemedi (girişim grubu, n= 2; kontrol grubu, n=4). Toplam 72 öğrenci, çevrim içi anket (Survey Monkey) yoluyla Bireysel Özellikler Formu ve HGŞÖ olmak üzere iki bölümden oluşan anket formunu doldurdu.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

- ✓ QSEN temel yetkinlik alanları ilgili tüm materyallerinin kullanılabilmesi için QSEN danışmanlarından Mary Dolansky'den elektronik posta yoluyla yazılı izin alındı (Ek 30).
- ✓ Geçiş Şoku Modeli için yazarı Dr. Judy Boychuk Duchscher'dan elektronik posta yoluyla izin alındı (Ek 31).
- ✓ Simülasyon Değerlendirme Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenirliğinin yapılabilmesi için Samira Moughrabi'den elektronik posta yoluyla izin alındı (Ek 32).
- ✓ İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 03/11/2017 tarihli ve 10840098-604.01.01-E.41686 sayılı onay alındı.
- ✓ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alındı (Ek 33).
- ✓ İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'ndan yazılı izin alındı (Ek 34).
- ✓ İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi'nden yazılı izin alındı (Ek 35).
- ✓ Araştırmanın metodolojik türdeki bölümünde HYAÖ, HMHÖ ve HGŞÖ geçerlik ve güvenirlik çalışması ve deneysel ve tanımlayıcı türdeki bölümünde katılımcılar, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu: doğrultusunda araştırma hakkında bilgilendirilerek yazılı izinleri alındı (Ek 29).

3.8. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri Statistical Package for the Social Sciences 22 (SPSS 22) ve AMOS 25 paket programları kullanılarak analiz edildi. Araştırmanın geçerlik ve güvenirliğe yönelik kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.12'de, simülasyona dayalı deneyimin etkisini belirlemeye yönelik kullanılan istatistiksel yöntemler Tablo 3.13'de verildi.

Tablo 3-12: Araştırmanın Metodolojik Bölümündeki İstatistiksel Analizler

GEÇERLİK		GÜVENİRLİK	
Kriterler	**Yöntem**	**Kriterler**	**Yöntem**
Dil Geçerliği	Geri Çeviri Tekniği	Zamana Karşı Değişmezlik	Test-Tekrar Test Analizi Pearson Korelasyon Analizi
Kapsam Geçerliği	Davis Tekniği	Madde Analizi	Madde Toplam Puan Korelasyonu
Yapı Geçerliği	Temel Bileşenler Analizi Doğrulayıcı Faktör Analizi	İç Tutarlılık	Croanbach's Alfa kat sayısı Yarıya Bölme Yöntemi

Tablo 3-13: Araştırmanın Yarı Deneysel Bölümündeki İstatistiksel Analizler

İncelenen Özellik	İstatistiksel Yöntemler
Tanımlayıcı istatistikler	Ortalama, ortanca, standart sapma, sayı, yüzde
Bağımsız iki grubun karşılaştırılması	Mann Whitney U testi
Bağımsız ikiden fazla grubun karşılaştırılması	Kruskal-Wallis varyans analizi
Bağımlı iki grubun karşılaştırılması	Wilcoxon işaretli sıralar testi
İki grubun puan ortalamalarının karşılaştırılması	Spearman korelasyon analizi
Bağımlı ikiden fazla grubun karşılaştırılması	Tekrarlayan ölçümlerde Friedman varyans analizi
Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması	Ki-kare testi
Gözlemciler arası uyum	Kappa istatistiği
İç tutarlılık katsayısının incelenmesi	Croanbach's Alfa kat sayısı Kuder-Richardson 20 katsayısı

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- ✓ Ölçeklerin geliştirilmesi sürecinde AFA ve DFA aynı örneklem üzerinde yapılmaktadır.
- ✓ HGŞÖ'nin zamana karşı değişmezlik özelliği değerlendirilmemektedir.
- ✓ Araştırmanın sadece tek üniversitenin hemşirelik bölümünde eğitim gören ve örneklem seçim kriterlerini karşılayan öğrencilerin katılımı ile gerçekleştirildiğinden, sonuçlar sadece bu öğrencilere genellenebilmektedir.
- ✓ Araştırmada, girişim ve kontrol gruplarında üçer öğrencinin yer değiştirmesi ve örneklem kaybı yaşanması nedeniyle randomizasyonun zayıfladığı düşünülmektedir.
- ✓ Her simülasyona dayalı deneyim, 39 kişi ile bir tam gün içinde tamamlanması nedeniyle öğrenciler arasında etkileşimler olabilme ihtimalinin bulunduğu düşünülmektedir.
- ✓ Simülasyon oturumları, gerçek bir sağlık bakım ortamında gerçekleştirilmesine rağmen gözlemcilerin simülasyon ortamında yer alması nedeniyle öğrencilerin başarımlarının olumsuz yönde etkilendiği düşünülmektedir

4. BULGULAR

Hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen veriler sekiz ana başlıkta ele alındı.

4.1. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2. Öğrencilerin Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular

4.3. Öğrencilerin Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı Sonuçlarına İlişkin Bulgular

4.4. Öğrencilerin Yetkinlik Algılarına İlişkin Bulgular

4.5. Öğrencilerin Mesleki Hazır Oluşluk Algılarına İlişkin Bulgular

4.6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyon Oturumundaki Başarımlarına İlişkin Bulgular

4.7. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

4.8. Öğrencilerin Geçiş Şoku Düzeylerine İlişkin Bulgular

4.1. Öğrencilerin Bireysel Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22,35 ± 1,50 (21-30 yaş aralığında) olup, %57,7'sinin 22 yaşında (n=45), %93,6'sının kadın cinsiyette (n=73) ve %59'unun anadolu lisesi mezunu (n=46) olduğu belirlendi. %48,7'sinin GANO'nın 2.76-3.00 aralığında yer aldığı (n=38), %74,4'ünün mesleği isteyerek tercih ettiği (n=58) ve %30,8'inin mezuniyet sonrasında cerrahi birimlerde çalışmak istediği (n=24) görüldü. Tüm bireysel özellikler bakımından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05). Öğrencilerin bireysel özelliklerinin girişim ve kontrol gruplarına göre dağılımı, Tablo 4.1'de sunuldu.

Tablo 4-1: Öğrencilerin Bireysel Özelliklerinin Girişim ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı (N=78)

Bireysel	Girişim		Kontrol		x^2	p	Toplam	
Özellikler	n	%	n	%	Değeri	Değeri	n	%
Yaş Grupları								
21 yaş	7	17,9	6	15,4	1,432	0,489	13	16,7
22 yaş	20	51,3	25	64,1			45	57,7
23 yaş ve üzeri	12	30,8	8	20,5			20	25,6
Cinsiyet								
Kadın	38	97,4	35	89,7	1,923	0,650	73	93,6
Erkek	1	2,6	4	10,3			5	6,4
Lise Türü								
Düz Lise	14	35,9	11	28,2	1,646	0,439	25	32,1
Anadolu Lisesi	23	59,0	23	59,0			46	59,0
Diğer	2	5,1	5	12,8			7	8,9
GANO								
2.51-2.75	6	15,4	4	10,3	0,505	0,918	10	1,8
2.76-3.00	18	46,2	20	51,3			38	48,7
3.01-3.25	12	30,8	12	30,8			24	30,8
3.26-3.46	3	7,6	3	7,6			6	7,7
Mesleki Seçim								
Evet	30	76,9	28	71,8	0,269	0,604	58	74,4
Hayır	9	23,1	11	28,2			20	25,6
Bölüm								
Dâhili	7	17,9	6	15,4	1,634	0,652	13	16,7
Cerrahi	13	33,3	11	28,3			24	30,8
Çocuk	8	20,5	13	33,3			21	26,9
Diğer	11	28,3	9	23,0			20	25,6

4.2. Öğrencilerin Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Bulgular

Simülasyona dayalı deneyim (SDD) öncesi ve sonrasında öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.2'de sunuldu.

Tablo 4-2: Öğrencilerin Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşüncelerine Yönelik Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=78)

Mesleki Yaşama Geçiş Sürecine Yönelik Duygu ve Düşünceler	Girişim (n=39)	Kontrol (n=39)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Öz Güven Düzeyi					
Önce	6,23 ± 1,42	6,97 ± 1,32	-2,238	**0,025**	6,60 ± 1,41
Sonra	7,10 ± 1,27	6,74 ± 1,61	-1,113	0,266	6,92 ± 1,45
****Test Değeri**	-2,671	-0,631			-1,592
p Değeri	**0,009**	0,528			0,111
Endişe Düzeyi					
Önce	6,64 ± 2,13	5,33 ± 2,15	-2,617	**0,009**	5,99 ± 2,23
Sonra	6,15 ± 2,41	5,77 ± 2,26	-0,822	0,411	5,96 ± 2,33
Test Değeri	-1,042	-0,949			-0,046
p Değeri	0,297	0,342			0,963
Stres Düzeyi					
Önce	6,54 ± 1,76	5,44 ± 1,81	-2,648	**0,008**	5,99 ± 1,86
Sonra	6,26 ± 2,23	6,13 ± 2,15	-0,368	0,713	6,19 ± 2,18
Test Değeri	-0,945	-1,575			-0,563
p Değeri	0,345	0,115			0,574
Mesleki Rol ve Sorumluluklara Hazır Hissetme Düzeyi					
Önce	6,69 ± 1,21	6,64 ± 1,28	-0,337	0,736	6,67 ± 1,24
Sonra	6,74 ± 1,55	6,95 ± 1,16	-0,437	0,662	6,85 ± 1,36
Test Değeri	-0,625	-1,011			-1,024
p Değeri	0,532	0,312			0,306
Mesleki Bilgi ve Becerilere Hazır Hissetme Düzeyi					
Önce	6,67 ± 1,30	6,82 ± 1,07	-0,578	0,563	6,74 ± 1,18
Sonra	7,18 ± 1,31	7,05 ± 1,31	-0,360	0,719	7,12 ± 1,30
Test Değeri	-1,727	-1,001			-1,970
p Değeri	0,084	0,317			**0,049**
Mesleki İlişkilere Hazır Hissetme Düzeyi					
Önce	7,08 ± 1,38	7,00 ± 1,37	-0,416	0,677	7,04 ± 1,37
Sonra	7,62 ± 1,42	7,38 ± 1,68	-0,620	0,535	7,50 ± 1,55
Test Değeri	-1,609	-1,352			-2,107
p Değeri	0,108	0,176			**0,035**

*: Mann Whitney-U testi **: Wilcoxon işaretli sıralar testi

SDD öncesinde öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik duygu ve düşünceleri incelendiğinde; **öz güven düzeyine** yönelik girişim grubundaki öğrencilerin puan ortalaması 6,23 ± 1,42 iken, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının 6,97 ± 1,32 olduğu ve iki grubun puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). **Endişe düzeyine** yönelik girişim grubundaki öğrencilerin puan ortalaması 6,64 ± 2,13 iken, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının 5,33 ± 2,15 olduğu ve iki grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). S**tres düzeyine** yönelik girişim grubundaki öğrencilerin puan ortalaması 6,54 ± 1,76 iken, kontrol grubundaki öğrencilerin puan ortalamasının 5,44 ± 1,81 olduğu ve iki grubun puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). SDD öncesinde, öğrencilerin diğer duygu ve düşüncelerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

SDD sonrasında öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik duygu ve düşünceleri incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

SDD öncesi ve sonrasında öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik duygu ve düşünceleri incelendiğinde; **mesleki bilgi ve becerilerini kullanabilme konusunda kendini hazır hissetme düzeyine** yönelik öğrencilerin SDD öncesinde puan ortalaması 6,74 ± 1,18 iken, sonrasında puan ortalamasının 7,12 ± 1,30 olduğu ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). **Kişilerarası ilişkiler kurabilme konusunda kendi hazır hissetme düzeyine** yönelik öğrencilerin **SDD öncesinde** puan ortalaması 7,04 ± 1,37 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 7,50 ± 1,55 olduğu ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). **Öz güven düzeyine yönelik** girişim grubundaki öğrencilerin **SDD öncesinde** puan ortalaması 6,23 ± 1,42 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 7,10 ± 1,27 olduğu ve iki puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin diğer duygu ve düşüncelerine yönelik puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı belirlendi ($p>0,05$).

4.3. Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavı Sonuçlarına İlişkin Bulgular

SDD öncesi ve sonrasında öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.3'de sunuldu.

Tablo 4-3: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalamalarının Dağılımı (N=78)

Temel Bilgi Sınavı	Girişim (n=39)	Kontrol (n=39)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Önce	14,74 ± 4,04	15,59 ± 4,33	-1,098	0,272	15,17 ± 4,18
Sonra	17,64 ± 2,83	15,85 ± 3,22	-2,607	**0,009**	16,74 ± 3,14
****Test Değeri**	-3,379	-0,171			2,514
p Değeri	**0,001**	0,864			**0,012**

*: Mann Whitney-U testi **: Wilcoxon işaretli sıralar testi

SDD öncesinde öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamaları incelendiğinde; **girişim grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalaması 14,74 ± 4,04 iken, **kontrol grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalamasının 15,59 ± 4,33 olduğu ve iki grubun doğru yanıt ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0,05$).

SDD sonrasında öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamaları incelendiğinde; **girişim grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalaması 17,64 ± 2,83 iken, **kontrol grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalamasının 15,85 ± 3,22 olduğu ve iki grubun doğru yanıt ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamaları incelendiğinde; öğrencilerin **SDD öncesinde** doğru yanıt ortalaması 15,17 ± 4,18 iken, **SDD sonrasında** doğru yanıt ortalamasının 16,74 ± 3,14 olduğu ve iki doğru yanıt ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0,05$). SDD öncesi ve sonrası, girişim grubunda yer alan öğrencilerin doğru yanıt ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptanırken ($p<0,01$), kontrol grubunda yer alan öğrencilerin doğru yanıt ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

SDD öncesi ve sonrasında öğrencilerin yetkinlik alanlarına göre temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.4'de sunuldu.

Tablo 4-4: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Yetkinlik Alanlarına Göre Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalamalarının Dağılımı (N=78)

Yetkinlik Alanları	Girişim (n=39)	Kontrol (n=39)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Birey Merkezli Bakım					
Önce	3,76 ± 1,22	3,71 ± 1,48	-0,256	0,798	3,74 ± 1,35
Sonra	4,30 ± 1,05	3,84 ± 1,24	-1,537	0,124	4,07 ± 1,17
****Test Değeri**	-1,777	-0,504			-1,615
p Değeri	0,076	0,614			0,106
Ekip Çalışması ve İş Birliği					
Önce	4,35 ± 1,20	4,35 ± 1,47	-0,282	0,778	4,35 ± 1,33
Sonra	4,74 ± 1,04	4,58 ± 1,22	-0,493	0,622	4,66 ± 1,13
****Test Değeri**	-1,488	-0,619			-1,460
p Değeri	0,137	0,536			0,144
Kanıta Dayalı Uygulama					
Önce	1,69 ± 0,86	1,84 ± 1,01	-0,870	0,384	1,76 ± 0,93
Sonra	2,02 ± 0,90	1,92 ± 0,89	-0,564	0,573	1,97 ± 0,89
****Test Değeri**	-1,398	-0,481			-1,252
p Değeri	0,162	0,631			0,210
Kalite İyileştirme					
Önce	2,17 ± 0,82	2,28 ± 0,82	-0,628	0,530	2,23 ± 0,82
Sonra	2,64 ± 0,53	2,20 ± 0,83	-2,509	**0,012**	2,42 ± 0,73
****Test Değeri**	-3,047	-0,379			-1,577
p Değeri	**0,002**	0,704			0,115
Güvenlik					
Önce	2,02 ± 1,03	2,48 ± 0,94	-1,932	0,053	2,25 ± 1,01
Sonra	2,79 ± 1,05	2,30 ± 0,92	-2,386	**0,017**	2,55 ± 1,01
****Test Değeri**	-3,069	-1,136			-1,858
p Değeri	**0,002**	0,256			0,063
Bilişim					
Önce	0,71 ± 0,64	0,89 ± 0,59	-1,326	0,185	0,80 ± 0,62
Sonra	1,12 ± 0,52	0,97 ± 0,48	-1,347	0,178	1,05 ± 0,50
****Test Değeri**	-2,748	-0,688			-2,622
p Değeri	**0,006**	0,491			**0,009**

*: Mann Whitney-U testi **: Wilcoxon işaretli sıralar testi

SDD öncesinde öğrencilerin yetkinlik alanlarına göre temel bilgi sınavında doğru olarak yanıtladıkları soru ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05).

SDD sonrasında öğrencilerin yetkinlik alanlarına göre temel bilgi sınavında doğru olarak yanıtladıkları soru ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; **kalite iyileştirme** yetkinlik alanına yönelik **girişim grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalaması 2,64 ± 0,53 iken, **kontrol grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalamasının 2,20 ± 0,83 olduğu ve iki grubun doğru yanıt ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). **Güvenlik** yetkinlik alanına yönelik **girişim grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalaması 2,79 ± 1,05 iken, **kontrol grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalamasının 2,30 ± 0,92 olduğu ve iki grubun doğru yanıt ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). **SDD sonrasında,** öğrencilerin temel bilgi sınavında diğer yetkinlik alanlarına yönelik doğru yanıt ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0,05$).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin yetkinlik alanlarına göre temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; **bilişim** yetkinlik alanına yönelik öğrencilerin **SDD öncesinde** doğru yanıt ortalaması 0,80 ± 0,62 iken, **SDD sonrasında** doğru yanıt ortalamasının 1,05 ± 0,50 olduğu ve iki doğru yanıt ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). **Girişim grubundaki öğrencilerin, kalite iyileştirme** yetkinlik alanına yönelik **SDD öncesinde** doğru yanıt ortalaması 2,17 ± 0,82 iken, **SDD sonrasında** doğru yanıt ortalamasının 2,64 ± 0,53 olduğu ve iki doğru yanıt ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). **Girişim grubundaki öğrencilerin, güvenlik** yetkinlik alanına yönelik **SDD öncesinde** doğru yanıt ortalaması 2,02 ± 1,03 iken, **SDD sonrasında** doğru yanıt ortalamasının 2,79 ± 1,05 olduğu ve iki doğru yanıt ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). **Girişim grubundaki öğrencilerin, bilişim** yetkinlik alanına yönelik **SDD öncesinde** doğru yanıt ortalaması 0,71 ± 0,64 iken, **SDD sonrasında** doğru yanıt ortalamasının 1,12 ± 0,52 olduğu ve iki doğru yanıt ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,01$). **SDD öncesi ve sonrasında,** öğrencilerin diğer yetkinlik alanlarına yönelik temel bilgi sınavından elde ettikleri doğru yanıt ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

4.4. Öğrencilerin Yetkinlik Algılarına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin yetkinlik algılarına ilişkin HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.5'de sunuldu.

Tablo 4-5: Öğrencilerin HYAÖ Ana Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=78)

HYAÖ Ana Boyutları	Girişim (n=39)	Kontrol (n=39)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Birey Merkezli Bakım					
Önce	4,40 ± 0,32	4,33 ± 0,38	-0,472	0,637	4,36 ± 0,35
Sonra	4,44 ± 0,29	4,44 ± 0,35	-0,090	0,928	4,44 ± 0,32
****Test Değeri**	-1,037	-1,250			-1,565
p Değeri	0,300	0,211			0,118
Ekip Çalışması ve İş Birliği					
Önce	4,18 ± 0,31	4,12 ± 0,37	-0,703	0,482	4,15 ± 0,34
Sonra	4,24 ± 0,33	4,23 ± 0,49	-0,622	0,534	4,24 ± 0,42
Test Değeri	-0,924	-1,058			-1,460
p Değeri	0,356	0,290			0,144
Kanıta Dayalı Uygulama					
Önce	4,12 ± 0,45	4,03 ± 0,57	-0,703	0,482	4,08 ± 0,51
Sonra	4,23 ± 0,45	4,30 ± 0,48	-0,700	0,484	4,27 ± 0,47
Test Değeri	-1,081	-1,931			-2,143
p Değeri	0,280	0,053			**0,032**
Kalite İyileştirme					
Önce	4,29 ± 0,44	4,28 ± 0,41	-0,127	0,899	4,28 ± 0,42
Sonra	4,36 ± 0,41	4,30 ± 0,44	-0,513	0,608	4,33 ± 0,42
Test Değeri	-0,663	-0,178			-0,765
p Değeri	0,507	0,859			0,444
Güvenlik					
Önce	4,22 ± 0,38	4,20 ± 0,46	-0,162	0,871	4,21 ± 0,42
Sonra	4,30 ± 0,38	4,26 ± 0,48	-0,285	0,775	4,28 ± 0,43
Test Değeri	-0,785	-0,461			-0,847
p Değeri	0,432	0,645			0,397
Bilişim					
Önce	4,07 ± 0,49	4,15 ± 0,55	-0,610	0,542	4,11 ± 0,52
Sonra	4,23 ± 0,42	4,17 ± 0,51	-0,605	0,545	4,20 ± 0,47
Test Değeri	-0,895	-0,008			-0,707
p Değeri	0,371	0,993			0,479

*: Mann Whitney-U testi **: Wilcoxon işaretli sıralar testi

SDD öncesinde öğrencilerin HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

SDD sonrasında, öğrencilerin HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; öğrencilerin **kanıta dayalı uygulama ana boyutuna** yönelik SDD öncesinde elde ettikleri puan ortalaması 4,08 ± 0,51 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 4,27 ± 0,47 olduğu ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı (p<0,05). **SDD öncesi ve sonrasında,** öğrencilerin HYAÖ'nin diğer ana boyutlarına yönelik elde ettikleri puan ortalamaları arasında anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalaması ile HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasındaki ilişki Tablo 4.6'da sunuldu.

Tablo 4-6: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtladıkları Soru Ortalaması ile HYAÖ Ana Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalaması Arasındaki İlişki (N=78)

HYAÖ Ana Boyutları	SDD Öncesi Temel Bilgi Sınavı				SDD Sonrası Temel Bilgi Sınavı			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Birey Merkezli Bakım	-,149	,364	,150	,361	**,323**	**,045**	-,086	,605
Ekip Çalışması ve İşbirliği	-,170	,301	-,068	,682	,292	,071	-,197	,229
Kanıta Dayalı Uygulama	-,083	,617	-,073	,659	**,381**	**,017**	-,041	,804
Kalite İyileştirme	-,135	,412	-,249	,127	,191	,243	-,013	,938
Güvenlik	-,073	,659	-,010	,952	**,353**	**,028**	,191	,245
Bilişim	,078	,636	,062	,709	,064	,700	,053	,748

SDD öncesinde, öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalaması ile HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmadığı görüldü (p>0,05).

SDD sonrasında, kontrol grubundaki öğrencilerin doğru yanıt ortalaması ile HYAÖ ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında anlamlı derecede ilişki

bulunmazken (p>0,05), **girişim grubundaki öğrencilerin** doğru yanıt ortalaması ile **birey merkezli bakım** (r=,323), **kanıta dayalı uygulama** (r=,381) ve **güvenlik** (r=,353) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu saptandı (p<0,05).

4.5. Öğrencilerin Mesleki Hazır Oluşluk Algılarına İlişkin Bulgular

Öğrencilerin mesleki hazır oluşluk algılarına ilişkin HMHÖ'nden elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.7'de sunuldu.

SDD öncesinde, öğrencilerin HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

SDD sonrasında, öğrencilerin HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; **mesleki yeterlilik** alt boyutundan **girişim grubundaki öğrencilerin** elde ettikleri puan ortalaması 4,06 ± 0,56 iken, **kontrol grubundaki öğrencilerin** puan ortalamasının 3,74 ± 0,61 olduğu ve iki grubun puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi (p<0,05). Öğrencilerin HMHÖ ve diğer alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; öğrencilerin **iletişim ve işbirliği** alt boyutundan **SDD öncesinde** elde ettikleri puan ortalaması 4,31 ± 0,40 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 4,42 ± 0,36 olduğu ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı (p<0,05). Öğrencilerin **HMHÖ'nden SDD öncesinde** elde ettikleri puan ortalaması 4,09 ± 0,28 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 4,20 ± 0,31 olduğu ve iki puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi (p<0,01). **Girişim grubundaki öğrencilerin mesleki yeterlilik** alt boyutundan **SDD öncesinde** elde ettikleri puan ortalaması 3,76 ± 0,50 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 4,06 ± 0,56 olduğu ve iki puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı (p<0,05). **Girişim grubundaki öğrencilerin HMHÖ'nden SDD öncesinde** elde ettikleri puan ortalaması 4,08 ± 0,24 iken, **SDD sonrasında** puan ortalamasının 4,24 ± 0,29 olduğu ve iki puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı (p<0,01). **SDD öncesi ve sonrasında,** HMHÖ'nin diğer alt

boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 4-7: Öğrencilerin HMHÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=78)

HMHÖ Ana Boyutları	Girişim (n=39)	Kontrol (n=39)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Mesleki Uyum					
Önce	3,93 ± 0,41	4,02 ± 0,48	-0,398	0,690	3,98 ± 0,45
Sonra	4,08 ± 0,42	4,08 ± 0,46	-0,076	0,939	4,08 ± 0,44
****Test Değeri**	-1,214	-0,665			-1,316
p Değeri	0,225	0,506			0,188
İletişim ve İş Birliği					
Önce	4,31 ± 0,41	4,31 ± 0,40	-0,252	0,801	4,31 ± 0,40
Sonra	4,41 ± 0,35	4,43 ± 0,37	-0,307	0,759	4,42 ± 0,36
Test Değeri	-1,305	-1,483			-1,969
p Değeri	0,192	0,138			**0,049**
Mesleki Yeterlilik					
Önce	3,76 ± 0,50	3,77 ± 0,65	-0,041	0,968	3,76 ± 0,57
Sonra	4,06 ± 0,56	3,74 ± 0,61	-2,200	**0,028**	3,90 ± 0,60
Test Değeri	-2,219	-0,217			-1,433
p Değeri	**0,027**	0,828			0,152
TOPLAM					
Önce	4,08 ± 0,24	4,10 ± 0,32	-0,331	0,741	4,09 ± 0,28
Sonra	4,24 ± 0,29	4,17 ± 0,32	-0,842	0,400	4,20 ± 0,31
Test Değeri	-2,733	-1,478			-3,011
p Değeri	**0,006**	0,139			**0,003**

*: Mann Whitney-U testi **: Wilcoxon işaretli sıralar testi

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamaları ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.8'de sunuldu.

Tablo 4-8: Öğrencilerin Temel Bilgi Sınavında Doğru Yanıtları Soru Ortalamaları ile HMHÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=78)

HMHÖ Ana Boyutları	SDD Öncesi Temel Bilgi Sınavı				SDD Sonrası Temel Bilgi Sınavı			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Mesleki Uyum	-,037	,821	-,143	,386	,044	,791	-,128	,437
İletişim ve İşbirliği	,040	,809	,089	,588	,158	,337	,082	,620
Mesleki Yeterlilik	,100	,543	,130	,129	,056	,734	,134	,416
HMHÖ	,037	,825	,065	,695	,087	,597	,065	,696

Öğrencilerin temel bilgi sınavında doğru yanıtladıkları soru ortalamaları ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde**; SDD öncesi ve sonrasında,** öğrencilerin doğru yanıt ortalaması ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişki bulunmadığı saptandı (p>0,05).

SDD öncesi ve sonrasında, öğrencilerin HYAÖ ana boyutları ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.9'da sunuldu.

SDD öncesinde, öğrencilerin HYAÖ ana boyutları ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **girişim grubundaki öğrencilerin** HMHÖ'nden elde ettikleri puan ortalaması ile **ekip çalışması ve işbirliği** (r=,417), **kalite iyileştirme** (r=,426) ve **güvenlik** (r=,448) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi (p<0,01). **Kontrol grubundaki öğrencilerin** HMHÖ'nden elde ettikleri puan ortalaması ile **ekip çalışması ve işbirliği** (r=,445) ve **bilişim** (r=,437) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında ileri düzeyde (p<0,01); **kalite iyileştirme** (r=,359) ana boyutundan elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak (p<0,05) anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi.

Tablo 4-9: Öğrencilerin HYAÖ Ana Boyutları ile HMHÖ'nden Elde Ettikleri Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=78)

HYAÖ Ana Boyutları	SDDÖncesi HMHÖ				SDD Sonrası HMHÖ			
	Girişim		Kontrol		Girişim		Kontrol	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Birey Merkezli Bakım	,260	,110	,351	,051	,252	,122	**,597**	**,000**
Ekip Çalışması ve İşbirliği	**,417**	**,008**	**,445**	**,005**	**,570**	**,000**	**,409**	**,010**
Kanıta Dayalı Uygulama	,192	,242	,279	,085	**,372**	**,020**	**,589**	**,000**
Kalite İyileştirme	**,426**	**,007**	**,359**	**,025**	**,451**	**,004**	**,378**	**,018**
Güvenlik	**,448**	**,004**	,234	,151	**,618**	**,000**	**,430**	**,006**
Bilişim	,120	,467	**,437**	**,005**	**,580**	**,001**	**,338**	**,035**

SDD sonrasında, öğrencilerin HYAÖ ana boyutları ile HMHÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **girişim grubundaki öğrencilerin**, HMHÖ'nden elde ettikleri puan ortalaması ile **ekip çalışması ve işbirliği** (r=,570) ve **güvenlik** (r=,618) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde (p<0,001); **bilişim** (r=,580) alt boyutundan elde ettikleri puan ortalaması arasında ileri düzeyde (p<0,01) anlamlı derecede pozitif yönlü orta düzeyde ilişki bulunurken, **kanıta dayalı uygulama** (r=,372) ana boyutundan elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak (p<0,05); **kalite iyileştirme** (r=,451) ana boyutundan elde ettikleri puan ortalaması arasında ileri düzeyde (p<0,01) anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi **Kontrol grubundaki öğrencilerin** HMHÖ'nden elde ettikleri puan ortalaması ile **kanıta dayalı uygulama** (r=,589) ve **birey merkezli bakım** (r=,597) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede pozitif yönlü orta ilişki bulunurken (p<0,001), **ekip çalışması ve işbirliği** (r=,409), **kalite iyileştirme** (r=,378) ve **bilişim** (r=,338) ana boyutlarından elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede (p<0,05); **güvenlik** ana boyutundan (r=,430) elde ettikleri puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede (p<0,01) pozitif yönlü ilişki olduğu belirlendi.

4.6. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyon Oturumundaki Başarımlarına İlişkin Bulgular

Girişim grubundaki öğrencilerin **birinci simülasyon oturumundaki** başarımlarının, bağımsız gözlemciler tarafından **SBDÖ I** ile değerlendirilmesi sonucunda ilgili maddelerden elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.10'da sunuldu. SBDÖ I'de, profesyonellik alt boyutundan ***''Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi''*** (I. Gözlemci: 4,44 ± 0,82; II. Gözlemci: 4,38 ± 0,90), ekip çalışması ve işbirliği alt boyutundan ''***Duruma uygun olarak diğer ekip üyelerinden yardım talebinde bulunabilmesi''*** (I. Gözlemci: 3,90 ± 1,60; II. Gözlemci: 3,90 ± 1,74) ve ***''Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi''*** (I. Gözlemci: 3,79 ± 1,60; II. Gözlemci: 4,15 ±1,58) maddelerinin en yüksek puan ortalamasına sahip üç madde olduğu belirlendi. Bilişim alt boyutundan ''***Elektronik sağlık kayıtlarına ulaşabilmesi''*** (I. Gözlemci: 0,26 ± 1,11; II. Gözlemci: 0,26 ± 1,11), kalite iyileştirme alt boyutundan ***''Sağlık bakım ortamında hizmet verilen bireylere yönelik bakım sonuçları hakkında bilgi edinebilmesi''*** (I. Gözlemci: 0,28 ± 1,12; II. Gözlemci: 0,26 ± 1,11) ve güvenlik alt boyutundan ''***Kalite ve güvenliği destekleyen teknoloji ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi''*** (I. Gözlemci: 1,59 ± 1,01; II. Gözlemci: 1,13 ± 1,00) maddelerinin ise SBDÖ I'de en düşük puan ortalamasına sahip üç madde olduğu saptandı.

Girişim grubundaki öğrencilerin **ikinci simülasyon oturumundaki** başarımlarının, bağımsız gözlemciler tarafından **SBDÖ II** ile değerlendirilmesi sonucunda ilgili maddelerden elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.11'de sunuldu. SBDÖ II'de bilişim alt boyutundan ''***Bakımın eşgüdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi''*** (I. ve II. Gözlemci: 4,69 ± 1,15), güvenlik alt boyutundan ***''Hatalar ve neredeyse hataların bildirilmesinde güvenlik raporlama sistemini kullanabilmesi''*** (I. Gözlemci: 4,51 ± 1,35; II. Gözlemci: 4,59 ± 1,35) ve profesyonellik alt boyutundan ***''Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi''*** (I. Gözlemci: 4,51 ± 1,04; II. Gözlemci: 4,59 ±1,11) maddelerinin en yüksek puan ortalamasına sahip üç madde olduğu belirlendi.

Tablo 4-10: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ I Maddelerinden Elde ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=39)

SBDÖ I Maddeleri	Birinci Gözlemci Ort. ± S.S.	İkinci Gözlemci Ort. ± S.S.
BİREY MERKEZLİ BAKIM		
Hemşirelik sürecinin bir parçası olarak bireyin değer, tercih ve gereksinimlerini belirleyebilmesi	1,36 ± 0,95	1,46 ± 0,99
Bireyin fiziksel ve duygusal konfor düzeyini değerlendirebilmesi	1,44 ± 0,88	1,44 ± 0,96
Çatışma çözme ve uzlaşma süreçlerine katılım gösterebilmesi	2,26 ± 1,27	1,79 ± 1,50
Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	2,38 ± 0,96	2,36 ± 0,98
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ		
Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	1,79 ± 0,89	1,69 ± 0,86
Duruma uygun olarak diğer ekip üyelerinden yardım talebinde bulunabilmesi	3,90 ± 1,60	3,90 ± 1,74
Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi	3,79 ± 1,60	4,15 ±1,58
KANITA DAYALI UYGULAMA		
Temel bilimsel yöntem ve süreçler hakkında bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	2,72 ± 0,85	2,69 ± 0,92
Bireyselleştirilmiş bakım planını değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi	2,82 ± 1,04	3,03 ± 1,20
KALİTE İYİLEŞTİRME		
Sağlık bakım ortamında hizmet verilen bireylere yönelik bakım sonuçları hakkında bilgi edinebilmesi	0,28 ± 1,12	0,26 ± 1,11
GÜVENLİK		
Kalite ve güvenliği destekleyen teknoloji ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	1,59 ± 1,01	1,13 ± 1,00
Tıbbi hata ve risklerle ilgili gözlem ve endişelerini birey, aile ve sağlık ekibine aktarabilmesi	2,85 ± 1,54	3,05 ± 1,76
BİLİŞİM		
Elektronik sağlık kayıtlarına ulaşabilmesi	0,26 ± 1,11	0,26 ± 1,11
Bakımın eş güdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi	3,49 ± 2,16	4,00 ± 1,93
PROFESYONELLİK		
Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	4,44 ± 0,82	4,38 ± 0,90
Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü kuramsal bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	3,05 ± 0,99	2,64 ± 0,93

Tablo 4-11: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ II Maddelerinden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=39)

SBDÖ II Maddeleri	Birinci Gözlemci Ort. ± S.S.	İkinci Gözlemci Ort. ± S.S.
BİREY MERKEZLİ BAKIM		
Hemşirelik sürecinin bir parçası olarak bireyin değer, tercih ve gereksinimleri belirleyebilmesi	2,13 ± 1,12	1,72 ± 1,09
Bireyin değer, tercih ve gereksinimlerini sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine aktarabilmesi	1,59 ± 1,61	1,46 ± 1,58
Bireyin karar çatışması düzeyini değerlendirmesi ve kaynaklara erişimini sağlayabilmesi	2,41 ± 1,97	2,36 ± 1,94
Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	3,67 ± 1,45	3,79 ± 1,54
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ		
Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	2,33 ± 0,98	2,18 ± 1,02
Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi	3,03 ± 1,53	3,05 ± 1,55
Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi	0,85 ± 1,49	0,82 ± 1,44
KANITA DAYALI UYGULAMA		
Temel bilimsel yöntem ve süreçler hakkında bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	2,51 ± 0,79	2,21 ± 0,92
Klinik uygulama konu başlıkları ve rehberleri ile ilgili kanıta dayalı raporları bulabilmesi	2,00 ± 2,44	2,00 ± 2,44
KALİTE İYİLEŞTİRME		
Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi	1,23 ± 2,07	1,18 ± 2,07
GÜVENLİK		
Kalite ve güvenliği destekleyen teknolojik ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	2,23 ± 0,98	2,13 ± 1,00
Hatalar ve neredeyse hataların bildirilmesinde güvenlik raporlama sistemini kullanabilmesi	4,51 ± 1,35	4,59 ± 1,35
BİLİŞİM		
Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi	0,28 ± 1,02	0,21 ± 0,92
Bakımın eşgüdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi	4,69 ± 1,15	4,69 ± 1,15
PROFESYONELLİK		
Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	4,51 ± 1,04	4,59 ± 1,11
Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü kuramsal bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	3,59 ± 1,04	3,56 ± 1,07

Bilişim alt boyutundan ***''Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi''*** (I. Gözlemci: 0,28 ± 1,02; II. Gözlemci: 0,21 ± 0,92), ekip çalışması ve işbirliği alt boyutundan ***''Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi''*** (I. Gözlemci: 0,85 ± 1,49; II. Gözlemci: 0,82 ± 1,44) ve kalite iyileştirme alt boyutundan ***''Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi''*** (I. Gözlemci: 1,23 ± 2,07; II. Gözlemci: 1,18 ± 2,07) maddelerinin SBDÖ II'de en düşük puan ortalamasına sahip üç madde olduğu saptandı.

Girişim grubundaki öğrencilerin **üçüncü simülasyon oturumundaki** başarımlarının, bağımsız gözlemciler tarafından **SBDÖ III** ile değerlendirilmesi sonucunda ilgili maddelerden elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.12'de sunuldu.

SBDÖ III'de, profesyonellik alt boyutundan ***''Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi''*** (I. Gözlemci: 4,00 ± 1,02; II. Gözlemci: 4,62 ± 0,71), kanıta dayalı uygulama alt boyutundan ***''Bireyselleştirilmiş bakım planını değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi''*** (I. Gözlemci: 3,69 ± 1,12; II. Gözlemci: 4,28 ± 1,45) ve ***'' Kanıta dayalı uygulamaların dışına çıkmadan önce klinik uzmanlara danışabilmesi''*** (I. Gözlemci: 4,18 ± 1,79; II. Gözlemci: 3,72 ± 2,21) maddelerinin en yüksek puan ortalamasına sahip üç madde olduğu belirlendi. Birey merkezli bakım alt boyutundan ***''Fiziksel ve duygusal konfor düzeyini değerlendirebilmesi''*** (I. Gözlemci: 1,90 ± 1,27; II. Gözlemci: 1,67 ± 1,13), kalite iyileştirme alt boyutundan ***''Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi''*** (I. Gözlemci: 2,28 ± 2,50; II. Gözlemci: 2,44 ± 2,53) ve güvenlik alt boyutundan ***''Kalite ve güvenliği destekleyen teknolojik ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi''*** (I. Gözlemci: 2,69 ± 1,00; II. Gözlemci: 2,62 ± 1,36) maddelerinin SBDÖ III'de en düşük puan ortalamasına sahip üç madde olduğu saptandı.

Tablo 4-12: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ III Maddelerinden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=39)

SBDÖ III Maddeleri	Birinci Gözlemci Ort. ± S.S.	İkinci Gözlemci Ort. ± S.S.
BİREY MERKEZLİ BAKIM		
Bireyin fiziksel ve duygusal konfor düzeyini değerlendirebilmesi	1,90 ± 1,27	1,67 ± 1,13
Sağlık, güvenlik, iyili hali ve öz bakımın yönetiminde birey ve yakınları ile etkin ortaklık kurabilmesi	2,23 ± 2,25	3,51 ± 2,28
Bakımın her geçişi sırasında, karşılanan ve gereksinim duyulan bakım ihtiyacını iletebilmesi	3,03 ± 1,24	2,56 ± 1,51
Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	3,85 ± 0,98	3,44 ± 1,29
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ		
Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	3,72 ± 0,99	3,87 ± 1,49
Duruma uygun olarak lider ya da ekip üyesi rolünü üstlenebilmesi	3,62 ± 1,22	3,44 ± 2,03
Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi	3,67 ± 2,15	3,85 ± 2,13
KANITA DAYALI UYGULAMA		
Bireyselleştirilmiş bakım planını değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi	3,69 ± 1,12	4,28 ± 1,45
Kanıta dayalı uygulamaların dışına çıkmadan önce klinik uzmanlara danışabilmesi	4,18 ± 1,79	3,72 ± 2,21
KALİTE İYİLEŞTİRME		
Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi	2,28 ± 2,50	2,44 ± 2,53
GÜVENLİK		
Kalite ve güvenliği destekleyen teknolojik ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	2,69 ± 1,00	2,62 ± 1,36
Hafızasına olan güvenini azaltabilmesi için uygun stratejiler kullanabilmesi	3,00 ± 2,14	1,77 ± 2,40
BİLİŞİM		
Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi	2,69 ± 2,11	2,51 ± 2,50
Bakımda güvenli süreçleri destekleyen teknoloji ve bilgi yönetimi araçlarını kullanabilmesi	3,46 ± 1,41	3,64 ± 1,69
PROFESYONELLİK		
Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	4,00 ± 1,02	4,62 ± 0,71
Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü kuramsal bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	3,67 ± 1,30	3,97 ± 0,87

Girişim grubundaki öğrencilerin **birinci, ikinci ve üçüncü simülasyon oturumundaki** başarımlarının, bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilmesi sonucunda **SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III** ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı ve gözlemciler arası uyumu gösteren sınıf içi korelasyon katsyıları, Tablo 4.13'de sunuldu.

Tablo 4-13: Girişim Grubundaki Öğrencilerin SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=39)

SBDÖ Alt Boyutları	SBDÖ I	SBDÖ II	SBDÖ III	Test Değeri *	p Değeri
Birey Merkezli Bakım					
Birinci Gözlemci	7,43 ± 2,97	9,79 ± 4,27	11,00 ± 3,69	19,056	**0,000**
İkinci Gözlemci	7,05 ± 3,37	9,33 ± 4,26	11,17 ± 4,07	22,070	**0,000**
****SKK (r Değeri)**	0,872	0,992	0,846		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Ekip Çalışması ve İş Birliği					
Birinci Gözlemci	9,48 ± 2,89	6,20 ± 2,96	11,00 ± 3,45	36,416	**0,000**
İkinci Gözlemci	9,74 ± 3,41	6,05 ± 3,17	11,15 ± 4,33	26,993	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,954	0,988	0,805		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Kanıta Dayalı Uygulama					
Birinci Gözlemci	5,57 ± 1,67	4,55 ± 2,64	7,86 ± 2,31	29,338	**0,000**
İkinci Gözlemci	5,71 ± 1,80	4,20 ± 2,55	8,00 ± 3,30	21,582	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,777	0,980	0,890		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Kalite İyileştirme					
Birinci Gözlemci	0,28 ± 1,12	1,23 ± 2,07	2,28 ± 2,50	16,083	**0,000**
İkinci Gözlemci	0,25 ± 1,11	1,17 ± 2,07	2,43 ± 2,53	18,870	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,995	0,994	0,973		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Güvenlik					
Birinci Gözlemci	4,43 ± 175	6,74 ± 1,90	5,69 ± 2,65	22,441	**0,000**
İkinci Gözlemci	4,17 ± 2,03	6,71 ± 1,94	4,38 ± 3,03	21,145	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,874	0,957	0,804		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Bilişim					
Birinci Gözlemci	3,74 ± 2,59	4,97 ± 1,59	6,15 ± 2,72	14,785	**0,001**
İkinci Gözlemci	4,25 ± 2,34	4,89 ± 1,51	6,15 ± 3,20	7,010	**0,030**
SKK (r Değeri)	0,911	0,976	0,761		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
Profesyonellik					
Birinci Gözlemci	7,48 ±1,63	8,10 ± 1,94	7,66 ± 2,11	5,729	0,057
İkinci Gözlemci	7,02 ± 1,49	8,15 ± 2,03	8,58 ± 1,37	27,925	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,847	0,990	0,788		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		
TOPLAM					
Birinci Gözlemci	38,41 ± 10,04	41,56 ± 12,67	51,60 ± 13,80	22,680	**0,000**
İkinci Gözlemci	38,23 ± 10,15	40,53 ± 12,93	51,89 ± 16,18	24,558	**0,000**
SKK (r Değeri)	0,937	0,996	0,937		
p Değeri	p<0,001	p<0,001	p<0,001		

*: Tekrarlayan ölçümlerde Friedman varyans analizi. **: Sınıf içi korelasyon katsayısı

Öğrencilerin **SBDÖ I'den** birinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri puan ortalaması 38,41 ± 10,04 iken, ikinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri puan ortalamasının 38,23 ± 10,15 ve gözlemciler arası uyumu gösteren sınıf içi korelasyon katsayısının ,937 olduğu belirlendi.

Öğrencilerin **SBDÖ II'nden** birinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri toplam puan ortalaması 41,56 ± 12,67 iken, ikinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri puan ortalamasının 40,53 ± 12,93 ve gözlemciler arası uyumu gösteren sınıf içi korelasyon katsayısının ,996 olduğu belirlendi.

Öğrencilerin **SBDÖ III'nden** birinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri toplam puan ortalaması 51,60 ± 13,80 iken, ikinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri puan ortalamasının 51,89 ± 16,18 ve gözlemciler arası uyumu gösteren sınıf içi korelasyon katsayısının ,937 olduğu belirlendi.

Öğrencilerin **SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III'nden** birinci ve ikinci gözlemci değerlendirmesine göre elde ettikleri puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,001$). Öğrencilerin **birinci gözlemci değerlendirmesine göre** SBDÖ III'nden elde ettikleri puan ortalaması, SBDÖ I'nden elde ettikleri puan ortalamasından çok ileri düzeyde ($Z=-4,640$; $p<0,001$) ve SBDÖ II'nden elde ettikleri puan ortalamasından ileri düzeyde ($Z=-3,336$; $p<0,01$) anlamlı derecede yüksek bulundu. Öğrencilerin **ikinci gözlemci değerlendirmesine göre** SBDÖ III'nden elde ettikleri puan ortalaması, SBDÖ I ($Z=-4,337$; $p<0,001$) ve SBDÖ II'nden ($Z=-3,497$; $p<0,001$) elde ettikleri puan ortalamasından ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek bulundu. Öğrencilerin **birinci ve ikinci gözlemci değerlendirmelerine göre** SBDÖ I ve SBDÖ II'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Öğrencilerin SBDÖ I, SBDÖ II , SBDÖ III alt boyutlarından **birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, kalite iyileştirme ve güvenlik** alt boyutlarından **birinci ve ikinci gözlemci değerlendirmesine göre** elde ettikleri puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,001$). SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III'nin **bilişim** alt boyutundan **birinci gözlemci değerlendirmesine göre** göre elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde ($p<0,01$) ve **ikinci gözlemci değerlendirmesine göre** elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ($p<0,05$) anlamlı

derecede farklılık bulunduğu saptandı. SBDÖ I, SBDÖ II ve SBDÖ III'nin **profesyonellik** alt boyutundan **birinci gözlemci değerlendirmesine göre** göre elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı (p>0,05) ve **ikinci gözlemci değerlendirmesine göre** elde ettikleri puan ortalamaları arasında çok ileri düzeyde anlamlı farklılık görüldü (p<0,001). Tüm alt boyutlarda **birinci ve ikinci gözlemci değerlendirmelerine göre** öğrencilerin SBDÖIII'den elde ettikleri puan ortalamasının SBDÖ I ve SBDÖ II'ye göre daha yüksek olduğu belirlendi. Tüm alt boyutlarda gözlemciler arası uyumu gösteren sınıf içi korelasyon katsayısının ,761 - ,996 arasında olduğu ve ileri düzeyde anlamlı ilişki bulunduğu belirlendi (p<0,001).

4.7. Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Girişim grubundaki öğrencilerin **birinci, ikinci ve üçüncü simülasyona dayalı deneyimlerini** değerlendirdikleri SDA'nin genel değerlendirme, çözümleme ve yansıtıcı düşünce ve eleştirel düşünme bölümlerindeki maddelerin puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.14'de sunuldu.

''Genel değerlendirme'' bölümü incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının ***''Genel olarak beklenen girişimler anlaşılırdı ve dersin öğrenme hedefleri ile tutarlıydı''*** maddesine ait olduğu saptandı. ***İlgili madde*** için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,62 ± 0,49 iken, SDA II'de 3,82 ± 0,38 ve SDA III'de 3,79 ± 0,40 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi (p<0,05). Öğrencilerin SDA II'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Z=-2,138; p<0,05). ***''Simülasyon deneyimi, bilgi ve becerilerimi bir üst seviyeye taşıyacak nitelikteydi''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,44 ± 0,68 iken, SDA II'de 2,69 ± 1,00 ve SDA III'de 3,08 ± 0,87 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu görüldü (p<0,01). Öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA II'den ileri düzeyde (Z=-3,292; p<0,01) ve SDA III'den istatistiksel olarak (Z=-2,201; p<0,05) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenirken, SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA II'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı

(Z=-2,210; p<0,05). **Genel değerlendirme** bölümünde yer alan diğer maddeler için öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

''Çözümleme ve Yansıtıcı Düşünce'' bölümü incelendiğinde; en yüksek puan ortalamasının ***''Çözümleme oturumu, simülasyon sırasındaki tepki ve davranışlarımı analiz etmeme yardımcı oldu''*** maddesine ait olduğu saptandı. ***''Çözümleme oturumu, bakıma yönelik klinik karar ve yaklaşımlarımı yansıtabilmeme fırsat sağladı''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,51 ± 0,55 iken, SDA II'de 3,56 ± 0,50 ve SDA III'de 3,74 ± 0,44 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu görüldü (p<0,05). Öğrencilerin SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Z=-2,496; p<0,05). Çözümleme ve yansıtıcı düşünme bölümünde yer alan diğer maddeler için öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

''Eleştirel Düşünme'' bölümü incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının ***''Simülasyon deneyimi, hemşirelikte karar verme süreçlerine katılım göstermemi sağladı''*** maddesine ait olduğu belirlenirken, en düşük puan ortalamasının ***''Simülasyon deneyimi, klinik kararlarımı açık ve net bir şekilde ifade edebilme yeteneğimi arttırdı''*** maddesine ait olduğu saptandı. **Eleştirel düşünme** bölümünde yer alan tüm maddelere yönelik öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Tablo 4-14: Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerine Göre SDA'nin Genel Değerlendirme, Çözümleme ve Yansıtıcı Düşünce ve Eleştirel Düşünme Bölümlerindeki Maddelerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=39)

SDA İfadeleri	SDA I	SDAII	SDA III	Test Değeri*	p Değeri
GENEL DEĞERLENDİRME					
Genel olarak beklenen girişimler anlaşılırdı ve dersin öğrenme hedefleri ile tutarlıydı.	3,62 ± 0,49	3,82 ± 0,38	3,79 ± 0,40	6,333	**0,042**
Simülasyon deneyimi, bilgi ve becerilerimi bir üst seviyeye taşıyacak nitelikteydi.	3,44 ± 0,68	2,69 ± 1,00	3,08 ± 0,87	12,303	**0,002**
Simülasyon deneyimi, bilgi ve becerilerime uygun bir zorluk seviyesinde sunuldu ve sürdürüldü.	3,46 ± 0,64	3,51 ± 0,50	3,51 ± 0,50	0,059	0,971
Simülasyon deneyimi, gerçek hayattaki durumlara benzerdi.	3,67 ± 0,47	3,62 ± 0,49	3,59 ± 0,54	0,267	0,875
Simülasyon deneyimi, ders içeriğiyle uyumluydu ve öğrenme ihtiyaçlarımı karşıladı.	3,62 ± 0,49	3,74 ± 0,44	3,69 ± 0,46	1,583	0,453
Simülasyon oturumu sırasında farklı kavramları keşfetmek için cesaretlendirildim.	3,67 ± 0,57	3,69 ± 0,46	3,72 ± 0,45	0,111	0,946
Simülasyon deneyimine katılmaktan keyif aldım.	3,56 ± 0,55	3,64 ± 0,66	3,72 ± 0,51	2,032	0,362
ÇÖZÜMLEME VE YANSITICI DÜŞÜNCE					
Çözümleme oturumu, bakıma yönelik klinik karar ve yaklaşımlarımı yansıtabilmeme fırsat sağladı.	3,51 ± 0,55	3,56 ± 0,50	3,74 ± 0,44	6,381	**0,041**
Çözümleme oturumunda aldığım geri bildirim, destekleyici ve yapıcıydı.	3,79 ± 0,40	3,74 ± 0,44	3,79 ± 0,40	0,444	0,801
Çözümleme oturumunda aldığım geri bildirim, öğrenmeme yardımcı oldu.	3,79 ± 0,40	3,85 ± 0,36	3,79 ± 0,40	0,500	0,779
Çözümleme oturumunda, simülasyon performansımı yansıtmam ve tartışmam için yeterli süre verildi.	3,46 ± 0,68	3,74 ± 0,44	3,64 ± 0,53	3,757	0,153
Çözümleme oturumu, simülasyon sırasındaki tepki ve davranışlarımı analiz etmeme yardımcı oldu.	3,82 ± 0,38	3,85 ± 0,36	3,82 ± 0,38	0,124	0,926
ELEŞTİREL DÜŞÜNME					
Simülasyon deneyimi, klinik düşünme becerilerimin güçlenmesine yardımcı oldu.	3,54 ± 0,50	3,67 ± 0,47	3,67 ± 0,47	2,632	0,268
Simülasyon deneyimi, klinik kararlarımı açık ve net bir şekilde ifade edebilme yeteneğimi arttırdı.	3,49 ± 0,55	3,67 ± 0,53	3,69 ± 0,46	3,739	0,154
Simülasyon deneyimi, hemşirelikte karar verme süreçlerine katılım göstermemi sağladı.	3,59 ± 0,49	3,72 ± 0,45	3,72 ± 0,45	2,381	0,304

*: Tekrarlayan ölçümlerde Friedman varyans analizi

Girişim grubundaki öğrencilerin **birinci, ikinci ve üçüncü simülasyona dayalı deneyimlerini** değerlendirdikleri SDA'nin hazırlık, uygulama, öz güven ve ekip çalışması ve işbirliği bölümlerindeki maddelerin puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.15'de sunuldu.

'Hazırlık'' bölümü incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının ***''Simülasyon deneyimi, bakım önceliklendirme konusundaki bilgi ve becerimi geliştirdi''*** maddesine ait olduğu saptandı. ***''Simülasyon deneyimi, karmaşık klinik durumları güvenli bir ortamda rahatlıkla yönetebilmemi sağladı''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,41 ± 0,71 iken, SDA II'de 3,54 ± 0,50 ve SDA III'de 3,74 ± 0,44 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Öğrencilerin SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den ileri düzeyde ($Z=-2,599$; $p<0,01$) ve SDA II'den istatistiksel olarak ($Z=-2,309$; $p<0,05$) anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. ''***Simülasyon deneyiminden sonra, sağlık durumu kritik olan bireylerin bakımında kendimi daha hazır hissediyorum.''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,18 ± 0,68 iken, SDA II'de 3,46 ± 0,60 ve SDA III'de 3,69 ± 0,52 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu görüldü ($p<0,01$). Öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA II'den istatistiksel olarak ($Z=-2,202$; $p<0,05$) ve SDA III'den ileri düzeyde ($Z=-3,016$; $p<0,01$) anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. Hazırlık bölümünde yer alan diğer maddeler için öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

''Uygulama'' bölümü incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının ***''Simülasyon deneyimi, etkileşimli öğrenme fırsatı sundu''*** maddesine ait olduğu saptandı. ''***Simülasyon deneyimi, hemşirelik ile ilgili teorik bilgilerimi uygulamaya aktarabilmemi sağladı''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,36 ± 0,53 iken, SDA II'de 3,62 ± 0,49 ve SDA III'de 3,67 ± 0,47 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu görüldü ($p<0,05$). Öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan

Tablo 4-15: Girişim Grubundaki Öğrencilerin Simülasyona Dayalı Deneyimlerine Göre SDA'nin Hazırlık, Uygulama, Öz Güven ve Ekip Çalışması ve İş Birliği Bölümlerindeki Maddelerden Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=39)

SDA İfadeleri	SDA I	SDAII	SDA III	Test Değeri*	p Değeri
HAZIRLIK					
Simülasyon deneyimi, hasta başı değerlendirme becerilerimi geliştirmemi sağladı.	3,51 ± 0,50	3,56 ± 0,59	3,72 ± 0,45	4,466	0,107
Simülasyon deneyimi, karmaşık klinik durumları güvenli bir ortamda rahatlıkla yönetebilmemi sağladı.	3,41 ± 0,71	3,54 ± 0,50	3,74 ± 0,44	7,865	**0,020**
Simülasyon deneyimi, bakımı önceliklendirme konusundaki bilgi ve becerimi geliştirdi.	3,67 ± 0,47	3,56 ± 0,55	3,74 ± 0,44	2,304	0,316
Simülasyon deneyiminden sonra, sağlık durumu kritik olan bireylerin bakımında kendimi daha hazır hissediyorum	3,18 ± 0,68	3,46 ± 0,60	3,69 ± 0,52	13,659	**0,001**
UYGULAMA					
Simülasyon deneyimi, hemşirelik ile ilgili teorik bilgilerimi uygulamaya aktarabilmemi sağladı.	3,36 ± 0,53	3,62 ± 0,49	3,67 ± 0,47	8,220	**0,016**
Simülasyon deneyimi, bireylere yönelik amaçlar belirleyebilmemi sağladı.	3,46 ± 0,60	3,64 ± 0,48	3,74 ± 0,49	8,000	**0,018**
Simülasyon deneyimi, hemşirelik becerilerimi geliştirdi.	3,41 ± 0,59	3,64 ± 0,53	3,69 ± 0,46	7,341	**0,025**
Simülasyon deneyimi, etkileşimli öğrenme fırsatı sundu.	3,64 ± 0,48	3,69 ± 0,46	3,79 ± 0,40	3,294	0,193
Simülasyon deneyimi, geleneksel öğretim yöntemlerinden daha kolay bir şekilde öğrenme hedeflerime ulaşmamı sağladı.	3,59 ± 0,49	3,51 ± 0,50	3,62 ± 0,54	1,316	0,518
ÖZGÜVEN					
Simülasyon deneyiminden sonra klinik becerilerim konusunda kendime daha fazla güveniyorum.	3,18 ± 0,72	3,46 ± 0,64	3,62 ± 0,49	9,648	**0,008**
Simülasyon deneyiminden sonra sağlık bakım ortamlarında durumu kritik olan bireylerin bakımı konusunda kendimi daha az endişeli hissediyorum.	3,21 ± 0,69	3,46 ± 0,55	3,62 ± 0,59	7,694	**0,021**
EKİP ÇALIŞMASI VE PROFESYONELLİK					
Simülasyon deneyimi, ekibin bir üyesi olarak çalışabilmeme fırsat sağladı.	3,51 ± 0,64	3,64 ± 0,53	3,74 ± 0,44	3,279	0,194
Akut klinik karar verebilme konusunda liderlik rolü alabilmek için cesaretlendirildim.	3,62 ± 0,54	3,62 ± 0,54	3,62 ± 0,59	0,029	0,985
Simülasyon deneyimi, profesyonelliği keşfetmemi sağladı.	3,64 ± 0,48	3,59 ± 0,54	3,77 ± 0,42	4,333	0,115

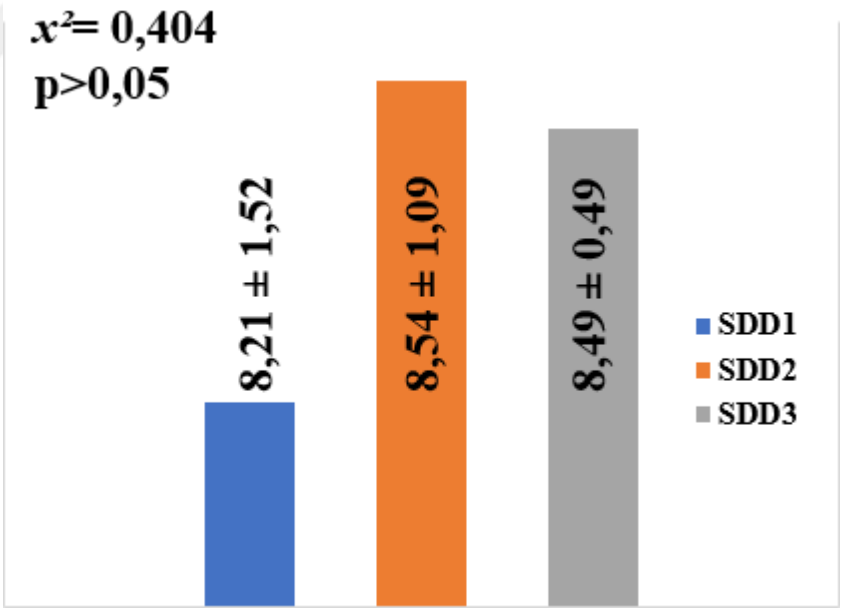
*: Tekrarlayan ölçümlerde Friedman varyans analizi

ortalamasının, SDA II (Z=-2,357; p<0,05) ve SDA III'den (Z=-2,558; p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi. ***''Simülasyon deneyimi, bireylere yönelik amaçlar belirleyebilmemi sağladı''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,46 ± 0,60 iken, SDA II'de 3,64 ± 0,48 ve SDA III'de 3,74 ± 0,49 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu görüldü (p<0,05). Öğrencilerin SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Z=-2,101; p<0,05). ***''Simülasyon deneyimi, hemşirelik becerilerimi geliştirdi''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,41 ± 0,59 iken, SDA II'de 3,64 ± 0,53 ve SDA III'de 3,69 ± 0,46 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu görüldü (p<0,05). Öğrencilerin SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Z=-2,200; p<0,05). Uygulama bölümünde yer alan diğer maddeler için öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III'den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

''Özgüven'' bölümü incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının ***''Simülasyon deneyiminden sonra klinik becerimlerim konusunda kendime daha fazla güveniyorum''*** maddesine aitolduğu saptandı. ''***Simülasyon deneyiminden sonra klinik becerimlerim konusunda kendime daha fazla güveniyorum''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,18 ± 0,72 iken, SDA II'de 3,46 ± 0,64 ve SDA III'de 3,62 ± 0,49 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu görüldü (p<0,01). Öğrencilerin SDA III'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA I'den ileri düzeyde anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi (Z=-2,746; p<0,01). ''***Simülasyon deneyiminden sonra sağlık bakım ortamlarında durumu kritik olan bireylerin bakımı konusunda kendimi daha az endişeli hissediyorum''*** maddesi için öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalaması 3,21 ± 0,69 iken, SDA II'de 3,46 ± 0,55 ve SDA III'de 3,62 ± 0,59 puan ortalamasına sahip oldukları ve üç puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunduğu görüldü (p<0,05). Öğrencilerin SDA I'den elde ettikleri puan ortalamasının, SDA II (Z=-1,978; p<0,05) ve SDA III'den (Z=-2,442; p<0,05) istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirlendi.

‘’Ekip Çalışması ve İşbirliği’’ bölümü incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının ***‘’ Simülasyon deneyimi profesyonelliği keşfetmemi sağladı’’*** maddesine ait olduğu saptandı. **Ekip çalışması ve işbirliği** bölümünde yer alan tüm maddelere yönelik öğrencilerin SDA I, SDA II ve SDA III’den elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Öğrencilerin SDD’in klinik uygulamaya etkisini 0-10 puan arasında derecelendirdikleri soruya yönelik puan ortalamalarının SDD’lerine göre dağılımı Şekil 4.1’de sunuldu. Öğrencilerin klinik uygulamaya etkisine yönelik birinci SDD’ye verdikleri puan ortalamasının 8,21 ± 1,52 olduğu görülürken, ikinci SDD’de puan ortalamasının 8,54 ± 1,09 ve üçüncü SDD’de 8,49 ± 0,49 olduğu belirlendi. Öğrencilerin birinci, ikinci ve üçüncü SDD’lerinin klinik uygulamaya etkisine yönelik verdikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı görüldü (p>0,05).



Şekil 4-1: Simülasyon Deneyiminin Klinik Uygulamaya Etkisinin Birinci, İkinci ve Üçüncü Simülasyon Deneyimlerine Göre Karşılaştırılması (N=39)

Çözümleme oturumlarında, öğrencilerin sözel izinle alınan ses kayıtları analiz edildi. Birinci çözümleme oturumunda, öğrenciler ağırlıklı olarak simülasyon oturumunda kuramsal bilgilerini uygulamaya yansıtmakta sorun yaşadıklarını ve kendilerini yetersiz hissettiklerini bildirdikleri belirlendi. Aşağıda öğrencilerin birinci simülasyon oturumu ile ilgili duygu ve düşüncelerine yönelik bazı çarpıcı örnekler verildi.

''Şu an bir de psikolojik olarak kötü etkiliyor, Yani mezun olmana az kalmış sen çok basit olan bir işlemi dahi yapamıyorsun''-CV

''Ben şunu söyleyebilirim. Gerçekten şu anda bahsettiklerinizin hepsini biliyorum. Bilmediğim hiç bir şey yok. Onları yapmamız gerektiğini biliyoruz ama uygulama kısmında bir sıkıntı var''-EY

''İşin kötü yanı şu Hocam, biz dördüncü sınıfız ve böyleyiz yani. Kendimi çok yetersiz hissediyorum''-ST

''Ben benden bir üstüme seslenmeye o kadar alışmışım ki, orada şeyi aradım, hani koş yardımıma demek istedim. Ama oradaki üst benim. Benim üstüm yok orada''-AT

''Sanki hiç birşeyde yeterli değilmişim gibi geliyor. Çünkü bir anda afallıyorsunuz yani içeri girdiğiniz anda''-MP

''Gerçek hasta olsa galiba bırakırdım''-GA

''Bilgi ve becerim olsa dahi onu kullanamadığımı farkettim. Yani biliyorum ama uygulamada hiç bir şey yok yani. Hasta bilekliğini nasıl kontrol etmezsin mesela. Değil mi yani?''-ZŞD

''Aaa ben çok kötü hissediyorum kendimi, Aslında planlamıştım kafamda ne yapacağımı. Hiç birnin yapamadım. Planladığın gibi olmuyormuş çünkü''-GE

''Çalışma yaşamı için korktum açıkçası. Yani yapamayacağımı falan düşündüm. Çalışma ortamında nasıl olacak şimdi? Hemşire olmasam mı diye düşündüm''-FÇ

''Keşke bu daha önce olsaydı, şurada mezun olmamıza bir ay kalmış, hiç bir şey bilmiyoruz''-AE

''Açıkçası şu an yeterli olmadığımı düşünüyorum sadece''-ŞÇ

İkinci çözümleme oturumunda, öğrencilerin ağırlıklı olarak birinci ve ikinci simülasyon oturumundaki başarımlarını kıyaslamaya ve deneyimlerinden çıkarım yapmaya yönelik ifadeler kullandıkları görüldü. Aşağıda öğrencilerin ikinci simülasyon oturumu ile ilgili duygu ve düşüncelerine yönelik bazı çarpıcı örnekler verildi.

''Hala yeterli hissetmiyorum tabi ki,Yapmadığım çok şey var. Ancak geçen hafta yapamadıklarımı yapıyorum, bu benim için bir avantaj yani ''-ZŞD

''Geçen haftaya göre daha iyiyim. Hastaya bütüncül yaklaşabiliyorum. Ama unuttuğum bir sürü şey oldu yine''-SI

''Geçen hafta konuşamadım, bu hafta geç bile çıktım. Konuşabildim, iletişime geçebildim, kendimi daha rahat hissettim yani''-NK

''Rutin bir işlemmiş gibi davrandım. Sanki bunu bilmesi gerekiyordu gibi geldi. Söylememe gerek yokmuş gibi düşündüm. Bu yüzden bu konuda eksiğim''-AK

''Hiçbir zaman sağ yerine sol yazılmazmış gibi düşünüyordum. Ama gerçekte olabilir. Bu sebeple dosyaya çok dikkatli bakmam gerketiğini düşünüyorum. Buna artık dikkat ederim.''-GT

''Daha birey merkezli olmam daha fazla ekip çalışması yapmam gerektiğini farkettim. Ben bunları ilk simülasyonda hiç yapmazken artık yapmaya çalışıyorum''-AE

''Tıbbi hataları stajlarımızda görüyoruz. Çalışma hayatında daha dikkat etmeliyiz.''-AA

''Tek başıma durumları yönetmekte yeterli olmadığımı düşünüyorum''-SÇ

''Konuşabiliyormuşum, etkili iletişim kurabiliyormuşum ikna edebiliyormuşum bunları anladım''-GE

''Ben biraz daha iletişim kurmak isterdim. Onu yapamadığım için pişmanım şu an''-ED

''Daha profesyonel yaklaşmamgerekiyor, Çünkü ona bakım vermem gerekli. Hatta şu an bile kendimi kötü hissediyorum. Sanki ben yaşadım onun yaşadığını''-YT

''İletmem gerekenleri iletmedim. Mesela ailesinin bakıma katılması gerektiğini biliyoru, dile getirmedim. O büyük yanlışlarımdan biriydi mesela'' –BK

Üçüncü çözümleme oturumunda, ağırlıklı olarak **yetkinlik alanlarının güçlendiğine yönelik ifadeler kullandıkları belirlendi.** Aşağıda öğrencilerin üçüncü simülasyon oturumu ile ilgili duygu ve düşüncelerine yönelik bazı çarpıcı örnekler verildi

''Klinik alanda danışabileceğimiz birileri var. Ama simülasyonda o anda kendimiz karar verip uygulamamız gerekti. Kendi başımıza ne yaptığımızı gösterdi''-KT

''Kendimi daha yetkin hissettim, eksikliklerim tabi ki var.Ama iyiydi.''-AME

''İntörnken bilsem de birilerine sorarak herşeyi yapıyordum. Ama burada ne bilip ne yaptığımı görmem iyi oldu''-NT

''Zamanı ve kendini yönetmek…Simülasyonda en fazla farkındalık yaratanlar bunlardı bence. Kendi hatalarımızın farkına varıp onları saklamadan hareket etmek''-MY

''Bizin intörnlükte hep primer bir hemşire yönlendirdi. Burada bizim birilerini yönelendirmemiz lazım. Bize şu gerçekliği öğretmiş oldu: Sen artık mezunsun…''-AT

''Kanıta dayalı uygulama, klinikte en çok bunu es geçiyormuşuz. Bundan sonra birşeyleri ispatlayabilirim''-AÇ

''Üç simülasyon senaryosunda da kanıt göstermenin önemini çok iyi anladım. Çünkü serviste böyle bir şey görmedim. Kendim de hiç yapmadım''-NT

''Kime ne görev vereceğimizi artık biliyoruz ve hastalık hakkında hastayı nasıl bilgilendirmemiz gerektiğini öğrendik aslında''-SI

''İletişimim için yararlı oldu. Hastayala baş başa kaldığımda kendimi daha yetkin hissettim''-AA

''Simülasyonlarda iş merkezli yerine birey merkezli yaklaşmamız gerektiğini görüyoruz. Bir hasta bize bağlıysa onu iyi tanımamız gerekiyor''-MY

''Birey merkezli bakımda hastaya yapmak istediği şeyi soruyoruz önce. Bunu hiç yapmıyorduk. Ben kendimi en çok birey merkezli bakımda geliştirdiğimi düşünüyorum''-YT

4.8. Öğrencilerin Geçiş Şoku Düzeylerine İlişkin Bulgular

Mesleki yaşama geçiş yapan 72 öğrencinin %37,5'inin cerrahi birimlerde (n=27), %30,6'sının çocuk sağlığı ve hastalığı birimlerinde (n=22), %23,6'sının dahili birimlerde (n=17), %4,8'inin halk sağlığı birimleri (n=3) ve %4,8'inin kadın sağlığı ve hastalıkları birimlerinde (n=3) çalıştıkları belirlendi. %54,2'si mesleği tekrar seçebileceğini belirtirken (n=39), %23,6'sının seçmeyeceği (n=17) ve %22,2'sinin kararsız kaldığı saptandı (n=16).

Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin mesleki yaşama yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05). Öğrencilerin mesleki yaşama yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.16'da sunuldu.

Tablo 4-16: Öğrencilerin Mesleki Yaşama Yönelik Duygu ve Düşüncelerinin Dağılımı (N=72)

Mesleki Yaşama Yönelik Duygu ve Düşünceler	Girişim (n=37)	Kontrol (n=35)	Test Değeri*	p Değeri	Toplam
Öz Güven Düzeyi	6,62 ± 1,58	6,54 ± 1,19	0,237	0,814	6,58 ± 1,40
Endişe Düzeyi	5,16 ± 2,11	5,00 ± 1,95	0,337	0,737	5,08 ± 2,02
Stres Düzeyi	5,97 ± 1,96	5,37 ± 2,21	1,222	0,226	5,68 ± 2,09
Mesleki Rol ve Sorumlulukları Gerçekleştirebilme Düzeyi	7,16 ± 1,48	6,88 ± 1,60	0,760	0,450	7,02 ± 1,53
Mesleki Bilgi ve Becerileri Gerçekleştirebilme Düzeyi	6,62 ± 1,45	6,28 ± 1,17	1,071	0,288	6,45 ± 1,33
Mesleki İlişkiler Kurabilme Düzeyi	7,48 ± 2,24	6,74 ± 2,58	1,306	0,196	7,12 ± 2,42

*: Mann Whitney-U Testi

Öğrencilerin HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları incelendiğinde; girişim grubundaki öğrencilerin HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamasının 2,66 ± 0,49 iken, kontrol grubundakilerin elde ettikleri puan ortalamasının 2,62 ± 0,59 olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri en yüksek puan ortalamasının **sosyal yaşamda yetersizlik algısı** alt boyutuna yönelik olduğu görülürken (3,29 ± 0,77), en düşük puan ortalamasının **kişilerarası ilişkilerde yetersizlik** alt boyutuna yönelik olduğu belirlendi (2,21 ± 0,70). Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık

bulunmadığı saptandı (p>0,05). Öğrencilerin HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı, Tablo 4.17'de sunuldu.

Tablo 4-17: Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=72)

HGŞÖ ve Alt Boyutları	Girişim (n=37)	Kontrol (n=35)	Test Değeri	p Değeri	Toplam
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı**	2,25 ± 0,67	2,17 ± 0,74	0,496	0,621	2,21 ± 0,70
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı*	3,02 ± 0,62	3,01 ± 0,63	-0,409	0,683	3,01 ± 0,62
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı**	3,30 ± 0,74	3,27 ± 0,81	0,139	0,890	3,29 ± 0,77
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı*	2,30 ± 0,69	2,28 ± 0,61	-0,011	0,991	2,29 ± 0,65
HGŞÖ**	2,66 ± 0,49	2,62 ± 0,59	0,333	0,740	2,64 ± 0,54

*: Mann Whitney-U testi **:Bağımsız gruplarda t-testi

Öğrencilerin bireysel özellikleri ile HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; yaş, cinsiyet, mezun olunan lise türü, GANO ve çalıştıkları bölüm özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık bulunmadığı belirlendi (p>0,05).

Öğrencilerin **HGŞÖ ve alt boyutlarından** elde ettikleri puan ortalamaları ile **mesleği tekrar tercih etmedeki istekliliği** karşılaştırıldığında; **HGŞÖ, kişiler arası ilişkilerde yetersizlik algısı** ve **rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı** alt boyutları ortalamaları arasında ileri düzeyde (p<0,01) ve **mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik alt boyutundan** elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak (p<0,05) anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi. Mesleği tekrar tercih etmeye istekli olan öğrencilerin, HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamasının isteksiz ve kararsız olanlardan daha düşük olduğu belirlendi. Öğrencilerin **sosyal yaşamda yetersizlik algısı alt boyutundan** elde ettikleri puan ortalamaları ile mesleği tekrar tercih etmedeki istekliliği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptandı (p>0,05). Öğrencilerin HGŞÖ ve alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamalarının mesleği tekrar tercih etmedeki istekliliğine göre karşılaştırılması Tablo 4.18'de sunuldu.

Tablo 4-18: Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamalarının Mesleği Tekrar Tercih Etmedeki İstekliliğine Göre Karşılaştırılması (N=72)

HGŞÖ ve Alt Boyutları	İstekli	Kararsız	İsteksiz	Test Değeri	p Değeri
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı**	1,94 ± 0,64	2,51 ± 0,67	2,53 ± 0,67	**6,982**	**0,002**
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı*	2,83 ± 0,66	3,23 ± 0,47	3,22 ± 0,47	**6,837**	**0,033**
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı**	3,25 ± 0,76	3,37 ± 0,85	3,30 ± 0,72	0,151	0,860
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı*	2,09 ± 0,62	2,37 ± 0,51	2,68 ± 0,67	**9,952**	**0,007**
HGŞÖ**	2,46 ± 0,53	2,84 ± 0,54	2,88 ± 0,41	**5,677**	**0,005**

*: Mann Whitney-U testi **:Bağımsız gruplarda t-testi

Girişim grubundaki öğrencilerin mesleği tekrar tercih etmedeki isteklilik durumları ile **kişisel ilişkilerde yetersizlik algısı** ve **rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı** alt boyutlarından elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0,01$). Mesleği tekrar tercih etmede istekli olan öğrencilerin kişiler arası ilişkilerde yetersizlik algısı alt boyutundan elde ettikleri puan ortalamasının, isteksiz olanlardan ileri düzeyde ($Z=-2,914$; $p<0,01$) ve kararsız olanlardan istatistiksel olarak ($Z=-2,094$; $p<0,05$) anlamlı derecde düşük olduğu belirlendi. Mesleği tekrar tercih etmede istekli olan öğrencilerin, rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı alt boyutundan elde ettikleri puan ortalamasının, isteksiz olanlardan ileri düzeyde ($Z=-2,976$; $p<0,01$) anlamlı derecede düşük olduğu saptandı.

Tablo 4-19: Girişim ve Kontrol Grubundaki Öğrencilerin HGŞÖ ve Alt Boyutlarından Elde Ettikleri Puan Ortalamaları ile Mesleği Tekrar Tercih Etmedeki İstekliliğinin Karşılaştırılması (N=72)

HGŞÖ ve Alt Boyutları		İstekli	Kararsız	İsteksiz	Test Değeri*	p Değeri
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı**						
	Girişim	1,96 ± 0,59	2,51 ± 0,53	2,87 ± 0,56	**10,711**	**0,005**
	Kontrol	1,93 ± 0,71	2,51 ± 0,82	2,30 ± 0,66	4,058	0,131
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı*						
	Girişim	2,95 ± 0,62	3,18 ± 0,67	3,03 ± 0,65	0,759	0,684
	Kontrol	2,69 ± 0,70	3,28 ± 0,47	3,35 ± 0,26	**7,373**	**0,025**
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı**						
	Girişim	3,29 ± 0,73	3,43 ± 0,79	3,17 ± 0,79	0,377	0,828
	Kontrol	3,19 ± 0,83	3,31 ± 0,96	3,40 ± 0,69	0,417	0,812
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı*						
	Girişim	2,06 ± 0,62	2,37 ± 0,51	3,00 ± 0,69	**10,295**	**0,006**
	Kontrol	2,13 ± 0,64	2,37 ± 0,54	2,46 ± 0,59	2,311	0,315
HGŞÖ**						
	Girişim	2,49 ± 0,47	2,84 ± 0,47	3,00 ± 0,38	**8,046**	**0,018**
	Kontrol	2,41 ± 0,61	2,84 ± 0,64	2,80 ± 0,43	3,939	3,939

*: Kruskal Wallis analizi

Girişim grubundaki öğrencilerin, mesleği tekrar tercih etmedeki isteklilik durumları ile **HGŞÖ'nden** elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Mesleği tekrar tercih etmede istekli olan öğrencilerin HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamasının, isteksiz ($Z=-2,373$; $p<0,05$) ve kararsız ($Z=-1,997$; $p<0,05$) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo 4.19)

Kontrol grubundaki öğrencilerin mesleği tekrar tercih etmedeki isteklilik durumları ile **mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı** alt boyutundan elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ($p<0,05$). Mesleği tekrar tercih etmede istekli olan öğrencilerin mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı alt boyutundan elde ettikleri puan ortalamasının, isteksiz ($Z=-2,362$; $p<0,05$) ve kararsız ($Z= -1,993$; $p<0,05$) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo 4.19)

Tablo 4-20: Öğrencilerin HGŞÖ'nden Elde Ettikleri Puan Ortalamaları ile Mesleki Yaşam Geçiş Sürecinden Sonraki Duygu ve Düşüncelerine Yönelik Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (N=72)

Mesleki Yaşama Geçiş Sürecinden Sonraki Duygu ve Düşünceler	HGŞÖ			
	Girişim		Kontrol	
	r Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Öz Güven Düzeyi	-,189	,263	**-,501**	**,002**
Endişe Düzeyi	**,472**	**,003**	,327	,055
Stres Düzeyi	**,518**	**,001**	**,375**	**,026**
Mesleki Rol ve Sorumlulukları Gerçekleştirebilme Düzeyi	-,234	,164	-,204	,240
Mesleki Bilgi ve Becerileri Gerçekleştirebilme Düzeyi	-,395	,015	-,327	,055
Mesleki İlişkiler Kurabilme Düzeyi	,079	,641	**-,536**	**,001**

Öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecinden sonraki duygu ve düşünceleri ile HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.20'de sunuldu. Öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecinden sonraki duygu ve düşünceleri ile HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; **girişim grubundaki** HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları ile **endişe düzeylerine** yönelik elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derceede pozitif yönlü zayıf ilişki (r=,472; p<0,01) ve **stres düzeylerine** yönelik elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede pozitif yönlü orta ilişki (r= ,518; p<0,01) olduğu belirlendi. **Kontrol grubundaki öğrencilerin** HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları ile **özgüven düzeylerine** (r=-,501; p<0,01) ve **meslekler arası ilişki kurabilme düzeylerine** (r=-,536; p<0,01) yönelik elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede negatif yönlü orta ilişki olduğu saptandı. **Kontrol grubundaki öğrencilerin** HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamaları ile **stres düzeyine** yönelik elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede pozitif yönlü zayıf ilişki olduğu belirlendi (r=,375; p<0,05).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik eğitiminde simülasyon stratejisinin etkinliğini gösteren araştırmalar, ilgili alanyazındaki kapsamını her geçen gün artırırken, incelenmesi gereken önemli boşlukları beraberinde getirmektedir. Ön test- son test kontrol gruplu yarı deneysel tasarımlı araştırmanın amacı, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisini belirlemek olup ilgili alanyazında araştırma ile birebir benzerlik gösteren herhangi bir araştırmaya ulaşılamamaktadır.

Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki yaşama hazırlanmasında (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Pearson ve McLafferty 2011; Davies ve ark. 2012; Chunta ve Edwards 2013; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Beroz 2016; Nowell 2016; Prince ve ark. 2016; Lee ve ark. 2017; Goldsworthy ve ark. 2019; Ünver ve ark. 2018; Sullivan ve ark. 2019; Uslu ve ark. 2019) ve yeni mezunların mesleki uyumlarının kolaylaştırılmasında (Kaddoura 2010; Meyer ve ark. 2014; Franklin ve ark. 2015; Jung ve ark. 2017; Thomas ve Mraz 2017; Kim ve ark. 2018) simülasyon stratejisinin etkisini inceleyen araştırmaların özellikle son yıllarda artış gösterdiği görülmektedir.

İlgili alanyazındaki son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmalar, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin yetkinlik algıları (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Davies 2012; Chunta ve Edwars 2013; Beroz 2016; Gülpinar ve Barker 2016; Lee ve ark. 2016; Nowell 2016; Prince ve ark. 2016; Lee ve ark. 2017; Ünver ve ark. 2018; Goldsworthy ve ark. 2019; Sullivan ve ark. 2019), mesleki hazır oluşluk algıları (Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015) ve teknik olmayan becerileri (Pearson ve McLafferty, 2011; Gülpinar ve Barker, 2016; Goldsworthy ve ark., 2019; Uslu ve ark., 2019) üzerine simülasyon stratejisinin etkisini incelemektedir. Araştırmalarda, SDD öncesi ve sonrasında son sınıf hemşirelik öğrencilerinin yetkinlik ve mesleki hazır oluşluk algıları nitel ve nicel olarak değerlendirilmektedir. Araştırmada ise kavramsal çerçeve olarak, uluslararası alanyazında hayat bulan ancak ulusal alanyazında herhangi bir araştırmada rastlanılmayan QSEN temel yetkinlikler kullanılmaktadır. Bu kapsamda Mesleki Yaşama Geçiş Programı oluşturulmakta, Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği, simülasyon senaryoları, SBDÖ'leri geliştirilmekte ve SDA'nin Türkçe geçerlik ve

güvenirliği yapılmaktadır. Aynı zamanda ilgili alan yazında hemşireliğe özgü mesleki hazır oluşluğu değerlendiren bir ölçme aracının yer almaması nedeniyle Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği geliştirilmektedir. Tüm değerlendirmelerin kavramsal açıdan bütünlük gösteren bir tasarımla yapılması, araştırmanın alan yazındaki diğer araştırmalardan farkını ortaya koymaktadır. Diğer araştırmalardan farklı olan diğer bir yönü öğrencilerin mezuniyet sonrası geçiş şoku düzeylerini belirlenmesiyle akademik dünyada deneyimledikleri simülasyon stratejisinin mesleki yaşamdaki deneyimlerine yansıması incelenmektedir.

Son sınıf hemşirelik öğrencileri, ilgili alan yazındaki araştırmaların çoğunda tek simülasyon oturumunda, daha nadir olarak ise tekrarlı/çoklu simülasyon oturumunda başarım göstermektedir (Hagghan ve Ironside ve ark. 2009; Davies ve ark. 2012; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Goldsworthy ve ark. 2019; Sullivan ve ark. 2019). Hiç simülasyon deneyimi olmayan bir öğrenci grubunun tekrarlı/çoklu simülasyon oturumlarında başarım göstermesi ile yetkinlik ve mesleki hazır oluşluk algıları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinin metodolojik açıdan daha geçerli ve güvenilir olduğu düşünüldüğünden, girişim grubundaki öğrenciler üç farklı simülasyon oturumunda başarım göstermektedir. İlgili alanyazında tekrarlı/çoklu simülasyon oturumlarının etkinliğini bildiren araştırmaların kısıtlı olmasının, tartışmayı sınırlandırdığı düşünülmektedir.

Hemşirelik eğitiminde çoklu hasta simülasyon deneyimlerinin kullanımı, akademik dünya ile sağlık bakım sistemi arasındaki boşluğu daraltmak ve hemşirelik öğrencilerini sağlık bakım ortamının gerçekliğine daha iyi hazırlamak için bir strateji olarak giderek artış göstermektedir. Ancak günümüzde alan yazında çoklu hasta simülasyon deneyimlerinin etkinliğini gösteren çalışmalar sınırlı kalmaktadır (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Davies ve ark. 2012; Chunta ve Edwards 2013; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Beroz 2016; Nowell 2016; Prince ve ark. 2016; Sullivan ve ark. 2019; Uslu ve ark. 2019). Araştırmada birinci SDD'de 3 standardize hasta ve 5 yerleştirilmiş oyuncu, ikinci SDD'de 1 standardize hasta ve 1 yerleştirilmiş oyuncu, üçüncü SDD'de ise 1 standardize hasta, 1 manken bazlı simülatör ve 7 yerleştirilmiş oyuncu yer almaktadır. Dolayısıyla öğrencilerden birinci ve üçüncü SDD'de birden fazla bireyin, ikinci SDD'de bir bireyin bakım ihtiyaçlarını QSEN temel yetkinlikler ışığında karşılamaları beklenmektedir. İlgili alanyazındaki araştırmalarda

ağırlıklı olarak hasta bireylerin simüle edilmesinde simülatörlerin kullanıldığı ve ek rollerin öğrenciler tarafından gerçekleştirildiği belirtilmektedir. Dünya'daki mevcut hemşire yetersizliği göz önünde bulundurulduğunda ise sağlık bakım sisteminde bir hemşirenin bir sağlıklı/hasta bireye bakım vermesinden, birden fazla sağlıklı/hasta bireye bakım vermesinin daha gerçekçi olduğu belirginlik göstermektedir. Dolayısıyla araştırmanın sağlık bakım sisteminin gerçekliğini daha fazla yansıttığı düşünülmektedir. Öğrencilere birden fazla simülasyon oturumunda birden fazla bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılama fırsatı vermesinin, araştırmanın bir diğer güçlü yönünü oluşturduğu düşünülmektedir.

İlgili alanyazında öğrencilerin simülasyon oturumundaki başarımlarının tek bir gözlemci tarafından değerlendirildiği, yapılandırılmış bir değerlendirme aracının bulunmadığı ve öğrencilerin bir bölümünün bakım verici dışındaki roller ile simülasyonu deneyimlediğini gösteren çoklu hasta simülasyon deneyimine yönelik araştırmalar bulunmaktadır (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Davies ve ark. 2012; Chunta ve Edwars 2013; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Beroz 2016; Nowell 2016; Pearson ve McLafferty 2011; Prince ve ark. 2016; Sullivan ve ark. 2019). Dolayısıyla araştırmada öğrencilerin simülasyon oturumundaki başarımlarının iki bağımsız gözlemci tarafından yapılandırılmış bir ölçme aracı ile bireysel olarak değerlendirilmesi nedeniyle ilgili alanyazına göre daha geçerli ve güvenilir sonuçlar elde edileceği düşünülmektedir.

İlgili alanyazında çoklu hasta simülasyon deneyimleri ile ilgili araştırmaların ağırlıklı olarak, bakımı önceliklendirme, yetki devri, iletişim, ekip çalışması ve işbirliği, hasta güvenliği, karar verme ve eleştirel düşünme üzerine odaklandığı görülmektedir (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Pearson ve McLafferty 2011; Davies ve ark. 2012; Chunta ve Edwars 2013; Liaw ve ark. 2014; Liaw ve ark. 2015; Beroz 2016; Nowell 2016; Prince ve ark. 2016; Goldsworthy ve ark. 2019; Sullivan ve ark. 2019). Araştırmada ilgili alanyazınla benzer şekilde birinci simülasyon senaryosunda önceliklendirme ve yetki devri, ikinci simülasyon senaryosunda yatan hasta kabulü ve üçüncü simülasyon senaryosunda kurum içi transfer üzerine odaklanılmaktadır. Aynı zamanda senaryolar, acil serviste bakım ihtiyaçlarının karşılanmasını bekleyen 45 yaşındaki Serhat Haseken'in, akciğer kanseri tanısı ile cerrahi tedavi için yatan hasta servisine kabul edilmesi ve ameliyathaneden servise transferi örüntüsü üzerine

kurgulanmaktadır. Bu yönüyle senaryoların bütünlük gösterdiği söylenebilmektedir. Ayrıca tüm simülasyon oturumlarında öğrencilerden QSEN temel yetkinlikler ışığında ilgili konularda başarım göstermeleri beklenmektedir. Bu noktada araştırma kapsamının, ilgili alan yazında çoklu hasta simülasyonu deneyimi ile son sınıf hemşirelik öğrencilerinde güçlendirilmeye odaklanılan bilgi ve becerilerin ötesine geçtiği söylenebilmektedir. İlgili alanyazındaki diğer araştırmalarla benzer şekilde araştırmada öğrenciler her SDD sonrası değerlendirme yapmaktadır.

Simülasyon laboratuvarı yerine gerçek bir sağlık bakım ortamı kullanılması gerçekliğe yakınlığı arttırırken, bağımsız gözlemcilerin ve kameramanın simülasyon ortamında yer almasının öğrenci başarımını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir. Bunun dışında tüm SDD'lerin aynı gün içinde gerçekleştirilmesi nedeniyle standardize birey ve yerleştirilmiş oyuncuların başarımlarının olumsuz yönde etkilenebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, araştırmanın ülkemizdeki çoklu hasta simülasyon deneyimi ve tekrarlı/çoklu simülasyonların kullanımı ile ilgili alanyazına güçlü ve zayıf yönleri ile birlikte katkı vereceği düşünülmektedir. Bu araştırmanın bulguları aşağıdaki yedi başlık doğrultusunda tartışılmaktadır.

5.1. Öğrencilerin bireysel özellikleri ve mesleki yaşama yönelik duygu ve düşüncelerine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Öğrencilerin temel bilgi sınavından elde ettikleri bulguların tartışılması

5.3. Öğrencilerin yetkinlik algılarına yönelik bulguların tartışılması

5.4. Öğrencilerin mesleki hazır oluşluk algılarına ilişkin bulguların tartışılması

5.5. Öğrencilerin simülasyon oturumlarındaki başarımlarına ilişkin bulguların tartışılması

5.6. Öğrencilerin simülasyon deneyimlerine değerlenmdirmelerine ilişkin bulguların tartışılması

5.7. Öğrencilerin mezuniyet sonrası geçiş şoku düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

5.1. Öğrencilerin Bireysel Özellikleri ve Mesleki Yaşama Yönelik Duygu ve Düşüncelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Katılımcıların ağırlıklı olarak 22 yaş grubunda, kadın cinsiyette, anadolu lisesi mezunu olması ve GANO'larının 2.76 - 3.00 arasında değişmesi (Tablo 4.1), ilgili alanyazında yansıtılan son sınıf hemşirelik öğrencilerinin genel görünüm ile uygunluk göstermektedir (Ironside ve ark. 2009; Doody ve ark. 2012; Koç ve ark. 2014; Güner 2015; Beroz 2016; Lee ve ark. 2017; Çınar ve ark. 2019; Goldsworthy ve ark. 2019). Diğer yandan mezuniyet öncesi ve sonrasında, öğrencilerin büyük çoğunluğunun tutarlı bir şekilde **mesleği tekrar tercih etmede istekli** olduğu görülmektedir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017), 100.000 nüfus başına düşen hemşire ve ebe sayısı bakımından Türkiye'nin OECD ülkeleri arasında en son sırada yer aldığını bildirmekte ve Sağlık Bakanlığı hemşirelik okullarında öğrenci kontenjanlarını, sağlık kurum ve kuruluşlarında ise hemşire istihdamını arttırarak 2023 yılına kadar mevcut hemşire açığını kapatmayı hedeflemektedir. Koç ve arkadaşlarının (2014), yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin en fazla iş garantisi sunması nedeniyle mesleği seçtikleri bildirilmektedir. Dolayısıyla meslek adaylarına istihdam olanakları sunması nedeniyle öğrencilerin çoğunluğunun, hemşireliği tekrar tercih etmedeki istekliliğini sürdürdüğü düşünülmektedir. Öğrencilerin mezuniyet öncesinde en fazla **cerrahi birimlerde** çalışmak istediği belirlenirken (Tablo 4.1), mezuniyet sonrasında ise en fazla **cerrahi birimlerde** istihdam edildiği görülmektedir. Son yıllarda Türkiye'deki sağlık kurum ve kuruluşlarında gerçekleştirilen ameliyat sayısı ve çeşitliliğinin artış göstermesi nedeniyle (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017), cerrahi birimlerde hemşire insan gücü ihtiyacının arttığı ve yeni mezunların bu birimlerde daha fazla istihdam edildiği düşünülmektedir. Aynı zamanda araştırmada girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin tüm bireysel özellikler açısından benzer olması ($p>0,05$), iki grubun incelenen bağımlı değişkenler açısından karşılaştırabilir özellikte olduğunu göstermektedir.

Araştırmada **SDD öncesinde** öğrencilerin, **özgüven, endişe ve stres** düzeylerinin 0-10 arasında 6 civarında olduğu görülmekte ve bu düzey orta derecede yüksek olarak yorumlanmaktadır (Tablo 4.2). İlgili alanyazında, son sınıf hemşirelik öğrencileri ve yeni mezunların, mesleki karar ve uygulamalarında kendilerini eksik ya da yetersiz hissetmelerinden kaynaklı mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik endişe ve stres düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Doody ve ark. 2012; Walker ve Campbell 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014;

Al-Awaisi ve ark. 2015; Edwards ve ark. 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Hu ve ark. 2017; DeGrand ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019b). Çınar ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada, mesleki rol yeterliliğini olumsuz algılayan son sınıf öğrencilerinin özgüven düzeyinin düşük olması ve tek başına sorumluluk alma, yeterli beceriye sahip olamama ve hata yapma konularında endişeleri bulunması ulusal alanyazına konu ile ilgili en güncel katkılardan birini vermektedir. Araştırmada SDD öncesinde kontrol grubundaki öğrencilerin, özgüven düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olması ($p<0,05$) ile paralel bir şekilde endişe ve stres düzeylerinin anlamlı derecede düşük ($p<0,05$) olması, alan yazında yansıtılan ilişkiyi destekler niteliktedir.

SDD öncesine göre sonrasında özgüven düzeyinin, girişim grubunda yükselirken ($p<0,01$) kontrol grubunda düşmesi ($p>0,05$); **endişe ve stres düzeyinin,** girişim grubunda düşerken kontrol grubunda yükselmesi ($p>0,05$) nedeniyle SDD öncesinde girişim ve kontrol grupları arasındaki anlamlı derecede farklılıkların, SDD sonrasında kapandığı görülmektedir (Tablo 4.2). Diğer bir deyişle SDD sonrasında, girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin özgüven, endişe ve stres düzeyleri arasında anlamlı derecede farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$). İlgili alanyazındaki güncel bir sistematik incelemede, dünyanın dört bir yanından farklı örneklem büyüklükleri ve araştırma tasarımları kullanılarak gerçekleştirilen otuz beş çalışmanın sonuçları doğrultusunda yüksek benzerlikli simülasyonun hemşirelik öğrencilerinin özgüven düzeyini arttırdığı ve endişe düzeyini azalttığı bildirilmektedir (Labrague ve ark. 2019b). Ancak bu sistematik inceleme kapsamında yer alan araştırmalarda sınıf düzeyi belirtilmemekte, özgüven ve endişe düzeyi ise mesleki yaşama geçiş sürecine özel olarak değerlendirilmemektedir. Son sınıf hemşirelik öğrencilerinde çoklu/tekrarlı simülasyon ya da çoklu hasta simülasyonu ile yapılan araştırmaların büyük çoğunluğu, sistematik inceleme ve araştırma ile uyumlu olarak simülasyon stratejisinin öğrencilerin öz güven düzeyini arttırdığını göstermektedir (Kaplan ve Ura 2010; Woods ve ark. 2015; Cummings ve Connelly 2016; Lee ve ark. 2017; Yu ve Kang 2017). İlgili alanyazında, simülasyon stratejisinin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik endişe ve stres düzeyi üzerine etkisini inceleyen araştırmalara ulaşılamadığından karşılaştırma yapılamamaktadır.

Araştırmada **SDD öncesi ve sonrasında,** girişim ve kontrol grubundaki öğrenciler **mesleki rol ve sorumlulukları gerçekleştirme, mesleki bilgi ve becerileri kullanabilme ve mesleki ilişkiler kurabilme** konusunda kendilerini 10 üzerinden 7 civarında hazır hissettikleri bildirmekte ve elde ettikleri puan ortalamaları bakımından benzerlik göstermektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.2). İrlanda'da yapılan bir çalışma, 116 dördüncü sınıf hemşirelik öğrencisinin mesleki role geçiş algılarını incelemeyi amaçlamaktadır. Katılımcıların yarısı, mesleki rollerine yeterince hazırlandıkları ve mesleki yaşama geçiş sürecinde sorun yaşayabileceğini belirtmektedir (Doody ve ark. 2012). Güney Kore'de yapılan bir çalışmada, 226 son sınıf hemşirelik öğrencisinin mesleki role geçiş sürecindeki algıları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Mesleki role geçiş ve kişilerarası ilişkiler algılarının orta düzeyde olumlu olduğunu ve yüksek benlik saygısı, iyi kişilerarası ilişkiler, klinik uygulamada düşük kaygı ve üniversite yaşamında yüksek memnuniyetin geçiş sürecini kolaylaştırdığını göstermektedir (Lee ve ark. 2014). Woods ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada 113 hemşirelik öğrencisinin mesleki uygulamaya geçiş sürecine yönelik hazır oluşluk algılarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Öğrencilerin büyük çoğunluğu, mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik hazır oluşluk düzeyinin yüksek olduğunu ve simülasyon stratejisinin özgüven ve hazır oluşluk düzeylerini arttırarak geçiş sürecini kolaylaştırdığını belirttikleri görülmektedir. Jamieson ve arkadaşlarının (2019), Yeni Zellandalı 245 son sınıf hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada, öğrencilerin büyük çoğunluğu mesleki rol ve sorumlulukları gerçekleştirebileceğini ve mesleki yaşama yeterli düzeyde hazır olduklarını bildirmektedir. Türkiye'de dört yıl arayla gerçekleştirilen iki çalışmada, öğrenciler mesleki rollerine iyi hazırlandıklarını, bilgi düzeylerine güvendiklerini, ancak deneyim yetersizliği nedeniyle klinik becerilerine güvenmedikleri belirtilmektedir (Güner 2015; Çınar ve ark. 2019). Araştırmada SDD öncesinde mesleki yaşama geçiş sürecindeki hazır oluşluk düzeylerinin orta derecede yüksek olmasının, ilgili alan yazınla benzerlik gösterdiği görülmektedir.

SDD öncesine göre sonrasında öğrencilerin, **mesleki bilgi ve becerileri kullanabilme** ve **mesleki ilişkiler kurabilme** konusunda kendilerini hazır hissetme düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı derecede yükselmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.2). Bu durumun girişim grubundaki öğrencilerde daha fazla olmak üzere her iki gruptaki öğrencilerin ilgili duygu ve düşüncelere yönelik elde ettikleri puan ortalamasının

anlamlılık olmaksızın yükselmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Girişim grubundaki öğrencilerin, SDD'ler ile kuramsal bilgiyi uygulamaya yansıtabilme ve yerleştirilmiş oyuncularla simüle edilen sağlık ekibi üyeleri ile iletişim ve işbirliği kurabilme imkânı bulabilmeleri nedeniyle daha fazla puan elde ettikleri düşünülmektedir. Öğrencilerin mezuniyet sonrası ise, SDD sonrası ile mesleki bilgi ve becerileri kullanabilme, mesleki rol ve sorumlulukları gerçekleştirebilme düzeylerinin benzer olduğu belirlenmektedir. Bu nedenle sağlık kurum ve kuruluşlarının geçiş sürecini destekleyen stratejilerin önem kazandığı düşünülmektedir.

5.2. Öğrencilerin Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavından Elde Ettikleri Bulguların Tartışılması

Araştırmada SDD öncesinde girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin temel bilgi sınavından elde ettikleri **doğru yanıt ortalamasının,** orta düzeyde yüksek olduğu ve gruplar arasında anlamlı derecede farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.3). Aynı zamanda QSEN temel yetkinlikler doğru yanıt ortalamaları bakımından **en düşükten en yükseğe doğru** bilişim, birey merkezli bakım, güvenlik, kanıta dayalı uygulama, ekip çalışması ve işbirliği, kalite iyileştirme olarak sıralanmaktadır (Tablo 4.4). Öğrencilerin, ekip çalışması ve işbirliği ve kalite iyileştirme yetkinlik alanlarından yüksek, birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama ve güvenlik yetkinlik alanlarından orta ve bilişim yetkinlik alanından düşük düzeyde doğru yanıt ortalaması elde ettikleri görülmektedir.

Güney Kore'de son sınıf hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrenciler eğitim programında verilen bilgi yoğunluğu bakımından QSEN temel yetkinlikleri kalite iyileştirme, güvenlik, ekip çalışması ve işbirliği, bilişim, kanıta dayalı uygulama ve birey merkezli bakım olarak azdan çoğa doğru sıralamaktadır (Lee ve ark. 2016). ABD'de yapılan çalışmalarda ise öğrenciler, en yüksek düzeyde birey merkezli bakım ve bilişim; en düşük düzeyde kalite iyileştirme ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarına yönelik becerileri gerçekleştirmeye hazır olduklarını belirtmektedir. Aynı çalışmalarda en fazla birey merkezli bakım, güvenlik ve bilişim yetkinlik alanlarının önemine inandıklarını belirten öğrencilerin, kalite iyileştirme ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarının önemine daha az inandığı görülmektedir (Sullivan ve ark. 2009; Menenga ve ark. 2015; Peterson-Graziose ve Bryer 2017).

Türkiye'de HUÇEP konu içeriği ve öğrenim kazanımları incelendiğinde; hemşirelik eğitim programlarının ağırlıklı olarak birey merkezli bakım yetkinliğine yönelik bilgi, beceri ve tutumları kazandırmak üzere yapılandırıldığı görülmektedir. Güvenlik ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanları orta düzeyde yer alırken, ekip çalışması ve işbirliği ve bilişim yetkinlik alanlarının sınırlı olduğu ve kalite iyileştirme yetkinlik alanına yönelik ise konu içeriği ve öğrenim kazanımlarının yer almadığı görülmektedir (HUÇEP 2014).

Uluslararası alan yazında eğitim programlarındaki içerik ve öğrenim kazanımlarının yanı sıra öğrencilerin hissettikleri önem ve hazır oluşluk düzeyi bakımından QSEN temel yetkinlikler arasında **bilişim yetkinlik alanı** üst sıralarda yer almaktadır (Sullivan ve ark. 2009; Menenga ve ark. 2015; Peterson-Graziose ve Bryer 2017). Ancak Türkiye'de sağlık ve hemşirelik bilişiminin elektronik sağlık kayıtları ve klinik rehberler ile sınırlı kalması, eğitim programlarının çoğunda ''Hemşirelik Bilişimi'' adı altında verilen seçmeli dersin kapsamını sınırlandırmaktadır (Ulusoy 2015). Hem içeriğin sınırlılığı hem de dersin seçmeli bir ders olması nedeniyle öğrencilerin bilişim yetkinlik alanına yönelik bilgi düzeylerinin düşük olduğu düşünülmektedir.

Kalite iyileştirme ve **ekip çalışması ve işbirliği yetkinlik alanlarına** yönelik eğitim programlarındaki içerik ve öğrenim kazanımlarının sınır olması uluslararası alan yazınla benzerlik gösterirken, öğrencilerin bu yetkinlik alanına yönelik bilgi düzeylerinin yüksek olmasının yansıtılan görünümden farklı olduğu düşünülmektedir**.** Pauly-O'Neill ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin kalite iyileştirme süreç ve faaliyetlerine, sadece klinik uygulama ortamlarında ve nadiren katılım fırsatı elde ettiği belirtilmektedir. Bu durumun araştırmadaki öğrencilerin JCI onayı olan bir sağlık kurumunda haftanın üç günü klinik uygulama eğitimini gerçekleştirmesi nedeniyle kalite iyileştirme süreç ve faaliyetlerine daha fazla katılım gösterme ve ekip çalışması ve işbirliğini daha fazla deneyimleme imkânı bulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

SDD öncesine göre sonrasında girişim grubundaki öğrencilerin, temel bilgi sınavından elde ettikleri **doğru yanıt ortalamasının** ileri düzeyde anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,01$) ve **SDD sonrasında** girişim grubundaki öğrencilerin **doğru yanıt ortalamasının** ileri düzeyde anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir

($p<0,01$) (Tablo 4.3). Dolayısıyla öğrencilerin bilgi düzeylerinin arttırılmasında simülasyon stratejisinin etkili olduğu sonucuna varılabilmektedir. Boling ve Hardin-Price (2016), ilgili alan yazındaki on yedi çalışmanın sonuçları doğrultusunda gerçekleştirdikleri sistematik incelemede, simülasyon stratejisinin bilgi düzeyini arttırdığını ve simülasyonu deneyimleyen öğrencilerin deneyimlemeyenlere göre bilgi düzeyinin tutarlı olarak daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Öğrencilerin bilgi düzeylerinin arttırılmasında simülasyon stratejisinin etkili olduğunu gösteren araştırmaların son yıllarda artış göstermesi nedeniyle bulgunun çarpıcı özellikte olmadığı düşünülmektedir. Araştırmada öğrencilerin mezuniyet sonrası bilgi düzeylerinin tekrar değerlendirilememesi nedeniyle bilginin kalıcılık düzeyi konusunda fikir yürütülememektedir.

Temel bilgi sınavının QSEN temel yetkinliklere yönelik bilgi düzeyini ölçmesi, ilgili bulgunun alan yazındaki görece daha kıymetli yönünü oluşturmaktadır. Konu ile ilgili araştırmaların ulusal alan yazında yer almadığı, uluslararası alan yazında ise sınırlı sayıda olması nedeniyle tartışmanın sınırlılık gösterdiği düşünülmektedir (Sullivan ve ark. 2009; Mennenga ve ark. 2015; Lee ve ark 2016; Peterson-Graizose ve Bryer 2017).

SDD öncesinde bilişim yetkinlik alanına yönelik doğru yanıt ortalamasının, SDD öncesine göre sonrasında girişim grubundaki öğrencilerde ileri düzeyde anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,01$) ve **SDD sonrasında** iki grupta benzerlik gösterdiği görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.4). Girişim grubundaki öğrencilerin, üç farklı simülasyon oturumunda başarım göstermesi ve dolayısıyla araştırmanın gerçekleştirildiği sağlık kurum ve kuruluşunda haftanın üç günü klinik eğitim alması nedeniyle bilişim sistemini daha etkili kullanabilme imkanı bulabilmesi ile bilgi düzeylerinin yükseldiği düşünülmektedir.

SDD öncesinde kalite iyileştirme ve **güvenlik yetkinlik alanlarına** yönelik doğru yanıt ortalamasının**, SDD öncesine göre sonrasında** girişim grubundaki öğrencilerde ileri düzeyde anlamlı derecede yükseldiği ve **SDD sonrasında** girişim grubundaki öğrencilerde kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.4). Mariani ve arkadaşları (2017), hemşirelik öğrencilerin ilaç güvenliği ile ilgili bilgi düzeyleri üzerine simülasyon stratejisinin etkisini 25 çoktan seçmeli sorudan oluşan bir sınav ile belirlemekte ve 21

sorunun altında doğru cevabı olanları bilgi düzeyi yetersiz olarak kabul etmektedir. SDD öncesinde girişim ve kontrol grubunun bilgi düzeyleri arasında anlamlı derecede farklılık bulunmazken (p>0,05), SDD sonrasında girişim grubunda yeterli bilgi düzeyine sahip olan öğrencilerin oranının yükseldiği görülmektedir. ABD'de gerçekleştirilen bir çalışmada son sınıf hemşirelik öğrencilerinin kalite iyileştirme ve güvenlik yetkinlik alanlarına yönelik bilgi düzeylerinin geliştirilmesinde iki öğrenme stratejisinin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Ön test-son test tasarımın kullanıldığı araştırmanın sonuçları, her iki öğrenme stratejisinin öğrencilerin kalite iyileştirme ve güvenlik yetkinlik algılarına yönelik bilgi düzeylerini yükselttiğini göstermektedir (Maxwell ve Wright 2016). ABD'de gerçekleştirilen başka bir çalışmada, eczacılık öğrencilerinin ilaç hataları ve hasta güvenliğine yönelik bilgi, beceri ve tutumlarının geliştirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisi incelenmektedir. Üç simülasyon oturumunda başarım gösterdikten sonra öğrencilerin ilaç güvenliği ile ilgili hatalar ve kök neden analizi süreci hakkında bilgi düzeylerinin yükseldiği belirlenmektedir (Frenzel ve ark. 2018). Dolayısıyla öğrencilerin kalite iyileştirme ve güvenlik yetkinlik alanlarına yönelik bilgi düzeylerinin arttırılmasında ilgili alan yazınla benzer şekilde simülasyon stratejisinin etkili olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Sonuç olarak; simülasyon stratejisi öğrencilerin bilgi düzeylerini arttırmaktadır ve dolayısıyla H1 hipotezi kabul edilmektedir.

5.3. Öğrencilerin Yetkinlik Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

SDD öncesinde ve sonrasında öğrencilerin **temel yetkinlik algıları incelendiğinde;** öğrencilerin tüm ana boyutlara yönelik elde ettikleri puan ortalamasının 4'ün üzerinde olması nedeniyle tüm yetkinlik alanlarına yönelik algısının yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır (Tablo 4.5). Tayland'da yapılan bir çalışmada, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu kendilerini ''yetkin'' ya da ''çok yetkin'' olarak değerlendirmektedir (Sawaengdee ve ark. 2016). Etiyopya'da yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin yaklaşık yarısının kendilerini yüksek düzeyde yetkin algıladıkları görülmektedir (Bifftu ve ark. 2016). Slovenya'da öğrencilerin büyük çoğunluğunun farklı rol ve sorumlulukları gerçekleştirebilme konusunda kendilerini yetkin hissettikleri bildirilmektedir (Blazun ve ark. 2015). Dolayısıyla farklı ülkelerde öğrenim gören son sınıf hemşirelik öğrencilerinin farklı ölçme araçları kullanılarak değerlendirilen yetkinlik algılarının benzer şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Aynı

zamanda SDD öncesinde girişim ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin yetkinlik algılarının benzer olması nedeniyle grupların karşılaştırılabilir özellikte olduğu sonucuna varılmaktadır.

SDD öncesine göre sonrasında hem girişim hem de kontrol grubundaki öğrencilerin tüm ana boyutlara yönelik yetkinlik algılarının anlamlılık olmaksızın yükseldiği ve öğrencilerin sadece **kanıta dayalı uygulama** ana boyutuna yönelik algıları arasında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Ancak girişim grubuna göre kontrol grubundaki öğrencilerde, bu ana boyuta yönelik puan ortalamasının daha yüksek olması nedeniyle anlamlı farklılığın simülasyon stratejisinden kaynaklanmadığı düşünülmektedir. Aynı zamanda SDD sonrasında kontrol grubundaki öğrencilerin kanıta dayalı uygulama ana boyutuna yönelik puan ortalaması ile temel bilgi sınavından elde ettikleri doğru yanıt ortalaması arasında anlamlı derecede ilişki bulunmaması nedeniyle anlamlı farklılığın bilgi düzeyindeki artıştan da kaynaklanmadığı görülmektedir. Simülasyon stratejisinin, araştırmada öğrencilerin yetkinlik algıları üzerine etkisi olmamakla birlikte, ilgili alan yazında öğrencilerin yetkinlik algılarının geliştirilmesinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar ağırlık kazanmaktadır (Ironside ve ark. 2009; Kaplan ve Ura 2010; Beroz 2016; Nowell 2016; Lee ve ark. 2016; Goldsworthyve ark. 2019; Lee ve ark. 2019b; Sullivan ve ark. 2019).

Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin yetkinlik algılarının değerlendirilmesi, mezuniyet öncesi eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi açısından önemlidir. Aynı zamanda öz değerlendirme hemşirelik eğitiminde sık kullanılan yöntemler arasında yer almakla birlikte yapılan araştırmalar, öz değerlendirme ile gözlem yoluyla değerlendirme arasında farklılıklar olabileceği görüşünde birleşmektedir. Kajander-Unkuri ve arkadaşları (2016), öğrencilerin yetkinlik düzeylerine yönelik öz değerlendirmelerinin, mentör değerlendirmelerinden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Lee ve arkadaşlarının (2019b) yaptıkları çalışmada ise SDD olan ve olmayan öğrencilerin yetkinlik algıları arasında anlamlı farklılık olduğu ancak gözlemciler tarafından değerlendirilen klinik başarımları arasında anlamlı farklılık olmadığı bildirilmektedir. Dolayısıyla araştırmada öğrencilerin yetkinlik algılarını yüksek düzeyde değerlendirme eğiliminde olmaları nedeniyle yetkinlik

algılarının yüksek olduğu ve bu nedenle simülasyon stratejisinin etkisinin net olarak görülemediği düşünülmektedir.

Öğrencilerin yetkinlik algısı üzerine simülasyon stratejisinin etkisi dolaylı yoldan incelendiğinde; **SDD sonrasında** girişim grubundaki öğrencilerin **temel bilgi sınavından elde ettikleri doğru yanıt** ortalamasının yükselmesi ile **birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama ve güvenlik ana boyutlarına** yönelik algılarının zayıf bir şekilde yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.6). Aynı zamanda temel bilgi sınavında öğrencilerin birey merkezli bakım, güvenlik ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarına yönelik orta düzeyde doğru yanıt ortalaması elde ettiği, SDD öncesine göre sonrasında doğru yanıt ortalamasının yükseldiği ve sadece güvenlik yetkinlik alanında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık oluşturduğu görülmektedir. Güney Kore'de yapılan çalışmada hemşirelik eğitim programları en fazla birey merkezli bakım ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarını kapsarken (Lee ve ark. 2016), Türkiye'de eğitim programlarının birey merkezli bakım üzerine yapılandırıldığı, kanıta dayalı uygulama ve güvenlik yetkinlik alanlarını orta düzeyde kapsadığı belirlenmektedir (HUÇEP 2014). ABD'de yapılan çalışmalarda ise öğrencilerin en fazla birey merkezli bakım ve güvenlik yetkinlik alanlarının önemine inandıkları görülmektedir (Sullivan ve ark. 2009; Menenga ve ark. 2015; Peterson-Graziose ve Bryer 2017). Dolayısıyla birey merkezli bakım, güvenlik ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarını, öğrencilerin daha fazla önemsemesi ve eğitim programlarının büyük bir bölümünü oluşturması nedeniyle araştırmada öğrencilerin bilgi düzeylerindeki artışın, bu yetkinlik algılarına yansıyarak anlamlı derecede ilişki oluşturduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; simülasyon stratejisi öğrencilerin yetkinlik algılarını etkilememektedir ve dolayısıyla H2 hipotezi reddedilmektedir.

5.4. Öğrencilerin Mesleki Hazır Oluşluk Algılarına İlişkin Bulguların Tartışılması

SDD öncesinde, öğrencilerin **mesleki hazır oluşluk algılarının** 3,5- 4 civarında olması nedeniyle orta düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılmaktadır. Alt boyutlara yönelik aldıkları puan ortalamalarının ise en düşükten en yükseğe doğru mesleki yeterlilik, mesleki uyum, iletişim ve işbirliği şeklinde sıralandığı görülmektedir (Tablo 4.7). Casey ve arkadaşlarının (2011), 429 hemşirelik son sınıf öğrencisinin mesleki yaşama geçiş süreci ile ilgili algılarını inceledikleri araştırmada, öğrencilerin yetki devri, önceliklendirme, değişen durumlara yanıt verebilme konularında yetersiz olduğu

ancak yeterli bir şekilde iletişim ve işbirliği kurabildiği görülmektedir. Güner'in çalışmasında (2015), öğrencilerin yarısından fazlası çalışmaya başlamaya hazır hissettiklerini belirtmekte (%57,6) ancak mesleki açıdan yeterli olmadıklarını düşünmektedir. Çınar ve arkadaşları (2019), son sınıf hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik rolüne geçiş sürecindeki algılarının en olumludan olumsuza doğru rol yeterliliği, rol hazırlığı, organizasyon ve destek şeklinde sıralandığını bildirmektedir. Başka bir çalışmada son sınıf hemşirelik öğrencilerin mesleki yaşama hazır oluşluk algısı yüksek olup, alt boyutlar en olumludan en olumsuza doğru iletişim, mesleki hazırlık ve mesleki sorumluluklar olarak sıralanmaktadır (Jamieson ve ark. 2019). Lee ve arkadaşları (2019), yaptıkları çalışmada mesleki uygulamalar bakımından öğrencilerin öz değerlendirmeleri ile gözlemci değerlendirmeleri arasında anlamlı farklılık olmadığı ve öğrencilerin mesleki uygulamaları gerçekleştirebilme konusunda kendilerini yetersiz hissettikleri görülmektedir. Araştırmanın bulgusu diğer araştırmalarla karşılaştırıldığında, son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk bakımından benzer bakış açılarını paylaştıkları görülmektedir. Genel olarak öğrencilerin iletişim ve işbirliği kurabilme konusunda hazır oluşlukları yüksek olmakla birlikte mesleki uyum ve özellikle mesleki yeterlilik algılarının düşük olduğu ve geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

SDD öncesine göre sonrasında, hem girişim hem kontrol grubundaki öğrencilerin, iletişim **ve işbirliği** ve **mesleki uyum alt boyutlardan** elde ettikleri puan ortalamasının anlamlılık olmaksızın yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.7). Bu yükselme eğilimi ile beraber öğrencilerin SDD öncesine göre sonrasında, iletişim ve işbirliği alt boyutuna yönelik elde ettikleri puan ortalamasının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmektedir. Bu durumun mezuniyetin yaklaşması ve iş görüşmelerinin başlaması ile beraber öğrencilerin algılarındaki değişimden kaynaklandığı ve dolayısıyla benzer şekilde yükseldiği düşünülmektedir.

SDD öncesine göre sonrasında girişim gurubundaki öğrencilerin **mesleki yeterlilik** alt boyutuna yönelik elde ettikleri puan ortalamasının anlamlı derecede yükseldiği ($p<0,05$) ve SDD sonrasında kontrol grubundaki öğrencilerden anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,01$) (Tablo 4.7). Kaplan ve Ura (2010), yaptıkları çalışmada 97 son sınıf hemşirelik öğrencisine çoklu hasta simülasyonu deneyimi sağlamak için QSEN temel yetkinlikler ışığında bir öğrenme deneyimi

geliştirmektedir. SDD sonrasında öğrencilerin mesleki yaşama hazır olduğunu belirtme oranının yükseldiği görülmektedir. Davies ve arkdaşlarının (2012), Birleşik Krallık'ta bir üniversitede öğrenim gören 41 üçüncü sınıf öğrencisinin mesleki yaşama geçiş sürecinde hazır oluşluklarını güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Yapılan nitel değerlendirmede öğrenciler SDD sonrasında zaman yönetimi becerisi kazandıklarını, öz farkındalıklarının geliştiğini ve becerileri uygulamaya yansıtabilmede kendilerini hazır hissettiklerini belirtmektedir. Liaw ve arkadaşlarının (2014), Singapur'da son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algıları üzerine simülasyon stratejisinin etkisini tek gruplu ön test-son test tasarım kullanarak incelemektedir. Öğrencilerin yetkinlik, yönetim, kişilerarası ilişkiler, işbirliği ve kendine öğrenme alt boyutlarında ve toplam hazıroluşluk düzeyinde anlamlı derecede yükselme olduğu görülmektedir. Prince ve arkadaşları (2016), 52 üçüncü sınıf hemşirelik öğrencisinin çoklu hasta simülasyonu deneyimine yönelik algılarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Öğrenciler çoklu hasta simülasyonlarının sağlık bakım ortamlarının gerçekliğini yansıtması nedeniyle daha kolay öğrenebilmeyi, eleştirel düşünebilmeyi sağladığını ve öz güvenlerini arttırdığının belirtmektedir. Araştırmanın bulgusu, yapılan çalışmalarla benzer şekilde simülasyon stratejisinin öğrencilerin mesleki hazır oluşluk algılarını güçlendirdiğini belirtmektedir.

İlgili alanyazında son sınıf hemşirelik öğrencilerinin **mesleki hazır oluşluk algıları** ile **bilgi düzeyleri** ve **yetkinlik algıları** arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Bu nedenle ilgili bulguların alan yazına katkı vereceği düşünülmektedir. Araştırmada SDD sonrasında girişim grubundaki öğrencilerin **bilgi düzeyinin** artmasının, **birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama** ve **güvenlik** yetkinliklerine algıları da arttırdığı ancak **mesleki hazır oluşluk algısını** arttırmadığı görülmektedir (Tablo 4.8). Girişim ve kontrol grubunda, SDD öncesi ve sonrasında bu iki değişken arasında anlamlı derecede ilişki bulunmamaktadır. Bu durumda öğrencilerin bilgi düzeylerinin arttırılmasının mesleki hazır oluşluk düzeyini arttırmaya yeterli olmadığı sonucuna varılmaktadır. Aynı zamanda **SDD sonrasında** girişim grubundaki öğrencilerin **birey merkezli bakım dışındaki ana boyutlara** yönelik yetkinlik algıları arttıkça **mesleki hazır oluşluk algılarının** yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.9). Özellikle **ekip çalışması ve işbirliği, bilişim** ve **güvenlik** ana boyutlarında bu ilişki orta düzeyde seyretmektedir. Birey merkezli bakım ana boyutunu temel bir

eğitim programında öğrenim gören öğrencilerde bu bulgunun şarşıtıcı olmadığı düşünülmektedir.

Sonuç olarak; simülasyon stratejisi mesleki hazır oluşluk algısını arttırmaktadır ve dolayısıyla H3 hipotezi kabul edilmektedir.

5.5. Öğrencilerin Simülasyon Oturumlarındaki Başarımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bağımsız gözlemciler arasındaki uyumu gösteren **SKK'nın SBDÖ I, II ve III** tüm ana boyutları kapsamında ,761-,996 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 4.13). Davranış bilimlerine yönelik yapılan çalışmalarda SKK'nın en az ,70 olması değerlendiriciler arasında kabul edilebilir uyum olduğunu gösterirken, ,95-1,00 arasındaki değerler mükemmel ve ,85-,94 arasındaki değerler yüksek uyum olarak nitelendirilmektedir (Ateş ve ark. 2009). Bu nedenle araştırmada gözlemciler arasındaki uyumun ana boyutlarda kabul edilebilir düzeyden mükemmel düzeye kadar değişmekte olduğu söylenebilmektedir.

SBDÖ'den en düşük 0 ve en yüksek 80 puan elde edebildiği göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin SBDÖ I ve II'den düşük düzeyde, SBDÖ III'den ise orta düzeyde puan elde ettikleri şeklinde yorum yapılabilmektedir (Tablo 4.13). Örneklemin simülasyon deneyiminin bulunmamasının, SBDÖ'nin bilgi, beceri ve tutumları kapsamasının ve özellikle bilişim, kalite iyileştirme ve kanıta dayalı uygulama yetkinlik alanlarına öğrencilerin daha az tanıdık olmaları nedeniyle başarımlarının düşük-orta düzeyde nitelendirildiği düşünülmektedir.

Öğrencilerin **SBDÖ I, II ve III'den** elde ettikleri puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu ve öğrencilerin en yüksek puan ortalamasını SBDÖ III'den elde ettiği belirlenmektedir (Tablo 4.13). Tekrarlı SDD'lerin etkinliği ile ilgili alan yazındaki diğer araştırmalarda öğrencilerin simülasyon oturumlarındaki başarımlarının değişimi incelenmemektedir. Ancak birinci SDD'den üçüncü SDD'ye kadar SBDÖ'lerden alınan toplam puanların doğrusal olarak artış göstermesi nedeniyle her SDD'in öğrenci başarımına katkı verdiği söylenebilmektedir.

Birinci simülasyon senaryosunda, öğrencilerden QSEN temel yetkinlikler doğrultusunda önceliklendirme ilkelerine göre bireylerin bakım gereksinimlerine yanıt vermeleri ve yetki devri ilkelerine göre diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmaları beklenmektedir. Bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilen öğrencilerin SBDÖ

I'den elde ettikleri puan ortalamaları **yüksekten düşüğe doğru ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı uygulama, güvenlik, bilişim, birey merkezli bakım ve kalite iyileştirme** şeklinde sıralanmaktadır. Bu senaryoda öğrencilerin ağırlıklı olarak görevleri tamamlamaya odaklandıkları görülmektedir. Bireysel farklılıkları göz önünde bulundurmadan ve fiziksel değerlendirme yapmadan bakımı önceliklendirme ve yetki devri sürecini tamamlamaya çalışmaları nedeniyle **kanıta dayalı uygulama** ve **ekip çalışması ve işbirliği** ana boyutlarına yönelik puan ortalamasının yüksek, **birey merkezli bakım** yetkinlik alanına yönelik puan ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir. Kalite iyileştirme yetkinlik alanına yönelik kalite göstergelerini bilişim sistemi içinde bulmak noktasında bu iki yetkinlik alanı birleştiği ve öğrencilerin çoğunluğu tarafından başarıyla gerçekleştirilemediği için öğrencilerin bu iki yetkinlik alanlarına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerin güvenlik yetkinlik alanına yönelik birçoğunun el hijyeninin sağlamadığı, kimlik doğrulama yapmadığı ve doğru şekilde kayıt yapamadığı görülmektedir (Tablo 4.10).

İkinci simülasyon senaryosunda öğrencilerden QSEN temel yetkinlikleri kullanarak bireyle terapötik iletişim başlatması bireyin servise kabulünü gerçekleştirmesi, ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili kısa bilgi vermesi ve vardiya değişimine gelen hemşireye bireyi teslim etmesi beklenmektedir. Bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilen öğrencilerin SBDÖ II'den elde ettikleri puan ortalamaları **yüksekten düşüğe doğru güvenlik, bilişim, birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama, ekip çalışması ve işbirliği ve kalite iyileştirme** şeklinde sıralanmaktadır. Bu simülasyon oturumunda bir tıbbi hatayı olay bildirim sistemi üzerinden doğru bir şekilde yardım almadan gerçekleştirebilmek noktasında **bilişim ve güvenlik yetkinlik alanları** birleştiği ve öğrencilerin çoğunluğu başarıyla gerçekleştirildiği için öğrencilerin bu iki yetkinlik alanına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin çoğunluğunun güvenli cerrahi sürecini akış şeması üzerinden bireye anlatmaması nedeniyle **kalite iyileştirme** yetkinlik alanına ve kanıt değeri yüksek rehberler doğrultusunda bireye bilgi verememesi nedeniyle **kanıta dayalı uygulama** yetkinlik alanına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının düşük olduğu belirlenmektedir. Bu simülasyon oturumunda öğrencilerin çoğunluğunun bireye karşı empati yerine sempati duyması nedeniyle ekip çalışması ve işbirliği, kanıta dayalı

uygulama ve kalite iyileştirme yetkinlik alanlarına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir (Tablo 4.11).

Üçüncü simülasyon senaryosunda öğrencilerden QSEN temel yetkinlikleri kullanarak bireylerin kurum içi transferlerini sağlayabilmesi beklenmektedir. Bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilen öğrencilerin SBDÖ III'den elde ettikleri puan ortalamaları **yüksekten düşüğe doğru kanıta dayalı uygulama, ekip çalışması ve işbirliği, bilişim, güvenlik, birey merkezli bakım ve kalite iyileştirme** şeklinde sıralanmaktadır. Bu simülasyon oturumunda öğrencilerin genellikle bireylerin fiziksel ve duygusal konfor düzeyini sorgulamaması ve transfer sürecini akış şeması üzerinden bireye aktarmaması nedeniyle **birey merkezli bakım** ve **kalite iyileştirme** yetkinlik alanlarına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak öğrencilerin transfer sırasında bireylerin tercihlerini, güvenli fiziksel transfer ilkelerini ve protokolün dışına çıkmadan önce uzman görüşlerini dikkate almaları nedeniyle **kanıta dayalı uygulama** yetkinlik alanına yönelik elde ettikleri puan ortalamasının yüksek olduğu belirlenmektedir (Tablo 4.12).

5.6. Öğrencilerin Simülasyon Deneyimlerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin, simülasyona dayalı deneyimlerini ikinci SDA'deki bir madde haricinde 3 ve üzerinde puan ortalaması ile değerlendirdikleri görülmektedir. Bu durumda öğrencilerin SDD'lerini yüksek düzeyde olumlu algıladıkları görülmektedir (Tablo 4.14, Tablo 4.15). Benzer şekilde simülasyona dayalı deneyimlerin klinik uygulamaya etkisini 8 ve üzerinde değerlendirerek üç SDD arasında anlamlı farklılık görülmediği belirlenmektedir (Şekil 4.1).

Liaw ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin mesleki yaşama geçiş deneyimleri üzerine simülasyon stratejisinin etkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Hemşire rolünü deneyimlemek, nasıl yapılacağını bilmek, deneyimlilerden öğrenmek olmak üzere üç önemli etkisinin olduğunu belirtmektedir. Kaplan ve Ura (2010)'nın çalışmasında, son sınf hemşirelik öğrencilerinin büyük çoğunluğu, çoklu hasta simülasyonunun çok iyi organize edildiğini, inanılır olduğunu ve gerçekçi beklentilerinin olduğunu belirtmektedir. Badır ve arkadaşları (2015), SDD'e yönelik öğrenci görüşlerini iyi yapılandırılmış hazırlıkla öğrencilerin simülasyon oturumuna alışmasını sağlamak, çözümleme oturumları ile öğrenme deneyimlerini

arttırmak, mesleki farkındalık kazandırmak ve simülasyonların gücünü arttırarak daha fazla öğrenmeyi sağlamak olarak bildirmektedir. Zapko ve arkadaşları (2018), iki yıl üzerinde süreli simülasyon deneyimi olan öğrencilerinin algılarını incelenmesi amacıyla bir çalışma gerçekleştirmektedir. Farklı öğrenim düzeylerinde olan 199 hemşirelik öğrencisi için yüksek ve orta benzerlikli simülatörler ve standardize hastalar kullanılarak çoklu/tekrarlı simülasyon deneyimi oluşturmaktadır. Öğrenciler, öğrenim düzeyleri doğrultusunda dört senaryo deneyimledikten sonra Eğitim Uygulamaları Anketini ve Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Öz Güven Ölçeği'ni doldurmaktadır. Sonuçlar, bir öğrenme aracı olarak çoklu/tekrarlı simülasyon kullanımının etkili olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin deneyimlerinden memnun kaldıkları, başarımlarına güvendikleri, simülasyonun öğrenmede önemli olduğunu belirttikleri belirlenmektedir.

Araştırmada öğrencilerin SDD'lerden menuniyetlerinin yüksek olması ilgili alan yazınla benzerlik göstermektedir. SDD'lerin öğrencilere güvenli bir ortamda mesleki karar ve uygulamalarını gerçekleştirme imkânı sunması nedeniyle öğrencilerin olumlu algıladığı düşünülmektedir.

Genel değerlendirme alt boyutunda, simülasyon deneyimine yönelik beklenen girişimlerin anlaşılılır, dersin öğrenme hedefleri ile tutarlı olduğuna yönelik öğrenci görüşlerinin SDA II ve III'e göre SDA I'de anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlenmektedir. Aynı alt boyutta, simülasyon deneyiminin bilgi ve becerileri bir üst seviyeye taşıyacak nitelikte olduğuna yönelik öğrenci görüşlerinin SDA I ve SDA III'e göre SDA II'de anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerin ilk kez simülasyonu deneyimi ile karşılaşması nedeniyle SDA I'de SDA II ve SDA III'e göre daha fazla zorlandıkları ve birinci ve üçüncü SDD'lerde çoklu hasta simülasyonu ve ikinci SDD'de tek hasta simülasyonu deneyimlemeleri nedeniyle SDA II'de daha az zorlandıkları düşünülmektedir (Tablo 4.14).

Çözümleme ve yanstıcı düşünme alt boyutunda, çözümleme oturumunun bakıma yönelik klinik karar ve yaklaşımları yansıtabilmeye fırsat sağlamasına yönelik öğrenci görüşlerinin doğrusal olarak yükseldiği ve SDA III'de anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun öğrencilerin, her çözümleme oturumu sonrasında elde ettikleri bilgi ve beceri doğrultusunda bir sonraki simülasyon oturumunda daha

güçlü başarım göstermesine imkân bulmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4.14).

Hazırlık alt boyutunda, simülasyon deneyiminin karmaşık klinik durumları güvenli bir ortamda rahatlıkla yönetebilmeyi sağlamasına yönelik öğrenci görüşlerinin SDA III'de anlamlı derecede yüksek olduğu ve simülasyon deneyiminden sonra sağlık durumu kritik olan bireylerin bakımında daha hazır hissetmeye yönelik öğrenci görüşlerinin SDA I'de anlamlı derecede düşük olduğu görülmektedir. Benzer şekilde **uygulama** alt boyutunda, simülasyon deneyiminin hemşirelik ile ilgili teorik bilgileri uygulamaya aktarabilmeyi sağlamasına, bireylere yönelik amaçlar belirlemeyi sağlamasına ve hemşirelik becerilerini geliştirmesinde yönelik öğrenci görüşlerinin SDA I'de anlamlı derecede düşük olmasının bu bulguyu destekler nitelikte olduğunu göstermektedir. Bu iki bulgu ile paralel bir şekilde **özgüven a**lt boyutunda ise simülasyon deneyiminden sonra klinik becerilerim konusunda öz güvenin artmasına ve sağlık bakım ortamlarında durumu krtik olan bireylerin bakımı konusunda daha az endişe hissetmesine yönelik öğrenci görüşlerinin en yüksekten düşüğe doğru SDA I, II ve III şeklinde sıralandığı ve aralarında anlamlı derecede farklılık olduğu görülmektedir. Birinci çözümleme oturumunda ağırlıklı olarak kuramsal bilgiyi uygulamaya yansıtmakta sorun yaşayan ve kendilerini yetersiz hisseden öğrencilerin, ikinci çözümleme oturumunda gelişim gösterdiklerini belirten ve üçüncü çözümleme oturumunda yetkinlik alanlarının güçlendiğine dair ifadeler kullanması birbirini tamamlayan bulgular arasındaki son parçadır (Tablo 4.15).

5.7. Öğrencilerin Mezuniyet Sonrası Geçiş Şoku Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Öğrencilerin **geçiş şoku düzeyleri**, 2.6 civarında olup girişim ve kontrol gruplarında benzerlik göstermektedir. Geçiş şoku düzeylerinin, **sosyal yaşamda yetersizlik algısı** alt boyutunda yüksek ve **kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı** alt boyutunda ise düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.17). Phillips ve arkadaşları (2013), Avustralya'da 392 yeni mezun hemşirenin başarılı geçiş sürecini etkileyen öncülleri incelemektedir. Geçiş şoku düzeylerinin orta derecede yüksek olduğu görülmektedir. Aynı zamanda karmaşık bakım ihtiyaçları olan bireylerin ihtiyaçlarını karşılayabilme becerisine sahip olmanın, akademik dünya ve sağlık bakım sisteminde uyum eğitimi almanın ve meslektaşlarından saygı görmenin geçiş sürecini olumlu yönde etkilediği

belirlenmektedir. Rush ve arkadaşları (2015), yaptıkları çalışmada geçiş programına katılan Kanada'da 245 yeni mezun hemşirenin geçiş puanlarının yüksek olduğu ve olumlu bir geçiş süreci deneyimledikleri belirlemektedir. Aynı zamanda formal bir geçiş programına katılan, uyum süresi dört hafta ve üzerinde ve haftalık çalışma süresi 48 saatin altında olan yeni mezunların geçiş süreçlerinin daha olumlu olduğu görülmektedir. Meyer ve Shatto (2018), ABD'de gerçekleştirdikleri çalışmada 19 yeni mezunun mesleki yaşama geçişlerindeki üçüncü, altıncı ve on ikinci ayında geçiş şoku düzeylerini değerlendirmektedir. Yeni mezunların tüm zamanlarda geçiş şoku düzeylerinin benzer şekilde orta düzeyde yüksek olduğu, öğrencilerin en yüksek puanı on ikinci ayda elde ettikleri en düşük puan ortalamasının ise destek ve iletişim alt boyutlarında sahip oldukları görülmektedir.

Alanyazındaki çalışmaların örneklemini oluşturan yeni mezunların büyük çoğunluğunun bir geçiş programına katılım göstermesi nedeniyle geçiş şoku düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Araştırmada da benzer şekilde öğrencilerin tümünün mesleki yaşama geçiş programına katılması nedeniyle **geçiş şoku düzeylerinin** düşük olduğu düşünülmektedir.

Baumann ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları sistematik incelemede, yeni mezunların geçiş sürecini kişisel özellikleri, klinik özellikleri, ilişkisel özellikleri ve örgütün akutluğu olmak üzere dört faktörün etkilediği belirtilmektedir. İlişkizel özellikler, iletişim, işbirliği ve ekip çalışmasını kapsamakta ve yeni mezunların mesleki yaşama geçiş sürecini önemli ölçüde etkilemektedir. Öğrencilerin kişiler arası yetersizlik algısı alt boyutuna yönelik geçiş şoku düzeyinin düşük olmasının, HYAÖ'nden ekip çalışması ve işbirliği yetkinlik ana boyutundan ve HMHÖ'nden iletişim ve işbirliği alt boyutundan yüksek puan elde etmeleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bu nedenle etkili iletişim ve işbirliğinin, araştırma örnekleminin güçlü bir özelliği olduğu düşünülmektedir.

Yeni mezunların geçiş sürecinde mesleki karar ve uygulamalarına yönelik eksik/yetersiz yönlerini geliştirmeye çalışması ve bir uyum sürecinde olması nedeniyle sosyal yaşamlarına yönelik yetersizlik algısının öne geçtiği düşünülmektedir. Sosyal yaşamda yetersiz algısı girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerde yüksek seyretmekte ve bireysel özellikler doğrultusunda değişkenlik göstermemektedir. Yeni mezunların ortak bir görüşle sosyal yaşamda yetersizlik hissettiği ve sosyal yaşamda yetersizlik

algısının geçiş şoku düzeyini etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığı görülmektedir (Tablo 4.17).

Taştan ve arkadaşlarının (2013) yaptıkları çalışmada yeni mezunların %58,7'si rehberlerle çalışarak beklentilerinin karşılandığını belirtmekte, ancak bu beklentilerin neler olduğu ve nasıl karşılandığı bilinmemektedir. Yeni mezunların öğrenme gereksinimlerinin karşılanması rehber/mentore kolaylıkla ulaştığında, etkili öğrenme yaklaşımlarını deneyimlediklerinde ve geri bildirim aldıklarında karşılanmaktadır (Haggerty ve ark. 2013). Williams ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada, birebir mentorluk ve grup mentorluğu alan 3484 yeni mezunun geçiş deneyimi, mesleki gelişim ve stres yönetimi, konfor düzeyini ve işten ayrılma niyetlerini karşılaştırmaktadır. Birebir mentorluk alan yeni mezunların geçiş süreci deneyimi, mesleki gelişim ve stres yönetimi algılarının daha yüksek olduğu ve iki mentorluk sunumu arasında konfor düzeyi ve işten ayrılma niyeti konusundan anlamlı farklılık olmadığı belirtilmektedir. Dolayısıyla ilgili alanyazınla benzer şekilde rehberlik ve mentörlük sisteminin, yeni mezunların mesleğe ve mesleğin getirdiği sosyal yaşama uyumlarının arttırılmasına etkili olacağı düşünülmektedir.

Girişim ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin **HGŞÖ ve alt boyutlarından** elde ettikleri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı belirlenmektedir ($p>0,05$) (Tablo 4.17). ABD'de yapılan çalışmada, simülasyona dayalı deneyimin yeni mezunların öz güven, eleştirel düşünme ve iletişim becerilerini geliştirdiğini belirtilmektedir (Kaddoura 2010). Meyer ve arkadaşları (2014), ABD'li 19 yeni mezunun öğrenme ve beceri gelişimi üzerine simülasyon stratejisinin etkisine yönelik algılarını incelemektedir. Araştırma öğrenmenin simülasyonla gerçekleştiğini ve geleneksel klinik deneyimlerle birleştiğinde geliştiğini belirtmektedir. Jung ve arkadaşlarının (2017) Kore'de yaptıkları çalışmada, simülasyona dayalı deneyimi bulunan yeni mezunların, bulunmayanlara göre iletişim becerileri ve mesleki hazır oluşluğunun anlamlı derecede yüksek olduğu sonucuna varmaktadır. Thomas ve Mraz (2017), yaptıkları çalışmada, simülasyona dayalı deneyimlerin yeni mezunların öz güven, iletişimi, eleştirel düşünme, kuramsal bilgi ve uygulamanın bütünleşmesi, bakımda büyük resmi görebilme ve bağımsız mesleki uygulamalardaki sorumluluklar üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda öz güven, iletişim, yansıtıcı düşünce ve karar vermeyi destekleyen simülasyona dayalı deneyimlerin yeni mezun

hemşirelerin geçiş sürecini kolaylaştırdığını belirtmektedir. Hayes (2018) , simülasyona dayalı deneyimlerin, son sınıf hemşirelik öğrencilerimni mesleki yaşama hazırlayarak mezun olduklarında mesleki yaşama geçiş sürecinin kolaylaştırdığını belirtmektedir. Kim ve arkadaşlarının Kore'de yaptıkları çalışmanın sonuçları (2018), simülasyon temelli teslim süreci eğitiminin, yeni mezunların teslim süreci ve klinik karar verme ile ilgili yetkinlik gelişimlerine akran temelli teslim sürecinden daha fazla katkı verdiğini göstermektedir.

Yeni mezunların geçiş şoku düzeylerine simülasyon stratejisinin etkisini bildiren araştırmalara ilgili alanyazında ulaşılamamaktadır. Yetkinlik ve teknik olmayan becerilerilerin üzerine simülasyon stratejisinin etkisini inceleyen yukarıda belirtilen sınırlı sayıdaki araştırmalarda ise etkili olduğunu göstermektedir. Araştırmada yapılan simülasyonların sadece erişkin hastalara yönelik olması ve öğrencilerin mezuniyet sonrasında uyum ve destek programları farklı olan kurumlarda mesleki yaşama başlamış olmaları nedeniyle simülasyon stratejisinin mezuniyet sonrasındaki etkilerinin tam olarak elde edilemediği düşünülmektedir.

Öğrencilerin **geçiş şoku düzeyleri** ile sadece **mesleği tekrar tercih etmedeki isteklilik** durumu arasında anlamlı derecede farklılık olduğu belirlenmektedir (Tablo 4.18, Tablo 4.19). Mesleği tekrar tercih etmede istekli olan öğrencilerin HGŞÖ'nden elde ettikleri puan ortalamasının, isteksiz ($Z=-2,373$; $p<0,05$) ve kararsız ($Z=-1,997$; $p<0,05$) olanlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmaktadır. İlgili alan yazında, yeni mezunların geçiş sürecindeki olumsuz deneyimlerinin işgücü devir hızını ve işten ayrılma niyetini arttırdığını (Laschinger ve ark. 2012a; Wu ve ark. 2012; Tei-Tominaga 2013; Cheng ve ark. 2014; D'Ambra ve Andrews 2014; Ishihara ve ark. 2014; Laschinger ve Fida 2014b; Flinkman ve Salantara 2015; Boamah ve Laschinger 2016; Yu ve Kang 2016; Fallatah ve ark. 2017; Zhang ve ark. 2017; Yu ve Lee 2018; Dwyer ve ark. 2019; Hussein ve ark. 2019) iş ve meslekten memnuniyet düzeylerini azalttığını (Laschinger 2012; Walker ve Campbell 2013; Cheng ve ark. 2015; Hu ve ark. 2015; Read ve Laschinger 2015; Bontrager ve ark. 2016; Kenny ve ark. 2016; Laschinger ve ark. 2016) gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Araştırmanın bu bulgusu, alanyazınla benzerlik göstermektedir.

Yeni mezunların geçiş şoku düzeylerinin, endişe ve stres düzeyleri arttıkça ve öz güven ve meslekler arası ilişki kurabilme düzeyi azaldıkça arttığı görülmektedir

(Tablo 4.20). İlgili alanyazında yeni mezunların geçiş şokunu farklı düzeylerde deneyimledikleri ve hissettikleri olumsuz duygular arasında özgüven eksikliği, soyutlanma, yüksek endişe ve stres, düzeylerinin yer aldığı belirtilmektedir (Bjerknes ve Bjork 2012; Taştan ve ark. 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014; Al-Awaisi ve ark. 2015; Flinkman ve Salantera 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Ebrahimi ve ark. 2016; Hooper ve ark. 2016; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Hu ve ark. 2017; Walker ve ark. 2017; DeGrande ve ark. 2018; Liang ve ark. 2018; Labrague ve ark. 2019a; Murray ve ark. 2019; Rainbow ve Steege 2019). Dolayısıyla endişe ve stres düzeylerinin artması ve mesleki ilişkiler kurabilme ve öz güven düzeylerinin düşmesi, geçiş sürecnin olumsuz geçtiğini belirten temel etmenler arasındayer almaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgulara dayanarak,

- SDD'in, öğrencilerin mesleki yaşama geçiş sürecine yönelik özgüven düzeylerini arttırırken endişe ve stres düzeylerini azalttığı,
- SDD'in, kalite iyileştirme, güvenlik ve bilişim başta olmak üzere öğrencilerin yetkinlik alanlarına yönelik bilgi düzeylerini arttırdığı,
- SDD'in yetkinlik algılarını etkilemediği, ancak öğrencilerin yetkinlik algılarının yüksek olduğu ve bilgi düzeylerindeki artışın zayıf derecede birey merkezli bakım, kanıta dayalı uygulama ve güvenlik yetkinlik algılarını arttırdığı,
- SDD'in, öğrencilerin mesleki yeterlilik ve mesleki hazır oluşluk algılarını arttırdığı ve öğrencilerin mesleki hazır oluşluk algılarındaki artışın, bilgi düzeylerini etkilemediği ve birey merkezli bakım dışındaki yetkinlik algılarını orta derecede arttırdığı,
- Tekrarlı SDD'lerin öğrencilerin simülasyon oturumundaki yetkinlik alanlarına yönelik bağımsız gözlemciler tarafından değerlendirilen başarımlarını doğrusal olarak arttırdığı,
- Tekrarlı SDD'lerin öğrencilerin özellikle özgüven düzeyleri, klinik deneyimlerini, yetkinliklerini ve mesleki hazır oluşluk algılarını güçlendirdiği,

- SDD'nin geçiş şoku düzeyini etkilemedeği, ancak öğrencilerin geçiş şoku düzeylerinin düşük olduğu, mesleği tekrar tercih etmek isteyenlerde ise daha düşük düzeyde olduğu, sonucuna varıldı.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- Hemşirelik eğitimi ile sağlık bakım sistemi arasındaki derin uçurumda köprü görevi gören geçiş programlarının okul-hastane işbirliği ile yapılandırılması,
- Hemşirelik eğitim programlarının, öğrencileri sağlık bakım sisteminin gerçekliğine hazırlayan konu içeriği, öğretme ve değerlendirme yöntemlerini içerecek şekilde hazırlanması,
- Hemşirelik eğitim programlarında ekip çalışması ve işbirliği, bilişim ve kalite iyileştirme yetkinlik alanlarına yönelik konu içeriğinin zenginleştirilmesi,
- Son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk ve yetkinlik algılarının, çoklu değerlendirme yöntemleri ile belirlenmesi,
- Sağlık bakım sisteminin gerçekliğini yansıtan çoklu hasta ve tekrarlı SDD'lerin tasarlanması,
- Öğrencilerin gelişim sürecinin takip edilebilmesi için özellikle simülasyon oturumundaki başarımların değerlendirilmesinde yetkinlik temelli değerlendirme araçlarının kullanılması,
- Gelecekte sağlıkbakım sisteminde güçlü bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için simülasyon tasarımlarında güvenlik, kalite iyileştirme ve bilişim yetkinlik alanlarının göz önünde bulundurulması,
- Gelecekteki araştırmaların, simülasyon stratejisi ile elde edilen kuramsal bilginin hem intörnlük dersi kapsamında hem de mezuniyet sonrasında mesleki karar ve uygulamalara yansımasına odaklanması,
- Yeni mezunların uyum süreçlerinin yapılandırılması,
- Yeni mezunların mesleki yaşama geçiş yaptığı birime ve kuruma özgü tekrarlı simülasyonların tasarlanması ve gelişim sürecinin değerlendirilmesi
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında yeni mezunlara mesleki ve sosyal destek sağlamak üzere rehberlik ya da mentörlük sisteminin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları.* İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.

Aksoy, M.E., Kitapçıoğlu, D., Güven, F. ve Sayalı, M.E. (2017). *Medikal Simülasyon Terminolojisi.* İstanbul: Nobel Kitabevleri.

Aksu, G., Eser, M.T. ve Güzeller, C.O. (2017). *Açımlayıcı Ve Doğrulayıcı Faktör Analizi Ile Yapısal Eşitlik Modeli Uygulamaları.* Ankara: Detay Yayıncılık.

Al-Awaisi, H., Cooke, H. And Pryjmachuk, S. (2015). The experiences of newly graduated nurses during their first year of practice in the Sultanate of Oman- a case study. *International Journal of Nursing Studies, **52(11),*** 1723-1734.

Alinier, G. (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools. *Medical Teacher, **29(8),*** e243-e250.

Al-Yateem, N. ve Docherty, C. (2015). Transition: a concept of significance to nursing and health care professionals. *Journal of Nursing Education and Practice, **5(5),*** 35-40.

Arslan Yürümezoğlu, H., Kocaman, G. ve Mert Haydari, S. (2019). Predicting nurses' organizational and professional turnover intentions. *Japan Journal of Nursing Sciences, **16(3),*** 274-285.

Ateş, C., Öztuna, D. ve Genç, Y. (2009). Sağlık araştırmalarında sınıf içi korelasyon katsayısının kullanımı. *Türkiye Klinikleri Biyoistatistik Dergisi, **1(2),*** 59-64.

Badir, A., Zeybekoğlu, Z., Karaçay, P., Göktepe, N., Topçu, S., Yalçın, B. ve ark. (2015). Using high-fidelity simulation as a learning strategy in an undergraduate intensive care course. *Nurse Educator, **40(2),*** E1-E6.

Baumann, A., Crea-Arsenio, M., Hunsberger, M., Fleming-Carroll, B. ve Keatings, M. (2019). Work readiness, transition and integration: the challenge of specialty practice. *Journal of Advanced Nursing **75(4),*** 823-833.

Bayram, N. (2013). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş AMOS Uygulamaları.* Bursa: Ezgi Kitabevi.

Bektaş, H. (2017). *Açıklayıcı Faktör Analizi.* İstanbul Beta Yayıncılık.

Benner, P. (1982). From novice to expert. *American Journal of Nursing,* ***82(3),*** 402-407.

Beroz, S.T. (2016). Exploring the performance outcomes of senior-level nursing: students in a multiple-patient simulation. *Nurse Education Perspectives,* ***37(6),*** 333-334.

Bifftu, B.B., Dachew, B.A., Tiruneh, B.T., Kelkay, M.M. ve Bayu, N.B. (2016). Perceived clinical competence among undergraduate nursing students in the University of Gondar and Bahir Dar University, Northwest Ethiopia: a cross-sectional institution-based study. *Advances in Nursing.* Erişim 06.08.2017, https://www.hindawi.com/journals/anurs/2016/9294673/

Bjerknes, M.S. ve Bjork, I.T. (2012). Entry into nursing: an ethnographic study of newly qualified nurses taking on the nursing role in a hospital setting. *Nursing Research and Practice.* Erişim 06.08.2017, https://www.hindawi.com/journals/nrp/2012/690348/

Blažun, H., Kokol, P. ve Vošner, J. (2015). Survey on specific nursing competences: students' perceptions. *Nurse Education in Practice,* ***15(5),*** 359-365.

Blegen, M.A., Spector, N., Lynn, M.R., Barnsteiner, J. ve Ulrich, B.T. (2017). Newly licensed RN retention: hospital and nurse characteristics. *The Journal of Nursing Administration,* ***47(10),*** 508-514.

Blomberg, K., Isaksson, A.K., Allvin, R., Bisholt, B., Ewertsson, M., Kullén Engström, A. ve ark. (2016). Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of Nursing Management,* ***24(1),*** 80-87.

Boamah, S.A. ve Laschinger, H.K.S. (2015). Engaging new nurses: The role of psychological capital and workforce empowerment. *Journal of Research Nursing,* ***20(4),*** 265-277.

Boamah, S.A. ve Laschinger, H.K.S. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management,* ***24(2),*** E164-E174.

Boamah, S.A., Read, E.A. ve Laschinger, H.K.S. (2017). Factors influencing new graduate nurse burnout development, job satisfaction and patient care quality: a time-lagged study. *Journal of Advanced Nursing,* ***73(5),*** 1182-1195.

Boling, B. ve Hardin-Price, M. (2016). The effect of high-fidelity simulation on knowledge and confidence in critical care training: an integrative review. *Nurse Education in Practice,* ***16 (1),*** 287-293.

Bontrager, S, Hart, P.L. ve Mareno, N. (2016). The role of preceptorship and group cohesion on newly licensed registered nurses' satisfaction and intent to stay. *Journal of Continuing Education in Nursing,* ***47(3),*** 132-139.

Brewer, C.S., Kovner, C.T., Greene, W., Tukov-Shuser, M. ve Djukic, M. (2012). Predictors of actual turnover in a national sample of newly licensed registered nurses employed in hospitals. *Journal of Advanced Nursing,* ***68(3),*** 521-538.

Casey, K., Fink, R., Jaynes, C., Campbell, L., Cook, P. ve Wilson, V. (2011). Readiness for practice: the senior practicum experience. *The Jourmal of Nursing Education,* ***50(11),*** 646-652.

Chang, H.E. ve Cho, S.H. (2016). Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research,* ***10(4),*** 271-276.

Charette, M., Goudreau, J. ve Bourbonnais, A. (2019). How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. *Nurse Education Today,* ***79,*** 161-167.

Cheng, C.Y., Liou, S.R., Tsai, H.M. ve Chang, C.H. (2015). Job stress and job satisfaction among new graduate nurses during the first year of employment in Taiwan. *International Journal of Nursing Practice,* ***21(4),*** 410-418.

Cheng, C.Y., Tsai H.M., Chang, C.H. ve Liou, S.R. (2014). New graduate nurses' clinical competence, clinical stress and intention to leave: a longitudinal study in Taiwan. *The Scientific World Journal.* Erişim 06.08.2017, https://www.hindawi.com/journals/tswj/2014/748389/

Chick, N. ve Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. Erişim 31.08.2019, http://repository.upenn.edu/nrs/9

Chunta, K. ve Edwards, T. (2013). Multiple-patient simulation to transition students to clinical practice. *Clinical Simulation in Nursing, **9(11),*** e491-e496.

Clipper, B. ve Cherry, B. (2015). From transition shock to competent practice: developing preceptors to support new nurse transition. *Journal of Continuing Education in Nursing, **46(10),*** 448-454.

Cummings, C.L. ve Connelly, L.K. (2016). Can nursing students' confidence levels increase with repeated simulation activities? *Nurse Education Today, **36,*** 419-421.

Çınar, İ.F., Özen, N., Yüksel, Ç., Karadağ, F.S., Taştan, Ö., Karali, E. ve ark. (2019). Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin öğrencilikten hemşirelik rolüne geçişle ilgili algıları. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, **1(1),*** 17-26

Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G. ve Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler Için Çok Değişkenli Istatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları.* Ankara: Pegem Akademi.

D'Ambra, A.M. ve Andrews, D.R. (2014). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of literature. *Journal of Nursing Managament, **22(6),*** 735-742.

Dames, S. (2019). THRIVEable work environments: A study of interplaying factors that enable novice nurses to thrive. *Journal of Nursing Management, **27(3),*** 567-574.

Davies, J., Nathan, M. ve Clarke, D. (2012). An evaluation of a complex simulated scenario with final year undergraduate children's nursing students. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia), **19(3),*** 131-138.

DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. ve Stankus, J.A. (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive&Critical Care Nursing, **49,*** 72-78.

Dikmen Aydın, Y., Şahin Orak, N., Gürkan, A., Aslan, G. ve Demir, F. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimleri sırasında hemşirelerden aldığı desteğin değerlendirilmesi. JAREN, **3(3),** 109-115.

Dolansky, M.A. ve Moore, S.M. (2013). Quality and safety education for nurses (QSEN): the key is systems thinking, *Online Journal of Issues in Nursing, **18(3),*** 1.

Doody, O., Tuohy, D. ve Deasy, C. (2012). Final-year student nurses' perceptions of role transition. *British Journal of Nursing, **21(11),*** 684-688.

Doughty, L., McKillop, A., Dixon, R.ve Sinnema, C. (2018). Educating new graduate nurses in their first year of practice: the perspective and experiences of the new graduate nurses and the director of nursing. *Nurse Education in Practice, **30,*** 101–105.

Drennan, V.M. ve Ross, F. (2019). Global nurse shortages-the fact, the impact and action for change. *British Medical Bulletin **130(1),*** 25-37.

Dreyfus, S.E. ve Dreyfus, H.L. (1980). A five-stage model of the mental activities involved in directed skill acquisition. Unpublished report, University of California, Berkeley. https://apps.dtic.mil/dtic/tr/fulltext/u2/a084551.pdf

Duchscher, J.B. (2008). A process of becoming: the stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, **39(10),** 441-450

Duchscher, J.E. (2009). Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing,* **65(5),** 1103-1113.

Duffield, C.M., Roche, M.A., Homer, C., Buchan, J. ve Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. Journal of Advanced Nursing, **70(12),** 2703–2712.

Dwyer, P.A. ve Hunter Revell, S.M. (2016). Multilevel influences on new graduate nurse transition: a literature review. *Journal for Nurses in Professional Development, **32(3),*** 112-121.

Dwyer, P.A., Hunter Revell, S.M., Sethares, K.A. ve Ayotte, B.J. (2019). The influence of psychological capital, authentic leadership in preceptors, and structural empowerment on new graduate nurse burnout and turnover intent. *Applied Nursing Research: ANR, **48,*** 37-44.

Ebrahimi, H., Hasankhani, H., Negarandeh, R., Gillespie, M. ve Azizi, A. (2016). Emotional support for new graduated nurses in clinical setting: a qualitative study. *Journal of Caring Sciences, **5(1),*** 11-21.

Edwards, D., Hawker, C., Carrier, J. ve Rees, C. (2015). A systematic review of the effectiveness of strategies and interventions to improve the transition from student to newly qualified nurse. *International Journal of Nursing Studies, **52 (7),*** 1254–1268.

Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M.N. (2015). Hemşirelikte Araştırma. İstanbul: Nobel Kitabevi.

Erefe, İ. (Ed.). (2012). *Hemşirelikte Araştırma Ilke Süreç ve Yöntemleri.* Ankara: Odak Matbaacılık

Ergöl, Ş. (2011). Türkiye'de yükseköğretimde hemşirelik eğitimi. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, **1(3),*** 152-155.

Fallatah, F., Laschinger H.K.S. ve Read, E.A. (2017). The effects of authentic leadership, organizational identification and occupational coping self-efficacy on new graduate nurses' job turnover intentions in Canada. *Nurse Outlook, **65(2),** 172*-183.

Flinkman, M. ve Salantera, S. (2015). Early career experiences and perceptions-a qualitative exploration of the turnover of young registered nurses and intention to leave nursing profession in Finland. *Journal of Nursing Management, **23(8),*** 1050-1057.

Franklin, A.E., Gubrud-Howe, P., Sideres, S. ve Lee, C.S. (2015). Effectiveness of simulation preparation on novice nurses' competence and self-efficiacy in a multiple-patiebt simulation. *Nursing Education Perspectives, **36(5),*** 324-325.

Frenzel, J.E., Skoy, E.T. ve Eukel, H.N. (2018). Use of simulations to improve pharmacy students' knowledge, skills, and attitudes about medication errors and patient safety. *American Journal of Pharmaceutical Education, **82(8),*** 924-931

Gaba, D.M. (2004). The future vision of simulation in health care. *Quality&Safety in Health Care, **13(1),*** 2-10.

Gallen, A., Kodate, N. ve Casey, D. (2019). How do nurses and midwives perceive their preparedness for quality improvement and patient safety in practice? a cross sectional national study in Ireland. *Nurse Education Today, **76,*** 125-130.

Goldsworthy, S., Patterson, J.D., Dobbs, M., Afzal, A. ve Deboer, S. (2019). How does simulation impact building competency and confidence in recognition and

response to the adult and paediatric deteriorating patient among undergraduate nursing students? *Clinical Simulation in Nursing,* ***28,*** 25-32.

Goode, C.J., Lynn, M.R., McElroy, D., Bednash, G.D. ve Murray, B. (2013). Lessons learned from 10 years of research on a post-baccalaureate nurse residency program. *The Journal of Nursing Administration,* ***43(2),*** 73-79.

Güner, P. (2015). Preparedness of final-year Turkish nursing students for work as a professional nurse. *Journal of Clinical Nursing,* ***24(5-6),*** 844-854.

Haggerty, C., Holloway, K. ve Wilson, D. (2013). How to grow our own: an evaluation of preceptorship in New Zealand graduate nurse programs. *Contemporary Nurse,* ***43(2),*** 162–171.

Hawkins, N., Jeong, S. ve Smith, T. (2018). Coming ready or not! An integrative review examining new graduate nurse' transition acute care. *International Journal of Nursing Practice,* ***25(3),*** e12714.

Hawkins, N., Jeong, S. ve Smith, T. (2019). New graduate nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies,* ***93,*** 41-54.

Hayes, C. (2018). Simulation: smoothing the transition from undergraduate to new graduate. *Journal of Nursing Management,* ***26(5),*** 495-497.

Heinen, M.M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M. ve ark. (2013). Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies,* ***50,*** 174–184

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete 02.05.2007 Erişim 17.09.2019, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm

Hemşirelik Yönetmeliği, Resmi Gazete 08.03. 2010, Erişim 17.09.2019, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete 19.04.2011, Erişim 17.09.2019, https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm

Henderson, A., Ossenberg, C. ve Tyler, S. (2015). 'What matters to graduates': an evaluation of a structured clinical support program for newly graduated nurses. *Nurse Education in Practice, **15(3),*** 225–231.

HEPDAK (2019). Erişim Tarihi: 31.08.2019 http://www.hepdak.org.tr/hemsirelik-kalite-akreditasyon-hepdak-belgeler.html

Hooper, M.E., Browne, G. ve O'Brien, A.P. (2016). Graduate nurses' experiences of mental health services in their first year of practice: an integrative review. I*nternational Journal of Mental Health Nursing, **25(4),*** 286-298.

Hu, Y.C., Chen, S.R., Chen, I.H., Shen, H.C., Lin, Y.K. ve Chang, W.Y. (2015). Evaluation of work stress, turnover intention, work experience and satisfaction with preceptors of new graduate nurses using a 10-minute preceptor model *Journal of Continuing Education in Nursing, **46(6),*** 261-271.

Hu, Y., Zhang, Y., Shen, N., Wu, J., Wu, J. ve Malmedal, W.K. (2017). Stressors of newly graduated nurses in Shanghai pediatric hospital: a qualitative study. *Journal of Nursing Management, **25(3),*** 184-193.

HUÇEP (2014). Hemşirelikte Ulusal Çekirdek Programı, Erişim 17.09.2019, http://tyyc.yeniyuzyil.edu.tr/Page/SBF/Hemsirelik/files/Hucep-2014.pdf

Hunt, D. (2012). QSEN competencies: a bridge to practice, *Nursing Made Incredibly Easy, **10(5),*** 1-3.

Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L.M., Hu, W. ve Salamanson, Y. (2017). New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: a follow up study of newcomer perceptions of transitional support. *BMC Nursing, **16,*** 42.

Hussein, R., Salamonson, Y., Hu, W. ve Everett, B. (2019). Clinical supervision and ward orientation predict new graduate nurses' intention to work in critical care: findings from a prospective observational study. *Australian Critical Care, **32(5),*** 397-402.

Ikematsua, Y., Egawab, K. ve Endoc, M. (2019). Prevalence and retention status of new graduate nurses with special support needs in Japan. *Nurse Education in Practice **36,*** 28-33.

INACSL (2019). INACSL Standards of Best Practice: Simulation. Erişim 17.09.2019, https://www.inacsl.org/inacsl-standards-of-best-practice-simulation/

INACSL Standards Committee (2016a). INACSL standards of best practice: SimulationSM Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S5-S12.

INACSL Standards Committee (2016b). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Outcomes and objectives. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S13-S15.

INACSL Standards Committee (2016c). INACSL standards of best practice: SimulationSM Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S16-S20.

INACSL Standards Committee (2016d). INACSL standards of best practice: SimulationSM Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12****,* S21-S25.

INACSL Standards Committee (2016e). INACSL standards of best practice: SimulationSM Participant evaluation. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S26-S29.

INACSL Standards Committee (2016f). INACSL standards of best practice: SimulationSM Professional integrity. *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S30-S33.

INACSL Standards Committee (2016g). INACSL Standards of Best Practice: SimulationSM Simulation-enhanced interprofessional education (sim-IPE). *Clinical Simulation in Nursing,* ***12,*** S34-S38.

INACSL Standards Committee (2017). INACSL standards of best practice: SimulationSM: Operations. *Clinical Simulation in Nursing,* ***13(12),*** 681-687.

Innes, T. ve Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice,* ***30,*** 62-72.

Ironside, P.M., Jeffries, P.R. ve Martin, A. (2009). Fostering patient safety competencies using multiple-patient simulation experiences. *Nursing Outlook,* ***57(6),*** 332-337.

Ishihara, I., Ishibashi, Y., Takahashi, K. ve Nakashima, M. (2014). Effect of organizational factors and work environments on newly graduated nurses' intention to leave. *Japan Journal of Nursing Sciences,* ***11(3),*** 200-210.

Jamieson, I., Sims, D., Basu, A. ve Pugh, K. (2019). Readiness for practice: The views of New Zealand senior nursing students. *Nurse Education in Practice, **38,*** 27-33.

Jeffries, P.R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives, **26(2),*** 96-103.

Jung, D., Lee, S.H., Kang, S.J. ve Kim, J.H. (2017). Development and evaluation of a clinical simulation for new graduate nurses: a multi-site pilot study. *Nurse Education Today, **49,*** 84-89.

Kaddoura, M.A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of Continuing Education in Nursing, **41(11),*** 506-516.

Kanık, E.A., Taşdelen, B. ve Erdoğan S. (2011). Klinik denemelerde randomizasyon. *Marmara Medical Journal, **24,*** 149-155

Kaplan, B. ve Ura, D. (2010). Use of multiple patient simulators to enhance prioritizing and delegating skills for senior nursing students. *The Journal of Nursing Education, **49(7),*** 371-377.

Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1. Uygulamalı Biyoistatistik.* Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Karakoç, F.Y. ve Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası, **40,*** 39-49.

Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi, **19 (2),*** 131-174.

Kelly, P., Vottero, B.A. ve Christie-McAuliffe, C.A. (2014). *Introduction to Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies.* New York, NY: Springer Publishing Company.

Kenny, P., Reeve R. ve Hall, J. (2016). Satisfaction with nursing education, job satisfaction, and work intentions of new graduate nurses. *Nurse Education Today, **36,*** 230-235.

Kim, E.Y. ve Yeo, J.H. (2019). Effects of pre-graduation characteristics and working environments on transition shock of newly graduated nurses: A longitudinal study. *Nurse Education Today, **78,*** 32-36.

Kim, J.H., Hur, M.H. ve Kim, H.Y. (2018). The efficacy of simulation-based and peer-learning handover training for new graduate nurses. Nurse Education Today, **69,** 14-19.

Kramer, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing* (1st ed.). St Louis, U.S.A: Mosby.

Kramer, M. ve Schmallenberg, C. (1977). Path to biculturalism. *Nursing Administration Quarterly, **2(1),*** 91-96.

Kocaman, G. ve Arslan Yürümezoğlu, H. (2015). Türkiye'de hemşirelik eğitiminin durum analizi: sayılarla hemşirelik eğitimi (1996-2015). *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, **5(3),*** 255-262.

Koç Üniversitesi Tarihçesi, Erişim 31.08.2019 https://nursing.ku.edu.tr/hakkimizda/tarihcemiz/

Koç, S., Bardak, A. ve Yılmaz, K. (2014). Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin iş yerinden beklentilerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, **11(3),*** 43-50.

Koçel, T. (2010). *İşletme Yöneticiliği,* İstanbul: Beta Basım Yayın

Labrague, L.J., Mc-Enroe-Pettite, D. ve Leocadio, M.C. (2019a). Transition experiences of newly graduated Filipino nurses in a resource-scarce rural health care setting: a qualitative study. *Nursing Forum, **54(2),*** 298-306.

Labrague, L.J, McEnroe-Petitte, D.M., Bowling, A.M., Nwafor, C.E. ve Tsaras, K. (2019b). High-fidelity simulation and nursing students' anxiety and self-confidence: a systematic review. *Nursing Forum, **54(3),*** 358-368.

Laschinger, H.K.S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management, **20(4),*** 472-484.

Laschinger, H.K.S., Borgogni, L., Consiglio, C. ve Read, E. (2015). The effects of authentic leadership, six areas of worklife, and occupational coping self-efficacy on

new graduate nurses' burnout and mental health: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies,* ***52(6),*** 1080-1089.

Laschinger, H.K.S. ve Fida, R. (2014a). New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital. *Burnout Research,* ***1(1),*** 19–28.

Laschinger, H.K.S. ve Fida, R. (2014b). A time-lagged analysis of the effect of authentic leadership on workplace bullying, burnout and occupational turnover intentions. *European Journal of Work and Organizational Psychology,* ***23(5),*** 739-753.

Laschinger, H.K.S. ve Fida, R. (2015). Linking nurses' perceptions of patient care quality to job satisfaction: the role of authentic leadership and empowering professional practice environments. *Journal of Nursing Administration,* ***45(5),*** 276-283.

Laschinger, H.K.S. ve Grau, A. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies,* ***49(3),*** 282-291.

Laschinger, H.K.S., Grau, A.L., Finegan. J. ve Wilk, P. (2010). New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings. *Journal of Advanced Nursing,* ***66(12),*** 2732–2742.

Laschinger, H.K.S., Grau, A.L., Finegan, J. ve Wilk, P. (2012a). Predictors of new graduate nurses' workplace well-being: testing the job demands-resources model. *Health Care Management Review,* ***37(2),*** 175-186.

Laschinger, H.K.S. ve Nosko, A. (2015). Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal of Nursing Management,* ***23(2),*** 252-262.

Laschinger, H.K.S. ve Read, E. (2016). The effect of authentic leadership, person-job fit, and civility norms on new graduate nurses_ experiences of coworker ıncivility and burnout. *Journal of Nursing Administration,* ***46 (11),*** 574-580.

Laschinger, H.K.S. ve Smith, L.M. (2013). The influence of authentic leadership and empowerment on new-graduate nurses' perceptions of interprofessional collaboration. *The Journal of Nursing Administration,* ***43(1),*** 24-29.

Laschinger, H.K.S., Wong, C.A. ve Grau, A.L. (2012b). The influence of authentic leadership on newly graduated nurses' experiences of workplace bullying, burnout and retention outcomes: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies, **49(10),*** 1266-1276.

Laschinger, H.K.S., Wong, C., Read, E., Cummings, G, Leiter, M., Macphee, M., ve ark. (2019). Predictors of new graduate nurses' health over first 4 years of practice. *Nursing Open, **6(2),*** 245-259.

Laschinger, H.K.S., Wong, C., Regan, S., Young-Ritchie, C. ve Bushell, P. (2013). Workplace incivility and new graduate nurses' mental health: The protective role of resiliency. *Journal of Nursing Administration, **43(7/8),*** 415-421.

Laschinger, H.K.S., Zhu, J. ve Read, E. (2016). New nurses' perceptions of professional practice behaviours, quality of care, job satisfaction and career retention. *Journal of Nursing Management, **24(5),*** 656-665.

Lea, J. ve Cruickshank, M. (2015). The support needs of new graduate nurses making the transition to rural nursing practice in Australia. *Journal of Clinical Nursing, **24(7-8),*** 948-960.

Lee E. (2019). Why newly graduated nurses in South Korea leave their first job in a short time? a survival analysis. *Human Resources for Health, **17(1),*** 61.

Lee, N.J., Jang, H. ve Park, S.Y. (2016). Patient safety education and baccalaureate nursing students' patient safety competency: a cross-sectional study. *Nursing&Health Sciences, **18(2),*** 163-171.

Lee, M.N., Kang, K.A., Park, S.J. ve Kim, S.J. (2017). Effects of pre-education combined with a simulation for caring for children with croup on senior nursing students. *Nursing&Health Sciences, **19(2),*** 264-272.

Lee, S.H., Kim, J.H., Jung, D. ve Kang, S.J. (2019a). Educational needs for new graduate nurses in Korea. *Nurse Education in Practice, **34,*** 167-172.

Lee, W., Uhm, J.ve Lee, T. (2014). Role transition of senior year nursing students: analysis of predictors for role transition. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration, **20(2),*** 187-194

Lee, B.O., Liang, H.F., Chu, T.P. ve Hung, C.C. (2019b). Effects of simulation-based learning on nursing student competences and clinical performance. *Nurse Education in Practice, **41,*** 102646.

Letourneau, R.M. ve McCurry, M.K. (2019). The effect of transition to practice programs on the self-assessment of newly licensed registered nurses' confidence in quality and safety competency attainment. *Nursing Education Perspectives, **40(3),*** 151-156.

Liang, H.F., Lin, C.C. ve Wu, K.M. (2018). Breaking through the dilemma of whether to continue nursing: newly graduated nurses' experiences of work challenges. *Nurse Education Today, **67,*** 72-76.

Liaw, S.Y., Koh, Y., Dawood, R., Kowitlawakul, Y., Zhou, W. ve Lau, S.T. (2014a). Easing student transition to graduate nurse: A SIMulated Professional Learning Environment (SIMPLE) for final year student nurses. *Nurse Education Today, **34(3),*** 349-355.

Liaw, S.Y., Palham, S., Chan, S.W., Wong, L.F. ve Lim, F.P. (2015). Using simulation learning through academic-practice partnership to promote transition to clinical practice: a qualitative evaluation. *Journal of Advanced Nursing, **71(5),*** 1044-1054.

Marć, M., Bartosiewicz, A., Burzyńska, J., Chmiel, Z. ve Januszewicz, P. (2019). A nursing shortage - a prospect of global and local policies. *International Nursing Review, **66(1),*** 9-16.

Mariani, B., Ross, J.G., Paparella, S. ve Allen, L.R. (2017). Medication safety simulation to assess student knowledge and competence. *Clinical Simulation in Nursing, **13(5),*** 210-216.

Moughrabi, S. ve Wallace, D.R. (2015). The effectiveness of simulation in advancing quality and safety education for nurses-based competency in accelerated nursing students. *Journal of Nursing Education and Practice, **5(8),*** 17-27.

Maxwell, K.L. ve Wright, V.H. (2016). Evaluating the effectiveness of two teaching strategies to improve nursing students' knowledge, skills, and attitudes about quality improvement and patient safety. *Nurse Education Perspectives, **37(5),*** 291-292.

Mellor, P. ve Gregoric, C. (2016). Ways of being: preparing nursing students for transition to professional practice. *Journal of Continuing Education in Nursing, **47(7)**,* 330-340.

Mennenga, H.A., Tschetter, L. ve Sanjaya, L. (2015). Student perceptions of quality and safety competencies. *International Journal of Nursing Education Scholarship, **12,*** 155-161.

Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D.K. ve Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Sciences, **23(1),*** 12-28.

Meydan, C.H. ve Şeşen, H. (2015). *Yapısal Eşitlik Modellemesi AMOS Uygulamaları.* Ankara: Detay Yayıncılık

Meyer M, Marzen-Groller, K., Myers, S., Busenhart, C., Waugh, S. ve Stegenga, K. (2014). Simulation asa learning experience: perceptions of new RNs. *Clinical Simulation in Nursing, **10(8),*** 384-394.

Meyer, G. ve Shatto, B. (2018). Resilience and transition to practice in direct entry nursing graduates. *Nurse Education in Practice, **28,*** 276-279.

Munir, F., Nielsen, K., Garde, A.H., Albertsen, K. ve Carneiro, I.G. (2012). Mediating the effects of work–life conflict between transformational leadership and health-care workers' job satisfaction and psychological well being. *Journal of Nursing Management, **20(4),*** 512–521.

Murray, M., Sundin, D. ve Cope, V. (2019). New graduate nurses' understanding and attitudes about patient safety upon transition to practice. *Journal of Clinical Nursing, **28(13-14),*** 2543-2552.

Nowell, L.S. (2016). Delegate, collaborate, or consult? a capstone simulation for senior nursing students. *Nurse Education Perspectives, **37(1),*** 54-55

Ortiz, J. (2016). New graduate nurses' experiences about lack of confidence. *Nurse Education in Practice, **19,*** 19-24.

QSEN. (2019). Quality and Safety Ecuation for Nurses. Erişim 30.08.2019, http://www.qsen.org/docs

Qxford English Dictionary (2019). https://www.lexico.com/en/definition/transition Erişim 31.08.2019

Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A. ve Doğan, N. (2000). Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yıllığı,* ***1(1),*** 5-11.

Parker, V., Giles, M., Lantry, G. ve McMillan, M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today,* ***34(1),*** 150-156.

Patterson, E.E.B., Boyd, L. ve Mnatzaganian, G. (2017). The impact of undergraduate clinical teaching models on the perceptions of work-readiness among new graduate nurses: A cross sectional study. *Nurse Education Today,* ***55****,* 101-106.

Pauly-O'Neill, S., Cooper, E. ve Prion, S. (2016). Student QSEN participation during an adult medical-surgical rotation. *Nurse Education Perspectives,* ***37(3),*** 165-167.

Pearson, E. ve McLafferty, I. (2011). The use of simulation as a learning approach to non-technical skills awareness in final year student nurses. *Nurse Education in Practice,* ***11(6),*** 399-405.

Peterson-Graziose, V. ve Bryer, J. (2017). Assessing student perceptions of quality and safety education for nurses competencies in a baccalaureate curriculum. *The Journal of Nursing Education,* ***56(7),*** 435-438.

Phillips, C., Esterman, A., Smith, C. ve Kenny, A. (2013). Predictors of successful transition to registered nurse. *Journal of Advanced Nursing,* ***69(6),*** 1314-1322.

Phoenix Bittner, N., Gravlin, G., MacDonald, C. and Bourgeois, D. (2017). A newly licensed nurse orientation program evaluation: focus on outcomes. *Journal of Continuing Education in Nursing,* ***48(1),*** 22-28.

Pineau Stam, L.M., Laschinger, H.K.S., Regan, S. ve Wong, C.A. (2015). The influence of personal and workplace resources on new graduate nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Management,* ***23(2),*** 190-199.

Polat, Ş., Ayyıldız Erkan, H, Çınar, G. ve Afşar Doğrusöz, L. (2018). Bir üniversite hastanesinde klinik uygulama yapan öğrenci hemşirelerin uygulama alanlarına yönelik görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, **5(2),*** 64-74.

Prince, W.L., Winmill, D., Wing, D. ve Kahoush, A. (2016). Nursing students' perceptions of a multiple-patient simulation experience. *Nurse Education Perpectives, **37(6),*** 331-332.

Rainbow, J.G. ve Steege, L.M. (2019). Transition to practice experiences of first- and second-career nurses: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing, **28(7-8),*** 1193-1204.

Read, E.A. ve Laschinger, H.K.S. (2015). The influence of authentic leadership and empowerment on nurses' relational social capital, mental health and job satisfaction over the first year of practice. *Journal of Advanced Nursing, **71(7),*** 1611-1623.

Regan, S., Wong, C., Laschinger, H.K.S., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., ve ark. (2017). Starting Out: qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice. *Journal of Nursing Management, **25(4),*** 246-255.

Rudman, A. ve Gustavsson, J.P. (2011). Early-career burnout among new graduate nurses: a prospective observational study of intra-individual change trajectories. *International Journal of Nursing Studies, **48(3),*** 292-306.

Rush, K.L., Adamack, M., Gordon, J., Janke, R. ve Ghement, I. (2014). New graduate transition programs: relationships with access to support and bullying. *Contemporary Nurse, **48 (2),*** 219–228.

Rush, K.L., Adamack, M., Gordon, J., Janke, R. ve Ghement, I. (2015). Orientation and transition program component predictors of new graduate workplace integration. *Journal of Nursing Management, **23(2),*** 143–155.

Rush, K.L., Janke, R., Duchscher, J.E., Phillips, R. ve Kaur, S. (2019). Best practices of formal new graduate transition programs: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies, **94,*** 139-158.

Sağlık Bakanlığı (2014). 2023 Yılı Sağlık İş Gücü Hedefleri ve Sağlık Eğitimi. Erişim 31.08.2019,

https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/2912,2023saglikegitimibaskiwebpdf.pdf?0&_tag1=F5D3B4615C9B33C44FD202329148FB0FA3778B85

Sawaengdee, K., Kantamaturapoj, K., Seneerattanaprayul, P., Putthasri, W. ve Suphanchaimat, R. (2016). Self-assessment of nursing competency among final year nursing students in Thailand: a comparison between public and private nursing institutions. *Advances in Medical Education and Practice, **7,*** 475-482.

Schumacher, K.L. ve Meleis, A.I. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship, **26(2),*** 119-127.

Sherwood, G. ve Barnsteiner, J. (2017). *Quality and Safety In Nursing: A Competency Approach to Improving Outcomes.* USA: Wiley Blackwell.

Sherwood, G.D. ve Horton-Deutsch, S. (2015). *Reflective Organizations; On The Front Lines of QSEN and Reflective Practice Implementation.* USA: Sigma Theta Tau International.

Shinyashiki, G.T., Mendes, I.A.C., Trevizan, M.A. ve Day, R.A. (2006). Professional socialization: students becoming nurses. *Revista Latino Americana de Enfermagem, **14(4),*** 601-607.

Sparacino, L.L. (2016). Faculty's role in assisting new graduate nurses' adjustment to practice. *SAGE Open Nursing, **2,*** 1-9.

Spector, N., Blegen, M.A., Silvestre, J., Barnsteiner, J., Lynn, M.R., Ulrich, B., ve ark. (2015). Transition to practice study in hospital settings. *Journal of Nursing Regulation, **5(4),*** 24–38.

Spiva, L., Hart, P.L., Pruner, L., Johnson, D., Martin, K., Brakovich, B. ve ark. (2013). Hearing the voices of newly licensed RNs: the transition to practice: a qualitative study suggests that new nurses need more guidance and support than they are getting. *The American Journal of Nursing, **13(11),*** 24–32.

Sönmez, B. ve Yıldırım, A. (2016). Difficulties experienced by newly-graduated nurses in Turkey: a qualitative study of first six months of employment. *Journal of Nursing Education and Practice, **6(1),*** 104-110.

Sullivan, N., Goldstein, N., Lucas, L. ve Ockimey, J. (2019). Multiple patient simulation: an exemplar for designing an effective experience. *Nurse Educator, **44(1),*** 2-4.

Sullivan, D.T., Hirst, D. ve Cronenwett, L. (2009). Assessing quality and safety competencies of graduating prelicensure nursing students. *Nurse Outlook, **57(6),*** 323-331.

Tabachnick, B.G. ve Fidell, L.S. (2015). *Çok Değişkenli Istatistiklerin Kullanımı.* (M, Baloğlu, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Tarhan, M. (2018). Hemşirelikte insan kaynakları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, **49,*** 48-51. Erişim 30.08.2019,

http://www.sdplatform.com/Dergi/1160/Hemsirelikte-insan-kaynaklari.aspx

Taştan, S., Unver, V. ve Hatipoğlu, S. (2013). An analysis of the factors affecting the transition period to professional roles for newly graduated nurses in Turkey. *International Nursing Review, **60(3),*** 405-412.

Tei-Tominaga, M. (2013). Factors related to the intention to leave and the decision to resign among newly graduated nurses: a complete survey in a selected prefecture in Japan. *Environmental Health and Preventive Medicine, **18(4),*** 293-305.

Theisen, J.L ve Sandau, K.E. (2013). Competency of new graduate nurses: a review of their weaknesses and strategies for success. *Journal of Continuing Education in Nursing, **44(9),*** 406-414.

Thomas, C.M. ve Mraz, M.A. (2017). Exploration into how simulation can effect new graduate transition. *Clinical Simulation in Nursing, **13(10),*** 465-470.

Trepanier, S., Early, S., Ulrich, B. ve Cherry, B. (2012). New graduate nurse residency program: a cost-benefit analysis based on turnover and contract labor usage. *Nursing Economics, **30(4),*** 207–214.

Tsang, L.F., So Yuen, A.S., Law, S.L.W., Yuen, M.C. ve Sze, C.Y. (2016). ToUCH program on competence, occupational stress and self-efficacy of newly graduated registered nurses in United Christian Hospital: a mixed method research study. *Journal of Nursing Education and Practice, **6(8),*** 129–137.

Tosun, H. (2010). İstanbul'da kurulan cumhuriyetin ilk milli hemşirelik okulu "Kızılay Hemşirelik Lisesi". *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* ***Sempozyum Özel Sayısı,*** 126-130.

Tuna, R. (2015). Türkiye'de hemşire yetiştiren yükseköğretim kurumlarındaki öğrenci ve öğretim elemanı dağılımı. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi,* ***2(2):*** 94-99.

Türk Dili Kurumu Sözlüğü (2019). Erişim 31.08.2019 https://sozluk.gov.tr/

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2015). Erişim 17.09.2019. https://www.saglik.gov.tr/TR,12280/saglik-istatistikleri-yilligi-2015--guncellenme-tarihi--14122016-.html

Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2017). Erişim 31.08.2019, https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/31096,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0

Türten Kaymaz, T., Şimşek Çetinkaya, Ş., Bakır, E., Üzar Çetin, Y.S., Gül, Ş., Ercan Şahin, N. ve ark. (2017). Türkiye'deki hemşirelik lisans programlarının web sayfalarında bologna sürecinin yansımaları. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi,* ***7(1),*** 91-97.

Tyndall, D.E., Scott, E.S., Jones, L.R. ve Cook K.J. (2019). Changing new graduate nurse profiles and retention recommendations for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration,* ***49(2),*** 93-98.

Ulusoy, M.F. (1998). Türkiye'de hemşirelik eğitiminin tarihsel süreci. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* ***2(1),*** 1-8.

Uslu, Y., Kocatepe, V., Ünver, V., Sağır, O. ve Karabacak, Ü. (2019). Hybrid simulation in triage training. *International Journal of Caring Sciences,* ***12(3),*** 1626-1637.

Ünver, V., Başak, T., Taştan, S., Kök, G., Güvenç, G., Demirtaş, A. ve ark. (2018). Analysis of the effects of high-fidelity simulation on nursing students' perceptions of their preparedness for disasters. *International Emergency Nursing,* ***38,*** 3-9.

Walker, A. ve Campbell, K. (2013). Work readiness of graduate nurses and the impact on job satisfaction, work engagement and intention to remain. *Nurse Education Today,* ***33(12),*** 1490-1495.

Walker, A., Costa, B.M., Foster, A.M. ve de Bruin, R.I. (2017). Transition and integration experiences of Australian graduate nurses: qualitative systematic review. *Collegian,* ***24(5),*** 505-512.

Walsh, A.L. (2018). Nurse residency programs and the benefits for new graduate nurses. Erişim 17.09.2019, http://pediatricnursing.net/issues/18novdec/abstr2.html

Whitehead, B., Owen, P., Holmes, D., Beddingham, E., Simmons, M., Henshaw, L., ve ark. (2013). Supporting newly qualified nurses in the UK: a systematic literature review. *Nurse Education Today,* ***33(4),*** 370-377.

Whitehead, B., Owen, P., Henshaw, L., Beddingham, E. ve Simmons, M. (2016). Supporting newly qualified nurse transition: a case study in a UK hospital. *Nurse Education Today,* ***36,*** 58-63.

Williams, F.S., Scott, E.S., Tyndall, D.E. ve Swanson, M. (2018). New nurse graduate residency mentoring: a retrospective cross-sectional research study nurse residency programs. *Nursing Economics,* ***36 (3),*** 121.

Wing, T., Regan, S. ve Laschinger, H.K.S. (2015). The influence of empowerment and incivility on the mental health of new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, ***23*****(5),** 632–643.

Woods, C., West, C., Mills, J., Park, T., Southern, J. ve Usher, K. (2015). Undergraduate student nurses' self-reported preparedness for practice. *Collegian,* ***22(4),*** 359-368.

World Health Organization (2018). Global Health Workforce Statistics, World Health Organization, Geneva. Erişim 31.08.2019, http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/

World Health Organization (2019). Global Health Observatory Data. Erişim 31.08.2019, https://www.who.int/gho/health_workforce/nursing_midwifery_density/en/

Wu, T.Y., Fox, D.P, Stokes, C. ve Adam, C. (2012). Work related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today,* ***32(6),*** 669-674.

Yaşlıoğlu, M.M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, ***46,*** 74-85.

Yıldırım, A. (2014). *Sağlık Sistemi ve Yönetim Ilkeleri Işığında Hemşirelik.* Ankara: Hedef Yayıncılık

YÖK (2008). Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik. Erişim 31.08.2019, http://www.yok.gov.tr/content/view/981.

YÖK İstatistikleri (2019). Erişim 31.08.2019, https://istatistik.yok.gov.tr/

YÖK (2017). Hemşirelik Eğitimi Çalıştayı. Erişim Tarihi: 31.08.2019, https://www.yok.gov.tr/Documents/Yayinlar/Yayinlarimiz/Hemsirelik_Lisans_Egitimi_Calistayi_Sonuc_Raporu.pdf

Yu, M. ve Kang, K.J. (2017). Effectiveness of a role-play simulation program involving the sbar technique: A quasi-experimental study. *Nurse Education Today,* ***53,*** 41-47.

Yu, M. ve Kang, K.J. (2016). Factors affecting turnover intention for new graduate nurses in three transition periods for job and work environment satisfaction. *Journal of Continuing Education in Nursing,* ***47(3),*** 120-131.

Yu, M. ve Lee, H. (2018). Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. *Japan Journal of Nursing Sciences,* ***15(4),*** 351-362.

Zamanzadeh, V., Roshangar, F., Fathi-Azar, E., Valizadeh, L. ve Kirkwood, J. (2014). Experiences of newly graduated nurses on strategies of gaining self-confidence during their initial work: a qualitative study. *The Journal of Nursing Research,* ***22(4),*** 283-291.

Zapko, K.A., Ferranto, M.L.G., Blasiman, R. and Shelestak, D. (2018). Evaluating best educational practices, student satisfaction, and self-confidence in simulation: a descriptive study. *Nurse Education Today,* ***60,*** 28-34.

Zhang, Y., Huang, X., Xu, S., Xu, C., Feng, X. ve Jin J. (2019). Can a one-on-one mentorship program reduce the turnover rate of new graduate nurses in China? A longitudinal study. *Nurse Education in Practice, **40,*** 102616.

Zhang, Y., Wu, J., Fang, Z., Zhang, Y. ve Wong F.K. (2017). Newly graduated nurses' intention to leave in their first year of practice in Shangai: a longitudinal study. *Nurse Outlook, **65(2),*** 202-11.

FORMLAR

Ek 1: Bireysel Özellikler Formu

Ek 2: Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formu

Ek 3: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

Ek 3a: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

Ek 3b: Uzman Listesi I

Ek 3c: Kapsam Geçerliği Sonrasında Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği Taslağı

Ek 4: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği

Ek 5: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

Ek 5a: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

Ek 5b: Kapsam Geçerliği Sonrasında Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği Taslağı

Ek 6: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği

Ek 7: Hemşirelikte Geçiş Şoku Algısı Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

Ek 7a: Hemşirelikte Geçiş Şoku Algısı Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

Ek 7b: Kapsam Geçerliği Sonrasında Hemşirelikte Geçiş Şoku Algısı Ölçeği Taslağı

Ek 8: Hemşirelikte Geçiş Şoku Algısı Ölçeği

Ek 9: Uzman Listesi-II

Ek 10: Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı

Ek 11: QSEN Based Simulation Evaluation Rubric

Ek 12: Uzman Listesi III

Ek 13: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği I

Ek 14: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği II

Ek 15: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği III

Ek 16: Simulation Evaluation Rubric

Ek 17: Simülasyon Değerlendirme Anketi

Ek 18: Mesleki Yaşama Geçiş Programı

Ek 19: Workshop Katılım Belgesi

Ek 20: Simülasyon I: Önceliklendirme ve Yetki Devri

Ek 21: Simülasyon II: Yatan Hasta Kabulü

Ek 22: Simülasyon III: Kurum İçi Transfer

Ek 23: Ön Bilgilendirme Oturumu Çerçevesi

Ek 24: Gizlilik Sözleşmesi

Ek 25: Çözümleme Oturumu Çerçevesi

Ek 26: Simülasyon I: Önceliklendirme ve Yetki Devri için Literatür Bilgisi

Ek 27: Simülasyon II: Yatan Hasta Kabulü için Literatür Bilgisi

Ek 28: Simülasyon III: Kurum İçi Transfer için Literatür Bilgisi

Ek 29: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek 30: QSEN Materyallerinin Kullanım İzni

Ek 31: Geçiş Şoku Modelinin Kullanım İzni

Ek 32: Simülasyon Değerlendirme Anketinin Türkçe Çeviri İzni

Ek 33: Kurum İzni I: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Ek 34: Kurum İzni II: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Ek 35: Kurum İzni III: İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi

Ek 1: Bireysel Özellikler Formu

Öğrenci Numaranız : ……..

1. **Yaşınız** : …….
2. **Cinsiyetiniz** : ○ Kadın ○ Erkek
3. **Mezun Olduğunuz Lise** : ○ Düz Lise ○ Özel Okul/Kolej
   ○ Fen Lisesi ○ Diğer…….
   ○ Anadolu Lisesi
4. **Yedinci yarıyıl sonunca Genel Ağırlıklı Not Ortalamanız (GANO)** : ……
5. **Bölümünüzü seçim noktasında olsaydınız yine bu bölümü seçer miydiniz?** : ○ Evet ○ Hayır
6. **Mezun olduktan sonra hangi alanda çalışmayı düşünüyorsunuz?** : ○ Dâhili Birimler ○ Çocuk Sağlığı Birimleri
   ○ Cerrahi Birimler ○ Kadın Sağlığı Birimleri
   ○ Ruh Sağlığı Birimleri ○ Diğer……..
   ○ Halk Sağlığı Birimleri

7. Öğrencilik rolünden mesleki role geçmek üzere olduğunuz bu dönemde **kendi hemşireliğinize ne kadar güveniyorsunuz?**

Hiç güvenmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Tamamen güveniyorum**

8. Öğrencilik rolünden mesleki role geçmek üzere olmak size **kendinizi ne kadar endişeli** hissettiriyor?

Hiç endişe hissetmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Aşırı endişe hissediyorum**

9. Öğrencilik rolünden mesleki role geçmek üzere olmak size kendinizi ne kadar **stresli** hissettiriyor?

Hiç stres hissetmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Aşırı stres hissediyorum**

10. Hemşirelik mesleğinin gerektirdiği **rol ve sorumlulukları** gerçekleştirebilmek için kendinizi ne kadar hazır hissediyorsunuz?

Hiç hazır hissetmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Tamamen hazır hissediyorum**

11. Hemşirelik mesleğinin gerektirdiği **bilgi ve becerileri** uygulayabilmek için kendinizi ne kadar hazır hissediyorsunuz?

Hiç hazır hissetmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Tamamen hazır hissediyorum**

12. Hemşirelik mesleğinin gerektirdiği **ilişkileri** kurabilmek için kendinizi ne kadar hazır hissediyorsunuz?

Hiç hazır hissetmiyorum	**0**	1	2	3	4	5	6	7	8	9	**10**	**Tamamen hazır hissediyorum**

Ek 2: Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formu

BİREY MERKEZLİ BAKIM		
Bireylerin tercih, değer ve ihtiyaçlarına temelli şefkatli ve eşgüdümlü bakımın sağlanmasında, değerlendirmenin kaynağı ve bakımın tam ortağı olarak birey ve yakınlarının kabul edilmesidir.		
Bilgi	**Beceri**	**Davranış**
Birey merkezli bakımın çok boyutlu anlayışını bütünleştirebilmesi **Birey/aile/toplumun değer ve tercihleri** **Bakımın eşgüdümü ve bütünleşmesi** **Bilgi, iletişim ve eğitim** **Fiziksel konfor ve duygusal destek** **Aile ve arkadaşların katılımı** **Bakımın geçişi ve sürekliliği** Birey, aile ve toplumun değer kaynakları üzerine farklı kültürel, etnik ve sosyal geçmişlerin etkisini tasvir edebilmesi	Hemşirelik sürecinin bir parçası olarak bireyin değer, tercih ve gereksinimlerini belirleyebilmesi Bireyin değer, tercih ve gereksinimlerini sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine aktarabilmesi Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	Sağlık bakım hizmetlerine bireyin gözünden bakmayı önemseyebilmesi Değer, tercih ve gereksinimler konusunda bireysel ifadelere saygı duyabilmesi ve ifade etmeleri için bireyleri cesaretlendirebilmesi Bireylerin sağlık durumu ve şikâyetleri ile ilgili ifadelerini önemseyebilmesi Farklılıkların tüm boyutlarını temsil eden bireyleri bir öğrenme fırsatı olarak görebilmesi Farklı etnik, kültürel ve sosyal geçmişe sahip bireylere bakım verirken kişisel yaklaşımlarının farkında olabilmesi Birey merkezli bakımı, değerleri kendisinden farklı olan birey ya da gruplar için istekli olarak gerçekleştirebilmesi
Ağrı ve konforun fizyolojik kuramları dâhilinde ağrı ve acı kavramlarına ilişkin geniş kapsamlı teorik bilgiye sahip olabilmesi	Ağrı ve acının varlığı ve şiddetini değerlendirebilmesi Fiziksel ve duygusal konfor düzeyini değerlendirebilmesi Ağrı, rahatsızlık ve acının hafifletilmesi sürecinde birey ve ailenin beklentilerini belirleyebilmesi Bireylerin değer, tercih ve gereksinimleri ışığında ağrı ve acıyı hafifletmek için etkili yöntemleri uygulayabilmesi	Ağrı ve acının yönetiminde kendi değer ve inançlarının farkında olabilmesi Ağrı ve acının yönetiminde hemşirelik rolünün önemine inanabilmesi Bireylerin beklentilerinin ağrı ve acının yönetiminde sonuçları etkilediğini kabul edebilmesi
Sağlık bakımında güvenlik, kalite ve maliyet etkinliğin iyileştirilmesinde birey ve ailenin bakım sürecine aktif katılımının etkisini inceleyebilmesi Bireylerin kendi sağlık bakım süreçlerine aktif katılımlarını engelleyen yaygın nedenleri sorgulayabilmesi Sağlık bakım süreçlerinin tüm aşamalarında, birey ya da aileyi güçlendirmeye yönelik stratejileri tasvir edebilmesi	Bireysel tercihler temelinde aile ve yakınların önündeki engelleri ortadan kaldırabilmesi Bireyin karar almadaki fikir ayrılığı düzeyinin değerlendirilmesi ve kaynaklara erişimini sağlayabilmesi Sağlık, güvenlik, iyili hali ve öz bakımın yönetiminde birey ve yakınları ile etkin ortaklık kurabilmesi	Bakımın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, birey ve yakınlarının aktif katılımına değer verebilmesi Bakım sürecinde aktif katılım düzeyi açısından bireysel tercihlere saygı gösterebilmesi Bireyin kişisel sağlık kayıtlarına erişim hakkına saygı gösterebilmesi
Birey merkezli bakımın yasal ve etik uygulamalarını araştırabilmesi Terapötik birey merkezli bakımın sınırlarını tasvir edebilmesi	Terapötik ilişkinin sınırlarını tanıyabilmesi Bakım için bilgilendirilmiş hasta onamına yardımcı olabilmesi	Hasta hakları, mesleki kurumsal sorumluluk ve etik bakım arasında yaşanabilecek gerginliğin farkında olabilmesi Birey ve ailelerle çatışmalar meydana geldiğinde dahi ortak karar almaya önem verebilmesi
Etkili iletişim ilkelerini tartışabilmesi Uzlaşma sağlayabilme ve çatışma çözme konusundaki temel ilkeleri tasvir edebilmesi Bakım eşgüdümü, bütünleşmesi ve sürekliliğinin sağlanmasında hemşirelik rollerini inceleyebilmesi	Birey ve aile görüşmelerinde kendi iletişim becerisi düzeyini değerlendirebilmesi Sağlık bakım süreci kapsamında çatışma çözme ya da uzlaşma sağlayabilme süreçlerine katılım gösterebilmesi Bakımın her geçişi sırasında, karşılanan ve gereksinim duyulan bakım ihtiyacını iletebilmesi	Kendi iletişim ve çatışma çözme becerilerini sürekli geliştirmeye önem verebilmesi

EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ		
Hemşirelik ekipleri ve meslekler arası ekiplerde sağlık bakımını gerçekleştirmek için açık iletişim, karşılıklı saygı ve ortak karar alma mekanizmalarının gelişmesine yardım ederek etkin bir şekilde işlev görülmesidir.		
Bilgi	**Beceri**	**Davranış**
Ekibin etkin bir üyesi olarak güçlü ve zayıf yönlerini, sınırlarını ve değerlerini tasvir edebilmesi	Ekibin bir üyesi olarak güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olduğunu gösterebilmesi Ekibin bir üyesi olarak kendini geliştirme planını uygulamaya geçirebilmesi Ekip içinde dürüstlük, tutarlılık ve farklı görüşlere saygı göstererek hareket edebilmesi	Ekip işlevselliğine katkı vermek için kendi yeteneklerinin farkında olabilmesi Meslekler arası/içi işbirliğinin önemine inanabilmesi
Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını tasvir edebilmesi Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarında yaşanabilecek kesişim noktalarını belirleyebilme ve yönetebilme konusundaki stratejileri tasvir edebilmesi Diğer birey ve grupların, birey ve ailesinin sağlık hedeflerine ulaşmasını kolaylaştıran katkılarını tanıyabilmesi	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirmesi Duruma uygun olarak lider ya da ekip üyesi rolünü üstlenebilmesi Durum uygun olarak diğer sağlık ekibi üyelerinden yardım talebinde bulunabilmesi Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarında kesişim yaşandığında rolleri ve sorumlulukları açık hale getirebilmesi Birey ve ailesinin sağlık hedeflerine ulaşmasını kolaylaştıran diğer birey ve grupların katkılarını bütünleştirebilmesi	Tüm sağlık ekibi üyelerinin bakış açısı ve uzmanlıklarına değer verebilmesi Sağlık ekibinin esas üyesi olan birey ve ailenin, merkeziyetine saygı gösterebilmesi Ekip üyelerinin farklılıklarına saygı gösterebilmesi
Birey ve aileler, hemşireler ve sağlık bakım ekibi üyelerinin iletişim tarzları arasındaki farklılıkları çözümleyebilmesi Kendi iletişim tarzının diğerleri üzerindeki etkisini tasvir edebilmesi İletişim kurma ve çatışma çözme konusunda etkili stratejileri tartışabilmesi	Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi Ekip hedeflerine olan bağlılığını gösterebilmesi Bireysel başarımın yanı sıra ekip başarımını da yükseltmek için diğer ekip üyelerinden bilgi talep edebilmesi Çatışmayı çözmek için girişimler başlatabilmesi	Ekip çalışmasına ve ekip çalışmasını temel alan ilişkilere değer verebilmesi Birey, aileler ve sağlık bakım üyeleri tarafından kullanılan farklı iletişim tarzlarına değer verebilmesi Çatışma ve anlaşmazlığı çözme sürecine katkı verebilmesi
Ekip işlevselliğinin, bakım kalitesi ve güvenliği üzerindeki etkisini örneklerle tasvir edebilmesi Ekip üyeleri arasındaki otorite düşüşlerinin, ekip çalışması ve güvenlik üzerindeki etkilerini açıklayabilmesi	Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi Sağlık bakımı ile ilgili tartışmalarda kendi bakış açısını ortaya koyabilmesi Ekip üyeleri arasındaki otorite düşüşleri ile ilgili riskleri azaltan iletişim tarzlarını kullanabilmesi	Bakım geçişleri ilgili riskleri göz önünde bulundurması
Etkili ekip işlevselliğinin önündeki sistemsel engelleri belirleyebilmesi Ekip işlevselliğini destekleyen sistem iyileştirme stratejilerini inceleyebilmesi	Etkili ekip çalışmasını destekleyen sistem tasarımlarına katılım gösterebilmesi	Etkili ekip işlevselliğine ulaşmada sistemsel çözümlerin önemine değer verebilmesi

KANITA DAYALI UYGULAMA		
En uygun sağlık bakım hizmetini sunmak için birey/aile tercihleri, değerleri ve klinik uzmanlığı en güncel kanıtlar ile bütünleştirilmesidir.		
Bilgi	**Beceri**	**Davranış**
Temel bilimsel yöntemler ve süreçler hakkında bilgi sahibi olabilmesi Araştırma kanıtları, klinik uzmanlık ve birey/aile değerleri bileşenlerini içerecek şekilde kanıta dayalı uygulamayı tasvir edebilmesi	Uygun veri toplama ve araştırma sürecinin diğer aşamalarına etkin bir şekilde katılabilmesi Kurumsal İnceleme Kurulu'nun rehberine uyabilmesi Bireyselleştirilmiş bakım planını, değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi	Klinik uygulamaya yönelik bilimsel temellerin, güçlü ve zayıf yönlerini anlayabilmesi Araştırmalar ve kalite iyileştirmenin etik bir şekilde yürütülmesi gerektiğine inanabilmesi En iyi klinik uygulamanın belirlenmesinde bütünleyici olarak kanıta dayalı uygulama kavramına değer verebilmesi
Klinik görüşü, araştırma ve kanıt özetlerinden ayırt edebilmesi Kanıta dayalı raporları ve klinik uygulama rehberlerini araştırma sürecinde güvenilir kaynakları tasvir edebilmesi	Uygulama alanı ile ilgili kanıta dayalı raporları ve orijinal araştırmaları okuyabilmesi Klinik uygulama konu başlıkları ve rehberleri ile ilgili kanıta dayalı raporları bulabilmesi	İlgili mesleki dergilerin düzenli olarak okunmanın önemine inanabilmesi
En iyi klinik uygulamanın belirlenmesinde kanıtların rolünü açıklayabilmesi Mevcut kanıtların gücü ve uygunluğunun, birey merkezli bakım girişimlerinin seçimi üzerine etkisini tasvir edebilmesi	Yeni kanıtların, uygulama standartlarına dâhil edilmesini kolaylaştıran bir çalışma ortamının yapılandırılmasına katılım göstermesi Beklenenin altında olan sonuçlar ya da istenmeyen olaylar ile sonuçlanan rutin bakım yaklaşımlarının nednelerini sorgulayabilmesi	Yeni bilgiler doğrultusunda klinik uygulamanın sürekli iyileştirmesi gerektiğine inanabilmesi
Klinik uzmanlık ya da birey/aile tercihlerine dayalı kanıta dayalı uygulamaların değiştirilmesinde geçerli ve geçersiz nedenleri ayırt edebilmesi	Kanıta dayalı uygulamaların dışına çıkmadan önce klinik uzmanlara danışabilmesi	Kanıta dayalı uygulamaların dışına çıkmadan önce bilgi ve klinik uzmanlık konusunda kendi sınırlarının farkında olabilmesi
KALİTE İYİLEŞTİRME		
Bakım süreçlerinin sonuçlarını izlenmesi ve sağlık bakım sistemlerinin kalite ve güvenliğini sürekli iyileştirme sürecinde değişimlerin tasarlanması ve sınanması için iyileştirme yöntemlerinin kullanılmasıdır.		
Bilgi	**Beceri**	**Davranış**
Klinik uygulamalarını gerçekleştirdiği bir sağlık bakım ortamında, bakım sonuçlarını öğrenmeye yönelik stratejileri tasvir edebilmesi	Sağlık bakım ortamında hizmet verilen bireylere yönelik bakım sonuçları hakkında bilgi edinebilmesi Sağlık bakım ortamındaki kalite iyileştirme projeleri hakkında bilgi edinebilmesi	Sürekli kalite iyileştirmenin tüm sağlık profesyonelleri için günlük çalışma yaşamının vazgeçilmez bir parçası olduğunu kabul edebilmesi
Hemşirelik ve diğer sağlık meslekleri öğrencilerinin, birey ve ailelerin bakım sonuçlarını etkileyen bakım süreci ve sisteminin bir parçası olduğunu kabul edebilmesi Mesleki otonomi ve sistemsel işleyiş arasındaki gerginliğe örnekler verebilmesi	Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi Bir sentinel olayın kök neden analizinde görev alabilmesi	Kendisi ve diğerlerinin bakım sonuçları üzerindeki katkısına değer verebilmesi

Bakım kalitesinin değerlendirilmesinde, değişimin ve ölçümün önemini açıklayabilmesi	Başarımı anlamak için kalite ölçümlerini kullanabilmesi Değişimi anlamaya yardımcı olan araçları (kontrol çizelgeleri vb.) kullanabilmesi Birimde gerçekleştirilen uygulama ile en iyi uygulama arasındaki farkı belirleyebilmesi	İstenmeyen değişimin bakım üzerindeki etkisini anlayabilmesi Sağlık bakımında ölçüme ve ölçümün iyi bakım üzerindeki rolüne değer verebilmesi
Bakım sürecini değiştirmeye yönelik yaklaşımları tasvir edebilmesi	Günlük işlerde küçük bir değişim testini tasarlayabilmesi (Planla- Uygula-Karar Ver-Önlem Al gibi deneyimsel bir yaklaşımı kullanarak) Bakımın geliştirilmesine ilişkin amaç, önlem ve değişiklikleri birbirleriyle uyumlu hale getirerek uygulayabilmesi Değişimin etkisinin değerlendirilmesinde ölçümleri kullanabilmesi	Bireysel ya da ekip uygulamaları ile sınırlı gerçekleştirilen değişime ve değişimin çalışma ortamındaki etkisine değer verebilmesi Birey ve ekiplerin bakımı geliştirmek için yaptıklarını takdir edebilmesi

GÜVENLİK

Birey ve yakınları ile sağlık hizmeti sunanların zarar görme riskinin, sistem etkinliği ve bireysel başarım yoluyla en aza indirilmesidir.

Bilgi	Beceri	Davranış
İnsan etmenleri ve güvenlik tasarım ilkelerinin yanı sıra yaygın kullanılan güvenli olmayan uygulamaları inceleyebilmesi Güvenliği arttırmaya yönelik seçilen teknolojilerin, yarar ve sınırlarını tasvir edebilmesi Hafızasına olan güvenini azaltabilmesine yönelik uygun stratejileri tartışabilmesi	Kalite ve güvenliği destekleyen teknolojilerin ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi Kendisinin ve başkalarının zarar görme riskini azaltan stratejilerin etkili kullanımını gösterebilmesi Hafızasına olan güvenini azaltabilmesine yönelik uygun stratejiler kullanabilmesi	Standardizasyonun / güvenirliğin güvenliğe olan katkısını kabul edebilmesi İnsan başarımının bilişsel ve fiziksel sınırlarının farkında olabilmesi
Bakımda tıbbi risk ve hataların genel kategorilerini belirtebilmesi Bir güvenlik kültürünü oluşturan etmenleri tasvir edebilmesi	Birey, aile ve sağlık ekibine tıbbi hata ve risklerle ilgili gözlem ve endişelerini aktarabilmesi Tıbbi hatalar ve neredeyse hataların bildirilmesinde güvenlik raporlama sistemini kullanabilmesi	Tıbbi hataların önlenmesinde kendi rolünün önemine inanabilmesi
Tıbbi hataların nedenlerini ve sorumluluk/hesap verebilirlik için kullanılan süreçleri tasvir edebilmesi	Sistem iyileştirme tasarımlarına ve tıbbi hataların çözüm sürecine uygun bir şekilde katılım gösterebilmesi Tıbbi hatalar ve neredeyse hatalar oluştuğunda suçlamak yerine olayı kök-neden analizi tekniği ile değerlendirebilmesi	Birey ve yakınları ve sağlık bakım ekibindeki diğer üyeler tarafından takip edilmeye ve tetikte olmaya değer verebilmesi

Ulusal hasta güvenliği kaynak, girişim ve düzenlemelerinin gerçek ve olası etkilerini tartışabilmesi	Hem mesleki gelişimi hem de bakım ortamında güvenlik konusuna dikkat çekmek için ulusal hasta güvenliği kaynaklarını kullanabilmesi	Ulusal güvenlik kampanyaları ile sağlık kurumlarının yerel uygulamaları arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmesi
BİLİŞİM		
İletişim kurmak, bilgiyi yönetmek, tıbbi hataları azaltmak ve karar vermeyi desteklemek için bilgi ve teknolojinin kullanılmasıdır.		
Bilgi	**Beceri**	**Davranış**
Güvenli bakım için bilgi ve teknoloji becerilerinin gerekliliğini açıklayabilmesi	Sağlık bakım ortamında bilgi yönetiminin nasıl gerçekleştirildiğine dair bilgi edinebilmesi Bakımda güvenli süreçleri destekleyen teknoloji ve bilgi yönetimi araçlarını kullanabilmesi	Tüm sağlık profesyonellerinin bilgi ve teknoloji becerilerini sürekli ve yaşam boyu geliştirmesinin zorunlu olduğunu kabul edebilmesi
Bakımı destekleyen ortak bir veri tabanında, ulaşılabilir olması gereken temel bilgileri belirleyebilmesi Farklı iletişim teknolojileri ile bu teknolojilerin kalite ve güvenlik üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini karşılaştırabilmesi	Elektronik sağlık kayıtlarına ulaşabilmesi Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi Bakımın eşgüdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi	Klinik karar verme, tıbbi hata önleme ve bakımın eşgüdümünü sağlayan teknolojilere değer vermesi Elektronik sağlık kayıtlarında yer alan hasta bilgilerinin gizliliğini koruyabilmesi
Teknoloji ve bilgi yönetimi ile kaliteli ve güvenli bakım arasındaki ilişkiyi örneklerle tasvir edebilmesi Bakımda geçerli ve etkili araçlar olan bilgisayarlar, veri tabanları ve diğer teknolojiler için gereken zaman, çaba ve beceriyi tanıyabilmesi	Klinik karar destek sistemlerine uygun bir şekilde yanıt verebilmesi Bakım sonuçlarını izlemede bilgi yönetim araçlarını kullanabilmesi Yüksek kalitedeki elektronik sağlık bilgi kaynaklarını kullanabilmesi	Hemşirelerin bilgi teknolojilerinin tasarımı, seçimi, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına katılımını desteklemesi

Ek 3: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

HYAÖ'nin geliştirilmesi sürecinde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi. Geçerliğe yönelik olarak temel yetkinliklere yönelik öğrenim kazanımlarının dil geçerliği yapılarak Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formunun hazırlanması, hazırlanan form doğrultusunda ölçeğin madde havuzunun oluşturulması, maddelerin uzman görüşüne sunulması ve ön uygulamanın yapılarak kapsam geçerliği sürecinin tamamlanması, son sınıf hemşirelik öğrencilerine uygulanarak yapı geçerliğinin sınanması çalışmaları gerçekleştirildi. Güvenirliğine yönelik olarak madde-toplam puan korelasyon katsayısının incelenmesi, iç tutarlılık katsayısının hesaplanması ve zamana karşı değişmezlik özelliğinin test edilmesi çalışmaları gerçekleştirildi.

1. Madde Havuzunun Oluşturulması

Madde havuzunun oluşturulmasında en önemli adım, ölçek puanlama sistemini belirlemek ve belirlenen puanlama sistemine göre madde tasarlamaktır (Karakoç ve Dönmez 2014). HYAÖ taslağındaki her bir maddenin değerlendirilmesinde 5'li Likert tipi puanlama sisteminin kullanılmasına ve her maddeye ilişkin katılımcılardan elde edilen ''kesinlikle katılıyorum (5 puan)'' ve ''kesinlikle katılmıyorum (1 puan)'' arasında değişen görüşler doğrultusunda ölçeğin puanlandırılmasına karar verildi.

Maddelerin tasarım sürecinde; sade, anlaşılır ve kısa olması, tek bir yargı veya düşünceyi aktarması, tek bir amacının bulunması, geniş zaman kullanılarak yazılması, olgusal anlam taşımaması, çift olumsuzluk, belirsizlik, aşırılık ve yansızlık anlamı içermemesi, katılımcıların eğitim ve kültür düzeyine göre düzenlemesi ve hem olumlu hem de olumsuz anlam içeren maddelerin eşit sayıda olması göz önünde bulundurulmalıdır (Karakoç ve Dönmez 2014). HYAÖ madde havuzunun oluşturulmasında, Temel Yetkinlik Alanları Türkçe Formu kullanıldı. Ülkemizdeki kültürel özellikler, sağlık sistemi ve hemşirelik eğitimi göz önünde bulundurularak formu oluşturan öğrenim kazanımları, madde tasarım özellikleri doğrultusunda düzenlendi. Madde havuzunun bilgi, beceri ve tutumları hedef alan öğrenim kazanımları doğrultusunda hazırlanması nedeniyle ölçekte olumsuz anlam içeren ters maddelere yer verilmedi. Sonuç olarak, 6 ana boyut ve 68 maddeyi kapsayan HYAÖ Taslağı oluşturuldu (Ek-3a). HYAÖ taslağının oluşturan öğrenim kazanımlarının dağılımı, Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1: HYAÖ Taslağını Oluşturan Öğrenim Kazanımlarının Dağılımı

YETKİNLİK ALANLARI	BİLGİ	BECERİ	TUTUM	TOPLAM
Birey Merkezli Bakım	5	7	11	23
Ekip Çalışması ve İş Birliği	1	5	7	13
Kanıta Dayalı Uygulama	1	3	4	8
Kalite İyileştirme	2	3	2	7
Güvenlik	2	5	2	9
Bilişim	1	3	4	8
TOPLAM	12	26	30	68

2. Uzman Görüşlerinin Alınması ve Değerlendirilmesi

Kapsam geçerliği, ölçeği oluşturan maddelerin ölçülmesi istenen niteliklerin tüm yönlerini yeterince temsil edebilmesi ya da kapsaması anlamına gelmektedir. Kapsam geçerliğinin sağlanabilmesi için konu ile ilgili uzmanların görüş ve önerileri doğrultusunda ölçek maddeleri, ölçülmesi istenen

nitelikleri temsil etmesi ve kapsaması bakımından değerlendirilmekte ve elde edilen veriler doğrultusunda ölçek yeniden yapılandırılmaktadır. Uzmanlardan elde edilen görüş ve öneriler, farklı teknikler kullanılarak nicel verilere dönüştürülmekte ve değerlendirilmektedir. Bu tekniklerden biri olan Davis tekniğinde, uzmanlardan her maddenin uygunluğunu, 1 (uygun değil, çıkarılsın) ile 4 (uygun) arasında puanlandırarak derecelendirmeleri ve ilgili maddeye yönelik görüş ve önerilerini açıkça belirtmeleri istenmektedir. ‘’Uygun (4)’’ ve ‘’ifade hafifçe gözden geçirilmeli (3)’’ seçeneklerini işaretleyen uzman sayısının, toplam uzman sayısına bölünmesiyle her maddeye ilişkin ‘’Kapsam Geçerlik İndeksi (KGI)’’ elde edilmektedir. KGİ’si 0,80’den düşük olan maddeler, ölçülmek istenen nitelikleri yeterince temsil etmemesi ve kapsamaması nedeniyle ölçek taslağından çıkarılmaktadır. Dolayısıyla uzmanların çoğunluğunun aynı fikirde olması, kapsam geçerliği için bir ölçüt olarak kabul edilebilmektedir (Erefe 2012; Karakoç ve Dönmez 2014).

HYAÖ taslağı, kapsam geçerliği açısından değerlendirilmek üzere uzmanlık alanı hemşirelikte yönetim, hemşirelikte eğitim ve ölçme ve değerlendirme olan yedi uzmanının görüş ve önerisine sunuldu (Ek-3b). HYAÖ Taslağı Uzman Görüşlerini Değerlendirme Formu, Davis tekniğine göre hazırlandı ve elektronik posta yoluyla uzmanlara gönderildi. Uzman görüşlerine yönelik veri toplama süreci, 1 ay içinde tamamlandı. HYAÖ taslağı maddelerinin KGİ’lerinin 0,62-1,00 arasında değişmekte olduğu belirlendi ve tüm maddelere ait KGİ’leri Tablo 2’de sunuldu. Ölçek taslağından 18 madde (6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 37, 42, 47, 50, 52, 56, 60,67) çıkarıldı. Yapısında ‘’ve’’ bağlacı içeren 6 madde (61, 32, 21, 20,2) anlam karmaşası yaratmaması için birbirinden ayrı maddeler haline getirildi. Anlaşılır bulunmayan 6 madde (1, 23, 26, 28, 31, 51) önerilere uygun şekilde düzenlendi. Kalan maddelerin KGİ’lerinin 0,87-1,00 arasında değiştiği belirlendi.

HYAÖ taslağı kapsam geçerliği sürecine katkı veren uzmanlar arasındaki görüş birliğinin derecesini gösteren sınıf içi korelasyon katsayısı (SKK=ICC) 0,92 olarak bulundu. Uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde uyum olduğu belirlendiğinden, HYAÖ taslağının kapsam geçerliğinin sağlandığı düşünülmektedir.

3. Ön Uygulamanın Yapılması

HYAÖ taslağının ön uygulaması, son sınıfta öğrenim görmekte olan 20 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirildi ve ön uygulamaya katılım gösteren öğrenciler örnekleme dâhil edilmedi. Katılımcıların ölçekteki maddelerin açıklığı ve anlaşılırlığı ile ilgili görüş ve önerileri alındıktan sonra ölçek taslaklarına son hali verilerek kapsam geçerliği süreci tamamlandı. HYAÖ taslağı, 55 madde ve 6 ana boyut olarak son halini aldı (Ek-3c).

4. Verilerin Toplanması

HYAÖ taslağının, yapı geçerliğinin sınanabilmesi için Ocak-Mart 2018 tarihleri arasındaİstanbulMedipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi’nde son sınıfta öğrenim gören toplam 412 öğrenciden örneklem seçim yöntemine gidilmeden 372 öğrenciye ulaşıldı. Geriye dönüş oranı %90,2 olarak bulundu.

Öğrencilerin ders programı üzerinden verilerin toplannasına uygun olan dersler belirlendi. Dersin ait olduğu ana bilim dalından sözel izin alındıktan sonra uygun bir zaman diliminde derse girildi.

Öğrencilere araştırma ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (Ek-29). Sonrasında veri toplama aracı dağıtıldı ve doldurmaları beklenerek toplandı. Ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesinde, test-tekrar test yöntemi kulanıldığından iki hafta sonra aynı yöntemle 50 kişiden tekrar veri toplandı.

HYAÖ'nin geliştirilmesi sürecine katılım gösteren öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, mezun olduğu lise türü, akademik başarı ortalaması ve kendini hemşire olmaya hazır hissetme derecesine (0-10 puan arasında) yönelik bireysel özellikleri sorgulandı. Öğrencilerin yaş ortalamasının 21,91 ± 1,25 ve ortancasının 21 yaş olduğu belirlendi. %59,1'inin 21 yaş üzeri yaş grubunda (n=220) ve %82,5'inin kadın cinsiyetinde (n=307) yer aldığı görüldü.%59,7'sinin anadolu lisesinden mezun olduğu (n=222), %44,9'unun GANO'nın 2.50-2.99 aralığında yer aldığı (n=167) belirlendi. Öğrencilerin mesleki hazıroluşluk algısına yönelik puan ortalamasının 6,40 ± 1,87 ve ortancasının 7 puan olduğu belirlendi. %72'sinin mesleki hazır oluşluğunu 7 puan ve altında algıladığı saptandı (n=26).

5. Faktör Analizine Uygunluğunun Belirlenmesi

55 madde ve 6 ana boyuttan oluşan HYAÖ taslağının yapı geçerliği, açıklayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirildi. Faktör analizi korelasyon matrisinden elde edildiği için tüm maddelerin belli bir güven aralığında ölçüm yapması ve normal dağılım göstermesi ve faktör analizinin yeterli örneklem büyüklüğü ile gerçekleştirilmesi oldukça önemlidir (Bektaş 2017). Faktör analizi varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesine yönelik aykırı değerler, örneklem büyüklüğü, korelasyon matrisinin faktörlenebilirliği ve normal dağılım özellikleri incelendi.

Bir veri setindeki olağan dışı gözlemler olarak tanımlanan aykırı değerlerin, faktör analizi sonuçlarını olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle veri setinden çıkarılması gerekmektedir (Bektaş 2017). HYAÖ veri setindeki aykırı değerleri belirleyebilmek için Mahalanobis uzaklıkları incelendi. Örneklem büyüklüğü 372 olan veri setinden, 34 örneklem aykırı değer kabul edilerek çıkarıldı ($p<0,001$). Faktör analizine 338 örneklem büyüklüğü ile devam edildi. İlgili alan yazında örneklem büyüklüğünün yeterliliğinin değerlendirilmesinde örneklem sayısı ve örneklem sayısı-madde oranı olmak üzere iki farklı yaklaşım yer almaktadır. Örneklem sayısı yaklaşımında en az 100-300 arası örneklem yeterli görülürken, 300 örneklem iyi, 500 örneklem çok iyi ve 1000 ve üzerinde örneklem mükemmel örneklem büyüklüğü olarak nitelendirilmektedir. Örneklem sayısı-madde oranı yaklaşımında ise bu oranın en az 5, en fazla 20 olması gerektiğini belirten görüşler bulunmaktadır (Karakoç ve Dönmez 2014; Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Örneklem büyüklüğünün yeterliliği konusunda Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem ölçüm değeri ve örneklem yeterlilik indeksi (Measure Adequacy of Sample-MSA) iki önemli ölçüttür. KMO örneklem ölçüm değeri genel olarak tüm maddelerin, MSA değeri ise her bir maddenin faktör analizine uygunluğunu göstermektedir. KMO örneklem ölçüm değerinin ,50'nin üzerinde olması gerektiğini ve ,80-,89 arasının çok iyi, ,90 ve üzerinin mükemmel örneklem büyüklüğünü yansıttığı belirtilmektedir. MSA değerinin ise ,50'nin üzerinde olması gerekmesine rağmen, en az ,60 olması istenmektedir (Karakoç ve Dönmez 2014; Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Tablo 2: HYAÖ Taslağının Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri (N=7)

Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar	Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar
Madde 1	3,50 ± 0,75	2-4	0,87	Kabul	**Madde 35**	3,50 ± 1,60	1-4	0,87	Kabul
Madde 2	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 36**	3,50 ± 0,75	2-4	0,87	Kabul
Madde 3	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul	**Madde 37**	3,38 ± 1,18	1-4	0,75	Ret
Madde 4	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 38**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 5	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 39**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 6	3,12 ± 1,24	1-4	0,62	Ret	**Madde 40**	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 7	3,50 ± 0,75	2-4	0,87	Kabul	**Madde 41**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 8	3,25 ± 1,26	1-4	0,75	Ret	**Madde 42**	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret
Madde 9	3,12 ± 1,12	1-4	0,75	Ret	**Madde 43**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 10	2,75 ± 1,28	1-4	0,75	Ret	**Madde 44**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 11	3,12 ± 1,35	1-4	0,75	Ret	**Madde 45**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 12	3,12 ± 1,35	1-4	0,75	Ret	**Madde 46**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 13	3,12 ± 1,35	1-4	0,75	Ret	**Madde 47**	3,25 ± 1,38	1-4	0,75	Ret
Madde 14	3,25 ± 1,38	1-4	0,75	Ret	**Madde 48**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 15	2,88 ± 1,35	1-4	0,75	Ret	**Madde 49**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 16	3,25 ± 1,38	1-4	0,75	Ret	**Madde 50**	3,25 ± 1,38	1-4	0,75	Ret
Madde 17	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 51**	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 18	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 52**	3,38 ± 1,18	1-4	0,75	Ret
Madde 19	3,12 ± 1,24	1-4	0,62	Ret	**Madde 53**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 20	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 54**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 21	3,25 ± 1,16	3-4	0,75	Ret	**Madde 55**	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul
Madde 22	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 56**	3,12 ± 1,12	1-4	0,75	Ret
Madde 23	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 57**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 24	3,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul	**Madde 58**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 25	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul	**Madde 59**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 26	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul	**Madde 60**	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret
Madde 27	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 61**	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul
Madde 28	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 62**	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul
Madde 29	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul	**Madde 63**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 30	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 64**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 31	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul	**Madde 65**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 32	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 66**	3,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul
Madde 33	3,50 ± 1,60	1-4	0,87	Kabul	**Madde 67**	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret
Madde 34	3,50 ± 1,60	1-4	0,87	Kabul	**Madde 68**	33,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul

HYAÖ'nin, QSEN temel yetkinlik alanları doğrultusunda altı ana boyut olmasına ve toplam ölçek puanı üzerinden değerlendirilme yapılmamasına karar verildiğinden, yapılan tüm analizler her ana boyut için ayrı ayrı gerçekleştirildi. HYAÖ taslağı ana boyutlarında KMO örneklem ölçüm değerlerinin ,836-,906 ve tüm maddelerin MSA değerlerinin ,811-,957 arasında değiştiği görüldü. Her ana boyuta yönelik KMO örneklem ölçüm değerleri Tablo 3 ve maddelerin MSA değerleri Tablo 4'de sunuldu.

Tablo 3: HYAÖ Taslağı KMO Örneklem Ölçüm ve Bartlett Küresellik Testi Değerleri (N=338)

Alt Boyutlar	KMO Örneklem Ölçüm Değeri	Bartlett Küresellik Testi Değeri	df Değeri	p Değeri
Birey Merkezli Bakım	,895	2269,059	120	0,000
Ekip Çalışması ve İş Birliği	,906	1925,418	78	0,000
Kanıta Dayalı Uygulama	,838	554,370	15	0,000
Kalite İyileştirme	,836	537,673	10	0,000
Güvenlik	,841	850,246	21	0,000
Bilişim	,894	1363,573	21	0,000

İlgili alan yazın doğrultusunda HYAÖ örneklem büyüklüğünün 338 olması, örneklem sayısı-madde oranının 6 bulunması, ana boyutlara yönelik KMO örneklem ölçüm değerlerinin ,836-,906 ve tüm maddelerin MSA değerlerinin ,811-,957 arasında değişmesi nedeniyle örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Korelasyon matrisinde maddeler arasındaki korelasyon katsayılarının, bir faktör altında toplanabilmesi için ,30'dan büyük, çoklu doğrusal bağlantı probleminin yaşanmaması için de ,80'den küçük olması önerilmektedir. Aralarından düşük ya da yüksek korelasyon bulunan maddelerin ölçek taslağından çıkarılması gerekmektedir. Benzer şekilde kısmı korelasyon matrisinde yüksek değerlerin bulunması, iyi bir örneklemle çalışılmadığını göstermektedir (Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Korelasyon ve kısmi korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla görsel inceleme yapıldı. Korelasyon matrisinde maddeler arası korelasyon katsayılarının ,562-,723 arasında değiştiği belirlenirken, kısmi korelasyon matrisinde tüm katsayılarının ,20'nin altında olduğu görüldü. HYAÖ taslağında korelasyon katsayılarının güçlü, kısmi korelasyon katsayılarının zayıf olması nedeniyle veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ve altta yatan faktörler bulunduğu sonucuna varılabilmektedir.

Bartlett küresellik testi, maddeler arasındaki ilişkinin yeterli düzeyde doğrusal olup olmadığını sınamaktadır. Bu değerin %95 güven aralığında ,05'ten küçük olması istenmektedir (Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017). Araştırmada tüm ana boyutlara yönelik ki-kare testinden elde edilen değerin ,001 düzeyinde anlamlı olması nedeniyle verilerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu sonucuna varılabilmektedir (Tablo 4). Tek değişkenli normal dağılım için ise tüm maddelerin çarpıklık ve basıklık katsayıları incelendi. Bunların ≤|2| aralığında olması durumunda maddenin normal dağılıma sahip olduğu kabul edildi (Bektaş 2017). HYAÖ taslağının altı ana boyutuna ait 55 maddenin dağılım özellikleri, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık kat sayıları ile değerlendirildi. HYAÖ taslağında bu kritere

uygunluk göstermeyen madde bulunmadığından tüm maddelerin tek değişkenli normal dağılım özelliği gösterdiği kabul edildi. HYAÖ taslağı maddelerinin dağılım özellikleri Tablo 4'de verildi.

Tablo 4: HYAÖ Taslağı Maddelerinin Dağılım Özellikleri ve Örneklem Yeterlilik İndeksleri (N=338)

Madde No	Ort.	S.S.	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	MSA*
HYAÖ1	4,19	,638	-,459	,574	,957
HYAÖ2	4,63	,496	-,675	-1,184	,824
HYAÖ3	4,49	,598	-,899	,697	,876
HYAÖ4	4,31	,689	-,872	1,310	,901
HYAÖ5	4,49	,540	-,338	-1,081	,892
HYAÖ6	4,23	,703	-,568	,229	,905
HYAÖ7	4,33	,599	-,451	,291	,933
HYAÖ8	4,26	,619	-,463	,519	,866
HYAÖ9	4,41	,630	-,582	-,598	,896
HYAÖ10	4,43	,584	-,452	-,697	,850
HYAÖ11	4,47	,561	-,429	-,830	,861
HYAÖ12	4,34	,601	-,312	-,654	,941
HYAÖ13	4,38	,634	-,659	,144	,944
HYAÖ14	3,72	,743	-,070	-,117	,856
HYAÖ15	4,44	,585	-,495	-,672	,920
HYAÖ16	4,57	,563	-,972	,513	,917
HYAÖ17	4,17	,685	-,623	,679	,920
HYAÖ18	4,28	,632	-,455	,042	,912
HYAÖ19	4,47	,602	-,676	-,495	,934
HYAÖ20	3,90	,765	-,382	-,099	,882
HYAÖ21	4,22	,627	-,495	,758	,915
HYAÖ22	4,04	,742	-,407	-,153	,877
HYAÖ23	4,36	,591	-,389	-,167	,904
HYAÖ24	4,40	,599	-,595	,344	,889
HYAÖ25	3,81	,761	-,119	-,465	,936
HYAÖ26	4,27	,654	-,656	,784	,913
HYAÖ27	4,28	,589	-,252	-,085	,896
HYAÖ28	4,26	,633	-,629	1,056	,906
HYAÖ29	4,32	,625	-,503	,116	,902
HYAÖ30	4,12	,676	-,499	,478	,831
HYAÖ31	4,46	,592	-,574	-,601	,893
HYAÖ32	4,06	,739	-,356	-,347	,825
HYAÖ33	4,18	,664	-,468	,254	,857
HYAÖ34	4,23	,593	-,292	,397	,811
HYAÖ35	4,30	,618	-,448	,151	,833
HYAÖ36	4,13	,684	-,391	-,029	,855
HYAÖ37	4,39	,631	-,603	-,227	,843
HYAÖ38	4,08	,701	-,220	-,608	,849
HYAÖ39	4,37	,573	-,228	-,733	,826
HYAÖ40	4,32	,566	-,209	-,066	,816
HYAÖ41	4,18	,669	-,529	,452	,850
HYAÖ42	4,34	,576	-,289	-,123	,836
HYAÖ43	4,37	,578	-,358	-,155	,860
HYAÖ44	3,82	,862	-,475	,076	,849
HYAÖ45	4,04	,805	-,630	,053	,826
HYAÖ46	4,39	,603	-,522	-,168	,858
HYAÖ47	3,97	,760	-,445	-,031	,813
HYAÖ48	4,10	,701	-,605	,653	,903
HYAÖ49	4,16	,701	-,700	,836	,907
HYAÖ50	4,34	,621	-,460	-,252	,934
HYAÖ51	4,17	,764	-,789	,493	,898
HYAÖ52	4,12	,760	-,809	,984	,883
HYAÖ53	4,21	,649	-,302	-,410	,908
HYAÖ54	4,11	,806	-,817	,451	,895
HYAÖ55	4,31	,602	-,253	-,621	,879

*Measure Sample of Adequacy: Örneklem Yeterlilik İndeksi

Her ana boyut için Tukey toplanabilirlik testi sonuçları incelendiğinde; tüm ana boyutlarda anlamlılık p<0,001 olması nedeniyle ana boyutların toplanabilir özellikte olduğu sonucuna varılmaktadır.

Örneklem büyüklüğünün çok iyi düzeyde yeterli olması, R'nin faktörlenebilir olması ve normal dağılım özelliği taşıyor olması nedenleriyle veri setinde faktör analizinin gerçekleştirilebileceği sonucuna varılmaktadır.

6. Açıklayıcı Faktör Analizi

QSEN temel yetkinlik alanları doğrultusunda altı ana boyutta kurgulanan HYAÖ taslağının toplam puan ortalaması üzerinden değerlendirme yapılmayan çok boyutlu bir ölçek olmasına karar verildi. Her ana boyut alt boyutlarının belirlenmesi amacıyla ayrı ayrı faktör analizine alındı.

Açıklayıcı faktör analizi (AFA), yeni oluşturulmuş bir ölçeğin altında yatan faktör yapısını ortaya koymayı amaçlamaktadır. Ölçek geliştirme çalışmalarında sıklıkla kullanıldığından Temel Bileşenler Analizi araştırmada faktör modeli tahmin yöntemi olarak tercih edilirken, bu araştırmada bir model oluşturmak ve uygun sayıda bağımsız faktör elde etmek amaçlandığından faktör döndürme yöntemi olarak varimax dik döndürme yöntemi kullanıldı (Aksu ve ark. 2017; Yaşlıoğlu 2017).

İlgili alan yazında ortak varyans değeri, bir maddenin diğer maddelerle paylaştığı varyans miktarı olarak tanımlanmakta ve bu değerin ,30-,50 arasında olması önerilmektedir (Karagöz 2014; Aksu ve ark. 2017; Yaşlıoğlu 2017). Bir maddenin bir faktörle olan ilişkisini açıklayan değer olarak tanımlanan faktör yük değerlerinin, ilgili alan yazında ,30-,50 arasında olması gerektiğini belirten görüşlerin yanı sıra örneklem büyüklüğünün paralelinde artması gerektiğini savunan görüşler de bulunmaktadır. Faktör yük değerlerinin, 350 örneklem sayısında ,30 ve üzeri, 200 örneklem sayısında ,40 ve üzeri, 120 örneklem sayısında ,50 ve üzeri ve 85 örneklem sayısında ,60 ve üzeri olması önerilmektedir. Bir maddenin iki faktör yük değeri arasındaki farkın ,10'dan az olması durumunda madde ''binişik madde'' olarak tanımlanmakta ve ilgili madde ölçek taslağından çıkarılarak analizin tekrarlanması önerilmektedir (Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017). MTPK katsayısı, ölçeğin toplam puanı ile her maddenin puanları arasındaki korelasyon katsayısı olarak tanımlanmakta ve bu değer ,30'un altındaysa ilgili maddenin ölçeğin genelinden başka bir özelliği ölçtüğü şeklinde yorumlanmaktadır (Akbulut 2010).

HYAÖ faktör sayısının belirlenmesinde korelasyon matrisinin bir ya da birden büyük özdeğer kat sayısı kriter olarak kabul edildi. Ortak varyans değeri, faktör yükü değeri, madde-toplam puan korelasyon (MTPK) katsayısı ,40'ın ve binişik madde sınırının ,10'un üzerinde olan maddelerin kabul edilmesine ve bu kriterleri karşılamayanların analizden çıkarılmasına karar verildi (Akbulut 2010; Karagöz, 2014; Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Birey merkezli bakım ana boyutu için HYAÖ 1-16 arasındaki 16 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda, öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan dört faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %62,134 olduğu belirlendi. HYAÖ 14 düşük MTPK katsayısı (,380), ve HYAÖ 1 (,364) düşük ortak yük değerine sahip olmaları nedeniyle analizden çıkarıldı. Varimax dik döndürme yöntemi ile döndürülmüş faktör yük değerleri incelendiğinde, HYAÖ 8 yakın faktör yük değerine (,560 - ,607) sahip olması nedeniyle analizden çıkarıldı.13 madde ile gerçekleştirilen ikinci temel bileşenler analizi sonucunda, iki faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %53,516 olduğu saptandı. Faktör yük değerlerinin ,520 - .823; ortak yük değerlerinin 412 - ,693; MTPK katsayılarının ,542 - ,655 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5: Birey Merkezli Bakım Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

Maddeler	Faktör Yük Değerleri		Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
	I. Faktör	II. Faktör		
HYAÖ2		,823	,693	,570
HYAÖ3		,784	,669	,628
HYAÖ4		,532	,644	,555
HYAÖ5		,747	,565	,650
HYAÖ6		,520	,509	,584
HYAÖ7		,636	,537	,655
HYAÖ9	,651		,565	,609
HYAÖ10	,643		,444	,633
HYAÖ11	,681		,428	,642
HYAÖ12	,631		,558	,543
HYAÖ13	,607		,494	,543
HYAÖ15	,721		,412	,597
HYAÖ16	,682		,438	,542

Ekip çalışması ve işbirliği ana boyutu için HYAÖ 17-29 arasındaki 13 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan iki faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %55,162 olduğu belirlendi. Varimax dik döndürme yöntemi ile döndürülmüş faktör yük değerleri incelendiğinde, HYAÖ 17 (,404 - ,478), HYAÖ 27 (,502 - ,553) ve HYAÖ 28 (,508 - ,576) yakın faktör yük değerine sahip olmaları nedeniyle analizden çıkarıldı. 10 madde ile gerçekleştirilen ikinci temel bileşenler analizi sonucunda, iki faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %57,829 olduğu saptandı. Faktör yük değerlerinin ,617 - ,828; ortak yük değerlerinin ,428 - ,707; MTPK katsayılarının ,505 - ,677 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 6).

Tablo 6: Ekip Çalışması ve İşbirliği Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

Maddeler	Faktör Yük Değerleri		Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
	I. Faktör	II. Faktör		
HYAÖ18	,617		,428	,505
HYAÖ19	,630		,516	,605
HYAÖ20		,806	,689	,591
HYAÖ21		,755	,685	,677
HYAÖ22		,828	,707	,570
HYAÖ23	,806		,672	,603
HYAÖ24	,779		,622	,559
HYAÖ25		,626	,472	,533
HYAÖ26	,650		,497	,570
HYAÖ29	,642		,497	,576

Kanıta dayalı uygulama ana boyutu için HYAÖ 30-35 arasındaki 6 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan tek faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %50,963 olduğu belirlendi. HYAÖ 31 (,392) ve HYAÖ 35 (,383) düşük ortak yük değerine sahip olmaları nedeniyle analizden çıkarıldı. 4 madde ile gerçekleştirilen ikinci temel bileşenler analizi sonucunda tek faktörün açıkladığı varyansın %60,166`ya yükseldiği saptandı. Faktör yük değerlerinin ,750 - ,798; ortak yük değerlerinin ,563 - ,637; MTPK katsayılarının ,549 - ,614 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 7).

Tablo 7: Kanıta Dayalı Uygulama Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

Maddeler	Faktör Yük Değerleri	Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
HYAÖ30	,798	,637	,614
HYAÖ32	,776	,602	,586
HYAÖ33	,778	,605	,585
HYAÖ34	,750	,563	,549

Kalite iyileştirme ana boyutu için HYAÖ 36-40 arasındaki 5 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda, öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan tek faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %58,355 olduğu belirlendi. Faktör yük değerlerinin ,711 - ,810; ortak yük değerlerinin ,506 - ,656; MTPK katsayılarının ,554 - ,667 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8: Kalite İyileştirme Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

Maddeler	Faktör Yük Değerleri	Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
HYAÖ36	,741	,549	,590
HYAÖ37	,772	,597	,616
HYAÖ38	,711	,506	,554
HYAÖ39	,782	,611	,626
HYAÖ40	,810	,656	,667

Güvenlik ana boyutu için HYAÖ 41- 47 arasındaki 7 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda, öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan tek faktörün oluştuğu ve açıklanan %51,354 olduğu belirlendi. HYAÖ 44 (,339) ve HYAÖ 47 (,382) düşük ortak yük değerine sahip olmaları nedeniyle analizden çıkarıldı. 5 madde ile gerçekleştirilen ikinci temel bileşenler analizi sonucunda, tek faktörün açıkladığı varyansın %60,349’a yükseldiği saptandı. Faktör yük değerlerinin ,739 - ,818; ortak yük değerlerinin ,547 - ,669; MTPK katsayılarının ,595 - ,684 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 9).

Tablo 9: Güvenlik Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

Maddeler	Faktör Yük Değerleri	Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
HYAÖ41	,818	,669	,684
HYAÖ42	,811	,658	,672
HYAÖ43	,760	,577	,603
HYAÖ45	,739	,547	,595
HYAÖ46	,753	,566	,614

Bilişim ana boyutu için HYAÖ 48-55 arasındaki 8 madde ile gerçekleştirilen temel bileşenler analizi sonucunda, öz değer katsayısı ‘’1’in üzerinde’’ olan tek faktörün oluştuğu ve açıklanan varyansın %59,719 olduğu belirlendi. HYAÖ 54 (,387) düşük ortak yük değerine sahip olması nedeniyle analizden çıkarıldı. 7 madde ile gerçekleştirilen ikinci temel bileşenler analizi sonucunda, tek faktörün açıkladığı varyansın %63,506`ya yükseldiği belirlendi. Faktör yük değerlerinin ,698 - ,849; ortak yük değerlerinin ,487 - ,721; MTPK katsayılarının ,599 - ,779 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 10).

Tablo 10: Bilişim Ana Boyutuna Ait Maddelerin Faktör Yük Değerleri, MTPK Katsayıları ve Ortak Yük Değerleri

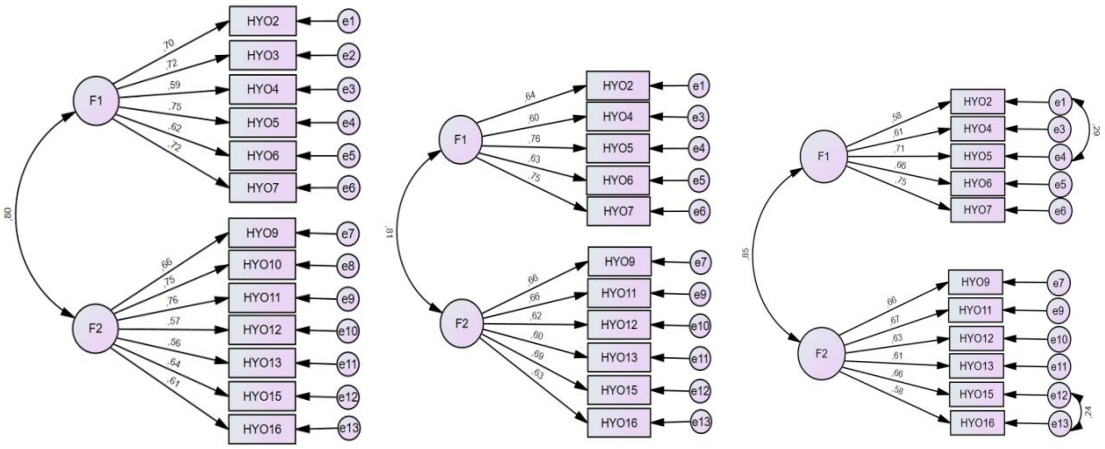
Maddeler	Faktör Yük Değerleri	Ortak Yük Değerleri	MTPK Katsayısı
HYAÖ48	,802	,643	,722
HYAÖ49	,836	,699	,764
HYAÖ50	,698	,487	,599
HYAÖ51	,816	,666	,739
HYAÖ52	,833	,694	,761
HYAÖ53	,849	,721	,779
HYAÖ55	,731	,535	,636

Temel bileşenler analizi sonucunda tüm ana boyutlarda ortak yük değeri, faktör yük değeri ve MTPK katsayılarının belirlenen sınırların üzerinde olması nedeniyle yeterli ve kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılabilmektedir. Aynı zamanda temel bileşenler analizi sonucunda ulaşılan yüksek varyans oranı ile faktör yapısının gücü birbirine doğrusallık göstermekle birlikte %40-60 arasında olması yeterli olarak kabul edilmektedir (Akbulut 2010; Bektaş 2017; Çokluk ve ark. 2012; Karakoç ve Dönmez

2014; Tabachnick ve Fidell 2015). Tüm ana boyutların toplam varyansı açıklama yüzdesi %53,3 ile %63,5 arasında değişmesi nedeniyle yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

7. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Birey Merkezli Bakım ana boyutuna yönelik 13 maddenin iki faktör olarak ele alındığı yapı Model 1 ‘de, modifikasyon önerileri doğrultusunda HYAÖ 3 ve HYAÖ 10 maddelerinin elendiği yapı Model 2’de ve HYAÖ 2 ile HYAÖ 5 ve HYAÖ 15 ile HYAÖ 16 arasında ortak hata varyansının atandığı yapı Model 3’de gösterilmektedir (Şekil 1).



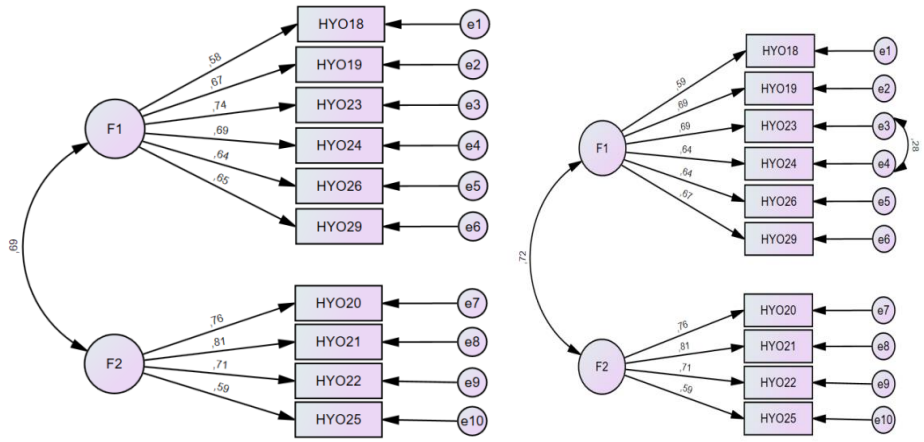
Şekil 1: Birey Merkezli Bakım Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modelleri

Birey Merkezli Bakım ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11: Birey Merkezli Bakım Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	4,732	,105	,879	,828	,869	,870	,841	,841	,02	,0564
Model 2	2,730	,072	,942	,911	,941	,942	,912	,925	,016	,0432
Model 3	2,042	,056	,958	,932	,966	,967	,937	,955	,013	,0346

Ekip Çalışması ve İş Birliği ana boyutuna yönelik 10 maddenin iki faktör olarak ele alındığı yapı Model 1 ‘de, modifikasyon önerileri doğrultusunda HYAÖ 23 ile HYAÖ 24 arasında ortak hata varyansının atandığı yapı Model 2’de gösterilmektedir (Şekil 2).



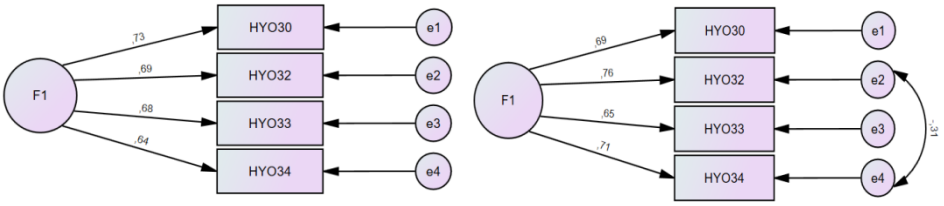
Şekil 2: Ekip Çalışması ve İşbirliği Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modelleri

Ekip Çalışması ve İş Birliği ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 12).

Tablo 12: Ekip Çalışması ve İşbirliği Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	2,373	,064	,952	,923	,961	,962	,935	,949	,020	,0443
Model 2	1,913	,052	,965	,942	,975	,975	,949	,966	,017	,0383

Kanıta Dayalı Uygulama ana boyutuna yönelik 4 maddenin tek faktör olarak ele alındığı yapı Model 1'de, modifikasyon önerileri doğrultusunda HYAÖ 32 ile HYAÖ 34 arasında ortak hata varyansının atandığı yapı Model 2'de gösterilmektedir (Şekil 3).



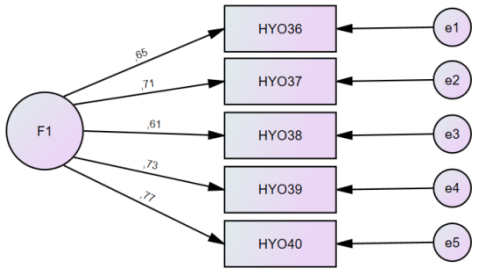
Şekil 0: Kanıta Dayalı Uygulama Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modelleri

Kanıta Dayalı Uygulama ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 13).

Tablo 13: Kanıta Dayalı Uygulama Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	5,120	,111	,985	,927	,976	,977	,971	,929	,013	,0292
Model 2	1,581	,042	,998	,977	,998	,998	,996	,990	,006	,0125

Kalite İyileştirme ana boyutuna yönelik 5 maddenin tek faktör olarak ele alındığı yapı Model 1'de gösterilmektedir (Şekil 4).



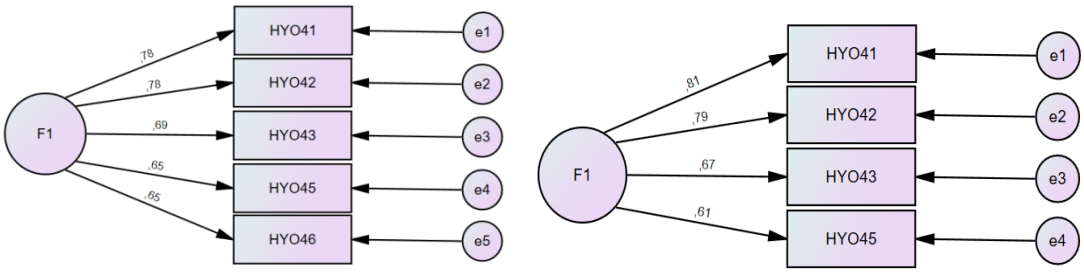
Şekil 4: Kalite İyileştirme Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modeli

Kalite iyileştirme ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelinde tüm değerlerin kabul edilebilir ve iyi uyum gösterdiği belirlendi (Tablo 14).

Tablo 14: Kalite İyileştirme Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	2,454	,066	,986	,958	,986	,986	,977	,973	,012	,0267

Güvenlik ana boyutuna yönelik 5 maddenin tek faktör olarak ele alındığı yapı Model 1'de, modifikasyon önerileri doğrultusunda HYAÖ 46 maddesinin elendiği yapı Model 2'de gösterilmektedir (Şekil 5).



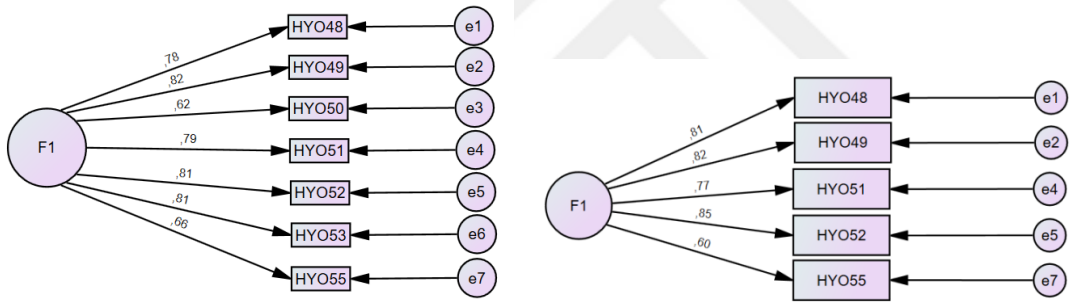
Şekil 5: Güvenlik Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modelleri

Güvenlik ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 15).

Tablo 15: Güvenlik Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	6,086	,123	,966	,899	,958	,958	,951	,916	,018	,0402
Model 2	2,219	,060	,993	,966	,995	,995	,990	,984	,008	,0174

Bilişim ana boyutuna yönelik 7 maddenin tek faktör olarak ele alındığı yapı Model 1 ‘de, modifikasyon önerileri doğrultusunda HYAÖ 50 ve HYAÖ 53 maddelerinin elendiği yapı Model 2’de gösterilmektedir (Şekil 6).



Şekil 6: Bilişim Ana Boyutuna Yönelik Geliştirilen DFA Modelleri

Bilişim ana boyutuna yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 16).

Tablo 16: Bilişim Ana Boyutu DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	7,426	,138	,913	,826	,934	,934	,924	,900	,021	,0483
Model 2	2,898	,045	,994	,970	,998	,998	,995	,993	,006	,0118

DFA, ölçek geliştirme ve geçerlik analizlerinde kullanılmakta ve önceden belirlenmiş bir yapının doğrulanmasını amaçlamaktadır. Bu amaçla sınanmaya çalışılan yapının, uygun olduğuna dair değerlendirme ölçütleri, diğer bir deyişle uyum indeksleri sunmaktadır (Çokluk ve ark. 2012; Bayram 2013; Meydan ve Şeşen 2015; Tabachnick ve Fidell 2015). Genel model uyumunun değerlendirilmesinde ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranı (x^2/sd), kullanılmaktadır. 3'ten küçük değerler kabul edilebilir uyumu, 2'den küçük değerler ise mükemmel uyumu yansıtmaktadır (Çokluk ve ark. 2012; Bayram 2013; Meydan ve Şeşen 2015; Tabachnick ve Fidell 2015). Kanıta dayalı uygulama, güvenlik ve bilişim ana boyutlarının mükemmel uyum, diğer ana boyutların ise kabul edilebilir uyum gösterdiği görülmektedir. Karşılaştırmalı uyum indeksleri arasında NFI, NNFI ve IFI'nın ,90 ve üzerindeki, CFI'nın ,95 ve üzerindeki, RMSEA'nın ,08 ve altındaki değerleri kabul edilebilir uyumu gösterirken, NFI, NNFI ve IFI'nın ,95 ve üzerindeki, CFI'nın ,97 ve üzerindeki, RMSEA'nın ,05 ve altındaki değerleri mükemmel uyumu yansıtmaktadır (Çokluk ve ark. 2012; Bayram 2013; Meydan ve Şeşen 2015; Tabachnick ve Fidell 2015). Birey merkezli bakım ana boyutu NFI, NNFI, CFI ve IFI değerleri bakımından, ekip çalışması ve işbirliği ana boyutu NFI, NNFI ve CFI değerleri bakımından kabul edilebilir uyum göstermektedir. Diğer ana boyutlarda NFI, NNFI, CFI ve IFI değerleri ise mükemmel uyumu göstermektedir. RMSEA değeri bakımından birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kalite iyileştirme ana boyutlarının kabul edilebilir uyum, diğer ana boyutların mükemmel uyum gösterdiği göstermektedir. Mutlak uyum indeksleri arasında GFI'nın ,90 ve üzerindeki ve AGFI'nın ,85 ve üzerindeki değerleri kabul edilebilir uyumu, GFI'nın ,95 ve üzerindeki ve AGFI'nın ,90 ve üzerindeki değerleri mükemmel uyumu yansıtmaktadır (Çokluk ve ark. 2012; Bayram 2013; Meydan ve Şeşen 2015; Tabachnick ve Fidell 2015). GFI değeri bakımından birey merkezli bakım ana boyutu kabul edilebilir uyum, diğer ana boyutlar mükemmel uyum göstermektedir. AGFI değeri bakımından tüm ana boyutlar, mükemmel uyum göstermektedir. Artık temelli uyum indeksleri arasında SRMR değeri için ,08 'e kadar olan değerler kabul edilebilir uyumu, ,05'e eşit ya da küçük değerler mükemmel uyumu yansıtmaktadır (Çokluk ve ark. 2012; Bayram 2013; Meydan ve Şeşen 2015; Tabachnick ve Fidell 2015). Tüm ana boyutların RMR ve SRMR değerleri, mükemmel uyum göstermektedir. Genel olarak HYAÖ için uyum indeksleri değerlendirildiğinde tüm ana boyutlar için oluşturulan yapının veri setini doğruladığı sonucuna varılabilmektedi

8. Ölçeğin Ana Boyutlarına Göre Maddelerin Dağılımı ve Yorumlanması

HYAÖ maddelerinin ana boyutlara göre dağılımı, Tablo 17'de verildi.

Tablo 17: HYAÖ Ana Boyutlarına Göre Maddelerin Dağılımı

Alt Boyutları	Maddeler	Madde Sayısı
Birey Merkezli Bakım		11
Bireysel farklılıkların gözetimi	2-**1,** 4-**2,** 5-**3,** 6-**4,** 7-**5**	5
Bireysel bakımın yönetimi	9-**6,** 11-**7,** 12-**8,** 13-**9,** 15-**10,** 16-**11**	6
Ekip Çalışması ve İş Birliği		10
Etkili iletişim ve işbirliği	18-**12,** 19-**13,** 23-**17,** 24-**18,** 26-**20,** 29-**21**	6
Görev, yetki ve sorumluluklara yönelik farkındalık	20-**14,** 21-**15,** 22-**16,** 25-**19**	4
Kanıta Dayalı Uygulama	30-**22,** 32-**23,** 33-**24,** 34-**25**	4
Kalite İyileştirme	36-**26,** 37-**27,** 38-**28,** 39-**29,** 40-**30**	5
Güvenlik	41-**31,** 42-**32,** 43-**33,** 45-**34**	4
Bilişim	48-**35,** 49-**36,** 51-**37,** 52-**38,** 53-**39**	5

AFA ve DFA'nden sonra son halini alan HYAÖ, altı ana boyut ve 39 maddeden oluşmaktadır. Birey merkezli bakım ana boyutu, bireysel farklılıkların gözetimi ve bireysel bakımın yönetimi olmak üzere iki alt boyuta ayrılmakta ve 11 maddeden oluşmaktadır. Ekip çalışması ve işbirliği ana boyutu ise etkili iletişim ve işbirliği ve görev, yetki ve sorumluluklara yönelik farkındalık olmak üzere iki alt boyuta ayrılmakta ve 10 maddeden oluşmaktadır. Kanıta dayalı uygulama ana boyutu 4 madde, kalite iyileştirme ana boyutu 5 madde, güvenlik ana boyutu 4 madde ve bilişim ana boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert (1: Kesinlikle katılmıyorum- 5: Kesinlikle katılıyorum) şeklinde olan ölçekte olumsuz ifade içeren madde yer almamaktadır. Her ana boyut ayrı ayrı değerlendirilmekte ve toplam ölçek puanı üzerinden herhangi bir değerlendirilme yapılmamaktadır. Ana boyut puanları, ölçekteki her ana boyuttan alınan toplam puanın, madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. Her ana boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili ana boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, öğrencilerin o alandaki yetkinlik algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

9. Ölçeğin Ana Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

HYAÖ'nin iç tutarlığını test etmek için yapılan analizde ana boyutların iç tutarlılık katsayılarının ,777-,900 arasında değiştiği belirlendi. HYAÖ ana boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayılarının dağılımı, Tablo 18'de verildi.

Tablo 18: HYAÖ Ana Boyutlarının Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı

Alt Boyutları	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Kat Sayısı
Birey Merkezli Bakım	,874
Bireysel farklılıkların gözetimi	,795
Bireysel bakımın yönetimi	,808
Ekip Çalışması ve İş Birliği	,864
Etkili iletişim ve işbirliği	,822
Görev, yetki ve sorumluluklara yönelik farkındalık	,803
Kanıta Dayalı Uygulama	,777
Kalite İyileştirme	,816
Güvenlik	,797
Bilişim	,900

Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayısının ,70 üzerinde olması önerilmekle birlikte ,80-,90 arasında olmasının iyi ve ,90'nın üzerinde olmasının ise mükemmel tutarlılığı yansıttığı belirtilmektedir (Akbulut 2010; Erefe 2012; Çokluk ve ark. 2012; Erdoğan ve ark. 2015; Yaşlıoğlu 2017). Bu doğrultuda birey merkezli bakım, ekip çalışması ve işbirliği, kalite iyileştirme ve bilişim ana boyutlarının iyi iç tutarlılığa, güvenlik ve kanıta dayalı uygulama ana boyutlarının kabul edilebilir iç tutarlığa sahip olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 19: HYAÖ Maddelerinin MTPK Katsayıları

Yeni	Eski	HYAÖ Maddeleri	MTPK*
1	HYAÖ2	Bireysel farklılıklara saygı duyarım.	,534
2	HYAÖ4	Sağlığı/hastalığı bireyin bakış açısıyla görmeyi önemserim.	,556
3	HYAÖ5	Bireylerin kendi farklılıkları ile ilgili ifadelerine saygı gösteririm.	,634
4	HYAÖ6	Kendi farklılıklarını ifade edebilmesi için bireyleri cesaretlendiririm.	,573
5	HYAÖ7	Bakımın yönetiminde bireysel farklılıkları gözetirim.	,648
6	HYAÖ9	Birey ve yakınlarının bakım sürecinin ortağı olduğuna inanırım.	,597
7	HYAÖ11	Bakımın yönetiminde etik ilke ve standartları gözetirim.	,594
8	HYAÖ12	Birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	,559
9	HYAÖ13	Birey ve yakınlarının iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	,551
10	HYAÖ15	Farklılıkları olan bireylere bakım vermenin benim için bir öğrenme fırsatı olduğuna inanırım.	,606
11	HYAÖ16	İletişim becerilerimi yaşam boyu geliştirmek benim için önemlidir.	,537
12	HYAÖ18	Varlığımın sağlık ekibine değer katacağına inanırım.	,505
13	HYAÖ19	Meslekler arası/içi işbirliğinin mesleki uygulamalarımın gücünü arttırdığına inanırım	,605
14	HYAÖ20	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını tam olarak bilirim.	,591
15	HYAÖ21	Sağlık ekibi içinde kendi görev, yetki ve sorumluluklarımı yerine getirebilirim.	,677
16	HYAÖ22	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının kesiştiği durumlarda kendi rolümü ayrıştırabilirim.	,570
17	HYAÖ23	Sağlık ekibi içindeki farklı bakış açıları benim için değerlidir.	,603
18	HYAÖ24	Sağlık ekibi üyelerinin bireysel farklılıklarına saygı duyarım.	,559
19	HYAÖ25	Sağlık ekibi içinde yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.	,533
20	HYAÖ26	Sağlık ekibi üyelerinin iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	,570
21	HYAÖ29	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran sistemsel çözümler benim için önemlidir.	,576
22	HYAÖ30	Bakımı en güncel kanıtlar doğrultusunda gerçekleştirebilirim.	,614
23	HYAÖ32	Mesleki uygulamalarımda en güncel kanıtlara ilişkin kaynaklara ulaşabilirim.	,586
24	HYAÖ33	Mesleki uygulamalarımda bilimsel araştırmaları takip etmek benim için önemlidir.	,585
25	HYAÖ34	Yeni kanıtların uygulanabileceği bir çalışma ortamı oluşturmaya destek veririm.	,549
26	HYAÖ36	Bakım sonuçlarına ilişkin verilere ulaşabilirim.	,590
27	HYAÖ37	Bakım kalitesini sürekli iyileştirmenin vazgeçilmez olduğuna inanırım.	,616
28	HYAÖ38	Bakım kalitesinin ölçümünde kalite iyileştirme araçlarını kullanabilirim.	,554
29	HYAÖ39	Ölçme ve değerlendirmenin bakım kalitesinin arttırılmasında önemli olduğuna inanırım.	,626
30	HYAÖ40	Bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik değişimlere destek veririm.	,667
31	HYAÖ41	Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin standardize uygulamaları gerçekleştirebilirim.	,695
32	HYAÖ42	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında standardize uygulamaların önemini kabul ederim.	,674
33	HYAÖ43	Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden riskleri gözetirim.	,574
34	HYAÖ45	Tıbbi hataların bildiriminde güvenlik raporlama sistemini kullanabilirim.	,544
35	HYAÖ48	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen bilgi yönetimi araçlarını kullanabilirim.	,738
36	HYAÖ49	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen teknolojik araçları kullanabilirim.	,773
37	HYAÖ51	Bakım sürecinde elektronik sağlık kayıt sistemini kullanabilirim.	,742
38	HYAÖ52	Bakım sürecinde klinik karar destek sistemini kullanabilirim.	,785
39	HYAÖ53	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran teknolojileri kullanabilirim.	,729

HYAÖ'nin güvenirlik göstergelerinden biri olan MTPK katsayılarının dağılımı Tablo 19'da verildi. Birey Merkezli Bakım ana boyutu için ,534-,648; Ekip Çalışması ve İş Birliği ana boyutu için ,505-,677; Kanıta Dayalı Uygulama ana boyutu için ,549-,614; Kalite İyileştirme ana boyutu için ,554-,667; Güvenlik ana boyutu için ,544-,695 ve Bilişim ana boyutu için ,729-,785 arasında değiştiği görüldü.

10. Zamana Karşı Değişmezlik Özelliği

HYAÖ'nin zamana karşı geçerliğini test etmek amacıyla örneklem içinden belirlenen 42 kişilik bir öğrenci grubuna iki hafta arayla ölçek iki kere uygulandı. Öğrencilerin HYAÖ ana boyutlarından birinci ve ikinci uygulamada elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenirken, pozitif yönlü güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı derecede ilişki olduğu görüldü ($p<0,001$) (Tablo 20).

Tablo 20: HYAÖ Ana Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları (N=42)

Ana Boyutlar	Birinci Uygulama	İkinci Uygulama	t-testi Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Birey Merkezli Bakım	4,52 ± 0,38	4,54 ± 0,42	-,7,64	0,450	,828	0,000
Ekip Çalışması ve İş Birliği	4,28 ± 0,35	4,30 ± 0,34	-1,423	0,162	,906	0,000
Kanıta Dayalı Uygulama	4,26 ± 0,48	4,35 ± 0,53	1,500	0,141	,716	0,000
Kalite İyileştirme	4,39 ± 0,40	4,40 ± 0,47	-,315	0,755	,785	0,000
Güvenlik	4,35 ± 0,41	4,38 ± 0,41	-,813	0,421	,763	0,000
Bilişim	4,29 ± 0,45	4,34 ± 0,42	-,1,044	0,303	,778	0,000

İki ölçümden elde edilen korelasyon katsayısının ,70-,89 arasında olması durumunda güçlü ilişki ve .90 üzerinde olması durumunda çok güçlü ilişki olduğu kabul edilmektedir (Akbulut 2010; Karagöz 2014; Erdoğan ve ark. 2015; Meydan ve Şeşen 2015). Araştırmada ekip çalışması ve işbirliği ana boyutuna yönelik ölçümler arasında çok güçlü ilişki, diğer ana boyutlara yönelik ölçümler arasında güçlü ilişki olduğu görülmektedir. Aynı zamanda iki hafta ara ile test edilen puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmaması nedeniyle ölçeğin zamana karşı değişmez olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Sonuç olarak; geliştirilen HYAÖ'nin hemşirelik son sınıf öğrencilerinin yetkinlik algılarının belirlenmesinde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Ek 3a: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

1	Birey merkezli bakımın tüm boyutlarını bilirim
2	Bireyin tüm farklılıklarına saygı ve duyarlılık göstererek birey merkezli bakımı gerçekleştirebilirim
3	Sağlığı/hastalığı bireyin bakış açısıyla görmeyi önemserim
4	Bireylerin kendi farklılıkları ile ilgili ifadelerine saygı gösteririm
5	Kendi farklılıklarını ifade edebilmesi için bireyleri cesaretlendiririm.
6	Bakımını üstlendiğim bireylerin tüm ifadelerini önemserim.
7	Farklılıkları olan bireylere bakım vermenin benim için bir öğrenme fırsatı olduğuna inanırım.
8	Farklı etnik, kültürel ve sosyal geçmişe sahip olan bireylere bakım verirken kendimi rahat hissederim.
9	Kendimden farklı değerlere sahip bireylere bakım vermekte istekliyim.
10	Bireylerin kültürel özelliklerini yansıtan ağrıya yönelik sözel ve davranışsal yanıtların neler olduğunu bilirim.
11	Bireylerin tüm farklılıklarını göz önünde bulundurarak ağrı tanılamasını gerçekleştirebilirim
12	Bireylerin tüm farklılıklarını göz önünde bulundurarak ağrının azaltılmasında etkili yöntemleri kullanabilirim.
13	Bireylerin tepki düzeyleri ne olursa olsun ağrı ile ilgili tüm yakınmalarını önemserim.
14	Bireylerde ağrının azaltılmasında hemşirelerin önemli rolleri olduğuna inanırım.
15	Ağrı yönetiminde başarının, birey ve yakınlarının beklentilerine göre şekillendiğini kabul ederim.
16	Birey ve yakınlarının bakım sürecine aktif katılımını sağlayacak yöntemleri bilirim.
17	Birey ve yakınlarının bakım sürecine aktif katılımını sağlayabilirim.
18	Birey ve yakınlarının bakım sürecinin ortağı olduğuna inanırım.
19	Bakımın yönetiminde yasal ve etik konuları bilirim.
20	Bakımı yasal ve etik kurallara uygun olarak yönetebilirim.
21	Etkili iletişi kurma ve çatışma çözme ilkelerini bilirim.
22	Birey ve yakınları ile yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.
23	İletişim becerilerimi yaşam boyu sürekli geliştirmek benim için önemlidir.
24	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak güçlü ve zayıf yönlerimin farkındayım.
25	Varlığımın sağlık ekibine değer katacağına inanırım.
26	Meslekler arası/içi işbirliği ile mesleki uygulamalarımın daha güçlü olduğuna inanırım.
27	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını tam olarak bilirim.
28	Sağlık ekibi içinde kendi görev, yetki ve sorumluluklarımı yetkin bir şekilde yerine getirebilirim.
29	Sağlık ekibi içinde kendi görev, yetki ve sorumluluklarımın kesiştiği durumlarda kendi rolümü belirgin hale getirebilirim.
30	Sağlık ekibi içindeki farklı bakış açıları benim için değerlidir.
31	Sağlık ekibi üyelerinin bireysel farklılıklarına koşulsuz saygı duyarım.
32	Sağlık ekibi içinde yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.
33	Birey ve yakınları ile sağlık ekibi üyelerinin iletişim farklılıklarına saygı duyarım.
34	Bakım vericiler ve bakım düzeyleri arasındaki geçişlerde etkili iletişim tekniklerini kullanabilirim.
35	Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden riskleri gözetirim.
36	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran sistemsel çözümler benim için önemlidir.
37	Kanıta dayalı araştırmalar için gereken temel bilimsel yöntem ve süreçleri bilirim.
38	Bakımı en güncel kanıtlar doğrultusunda gerçekleştirebilirim.
39	Mesleki uygulamalarımın kanıta dayalı olması benim için önemlidir.
40	Mesleki uygulamalarımda en güncel kanıtlara ilişkin kaynaklara ulaşabilirim.
41	Mesleki uygulamalarımda bilimsel araştırmaları takip etmek benim için önemlidir.
42	Mesleki uygulamalarımla ilgili bilimsel araştırmaları takip ederim.
43	Yeni kanıtların uygulanabileceği bir çalışma ortamı oluşturmaya destek veririm.
44	Kanıta dayalı protokol ve prosedürlerin dışına çıkmadan önce uzmanlara danışmam gerektiğine inanırım.
45	Bakım sonuçlarına ilişkin verilere ulaşabilirim.
46	Bakım kalitesini sürekli iyileştirmenin vazgeçilmez olduğuna inanırım.
47	Bakım kalitesinin ölçümünde kullanılan kalite iyileştirme araçlarını bilirim.
48	Bakım kalitesinin ölçümünde kalite iyileştirme araçlarını kullanabilirim.
49	Ölçme ve değerlendirmenin bakım kalitesinin arttırılmasında önemli olduğuna inanırım.
50	Bakım sürecinin iyileştirilmesine yönelik değişim yaklaşımlarını bilirim.
51	Bakım sürecinin iyileştirilmesinde yönelik bir değişimi gerçekleştirebilirim.
52	Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden uygulamaları bilirim.
53	Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin standardize uygulamaları gerçekleştirebilirim.
54	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında standardize uygulamaların önemini kabul ederim.
55	İnsan hafızasına olan güvenin azaltılmasında etkili stratejileri kullanabilirim.
56	Bir güvenlik kültürünü oluşturan temel etmenleri bilirim.
57	Tıbbi hataların bildiriminde güvenlik raporlama sistemini kullanabilirim.
58	Tıbbi hataların önlenmesinde kendi rolümün önemli olduğuna inanırım.
59	Tıbbi hataların nedenlerini farklı yöntemlerle analiz edebilirim.
60	Ulusal hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları ile kurum uygulamalarını karşılaştırabilirim.
61	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen bilgi ve teknoloji becerilerine sahibim.
62	Bilgi ve teknoloji becerilerimi yaşam boyu geliştirmek benim için önemlidir.
63	Bakım sürecinde elektronik sağlık kayıt sistemini kullanabilirim.
64	Bakım sürecinde klinik karar destek sistemini kullanabilirim.
65	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran teknolojileri kullanabilirim.
66	Kaliteli ve güvenli bakıma katkı veren bilgi ve teknoloji araçlarına değer veririm.
67	Bilgi ve teknoloji araçları benim için önemlidir.
68	Hemşirelerin bilgi ve teknoloji araçlarını geliştirme sürecine katılımını desteklerim

Ek 3b: Uzman Listesi I

Prof. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Prof. Dr. Şeyda Seren İNTEPELER
Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sergül DUYGULU
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Doç. Dr. Arzu Kader HARMANCI SEREN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ŞEN
Yakın Doğu Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ve Hemşirelikte Öğretim/Yönetim Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa OTRAR
Marmara Üniversitesi
Eğitim Fakültesi, Ölçme ve Değerlendirme Anabilim Dalı

Uzm. Saliha KOÇ
Acıbadem Sağlık Grubu
Hemşirelik Hizmetleri Direktörü

Ek 3c: Kapsam Geçerliği Sonrası Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği Taslağı

1	Bireyi bir bütün olarak ele alabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Bireysel farklılıklara saygı duyarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Bireysel farklılıklara duyarlılıkla yaklaşırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Sağlığı/hastalığı bireyin bakış açısıyla görmeyi önemserim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Bireylerin kendi farklılıkları ile ilgili ifadelerine saygı gösteririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Kendi farklılıklarını ifade edebilmesi için bireyleri cesaretlendiririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Bakımın yönetiminde bireysel farklılıkları gözetirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Birey ve yakınlarının bakım sürecine katılımını sağlayabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Birey ve yakınlarının bakım sürecinin ortağı olduğuna inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Bakımın yönetiminde yasal kurallara uyarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Bakımın yönetiminde etik ilke ve standartları gözetirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Birey ve yakınlarının iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Birey ve yakınları ile yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	Farklılıkları olan bireylere bakım vermenin benim için bir öğrenme fırsatı olduğuna inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	İletişim becerilerimi yaşam boyu geliştirmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak güçlü ve zayıf yönlerimin farkındayım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Varlığımın sağlık ekibine değer katacağına inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	Meslekler arası/içi işbirliğinin mesleki uygulamalarımın gücünü arttırdığına inanırım	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını tam olarak bilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	Sağlık ekibi içinde kendi görev, yetki ve sorumluluklarımı yerine getirebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının kesiştiği durumlarda kendi rolümü ayrıştırabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	Sağlık ekibi içindeki farklı bakış açıları benim için değerlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Sağlık ekibi üyelerinin bireysel farklılıklarına saygı duyarım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	Sağlık ekibi içinde yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26	Sağlık ekibi üyelerinin iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27	Sağlık ekibi üyeleri ile etkili iletişim kurabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28	Hasta teslim sürecinde etkili iletişim tekniklerini kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran sistemsel çözümler benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30	Bakımı en güncel kanıtlar doğrultusunda gerçekleştirebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31	Mesleki uygulamalarımın kanıta dayalı olması benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32	Mesleki uygulamalarımda en güncel kanıtlara ilişkin kaynaklara ulaşabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
33	Mesleki uygulamalarımda bilimsel araştırmaları takip etmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
34	Yeni kanıtların uygulanabileceği bir çalışma ortamı oluşturmaya destek veririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Kanıta dayalı protokol ve prosedürlerin dışına çıkmadan önce uzmanlara danışmam gerektiğine inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
36	Bakım sonuçlarına ilişkin verilere ulaşabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
37	Bakım kalitesini sürekli iyileştirmenin vazgeçilmez olduğuna inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
38	Bakım kalitesinin ölçümünde kalite iyileştirme araçlarını kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
39	Ölçme ve değerlendirmenin bakım kalitesinin arttırılmasında önemli olduğuna inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
40	Bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik değişimlere destek veririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
41	Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin standardize uygulamaları gerçekleştirebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
42	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında standardize uygulamaların önemini kabul ederim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
43	Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden riskleri gözetirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
44	Hafızama olan güvenimi azaltmak için etkili stratejileri kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
45	Tıbbi hataların bildiriminde güvenlik raporlama sistemini kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
46	Tıbbi hataların önlenmesinde kendi rolümün önemli olduğuna inanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
47	Tıbbi hataların nedenlerini farklı yöntemlerle analiz edebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
48	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen bilgi yönetimi araçlarını kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
49	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen teknolojik araçları kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
50	Bilgi yönetimi ve teknolojik araçları kullanma becerilerimi yaşam boyu geliştirmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
51	Bakım sürecinde elektronik sağlık kayıt sistemini kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
52	Bakım sürecinde klinik karar destek sistemini kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
53	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran teknolojileri kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
54	Kaliteli ve güvenli bakıma katkı veren bilgi yönetimi ve teknoloji araçlarına değer veririm.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
55	Hemşirelerin bilgi yönetimi ve teknolojik araçları geliştirme sürecine katılımını desteklerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Ek 4: Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği

Aşağıda ‘’Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği’’nde verilen ifadeler temel yetkinliklere ilişkin bilgi, beceri ve tutumlarla ile ilgilidir. Her ifade aşağıda gösterilen tabloda olduğu gibi 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere katılma derecenizi daire içine alınız.

Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	2	3	4	5

No	HYAÖ Maddeleri					
1	Bireysel farklılıklara saygı duyarım.	1	2	3	4	5
2	Sağlığı/hastalığı bireyin bakış açısıyla görmeyi önemserim.	1	2	3	4	5
3	Bireylerin kendi farklılıkları ile ilgili ifadelerine saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
4	Kendi farklılıklarını ifade edebilmesi için bireyleri cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5
5	Bakımın yönetiminde bireysel farklılıkları gözetirim.	1	2	3	4	5
6	Birey ve yakınlarının bakım sürecinin ortağı olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
7	Bakımın yönetiminde etik ilke ve standartları gözetirim.	1	2	3	4	5
8	Birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5
9	Birey ve yakınlarının iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
10	Farklılıkları olan bireylere bakım vermenin benim için bir öğrenme fırsatı olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
11	İletişim becerilerimi yaşam boyu geliştirmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
12	Varlığımın sağlık ekibine değer katacağına inanırım.	1	2	3	4	5
13	Meslekler arası/içi işbirliğinin mesleki uygulamalarımın gücünü arttırdığına inanırım	1	2	3	4	5
14	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarını tam olarak bilirim.	1	2	3	4	5
15	Sağlık ekibi içinde kendi görev, yetki ve sorumluluklarımı yerine getirebilirim.	1	2	3	4	5
16	Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumluluklarının kesiştiği durumlarda kendi rolümü ayrıştırabilirim.	1	2	3	4	5
17	Sağlık ekibi içindeki farklı bakış açıları benim için değerlidir.	1	2	3	4	5
18	Sağlık ekibi üyelerinin bireysel farklılıklarına saygı duyarım.	1	2	3	4	5
19	Sağlık ekibi içinde yaşanabilecek olası çatışmaları yönetebilirim.	1	2	3	4	5
20	Sağlık ekibi üyelerinin iletişim farklılıklarına saygı gösteririm.	1	2	3	4	5
21	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran sistemsel çözümler benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
22	Bakımı en güncel kanıtlar doğrultusunda gerçekleştirebilirim.	1	2	3	4	5
23	Mesleki uygulamalarımda en güncel kanıtlara ilişkin kaynaklara ulaşabilirim.	1	2	3	4	5
24	Mesleki uygulamalarımda bilimsel araştırmaları takip etmek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
25	Yeni kanıtların uygulanabileceği bir çalışma ortamı oluşturmaya destek veririm.	1	2	3	4	5
26	Bakım sonuçlarına ilişkin verilere ulaşabilirim.	1	2	3	4	5
27	Bakım kalitesini sürekli iyileştirmenin vazgeçilmez olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
28	Bakım kalitesinin ölçümünde kalite iyileştirme araçlarını kullanabilirim.	1	2	3	4	5
29	Ölçme ve değerlendirmenin bakım kalitesinin arttırılmasında önemli olduğuna inanırım.	1	2	3	4	5
30	Bakım kalitesinin iyileştirilmesine yönelik değişimlere destek veririm.	1	2	3	4	5
31	Hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin standardize uygulamaları gerçekleştirebilirim.	1	2	3	4	5
32	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında standardize uygulamaların önemini kabul ederim.	1	2	3	4	5
33	Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden riskleri gözetirim.	1	2	3	4	5
34	Tıbbi hataların bildiriminde güvenlik raporlama sistemini kullanabilirim.	1	2	3	4	5
35	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen bilgi yönetimi araçlarını kullanabilirim.	1	2	3	4	5
36	Kaliteli ve güvenli bakımı destekleyen teknolojik araçları kullanabilirim.	1	2	3	4	5
37	Bakım sürecinde elektronik sağlık kayıt sistemini kullanabilirim.	1	2	3	4	5
38	Bakım sürecinde klinik karar destek sistemini kullanabilirim.	1	2	3	4	5
39	Sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimi kolaylaştıran teknolojileri kullanabilirim.	1	2	3	4	5

Ek 5: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

HMHÖ'nin geliştirilmesi sürecinde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi. Geçerliğe yönelik olarak madde havuzunun oluşturulması, maddelerin uzman görüşüne sunulması ve ön uygulamanın yapılarak kapsam geçerliği sürecinin tamamlanması, son sınıf hemşirelik öğrencilerine uygulanarak yapı geçerliğinin sınanması çalışmaları gerçekleştirildi. Güvenirliğine yönelik olarak madde-toplam puan korelasyon katsayısının incelenmesi, iç tutarlılık katsayısının hesaplanması ve zamana karşı değişmezlik özelliğinin test edilmesi çalışmaları gerçekleştirildi.

1. Madde HavuzununOluşturulması

Yeni mezun hemşirelerin ilk mesleki deneyimlerini (Taştan ve ark. 2013; Theisen ve Sandau 2013; Walker and Campbell 2013; Cheng ve ark. 2014; Parker ve ark. 2014; Zamanzadeh ve ark. 2014; Al Awaisi ve ark. 2015; Lea ve Cruickshank 2015; Laschinger ve ark. 2016; Ortiz 2016; Sönmez ve Yıldırım 2016; Hussein ve ark. 2017) ve son sınıf hemşirelik öğrencilerinin mesleki yaşama geçiş sürecindeki duygu ve düşüncelerini (Casey ve ark. 2011; Doody ve ark. 2012; Lee ve ark. 2014; Güner 2015; Woods ve ark. 2015; Bifftu ve ark. 2016; Mellor ve Gregoric 2016) konu alan literatür ışığında 52 maddeyi kapsayan 'HMHÖ Taslağı'' oluşturuldu (Ek-5a). Taslak ölçekteki maddeler, HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen madde tasarım ilkeleri göz önünde bulundurularak hazırlandı. HMHÖ taslağında her bir maddenin değerlendirilmesinde 5'li Likert tipi puanlanma sisteminin kullanılmasına ve katılımcılardan elde edilen ''kesinlikle katılıyorum (5 puan)'' ve ''kesinlikle katılmıyorum (1 puan)'' arasında değişen görüşler doğrultusunda ölçeğin puanlandırılmasına karar verildi. HMHÖ taslağında 17,18,19,20,21,22,35,36 ve 37. maddeler olumsuz anlam içeren ters ifadeler olarak yerini aldı ve bu ifadeler ters puanlandırılarak değerlendirildi.

2. Uzman Görüşlerinin Alınması ve Değerlendirilmesi

HMHÖ'nin kapsam geçerliliği süreci, HYAÖ ile eşgüdümlü ilerlediğinden bu bölümde konu ile ilgili tekrar bilgi verilmeyerek sadece HMHÖ kapsam geçerliğine yönelik sonuçlar paylaşıldı.

HMHÖ taslağı maddelerinin KGİ'leri 0,87-1,00 arasında değişmekte olduğu belirlendi ve tüm maddelere ait KGİ'leri Tablo 1'de sunuldu. Ölçek taslağından hiç madde çıkarılmadı. Yapısında ''ve'' bağlacı içeren 1 madde (49) anlam karmaşası yaratmaması için birbirinden ayrı iki madde haline getirildi. Anlaşılır bulunmayan 17 madde (3,4,15,16,19,20,21,22,23,41,46,47,48,49,50,51) önerilere uygun şekilde düzenlendi.

HMHÖ taslağı sınıf içi korelasyon katsayısı 0,88 olarak bulundu. Uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde uyum olduğu belirlendiğinden, HMHÖ taslağının kapsam geçerliğini sağladığı düşünülmektedir.

3. Ön Uygulamanın Yapılması

HMHÖ taslağının ön uygulaması son sınıfta öğrenim görmekte olan 20 hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirildi ve ön uygulamaya katılan öğrenciler örnekleme dâhil edilmedi. Katılımcıların ölçekteki maddelerin açıklığı ve anlaşılırlığı ile ilgili görüş ve önerileri alındıktan sonra ölçek taslaklarına son hali verilerek kapsam geçerliliği süreci tamamlandı. HMHÖ taslağı 53 madde olarak son halini aldı (Ek-5b).

Tablo 1 : HMHÖ Taslağının Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri (N=7)

Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar	Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar
Madde 1	3,62 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul	**Madde 27**	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul
Madde 2	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 28**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 3	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 29**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 4	3,50 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul	**Madde 30**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 5	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 31**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 6	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 32**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 7	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 33**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 8	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 34**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 9	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 35**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 10	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 36**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 11	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 37**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 12	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 38**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 13	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 39**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 14	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 40**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 15	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 41**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 16	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 42**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 17	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 43**	3,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul
Madde 18	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 44**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 19	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 45**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 20	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 46**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 21	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 47**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 22	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 48**	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 23	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 49**	3,88 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 24	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 50**	3,62 ± 0,74	2-4	0,87	Kabul
Madde 25	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 51**	3,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul
Madde 26	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 52**	3,75 ± 0,70	2-4	0,87	Kabul

4. Verilerin Toplanması

HMHÖ taslağının, yapı geçerliğinin sınanabilmesi için Ocak-Mart 2018 tarihleri arasında İstanbulMedipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu ve İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi'nde son sınıfta öğrenim gören toplam 412 öğrenciden örneklem seçim yöntemine gidilmeden 362 öğrenciye ulaşıldı. Geri dönüş oranı %87,2 olarak belirlendi. Öğrencilerin ders programı üzerinden verilerin toplannasına uygun olan dersler belirlendi. Dersin ait olduğu ana bilim dalından sözel izin alındıktan sonra uygun bir zaman diliminde derse girildi. Öğrencilere araştırma ile ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (Ek-29). Sonrasında veri toplama aracı dağıtıldı ve beklenerek toplandı. Ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliğinin değerlendirilmesinde, test-tekrar test yöntemi kulanıldığından iki hafta sonra tekrar 50 kişiden aynı yöntemle veri toplandı.

HMHÖ geliştirilme sürecine katılım gösteren öğrencilerin yaş ortalamasının 21,91 ± 1,27 ve ortancasının 21 yaş olduğu belirlendi. %59,4'ünün 21 yaş üzeri yaş grubunda (n=215) ve %82'sinin kadın cinsiyetinde (n=297) yer aldığı görüldü. %60,2'sinin anadolu lisesinden mezun olduğu (n=218) ve %45,3'ünün GANO'nın 2.50-2.99 aralığında yer aldığı (n=164) belirlendi. Öğrencilerin mesleki hazıroluşluk algısına yönelik puan ortalamasının 6,49 ± 1,86 ve ortancasının 7 puan olduğu belirlendi. %72,1'inin mesleki hazır oluşluğunu 7 puan ve altında değerlendirdiği saptandı (n=261).

5. Faktör Analizine Uygunluğunun Belirlenmesi

53 maddeden oluşan HMHÖ taslağının yapı geçerliği, AFA ve DFA ile değerlendirildi. Faktör analizi varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesine yönelik aykırı değerler, örneklem büyüklüğü, korelasyon matrisinin faktörlenebilirliği ve normal dağılım özellikleri incelendi.

Tablo 2: HMHÖ Taslağı KMO Örneklem Ölçüm ve Bartlett Küresellik Testi Değerleri (N=332)

Alt Boyutlar	KMO Örneklem Ölçüm Değeri	Bartlett Küresellik Testi Değeri	df Değeri	p Değeri
HMHÖ	,908	9609,844	1225	0,000

Örneklem büyüklüğü 362 olan HMHÖ veri setinden, 30 örneklem aykırı değer kabul edilerek çıkarıldı ($p<0,001$). Faktör analizine 332 örneklem büyüklüğü ile devam edildi. HMHÖ taslağı için KMO örneklem ölçüm değeri ,908 olarak bulundu (Tablo 2). Tüm maddelerin örneklem yeterlilik indeksleri incelendiğinde; MSA değeri ≤ ,60 olması nedeniyle HMHÖ 21 (,560) ve HMHÖ 22 (,554) analizden çıkarıldı. HMHÖ maddelerinin örneklem yeterlilik indekslerinin ,766-,958 arasında değişmekte olduğu görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HMHÖ örneklem büyüklüğünün 332 olması, örneklem sayısı-madde oranının 6 bulunması, KMO örneklem ölçüm değerinin ,908 olması ve tüm maddelerin MSA değerlerinin ,766-,958 arasında değişmesi nedeniyle örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Korelasyon ve kısmi korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan görsel incelemede, korelasyon matrisindeki diğer maddelerle katsayılarının ≤ ,30 olması nedeniyle HMHÖ 16 (,214), HMHÖ 17 (,115) ve HMHÖ 20 (,283) maddeleri analizden çıkarıldı. Korelasyon matrisinde maddeler arası en yüksek korelasyon katsayılarının ,412-,743 arasında değiştiği belirlenirken, kısmi korelasyon matrisinde tüm katsayıların < ,20 olduğu görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HMHÖ taslağında korelasyon katsayılarının güçlü, kısmi korelasyon katsayılarının zayıf olması nedeniyle veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ve altta yatan faktörler bulunduğu sonucuna varılabilmektedir.

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HMHÖ taslağına yönelik ki-kare testinden elde edilen değerin ,001 düzeyinde anlamlı olması nedeniyle verilerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu sonucuna varılabilmektedir (Tablo 3-27). Tek değişkenli normal dağılım için ise HMHÖ taslağına ait 48 maddenin dağılım özellikleri, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık kat sayıları ile değerlendirildi. HMHÖ taslağından basıklık katsayıları |2|'den büyük olması nedeniyle HMHÖ 6 (2,957), HMHÖ 33 (2,991), HMHÖ 36 (2,685) ve HMHÖ 38 (2,780) analizden çıkarıldı. Kalan maddelerin tek değişkenli normal dağılım özelliği gösterdiği kabul edildi. HMHÖ taslağı maddelerinin dağılım özellikleri Tablo 3'de verildi.

HMHÖ taslağına yönelik Tukey toplanabilirlik testi sonuçları incelendiğinde; anlamlılık $p<0,001$ olması nedeniyle toplanabilir özellikte olduğu sonucuna varılmaktadır. HMHÖ taslağının faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi sürecinde, 9 madde (6, 16, 17, 20, 21, 22, 33, 36, 38) analizden çıkarıldı. Kalan 44 madde ile KMO örneklem ölçüm değeri ,916 ve Bartlett küresellik testi değeri, (x^2=8432,523, df=946, $p<0,001$) olarak belirlendi.

Örneklem büyüklüğünün çok iyi düzeyde yeterli olması, R'nin faktörlenebilir olması ve normal dağılım özelliği taşıyor olması nedenleriyle veri setinde faktör analizinin gerçekleştirilebileceği sonucuna varılmaktadır.

Tablo 3: HMHÖ Taslağı Maddelerinin Dağılım Özellikleri ve Örneklem Yeterlilik İndeksleri (N=332)

Madde No	Ort.	S.S.	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	MSA*
HMHÖ1	4,03	,759	-,504	,030	,895
HMHÖ2	3,89	,699	-,160	-,228	,901
HMHÖ3	3,89	,797	-,452	-,107	,908
HMHÖ4	3,93	,842	-,577	,182	,882
HMHÖ5	4,26	,603	-,354	,299	,955
HMHÖ6	4,36	,652	-1,055	2,957	,889
HMHÖ7	4,02	,763	-,640	,834	,888
HMHÖ8	4,24	,831	-,952	,791	,861
HMHÖ9	4,56	,581	-,920	-,143	,907
HMHÖ10	4,49	,568	-,548	-,698	,916
HMHÖ11	4,12	,704	-,387	-,220	,958
HMHÖ12	3,60	,875	-,548	,545	,908
HMHÖ13	3,95	,696	-,148	-,357	,930
HMHÖ14	3,88	,762	-,334	-,168	,934
HMHÖ15	3,94	,718	-,255	-,199	,938
HMHÖ18	3,61	,768	-,127	-,113	,918
HMHÖ19	3,58	,853	-,246	,012	,879
HMHÖ21	2,96	1,016	-,176	-,864	,567
HMHÖ22	3,10	1,064	-,345	-,721	,533
HMHÖ23	4,00	,666	-,490	,754	,945
HMHÖ24	4,28	,613	-,245	-,608	,955
HMHÖ25	4,12	,617	-,159	-,106	,956
HMHÖ26	4,26	,620	-,310	-,229	,942
HMHÖ27	3,99	,729	-,264	-,347	,877
HMHÖ28	3,97	,675	-,258	,041	,923
HMHÖ29	4,17	,576	-,113	,249	,915
HMHÖ30	4,21	,602	-,295	,342	,926
HMHÖ31	4,33	,595	-,436	,333	,927
HMHÖ32	4,30	,574	-,307	,515	,934
HMHÖ33	4,39	,684	-1,236	2,991	,902
HMHÖ34	4,47	,588	-,587	-,596	,935
HMHÖ35	3,53	1,151	-,557	-,627	,797
HMHÖ36	4,01	,785	-1,190	2,685	,755
HMHÖ37	3,55	1,192	-,711	-,394	,756
HMHÖ38	4,17	,659	-,955	2,780	,917
HMHÖ39	4,28	,590	-,259	-,085	,931
HMHÖ40	3,92	,862	-,759	,832	,924
HMHÖ41	4,29	,603	-,310	-,156	,916
HMHÖ42	4,16	,628	-,354	,400	,910
HMHÖ43	4,37	,570	-,218	-,751	,890
HMHÖ44	4,39	,584	-,337	-,714	,909
HMHÖ45	4,18	,633	-,162	-,587	,926
HMHÖ46	4,25	,650	-,427	-,099	,915
HMHÖ47	4,39	,599	-,740	1,365	,918
HMHO48	4,37	,615	-,424	-,656	,914
HMHÖ49	3,90	,897	-,706	,581	,866
HMHÖ50	3,33	1,044	-,138	-,630	,804
HMHÖ51	3,69	,938	-,794	,492	,792
HMHÖ52	3,93	,816	-,816	,863	,851
HMHO53	3,94	,860	-1,002	1,214	,832

*Measure Sample of Adequacy: Örneklem Yeterlilik İndeksi **: Madde-toplam puan korelasyon

6. Madde Analizi

HMHÖ taslağının MTPK katsyıları Tablo 4'de sunuldu.

Tablo 4: HMHÖ Taslağının MTPK Katsayıları (N=332)

Madde No	MTPK Katsayısı-I	MTPK Katsayısı-II	MTPK Katsayısı-III	MTPK Katsayısı-IV
HMHÖ1	,553	,557	,559	,560
HMHÖ2	,584	,595	,592	,587
HMHÖ3	,655	,653	,652	,648
HMHÖ4	,562	,569	,567	,565
HMHÖ5	,647	,656	,660	,661
HMHÖ7	,506	,512	,513	,518
HMHÖ8	**,368**			
HMHÖ9	,480	,474	,476	,481
HMHÖ10	,515	,502	,511	,518
HMHÖ11	,688	,700	,700	,703
HMHÖ12	,443	,454	,447	,442
HMHÖ13	,650	,635	,632	,632
HMHÖ14	,671	,670	,670	,671
HMHÖ15	,668	,665	,665	,661
HMHÖ18	,482	,499	,,496	,492
HMHÖ19	,449	,458	,457	,456
HMHÖ23	,576	,581	,577	,576
HMHÖ24	,595	,608	,610	,612
HMHÖ25	,687	,693	,694	,691
HMHÖ26	,578	,587	,590	,593
HMHÖ27	,499	,509	,511	,509
HMHÖ28	,562	,575	,583	,588
HMHÖ29	,603	,617	,624	,627
HMHÖ30	,593	,596	,600	,599
HMHÖ31	,530	,542	,544	,544
HMHÖ32	,619	,630	,631	,631
HMHÖ34	,551	,565	,566	,568
HMHÖ35	**,257**			
HMHÖ37	**,203**			
HMHÖ39	,507	,520	,530	,537
HMHÖ40	,430	,442	,439	,434
HMHÖ41	,578	,589	,593	,597
HMHÖ42	,563	,566	,568	,570
HMHÖ43	,481	,479	,480	,476
HMHÖ44	,514	,511	,513	,512
HMHÖ45	,553	,544	,548	,550
HMHÖ46	,593	,586	,586	,588
HMHÖ47	,556	,553	,556	,555
HMHO48	,490	,499	,502	,501
HMHÖ49	**,389**			
HMHÖ50	**,284**			
HMHÖ51	**,361**			
HMHÖ52	**,423**	**,388**		
HMHO53	**,453**	**,427**	**,394**	

HMHÖ güvenirlik çalışması için 44 maddenin MTPK katsayıları incelendiğinde; ilk analizde beş madde (HMHÖ 8, HMHÖ 35, HMHÖ 37, HMHÖ 49, HMHÖ 50, HMHÖ 51), ikinci analizde bir madde (HMHÖ 52) ve üçüncü analizde bir madde (HMHÖ 53) olmak üzere toplam 7 madde MTPK katsayısı ≤

,40 olması nedeniyle analizden çıkarıldı. Kalan 36 maddenin MTPK katsayılarının ,434 - ,703 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 4).

7. Uygun Faktör Sayısının Belirlenmesi

Uygun faktör sayısının belirlenmesinde, Kaiser-Guttman kuralı, yamaç testi, varyans yüzdesi kriteri ve yorumlanabilirlik kriteri kullanıldı (Akbulut 2010; Ömay Çokluk ve ark. 2012; Karagöz 2014; Karakoç ve Dönmez 2014; Bektaş, 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Temel Bileşenler Analizi kullanılarak 36 madde ile oluşturulan faktör modelinde, ölçekte öz değeri 1 ve üzerinde olan 6 faktör olup, açıklanan varyans oranının %60,507 olduğu belirlendi. İlk faktörün (öz değeri 13,122) varyansın %36,451'ini, ikinci faktörün ise (öz değeri 3,092) ise varyansın %8,589'unu açıkladığı belirlendi. Bileşenler matrisindeki döndürülmemiş faktör yük değerleri incelendiğinde, tüm maddelerin birinci faktör üzerindeki yük değerlerinin, diğer faktörlerdeki yük değerlerinden daha yüksek olduğu ve ,455 - ,724 arasında değiştiği görüldü. Birinci ve ikinci öz değer arasındaki farkın 4,2 kat ve bileşenler matrisindeki döndürülmemiş faktör yük değerlerinin birinci faktörde daha yüksek olması nedenleriyle ölçeğin tek boyutlu olabileceği düşünüldü ve tek boyutluluk DFA ile test edildi. DFA sonuçları incelendiğinde, modelin hata indekslerinin yeterince düşük ve uyum indekslerinin yeterince yüksek olmadığı görüldüğünden, döndürülmüş faktör analizi sonuçlarının kullanılmasının daha uygun olacağı düşünüldü. 36 madde ile elde edilen açıklanan varyans oranları Tablo 5'de verildi.

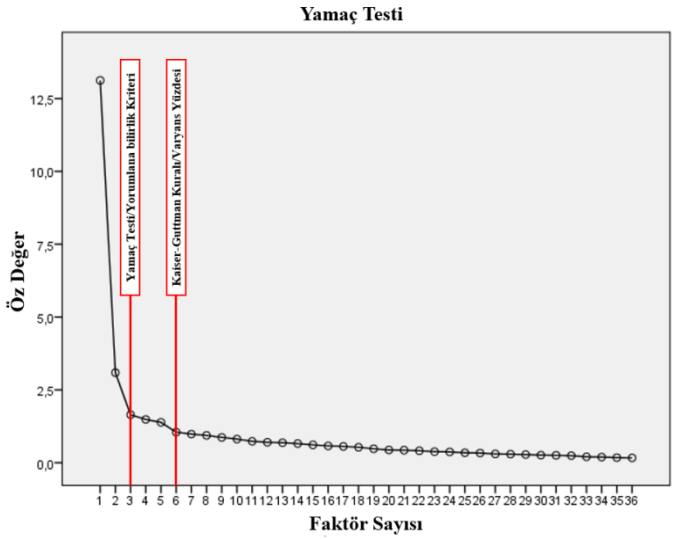
Kaiser-Gutmann Kuralı, korelasyon matrisinin 1 ya da 1'den büyük öz değer sayısı kadar faktör belirlenmesinin uygun olacağını önermektedir. Bu kural doğrultusunda uygun faktör sayısının 6 olduğu belirlendi.

Varyans yüzdesi, toplam varyansın ardışık faktörler tarafından açıklanan belirlenmiş bir birikimli yüzdesine dayanmaktadır. Birikimli yüzdenin değeri için kabul edilmiş mutlak bir oran bulunmamakla beraber sosyal bilimler için toplam açıklanan birikimli varyansın %60 olmasının yeterli olduğu ifade edilmektedir. Bu kriter doğrultusunda uygun faktör sayısının 6 olduğu belirlendi.

Tablo 5: HMHÖ'nin Varyans Açıklama Tablosu

	Başlangıç Öz Değerleri			**Toplam Faktör Yükleri (Döndürülmüş)**		
Faktör	**Toplam**	**Açıklanan Varyans %**	**Birikimli %**	**Toplam**	**Açıklanan Varyans %**	**Birikimli %**
1	13,122	36,451	36,451	13,122	36,451	36,451
2	3,092	8,589	45,041	3,092	8,589	45,041
3	1,648	4,578	49,618	1,648	4,578	49,618
4	1,485	4,126	53,745	1,485	4,126	53,745
5	1,386	3,850	57,594	1,386	3,850	57,594
6	1,048	2,912	60,507	1,048	2,912	60,507

Yamaç Testi, uygun faktör sayısını grafiksel olarak ortaya koymaktadır. Grafiğin yatay ekseni faktör numarasını, dikey ekseni ise öz değeri göstermekte ve eğrinin yatay eğilimli düz bir çizgi şeklini almaya başladığı nokta, uygun faktör sayısını işaret etmektedir. Yamaç Testi dikkate alındığında, yatay eksende üçüncü ve beşinci faktör numaralarında iki tane kırılma noktası bulunmaktadır. En hızlı düşüşün üçüncü faktör numarasında olduğu dikkate alındığında bu teste göre uygun faktör sayısının 3 olduğu belirlendi. Yamaç Testi'ne ilişkin verileri Şekil 1'de verildi.



Şekil 1: HMHÖ Yamaç Testi

Uygun faktör sayısına karar verilmesinde, ölçeğin kavramsal yapısını yansıtması ve her faktörün kolayca yorumlanabilir olması önem taşımaktadır. Tüm kriterler ve ilgili alan yazın doğrultusunda göz önünde bulundurulduğunda uygun faktör sayısının 3 olmasına karar verildi (Akbulut 2010; Ömay Çokluk ve ark. 2012; Karagöz 2014; Karakoç ve Dönmez 2014; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

8. Açıklayıcı Faktör Analizi

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda ortak varyans değeri ve faktör yükü değeri ,40'ın ve binişik madde sınırının ,10'un üzerinde olan maddelerin kabul edilmesine ve bu kriterleri karşılamayanların analizden çıkarılmasına karar verildi. Her çıkarılma kararı verilen maddeden sonra analiz tekrarlandı (Akbulut 2010; Karagöz 2014; Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

Tablo 6: HMHÖ Temel Bileşenler Analizinde İzlenilen Yol

Silinen Madde	Yakın Faktör Yükleri	Ortak Yük Değeri	Silindikten sonra KMO değeri	Silindikten sonra açıklanan varyans %
İlk Hali	-	-	,925	49,618
40	,320-,364	,251	,927	50,391
7	-,452	,340	,926	50,988
48	,488-,519	,439	,925	51,337
29	,417-,458	,456	,926	51,592
42	,451-,458	,437	,924	52,013
30	,452-,480	,456	,923	52,354
41	,448-,522	,476	,924	52,697
11	,430-,507	,565	,920	52,686
9	,470-,528	,524	,922	52,959
43	,497-,526	,528	,923	53,258
39	,473-,521	,432	,923	53,893
19	,416-,494	,481	,924	54,638
12	,477-,525	,570	,923	55,205

HMHÖ temel bileşenler analizi sonuçları incelendiğinde; 2 madde ortak yük değeri ≤ ,40 olması (HMHÖ 40 ve HMHÖ 7) ve 11 madde iki faktöre yüklenen değerler arasındaki farkın ≤ ,10 olması (HMHÖ 48, HMHÖ 29, HMHÖ 42, HMHÖ 30, HMHÖ 41, HMHÖ 11, HMHÖ 9, HMHÖ 43, HMHÖ 39, HMHÖ 19 ve HMHÖ 12) nedeniyle analizden çıkarıldı**.** 36 madde ve 3 faktörle gerçekleştirilen temel bileşenler analizinde izlenilen yolda, KMO örneklem ölçüm değeri ve açıklanan varyans yüzdesindeki değişime ilişkin sonuçlar Tablo 6'da verildi.

Temel bileşenler analizi sonucunda son hali 23 madde olan ölçeğin, ortak yük değerlerinin ,412-,714 ve faktör yük değerlerinin ,508-,734 arasında değiştiği görüldü. Birinci faktör yük değerlerinin ,835-,505; ikinci faktör yük değerlerinin ,758-,592 ve üçüncü faktör yük değerlerinin ,756-,590 arasında değiştiği saptandı. Temel bileşenler analizi sonucunda açıklanan varyans yüzdesinin yükseldiği belirlendi (%55,205). Ölçekteki 23 maddenin ortak yük değerleri, döndürülmemiş faktör yük değerleri ve döndürülmüş faktör yük değerleri Tablo 6'da verildi.

Temel bileşenler analizi sonucunda tüm ana boyutlarda ortak yük değeri, faktör yük değeri ve MTPK katsayılarının belirlenen sınırların üzerinde olması nedeniyle yeterli ve kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılabilmektedir. HMHÖ toplam varyansı açıklama yüzdesinin %55,2 olması nedeniyle yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

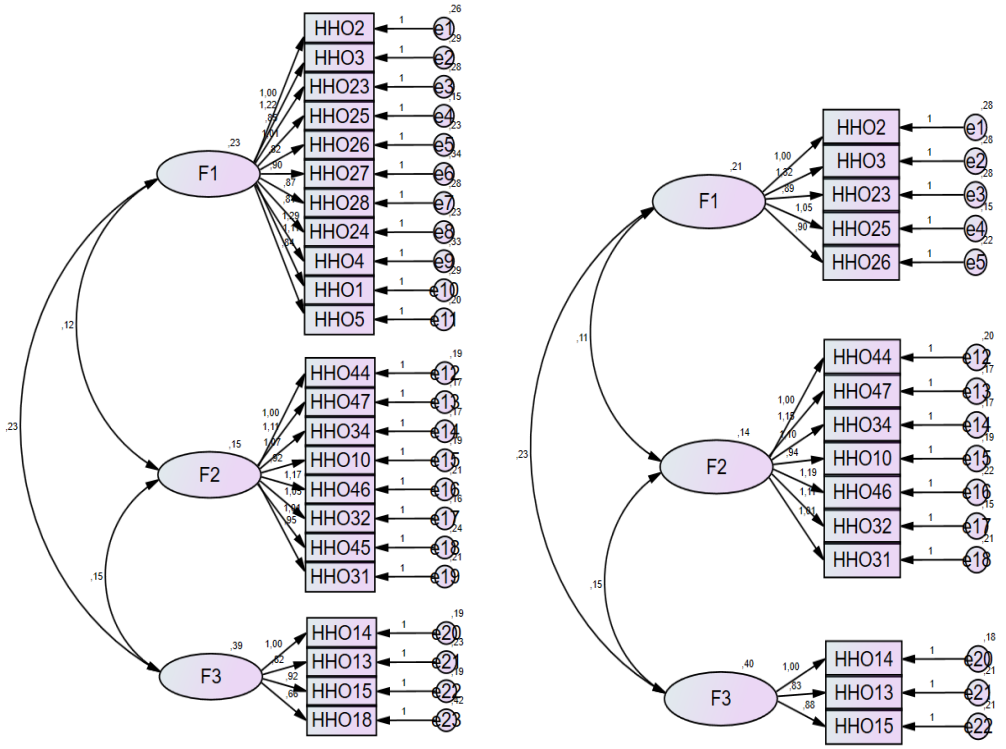
Tablo 7: HMHÖ'nin Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

	Ortak Yük Değeri	Faktör Yük Değeri	Döndürülmüş Faktör Yük Değerleri		
			Faktör I	Faktör II	Faktör III
HMHÖ4	,713	,645	,835		
HMHÖ1	,660	,643	,796		
HMHÖ25	,636	,734	,687		
HMHÖ2	,549	,645	,679		
HMHÖ3	,556	,713	,620		
HMHÖ5	,538	,706	,578		
HMHÖ27	,451	,554	,556		
HMHÖ24	,477	,653	,540		
HMHÖ28	,442	,610	,533		
HMHÖ23	,412	,610	,515		
HMHÖ26	,447	,660	,505		
HMHÖ44	,603	,532		,758	
HMHÖ47	,611	,602		,749	
HMHÖ34	,579	,600		,726	
HMHÖ10	,512	,536		,696	
HMHÖ46	,590	,597		,674	
HMHÖ32	,553	,670		,643	
HMHÖ45	,466	,561		,602	
HMHÖ31	,464	,564		,592	
HMHÖ14	,714	,690			,756
HMHÖ15	,691	,698			,722
HMHÖ18	,485	,508			,625
HMHÖ13	,548	,669			,590
Öz Değerler			9,104	2,364	1,229
Açıklanan Varyans %			39,851	10,279	5,344
Birikimli Varyans %			39,851	49,861	55,205

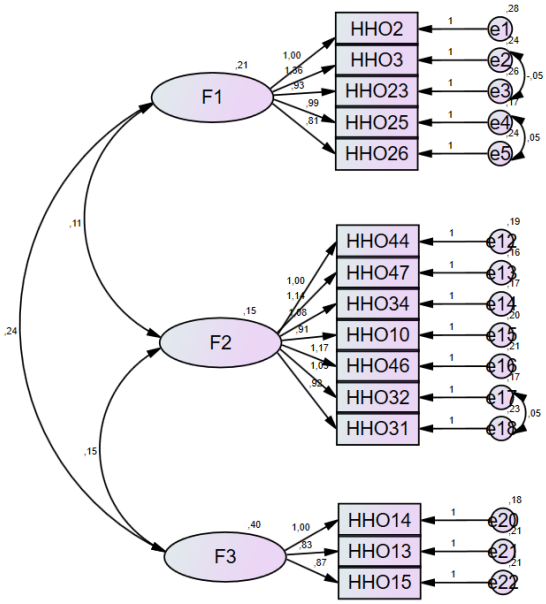
9. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Temel bileşenler analizi sonucunda 23 madde ve üç alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan model DFA ile analiz edildi.

HMHÖ'nde 23 maddenin üç faktör olarak ele alındığı yapı Model 1 'de, modifikasyon önerileri doğrultusunda sekiz maddenin (HMHÖ 4, HMHÖ 1, HMHÖ 5, HMHÖ 24, HMHÖ 28, HMHÖ 27, HMHÖ 45 ve HMHÖ 18) elendiği yapı Model 2'de gösterilmektedir (Şekil 2). HMHÖ 25 ile HMHÖ 26, HMHÖ 3 ile HMHÖ 23, ve HMHÖ 31 ile HMHÖ 32 arasında ortak hata varyansının atandığı yapı Model 3'de gösterilmektedir (Şekil 3).



Şekil 2: HMHÖ'ne Yönelik Geliştirilen DFA Modellerinden Model I ve II



Şekil 0: HMHÖ'ne Yönelik Geliştirilen DFA Modellerinden Model III

HMHÖ'ne yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8: HMHÖ DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	3,340	,084	,828	,791	,857	,858	,809	,841	,029	,0640
Model 2	2,651	,071	,912	,879	,934	,934	,898	,920	,020	,0496
Model 3	2,296	,063	,928	,898	,950	,950	,915	,937	,021	,0515

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HMHÖ tüm uyum iyiliği istatistikleri bakımından kabul edilebilir uyum göstermektedir. Genel olarak HMHÖ için uyum indeksleri değerlendirildiğinde oluşturulan yapının veri setini doğruladığı sonucuna varılabilmektedir.

10. Ölçek Maddelerin Dağılımı ve Yorumlanması

Son halini alan HMHÖ, üç alt boyut ve 15 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert şeklinde olan ölçekte, olumsuz anlam içeren maddeler yer almamaktadır. Tüm ölçek ve alt boyuttan alınan toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle ölçek ve alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Tüm ölçek ve her alt boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili alt boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, öğrencilerin ilgili alt boyuttaki mesleki hazır oluşluk algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır. HMHÖ maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı, Tablo 9'da verildi.

Tablo 9: HMHÖ Maddelerinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

HMHÖ ve Alt Boyutları	Maddeler	Madde Sayısı
Mesleki Uyum	2-**1**, 3-**2**, 23-**7**, 25-**8**, 26-**9**	5
İletişim ve İş birliği	10-**3,** 31-**10,** 32-**11,** 34-**12,** 44-**13,** 46-**14,** 47-**15**	7
Mesleki Yeterlilik	13-**4**, 14-**5**, 15-**6**	3
TOPLAM	1-15	15

11. Ölçek ve Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

HMHÖ'nin iç tutarlığını test etmek için yapılan analizde iç tutarlılık katsayısı, tüm ölçek için ,903 olarak belirlenirken, alt boyutlarda ,812-,861 arasında değiştiği görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda alt boyutların iyi iç tutarlılığa, HMHÖ'nin mükemmel iç tutarlığa sahip olduğu söylenebilmektedir. HMHÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayılarının dağılımı, Tablo 10'da verildi.

Tablo 10: HMHÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı

HMHÖ ve Alt Boyutları	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Kat Sayısı
Mesleki Uyum	,812
İletişim ve İş birliği	,861
Mesleki Yeterlilik	,826
TOPLAM	,903

HMHÖ'nin MTPK katsayıları ,498-,659 arasında değişmekte olup, tüm maddelerin MTPK katsayıları Tablo 3-36'da verildi. MTPK korelasyon katsayıları incelendiğinde; mesleki uyum alt boyutunda ,526-,633, iletişim ve işbirliği alt boyutunda ,498-,659 ve mesleki yeterlilik alt boyutunda ,632-,655 arasında değiştiği belirlendi (Tablo 11).

Tablo 11: HMHÖ Maddelerinin MTPK Katsayıları

Yeni	Eski	HMHÖ Maddeleri	MTPK*
1	HMHÖ2	Mesleki yaşama geçiş sürecinde yaşayabileceğim olası sorunlarla başa çıkabilirim.	,533
2	HMHÖ3	Kendimi mesleğimin profesyonel bir üyesi olarak görüyorum.	,633
3	HMHÖ10	Mesleğimin gerekliliklerini yerine getirmek benim için önemli	,508
4	HMHÖ13	Okul eğitimimde kazandığım bilgileri, mesleki yaşama yansıtabilirim.	,643
5	HMHÖ14	Hemşirelik bakımı ile ilgili soruları kolaylıkla yanıtlayabilirim.	,655
6	HMHÖ15	Karmaşık sorunları olan bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilirim.	,632
7	HMHÖ23	Temel mesleki becerileri gerçekleştirme konusunda kendime güveniyorum.	,526
8	HMHÖ25	Bakımın yönetiminde etkili kararlar verebilirim.	,628
9	HMHÖ26	Bakımın yönetiminde bağımsız kararlar vermek benim için önemlidir.	,594
10	HMHÖ31	Bakım verdiğim her birey ve yakını benim için bir öğrenme fırsatıdır.	,547
11	HMHÖ32	Sağlık hizmeti alan birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	,659
12	HMHÖ34	İnsanları anlamaya çalışırım.	,563
13	HMHÖ44	Meslektaşlarım benim için bir öğrenme fırsatıdır.	,498
14	HMHÖ46	Meslektaşlarıma çekinmeden soru sorabilirim	,598
15	HMHÖ47	Meslektaşlarımın mesleki uyumumu arttıracak yönde destek olmaları benim için önemlidir.	,588

12. Zamana Karşı Değişmezlik

HMHÖ'nin zamana karşı geçerliğini test etmek amacıyla örneklem içinden belirlenen 47 kişilik bir öğrenci grubuna iki hafta arayla ölçek iki kere uygulandı. Öğrencilerin HMHÖ ve alt boyutlarından birinci ve ikinci uygulamada elde ettikleri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark olmadığı ($p>0,05$) belirlenirken, pozitif yönlü güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı derece ilişki olduğu görüldü ($p<0,001$) (Tablo 12).

Tablo 12: HMHÖ Ana Boyutlarının Test-Tekrar Test Puan Ortalamaları (N=46)

Alt Boyutları	Birinci Uygulama	İkinci Uygulama	t-testi Değeri	p Değeri	r Değeri	p Değeri
Mesleki Uyum	4,08 ± 0,46	4,17 ± 0,47	-1,932	0,060	,773	0,000
İletişim ve İş birliği	4,41 ± 0,40	4,36 ± 0,46	1,224	0,227	,787	0,000
Mesleki Yeterlilik	3,95 ± 0,53	4,04 ± 0,55	-1,760	0,085	,781	0,000
TOPLAM	4,21 ± 0,39	4,23 ± 0,45	-,750	0,457	,874	0,000

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusuna HMHÖ ve alt boyutlarına yönelik iki ölçümden elde edilen korelasyon katsayıları arasında güçlü ilişki bulunduğu ve puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmaması nedeniyle ölçeğin zamana karşı değişmez olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Sonuç olarak; geliştirilen HMHÖ'nin hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki hazır oluşluk algılarının belirlenmesinde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi.

Ek 5a: Hemşirelikte Mesleki Hazır oluşluk Algısı Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

1	Hemşirelik rolüme kolaylıkla uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.
2	Mesleki yaşama geçiş sürecinde yaşayabileceğim olası sorunlarla başa çıkabilirim.
3	Kendimi profesyonel bir hemşire olmaya hazır hissediyorum
4	Kendimi hemşirelikle bütünleştiriyorum
5	Mesleki değerlere sahip olduğuma inanıyorum.
6	Mesleğimin güçlendirilmesi gereken yönlerinin farkındayım.
7	Mesleğimin güçlenmesi için kendimi adamaya hazırım.
8	Mesleğimde uzmanlaşmak ve yaşam boyu öğrenmek benim için önemlidir.
9	Mesleğimin gerekliliklerini yerine getirmek benim için önemlidir.
10	Hemşirelik rol ve sorumluluklarını tam olarak gerçekleştirebilirim.
11	Mesleki bilgi düzeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum.
12	Okulda öğrendiğim teorik bilgiyi, çalışma ortamında uygulamanın zor olacağını düşünüyorum.
13	Hemşirelik bakımı ile ilgili soruları kolaylıkla yanıtlayabilirim.
14	Karmaşık sorunları olan bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilirim.
15	Bakımın yönetiminde, birden fazla sağlıklı/hasta bireyin ihtiyaçlarını öncelik sırasına koyabilirim.
16	Birden fazla bireyin bakım ihtiyacını karşılamam gerektiğinde strese girerim.
17	Aynı anda birden fazla duruma odaklanabilirim
18	Bakımın yönetiminde acil durumlara uygun yanıtlar verebilirim.
19	Bir bireyin kaybını yakınlarına haber vermekte zorlanırım.
20	Yeni gelişen durumlarda dikkatimi toplamakta zorlanırım.
21	Beklenmeyen durumlarla karşılaştığımda sakinliğimi korumakta zorlanırım.
22	Temel hemşirelik becerilerini gerçekleştirebilme konusunda kendime güveniyorum.
23	Mesleki uygulamalarım hakkında yeni fikirler keşfetmeye hazırım.
24	Bakımın yönetiminde doğru ve etkili kararlar verebilirim.
25	Bakımın yönetiminde bağımsız kararlar vermek benim için önemlidir.
26	Kendimi bağımsız mesleki uygulamaları gerçekleştirmeye hazır hissediyorum.
27	Bakımın yönetiminde zamanı etkili bir şekilde kullanabilirim.
28	Birey ve yakınları ile ilgili ayrıntıları göz önünde bulundururum.
29	Karar verme sürecine birey ve yakınlarını dahil etmek benim için önemlidir.
30	Bakım verdiğim her birey ve yakını benim için öğrenme fırsatıdır.
31	Sağlık hizmeti alan birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.
32	Etkili iletişim kurmak benim için önemlidir.
33	İnsanları anlamaya çalışırım.
34	Kendimi ifade etmekte zorlanırım.
35	Kendi sınırlarımın farkındayım.
36	Sosyal ortamlara uyum sağlamakta zorlanırım.
37	Bakımın yönetiminde sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde çalışabilirim.
38	Sağlık ekibine olumlu katkılarımın olacağına inanıyorum.
39	Bakımın yönetiminde liderlik rolünü üstlenebilirim.
40	Sağlık ekibi tarafından kabul görmeme endişesi yaşıyorum
41	Hekimlerle etkili iletişim kurabilirim.
42	Aldığım tüm geri bildirimler benim için bir öğrenme fırsatıdır.
43	Meslektaşlarımdan çok şey öğrenebileceğimi düşünüyorum.
44	Meslektaşlarıma yetkimi uygun şekilde devredebilirim.
45	Meslektaşlarıma birden fazla soru sorduğumda utanacağımı düşünüyorum.
46	Meslektaşlarımın mesleki uyumumu arttıracak yöne destek olmaları benim için önemlidir.
47	Değişimin yenileyici özelliği olduğuna inanıyorum.
48	Öğretim elemanlarının bana mesleki yaşamda gerekenleri kazandırdığını düşünüyorum.
49	Sağlık bakım ortamlarında bakım yönetiminin okulda öğrendiklerimle benzer olduğunu düşünüyorum.
50	Klinik uygulamaların bana farklı ihtiyaçları olan bireylere bakım verme fırsatı verdiğini düşünüyorum.
51	Klinik uygulamaların bana mesleki uygulamaları deneyimleme fırsatı verdiğini düşünüyorum.
52	Klinik uygulamaların bana farklı sağlık bakım ortamlarında bulunma fırsatı verdiğini düşünüyorum.

Ek 5b: Kapsam Geçerliği Sonrası Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği Taslağı

1	Mesleki rolüme kolaylıkla uyum sağlayabileceğimi düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Mesleki yaşama geçiş sürecinde yaşayabileceğim olası sorunlarla başa çıkabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Kendimi mesleğimin profesyonel bir üyesi olarak görüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Kendimi mesleğimle bütünleştiriyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Mesleki değerlere sahip olduğuma inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Mesleğimin güçlendirilmesi gereken yönlerinin farkındayım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Mesleğimin güçlenmesi için kendimi adamaya hazırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Mesleğimde uzmanlaşmak öncelikli hedeflerimden biridir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Yaşam boyu öğrenme benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Mesleğimin gerekliliklerini yerine getirmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Hemşirelik rol ve sorumluluklarını tam olarak gerçekleştirebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Mesleki bilgi düzeyimin yeterli olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Okul eğitimimde kazandığım bilgileri mesleki yaşama yansıtabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Hemşirelik bakımı ile ilgili soruları kolaylıkla yanıtlayabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	Karmaşık sorunları olan bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Aynı anda birden fazla bireyin bakım ihtiyacını öncelik sırasına koyabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Aynı anda birden fazla bireyin bakım ihtiyacını karşılamam gerektiğinde strese girerim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Aynı anda birden fazla duruma odaklanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	Bakımın yönetiminde acil durumlara karşı hazırlıklıyım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Bir bireyin kaybını yakınlarına haber vermekte zorlanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	Yeni gelişen durumlarda dikkatimi toplamakta zorlanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	Beklenmeyen durumlarla karşılaştığımda sakinliğimi korumakta zorlanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	Temel hemşirelik becerilerini gerçekleştirme konusunda kendime güveniyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Mesleki uygulamalarım hakkında yeni fikirler keşfetmeye hazırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	Bakımın yönetiminde etkili kararlar verebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26	Bakımın yönetiminde bağımsız kararlar verebilmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27	Kendimi bağımsız mesleki uygulamaları gerçekleştirmeye hazır hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28	Mesleki karar ve uygulamalarımda zamanı etkin kullanabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29	Birey ve yakınları ile ilgili ayrıntıları göz önünde bulundururum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30	Karar verme sürecine birey ve yakınlarını dâhil etmek benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31	Bakım verdiğim her birey ve yakını benim için bir öğrenme fırsatıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32	Sağlık hizmeti alan birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
33	Etkili iletişim kurmak benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
34	İnsanları anlamaya çalışırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Kendimi ifade etmekte zorlanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
36	Kendi sınırlarımın farkındayım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
37	Sosyal ortamlara uyum sağlamakta zorlanırım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
38	Sağlık disiplinleri ile işbirliği içinde çalışabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
39	Sağlık ekibine olumlu katkılarımın olacağına inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
40	Sağlık ekibi içinde liderlik rolünü üstlenebileceğime inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
41	Sağlık ekibi tarafından kabul göreceğime inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
42	Hekimlerle etkili iletişim kurabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
43	Aldığım tüm geri bildirimler benim için öğrenme fırsatıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
44	Meslektaşlarım benim için bir öğrenme fırsatıdır.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
45	Meslektaşlarıma yetkimi uygun şekilde devredebilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
46	Meslektaşlarıma çekinmeden soru sorabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
47	Meslektaşlarımın mesleki uyumumu arttıracak yönde destek olmaları benim için önemlidir.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
48	Değişimin yenileyici özelliği olduğuna inanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
49	Öğretim elemanlarının bana mesleki yaşamda gerekenleri kazandırdığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
50	Sağlık bakım ortamlarında bakım yönetiminin okulda öğrendiklerimle benzer olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
51	Okul eğitimimin bana mesleki uygulamaları deneyimleme fırsatı verdiğini düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
52	Okul eğitimimin bana farklı sağlık bakım ortamlarında bulunma fırsatı verdiğini düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
53	Okul eğitimimin bana farklı ihtiyaçları olan bireylere bakım verme fırsatı verdiğini düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Ek 6: Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği

Aşağıda ‘’Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği’’nde verilen ifadeler öğrencilik rolünden hemşirelik rolüne geçiş sürecindeki hazır oluşlukluk algınızla ile ilgilidir. Her ifade aşağıda gösterilen tabloda olduğu gibi 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere katılma derecenizi daire içine alınız.

Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	2	3	4	5

No	HMHÖ Maddeleri					
1	Mesleki yaşama geçiş sürecinde yaşayabileceğim olası sorunlarla başa çıkabilirim.	1	2	3	4	5
2	Kendimi mesleğimin profesyonel bir üyesi olarak görüyorum.	1	2	3	4	5
3	Mesleğimin gerekliliklerini yerine getirmek benim için önemli	1	2	3	4	5
4	Okul eğitimimde kazandığım bilgileri, mesleki yaşama yansıtabilirim.	1	2	3	4	5
5	Hemşirelik bakımı ile ilgili soruları kolaylıkla yanıtlayabilirim.	1	2	3	4	5
6	Karmaşık sorunları olan bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılayabilirim.	1	2	3	4	5
7	Temel mesleki becerileri gerçekleştirme konusunda kendime güveniyorum.	1	2	3	4	5
8	Bakımın yönetiminde etkili kararlar verebilirim.	1	2	3	4	5
9	Bakımın yönetiminde bağımsız kararlar vermek benim için önemlidir.	1	2	3	4	5
10	Bakım verdiğim her birey ve yakını benim için bir öğrenme fırsatıdır.	1	2	3	4	5
11	Sağlık hizmeti alan birey ve yakınları ile etkili iletişim kurabilirim.	1	2	3	4	5
12	İnsanları anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
13	Meslektaşlarım benim için bir öğrenme fırsatıdır.	1	2	3	4	5
14	Meslektaşlarıma çekinmeden soru sorabilirim	1	2	3	4	5
15	Meslektaşlarımın mesleki uyumumu arttıracak yönde destek olmaları benim için önemlidir.	1	2	3	4	5

Ek 7: Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeğinin Geliştirilme Süreci

Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği'nin (HGŞÖ) geliştirilmesi sürecinde, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları gerçekleştirildi. Geçerliğe yönelik olarak ölçeğin madde havuzunun oluşturulması, maddelerin uzman görüşüne sunulması ve ön uygulamanın yapılarak kapsam geçerliği sürecinin tamamlanması, son sınıf hemşirelik öğrencilerine uygulanarak yapı geçerliğinin sınanması çalışmaları gerçekleştirildi. Güvenirliğine yönelik olarak MTPK katsayısının incelenmesi ve yarıya bölme yöntemi kullanılarak iç tutarlılık kat sayısının hesaplanması çalışmaları gerçekleştirildi.

1. Madde HavuzununOluşturulması

Gerçeklik şokunu konu alan literatür (Zamanzadeh ve ark. 2014; Cheng ve ark. 2015; Clipper ve Cherry 2015; Boamah ve Laschinger 2016; Kenny ve ark. 2016; Boamah ve ark. 2017; Walker ve ark. 2017) ve yeni mezunların mesleki yaşama geçiş sürecinde deneyimledikleri sorunları fiziksel, duygusal, entelektüel ve sosyogelişimsel boyutlara göre sınıflandıran ''Geçiş Şoku Modeli'' (Duchscher, 2009) ışığında 54 maddeyi kapsayan HGŞÖ Taslağı oluşturuldu (Ek-7a). Taslak ölçekteki maddeler, HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen madde tasarım ilkeleri göz önünde bulundurularak hazırlandı. HGŞÖ taslağında her bir maddenin değerlendirilmesinde 5'li Likert tipi puanlanma sisteminin kullanılmasına ve katılımcılardan elde edilen ''kesinlikle katılıyorum (5 puan)'' ve ''kesinlikle katılmıyorum (1 puan)'' arasında değişen görüşler doğrultusunda ölçeğin puanlandırılmasına karar verildi. HGŞÖ taslağında ters maddelere yer verilmedi.

2. Uzman Görüşlerinin Alınması ve Değerlendirilmesi

HGŞÖ'nin kapsam geçerliliği süreci, diğer ölçekler ile eşgüdümlü ilerlediğinden bu bölümde konu ile ilgili tekrar bilgi verilmeyerek HGŞÖ kapsam geçerliğine yönelik sonuçlar paylaşıldı.

HGŞÖ taslağı maddelerinin KGİ'leri 0,75-1,00 arasında değişmekte olduğu belirlendi ve tüm maddelere ait KGİ'leri Tablo 1'de sunuldu. Ölçek taslağından 4 madde (10,11,52,54) çıkarıldı. HGŞÖ 14'ün HGŞÖ 16 ve HGŞÖ 17 ile, HGŞÖ 22'nin HGŞÖ 23 ile ve HGŞÖ 31'in HGŞÖ 32 ile benzer anlam taşıması nedeniyle üç madde ölçek taslağından çıkarıldı. HGŞÖ 26 ve HGŞÖ 27 ''Sağlık ekibi üyelerinin yokmuşum gibi davrandıklarını düşünüyorum'' şeklinde düzenlenerek tek bir maddede birleştirildi. Kalan maddelerin KGİ'lerinin 0,87-1,00 arasnda değiştiği belirlendi.

HGŞÖ taslağı sınıf içi korelasyon katsayısı 0,89 olarak bulundu. Uzman görüşleri arasında yüksek düzeyde uyum olduğu belirlendiğinden, HGŞÖ taslağının kapsam geçerliğini sağladığı düşünülmektedir.

3. Ön Uygulamanın Yapılması

HGŞÖ taslağının ön uygulaması 2016 yılında mezun olan 20 hemşire ile gerçekleştirildi ve bu hemşireler örnekleme dâhil edilmedi. Katılımcıların ölçekteki maddelerin açıklığı ve anlaşılırlığı ile ilgili görüş ve önerileri alındıktan sonra ölçek taslaklarına son hali verilerek kapsam geçerliliği süreci tamamlandı. HGŞÖ taslağı 46 madde olarak son halini aldı (Ek-7b).

4. Verilerin Toplanması

HGŞÖ'nin yapı geçerliğinin sınanabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak-Eylül 2018 tarihleri arasında çalışmakta olan, lisans mezunu olan ve mesleki deneyim süresi bir yılı geçmeyen 347 yeni mezundan araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve anket formunu tam ve doğru dolduran 307 yeni mezuna ulaşıldı. Geriye dönüş oranı %88,4 olarak belirlendi. Yeni mezunlara araştırma ile ilgili gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (Ek-29). Sonrasında veri toplama aracı verildi ve uygun oldukları bir zaman diliminde doldurmaları istendi. Doldurulan formlar servis sorumlu hemşireler aracılığıyla geri toplandı. Ölçeğin zamana karşı değişmezlik özelliği, örnekleme ulaşılması zor olduğudan değerlendirilemedi.

HGŞÖ'nin geliştirilmesi sürecine katılım gösteren yeni mezunların yaşı, cinsiyeti, mezun olduğu üniversite, çalıştıkları birim ve çalışma süresine yönelik bireysel özellikleri sorgulandı. Yeni mezunların yaş ortalamasının 23,10 ± 1,19 ve ortancasının 23 yaş olduğu belirlendi. %63,5'inin 23 yaş ve altı grupta (n=195) ve %90,2'sinin kadın cinsiyetinde (n=277) yer aldığı görüldü. %26,1'inin İstanbul Medipol Üniversitesi (n=80), %9,4'ünün İstanbul Üniversitesi (n=29) ve %8,1'inin diğer üniversitelerden mezun olduğu (n=25) ve %45'inin yatan hasta servisinde çalıştığı belirlendi (n=138). Çalışma süresi ortalamasının 6,97 ± 4,67 ve ortancasının 7 ay olduğu belirlendi. %53,4'ünün çalışma süresinin 7 ay ve altında olduğu (n=164) saptandı.

5. Faktör Analizine Uygunluğunun Belirlenmesi

46 maddeden oluşan HGŞÖ taslağının yapı geçerliği, AFA ve DFA ile değerlendirildi. Faktör analizi varsayımlarının karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesine yönelik aykırı değerler, örneklem büyüklüğü, korelasyon matrisinin faktörlenebilirliği ve normal dağılım özellikleri incelendi.

Tablo 1: HGŞÖ Taslağının Uzman Görüşlerine Dayalı Kapsam Geçerlik Puan Ortalamaları ve İndeksleri (N=7)

Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar	Maddeler	Ort. ± S.S	Min.-Max.	KGİ	Karar
Madde 1	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 28**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 2	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 29**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 3	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 30**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 4	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 31**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Ret
Madde 5	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 32**	3,62 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
Madde 6	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 33**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 7	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 34**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 8	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 35**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 9	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 36**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 10	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret	**Madde 37**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 11	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret	**Madde 38**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 12	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 39**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 13	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 40**	3,37 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
Madde 14	3,75 ±0,76	3-4	1	Kabul	**Madde 41**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 15	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 42**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 16	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 43**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 17	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 44**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 18	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 45**	3,50 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
Madde 19	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 46**	3,62 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
Madde 20	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 47**	3,75 ± 0,46	3-4	1	Kabul
Madde 21	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 48**	3,62 ± 1,06	1-4	0,87	Kabul
Madde 22	3,87 ± 0,35	3-4	1	Ret	**Madde 49**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 23	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul	**Madde 50**	3,87 ± 0,35	3-4	1	Kabul
Madde 24	4,00 ± 0,00	2-4	0,87	Kabul	**Madde 51**	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul
Madde 25	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 52**	3,50 ± 0,92	2-4	0,75	Ret
Madde 26	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 53**	3,87 ± 0,55	3-4	0,87	Kabul
Madde 27	4,00 ± 0,00	4-4	1	Kabul	**Madde 54**	3,38 ± 0,91	2-4	0,75	Ret

Örneklem büyüklüğü 307 olan HGŞÖ veri setinden, 20 örneklem aykırı değer kabul edilerek çıkarıldı (p<0,001). Faktör analizine 287 örneklem büyüklüğü ile devam edildi. HGŞÖ taslağı için KMO örneklem ölçüm değeri ,931 olarak bulundu (Tablo 3-38). Tüm maddelerin MSA değerlerinin ,888-,988 arasında değişmekte olduğu görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HGŞÖ örneklem büyüklüğünün 287 olması, örneklem sayısı-madde oranının 6 bulunması, KMO örneklem ölçüm değerinin ,931 olması ve tüm maddelerin MSA değerlerinin ,888-,988 arasında değişmesi nedeniyle örneklem büyüklüğünün iyi düzeyde yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Tablo 2: HGŞÖ Taslağı KMO Örneklem Ölçüm ve Bartlett Küresellik Testi Değerleri (N=287)

Alt Boyutlar	KMO Örneklem Ölçüm Değeri	Bartlett Küresellik Testi Değeri	Df Değeri	p Değeri
HGŞÖ	,931	11257,972	1035	0,000

Korelasyon ve kısmi korelasyon matrisinin faktör analizine uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla yapılan görsel incelemede, korelasyon matrisindeki diğer maddelerle katsayılarının ≥ ,80 olması nedeniyle HGŞÖ 25 (,900), HGŞÖ 26 (,872), HGŞÖ 38 (,813) ve HGŞÖ 43 (,846) maddeleri analizden çıkarıldı. Korelasyon matrisinde maddeler arası en yüksek korelasyon katsayılarının ,592-,788 arasında değiştiği belirlenirken, kısmi korelasyon matrisinde tüm katsayıların < ,20 olduğu görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HGŞÖ taslağında korelasyon katsayılarının güçlü, kısmi korelasyon katsayılarının zayıf olması nedeniyle veri setinin faktör analizi için uygun olduğu ve altta yatan faktörler bulunduğu sonucuna varılabilmektedir. HGŞÖ taslağına yönelik Tukey toplanabilirlik testi sonuçları incelendiğinde; anlamlılık p<0,001 olması nedeniyle toplanabilir özellikte olduğu sonucuna varılmaktadır.

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HGŞÖ taslağına yönelik ki-kare testinden elde edilen değerin ,001 düzeyinde anlamlı olması nedeniyle verilerin çok değişkenli normal dağılıma sahip olduğu sonucuna varılabilmektedir (Tablo 2).

Tek değişkenli normal dağılım için ise HGŞÖ taslağına ait 42 maddenin dağılım özellikleri, ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık kat sayıları ile değerlendirildi. HGŞÖ taslağından basıklık katsayısı |2|'den büyük olması nedeniyle HGŞÖ 16 (2,726) çıkarıldı. Kalan maddelerin tek değişkenli normal dağılım özelliği gösterdiği kabul edildi. HGŞÖ taslağı maddelerinin örneklem yeterlilik indeksleri ve normal dağılım özellikleri Tablo 3'de verildi.

Tablo 0: HGŞÖ Taslağı Maddelerinin Dağılım Özellikleri ve Örneklem Yeterlilik İndeksleri (N=287)

Madde No	Ort.	S.S.	Çarpıklık Katsayısı	Basıklık Katsayısı	MSA*
HGŞÖ1	2,33	,974	,608	-,271	,906
HGŞÖ2	2,36	1,028	,657	-,144	,898
HGŞÖ3	2,68	1,101	,171	-,954	,922
HGŞÖ4	2,27	1,014	,697	-,076	,915
HGŞÖ5	2,04	1,015	1,055	,780	,941
HGŞÖ6	2,63	1,222	,501	-,764	,893
HGŞÖ7	3,03	1,277	,002	-1,187	,888
HGŞÖ8	2,83	1,209	,229	-,944	,905
HGŞÖ9	2,24	1,021	,743	,128	,912
HGŞÖ10	2,01	,981	1,122	1,087	,940
HGŞÖ11	2,20	1,058	,801	,007	,934
HGŞÖ12	2,11	,997	,839	,150	,917
HGŞÖ13	2,27	1,095	,603	-,610	,911
HGŞÖ14	2,18	1,002	,693	-,116	,930
HGŞÖ15	2,13	1,006	,928	,565	,962
HGŞÖ16	**1,87**	**,900**	**1,410**	**2,726**	**,951**
HGŞÖ17	2,11	1,074	1,183	,995	,941
HGŞÖ18	1,88	,916	1,199	1,593	,913
HGŞÖ19	2,20	1,033	,790	,072	,956
HGŞÖ20	1,94	,970	1,239	1,558	,938
HGŞÖ21	1,85	,921	1,249	1,546	,921
HGŞÖ22	2,03	1,010	1,051	,812	,934
HGŞÖ23	2,08	1,056	1,058	,625	,948
HGŞÖ24	3,79	1,089	-,976	,403	,936
HGŞÖ27	2,54	1,083	,770	-,013	,958
HGŞÖ28	2,83	1,215	,206	-,989	,948
HGŞÖ29	2,41	1,099	,817	,103	,946
HGŞÖ30	2,74	1,187	,208	-,999	,931
HGŞÖ31	2,69	1,167	,319	-,867	,954
HGŞÖ32	2,21	1,000	,978	,812	,963
HGŞÖ33	2,34	1,299	,598	-,952	,957
HGŞÖ34	3,33	1,177	-,246	-,864	,925
HGŞÖ35	3,01	1,254	,072	-1,069	,938
HGŞÖ36	2,80	1,304	,218	-1,168	,942
HGŞÖ37	2,75	1,343	,318	-1,222	,915
HGŞÖ39	3,21	1,297	-,223	-1,132	,950
HGŞÖ40	2,69	1,200	,539	-,659	,965
HGŞÖ41	3,18	1,267	-,154	-1,109	,932
HGŞÖ42	3,07	1,217	-,045	-1,002	,988
HGŞÖ44	2,32	1,165	,790	-,089	,906
HGŞÖ45	2,23	1,133	,818	-,057	,940
HGŞÖ46	2,92	1,322	,146	-1,129	,885

*Measure Sample of Adequacy: Örneklem Yeterlilik İndeksi

HGŞÖ taslağının faktör analizine uygunluğunun belirlenmesi sürecinde, 5 madde (16, 25, 26, 38 ,43) analizden çıkarıldı. Kalan 41 madde ile KMO örneklem ölçüm değeri ,932 ve Bartlett küresellik testi değeri, (x^2=8991,972, df=820, p<0,001) olarak belirlendi. Örneklem büyüklüğünün çok iyi düzeyde

yeterli olması, R'nin faktörlenebilir olması ve normal dağılım özelliği taşıyor olması nedenleriyle veri setinde faktör analizinin gerçekleştirilebileceği sonucuna varılmaktadır.

6. Madde Analizi

HGŞÖ taslağından elde edilen MTPK katsayıları Tablo 4'de verildi. HGŞÖ güvenirlik çalışması için 41 maddenin MTPK katsayıları incelendiğinde; MTPK katsayılarının ,448-,738 arasında değiştiği belirlendi.

Tablo 4: HGŞÖ Taslağının MTPK Katsayıları (N=287)

Madde No	MTPK Katsayısı	Silindiğinde Cronbach's alfa	Madde No	MTPK Katsayısı	Silindiğinde Cronbach's alfa
HGŞÖ1	,475	,960	**HGŞÖ23**	,671	,960
HGŞÖ2	,518	,960	**HGŞÖ24**	,467	,961
HGŞÖ3	,515	,960	**HGŞÖ27**	,686	,959
HGŞÖ4	,634	,960	**HGŞÖ28**	,573	,960
HGŞÖ5	,539	,960	**HGŞÖ29**	,681	,959
HGŞÖ6	,493	,960	**HGŞÖ30**	,634	,960
HGŞÖ7	,448	,961	**HGŞÖ31**	,683	,959
HGŞÖ8	,489	,960	**HGŞÖ32**	,730	,959
HGŞÖ9	,561	,960	**HGŞÖ33**	,639	,960
HGŞÖ10	,649	,960	**HGŞÖ34**	,556	,960
HGŞÖ11	,604	,960	**HGŞÖ35**	,650	,960
HGŞÖ12	,524	,960	**HGŞÖ36**	,589	,960
HGŞÖ13	,543	,960	**HGŞÖ37**	,563	,960
HGŞÖ14	,566	,960	**HGŞÖ39**	,601	,960
HGŞÖ15	,713	,959	**HGŞÖ40**	,738	,959
HGŞÖ17	,647	,960	**HGŞÖ41**	,612	,960
HGŞÖ18	,549	,960	**HGŞÖ42**	,658	,960
HGŞÖ19	,736	,959	**HGŞÖ44**	,661	,960
HGŞÖ20	,665	,960	**HGŞÖ45**	,700	,959
HGŞÖ21	,586	,960	**HGŞÖ46**	,533	,960
HGŞÖ22	,684	,959			

7. Uygun Faktör Sayısının Belirlenmesi

Temel Bileşenler Analizi kullanılarak 41 madde ile oluşturulan faktör modelinde, ölçekte öz değeri 1 ve üzerinde olan 8 faktör olup, açıklanan varyans oranının %70,954 olduğu belirlendi. İlk faktörün (öz değeri 16,468) varyansın %40,166'sını, ikinci faktörün ise (öz değeri 3,646) ise varyansın %8,893'ünü açıkladığı belirlendi. Bileşenler matrisinde tüm maddelerin birinci faktör üzerindeki yük değerlerinin, diğer faktörlerdeki yük değerlerinden daha yüksek olduğu ve ,450-,772 arasında değiştiği görüldü. Birinci ve ikinci öz değer arasındaki farkın yaklaşık 4,5 kat ve döndürülmemiş faktör yük değerlerinin birinci faktörde daha yüksek olması nedenleriyle ölçeğin tek boyutlu olabileceği düşünüldü ve tek boyutluluk DFA ile test edildi. DFA sonuçları incelendiğinde, modelin hata indekslerinin yeterince düşük ve uyum indekslerinin yeterince yüksek olmadığı görüldüğünden, döndürülmüş faktör analizi

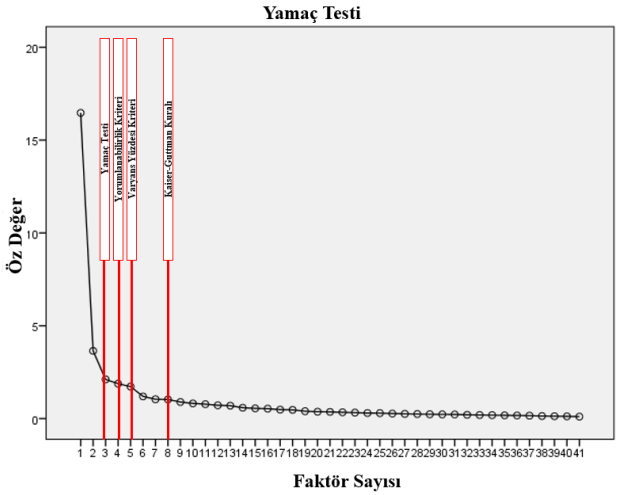
sonuçlarının kullanılmasının daha uygun olduğuna karar verildi. 41 madde ile elde edilen açıklanan varyans oranları Tablo 5'de verildi.

Tablo 5: HGŞÖ'nin Varyans Açıklama Tablosu (N=287)

Faktör	Başlangıç Öz Değerleri			Toplam Faktör Yükleri (Döndürülmüş)		
	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %	Toplam	Açıklanan Varyans %	Birikimli %
1	16,468	40,166	40,166	16,468	40,166	40,166
2	3,646	8,893	49,058	3,646	8,893	49,058
3	2,112	5,151	54,209	2,112	5,151	54,209
4	1,879	4,583	58,792	1,879	4,583	58,792
5	1,724	4,204	62,997	1,724	4,204	62,997
6	1,195	2,914	65,911	1,195	2,914	65,911
7	1,040	2,536	68,447	1,040	2,536	68,447
8	1,028	2,507	70,954	1,028	2,507	70,954

Uygun faktör sayısının belirlenmesinde, HMHÖ geliştirilme sürecinde belirtilen Kaiser-Guttman kuralı, yamaç testi, varyans yüzdesi kriteri ve yorumlanabilirlik kriteri kullanıldı.

Uygun faktör sayısının Kaiser-Gutmann Kuralı'na göre 8, yamaç testine göre 3, varyans yüzdesi kriterine göre 5 ve yorumlanabilirlik kriteri doğrultusunda 4 olduğu saptandı. Tüm kriterler ve ilgili literatür göz önünde bulundurulduğunda uygun faktör sayısının 4 olmasına karar verildi (Şekil 3-10) (Akbulut 2010; Ömay Çokluk ve ark. 2012; Karagöz 2014; Karakoç ve Dönmez 2014; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).



Şekil 1: HGŞÖ Yamaç Testi

8. Açıklayıcı Faktör Analizi

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda ortak varyans değeri ve faktör yükü değeri ,40'ın ve binişik madde sınırının ,10'un üzerinde olan maddelerin kabul edilmesine ve

bu kriterleri karşılamayanların analizden çıkarılmasına karar verildi. Her çıkarılma kararı verilen maddeden sonra analiz tekrarlandı (Akbulut 2010; Karagöz 2014; Aksu ve ark. 2017; Bektaş 2017; Yaşlıoğlu 2017).

HGŞÖ temel bileşenler analizi sonuçları incelendiğinde; 18 madde iki faktöre yüklenen değerler arasındaki farkın ≤ ,10 olması (HGŞÖ 1, HGŞÖ 2, HGŞÖ 6, HGŞÖ 7, HGŞÖ 8, HGŞÖ 12, HGŞÖ 14, HGŞÖ 17, HGŞÖ 21, HGŞÖ 22, HGŞÖ 33, HGŞÖ 34, HGŞÖ 40, HGŞÖ 41, HGŞÖ 42, HGŞÖ 44 ve HGŞÖ 46) nedeniyle analizden çıkarıldı**.** 41 madde ve 4 faktörle gerçekleştirilen temel bileşenler analizinde izlenilen yolda, KMO örneklem ölçüm değeri ve açıklanan varyans yüzdesindeki değişime ilişkin sonuçlar Tablo 6'da verildi.

Tablo 6: HGŞÖ Analizinde İzlenilen Yol

Silinen Madde	Yakın Faktör Yükleri	Ortak Yük Değeri	Silindikten sonra KMO değeri	Silindikten sonra açıklanan varyans %
İlk Hali	-	-	,932	58,792
7	,430 - ,450	,599	,932	59,166
6	,438 - ,448	,438	,933	59,800
8	,466 - ,488	,312	,935	60,688
2	,439 - ,538	,615	,936	60,901
22	,410 - ,507	,581	,935	61,073
40	,498 - ,589	,696	,932	60,915
1	,447 - ,498	,516	,931	61,520
46	,450 - ,511	,490	,934	62,122
42	,508 - ,540	,607	,932	62,350
21	,479 - ,535	,569	,933	62,680
33	,455 - ,488	,503	,931	63,221
17	,519 - ,616	,659	,931	63,410
12	,532 - ,601	,694	,930	63,432
34	,517 - ,567	,756	,930	63,291
14	,592 - ,623	,607	,931	63,255
41	,487 - ,559	,507	,929	63,971
44	,541 - ,631	,623	,930	64,407
9	,538 - ,635	,583	,929	65,040

Temel bileşenler analizi sonucunda son hali 23 madde olan ölçeğin, ortak yük değerlerinin ,468-,792 ve faktör yük değerlerinin ,565-,786 arasında değiştiği görüldü. Birinci faktör yük değerlerinin ,592-,767; ikinci faktör yük değerlerinin ,540-,825; üçüncü faktör yük değerlerinin ,614-,825 ve dördüncü faktör yük değerlerinin ,623-,842 arasında değiştiği saptandı. Temel bileşenler analizi sonucunda açıklanan varyans yüzdesinin yükseldiği belirlendi (%65,040). Ölçekteki 23 maddenin ortak yük değerleri, döndürülmemiş faktör yük değerleri ve döndürülmüş faktör yük değerleri Tablo 7'de verildi.

Temel bileşenler analizi sonucunda tüm ana boyutlarda ortak yük değeri, faktör yük değeri ve MTPK katsayılarının belirlenen sınırların üzerinde olması nedeniyle yeterli ve kabul edilebilir düzeyde olduğu sonucuna varılabilmektedir. HGŞÖ toplam varyansı açıklama yüzdesinin %65 olması nedeniyle yeterli olduğu sonucuna varılabilmektedir.

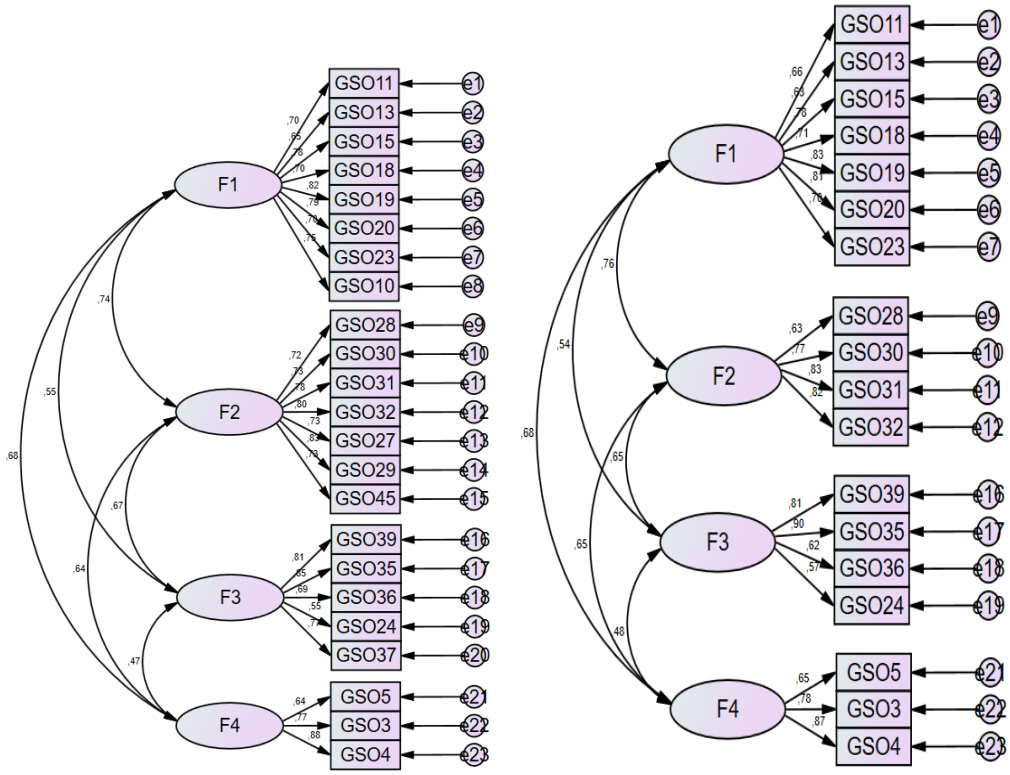
Tablo 7: HGŞÖ'nin Temel Bileşenler Analizi Sonuçları

	Ortak Yük Değeri	Faktör Yük Değeri	Döndürülmüş Faktör Yük Değerleri			
			Faktör I	Faktör II	Faktör III	Faktör IV
HGŞÖ18	,635	,599	,767			
HGŞÖ11	,626	,631	,758			
HGŞÖ10	,661	,689	,749			
HGŞÖ13	,665	,590	,697			
HGŞÖ19	,697	,772	,685			
HGŞÖ20	,639	,729	,676			
HGŞÖ15	,638	,753	,640			
HGŞÖ23	,529	,688	,592			
HGŞÖ29	,784	,735		,825		
HGŞÖ28	,680	,624		,788		
HGŞÖ27	,679	,709		,711		
HGŞÖ45	,629	,706		,693		
HGŞÖ32	,659	,786		,600		
HGŞÖ31	,612	,744		,589		
HGŞÖ30	,517	,694		,540		
HGŞÖ35	,792	,651			,825	
HGŞÖ39	,718	,601			,800	
HGŞÖ37	,683	,590			,741	
HGŞÖ24	,468	,461			,641	
HGŞÖ36	,561	,612			,614	
HGŞÖ3	,795	,565				,842
HGŞÖ4	,727	,672				,727
HGŞÖ5	,563	,586				,623
Öz Değerler			10,166	2,139	1,486	1,168
Açıklanan Varyans %			44,201	9,300	6,461	5,078
Birikimli Varyans %			44,201	53,501	59,962	65,040

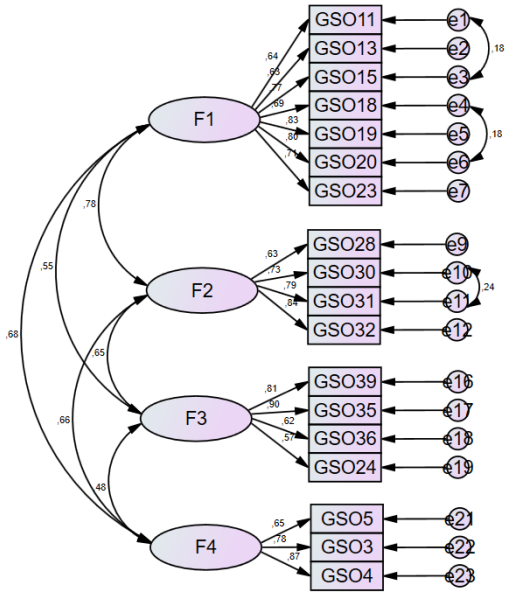
9. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizi sonucunda 23 madde ve dört alt boyuttan oluşan yapıyı doğrulamak için kurulan model DFA ile analiz edildi.

HGŞÖ'nde 23 maddenin dört faktör olarak ele alındığı yapı Model 1 'de, modifikasyon önerileri doğrultusunda beş maddenin (HGŞÖ 37, HGŞÖ 29, HGŞÖ 27, HGŞÖ 45 ve HGŞÖ 10) elendiği yapı Model 2'de (Şekil 2), HGŞÖ 11 ile HGŞÖ 13, HGŞÖ 18 ile HGŞÖ 20 ve HGŞÖ 30 ile HGŞÖ 31 arasında ortak hata varyansının atandığı yapı Model 3'de gösterilmektedir (Şekil 3).



Şekil 2: HGŞÖ'ne Yönelik Geliştirilen DFA Modellerinden Model I ve II



Şekil 3: HGŞÖ'ne Yönelik Geliştirilen DFA Modellerinden Model III

HGŞÖ'ne yönelik geliştirilen DFA modelleri ile x^2/df, RMSEA, RMR ve SRMR değerlerinde düşme eğilimi, GFI, AGFI, CFI, IFI, NFI ve NNFI değerlerinde yükselme eğilimi olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8: HGŞÖ DFA Uyum İyiliği İndeksleri

Modeller	x^2/df	RMSEA	GFI	AGFI	CFI	IFI	NFI	NNFI	RMR	SRMR
Model 1	3,172	,087	,806	,760	,879	,880	,834	,863	,075	,0606
Model 2	2,158	,064	,900	,868	,945	,945	,902	,934	,062	,0513
Model 3	2,021	,060	,907	,874	,952	,953	,911	,942	,060	,0493

HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda HGŞÖ **x^2/df** , RMSEA, GFI, AGFI, CFI, NFI, NNFI, RMR uyum iyiliği istatistikleri bakımından kabul edilebilir uyum; IFI ve SRMR uyum iyiliği istatistikleri bakımından mükemmel uyum göstermektedir. Genel olarak HMHÖ için uyum indeksleri değerlendirildiğinde oluşturulan yapının veri setini doğruladığı sonucuna varılabilmektedir.

10. Ölçek Maddelerin Dağılımı ve Yorumlanması

HGŞÖ maddelerinin alt boyutlara göre dağılımı, Tablo 10'da verildi.

Tablo 10: HGŞÖ Maddelerinin Alt Boyutlara Göre Dağılımı

HGŞÖ ve Alt Boyutları	Maddeler	Madde Sayısı
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı	11-**4,** 13-**5,** 15-**6,** 18-**7,** 19-**8,** 20-**9,** 23-**10**	7
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı	28-**12,** 30-**13,** 31-**14,** 32-**15**	4
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı	24-**11,** 35-**16,** 36-**17,** 39-**18**	4
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı	3-**1,** 4-**2,** 5-**3**	3
TOPLAM		15

AFA ve DFA'nden sonra son halini alan HGŞÖ, dört alt boyut ve 18 maddeden oluşmaktadır. Beşli Likert (1: Kesinlikle Katılmıyorum-5: Kesinlikle Katılıyorum) şeklinde olan ölçekte olumsuz anlam içeren madde yer almamaktadır. Tüm ölçek ve alt boyuttan alınan toplam puanın madde sayısına bölünmesiyle ölçek ve alt boyut puanları hesaplanmaktadır. Tüm ölçek ve her alt boyuttan en düşük 1 puan, en yüksek 5 puan alınabilmektedir. İlgili alt boyuttan alınan puan ortalamasının yüksek olması, yeni mezunların ilgili alt boyuttaki geçiş şoku düzeyinin yüksek olduğu şeklinde yorumlanmaktadır.

11. Ölçek Alt Boyutlarının İç Tutarlılık Analizi

HGŞÖ'nin iç tutarlığını test etmek için yapılan analizde iç tutarlılık kat sayısı, tüm ölçek için ,922 olarak belirlenirken, alt boyutlarda ,803-,899 arasında değiştiği görüldü. HYAÖ geliştirilme sürecinde belirtilen ilgili alan yazın doğrultusunda alt boyutların iyi iç tutarlılığa, HGŞÖ'nin mükemmel iç tutarlığa sahip olduğu söylenebilmektedir. HGŞÖ ve alt boyutlarının Cronbach's alfa iç tutarlılık katsayılarının dağılımı, Tablo 11'de verildi.

Tablo 11: HGŞÖ ve Alt Boyutlarının Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Katsayısı

HGŞÖ ve Alt Boyutları	Cronbach's Alfa İç Tutarlılık Kat Sayısı
Kişilerarası ilişkilerde yetersizlik algısı	,889
Mesleki karar ve uygulamalarda yetersizlik algısı	,842
Sosyal yaşamda yetersizlik algısı	,807
Rol ve sorumluluklarda yetersizlik algısı	,803
TOPLAM	,922

HGŞÖ'nin güvenirlik göstergelerinden biri olan MTPK katsayıları ,435-,736 arasında değişmekte olup, tüm maddelerin MTPK katsayıları Tablo 12'de verildi.

Tablo 12: HGŞÖ Maddelerinin MTPK Katsayıları

Yeni	Eski	HGŞÖ Maddeleri	MTPK*
1	HGŞÖ3	Bir hemşire olarak birden fazla görevi aynı anda yerine getirmekte zorlanıyorum.	,548
2	HGŞÖ4	Bir hemşire olarak rol ve sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanıyorum.	,634
3	HGŞÖ5	Birey ve yakınlarına kaliteli ve güvenli bakım veremediğimi düşünüyorum.	,543
4	HGŞÖ11	Kendimden deneyimli hemşirelerin uyum sürecimi desteklemediklerini düşünüyorum.	,565
5	HGŞÖ13	Kendimden deneyimli hemşireler tarafından azarlanmaktan korkuyorum.	,579
6	HGŞÖ15	Çalıştığım birimin kültürüne uyum sağlayamıyorum	,702
7	HGŞÖ18	Sağlık ekibi üyelerinin ben yokmuşum gibi davrandıklarını düşünüyorum.	,558
8	HGŞÖ19	Sağlık ekibi üyelerinin beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.	,721
9	HGŞÖ20	Gün boyu etrafımda olan biteni anlamakta zorlanıyorum.	,692
10	HGŞÖ23	Mesleki yaşamım ile ilgili duygu ve düşüncelerimi sağlık ekibinden gizlemeye çalışıyorum.	,640
11	HGŞÖ24	Çalışmaya başladığımdan beri sosyal çevreme vakit ayıramıyorum.	,435
12	HGŞÖ28	Karar ve uygulamalarımın bireylere zarar vermesinden korkuyorum	,530
13	HGŞÖ30	Karar ve uygulamalarımın başkaları tarafından onaylanmasını bekliyorum.	,644
14	HGŞÖ31	Karar ve uygulamalarımı yerine getirirken diğerlerinden daha fazla zaman harcıyorum.	,700
15	HGŞÖ32	İş yükünü başkalarından yardım almadan yönetemiyorum.	,736
16	HGŞÖ35	Her günümü bir önceki ya da bir sonraki vardiyayı düşünerek geçiriyorum.	,632
17	HGŞÖ36	Çalışmaya başladığımdan beri iştahımın azaldığını hissediyorum.	,533
18	HGŞÖ39	Zihnimdeki düşünceler sürekli çalışıyormuşum gibi hissettiriyor.	,567

HGŞÖ'nin iç tutarlılığını test etmek amacıyla yarıya bölme yöntemi kullanıldı. Birinci yarı tek numaralı maddelerden (1,3,5,7,9,11,13,15,17), ikinci yarı ise çift numaralı maddelerden

(2,4,6,8,10,12,14,16,18) oluşturuldu. Ölçeğin ilk yarısında Cronbach's alfa değeri ,833 olarak belirlenirken, ikinci yarısında ,851 olarak bulundu İlk ve ikinci yarıdan elde edilen puan ortalamaları arasında pozitif yönlü güçlü ve çok ileri düzeyde anlamlı derecede ilişki olduğu bulundu (r=0,886) (p<0,001) (Tablo 13).

Tablo 13: HGŞÖ'nin İlk ve İkinci Yarısı Arasındaki İlişki

Yarıya Bölme Yöntemi	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
İlk Yarı	2,48 ± 0,70	r=0,886 p<0,001
İkinci Yarı	2,51 ± 0,78	

Sonuç olarak; geliştirilen HGŞÖ'nin yeni mezunların geçiş şoku algılarının belirlenmesinde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlendi

Ek 7a: Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği Taslağı Madde Havuzu

1	Sağlık ekibi içinde duygu ve düşüncelerimi paylaşacak kimseyi bulamıyorum.
2	Mesleki rol ve sorumluluklarıma uyum sağlamakta zorlanıyorum
3	Meslekten ayrılmayı düşünüyorum.
4	Mesleğin bana uygun olmadığını düşünüyorum.
5	Mesleğin gerekliliklerini tam olarak karşılayamayacağımı düşünüyorum.
6	Uzun yıllar bu mesleği yapamayacağımı düşünüyorum.
7	Kendimden deneyimli hemşirelere soru sormaya çekiniyorum.
8	Bir hemşire olarak birden fazla görevi aynı anda yerine getirmekte zorlanıyorum.
9	Kendimi sağlık ekibi üzerinde yük gibi hissediyorum.
10	Farklı birimlere destek için gönderildiğimde uyum sağlayamıyorum.
11	Farklı birimlere destek için gönderildiğimde hata yapmaktan korkuyorum.
12	Birey ve yakınlarına kaliteli ve güvenli bakım veremediğimi düşünüyorum.
13	Karar ve uygulamalarımı yerine getirirken diğerlerinden daha fazla zaman harcıyorum.
14	Karar ve uygulamalarımı yerine getirmeye çalışırken gereken bilgileri tekrar tekrar düşünüyorum
15	Karar ve uygulamalarımı yerine getirmeye çalışırken sağlıklı/hasta bireye zarar vermekten korkuyorum.
16	Karar ve uygulamalarımın doğruluğunu sürekli sorguluyorum.
17	Karar ve uygulamalarımın doğrulanmasını bekliyorum.
18	Benden daha deneyimli hemşirelerden yardım almadığımda iş yükünü yönetmekte zorlanıyorum.
19	Çalıştığım birimin kültürüne uyum sağlayamıyorum.
20	Özel yaşamım ile mesleki yaşamım arasında denge kurmakta zorlanıyorum
21	Çalışmaya başladığımdan beri mesleki beklentilerimin azaldığını düşünüyorum.
22	Yönetici hemşirelerden geri bildirim alamıyorum.
23	Kendimden deneyimli hemşirelerden geri bildirim alamıyorum.
24	Kendimden deneyimli hemşirelerin uyum sürecimi desteklemediklerini düşünüyorum.
25	Mevcut hemşire rol modellerini gördükçe mesleki benliğimi korumakta zorlanıyorum.
26	Sağlık ekibi içinde değer görmediğimi düşünüyorum.
27	Sağlık ekibi içinde saygı görmediğimi düşünüyorum.
28	Sağlık ekibi içinde kabul görmediğimi düşünüyorum.
29	Vardiyamı tamamladıktan sonra kolumu kaldıracak gücü kendimde bulamıyorum.
30	Sağlıklı/hasta birey ve yakınlarının beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum
31	Yönetici hemşirelerin beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.
32	Sağlık ekibi üyelerinin beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum
33	Mesleki bilgi düzeyimin yetersiz olduğunu düşünüyorum.
34	Mesleki beceri düzeyimin yetersiz olduğunu düşünüyorum.
35	İşle ilgili duygularımı gizlemeye çalışmak beni yoruyor.
36	İşle ilgili düşüncelerimi gizlemeye çalışmak beni yoruyor.
37	Gün boyu etrafımda olan biteni anlamaya çalışıyorum
38	Çalışamaya başladığımdan beri sosyal çevreme vakit ayıramıyorum.
39	Çalışmaya başladığımdan beri sosyal aktivitelere katılamıyorum.
40	Çalışırken kendimden deneyimli hemşirelerin bakışlarından rahatsız oluyorum.
41	Her günümü bir önceki ya da bir sonraki vardiyayı düşünerek geçiriyorum.
42	Çalışmaya başladığımdan beri iştahımın azaldığını hissediyorum.
43	İşle ilgili duygu ve düşüncelerim nedeniyle sürekli çalışıyormuşum hissine kapılıyorum.
44	Adımın beceriksize çıkmasından korkuyorum.
45	Kendimden deneyimli hemşirelerin benimle sadece resmi iletişim kurduklarını görüyorum.
46	Kendimden deneyimli hemşireler tarafından azarlanmaktan korkuyorum.
47	Çalışmaya başladığımdan beri uykuya dalmakta zorlanıyorum.
48	Çalışmaya başladığımdan beri kendimi rüyalarımda iş yerinde görüyorum.
49	Gerçekte var olan hemşirelik imajının zihnimdekinden farklı olduğunu görüyorum.
50	Okul eğitimimi boyunca edindiğim bilgi ve becerilerin çalışma yaşamı için yetersiz olduğunu düşünüyorum
51	Okul eğitiminin beni çalışma yaşamına tam olarak hazırlamadığını düşünüyorum.
52	Hastane yönetiminin beni çalışma yaşamına tam olarak hazırlamadığını düşünüyorum.
53	Okulda bana öğretilenlerin tam karşılığının çalışma yaşamında olmadığını düşünüyorum.
54	Beni çalışma yaşamına hazırlamadıklarını görmek öğretim elemanlarına olan öfkemi arttırıyor.

Ek 7b: Kapsam Geçerliği Sonrası Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği Taslağı

1	Mesleki bilgi düzeyimin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Mesleki becerilerimin yetersiz olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Bir hemşire olarak birden fazla görevi aynı anda yerine getirmekte zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Bir hemşire olarak rol ve sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Birey ve yakınlarına kaliteli ve güvenli bakım veremediğimi düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Okulda öğrendiklerimin mesleki yaşamda karşılığının olmadığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Okulda öğrendiklerimin mesleki yaşam için yetersiz olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Okul eğitiminin beni mesleki yaşama hazırlamadığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Kendimden deneyimli hemşirelerden geri bildirim alamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Kendimden deneyimli hemşirelere soru sormaya çekiniyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Kendimden deneyimli hemşirelerin uyum sürecimi desteklemediklerini düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Kendimden deneyimli hemşirelerin benimle sadece resmi iletişim kurduklarını görüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Kendimden deneyimli hemşireler tarafından azarlanmaktan korkuyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Çalışırken kendimden deneyimli hemşirelerin bakışlarından rahatsız oluyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	Çalıştığım birimin kültürüne uyum sağlayamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Sağlık ekibi içinde kabul görmediğimi düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Sağlık ekibi içinde duygu ve düşüncelerimi paylaşacak kimseyi bulamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Sağlık ekibi üyelerinin ben yokmuşum gibi davrandıklarını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
19	Sağlık ekibi üyelerinin beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
20	Gün boyu etrafımda olan biteni anlamakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
21	Kendimi sağlık ekibi üzerinde yük gibi hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
22	Mesleki açıdan zayıflıklarımı sağlık ekibinden gizlemeye çalışıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
23	Mesleki yaşamım ile ilgili duygu ve düşüncelerimi sağlık ekibinden gizlemeye çalışıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
24	Çalışmaya başladığımdan beri sosyal çevreme vakit ayıramıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
25	Çalışmaya başladığımdan beri sosyal aktivitelere katılamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
26	Çalışmaya başladığımdan beri özel yaşamıma vakit ayıramıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
27	Bakım verdiğim birey ve yakınlarının beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
28	Karar ve uygulamalarımın bireylere zarar vermesinden korkuyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
29	Karar ve uygulamalarımın doğruluğundan emin olamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
30	Karar ve uygulamalarımın başkaları tarafından onaylanmasını bekliyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
31	Karar ve uygulamalarımı yerine getirirken diğerlerinden daha fazla zaman harcıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
32	İş yükünü başkalarından yardım almadan yönetemiyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
33	Adımın beceriksize çıkmasından korkuyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
34	Vardiyamı tamamladıktan sonra kolumu kaldıracak gücü kendimde bulamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
35	Her günümü bir önceki ya da bir sonraki vardiyayı düşünerek geçiriyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
36	Çalışmaya başladığımdan beri iştahımın azaldığını hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
37	Çalışmaya başladığımdan beri uykuya dalmakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
38	Çalışmaya başladığımdan beri rüyalarımda kendimi iş yerinde görüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
39	Zihnimdeki düşünceler sürekli çalışıyormuşum gibi hissettiriyor.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
40	Mevcut hemşire örnekleri arasında mesleki benliğimi korumakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
41	Gerçekte var olan hemşirelik imajının zihnimdekinden farklı olduğunu görüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
42	Çalışmaya başladığımdan beri meslekten beklentilerimin azaldığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
43	Meslekten ayrılmayı düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
44	Mesleğin bana uygun olmadığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
45	Mesleğin gerekliliklerini tam olarak karşılayamayacağımı düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
46	Uzun yıllar bu mesleği yapamayacağımı düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Ek 8: Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği

Aşağıda verilen ifadeler yeni mezunların mesleki yaşama ilk geçişlerinde yaşadıkları olası sorunlarla ilgilidir. Her ifade 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen işe başladığınız ilk 3 ay içindeki kendinizi düşünerek bu ifadelere katılma derecenizi daire içine alınız.

1	2	3	4	5
Kesinlikle Katılmıyorum	**Katılmıyorum**	**Kararsızım**	**Katılıyorum**	**Kesinlikle Katılıyorum**

1	Bir hemşire olarak birden fazla görevi aynı anda yerine getirmekte zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Bir hemşire olarak rol ve sorumluluklarımı yerine getirmekte zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Birey ve yakınlarına kaliteli ve güvenli bakım veremediğimi düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Kendimden deneyimli hemşirelerin uyum sürecimi desteklemediklerini düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Kendimden deneyimli hemşireler tarafından azarlanmaktan korkuyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Çalıştığım birimin kültürüne uyum sağlayamıyorum	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Sağlık ekibi üyelerinin ben yokmuşum gibi davrandıklarını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Sağlık ekibi üyelerinin beklentilerini karşılamakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Gün boyu etrafımda olan biteni anlamakta zorlanıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Mesleki yaşamım ile ilgili duygu ve düşüncelerimi sağlık ekibinden gizlemeye çalışıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Çalışmaya başladığımdan beri sosyal çevreme vakit ayıramıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Karar ve uygulamalarımın bireylere zarar vermesinden korkuyorum	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Karar ve uygulamalarımın başkaları tarafından onaylanmasını bekliyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Karar ve uygulamalarımı yerine getirirken diğerlerinden daha fazla zaman harcıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15	İş yükünü başkalarından yardım almadan yönetemiyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16	Her günümü bir önceki ya da bir sonraki vardiyayı düşünerek geçiriyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
17	Çalışmaya başladığımdan beri iştahımın azaldığını hissediyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
18	Zihnimdeki düşünceler sürekli çalışıyormuşum gibi hissettiriyor.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Ek 9: Uzman Listesi II

Prof. Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Semiha AKIN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Funda BÜYÜKYILMAZ
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sonay BALTACI GÖKTAŞ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Zeliha TÜLEK
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Betül SÖNMEZ
İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Hatice ŞEN
Yakın Doğu Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları ve Hemşirelikte Öğretim/Yönetim Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Pınar DOĞAN
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Ek 10: Yetkinlik Alanlarına Yönelik Temel Bilgi Sınavı

1. **Aşağıdaki hemşirelik rollerinden hangisi tüm hemşirelik rollerini kapsamakta ve içinde barındırmaktadır?**
   - **a)** Bakım verici rolü
   - **b)** Savunucu rolü
   - **c)** Uzmanlık rolü
   - **d)** Eğitici rolü
   - **e)** Yönetici rolü

2. **Baba olan bir bireyin hasta olması sonucu karar verme sorumluluğunu ailedeki yaşça en büyük üyenin üstlenmesi hastalığın birey ve aile üzerindeki hangi etkisine örnek olarak verilebilir?**
   - **a)** Davranışsal ve emosyonel değişiklikler
   - **b)** Aile rolleri üzerindeki etkisi
   - **c)** Beden imajı üzerindeki etkisi
   - **d)** Benlik kavramı üzerindeki etkisi
   - **e)** Aile dinamikleri üzerindeki etkisi

3. **Bir bireyin iletişim sırasında gözlerini sürekli sağ tarafa doğru hareket ettirmesi hangi konuda ipucu verebilir?**
   - **a)** Yalan söylüyor
   - **b)** Hatırlamaya çalışıyor
   - **c)** Çekiniyor
   - **d)** Üzülüyor
   - **e)** Güven duyuyor



4. **Yukarıdaki vücut diline yönelik gösterilen figür hangi duyguyu yansıtmaktadır?**
   - **a)** Korku
   - **b)** Mutluluk
   - **c)** Şaşkınlık
   - **d)** Kızgınlık
   - **e)** Güçlü olma

5. **Bir bireyin ameliyathaneden yoğun bakıma altı basamaklı transfer sürecini düşündüğünüzde aşağıdaki sıralama seçeneklerinden hangisi doğru olarak verilmiştir?**
   - **a)** İlk olarak bireyin transfer öncesi hazırlığı yapılır.
   - **b)** Fiziksel transferden hemen önce bilgi transferi sağlanır.
   - **c)** Fiziksel transferden hemen önce ekip üyeleri arasında görüş alışverişi yapılır.
   - **d)** En son olarak bilgi transferi yapılır.
   - **e)** En son olarak fiziksel transfer yapılır.

6. **Dâhiliye-cerrahi servisinde çalışan bir hemşire olarak beş farklı gereksinime sahip bireyin bakımından sorumlusunuz. Aşağıdaki olguların hangisini ilk önce değerlendirirsiniz?**
   - **a)** Hiçbir şikâyeti olmayan ve acilden yeni yatışı yapılan birey
   - **b)** 10'lu ağrı skalasında 3 şiddetinde ağrısı olan ve 30 dakika önce analjezik alan birey
   - **c)** Sabah kalp kateterizasyonu yapılan ve nabızları palpe edilebilen birey
   - **d)** Bakımın etkili yapılmadığından şikâyetçi birey
   - **e)** Protein ağırlıklı yemek yemeyi reddeden ve venöz staz ülseri bulunan birey

7. **Dâhiliye-cerrahi servisinde çalışan bir hemşire olarak beş farklı gereksinimi olan bireyin bakımından sorumlusunuz. Aşağıdaki olguların hangisini ilk önce değerlendirirsiniz?**
   - **a)** Konjestif kalp yetmezliği tanısı olan ve 3 kilo kaybı şikayeti bulunan 75 yaşındaki birey
   - **b)** SVO tanısı olan ve 4. Derece basınç yarası pansumanının değiştirilmesi gereken 37 yaşındaki birey
   - **c)** Multiple sklerozis tanısı olan ve öksürük şikâyeti bulunan 56 yaşındaki birey
   - **d)** Demans tanısı olan ve artan konfüzyon şikâyeti bulunan 82 yaşındaki birey
   - **e)** Selülit tanısı olan ve tromboembolik çorap giymekten şikâyetçi olan 47 yaşındaki birey

8. **''Bir konuya dikkat çekmek istediğinizde duyduğunuzu doğrulamak için endişenizi en az iki kere savunucu bir şekilde tekrar edin'' şeklinde tanımlanan iletişim yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**
   - **a)** Two-Challenge Rule (İkili Meydan Okuma Kuralı) Yöntemi
   - **b)** Check-Back (Tekrar kontrol etmek) Yöntemi
   - **c)** Call out (Yüksek sesle bağırmak) Yöntemi
   - **d)** Handoff (Elden-ele geçiş) Yöntemi
   - **e)** ERG (Endişe-Rahatsızlık-Güvenlik) Yöntemi

9. **Resüsitasyon sırasında monitorizasyonu gerçekleştiren hemşirenin sağlık sorunu olan bireyin durumunu diğer ekip üyelerine bildirmek için kullandığı iletişim yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**
   - **a)** Two-Challenge Rule (İkili Meydan Okuma Kuralı) Yöntemi
   - **b)** Check-Back (Tekrar kontrol etmek) Yöntemi
   - **c)** Call out (Yüksek sesle bağırmak) Yöntemi
   - **d)** Handoff (Elden-ele geçiş) Yöntemi
   - **e)** ERG (Endişe-Rahatsızlık-Güvenlik) Yöntemi

10. **Yoğun bakım ünitesinden kardiyoloji servisine transfer edilen bir birey için ekip üyeleri arasındaki bilgi transferini sağlayan iletişim yöntemi aşağıdakilerden hangisidir?**
    - **a)** Two-Challenge Rule (İkili Meydan Okuma Kuralı)
    - **b)** Check-Back (Tekrar kontrol etmek)
    - **c)** Call out (Yüksek sesle bağırmak)
    - **d)** Handoff (Elden-ele geçiş)
    - **e)** ERG Tekniği (Endişe-Rahatsızlık-Güvenlik)

11. **SBAR tekniğinde ''R'' harfi aşağıdakilerden hangisini ifade etmektedir?**
    - **a)** Hemşirenin kendini tanıtması
    - **b)** Hemşirenin bireyle ilgili mevcut durumu anlatması
    - **c)** Hemşirenin bireyin tıbbi öyküsünü anlatması
    - **d)** Hemşirenin bireyi değerlendirmesi
    - **e)** Hemşirenin bireyin durumuna yönelik önerilerde bulunması

12. **Servis sorumlu hemşiresi, 10 yataklı bir acil serviste 4 hemşire, 2 acil tıp teknikeri ve 2 hemşire yardımcısını görevlendirmektedir. Aşağıdaki durumlardan hangisi en uygun olan görevlendirmedir?**
    - **a)** Monitorizasyon işlemleri için acil tıp teknikerinin görevlendirilmesi
    - **b)** Oksijen uygulaması için bir hemşire yardımcısının görevlendirilmesi
    - **c)** Bakım planını yazmak için bir hemşire yardımcısının görevlendirilmesi
    - **d)** Yatakların temizlik ve düzeni için bir hemşirenin görevlendirilmesi
    - **e)** Bireylerin mental durumunu izlemek için hemşire yardımcısının görevlendirilmesi

13. Hemşire yardımcısı, hemşireye bireyin göğüs ağrısı şikâyeti olduğunu bildirmektedir. Hemşire aşağıdaki görevlerden hangisini hemşire yardımcısına delege edebilir?

a) Hekimi aramak ve göğüs ağrısını bildirmek
b) Bireye parasetamol tablet vermek
c) Yakınlarına göğüs ağrısı ile ilgili bilgi vermek
d) Bireyin tıbbi kayıtlarını alıp odasına getirmek
e) Bireyin göğüs ağrısını değerlendirmek

14. Sağlık hizmeti aldığı sırada bir bireyde önlenebilir sağlık komplikasyonlarının oluşması tıbbi hataların ortaya çıktığı durumlardan hangisine örnek olarak verilebilir?

a) Aşırı Kullanım
b) Yetersiz Kullanım
c) Az Kullanım
d) Yanlış Kullanım
e) Uygun Kullanım

15. Aşağıda verilen tıbbi hata türlerinden hangisi kök-nedenlerine göre sınıflandırılmaktadır?

a) İlaç hataları
b) Cerrahi hatalar
c) Tedavi hataları
d) Tanı hataları
e) İhmale bağlı hatalar

16. Aşağıdakilerden hangisi tıbbi hataların sonucunda hastalıkla ilişkili olmayan sakatlık, yaralanma ve ölümün gerçekleştiği olaylar olarak tanımlanmaktadır?

a) Neredeyse olay
b) Sentinel olay
c) Advers olay
d) Zararlı olay
e) Riskli olay

17. Aşağıdakilerden hangisi hasta güvenliği kapsamında alınan standart önlemlerden biri değildir?

a) Hasta kimliğinin doğrulanması
b) Hastane etkinliğinin ve verimliliğinin sağlanması
c) Yanlış cerrahi girişimlerin önlenmesi
d) İlaç güvenliğinin sağlanması
e) İnfeksiyonların önlenmesi

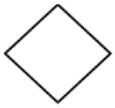
18. Sorunların %80'inin sorunu oluşturan sebeplerin %20'sinden kaynaklandığını savunan kalite iyileştirme aracı aşağıdakilerden hangisidir?

a) Histogram
b) Pareto Diyagramı
c) Çetele Tablosu
d) Kontrol Grafiği
e) Neden-Sonuç Diyagramı

19. Sorunun baş ve nedenlerinin kemikleri temsil ettiği bilinen balık kılçığı diyagramı olarak da adlandırılan kalite iyileştirmede kullanılan temel araç aşağıdakilerden hangisidir?

a) Histogram
b) Pareto Diyagramı
c) Çetele Tablosu
d) Kontrol Grafiği
e) Neden-Sonuç Diyagramı

20.



Yukarıda verilen akış şemasının sembollerinden birisi olan şekil neyi ifade etmektedir?

a) Faaliyetle ilgili bir belgeye ihtiyaç vardır.
b) Bir gecikme ya da bekleme süresi vardır.
c) Bir karar verilmesi gerekmektedir.
d) Bir sürecin başlangıç ya da bitişi söz konusudur.
e) Kararın akış yönünü göstermektedir.

21. Aşağıdaki çalışma türlerinden hangisi I. kanıt düzeyinde yer almaktadır?

a) Randomize Kontrollü Çalışmalar
b) Tanımlayıcı Çalışmalar
c) Vaka-Kontrol Çalışmaları
d) Kohort Çalışmaları
e) Gözlemsel Çalışmalar

22. Aşağıdaki çalışma türlerinden hangisi en düşük kanıt düzeyine sahiptir?

a) Randomize Kontrollü Çalışmalar
b) Tanımlayıcı Çalışmalar
c) Yarı Deneysel Çalışmalar
d) Sistematik Derlemeler
e) Meta Analizler

23. Kanıta dayalı uygulamalrda literatür tararken kullanılan PICO modelinde ''P'' harfi aşağıdakilerden hangisini ifade etmektedir?

a) Nüfus
b) Tedavi
c) Karşılaştırma
d) Sonuç
e) Tanı

24. Sağlık bilgi sistemleri sınıflandırılmasına göre aşağıdaki bilgi sistemlerinden hangisi tanı ve tedavi sistemlerine bir örnektir?

a) Elektronik sağlık kayıt sistemleri
b) Karar destek sistemleri
c) Hemşire bilgi sistemleri
d) Klinik iletişim sistemleri
e) Laboratuvar sistemleri

25.

I. Kalça kırıklarının önlenmesi amacıyla kullanılan koruyucu kalça desteği
II. Vücut ağırlığı
III. İlk 3 aylık basınç yarası prevelansı

Yukarıdaki ifadelerin doğru sıralanışı aşağıdaki seçeneklerden hangisinde verilmiştir?

	Veri	Enformasyon	Bilgi
a)	I	II	III
b)	II	III	I
c)	III	I	II
d)	III	II	I
e)	II	I	III

Ek 11: QSEN Based Simulation Evaluation Rubric

Each of the competency areas has expected skills which will be demonstrated during the simulation. Each of the bullet points within the expected skills of each competency are worth 5 points. Please see the following grading criteria to understand how you will be scored in the simulation. To pass the simulation you need to receive a minimum of 77% on the rubric. Students who do not receive 77% will need to repeat the simulation until they meet 77%. Students who receive between 77% and 85% will need to write out a self study action plan on how they will learn the skills needed within the simulation.
5 Points=All aspects of the expected skill was met with no prompting or input from the faculty
4 Points= The majority (75% or greater) of the expected skill was met with no prompting or input from the faculty.
3 Points=Over 50% of the expected skill was met with no prompting or the skill was met with minimal (1 or less) prompting from the faculty.
2 Points=Less than 50% of the expected skill was met with no prompting or the skill was met with multiple (2-3) prompts from the faculty.
1 Point=The expected skill was only met with multiple (2 or more) prompts from the faculty
0 Point=The expected skill was not met with multiple (2 or more) prompts from the faculty

Competency Area	Expected Skill	Example	Points
Patient Centered Care	• Provide family and patient-centered care with sensitivity and respect for the diversity of human experience (Course Outcome 1, 5 • Assess presence and extent of pain and suffering. (Course Outcome 1) • Initiate effective treatments to relieve pain and suffering in light of patient values, preferences and expressed needs. (Course Outcome 1, 5) • Communicate care provided and needed at each transition in care (Course Outcome 4)		___/20
Teamwork and Collaboration	• Function competently within own scope of practice as a member of the healthcare team (Course Outcome 1, 5) • Assume role of team member or leader based on the situation (Course Outcome 2, 5) • Communicate with team members, adapting own style of communicating to needs of the team and situation (Course Outcome 4, 5)		___/15
Evidence Based Practice	• Base individualized care plan on patient values, clinical expertise and evidence (Course Outcome 1, 3) • Consult with clinical experts before deciding		___/10

	to deviate from evidence-based protocols (Course Outcome 3)		
Quality Improvement	• Seek information about outcomes of care for populations served in care setting (Course Outcome 4)		___/5
Safety	• Communicate observations or concerns related to hazards and errors to patients, families and the health care team (Course Outcome 3, 4) • Use national patient safety resources for own professional development and to focus attention on safety in care settings (Course Outcome 3,		____/10
Informatics	• Apply technology and information management tools to support safe processes of care (Course Outcome 1, 3, 6) • Document and plan patient care in electronic health record (Course Outcome 4, 6)		___/10
Professionalism	• At all times student was professional in the simulation setting with appropriate dress, communication and behavior. • Student was prepared and had a strong basic knowledge of simulation topic		___/10

FacultyFeedback:___

_____
_____
_____

Student Action Plan (When Appropriate)

_____
_____
_____
_____
_____

Ek 12: Uzman Listesi III

Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Vesile ÜNVER
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Pınar DOĞAN
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Öğr. Gör. Dr. Yasemin USLU
Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Öğr. Gör. Dr. Ela YILMAZ COŞKUN
Namık Kemal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

Ek 13: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği I

Yetkinlik Alanı	QSEN Öğrenim Kazanımı	Beklenen Başarım Göstergeleri	Derecelendirme					
BİREY MERKEZLİ BAKIM	Hemşirelik sürecinin bir parçası olarak değer, tercih ve gereksinimleri belirleyebilmesi	Serhat Bey'e yüksek ateşi azaltmaya yönelik seçenekler sunması ve Özlem Hanım'ı tercih sürecine dâhil edebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Kudret Bey'e tedaviyi red hakkından bahsetmesi						
		Aslı Hanım' a evde düşmeyi önlemeye yönelik yaklaşımlardan bahsetmesi						
	Fiziksel ve duygusal konfor düzeyini değerlendirebilmesi	Serhat Bey'in ateşini değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5
		Kudret Bey'in ağrı düzeyini değerlendirmesi						
		Ferhan Hanım'ın bilinç düzeyini değerlendirmesi						
		Hepsine ''kendinizi nasıl hissediyorsunuz?'' diye sorması						
	Sağlık bakım süreci kapsamında çatışma çözme ve uzlaşma sağlayabilme süreçlerine katılım gösterebilmesi	Aslı Hanım'ın endişelerini giderebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Kudret Bey ve Oğuz Bey ile uzlaşabilmesi						
	Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	Birey ve yakınlarını etkin dinleyebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Anlayabilecekleri bir dil kullanabilmesi						
		Endişeleri ile ilgili geri bildirimde bulunabilmesi						
		Kendilerini ifade etmeleri için bireyleri cesaretlendirmesi						
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	Yüksek ateşli bireye doğru hemşirelik yaklaşımı	0	1	2	3	4	5
		Alzheimerlı bireye doğru hemşirelik yaklaşımı						
		Anksiyeteli bireye doğru hemşirelik yaklaşımı						
	Duruma uygun olarak diğer ekip üyelerinden yardım talebinde bulunabilmesi	ATT'den görev, yetki ve sorumluluklarına uygun olarak yardım talebinde bulunması	0	1	2	3	4	5
		HY'dan görev, yetki ve sorumluluklarına uygun olarak yardım talebinde bulunması						
	Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi	ATT ve HY ile iletişim kurarken yargılayıcı, emir verici ya da rica edici bir dil kullanmaması	0	1	2	3	4	5
KANITA DAYALI UYGULAMA	Temel bilimsel yöntem ve süreçler hakkında bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	Bireylerin bakım gereksinimlerini hemşirelik süreci doğrultusunda karşılayabilmesi	0	1	2	3	4	5
	Bireyselleştirilmiş bakım planını değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi	İlk olarak Serhat Bey'in, ikinci sırada Ferhan Hanım'ın ve son olarak Kudret Bey'in ihtiyaçlarını karşılaması	0	1	2	3	4	5
		Monitorizasyon için ATT'yi, soğuk uygulama ve boşaltım ihtiyacı için hemşire yardımcısını görevlendirmesi						
		Yetki devri sürecine uygun olarak ATT ve HY'nın yaptıkları uygulamaları kontrol etmesi						
KALİTE İYİLEŞTİRME	Sağlık bakım ortamında hizmet verilen bireylere yönelik bakım sonuçları hakkında bilgi edinebilmesi	Yıl içindeki sağlık bakım ortamındaki düşme sayısına yönelik bilgiye erişebilmesi ve doğru şekilde aktarabilmesi	0	1	2	3	4	5
GÜVENLİK	Kalite ve güvenliği destekleyen teknoloji ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	El hijyenini sağlaması	0	1	2	3	4	5
		Bireyin kimliğini doğrulaması						
		Yapacağı işlemi açıklayıp onay alması						
		Doğru kayıt etmesi						
		Hekime SBAR tekniğine uygun olarak mesaj göndermesi						
	Birey, aile ve sağlık ekibine tıbbi hata ve risklerle ilgili gözlem ve endişelerini aktarabilmesi	Kudret Bey'in cebindeki sigarayı fark ederek endişesini dile getirmesi	0	1	2	3	4	5
BİLİŞİM	Elektronik sağlık kayıtlarına ulaşabilmesi	Bilişim sisteminde kalite iyileştirme göstergelerinin yerini bulabilmesi	0	1	2	3	4	5
	Bakımın eş güdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi	Hekime bilişim sistemi üzerinden mesaj gönderebilmesi	0	1	2	3	4	5
PROFESYONELLİK	Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	Uygun giyim, iletişim tarzı ve davranışlar gösterebilmesi ve standardize bireylere gerçek birey olarak davranması	0	1	2	3	4	5
	Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü bir teorik bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	Konu ile ilgili bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	0	1	2	3	4	5
PUANLANDIRMA	0 PUAN	Beklenilen tüm becerileri doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.						
	1 PUAN	Beklenilen becerileri %75 ve üzerinde doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.						
	2 PUAN	Beklenilen becerileri %50 ve üzerinde doğru ve eksiksiz ya da tek eksikle gerçekleştirdi.						
	3 PUAN	Beklenilen becerileri %50'den az doğru ve eksiksiz ya da 2-3 eksikle gerçekleştirdi.						
	4 PUAN	Beklenilen becerileri 3'den fazla eksikle gerçekleştirdi.						
	5 PUAN	Beklenilen becerileri hiç gerçekleştiremedi.						

Ek 14: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği II

Yetkinlik Alanı	QSEN Öğrenim Kazanımı		Derecelendirme					
BİREY MERKEZLİ BAKIM	Hemşirelik sürecinin bir parçası olarak değer, tercih ve gereksinimleri belirleyebilmesi	Akciğer kanseri hakkında bilgi vermesi	0	1	2	3	4	5
		Sigarayı bırakmanın yararlarından bahsetmesi						
		Tedavi süreci ve sonrası hakkında bilgi vermesi						
		Ameliyat öncesi hazırlık hakkında bilgi vermesi						
		Birim hakkında bilgi vermesi						
	Bireyin değer, tercih ve gereksinimlerini sağlık bakım ekibinin diğer üyelerine aktarabilmesi	Teslim sürecinde Serhat Bey'in korkulu ve endişeli olduğundan bahsetmesi	0	1	2	3	4	5
		Teslim sürecinde Serhat Bey'in kemoterapi tedavisini ailesinden sakladığını, kendisinin söylemek istediğini ve ekibin konu ile ilgili dikkatli olması gerektiğini bildirmesi						
		Teslim sürecinde Serhat Bey'in tedaviye inancının olmadığından ya da az olduğundan bahsetmesi						
	Bireyin karar çatışması düzeyini değerlendirmesi ve kaynaklara erişimini sağlayabilmesi	Serhat Bey'in Konuşmak istememesinin ve tedaviye inanmasının nedenlerini sorgulaması	0	1	2	3	4	5
	Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	Bireyi etkin dinlemesi	0	1	2	3	4	5
		Bireyin anlayabileceği bir dil kullanması						
		Bireyi kendisini ifade etmesi için cesaretlendirmesi						
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	Bireyin servise kabulünü gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili beslenme, boşaltım, hijyen ve deri temizliğinden bahsetmesi						
		Bireyi diğer sağlık ekibi üyesine teslim edebilmesi						
		Olay bildirimini gerçekleştirebilmesi						
		Bireyle terapötik iletişim kurabilmesi						
	Kendi iletişim tarzını ekibin ve durumun ihtiyaçlarına uyarlayarak ekip üyeleri ile iletişim kurabilmesi	Serhat Bey'in korkularından, tadaviye inançsızlığından ve kemotrapi tedavisini saklamasından bahsederken Songül Hemşire ile yargılayıcı, sempatik ya da duyarsız bir iletişim kurmaması	0	1	2	3	4	5
	Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi	Teslim sürecine katılan Songül Hemşire'ye bireyi SBAR tekniğine uygun bir şekilde teslim edebilmesi	0	1	2	3	4	5
KANITA DAYALI UYGULAMA	Temel bilimsel yöntem ve süreçler hakkında bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	Bireyin bakım gereksinimlerini hemşirelik süreci doğrultusunda karşılayabilmesi	0	1	2	3	4	5
	Klinik uygulama konu başlıkları ve rehberleri ile ilgili kanıta dayalı raporları bulabilmesi	Serhat Bey'e yararlanabileceği kaynakları gösterirken kanıt düzeyi en yüksek (klinik uygulama rehberi) olanı önermesi	0	1	2	3	4	5
KALİTE İYİLEŞTİRME	Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi	Güvenli Cerrahi Süreci'ni akış şeması üzerinden Serhat Bey'e aktarabilmesi	0	1	2	3	4	5
GÜVENLİK	Kalite ve güvenliği destekleyen teknoloji ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	El hijyenini sağlaması	0	1	2	3	4	5
		Bireyin kimliğini doğrulaması						
		Doğru kayıt yapması						
		Güvenli Cerrahi Kontrol Formu'nda yanlış tarafın işaretlendiğini fark etmesi						
	Hatalar ve neredeyse hataların bildirilmesinde güvenlik raporlama sistemini kullanabilmesi	Olay bildirimini bilişim sistemi üzerinden doğru bir şekilde gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
BİLİŞİM	Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi	Bilişim sistemine bireyi tanılamaya yönelik verileri kayıt edebilmesi	0	1	2	3	4	5
	Bakımın eş güdümünde iletişim teknolojilerini kullanabilmesi	Olay bildirimini bilişim sitemi üzerinden yardım almadan gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
PROFESYONELLİK	Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	Uygun giyim, iletişim tarzı ve davranışlar gösterebilmesi ve standardize bireylere gerçek birey olarak davranması	0	1	2	3	4	5
	Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü bir teorik bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	Konu ile ilgili bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	0	1	2	3	4	5
PUANLANDIRMA	0 PUAN	Beklenilen tüm becerileri doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.						
	1 PUAN	Beklenilen becerileri %75 ve üzerinde doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.						
	2 PUAN	Beklenilen becerileri %50 ve üzerinde doğru ve eksiksiz ya da tek eksikle gerçekleştirdi.						
	3 PUAN	Beklenilen becerileri %50'den az doğru ve eksiksiz ya da 2-3 eksikle gerçekleştirdi.						
	4 PUAN	Beklenilen becerileri 3'den fazla eksikle gerçekleştirdi.						
	5 PUAN	Beklenilen becerileri hiç gerçekleştiremedi.						

Ek 15: Simülasyon Başarımını Derecelendirme Ölçeği III

Yetkinlik Alanı	QSEN Öğrenim Kazanımı		Derecelendirme					
BİREY MERKEZLİ BAKIM	Fiziksel ve duygusal konfor düzeyini sorgulayabilmesi	Mehmet Bey'in ve Serhat Bey'in yaşam bulguları alıp kayıt etmesi	0	1	2	3	4	5
		Mehmet Bey ve Serhat Bey'in ağrı düzeyini değerlendirmesi						
		Mehmet Bey'e ''kendinizi nasıl hissediyorsunuz? '' diye sorması						
	Sağlık, güvenlik, iyili hali ve öz bakımın yönetiminde birey ve yakınları ile etkin ortaklık kurabilmesi	Güvenli transferdde bireyin üzerine düşüne sorumlulukları Mehmet Bey'e açıklaması ve süreci Mehmet Bey'i dahil etmesi	0	1	2	3	4	5
	Bakımın her geçişi sırasında, karşılanan ve gereksinim duyulan bakım ihtiyacını iletebilmesi	Mehmet Bey'e sigarayı bırakması ve kilo vermesi gerektiğinden bahsetmesi	0	1	2	3	4	5
		Mehmet Bey'e şimdiye kadar aldığı tedavi hakkında bilgi vermesi						
		Mehmet Bey'e yanına geliş nedenini açıklaması ve Selin Hemşire'yi tanıtması						
	Birey merkezli bakımı, bireysel farklılıklara saygı ve duyarlılık göstererek sunabilmesi	Mehmet Bey'in yanına gittiğinde iletişimi başlatması	0	1	2	3	4	5
		Mehmet Bey'i etkin dinlemesi						
		Mehmet Bey'in anlayabileceği bir dil kullanması						
		Mehmet Bey'i kendisini ifade edebilmesi için cesaretlendirmesi						
EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ	Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını yetkin bir şekilde yerine getirebilmesi	Mehmet Bey'in ve Serhat Bey'in fiziksel transferini doğru şekilde gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Mehmet Bey'in bilgi transferini doğru şekilde gerçekleştirebilmesi						
		Serhat Bey'in yoğun bakıma kabulünü doğru şekilde gerçekleştirebilmesi						
	Duruma uygun olarak lider ya da ekip üyesi rolünü üstlenebilmesi	Mehmet Bey'in transferi sırasında lider rolünü üstlenebilmesi	0	1	2	3	4	5
		Serhat Bey'in transferi sırasında ekip üyesi rolünü üstlenebilmesi						
	Bakım geçişleri ile ilişkili riskleri en aza indirgeyen iletişim uygulamalarını takip edebilmesi	Kurum İçi Transfer Formu doğrultusunda Mehmet Bey'in bilgi transferini doğru şekilde gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
KANITA DAYALI UYGULAMA	Bireyselleştirilmiş bakım planını değerler, klinik uzmanlık ve kanıtlar üzerine temellendirebilmesi	Mehmet Bey'in transfer sırasında tekerlekli sandalye tercihini dikkate alması	0	1	2	3	4	5
		Güvenli fiziksel transfer ilkelerine uyması, monitorizasyon ve ventilasyonu sağlaması, aldığı çıkardığı sıvıları yerleştirebilmesi						
	Kanıta dayalı uygulamaların dışına çıkmadan önce klinik uzmanlara danışabilmesi	Mehmet Bey'in tekerlekli sandalye ile transfer isteğini yönetici hemşireye danışabilmesi	0	1	2	3	4	5
KALİTE İYİLEŞTİRME	Bakım süreçlerinin açık bir şekilde aktarılmasında kalite iyileştirme araçlarını kullanabilmesi	Transfer sürecini akış şeması üzerinden Mehmet Bey'e aktarması	0	1	2	3	4	5
GÜVENLİK	Kalite ve güvenliği destekleyen teknoloji ve standardize uygulamaların etkili kullanımını gösterebilmesi	El hijyenini sağlaması	0	1	2	3	4	5
		Bireyin kimliğini doğrulaması						
		Doğru kayıt yapması						
		Düşmeye yönelik önlemleri alması						
	Hafizasına olan güvenini azaltabilmesi için uygun stratejiler kullanabilmesi	Transfer Bilgi Formu doğrultusunda Serhat Bey'in bilgi transferini gerçekleştirebilmesi	0	1	2	3	4	5
BİLİŞİM	Bakımın planlanması ve kayıt edilmesinde elektronik sağlık kayıtlarını kullanabilmesi	Bilişim Sistemi üzerine hemşire gözlem notlarını doğru şekilde kayıt etmesi	0	1	2	3	4	5
	Bakımda güvenli süreçleri destekleyen teknoloji bilgi yönetimi araçlarını kullanabilmesi	IV pump cihazını kullanabilmesi	0	1	2	3	4	5
		Monitor ve ventilatörü kullanabilmesi						
PROFESYONELLİK	Simülasyon ortamına profesyonelliğini yansıtabilmesi	Uygun giyim, iletişim tarzı ve davranışlar gösterebilmesi ve standardize bireylere gerçek birey olarak davranması	0	1	2	3	4	5
	Simülasyon içeriği ile ilgili güçlü bir teorik bilgiye sahip olduğunu gösterebilmesi	Konu ile ilgili bilgi sahibi olduğunu gösterebilmesi	0	1	2	3	4	5

PUANLANDIRMA	
0 PUAN	Beklenilen tüm becerileri doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.
1 PUAN	Beklenilen becerileri %75 ve üzerinde doğru ve eksiksiz gerçekleştirdi.
2 PUAN	Beklenilen becerileri %50 ve üzerinde doğru ve eksiksiz ya da tek eksikle gerçekleştirdi.
3 PUAN	Beklenilen becerileri %50'den az doğru ve eksiksiz ya da 2-3 eksikle gerçekleştirdi.
4 PUAN	Beklenilen becerileri 3'den fazla eksikle gerçekleştirdi.
5 PUAN	Beklenilen becerileri hiç gerçekleştiremedi.

Ek 16: Simulation Evaluation Rubric

Date: _____
Course: _____
Cohort: _____
Please circle your answer according to the following:

4= Strongly Agree 3= Agree 2= Disagree 1= Strongly Disagree

****All answers are kept confidential.**

Course Evaluation	4	3	2	1
Overall, Clinical expectations were clearly identified and consistent with course objectives				
Simulation was challenging enough to support my learning and growth				
The simulation experience was delivered and sustained at an appropriate level of challenge				
Simulation was appropriate in resembling real life clinical situations				
Simulation was relevant to (didactic) course content and adapted to my unique learning needs				
I was encouraged to explore different concepts during simulation				
I enjoyed working with (simulation) the SimMan				
Debriefing and Reflection	4	3	2	1
Debriefing allowed me to reflect on my clinical judgment and approach to patient care				
The feedback I received during debriefing was supportive and constructive				
The feedback I received during debriefing was helpful to my learning				
During debriefing, adequate time was given to reflect on and discuss clinical performance				
Debriefing helped me understand the rationale for the actions and responses to the patient during simulation				
Student Learning				
Critical Thinking	4	3	2	1
Simulation helped me to develop stronger clinical thinking skills				
Simulation increased my ability to formulate clinical judgments				
Simulation gave me the opportunity to participate in making nursing decisions				
Preparation	4	3	2	1
Simulation helped me improve my bedside assessment skills				
Simulation allowed me to comfortably manage complex clinical scenarios in a non-threatening environment				
Simulation improved my understanding of prioritization in caring for a patient				
I feel more prepared to care for critically ill patients now that I have worked with (simulation) the SimMan				
Application	4	3	2	1
Simulation allowed me to apply my knowledge of theoretical nursing principles				
Simulation allowed me to set goals for the patient				
Simulation enhanced my nursing skills				
Simulation allowed me to experience interactive learning				
Compared to traditional SimMan, High Fidelity SimMan was superior in helping me achieve my learning goals				
Confidence	4	3	2	1
I feel more confident in my clinical abilities after working with (simulation) the SimMan				
I fell less anxious about caring critically patients in the clinical setting after working with (simulation) the SimMan				
Teamwork and Professionalism	4	3	2	1
Simulation allowed me to work as a part of a team				
I was encouraged to take the lead in making acute clinical decisions				
Simulation allowed me to explore professionalism and bedside manner				

What did you like most about working with the SimMan?

_____

If there is anything that you would change about your experience, what would that be?

_____

Ek 17: Simülasyon Değerlendirme Anketi

Simülasyona deneyiminiz doğrultusunda aşağıdaki maddelere katılım düzeyinizi işaretleyiniz.

1	2	3	4
Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum

SDA Maddeleri				
GENEL DEĞERLENDİRME				
Genel olarak beklenen girişimler anlaşılırdı ve dersin öğrenme hedefleri ile tutarlıydı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, bilgi ve becerilerimi bir üst seviyeye taşıyacak nitelikteydi.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, bilgi ve becerilerime uygun bir zorluk seviyesinde sunuldu ve sürdürüldü.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, gerçek hayattaki durumlara benzerdi.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, ders içeriğiyle uyumluydu ve öğrenme ihtiyaçlarımı karşıladı.	4	3	2	1
Simülasyon oturumu sırasında farklı kavramları keşfetmek için cesaretlendirildim.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimine katılmaktan keyif aldım.	4	3	2	1
ÇÖZÜMLEME VE YANSITICI DÜÜNCE				
Çözümleme oturumu, bakıma yönelik klinik karar ve yaklaşımlarımı yansıtabilmeme fırsat sağladı.	4	3	2	1
Çözümleme oturumunda aldığım geri bildirim, destekleyici ve yapıcıydı.	4	3	2	1
Çözümleme oturumunda aldığım geri bildirim, öğrenmeme yardımcı oldu.	4	3	2	1
Çözümleme oturumunda, simülasyon performansımı yansıtmam ve tartışmam için yeterli süre verildi.	4	3	2	1
Çözümleme oturumu, simülasyon sırasındaki tepki ve davranışlarımı analiz etmeme yardımcı oldu.	4	3	2	1
ELEŞTİREL DÜŞÜNME				
Simülasyon deneyimi, klinik düşünme becerilerimin güçlenmesine yardımcı oldu.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, klinik kararlarımı açık ve net bir şekilde ifade edebilme yeteneğimi arttırdı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, hemşirelikte karar verme süreçlerine katılım göstermemi sağladı.	4	3	2	1
HAZIRLIK				
Simülasyon deneyimi, hasta başı değerlendirme becerilerimi geliştirmemi sağladı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, karmaşık klinik durumları güvenli bir ortamda rahatlıkla yönetebilmemi sağladı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, bakımı önceliklendirme konusundaki bilgi ve becerimi geliştirdi.	4	3	2	1
Simülasyon deneyiminden sonra, sağlık durumu kritik olan bireylerin bakımında kendimi daha hazır hissediyorum	4	3	2	1
UYGULAMA				
Simülasyon deneyimi, hemşirelik ile ilgili teorik bilgilerimi uygulamaya aktarabilmemi sağladı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, bireylere yönelik amaçlar belirlememi sağladı.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, hemşirelik becerilerimi geliştirdi.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, etkileşimli öğrenme fırsatı sundu.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, geleneksel öğretim yöntemlerinden daha kolay bir şekilde öğrenme hedeflerime ulaşmamı sağladı.	4	3	2	1
ÖZ GÜVEN				
Simülasyon deneyiminden sonra klinik becerimlerim konusunda kendime daha fazla güveniyorum.	4	3	2	1
Simülasyon deneyiminden sonra sağlık bakım ortamlarında durumu kritik olan bireylerin bakımı konusunda kendimi daha az endişeli hissediyorum.	4	3	2	1
EKİP ÇALIŞMASI VE PROFESYONELLİK				
Simülasyon deneyimi, ekibin bir üyesi olarak çalışabilmeme fırsat sağladı.	4	3	2	1
Akut klinik karar verebilme konusunda liderlik rolü alabilmek için cesaretlendirildim.	4	3	2	1
Simülasyon deneyimi, profesyonelliği keşfetmemi sağladı.	4	3	2	1

Simülasyon deneyimizin klinik uygulamaya etkisini 0-10 arasında puanlandırınız.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Düşük										Yüksek

Yorum: (Simülasyon deneyiminizle ilgili duygu ve düşüncelerinizi yazınız)
……
……
……..

Ek 18: Mesleki Yaşama Geçiş Programı

AMAÇ
Programın amacı, hemşirelikte temel yetkinlikler ışığında son sınıf öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarını güçlendirmektir.

ÖĞRENME HEDEFLERİ
1. Sağlık ekibinin bir üyesi olarak görev, yetki ve sorumluluklarını açıklayabilmesi
2. Temel yetkinliklere ilişkin bilgi, beceri ve davranışları gösterebilmesi
3. Kaliteli ve güvenli bakım sağlamanın önemini kabul edebilmesi
4. Kendini mesleki yaşama geçiş sürecine hazır hissedebilmesi

PROGRAM İÇERİĞİ

GİRİŞ
Yeni Mezun Hemşirelerin Mesleki Yaşama Geçiş Süreci
Gerçeklik Şoku ve Hemşirelik
Mesleki Yaşama Geçiş Programları
QSEN Temel Yetkinliklerin Kapsamı

BİREY MERKEZLİ BAKIM
Birey Merkezli Bakım ve Boyutları
Hemşirelik Rolleri ve Temel Kavramları
Birey ve Yakınları ile Etkili İletişim
Sağlık Okuryazarlığı
Hasta Kabulü ve Taburculuk Süreci
Kurum İçi Transfer Süreci
Bakımda Öncelikleri Belirleme

EKİP ÇALIŞMASI VE İŞBİRLİĞİ
Sağlık Ekibi Amaç ve Hedefleri
Sağlık Ekibi Üyelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları
Yetki Devri
Sağlık Ekibi Üyeleri Arasında Etkili İletişim Uygulamaları
Çatışma Yönetimi
Horizontal Şiddet ve Mentör ile İletişim

KANITA DAYALI UYGULAMA
Hemşirelikte Araştırmaların Kullanımı
Araştırma Kullanımındaki Engeller
Kanıta Dayalı Uygulama Kavramının Tanımı, Önemi ve Kapsamı
Literatür Tarama Stratejileri
Kanıtların Değerlendirilmesi
Kanıta Dayalı Hemşirelik Modelleri

KALİTE İYİLEŞTİRME
Kalite İyileştirmenin Önemi
Kalite İyileştirmenin Tanımı ve Kapsamı
Kalite İyileştirmede Kullanılan Model ve Yöntemler
Kalite İyileştirmede Hemşirenin Rolü
Kalite İyileştirmede Kullanılan Araçlar

GÜVENLİK
Güvenlik ve Tıbbi Hata Kavramı
Tıbbi Hataların Nedenleri ve Kaynakları
Tıbbi Hataların Sınıflandırılması
Tıbbi Hataların Önlenmesi
Hasta Güvenliği Kültürü ve Bileşenleri
Tıbbi Hataların Bildirimi ve Sonuçları
Standardizasyonu Sağlama Stratejileri
Standardize Uygulamalar

BİLİŞİM
Bilişimle İlgili Temel Kavramlar
Hemşirelik Bilişimi
Sağlık Bilgi Sistemleri
Uluslararası Alanda Kullanılan Bilişim Sistemi Örnekleri
Bilişim Sistemi Üzerinden Olay Bildirimi
Bilişim Sistemi Üzerinden Hemşire Gözlem Formu

ÖZET

Ek 19: Workshop Katılım Belgesi



ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ CASE

CENTER of ADVANCED SIMULATION and EDUCATION

KATILIM BELGESİ

Merve TARHAN

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve CASE Medikal Simülasyon Merkezi tarafından 29-30 Eylül 2017 tarihleri arasında düzenlenmiş olan "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Uygulamaları" Workshop' una katılmıştır.

Hemşirelik Bölüm Başkanı
Doç. Dr. Ükke Karabacak

CASE Direktörü
Yrd. Doç. Dr. M. Emin AKSOY

ACIBADEM ÜNİVERSİTESİ 2007

SSH Society for Simulation in Healthcare Accredited Program

U.E.M.S.

tarafından merkezimiz akredite edilmiştir.

Ek 20: Simülasyon I: Önceliklendirme ve Yetki Devri

GENEL BİLGİLER REHBERİ			
Senaryo Adı	Önceliklendirme ve Yetki Devri		
Geliştiren	Merve Tarhan / mtarhan@medipol.edu.tr		
Geliştirilme Tarih	Ocak, 2018		
Güncellenme Tarihi			
Ön Test Tarihi	Şubat, 2018		
Hedef Kitle		**Simülasyon Süresi**	15 dk.
4th sınıf hemşirelik öğrencileri ve yeni mezun hemşireler		**Çözümleme Süresi**	30-45 dk.

Öğrenme Hedefleri

1. Birden fazla bireyin bakım ihtiyaçlarını karşılarken yetki devri ve önceliklendirme ilkelerini kullanabilmesi
2. Kaliteli ve güvenli bakım sağlayabilmek için ekip üyeleri ile işbirliği içinde çalışabilmesi
3. Terapötik iletişim tekniklerini kullanabilmesi
4. Çatışma çözme tekniklerini kullanabilmesi

Simülasyon Öncesi Gereken Bilgi, Beceri ve Davranış

Bilgi	✓ Önceliklendirme ve yetki devri ilkelerini sıralayabilmesi ✓ Acil Tıp Teknikeri (ATT) ve hemşire yardımcısının (HY) görev, yetki ve sorumluluklarını açıklayabilmesi ✓ Etkili iletişim ve çatışma çözme ilkelerini açıklayabilmesi ✓ Düşme riski olan bireylere yönelik alınan önlemler hakkında bilgi sahibi olabilmesi
Beceri	✓ Hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirebilmesi ✓ Yaşam bulgularını ölçebilmesi ve kayıt edebilmesi
Davranış	✓ Birey ve yakınını bakım sürecinin bir parçası olarak kabul etmesi ✓ Etkili iletişim, ekip çalışması ve işbirliğinin önemine inanabilmesi

Simülasyon öncesi öğrencinin sahip olması gereken bilgi, beceri ve davranışlar ''Mesleki Yaşama Geçiş Programı'' kapsamında farklı öğretim yöntemleri kullanılarak kazandırılmaya çalışılmaktadır. Aynı zamanda senaryo ile ilgili içerik araştırmacı tarafından öğrencilere verilmektedir.

Özet

Simülasyon senaryosu, saat 16.00'da acil servis ünitesinde gerçekleşmektedir. Acil servis ünitesi üç gözlem odasından oluşmakta olup her odadan sorumlu bir hemşire ve tüm odalara yardımcı olan bir acil tıp teknikeri (ATT) ve bir hemşire yardımcısı (HY)bulunmaktadır. Birbirinden perdelerle ayrılmış üç yatakta farklı bakım gereksinimleri olan üç birey ve yakını bulunmaktadır. Senaryo öğrencinin teslim raporunu okuduktan sonra müşahede odasına girmesiyle başlamaktadır. Öğrencilerden QSEN temel yetkinlikler doğrultusunda önceliklendirme ilkelerine göre bireylerin bakım gereksinimlerine yanıt vermeleri ve yetki devri ilkelerine göre diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği yapmaları beklenmektedir.

Birey #1

Serhat Haseken, 45 yaşında, erkek. Son iki gündür artan öksürük, halsizlik ve yüksek ateş şikâyeti ile yaklaşık 1 saat önce pnömoni ön tanısı ile kabul edildi. Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit: 11.900 mm^3, CRP: 28.2 mg/dl, diğer hemogram ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlarda. Akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömonik infiltrasyon tespit edildi. Sakin bir şekilde tedavisini almaktadır. Eşi Özlem Hanım'da oldukça sakindir. Çocukları okuldan çıkıp eve geldiğinde kimseyi bulamayacağını düşünerek hemen sonuca ulaşmak istemektedir. Göğüs hastalıkları uzmanının konsültasyonu beklenmektedir.

Birey #2

Kudret Gürsoy, 30 yaşında, erkek. Bugün sabah itibariyle başlayan ve aralıklı devam eden batıcı tarzdaki 3 şiddetindeki göğüs ağrısı şikâyeti ile yaklaşık 1 saat önce göğüs ağrısı ön tanısı ile kabul edildi. Sistem muayenelerinde, laboratuvar değerlerinde, elektrokardiyogram ve akciğer grafisinde belirgin özellik yok. Şikâyetlerinin aralıklı olması ve babasını 3 yıl önce MI nedeniyle kaybetmesi nedeniyle gergin ve kaygılıdır. Sabırsız biri ve bir an önce sonuca ulaşmayı istemektedir. Yaklaşık 1 saattir acilde monitorize bir şekilde takip edilmek sinirlenmesine neden olmuştur. Arkadaşı Oğuz Bey kendisine refakat etmektedir. O da bu bekleyişten dolayı biraz gergindir. Di-Dimer sonucunun çıkması beklenmektedir.

Birey#3

Ferhan Aydın, 75 yaşında, kadın. Kızının bu gün sabah itibariyle artan bilinç bulanıklığını ifade etmesi ve tansiyonunun triyajda 160/80 mmHg olarak ölçülmesi sebebiyle yarım saat önce HT+Alzheimer ön tanısı ile kabul edildi. Son 20 yıldır HT ve son 2 yıldır Alzheimer hikâyesi mevcut. Sistem muayeneleri normal. Mini Mental test skoru: 19/30 olarak saptandı. Laboratuvar değerleri, elektorkardiyogram ve akciğer grafisinde belirgin özellik yok. Hastanın zaman ve mekan oryantasyonu yok. Kendisi komşularıyla oturuyor sanmaktadır. Kızı oldukça endişeli, özellikle düşmesinden çok korkmaktadır. Yaşam bulguları stabil olan Ferhan Hanım'ın taburcu olması beklenmektedir.

Kaynaklar

1. Hargrove-Huttel RA, Colgrove KC. Prioritization, Delegation &Management of Care. USA: F.A. Davis Company; 2014.
2. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.
3. Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference (13th ed.). St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
4. Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.
5. Dilek F, Ünal A, Ünsar S. İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: olgu sunumu. HSP 2017; 2: 125-131.
6. Bilgili N, Kitiş Y. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. Ankara: Vize Basın Yayın; 2017.
7. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
8. Erdemir F, editör. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.
9. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete 19.04.2011
10. Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete 22.05.2014

STANDARDİZE HASTA/SİMÜLATÖR ÖZELLİKLERİ			
Özellik	**Birey #1**	**Birey #2**	**Birey #3**
Adı-Soyadı	Serhat Haseken	Kudret Gürsoy	Ferhan Aydın
Yaş, Cinsiyet	45y, erkek	30y, erkek	75y, kadın
Kan Grubu	AB Rh (+)	A Rh (-)	B Rh (+)
Boy-Vücut Ağırlığı	170cm – 85kg	180cm – 90kg	165 cm – 52kg
Alerji	Bilinen yok	Bilinen yok	Bilinen yok
Bakım Verici	Özlem Haseken (eşi)	Oğuz Subaşı (arkadaşı)	Aslı Öztürk (kızı)
Bağışıklama	Yok	Yok	Yok
Sorumlu Hekim	Dr. Serpil	Dr. Hakan	Dr. Barış
Öz Geçmişi	Geçirdiği hastalık ya da hastane yatışı bulunmamaktadır.	Geçirdiği hastalık ya da hastane yatışı bulunmamaktadır.	20 yıldır HT, 5 yıldır Alzheimer Yatışı bulunmamaktadır.
Kullanılan İlaçlar	Yok	Yok	Atenelol tb. 100 mg 1x1 Norvasc tb. 5 mg 1x1 Memantin tb. 20 mg 1x1
Soy Geçmişi	Belirgin özellik yok	Baba-MI	Belirgin özellik yok
Alışkanlıkları	25 paket/yıl (2 yıldır exsmoker)	15 paket/yıl (smoker)	Nonsmoker
Yaşam Bulguları (En Son Alınan)	SpO2: 98% TA: 120/70 mmHg Nabız: 72/dk Solunum 20/dk Ateş: 37.5 C° (Timpanik)	SpO2: 98% TA: 120/70 mmHg Nabız: 72/dk Solunum 20/dk Ateş: 36.5 C° (Timpanik)	SpO2: 98% TA: 120/70 mmHg Nabız: 64/dk Solunum 20/dk Ateş: 36.5 C° (Timpanik)
Fizik Muayene	Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sağ akciğer alt alanda inspirituvar raller alındı, diğer sistem muayeneleri normal	Sistem muayenelerinde belirgin özellik yok. Dinlemekle kalp ve solunum sesleri doğal. Ağrı 3 şiddetinde, göğüs bölgesinde, aralıklı ve batıcı tarzda, ağrıya bulantı eşlik etmektedir	Sistem muayenelerinde belirgin özellik yok. Mini Mental test skoru: 19/30
Laboratuvar Tetkikleri	WBC: 11.900 mm3 CRP: 28.2 mg/dl	Hemogram-Biyokimya değerleri ve kardiyak enzimleri normal	Hemogram ve Biyokimya değerleri normal
Görüntüleme Tetkikleri	Akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömonik infiltrasyon tespit edildi	EKG'de normal sinüs ritmi mevcut. Akciğer grafisinde belirgin özellik yok.	EKG'de normal sinüs ritmi mevcut. Akciğer grafisinde belirgin özellik yok
Tıbbi Öyküsü	Son iki gündür artan öksürük, halsizlik ve yüksek ateş şikâyeti ile yaklaşık 1 saat önce pnömoni ön tanısı ile kabul edildi.	Bugün sabah itibariyle başlayan ve aralıklı devam eden 3 şiddetinde batıcı tarzdaki göğüs ağrısı şikâyeti ile yaklaşık 1 saat önce göğüs ağrısı ön tanısı ile kabul edildi.	Kızının bu gün sabah itibariyle artan bilinç bulanıklığını ifade etmesi ve tansiyonunun triyajda 160/80 mmHg olarak ölçülmesi sebebiyle ile yarım saat önce HT+Alzheimer ön tanısı ile kabul edildi
Sosyal Öyküsü	Üniversite mezunu, öğretmen, evli ve üç çocuk sahibi. İkisi ilkokula birisi liseye gitmektedir. Ailesi ile beraber yaşamaktadır.	Lise mezunu, muhasebeci, bekâr, babasını 3 yıl önce MI nedeniyle kaybetmiş. Annesi ve kız kardeşi ile beraber yaşamaktadır.	İlkokul mezunu, ev hanımı, eşini 2 yıl önce kaybetmiş. 3 çocuğu var. İkisi yurt dışında. Bakıcısı tarafından gereksinimleri karşılanıyor.
Tıbbi Tanı	Pnömoni	Göğüs Ağrısı	Hipertansiyon+Alzheimer
Tedavi Planı	İzotonik %0,9 NaCl 500 cc 1x1 (IV) Perfalgan flk 10 mg/ml 100 cc 1x1 (IV) Duocid flk. 1 gr 1x1 (IV) Ulcuran 25 mg/ml 1x1 (IV) O_2 2lt/dk (nazal)	Ecopirin tb. 100 mg 1x1 (po)	Lasix amp. 20 mg 1x1 (IV) Kaptopril tb. 25 mg 1x1 (po)
Hemşirelik Tanısı	Etkisiz Solunum Örüntüsü Hipertermi Sıvı Volüm Dengesizliği Riski	Akut Ağrı Bulantı Anksiyete	Düşünme Süreçlerinde Bozulma Bakım Verici Rolünde Zorlanma Öz Bakım Eksikliği Sendromu Düşme Riski

HAZIRLIK SÜRECİ			
Bireyler	**Birey #1**	**Birey #2**	**Birey #3**
Simülasyon Türü	Standardize Hasta	Standardize Hasta	Standardize Hasta
Simülasyon Ortamı	Acil Servis Gözlem Odası Yatak 1 Serhat Haseken DT – 5/4/1973 Prot# 7654307 Dr. Serpil Pnömoni	Acil Servis Gözlem Odası Yatak 2 Kudret Gürsoy DT – 12/4/1988 Prot # 7654299 Dr. Hakan Göğüs ağrısı	Acil Servis Gözlem Odası Yatak 3 Ferhan Aydın DT – 6/3/1943 Prot# 7654321 Dr. Barış Hipertansiyon+ Alzheimer
Simülatör/SB için Kullanılan Araç ve Malzemeler	Kimlik Bilekliği IV Kanül Oksijen Kanülü	Kimlik Bilekliği IV Kanül Monitör	Kimlik Bilekliği IV Kanül Monitör
Odada Kullanılan Araç ve Malzemeler ''Bilgisayar''	Tansiyon Aleti Saturasyon Probu Termometre Soğuk uygulama malzemeleri, Ördek, sürgü, masa, etajer,	Ördek, sürgü, masa, etajer	Ördek, sürgü, masa, etajer, walker
Tetkikler	PA Akciğer Grafisi Hemogram-Biyokimya Tetkikleri	PA Akciğer Grafisi- EKG Hemogram-Biyokimya Tetkikleri Kardiyak Enzim- DiDimer Tetkiki	PA Akciğer Grafisi- EKG Hemogram-Biyokimya Tetkikleri
Genel Görünüm	Üzerine gömlek ve pantolon bulunmaktadır. Yatak içinde semi fowler pozisyonundadır. Sol kolunda kimlik bilekliği ve IV Kanül bulunmaktadır. Nevresimi boynuna kadar örtülüdür.	Üzerinde düğmeleri açık bir gömlek ve kot pantolon bulunmaktadır. Gömleğinin cebinde sigara paketi gözükmektedir. Yatak için semi fowler poziyonunda monitorize şekildedir. Sol kolunda kimlik bilekliği ve IV Kanül bulunmaktadır. Nevresimi beline kadar örtülüdür. Sinirli ve gergin gözükmektedir. Bir an önce sonuca ulaşmak istemektedir.	Üzerinde elbisesi ve başında eşarbı bulunmaktadır. Gözlükleri vardır. Yatak için semi fowler poziyonunda monitorize şekildedir. Sol kolunda kimlik bilekliği ve IV Kanül bulunmaktadır. Kendini komşularıyla bahçede oturuyor sanmaktadır.
Kullanılan Formlar	Acil Servis Gözlem Formu Düşme Riski Ölçeği Ateş Takip Formu	Acil Servis Gözlem Formu Düşme Riski Ölçeği Ağrı Tanılama ve Takip Formu	Acil Servis Gözlem Formu Düşme Riski Ölçeği Mini Mental Test
Yerleştirilmiş Oyuncular	**Hülya Duru (SB):** 22 yaşında, kadın. Sağlık Meslek Lisesi mezunu, yaklaşık 3 yıldır hemşire yardımcısı olarak çalışmaktadır. Senaryonun başlangıcında bankoda oturmaktadır. **Özkan Aloğlu (SB):** 24 yaşında, erkek. Ön Lisans Mezunu, yaklaşık 2 yıldır acil tıp teknikeri olarak çalışmaktadır. Senaryonun başlangıcında bankoda oturmaktadır. **Özlem Haseken (SB):** 37 yaşında, kadın. Serhat Haseken'in eşidir. Lisans mezunu, ilkokul öğretmeni olarak çalışmaktadır. Senaryonun başlangıcında çocuklarının okuldan gelip evde kimseyi bulamayacağından dolayı endişeli bir şekilde elinde telefonla komşularına ulaşmaya çalışmaktadır. **Oğuz Subaşı (SB):** 30 yaşında, erkek. Kudret Gürsoy'un arkadaşıdır. Lise mezunu, muhasebeci olarak çalışmaktadır. Bekledikleri için oldukları gergin gözükmektedir. Senaryonun başlangıcında arkadaşını sakinleştirmeye çalışmaktadır. **Aslı Öztürk (SB):** 35 yaşında, kadın. Ferhan Aydın'ın kızıdır. Lise mezunu, bankacı olarak çalışmaktadır. Endişeli gözükmektedir. Senaryonun başlangıcında annesi ile iletişim kurmaya çalışmaktadır.		

SİMÜLASYON SÜRECİ			
Zaman	**Standardize Birey**	**Beklenen Girişimler**	**Sözlü Katılımlar**
0-5 dakika	**Oğuz Bey (sinirli)** ''Monitör de çalışmıyor artık. Kudret çok sıkıldı ve Yatacaksak yatalım. Çıkacaksak çıkalım. İlaç falan verildiği de yok. Bir bakabilir misiniz?'' **Aslı Hanım (endişeli)** ''Hastam dün beni ablası sanıyordu. Bugün ölen annesi ve babasıyla yanındaymış gibi konuşuyor. Bir de tuvaleti geldi. Düşmesinden korkuyorum. Yatağında yaptırabilir miyiz? Bir bakabilir misiniz?'' **Özlem Hanım (sakin)** ''Hastam biraz üşüdüğünü söyledi, bir battaniye daha verir misiniz lütfen?''	Öğrenci vardiya teslim raporuna bakarak ilk önce Serhat Bey'in yanına gitmeli ve bakım gereksinimlerini belirlemeli Kudret Bey için ATT Özkan'a monitörü incelemesini ve düzeltmesini, HY Hülya'ya düşme önlemlerini alarak Ferhan Hanım'ın yatak içinde boşaltım ihtiyacını karşılamasını belirtmeli	**Önce Ferhan Hanım'ın yanına giderse;** **Oğuz Bey(sinirli)** Başkalarını yanımıza göndereceğinize siz bir gelip baksanız ne olur yani? **Önce Kudret Bey'in yanına giderse;** **Aslı Hanım** ''Önce bize baksanız buradaki en yaşlı hasta annem'' diyecektir.
	Serhat Bey nevresimi boynuna kadar öreterek uzanmaktadır. ''Çok üşüyorum hemşire hanım, bir battaniye verir misiniz lütfen''	İletişimi başlatmalı El hijyenini sağlamalı Kimlik doğrulama yapmalı Yapacağı işlemi açıklamalı ve onay almalı Yaşam bulgularını ölçmeli Yüksek ateşi azaltmaya yönelik seçenekler sunmalı ve Özlem Hanım'ı tercih sürecine dâhil etmeli Yaptığı işlemleri forma kayıt etmeli Bilişim sistemi üzerinden Dr. Serpil'e mesaj göndermeli Serhat Bey ve Özlem Hanım'ı bilgilendirerek yanından ayrılmalı	Serhat Bey'in bilgilendirilmesi yapıldıktan sonra ATT Özkan ve HY Hülya öğrencinin yanına giderek ATT Kudret Bey'i monitorize ettiğini ve HY Ferhan Hanım'ın boşaltım ihtiyacını karşıladığını belirtmeli **Öğrenci bilişim sistemi üzerinden doktora haber vermeyi unutursa** **Özlem Hanım** Dr. Serpil'e haber verecek misiniz? diyecektir.
5-10 dakika	**Ferhan Hanım Alzheimer belirtileri gösterecek ve öğrenciyi eski bir tanıdığı sanacak?** ''Hoş geldin ben de seni bekliyordum Fikriye Hanım, Çoluk çocuk napıyor?''	İkinci olarak Ferhan Hanım'ın yanına gitmeli ve bakım gereksinimlerini belirlemeli El hijyenini sağlamalı Kimlik doğrulama yapmalı Hemşire yardımcısının düşme önlemlerini alıp almadığını kontrol etmeli Yapacağı işlemi Aslı Hanım'a açıklamalı. Bilinç düzeyini değerlendirmeli ve kayıt etmeli Yıl içindeki düşme sayısını doğru şekilde söylemeli Aslı Hanım'a düşmeyi önlemeye yönelik yaklaşımlardan bahsederek yanından ayrılmalı	**Aslı Hanım (endişeli)** Düşmez değil mi? Düşmesinden çok korkuyorum. Yaşlı hastalar düştüğünde çabuk iyileşemiyorlarmış. Hastanenizde düşen hastalar oluyor mu? Kaç hasta düştü bu yıl içinde? Öğrenci bilişim sistemi içinde kalite göstergelerini bulamazsa HY bankodaki dosyayı göstererek **"Burada olabilir mi?"** diyecektir.
10-15 dakika	**Kudret Bey sinirli olduğunu ve artık gitmek istediğini yansıtacak** Ağrı düzeyini değerlendirdiğinde Kudret Bey hiç ağrısı olmadığını ifade edecek.	Son olarak Kudret Bey'in yanına gitmeli, gözlem formunu incelemeli Cebindeki sigarayı fark ederek MI'da risk faktörü olduğunu belirtmeli El hijyenini sağlamalı Kimlik doğrulama yapmalı ATT'nin monitörü doğru bağladığını kontrol etmeli Ağrı düzeyini değerlendirmeli ve forma kayıt etmeli Tedaviyi reddetme hakkından bahsetmeli Çatışma çözme becerilerini kullanarak sakinleştirmeli Bilgilendirme yaparak yanından ayrılmalı	Cebindeki sigarayı fark etmezse Oğuz Bey **Bana bir sigara verir misin Kudret?** diyecektir. 14. dakikada Hemşire yardımcısı Kudret Bey'in Di-Dimer sonucunu getirerek masasına bırakır.

VARDİYA TESLİM RAPORU

Birey #1

Serhat Haseken, 45 yaşında, erkek. Bilinen alerjisi yok. Son iki gündür artan öksürük, halsizlik ve yüksek ateş şikâyeti ile Dr. Serpil tarafından yaklaşık 1 saat önce pnömoni ön tanısı ile kabul edildi. Herhangi bir hastalığı ya da hastane yatışı bulunmamaktadır. 25 paket/yıl sigara kullanımı mevcut ve son iki yıldır exsmoker. Soy geçmişinde herhangi bir özellik yok. Ağrısı yok. Başvurduğunda yaşam bulguları $SpO_{2:}$ 96%, TA: 110/70 mmHg, Nabız: 96/dk, Solunum 28/dk, Ateş: 38.2 C^o olarak ölçüldü. Yarım saat önce alınan yaşam bulguları $SpO_{2:}$ 98%, TA: 120/70 mmHg, Nabız: 72/dk, Solunum 20/dk, Ateş: 37.5 C^o olarak kaydedildi. Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sağ akciğer alt alanda inspirituvar raller alındı, diğer sistem muayeneleri normal. Laboratuvar tetkiklerinde Lökosit: 11.900 mm^3, CRP: 28.2 mg/dl geldi, diğer hemogram ve rutin biyokimya değerleri normal sınırlarda. Akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömonik infiltrasyon tespit edildi. Duocid flk 1 gr 1x1 (IV), Ulcuran amp. 25 mg/ml 1x1 (IV), Perfalgan flk 1o g/ml 100 cc 1x1 (IV) tedavisini aldı. Şu an O_2 2lt/dk (nazal), İzotonik %0,9 NaCl 500 cc 1x1 (IV) gitmekte. Göğüs hastalıkları uzmanının konsültasyonu beklenmektedir. 15 dakika içinde yaşam bulgularını tekrar alabilirsin. Anlaşılmayan sormak istediğin herhangi bir şey var mı?

Birey#2

Kudret Gürsoy, 30 yaşında, erkek. Bilinen alerjisi yok. Bugün sabah itibariyle başlayan ve aralıklı devam eden göğüs ağrısı şikâyeti ile Dr. Hakan tarafından yaklaşık 1 saat önce göğüs ağrısı ön tanısı ile kabul edildi. Herhangi bir hastalığı ya da hastane yatışı bulunmamaktadır. 15 paket/yıl sigara kullanımı mevcut ve smoker. Babasını 3 yıl önce MI nedeniyle kaybetmiş. Başvurduğunda yaşam bulguları $SpO_{2:}$ 98%, TA: 120/70 mmHg, Nabız: 72/dk, Solunum 20/dk, Ateş: 36.5 C^o olarak ölçüldü. Ağrı 3 şiddetinde, göğüs bölgesinde, aralıklı ve batıcı tarzda, ağrıya bulantı eşlik etmektedir. Sistem muayenelerinde belirgin özellik yok. Dinlemekle kalp ve solunum sesleri doğal. Hemogram-Biyokimya değerleri ve kardiyak enzimleri normal. EKG'de normal sinüs ritmi mevcut. Akciğer grafisinde belirgin özellik yok. Hastaneye gelirken Ecopirin 100 mg tb. 1x1 aldığını ifade etti. Monitorize, yaşam bulgularını en son 15 dakika önce Di-Dimer için kan alırken kaydettim. Di-Dimer sonucuna göre konsültasyon istenebilir ya da taburcu edilebilir. Anlaşılmayan sormak istediğin bir şey var mı?

Birey #3

Ferhan Aydın, 75 yaşında, kadın. Bilinen alerjisi yok. Kızının bu gün sabah itibariyle artan bilinç bulanıklığını ifade etmesi ve tansiyonunun triyajda 160/80 mmHg olarak ölçülmesi sebebiyle ile Dr. Barış tarafından yaklaşık yarım saat önce HT+Alzheimer ön tanısı ile kabul edildi. Son 20 yıldır HT ve son 5 yıldır Alzheimer hikâyesi mevcut. Atenelol tb. 100 mg 1x1, Norvasc tb. 5 mg 1x1 ve Memantin tb. 20 mg 1x1 sürekli kullanmaktadır. Herhangi bir hastane yatışı bulunmamaktadır. Başvurduğunda yaşam bulguları $SpO_{2:}$ 96%, TA: 160/80 mmHg, Nabız: 60/dk, Solunum 20/dk, Ateş: 36.5 C^o olarak ölçüldü. 5 dakika önce alınan yaşam bulguları $SpO_{2:}$ 98%, TA: 120/70 mmHg, Nabız: 64/dk, Solunum 20/dk, Ateş: 36.5 C^o olarak kaydedildi. Sistem muayeneleri normal. Mini Mental test skoru: 19/30 olarak saptandı. Hemogram ve Biyokimya değerleri normal. EKG'de normal sinüs ritmi mevcut. Akciğer grafisinde belirgin özellik yok. Lasix amp. 20 mg 1x1 (IV) ve Kaptopril tb. 25 mg 1x1 (po) verildi. Monitorize, yaşam bulgularını en son 5 dakika önce kaydettim. Taburcu olması bekleniyor. Anlaşılmayan sormak istediğin bir şey var mı?

Ek 21: Simülasyon II: Yatan Hasta Kabulü

GENEL BİLGİLER			
Senaryo Adı	Hasta Kabulü		
Geliştiren	Merve Tarhan/ mtarhan@medipol.edu.tr		
Geliştirilme Tarihi	Ocak, 2018		
Güncelleme Tarihi			
Ön Test Tarihi	Şubat, 2018		
Hedef Kitle		**Simülasyon Süresi**	15 dk.
4th sınıf hemşirelik öğrencileri ve yeni mezun hemşireler		**Çözümleme Süresi**	30-45 dk.

Öğrenme Hedefleri

1. Bireyin servise kabulünü gerçekleştirebilmesi
2. Vardiya değişimine gelen hemşireye bireye teslim edebilmesi
3. Tıbbi hata bildirimini gerçekleştirebilmesi
4. Terapötik iletişim tekniklerini kullanabilmesi

Simülasyon Öncesi Gereken Bilgi, Beceri ve Davranış

Bilgi	✓ Olay bildirim sürecini açıklayabilmesi ✓ Akciğer Kanserinin prognozu hakkında bilgi sahibi olabilmesi ✓ Hasta teslim sürecini açıklayabilmesi
Beceri	✓ Standardize hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirebilmesi ✓ Yaşam bulgularını alabilmesi ve kayıt edebilmesi
Davranış	✓ Hasta güvenliği uygulamalarının önemini kabul etmesi

Simülasyon öncesi öğrencinin sahip olması gereken bilgi, beceri ve davranışlar ''Mesleki Yaşama Geçiş Programı'' kapsamında farklı öğretim yöntemleri kullanılarak kazandırılmaya çalışılmaktadır. Aynı zamanda konu ile ilgili içerik araştırmacı tarafından öğrencilere verilmektedir.

Özet

Simülasyon senaryosu, saat 15.45'de göğüs cerrahisi servisinde gerçekleşmektedir. Serviste görevli her hemşire gündüz vardiyasında üç bireyin bakımını üstlenmektedir. Senaryoya hemşire olarak dâhil olacak olan öğrencinin sorumlu olduğu bireyler gün içinde taburcu olmuştur. Servisteki hemşirelerden biri senaryoya hemşire olarak dâhil olacak olan öğrencinin yanına gelerek kimlik bilekliğini ve IV kanülünü taktığını, fizik muayene bulguları aldığını ve yaptıklarını bilişim sistemi üzerine kaydettiğini ancak bireyin kendisi ile iletişim kurmadığını ve yanındaki tetkiklerini kendine vermediğini söyleyerek yardım istemektedir. Servisteki yatağına alınan, kimlik bilekliği takılan ve fizik muayenesi yapılan Serhat Haseken yarın sağ alt lobektomi operasyonuna alınacaktır. Öğrencinin hasta odasına girmesiyle senaryo başlayacaktır. Bu senaryoda öğrenciden QSEN temel yetkinlikleri kullanarak bireyle terapötik iletişim başlatması bireyin servise kabulünü gerçekleştirmesi, ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili kısa bilgi vermesi ve vardiya değişimine gelen hemşireye bireyi teslim etmesi beklenmektedir.

Bireyin Özellikleri

Serhat Haseken, 45 yaşında, erkek. Bir ay önce öksürük, yüksek ateş ve halsizlik şikâyetleri ile başvurduğu acil serviste Pnömoni tanısı konulmuş ve antibiyotik tedavisi verilerek ardından poliklinik kontrolüne çağırılmıştır. Poliklinik kontrolünde şikâyetlerinin gerilemediğinin belirlenmesi üzerine çekilen Toraks BT'de sağ alt lobda sınırlı yaklaşık 3 cm'lik kitle tespit edilmiştir. Yapılan bronkoskopide alınan biyopsi sonucu Squamoz Hücreli Karsinom olarak raporlanmıştır. PET-CT'de metastaz saptanmamıştır. Evre 1B ($T_2N_0M_0$) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri (KHDAK) tanısıyla yarın sağ alt lobektomi ameliyatına alınması planlanmaktadır. Serhat Bey oldukça mutsuz ve tepkisiz gözükmektedir. Elleri başının iki yanında ve başı öne eğik bir şekilde yatağının ucunda oturmaktadır.

Kaynaklar

1. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.
2. Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
3. Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.
4. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
5. Alcan Z, Aksoy A, Civil B, Tekin DE, Ekim R, Civil SÖ, Doğar T, Çakar V. Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.
6. Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, Senan S, Waller DA, Vansteenkiste J, Escriu C, Peters S. Early stages and locally advanced (non-metastatic) non-small-cell lung cancer: ESMO clinical practice guideline for diagnosis. Ann Oncol 2017; 28(4): iv1-21.
7. Aydıner A, Can G. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. İstanbul: İpomet Matbaacılık; 2010.
8. Erdemir F, editör. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.

STANDARDİZE HASTA/SİMÜLATÖR ÖZELLİKLERİ				
Adı-Soyadı	Serhat Haseken		**Yatak No:**	12
Yaş	45		**Cinsiyet**	Erkek
Boy-Kilo	170cm – 85kg		**Kan Grubu:**	AB Rh +
Alerji	Bilinen yok		**Bağışıklama:**	Yok
Refakatçi	Özlem Haseken (eşi)		**Telefon No:**	05061234567
Sorumlu Hekim	Dr. Sadettin			
Öz Geçmişi	Geçirdiği hastalık ya da hastane yatışı bulunmamaktadır. Sürekli kullandığı ilaçlar bulunmamaktadır. Son 10 gündür Amoklavin-BID tb. 1000 mg 1x1 (po), Klaromin tb. 500 mg 2x1 (po), Parol tb. 500 mg 2x1, Panto tb. 40 mg 1x1 tedavisini almıştır.			
Soy Geçmişi	Belirgin özellik yok			
Alışkanlıkları	25 paket/yıl (2 yıldır exsmoker)			
Yaşam Bulguları	SpO_2: 98%, TA: 120/70 mmHg, Nabız: 72/dk, Solunum 20/dk, Ateş: 36.5 C^o			
Fizik Muayene	Solunum sistemi muayenesinde dinlemekle sağ akciğer alt alanda inspritуvar raller alındı, diğer sistem muayeneleri normal			
Laboratuvar Tetkikleri	Hemogram	WBC:4.300 mm^3 CRP: 18.9 mg/dl		
	Biyokimya	Belirgin özellik yok		
	Kardiyak Enz.	Belirgin özellik yok		
	Koagülasyon	Belirgin özellik yok		
	Seroloji	Negatif		
	Patoloji	Squamoz Hücreli Karsinom		
	İdrar Kültürü	Belirgin özellik yok		
Görüntüleme Tetkikleri	EKG	Normal sinüs ritmi mevcut.		
	PA Akc.	Sağ alt lobda yaklaşık 3 cm kitle tespit edildi.		
	Toraks BT	Sağ alt lobda yaklaşık 32x25 mm kitle tespit edildi.		
	PET CT	Sağ akciger alt lob bronşunda obstüksiyona yol açan yaklaşık 3.2 cm çap veren irregüler konturlu büyük boyutlu yoğun FDG tutulum kitlesi izlenmektedir. (SUDmaks=24.6). Geri kalan akciğer parankim sahalarında ve vücut bölgelerinde patolojik düzeyde FDG tutulumu gösteren bir odak saptanmamıştır.		
	Bronkoskopi	Sağ ana bronş sistemi: Üst lob açık, Alt lob girişi üzeri nekroze tümoral lezyon ile tam tıkalı idi. Biyopsi ve lavaj alındı.		
Diğer Tetkikler	Solunum Fonksiyon Testi	FEV_1: 1.39 lt %70 FVC: 2.18 lt %75 FEV_1/FVC: %62,2		
Tıbbi Öyküsü	Yaklaşık bir aydır öksürük ve halsizlik şikayeti devam eden hastanın poliklinik kontrolünde şikayetlerinin gerilememesi nedeniyle çekilen Toraks BT'sinde yaklaşık 3 cm kitle tespit edildi. Bronkoskopide alınan biyopsi sonucu Squamoz Hücreli Karsinom raporlandı. PET-CT'de metastaz saptanmaması üzerine hasta Evre IB Squamoz Hücreli Karsinom tanısı ile sağ alt lobektomi operasyonu için yatırıldı.			
Sosyal Öyküsü	Üniversite mezunu, öğretmen, evli ve üç çocuk sahibi. İkisi ilkokula birisi liseye gitmektedir. Ailesi ile beraber yaşamaktadır.			
Tıbbi Tanı	Squamoz Hücreli Karsinom Evre IB			
Tedavi Planı	Clexane 0.4 cc 1x1 (SC) (Ameliyattan bir gece önce) Seffur 250 mg amp. 1x2 (IV) (Ameliyat sabahı)			
Hemşirelik Tanısı	Etkisiz Bireysel Baş Etme Korku Bilgi Eksikliği			

SİMÜLASYONA HAZIRLIK	
Simülasyon Türü	Standardize Birey
Simülasyon Ortamı	Yatan Hasta Servisi Yatak No: 12 Serhat Haseken DT – 5/4/1973 Prot# 7654307 Dr. Sadettin KHDAK Evre1B
Simülatör/SB için Kullanılan Araç ve Malzemeler	Kimlik Bilekliği IV Kanül
Odada Kullanılan Araç ve Malzemeler	Bilgisayar Masa Etajer
Tetkikler	PA Akciğer Grafisi PET-CT Raporu ve CD'si Toraks BT Raporu ve CDsi EKG Bronkoskopi Raporu Hemogram, Biyokimya, Koagülasyon, Kardiyak Enzimler, Serolojik Testler İdrar Kültürü Patoloji Raporu Solunum Fonksiyon Testi Raporu
Kullanılan Formlar	Erişkin Yatan Hasta Formu SBAR Hemşire Bilgi Aktarım Formu Düşme Riski Ölçeği Anestezi Değerlendirme Formu Güvenli Cerrahi Kontrol Formu Güvenli Cerrahi Akış Şeması
Ek Roller	**Songül Düzgün (SB):** 26 yaşında, kadın, lisans mezunu, yaklaşık 4 yıldır servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Senaryonun 6.-7. Dakikasında hasta odasına girerek bireyi teslim almaya geldiğini ifade edecektir.

SİMÜLASYON SÜRECİ			
Zaman	**Standardize Birey**	**Beklenen Girişimler**	**Sözlü Katılımlar**
0-5 dakika	Serhat Bey **İlk 1 dk hiç tepki vermeyecektir.** Sonrasında ilk sözü **''Çocuklarım çok daha küçük ve iyileşeceğimi hiç düşünmüyorum''** olacaktır**.** Ameliyattan ve kemoterapiden çok korktuğunu belirtecek. Sigarayı bıraktığı halde akciğer kanseri olduğundan ve bunun kendisine hiçbir yarar sağlamadığından bahsedecektir. **''Neden tüm erkekler gibi prostat kanseri olmadım ki ben, hiç değilse daha çok yaşardım.''** diyecektir.	El hijyenini sağlamalı Kimlik doğrulama yapmalı Kendini tanıtmalı Geliş nedenini açıklamalı Yardımcı olmak istediğini ve sözel olarak ifade etmeli ve bu ifadeye uygun vücut dilini sergilemeli Kendisini nasıl hissettiğini sorgulamalı Konuşmak istememesinin ve tedaviye inanmamasının sebeplerini sorgulamalı **Sigarayı bırakmasının yararları** **Kanserinin tipi ve düzeyi** **Tedavi süreci ve sonrası** hakkında bilgi vermeli Bireyden aldığı mesajları anladığını ifade etmeli Yararlanabileceği kaynaklar önermeli ya da internetten göstermeli	
5-10 dakika	Serhat Bey tedaviye katılım eğilimi gösterecektir. Elindeki tetkikleri ve formları kendisine verecektir. Ancak kemoterapi alacağını daha ailesine söylemediğini ve kendisi söylemeden burada çalışanlardan birinin söylemesini istemediğini belirtecektir. Yanlış tarafın işaretlendiğini fark eden Serhat Bey **''Böyle olaylar sık yaşanıyor. Haberlerde görüyoruz hep. Böyle olayların önlenmesi için hastanenizde neler yapılıyor?** diyecektir.	Erişkin Yatan Hasta Formunda eksik olan bilgileri kayıt etmeli Birim hakkında bilgi vermeli Güvenli cerrahi kontrol formunda sağ yerine sol akciğerin işaretlendiğini fark etmeli ve bireye söylemeli Güvenli Cerrahi Sürecini akış şeması üzerinden anlatabilmeli Bilişim sistemi üzerinden olay bildirimini gerçekleştirmeli	6.-7. Dakikada nöbeti teslim almak üzere Hemşire Songül içeri girecektir**.** **''Bireyi teslim almaya geldim. Hasta kabul sürecinin tamamlanması bekleyebilirim''** diyecektir. Öğrenci güvenli cerrahi kontrol listesinde yanlış tarafı işaretlediğini fark etmezse Hemşire Songül fark ederek öğrenciye olay bildirimi yapması gerektiğini belirtecektir. Gerçekleştiremezse Hemşire Songül yardım edecektir.
10-15 dakika	Serhat Bey **''Eşimi çağırayım ben? Ameliyat öncesinde yapmam gerekenler var mı?** diyecektir	Ameliyat öncesi hazırlıkla ilgili özet bilgi vermeli Bilişim sistemi üzerinden eksik kalan yerleri tamamlamalı SBAR tekniğini kullanarak Hemşire Songül'e Serhat Bey'i teslim etmeli Serhat Bey ile iletişimi sonlandırarak odadan ayrılmalı	Hemşire Songül Teslim alırken **''Sisteme Serhat Bey'in bilgilerini bilişim sistemine girdik değil mi?** diyecektir.

Ek 22: Simülasyon III: Kurum İçi Transfer

GENEL BİLGİLER			
Senaryo Adı	Kurum İçi Transfer		
naryo Yazarı	Merve Tarhan	mtarhan@medipol.edu.tr	
Yazılma Tarih	Ocak, 2018		
Güncelleme Tarihi			
Ön Test Tarihi	Şubat, 2018		
Hedef Kitle		**Simülasyon Süresi**	15 dk.
4th sınıf hemşirelik öğrencileri ya da yeni mezun hemşireler		**Çözümleme Süresi**	15-30 dk.

Öğrenme Hedefleri

1. Yoğun bakım hemşiresine yetki devri ilkeleri ışığında bireyi teslim edebilmesi
2. Yoğun bakımdan yatan hasta servisine bireyin transferini güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi
3. Ameliyathaneden yoğun bakıma bireyin transferini güvenli bir şekilde gerçekleştirebilmesi

Simülasyon Öncesi Gereken Bilgi, Beceri ve Davranış

Bilgi	✓ Güvenli transfer ilkelerini açıklayabilmesi ✓ Yetki devri ilkelerini sıralayabilmesi ✓ Etkili ekip çalışmasının özelliklerini sıralayabilmesi ✓ Sağlık ekibi üyelerinin görev, yetki ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olabilmesi
Beceri	✓ Yaşam bulgularını alabilmesi ve kayıt edebilmesi ✓ Standardize hasta güvenliği uygulamalarını gerçekleştirebilmesi
Davranış	✓ Ekip çalışması ve işbirliğinin önemini kabul etmesi

Simülasyon öncesi öğrencinin sahip olması gereken bilgi, beceri ve davranışlar ''Mesleki Yaşama Geçiş Programı'' kapsamında farklı öğretim yöntemleri kullanılarak kazandırılmaya çalışılmaktadır. Aynı zamanda konu ile ilgili içerik araştırmacı tarafından öğrencilere verilmektedir.

Özet

Simülasyon senaryosu, saat 13.00'de genel yoğun bakım ünitesinde gerçekleşmektedir. Ünitede her hemşire iki bireyin bakımını üstlenmektedir. Senaryoya dâhil olan hemşirenin bakımından sorumlu olduğu ilk birey 44 yaşındaki Mehmet Tunç, MI tanısı ile tedavi sürecini tamamladığı için yatan hasta servisine transfer edilecektir. İkinci yatak ise sağ pnömonektomi olan 45 yaşındaki Serhat Haseken'in transferi için ameliyathaneye gönderilmiştir. Öğrencinin Mehmet Bey'in kata transferi ile ilgili yetkisini diğer hemşireye devretmesi ve ameliyathaneden transfer edilen Serhat Bey'i karşılaması beklenmektedir. Senaryoya hemşire olarak dâhil olacak olan öğrencinin ve Hemşire Selin'in yetki devri için Mehmet Bey'in yanına gelmesiyle senaryo başlayacaktır. Bu senaryoda öğrenciden QSEN temel yetkinlikleri kullanarak bireylerin kurum içi transferlerini sağlayabilmesi beklenmektedir.

Bireylerin Özellikleri

Birey #1

Mehmet Tunç, 44 yaşında, erkek. Üç gün önce göğse yayılan ve geçmeyen şiddetli ağrı şikâyetiyle başvuran birey Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI) tanısı ile anjiyografi laboratuvarına alınmıştır. Önce balon işlemi yapılıp sonrasında stent takılarak yoğun bakım ünitesine transfer edilmiştir. Durumu stabil olan bireyin 72 saatlik takibi sonucu kardiyoloji servisine transferi uygun görülmüştür. Mehmet Bey'in tedavisine kardiyoloji servisinde devam edilecektir.

Birey #2

Serhat Haseken, 45 yaşında, erkek. Poliklinik kontrolünde çekilen Toraks BT'de sağ alt lobda yaklaşık 3cm çapında kitle saptanması üzerine yapılan bronkoskopide alınan biyopsi sonucu Squamoz Hücreli Karsinom olarak gelmiştir. PET-CT'de metastazı olmayan birey Evre 1B ($T_2N_0M_0$) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri tanısı ile sağ alt lobektomi ameliyatına alınmıştır. Uzamış anestezik etki nedeni ile Serhat Bey'in post-op takibi yoğun bakım ünitesinde gerçekleştirilecektir.

Kaynaklar

1. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.
2. Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
3. Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.
4. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
5. Graan SM, Botti M, Wood B, Redley B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardized tools. Aust Cric Care 2016; 29:165-171.
6. Lane-Fall MB, Beidas RS, Pascual JL, Collard ML, Peifer HG, Chavez TJ, Barry ME, Gutsche JT, Halpern SD, Fleisher LA, Barg FK. Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. BMC Surg 2014; 14: 96-107.
7. McElroy LM, Collins KM, Koller FL, Khorzad R, Abecassis MM, Holl JL, Ladner DP. Operating room to intensive care unit handoffs and the risks of patient harm. Surgery 2015; 158(3): 588-594.
8. Erdemir F, editör. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012.

STANDARDİZE HASTA/SİMÜLATÖR ÖZELLİKLERİ		
Özellik	**Birey #1**	**Birey #2**
Adı-Soyadı	Mehmet Tunç	Serhat Haseken
Yaş, Cinsiyet	44y, erkek	45y, erkek
Kan Grubu	AB Rh+	AB Rh+
Boy-Kilo	178 cm-94 kg	170 cm-85 kg
Alerji	Bilinen yok	Bilinen yok
Refakatçi	Didem Tunç (Kızı)	Özlem Haseken (Eşi)
Bağışıklama	Yok	Yok
Sorumlu Hekim	Dr. Suat	Dr. Suat
Öz Geçmişi	Geçirdiği hastalık ya da yatışı bulunmamaktadır	Geçirdiği hastalık ya da yatışı bulunmamaktadır
Kullanılan İlaçlar	Yok	Yok
Soy Geçmişi	Baba: Kronik Kalp Yetmezliği (KKY)	Belirgin özellik yok
Alışkanlıkları	20 paket/yıl (smoker)	25 paket/yıl (2 yıldır exsmoker)
Yaşam Bulguları	SpO_2: 99% TA: 130/70 mmHg Nabız: 84/dk Ateş: 36.2 C°	SpO_2: 97% TA: 120/80 mmHg Nabız: 72/dk Ateş: 36.5 C°
Fizik Muayene	Sistem muayeneleri normal	Solunum sistemi ventilatöre bağlı Diğer sistem muayeneleri normal
Laboratuvar Tetkikleri	Tüm laboratuvar değerleri normal	PaO_2: 66 mmHg $PaCo_2$: 39.9 mmHg pH: 7.4 Sat: %93
Görüntüleme Tetkikleri	Koroner Anjiyografi Raporu	Bulunmamaktadır.
Tıbbi Öyküsü	Üç gün önce göğse yayılan ve geçmeyen şiddetli ağrı şikâyetiyle başvuran birey Akut Miyokard Enfarktüsü (AMI) tanısı ile anjiyografi laboratuvarına alınmıştır. Önce balon işlemi yapılıp sonrasında stent takılarak yoğun bakım ünitesine transfer edilmiştir.	Poliklinik kontrolünde çekilen Toraks BT'de sağ alt lobda yaklaşık 3cm çapında kitle saptanması üzerine yapılan bronkoskopide alınan biyopsi sonucu Squamoz Hücreli Karsinom olarak gelmiştir. PET-CT'de metastazı olmayan birey Evre 1B ($T_2N_0M_0$) Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri tanısı ile sağ alt lobektomi ameliyatına alınmıştır
Sosyal Öyküsü	İlkokul mezunu, taksi şoförü, evli ve iki çocuk sahibi. İkisi de ilkokula gitmektedir. Ailesi ile beraber yaşamaktadır.	Üniversite mezunu, öğretmen, evli ve üç çocuk sahibi. İkisi ilkokula birisi liseye gitmektedir. Ailesi ile beraber yaşamaktadır.
Tıbbi Tanı	Akut Myokard Enfarktüsü	Evre1B Küçük Hücreli Dışı Akciğer Kanseri
Tedavi Planı		İzotonik 1000 cc 2x1 (ıv) 100cc/h Amoklavin flk 500 mg 2x1 (IV) Ulcuran amp. 1x1 (IV) Oksamen flk 1x1 (IV) Perfalgan flk. 100cc 1x1 (IV) Asist amp. 300 mg 2x1 (IV)
Hemşirelik Tanısı		Deri Bütünlüğünde Bozulma Riski Düşme Riski Enfeksiyon Riski

<table>
<tr><th colspan="5">SİMÜLASYON ÖNCESİ HAZIRLIK</th></tr>
<tr><td>Bireyler</td><td colspan="2">Birey #1</td><td colspan="2">Birey #2</td></tr>
<tr><td>Simülasyon Türü</td><td colspan="2">Standardize Hasta</td><td colspan="2">Manken Bazlı Simülatör</td></tr>
<tr><td>Simülasyon Ortamı</td><td colspan="2">Yoğun Bakım Ünitesi Yatak #3</td><td colspan="2">Yoğun Bakım Ünitesi Yatak #4</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Simülatör/SB için Kullanılan Araç ve Malzemeler</td><td>Kimlik Bilekliği</td><td></td><td>Kimlik Bilekliği</td><td>Monitör</td></tr>
<tr><td>IV Kanül</td><td></td><td>IV Kanül</td><td>Ventilatör</td></tr>
<tr><td>Monitör</td><td></td><td>Endotrakeal Tüp</td><td>Foley sonda</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>Göğüs dreni</td><td>Pansuman</td></tr>
<tr><td>Odada Kullanılan Araç ve Malzemeler ‘’Bilgisayar”</td><td colspan="2">Monitör
Ventilatör
IV pump cihazı</td><td colspan="2">Monitör
Ventilatör
IV pump cihazı</td></tr>
<tr><td>Tetkikler</td><td colspan="2">Laboratuvar Tetkikleri
Radyoloji Tetkikleri
Kardiyoloji Tetkikleri</td><td colspan="2">Laboratuvar Tetkikleri
Radyoloji Tetkikleri</td></tr>
<tr><td>Kullanılan Formlar</td><td colspan="2">Yoğun Bakım Ünitesi İzlem Formu
Kurum İçi Transfer Formu
SBAR Hemşire Bilgi Aktarım Formu
Tranfer Kontrol Formu
Güvenli Kurum İçi Transfer Akış Süreci
Düşme Riski Değerlendirme Formu
Bası Yarası Riski Değerlendirme Formu
Beslenme Riski Değerlendirme Formu</td><td colspan="2">Yoğun Bakım Ünitesi İzlem Formu
Kurum İçi Transfer Formu
SBAR Hemşire Bilgi Aktarım Formu
Transfer Kontrol Formu
Güvenli Kurum İçi Transfer Akış Süreci
Güvenli Cerrahi Kontrol Formu</td></tr>
<tr><td>Ek Roller</td><td colspan="4">Gülsün Baytören (SB): 36 yaşında kadın, yaklaşık 4 yıldır anestezi uzmanı olarak göreve yapmaktadır.
Sadettin Alper (SB): 34 yaşında erkek, yaklaşık 3 yıldır göğüs cerrahisi uzmanı olarak görev yapmaktadır.
Suat Çimen (SB): 32 yaşında, erkek, yaklaşık 2 yıldır yoğun bakım uzmanı olarak görev yapmaktadır.
Özge Soytürk (SB): 32 yaşında kadın, lisans mezunu, yaklaşık 8 yıldır ameliyathane hemşiresi olarak görev yapmaktadır.
Selin Özer (SB): 28 yaşında kadın, Lisans mezunu, yaklaşık 5 yıldır yoğun bakım hemşiresi olarak görev yapmaktadır.
Remziye Taşkın (SB): 36 yaşında, kadın, yüksek lisans mezunu, yaklaşık 10 yıldır yoğun bakım ünitesinde ve yaklaşık 3 yıldırı bu ünitede yönetici hemşire olarak görev yapmaktadır.
Hülya Duru (SB): 22 yaşında, kadın. Sağlık Meslek Lisesi mezunu, yaklaşık 3 yıldır hemşire yardımcısı olarak görev yapmaktadır.</td></tr>
</table>

SİMÜLASYON SÜRECİ			
Zaman	**Standardize Birey**	**Beklenen Girişimler**	**Sözlü Katılımlar**
0-5 dakika	Mehmet Bey yoğun bakım yatağının içinde beklemektedir. Bilinci açık ve oryante **Dr. Suat bankoda bilgisayar başında kayıt yapmaktadır.** **Hemşire Remziye bankoda evrakları kontrol etmektedir.** **HY Hülya, Hemşire Selin'in yanında transfer sürecinin içindedir.**	İletişimi başlatmalı El hijyenini sağlamalı Kimlik doğrulama yapmalı Geliş nedenini açıklamalı Hemşire Selin'i tanıtmalı Transfer sürecini akış şeması üzerinden göstererek Mehmet Bey'i bilgilendirmeli Transfer sürecinde hem transfer ekibi hem de Mehmet Bey'in sorumluluklarını açıklamalı Teslim öncesi yaşam bulgularını almalı ve kayıt etmeli Kontrol listesi doğrultusunda Mehmet Bey'in güvenli bilgi transferini gerçekleştirmeli Mehmet Bey'in sigara bıraktırma ve beslenme danışmanlığı alması gerektiğini hem Hemşire Selin'e hem Mehmet Bey'e belirtmeli	Kontrol listesi kullanmazsa Selin Hemşire **''Unuttuğunuz ya da hatırlamadığınız bir şey kaldı mı acaba? Kontrol etsek mi?** diyecektir.
5-10 dakika	**Mehmet Bey, yatak yerine tekerlekli sandalye ile transfer olmak istemektedir ve bu konuda oldukça ısrarcıdır. İkna olmayacaktır. Kurum içi transfer protokolünde ise bireylerin yoğun bakımdan transferinde yatakla transfer edilmesi gerektiği yazmaktadır.** Serhat Bey entübe bir şekilde yatak içindedir.	Tekerlekli sandalye ile transferi yönetici hemşireye sormalı. Güvenli fiziksel transfer önlemlerini almalı Mehmet Bey'in güvenli fiziksel transferini gerçekleştirmeli Serhat Bey'in güvenli fiziksel transferini sağlık ekibi ile uyum içinde gerçekleştirmeli IV pump cihazından giden sıvı miktarını 100cc'den 200cc'ye çıkarmalı	Yönetici hemşire Mehmet Bey'in bağımlılık durumunun tekerlekli sandalye ile transfer için uygun olduğunu belirtecektir. Öğrenci yönetici hemşireye sormazsa yönetici hemşire öğrencinin yanına gelerek aynı şeyleri ifade edecektir. Mehmet Bey kapıdan çıktıktan 10 saniye sonra ameliyathane ekibi içeri girerek **''Serhat Haseken'in transferi için geldik.''** Diyecektir. Suat Bey öğrenciye: **IV sıvısını 100 cc'den 200 cc'ye çıkaralım. Bir de Bilişim sisteminde ameliyathaneden yoğun bakıma yatışı yapılmış mı? Bir bakabilir misiniz?** diyecektir.
10-15 dakika	Sırasıyla anestezist, cerrah ve ameliyathane hemşiresi bilgi verecektir.	Serhat Bey'in bilgi transferini sağlık ekibi ile uyum içinde gerçekleştirmeli Serhat Bey'in bilgilerini Yoğun Bakım Ünitesi İzlem Formu ve bilişim sistemi üzerine kayıt etmeli	

Ek 23: Ön Bilgilendirme Oturumu Çerçevesi

Her simülasyon oturumu öncesinde ön bilgilendirme oturumunda aşağıda belirtilen konular hakkında öğrencilere bilgilendirme yapılmalıdır.

1	Simülasyon oturumunun yeri ve süresi	
2	Çözümleme oturumunun yeri ve süresi	
3	Senaryonun amaç ve öğrenme hedefleri	
4	Öğrenciden göstermesi beklenen bilgi, beceri ve davranışlar	
5	Senaryonun başlangıç noktası ve süreci	
6	Simülasyon ortamı, ekipman ve malzemeler	
7	Standardize hasta rolleri ve manken bazlı simülatör özellikleri	
8	Yerleştirilmiş oyuncuların rol ve özellikleri	
9	Değerlendirilme yöntemi ve değerlendiriciler	
10	Uyulması gereken davranış kuralları	
11	Senaryo ile ilgili gizliliğin sağlanması için yazılı taahhütname imzalanması	
12	Video çekimi ve ses kaydı için sözel izin alınması	
13	Soruların yanıtlanması için zaman ayrılması	

Ek 24: Gizlilik Sözleşmesi

GİZLİLİK SÖZLEŞMESİ

Bilgilendirildiğim ve gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğim İstanbul Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Doktora Programında öğrenim gören Merve TARHAN yürütücülüğünde ve Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında gerçekleştirilen **''Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarının Güçlendirilmesinde Simülasyon Stratejisinin Etkisi''** başlıklı araştırmanın geçerlik ve güvenirliğini korumak için simülasyon ortamındaki tüm bilgilerin gizliliğinin sağlanması ve sürdürülmesi hususunda gerekli özeni göstermeyi şahsım adına taahhüt ederim.

Adı-Soyadı

…….

İmza

Ek 25: Çözümleme Oturumu Çerçevesi

Her simülasyon oturumu sonrasında çözümleme oturumu aşağıda gösterilen çerçeve doğrultusunda gerçekleştirildi.

1	Simülasyon oturumu boyunca nasıl hissettiniz?
2	Simülasyon oturumunda yaşadığınız zorluklar nelerdi?
3	Simülasyon oturumunda en iyi yaptığınız şey neydi?
4	Sizce geliştirmeniz gereken yönleriniz nelerdir?
5	Simülasyon oturumundan çıkardığınız dersler nelerdir?
6	İstediğiniz ve planladığınız herşeyi yapabildiniz mi?
7	Bir daha deneyimleme fırsatınız olsaydı neleri farklı yapardınız?

Ek 26: Simülasyon I: Önceliklendirme ve Yetki Devri için Literatür Bilgisi

Yetkin hemşirelerden hizmet verdikleri bireylerin bakım ihtiyaçlarını önceliklendirmesi ve erteleyebildikleri ihtiyaçların daha hızlı karşılanabilmesi için sağlık ekibinin diğer üyelerine yetkisini devretmesi beklenmektedir. Önceliklendirme bireylerin ihtiyaçlarının aciliyet durumuna göre sıralanması ve ertelenebilecek olan ihtiyaçların belirlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Yetki devri ise bir hemşirenin yetkin bir sağlık personeline belirli bir durumlarda, belirli hemşirelik görevlerini gerçekleştirmesi için yetkisini aktarması olarak tanımlanmaktadır. Önceliklendirme ve yetki devri, yeni mezun hemşirelerin en fazla sorun yaşadıkları konuların başında gelmektedir.

Bireylerin bakım ihtiyaçlarını öncelik sıralamasını yaparken başlıca iki yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan ilki düzey yaklaşımı olarak bilinmektedir. Birinci düzeyde bireyin yaşamını ya da güvenliğini doğrudan tehdit eden ve hemşirelik girişimi gerektiren durumlar yer almaktadır. Bu düzeyde ABC ilkesi olarak da bilinen sırasıyla bireyin hava yolu açıklığını, solunumu ve dolaşımı gibi yaşamını tehdit eden durumlar yer almaktadır ve önceliklendirmede ilk sıradadır. İkinci düzeyde, bireyin yaşamını tehdit etmeyen mental durum değişiklikleri, akut ağrı, akut üriner eliminasyon, doğrudan izlem gerektiren tıbbi sorunlar, anormal laboratuvar sonuçları ve hasta güvenliğini tehdit eden durumlar yer almaktadır ve önceliklendirmede ikinci sıradadır. Üçüncü düzeyde ise İlaçların yan etkilerinin izlenmesi, bilgi eksikliği ve uzun süreli sorunlar gibi yaşamı tehdit etmeyen durumlar yer almaktadır ve önceliklendirmede üçüncü sıradadır. Diğer yaklaşım ise Maslow Hiyerarşisi Yaklaşımıdır. Maslow Hiyerarşisinin en alt düzeyi olan fizyolojik ihtiyaçlar önceliklendirmede ilk sırada yer almaktadır. Sonrasında sırasıyla güvenlik, ait olma ve sevgi, saygı ve kendini gerçekleştirme ihtiyacı yer almaktadır ve önceliklendirme aşağıdan yukarıya doğru aynı sırada devam etmektedir. İki yaklaşımı birleştirdiğimizde ise önceliklendirme ilkelerine göre ilk sırada yaşamı en fazla tehdit eden durumlar, ikinci sırada bakım süreci sırasında beklenmedik olaylar, üçüncü sırada değerlendirmeler sırasında ölçülen anormal veriler, dördüncü sırada beklenen ve yaşamı tehdit etmeyen durumlar ve beşinci sırada fizyolojik açıdan normal ancak psikolojik ve sosyolojik açıdan sorum yaratan durumlar yer almaktadır.

Bir hemşire diğer bir sağlık ekibi üyesine yetkisini devrederken doğru görev, doğru koşul, doğru yönlendirme ve iletişim ve doğru denetim ve değerlendirme olmak üzere yetki devrinin 5 doğrusunu göz önünde bulundurmalıdır. Devrettiği yetki, yetkisini devrettiği kişinin görev tanımına uymalı, bu yetkiyi gerçekleştirecek nitelikte olmalı, doğrudan hemşirelik girişimi gerektirmemeli ve bireyin durumu stabil olmalıdır. Yetkiyi devrederken SBAR tekniği gibi iletişimin açık, kısa ve anlaşılır olmasını sağlayacak bir teknik kullanmalıdır. Hangi yetkisini devrederse devretsin sonunda mutlaka, devrettiği kişinin işi nasıl yaptığını denetlemeli ve değerlendirmelidir. Örneğin; acilde çalışan bir hemşire ATT'nin görev, yetki ve sorumlulukları içinde olan transfer, endotrakeal entübasyon, monitorizasyon ve oksijen uygulaması gibi görevler söz konusu olduğunda ATT'ye yetkisini devredebilir. Acil servisteki bireylerin bakım planlarının yazılması, bakım ihtiyaçlarının karşılanması gibi hemşirenin başlıca görev, yetki ve sorumlulukları dâhilinde olanları devredemez. Aynı hemşire hemşire yardımcısının görev, yetki ve sorumlulukları içinde olan malzemelerin hazırlığı ve temizliği, boşaltım ihtiyacı, günlük kilo takibi gibi görevler söz konusu olduğunda hemşire yardımcısına yetkisini devredebilir. Birey ve yakınlarının eğitimi, nöbet teslimi ve ilaç uygulaması gibi hemşirenin başlıca görev, yetki ve sorumlulukları dâhilinde olanları devredemez. Yetkisini devrettiği kişi ve görev doğru olsa da bireyin sağlık durumu stabil değilse yetkisini yine devredemez.

Yetkin bir hemşire, birden fazla bireyin bakım ihtiyacını karşılarken önceliklendirme yapmalı ve ertelenebilir işleri belirledikten sonra doğru kişi, doğru görev, doğru koşul, doğru iletişim ve yönlendirme ve doğru denetim ve değerlendirme ilkeleri doğrultusunda yetkisini devretmelidir. Böylece bireylerin ihtiyaç duydukları bakım en kısa sürede karşılanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Hargrove-Huttel RA, Colgrove KC. Prioritization, Delegation &Management of Care. USA: F.A. Davis Company; 2014.
2. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.
3. Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference (13th ed.). St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
4. Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.
5. Dilek F, Ünal A, Ünsar S. İleri evre demans hastasında hemşirelik bakımı: olgu sunumu. HSP 2017; 2: 125-131.
6.Bilgili N, Kitiş Y. Yaşlılık ve Yaşlı Sağlığı. Ankara: Vize Basın Yayın; 2017.
7.Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
8. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete 19.04.2011
9. Sağlık Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete 22.05.2014

Ek 27: Simülasyon II: Hasta Kabulü için Literatür Bilgisi

Sağlık bakım sistemine giren bireylerin gereksinimleri birçok sağlık profesyoneli tarafından karşılanmaktadır. Bireyin kabulünden taburcu edilmesine kadar karşılanması gereken gereksinimlerinin koordine edilmesinde hemşireler anahtar role sahiptir. Bu nedenle hem bakım vericiler hem de bakım düzeyleri arasındaki geçişlerde birey merkezli bakım ve etkili işbirliği bakımın sürekliliğinin sağlanması için önem arz etmektedir.

Bir bireyin servise kabul süreci oda ve odadaki malzemeleri tanıtma, hemşirelik öyküsü alma, yaşam bulgularını alma, fiziksel değerlendirme yapma ve kayıt etme olmak üzere beş ana başlıktan oluşmaktadır. Yatışı yapılan bireylerin kabul sırasında hastalığını kabullenmediği, hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı ya da yanlış bilgilere sahip olduğu ve ailesine hastalık sürecinden bahsetmek istemediği bu sebeple kabul sürecine direnç gösterdiği görülmektedir. Bu durum kendisine yanlış teşhis konulduğu düşüncesi, iyileşemeyeceği inancı ve başkalarına bağımlı yaşayacağı hissi ile karşımıza sıklıkla çıkmaktadır. Hastalık ve tedavi süreci hakkında doğru ve kanıt düzeyi yüksek olan kaynaklarla bilgilendirilme yapıldığında, bu kaynaklara ulaşma noktasında cesaretlendirildiğinde, kendi hastalığına benzer bireylerle buluşma konusunda fırsatlar sunulduğunda birey ve yakınlarının hem tedavi sürecine hem de sağlık bakım ortamına uyumları artmaktadır. Bireyler eğer dâhili bir kliniğe kabul edildiyse tedavi süreci hakkında bilgilendirmek yeterli olurken, cerrahi bir kliniğe kabulünde ameliyat öncesi hazırlıklardan kısaca beslenme, sıvı alımı, boşaltım, hijyen ve deri hazırlığından bahsedilmesi bahsetmek birey ve yakınlarını ameliyat sürecine uyumlarını arttırılmasında ve endişelerinin giderilmesinde etkili bir yoldur

Sağlık hizmeti alan birey ve yakınları bir sağlık ortamına girdiklerinde eksik ya da yanlış ameliyat yapılacağı, tedavi alacağı ve bakım sağlanacağı konusunda endişe yaşamaktadır. Bu tür durumlarda kurum içindeki sistemsel güvenlik önlemleri kalite iyileştirme araçları aracılığıyla anlatılarak kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmeti alacağı konusunda birey ve yakınları ikna edilmelidir.

Bakım düzeyleri ve bakım vericiler arasındaki geçişlerde bakımın sürekliliğinin sağlanmasında etkili bir diğer yol ekip üyeleri arasında etkili iletişim tekniklerini kullanmaktır. JCI verileri 2010 – 2013 yılları arasında bildirilen beklenmedik olayların en temel üç nedeninden birinin etkisiz iletişim olduğu belirtmektedir. Bakım düzeyleri ve bakım vericiler arasındaki geçişlerde I PASS THE BUTTON (Savaştan Çıkıyorum) ve SBAR en etkili iletişim tekniklerindendir. Birçok sağlık kurumu insan hafızasına olan güveni azaltmaya yönelik olarak bu tekniklerinin etkili gerçekleştirilmesi için formlar, akış şemaları ve kontrol listeleri oluşturmuştur.

Birey ve yakınlarını sağlık bakım ortamına kabulünden taburculuğuna kadar bakımın ortağı kabul eden ve hem birey ve yakınları hem de birbirleri arasında etkili iletişimin önemine inanan yetkin hemşirelerin varlığı kaliteli ve güvenli bakımın sağlanmasında vazgeçilmezdir.

KAYNAKLAR

1. Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.
2. Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2015.
3. Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.
4. Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.
5. Alcan Z, Aksoy A, Civil B, Tekin DE, Ekim R, Civil SÖ, Doğar T, Çakar V. Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011.
6. Postmus PE, Kerr KM, Oudkerk M, Senan S, Waller DA, Vansteenkiste J, Escriu C, Peters S. Early stages and locally advanced (non-metastatic) non-small-cell lung cancer: ESMO clinical practice guideline for diagnosis. Ann Oncol 2017; 28(4): iv1-21.
7. Aydıner A, Can G. Akciğer Kanserinde Tedavi ve Bakım. İstanbul: İpomet Matbaacılık; 2010.

Ek 28: Simülasyon III: Kurum İçi Transfer için Literatür Bilgisi

Bireylerin bakım düzeyleri arasındaki geçişi olarak da adlandırılan kurum içi transfer, sağlık kurumlarında en sık karşılaşılan uygulamalardan biridir. Bakımın geçişi sırasında bakım vericiler arasında bireye yönelik önemli bilgiler aktarılarak bakımın sürekliliği sağlanmaktadır. Kurum içi transfer süreci, bakım vericiler arasında bireylerin bakımı ile ilgili doğru ve önemli bilgilerin aktarılmasının yanı sıra bireyin bakım sorumluluğunun da devredilmesini içermektedir.

Yapılan çalışmalar bakımın kalite ve güvenliğini en fazla yoğun bakımdan servise ve ameliyathaneden yoğun bakıma transferlerin tehdit ettiğini göstermektedir. Yoğun bakımdan servise transfer öncesinde hemşire, birey ve yakınları transfer sürecinin adımları (broşür, akış şeması, vb. kullanarak), transfer sürecinde bireyin sorumlulukları (ayağa kalkmaya çalışmaması, verilen pozisyonda kalması, yakınları ile iletişim kurmaya çalışmaması, hemşirenin izleminden çıkmaması ve dediklerini uygulaması) ve bu birimde sağlanan bakım (tedavi süreci, düzelen kan basıncı, kilo kaybı, iyileşme sürecindeki yara, vb) ile sonraki birimde ihtiyaç duyulan bakım (beslenme, sigara bırakma, ilaçların yönetimi, kişisel bakım, ağrı yönetimi, vb.) hakkında bilgilendirilmelidir. Yoğun bakımda son kez yaşam bulguları değerlendirilmeli, bireyin tanılaması yapılarak Kurum İçi Transfer Formu doldurulmalı ve bireye ait tıbbi kayıtlar (raporlar, akciğer filmi, laboratuvar testleri, vb) teslim edilmek üzere toparlanmalıdır. Sonrasında bireyin bağımlılık durumuna göre yatakta ya da tekerlekli sandalye ile fiziksel transferi sağlanmalıdır. Güvenli fiziksel transfer için kemerlerin takılı olması, dört yapraklı yonca figürünün asılması, yatak kenarlıklarının kaldırılmış olması, mahremiyete özen gösterilmesi ve hasta dosyalarının yatak ya da tekerlekli sandalye üzerinde bulunmaması sağlanmalıdır. Eğer tekerlekli sandalye ile taşınıyorsa tekerlekli sandalye yatak yanına getirilerek frenlerinin kilitlenmesi, bireyin önce oturup sonra karşıya bakması ve ayaklarının yataktan aşağıya sarkıtılması, tekerlekli sandalyenin ayak kısımlarının dış yanlara doğru açılması, bireyin ayağa kaldırılması ve kendi ekseni döndürülerek oturtulması, kemerlerin bağlanması ve sandalye frenlerinin açılması sağlanmalıdır. Hemşire yardımcısı ve CPR sertifikasın bulunan bir hemşire eşliğinde diğer birime götürülmelidir. Kurum İçi Transfer Formu doğrultusunda birey hakkında detaylı bilgi ve bireye ait tıbbi kayıtlar teslim edilmelidir.

Ameliyathaneden yoğun bakıma transferi sağlık ekibinden farklı disiplinler arasında (anestezist ve cerrah reanimasyon uzmanına, ameliyathane hemşiresi-yoğun bakım hemşiresi arasında)bakımın geçişine olanak sağladığından yüksek risk taşımaktadır. Bu birimler arasındaki transfer süreci, ameliyathanede transfer öncesi hazırlık, yoğun bakıma erişim, bireyin klinik durum stabilizasyonu, ekipmanların transferi, bilgi alışverişi ve tartışma bölümlerinden oluşmaktadır. Transfer ekibinde anestezist, cerrah ve ameliyathane hemşiresi yer almalıdır. Ameliyathaneden transfer süreci öncesinde bireyin ekipman güvenliği sağlanmalı ve ameliyathane ekibi tarafından Transfer İletişim Formu doldurulmalıdır. Bireyin transferi sırasında resüsitasyon malzemeleri ve ilaçları, monitör ve oksijen kaynağı bulunmalıdır. Ekipmanların transferinde öncelikle monitorizasyon ve ventilasyon sağlanmalıdır. Sonrasında bireye giden sıvıların pumplara yerleştirilmesi, dozaj ayarının yapılması, varsa kan transfüzyonuna devam edilmesi, drenlerin ve üriner kateterin askılıklara takılarak yatak kenarlıklarının kaldırılması gerekmektedir. Sonrasında Transfer İletişim Formu doğrultusunda Ameliyathane Ekibi ve Yoğun Bakım Ekibi arasında bilgi alışverişi yapılmalıdır. Cerrah bireyin kimlik bilgileri, tıbbi öyküsü, cerrahi prosedür, ameliyat sırasındaki olaylar hakkında bilgi verirken, anestezist anestezik ilaçlar, solunum ve hemodinami, takılan sıvılar (kan, infüzyon, vb.) ve çıkan sıvılar (idrar ve dren) miktarı hakkında bilgilendirmelidir. Reanimasyon uzmanı ise postoperatif komplikasyonlar, izleyeceği tedavi hakkında bilgilendirme yapmalıdır. Bireyin kısa fiziksel değerlendirmesinden sonra bireyin bakımı ile ilgili tartışılacak noktaları netleştirerek transfer süreci sonlandırılmalıdır. Yoğun bakım hemşiresi tarafından Transfer İletişim Formundaki eksiklikler tamamlanarak tüm ekibe imzalatılmalıdır. Bireyin üniteye kabulüne yönelik kayıt işlemleri Hasta İzlem Formuna ve bilişim sistemine kayıt edilmelidir.

KAYNAKLAR

1.Ignatavicius DD, Workman ML, Rebar C. Medical-Surgical Nursing Patient Centered Concepts of Interprofessional Collaborative Care. 9th ed. St. Louis, MO: Elseiver; 2017.

2.Pagana K. Mosby's diagnostic and laboratory test reference. 13th ed. St. Louis, MO: Elsevier; 2015.

3.Kelly P, Vottero BA, Christie-McAufille CA. Introduction Quality and Safety Education for Nurses: Core Competencies. USA: Springer Publishing; 2014.

4.Aştı TA, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı I. ve II. Cilt. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2014.

5.Graan SM, Botti M, Wood B, Redley B. Nursing handover from ICU to cardiac ward: standardized tools. Aust Cric Care 2016; 29:165-171.

6.Lane-Fall MB, Beidas RS, Pascual JL, Collard ML, Peifer HG, Chavez TJ, Barry ME, Gutsche JT, Halpern SD, Fleisher LA, Barg FK. Handoffs and transitions in critical care (HATRICC): protocol for a mixed methods study of operating room to intensive care unit handoffs. BMC Surg 2014; 14: 96-107.

7.McElroy LM, Collins KM, Koller FL, Khorzad R, Abecassis MM, Holl JL, Ladner DP. Operating room to intensive care unit handoffs and the risks of patient harm. Surgery 2015; 158(3): 588-594.

Ek 29: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Değerli Katılımcı

İstanbul Üniversitesi Hemşirelikte Yönetim Doktora Programında öğrenim gören Merve TARHAN yürütücülüğünde ve Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM danışmanlığında gerçekleştirilecek olan **''Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarını Güçlendirmede Simülasyon Stratejisinin Etkisi''** başlıklı araştırmaya katılımınızı rica ediyoruz.

Hemşire olmanın gerçekliğine hazır olmayan yeni mezunların, iyi tanıdığı öğrencilik rolünden daha az tanıdığı mesleki rolüne geçiş sürecinde gerçeklik şoku ile karşı karşıya kaldığı ve bu durumun hem bireysel hem örgütsel açıdan olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinen bir gerçektir. Sağlık bakım sisteminin ve hemşire olmanın gerçekliğini yansıtan simülasyon, yeni mezunların mesleki hazır oluşluğunu güçlendirmede önemli bir strateji olarak kabul edilmesine rağmen etkinliğini bildiren çalışmalar kısıtlıdır. Literatürdeki önemli bir boşluğu dolduracak olan araştırmanın ana amacı, hemşirelik son sınıf öğrencilerinin mesleki hazır oluşluklarının güçlendirilmesinde simülasyon stratejisinin etkisinin belirlenmesi ve mesleki yaşamlarının ilk aylarında geçiş şoku düzeylerine yansımasının saptanabilmesidir.

Araştırma son sınıf hemşirelik öğrencileri üzerinde gerçekleştirilecek olup üç aşamadan oluşmaktadır. Metodolojik nitelikteki birinci aşamasında, **''Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği''**, **''Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği''** ve ''**Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği''** geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılacaktır. Deneysel nitelikteki ikinci aşamasında, öğrencilerin ''Mesleki Role Geçiş Programı'na'' katılımları sağlanarak deney ve kontrol gruplarına atanacaktır. **''Bireysel Özellikler Formu''**, **''Hemşirelikte Yetkinlik Algısı Ölçeği''**, **''Hemşirelikte Mesleki Hazır Oluşluk Algısı Ölçeği**''ni doldurarak ve **''Temel Yetkinliklere ilişkin Bilgi Sınavı''**na katılarak ön test ölçümleri yapılacaktır. Deney grubundakilerin, birer hafta arayla dört farklı simülasyon ortamında temel yetkinlikleri değerlendirilecektir. Kontrol grubuna, girişim uygulanmayacaktır. Bahar dönemi sonunda deney ve kontrol grubunun son test ölçümleri yapılacaktır. Tanımlayıcı nitelikteki üçüncü aşamasında, mesleki yaşamlarının üçüncü ayında **''Hemşirelikte Geçiş Şoku Ölçeği**''ni doldurmaları istenecektir. Araştırmada simülasyon deneyimi yaşayanların mezuniyet öncesi mesleki hazır oluşluk ve yetkinlik algılarının yüksek olması, mesleki yaşamlarının üçüncü ayındaki geçiş şoku düzeylerinin düşük olması ve geçiş şoku düzeylerine mezuniyet öncesi mesleki hazır oluşluk ve yetkinlik algılarının etkili olması beklenmektedir. Araştırma sonuçlarının hemşirelik eğitiminde ve yönetiminde yeni mezunların mesleki hazır oluşluklarını güçlendirmeye odaklanan politika ve prosedürlerin geliştirilmesine temel oluşturacağı düşünülmektedir.

Araştırmada sizden ve diğer katılımcılardan elde edilecek bilgiler veya verilerle bilimsel bir sonuca ulaşılacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce araştırmanın niçin, nasıl, ne yöntemle yapılacağı ve sizden ne istendiği katılmanın size getireceği faydaları ve zararları bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle, bu formun okunup anlaşılması önemlidir. Yukarıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Anlamadığınız ve sizin için açık olmayan konular varsa lütfen açıklanmasını talep ediniz. Araştırmaya katılmak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. İstediğiniz zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddetme veya araştırmaya katıldıktan sonra çıkma hakkına sahipsiniz. Bu araştırma kapsamında yapılacak her türlü işlem için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir/size ücret ödemesi yapılmayacaktır. Araştırmaya katılanların kimliğini ortaya çıkaracak tüm kayıtların gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanamayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi katılanların kimliği gizli kalacaktır.

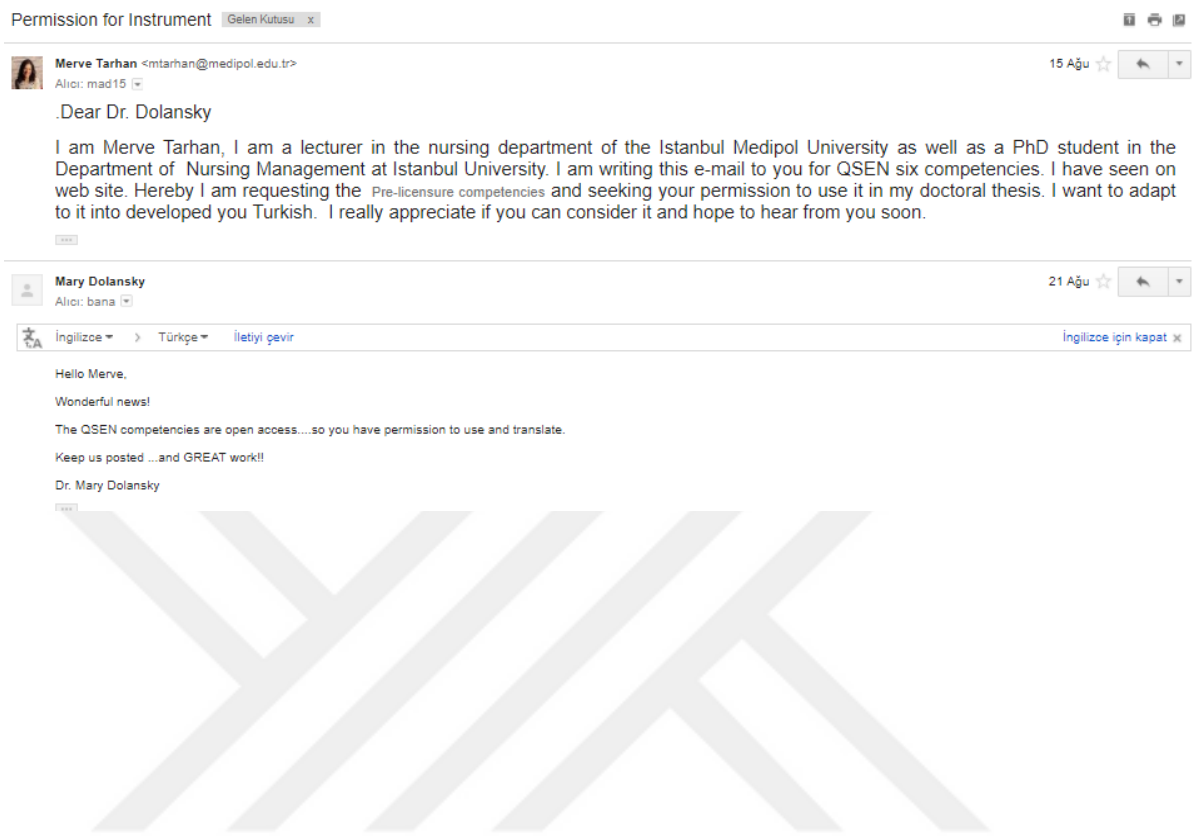
Merve TARHAN **Daha fazla bilgi için:** mtarhan@medipol.edu.tr

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu''ndaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum." Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcı Adı-Soyadı : …….. Tarih/İmza : …….

Araştırmacı Adı Soyadı : …….. Tarih/İmza : …….

Ek 30: QSEN Materyallerinin Kullanım İzni



Permission for Instrument Gelen Kutusu x

Merve Tarhan <mtarhan@medipol.edu.tr> 15 Ağu
Alıcı: mad15

.Dear Dr. Dolansky

I am Merve Tarhan, I am a lecturer in the nursing department of the Istanbul Medipol University as well as a PhD student in the Department of Nursing Management at Istanbul University. I am writing this e-mail to you for QSEN six competencies. I have seen on web site. Hereby I am requesting the Pre-licensure competencies and seeking your permission to use it in my doctoral thesis. I want to adapt to it into developed you Turkish. I really appreciate if you can consider it and hope to hear from you soon.

Mary Dolansky 21 Ağu
Alıcı: bana

İngilizce › Türkçe İletiyi çevir İngilizce için kapat

Hello Merve,

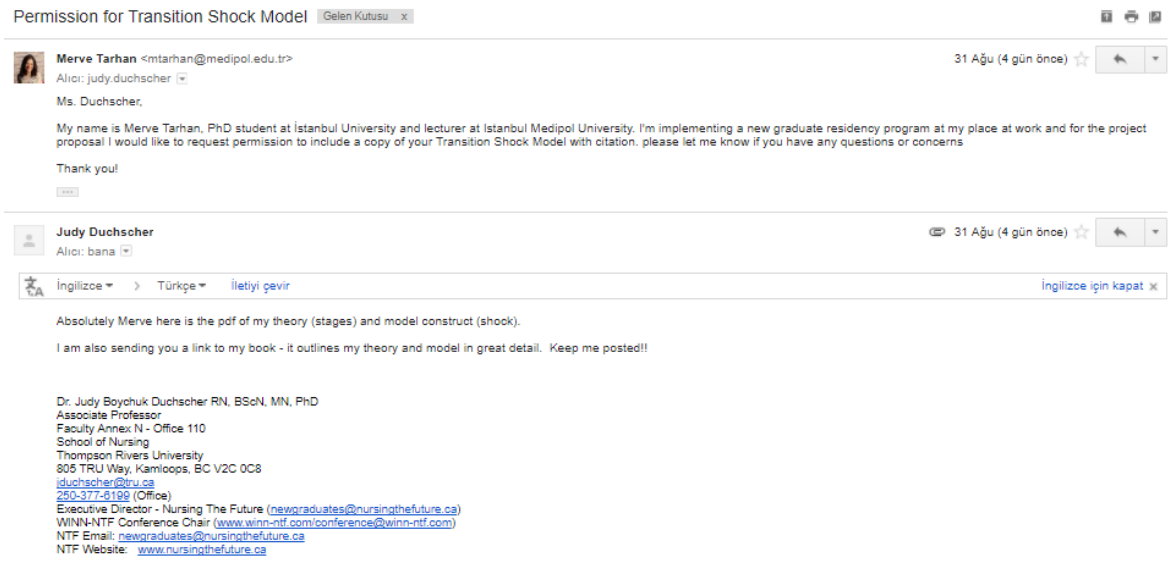
Wonderful news!

The QSEN competencies are open access....so you have permission to use and translate.

Keep us posted ...and GREAT work!!

Dr. Mary Dolansky

Ek 31: Geçiş Şoku Modelinin Kullanım İzni



Permission for Transition Shock Model Gelen Kutusu x

Merve Tarhan <mtarhan@medipol.edu.tr> 31 Ağu (4 gün önce)
Alıcı: judy.duchscher

Ms. Duchscher,

My name is Merve Tarhan, PhD student at İstanbul University and lecturer at Istanbul Medipol University. I'm implementing a new graduate residency program at my place at work and for the project proposal I would like to request permission to include a copy of your Transition Shock Model with citation. please let me know if you have any questions or concerns

Thank you!

Judy Duchscher 31 Ağu (4 gün önce)
Alıcı: bana

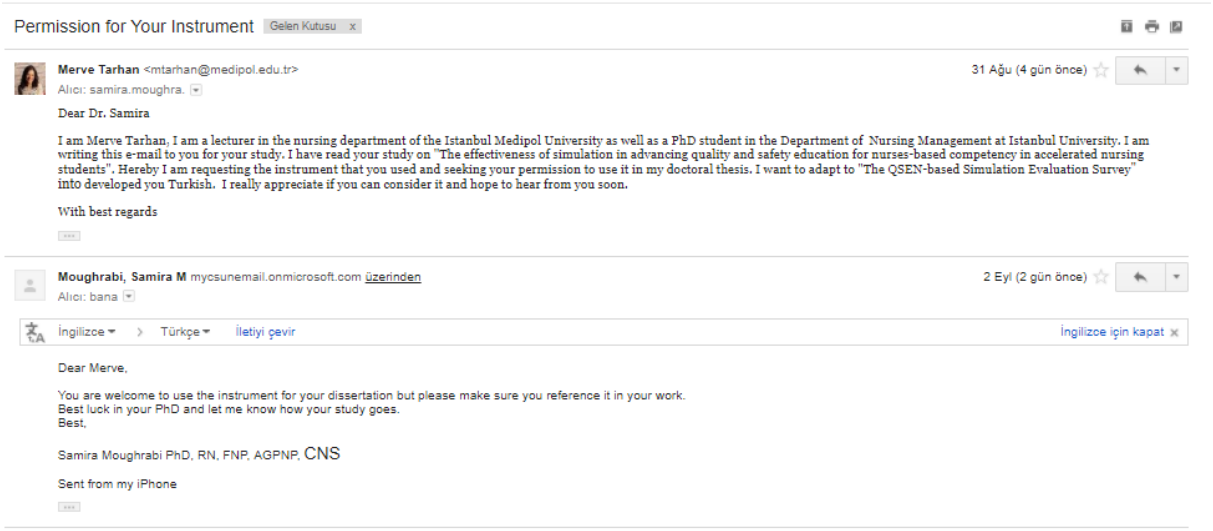
İngilizce › Türkçe İletiyi çevir İngilizce için kapat

Absolutely Merve here is the pdf of my theory (stages) and model construct (shock).

I am also sending you a link to my book - it outlines my theory and model in great detail. Keep me posted!!

Dr. Judy Boychuk Duchscher RN, BScN, MN, PhD
Associate Professor
Faculty Annex N - Office 110
School of Nursing
Thompson Rivers University
805 TRU Way, Kamloops, BC V2C 0C8
jduchscher@tru.ca
250-377-6199 (Office)
Executive Director - Nursing The Future (newgraduates@nursingthefuture.ca)
WINN-NTF Conference Chair (www.winn-ntf.com/conference@winn-ntf.com)
NTF Email: newgraduates@nursingthefuture.ca
NTF Website: www.nursingthefuture.ca

Ek 32: Simülasyon Değerlendirme Anketinin Türkçe Çeviri İzni



Permission for Your Instrument Gelen Kutusu x

Merve Tarhan <mtarhan@medipol.edu.tr> 31 Ağu (4 gün önce)

Alıcı: samira.moughra.

Dear Dr. Samira

I am Merve Tarhan, I am a lecturer in the nursing department of the Istanbul Medipol University as well as a PhD student in the Department of Nursing Management at Istanbul University. I am writing this e-mail to you for your study. I have read your study on "The effectiveness of simulation in advancing quality and safety education for nurses-based competency in accelerated nursing students". Hereby I am requesting the instrument that you used and seeking your permission to use it in my doctoral thesis. I want to adapt to "The QSEN-based Simulation Evaluation Survey" into developed you Turkish. I really appreciate if you can consider it and hope to hear from you soon.

With best regards

Moughrabi, Samira M mycsunemail.onmicrosoft.com üzerinden 2 Eyl (2 gün önce)

Alıcı: bana

İngilizce › Türkçe İletiyi çevir İngilizce için kapat

Dear Merve,

You are welcome to use the instrument for your dissertation but please make sure you reference it in your work.
Best luck in your PhD and let me know how your study goes.
Best,

Samira Moughrabi PhD, RN, FNP, AGPNP, CNS

Sent from my iPhone

Ek 33: Kurum İzni I: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Tarih ve Sayı: 14/12/2017-469692

* B E 6 P A U F D Z *

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Dekanlığı

Sayı :74311748-302.08.01-
Konu :Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

HEMŞİRELİKTE YÖNETİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi yazımızda Fakültemiz Bilimsel Araştırmalar Komisyonunun 11.12.2017 tarihli, 2017/07 sayılı toplantısında kabul edilen, Fakültemiz Öğretim Üye ve Yardımcılarının Bilimsel Araştırma Konuları aşağıda sunulmuştur. Araştırma verilerini toplamak için sizinle iletişime geçen araştırmacıların etik kurul onayını sunmaları gerekmektedir.

Bilgilerinize saygılarımla rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Sevim BUZLU
Dekan

ARAŞTIRMA YAPACAK KİŞİ	ARAŞTIRMA KONUSU
Prof. Dr. Nuray ENÇ	Laboratuvarda Verilen Fizik Muayene Beceri Eğitiminin, Öğrencilerinin Beceri Yeterlilikleri Özgüven ve Memnuniyet Düzeylerine Etkisi
Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM	Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarının Güçlendirilmesinde Simülasyon Stratejisinin Etkisi
Yrd. Doç. Dr. Arzu Kader HARMANCI SEREN	Toplumsal Cinsiyet Rol Tutum Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması
Prof. Dr. Suzan YILDIZ	Hemşirelik, Hukuk ve Eğitim Fakülteleri Son Sınıf Öğrencilerinin Çocuk Haklarına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi
Prof. Dr. Ülkü BAYKAL	Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitim Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar: Nitel Bir Araştırma

DAĞITIM
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı
Hemşirelikte Eğitim Anabilim Dalı

Doğrulamak İçin:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BE6PAUFDZ

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Mahide İSLAMOĞLU Dahili 27111

Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli / İstanbul
Tel : (212) 224 26 18 Faks : (212) 224 49 90
e-posta : fnhf@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Ek-34: Kurum İzni II: İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

MEDİPOL UNV İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 44274237-302.08.01-E.43700
Konu : Merve TARHAN
Anket İzni

22/11/2017

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 13.11.2017 tarih ve 53891476-302.08.01-285409 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora Programı öğrencisi Merve TARHAN'ın, Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından da onaylanmış olan, ***"Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarının Güçlendirilmesinde Simülasyon Stratejisinin Etkisi"*** isimli tez çalışmasını, Fakültemizde uygulaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi arz ve rica ederim.

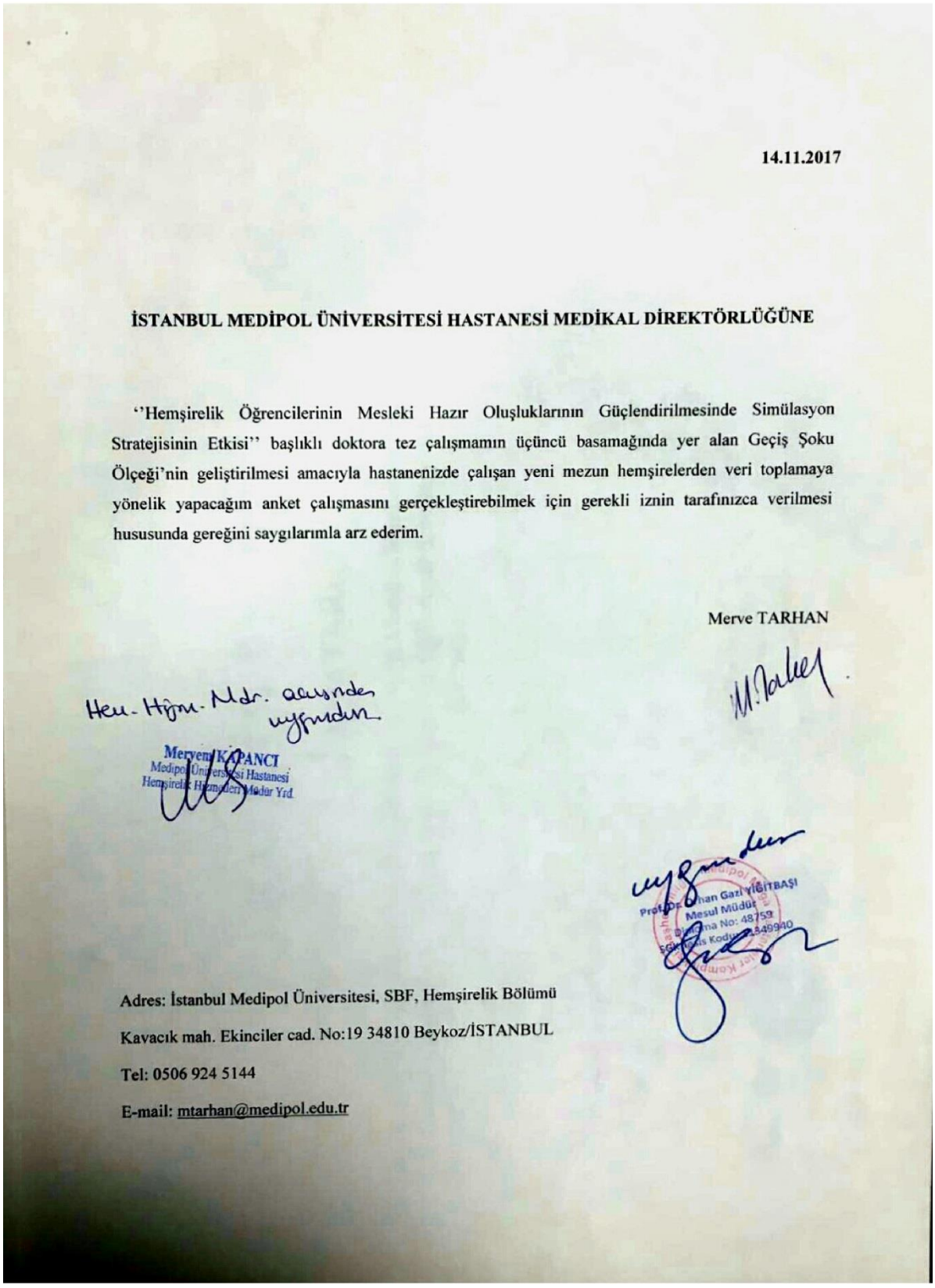
Prof. Dr. Erdoğan KUNTER
Dekan V.

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa gore Prof. Dr. Erdogan KUNTER tarafından 22.11.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden 936D7CF7X7 kodu ile dogrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 **Kavacık Kavşağı 34810**
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

Ek 35: Kurum İzni III: İstanbul Medipol Üniversitesi Hastanesi



14.11.2017

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ MEDİKAL DİREKTÖRLÜĞÜNE

''Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarının Güçlendirilmesinde Simülasyon Stratejisinin Etkisi'' başlıklı doktora tez çalışmamın üçüncü basamağında yer alan Geçiş Şoku Ölçeği'nin geliştirilmesi amacıyla hastanenizde çalışan yeni mezun hemşirelerden veri toplamaya yönelik yapacağım anket çalışmasını gerçekleştirebilmek için gerekli iznin tarafınızca verilmesi hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.

Merve TARHAN

Hem. Hiz. Md. adına uygundur.

Meryem KAPANCI
Medipol Üniversitesi Hastanesi
Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yrd.

uygundur

Prof. Dr. Orhan Gazi YİĞİTBAŞI
Mesul Müdür
Diploma No: 48759
Sağlık Bilgisi Kodu: 1349940

Adres: İstanbul Medipol Üniversitesi, SBF, Hemşirelik Bölümü
Kavacık mah. Ekinciler cad. No:19 34810 Beykoz/İSTANBUL
Tel: 0506 924 5144
E-mail: mtarhan@medipol.edu.tr

ETİK KURUL KARARI

MEDİPOL UNV İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

E-Imzalıdır

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 10840098-604.01.01-E.41686
Konu : Etik Kurulu Kararı

03/11/2017

Sayın Öğr. Gör. Merve TARHAN

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Hazır Oluşluklarının Güçlendirilmesinde Simülasyon Stratejisinin Etkisi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Ek:
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-Imza Kanununa gore Prof. Dr. Hanefi OZBEK tarafından 03.11.2017 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrağınızı https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza linkinden BC6CAE7FX7 kodu ile dogrulayabilirsiniz.

İstanbul Medipol Üniversitesi
Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44
İnternet: www.medipol.edu.tr
Ayrıntılı Bilgi İçin : bilgi@medipol.edu.tr

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
Değerlendirilen Belgeler	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	24.10. 2017		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.10.2017		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
Karar Bilgileri	**Karar No: 431**	**Tarih: 25/10/2017**		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna **"oybirliği"** ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇIŞIK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMSIRELIK OGRENCILERNIN MESLEKI HAZIR OLUSLUK ALGILARININ GUCLENDIRILMASINDE SIMULASYON STRATEJISININ ETKISI

ORIJINALLIK RAPORU

%15	%12	%7	%10
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1
2	Submitted to Istanbul Medipol Ãniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
3	www.qsen.org İnternet Kaynağı	%1
4	onlinelibrary.wiley.com İnternet Kaynağı	<%1
5	www.sciedu.ca İnternet Kaynağı	<%1
6	uhok2019.com İnternet Kaynağı	<%1
7	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	<%1
8	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	**Soyadı**	Tarhan
Doğ.Yeri	İstanbul	**Doğ.Tar.**	19.05.1985
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	21076518336
Email	mmervetarhan@gmail.com	**Tel**	0506 924 5144

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora	İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi	2015-……
Yük.Lis.	Haliç Üniversitesi	2008-2011
Lisans	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Florence Nightingale HemşirelikFakültesi	2003-2007
Lise	Çağlayan Lisesi	1999-2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Öğretim Görevlisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	2015-……
2.	Acil Hemşiresi	Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2008-2015
3.	Servis Hemşiresi	İstanbul Tıp Fakültesi	2007-2008

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**YÖKDİL Puanı**
İngilizce	İyi	İyi	İyi		76

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	82		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS	Çok iyi
AMOS	İyi

Yayınları

Tarhan M, Dalar L, Yıldırımoğlu H, Sayar A, Altın S. Bir eğitim araştirma hastanesi'nde çalişan sağlik personelinin organ nakli ve bağişina ilişkin görüşleri. Solunum Dergisi 2012; 14 (2): 84-92.

Tarhan M, Dalar L, Yıldırımoğlu H, Sayar A, Altın S. Zeytinburnu ilçesi'nde lise son sinifta öğrenim gören öğrencilerin organ nakli ve bağişina yönelik bilgi düzeyleri ve tutumlarina bilgilendirmenin etkisi. Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi 2012; 3 (2) : 27-35.

Tarhan M, Dalar L, Yıldırımoğlu H, Sayar A, Altın S. Hasta yakinlarinin organ bağişi ve nakli ile ilgili tutumlari ve sosyal profilleri arasindaki ilişki. Bakırköy Tıp Dergisi 2013; 9 (4) : 152-8.

Tarhan M, Hançer Ö, Polat F, Gökduman SA, Dalar L. Bir göğüs hastaliklari eğitim ve araştirma hastanesi'nde çalişan hemşirelerin noninvaziv mekanik ventilasyon hakkindaki bilgi düzeyleri: anket çalişmasi. Eurasian J Pulmonol 2015; 17(3): 163-70.

Tarhan M, Dalar L, Hançer F, Hançer Ö. Acil servislerde çalişan hemşirelerin şiddete maruz kalma sikliği ve sebepleri. Sağlık ve Toplum Dergisi 2015; 25(3): 59-70.

Tarhan M, Dalar L, Hançer Ö. Bir eğitim araştirma hastanesinde çalişan hemşirelerin farkliliklara ve farklilik iklimine yönelik algilarinin belirlenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2016; 18(1): 1-13.

Tarhan M, Gökduman SA, Ayan A, Dalar L. Nurses' knowledge levels of chest drain management: a descriptive study. Eurasian J Pulmonol 2016; 18: 153-9.

Tarhan M, Dalar L. Hemşirelerin ruh sağlığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016:1(2): 25-39

İspir Ö, Çelebi O, Elibol E, Çeribaş E, Açıkgöz G, Yeşilbaş H, Tarhan M. Türkiye'deki Hemşirelik Lisans Programlarında Yürütülen Hemşirelikte Yönetim Dersinin İncelenmesi. SHYD 2017; 2(4): 72-78.

Tarhan M., Doğan P. Hemşirelik öğrencilerinin bireysel yenilikçilik davranişlari ile otonomi düzeyleri arasindaki ilişki. HSP, 2018; 5(1): 51-58

Tarhan M., Aydın A., Ersoy E., Dalar L. The sleep quality of nurses and its influencing factors. Eurasian J Pulmonol 2018; 20(2): 78-84.

Doğan P, Tarhan M, Sunal N. Hemşirelik öğrencilerinin öğrenme stilleri ile kendi kendine öğrenmeye hazir oluşluk düzeyleri arasindaki ilişki ve etkileyen faktörler. DEUHFED 2018; 11 (3): 233-240.

Doğan P, Tarhan M, Kürklü A. Hemşirelik öğrencilerinin bireyselleştirilmiş bakim algilari ile ahlaki duyarliliklari arasindaki ilişki. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma 2018; 16(2): 55-6

Tarhan M, Doğan P, Yaman R, Dişci R. Yeni mezun hemşirelerin tibbi hata ve risklere yönelik farkindaliklarinin arttirilmasinda bir yöntem: ufak tefek hatalar odasi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi 2019; 6(3): 196-206