

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON YÖNTEMİNİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Hale SEZER

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Fatma ORGUN

İZMİR

(2014)

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON YÖNTEMİNİN
ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı Programı

Yüksek Lisans Tezi

Hale SEZER

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Fatma ORGUN

İZMİR
(2014)

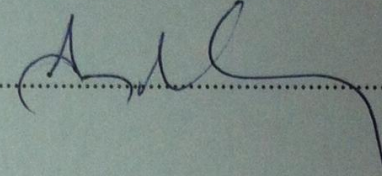
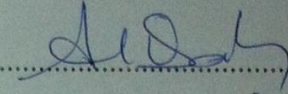
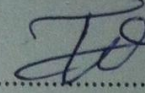
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

Başkan : Yard. Doç. Dr. Fatma ORGUN

(Danışman)

Üye : Doç. Dr. Ayşe Hilal Batı

Üye : Doç. Dr. Ayten ZAYBAK



Yüksek Lisans Tezinin kabul edildiği tarih: ..20.02.2014.....

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin yapılandırılmasında yol gösterici tutumu, verdiği destek ve yaptığı danışmanlıktan dolayı öncelikle tez danışmanım Sayın Yard. Doç Dr. Fatma ORGUN'a, verdikleri öneriler ile tez sürecimin yapılanmasında katkıları olan tez jüri üyeleri Sayın Doç. Dr. Ayşe Hilal BATI'ya ve Sayın Doç. Dr. Ayten ZAYBAK'a ve tez sürecimde katkılarını esirgemeyen Sayın Yard. Doç. Dr. Nilay ÖZKÜTÜK'e, Tez veri toplama araçlarının oluşumu sırasında değerli bilgi ve görüşlerini esirgemeyen tüm öğretim üyelerine,

Çalışmamda standardize hasta yakınına canlandıran, emeğini esirgemeyen canım arkadaşım Gülden Şen'e

Çalışmama gönüllü olarak katılan ve araştırmanın yürütülmesinde katkıları olan 2012-2013 öğretim yılı Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Fakültesi 2. sınıf öğrencilerine,

Bu süreçte yanımda olduğunu hissettiğim ve desteklerini esirgemeyen dostlarıma, canım Annem'e, Babam'a ve Ablam'a,

Beni hep destekleyen, varlıklarıyla yaşama sevincimi arttıran Canım Eşim ve Biricik Oğlum'a

Çok teşekkür ederim.

İzmir- 2014

Hale SEZER

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
BÖLÜM I	
1. GİRİŞ	
1.1.Problemin Tanımı.....	1
1.2.Araştırmanın Amacı	3
1.3. Hipotezler.....	4
1.4. Araştırmanın Önemi.....	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	6
1.6. Tanımlamalar.....	7
1.7. Genel Bilgiler.....	8
1.7.1.Simülasyon İle İlgili Kavramlar.....	8
1.7.1.1. Simülasyon Kavramı.....	8
1.7.1.2. Simülasyon Yönteminin Amaçları.....	10
1.7.1.3. Simülasyonun Tarihsel Gelişimi.....	11
1.7.1.4. Simülasyon Yönteminin Yararları.....	12
1.7.1.5. Simülasyon Çeşitleri.....	13
1.7.1.5.1. Düşük Düzeyde Gerçeklik Düzeyi Olan Simülatörler.....	14
1.7.1.5.1.1. Parça Görev Öğreticileri.....	15
1.7.1.5.1.2. Statik Mankenler.....	15
1.7.1.5.2. Orta Düzeyde Gerçekliği Yansıtan Simülatörler.....	16
1.7.1.5.2.1. Dokunmatik Sistemler/Kompleks Parça Görev Öğreticileri.....	16
1.7.1.5.2.2. Bilgisayar Destekli Simülasyon.....	17
1.7.1.5.2.3. Sanal Gerçeklik.....	17
1.7.1.5.3. Yüksek Düzeyde Gerçekliği Yansıtan Simülatörler.....	18
1.7.1.5.3.1. Hasta Simülatörleri.....	19
1.7.1.5.3.2. Standardize Hasta.....	20
1.7.1.6. Simülasyon Modeli.....	23
1.7.2. Hemşirelik Eğitimi.....	28

1.7.2.1. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon.....	34
--	----

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi.....	37
2.2. Veri Toplama Tekniği Ve Veri Toplama Araçları.....	37
2.2.1. Veri Toplama Araçlarının Tanıtımı.....	38
2.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı.....	46
2.4. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi.....	46
2.5. Bağımlı-Bağımsız Değişkenler.....	47
2.6. Veri Toplama Süreci.....	47
2.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
2.8. Araştırmanın Sayıtlıları.....	52
2.9. Etik Açıklamalar.....	52

BÖLÜM III

3. BULGULAR

3.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	54
3.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	61
3.3. Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test, Son Test Ve Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	67
3.4. Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Ve Hasta Eğitimi Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	72
3.5. Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulgular.....	75

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	78
4.2. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgularının İncelenmesi.....	79
4.3. Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test, Son Test Ve Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	79

4.4 Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Ve Hasta Eğitimi Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların İncelenmesi	88
4.5 Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi İle İlgili Görüşlerine İlişkin Bulguların İncelenmesi.....	90

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 Sonuçlar.....	93
5.2 Öneriler.....	94

BÖLÜM VI

ÖZET	96
-------------------	----

ABSTRACT	98
-----------------------	----

BÖLÜM VII

KAYNAKLAR	100
------------------------	-----

EKLER	114
--------------------	-----

EK I Tanıtıcı Bilgi Formu.....	114
--------------------------------	-----

EK II Bilgi Testi.....	116
------------------------	-----

EK III Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu.....	121
--	-----

EK IV Senaryo.....	123
--------------------	-----

EK V Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu.....	124
--------------------------------------	-----

EK VI-A Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu.....	126
--	-----

EK VI-B Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu.....	128
--	-----

EK VII Görsel Kıyaslama Ölçeği.....	130
-------------------------------------	-----

EK VIII Standardize Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	131
--	-----

EK IX A Öğrenci Hemşire Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	133
--	-----

EK IX B Öğrenci Hemşire Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	135
--	-----

EK X Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	137
---	-----

EK XI Hasta Eğitim Süreci Metni.....	139
--------------------------------------	-----

EK XII Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Kabul Yazısı.....	162
--	-----

EK XIII Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurul İzin Belgesi.....	163
---	-----

EK XIV Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Uygulama İzin Belgesi.....	164
---	-----

EK XV Ege Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulu Uygulama İzin Belgesi.....	165
ÖZGEÇMİŞ.....	166

TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1: Simülasyon Yönteminin Çeşitleri.....	14
Tablo 2: Uygulama Ve Kontrol Grubu Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Cronbach Alfa Değerleri.....	42
Tablo 3: Uygulama Gruplarının Standardize Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilen “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” Ve “Hasta Eğitimi Memnuniyet” Puanları.....	45
Tablo 4: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-1..	54
Tablo 5: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-2..	57
Tablo 6: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-3..	59
Tablo 7: Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-1.....	61
Tablo 8: Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-2.....	63
Tablo 9: Hastaların Hastanede Yatışları Süresince Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları.....	65
Tablo 10: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 11: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Son Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	67
Tablo 12: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	68
Tablo 13: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test, Son Test, Kalıcılık Testi Puan Ortalamalarına Göre Kazanç Puanlarının Dağılımı.....	68
Tablo 14: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması.....	69

Tablo 15: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 16: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Son Test-Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması.....	71
Tablo 17: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Puanlarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 18: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması.....	73
Tablo 19: Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu Puan Ortalaması.....	75
Tablo 20: Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formuna İlişkin Dağılımları.....	76

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Simülasyon Modeli.....	23
Şekil 2: Veri Toplama Süreci Aşaması.....	51



BÖLÜM I

GİRİŞ

1.1. PROBLEMİN TANIMI

Son yıllarda önemi giderek artan bir kavram olan güvenli bakım, toplumun ve sağlık çalışanlarının ilgisini çekmektedir (100). Hasta güvenliğini arttırmada insan hatalarına bağlı maliyetin azaltılması ve etik kavramı ile ilgili endişeler ile birlikte bugün hasta bakımında yetkin eleman noksanlığı ve güvenli bakım konusundaki olumsuzlukların giderilmesinde en etkili çözümün daha iyi ve daha etkin bir eğitim olduğu gerçeği ön planda tutulmaktadır (127,129).

Geçmişte eğitimciler, yetkin hemşireler yetiştirmede, teorik eğitim ile çeşitli klinik ortamlarda uygulama yapmanın yeterli olduğuna inanmaktaydılar. Bugün ise deneyimli hemşireler, yöneticiler ve eğitimciler; karmaşıklığı artan klinik ortamda çalışan öğrenci ve yeni mezunların birçoğunda eleştirel düşünme becerisinin eksikliğiyle karşılaşmaktadırlar (58).

Bu doğrultuda; kuramsal ve uygulamalı öğretim ve öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim olan hemşirelik eğitiminin amacı, tüm potansiyelini kullanabilen bireyler yetiştirmektir (120). Hemşirelik eğitimi, hemşireliğin rol ve işlevlerindeki değişimleri ve gelişimleri etkilerken, aynı zamanda bu değişimlerden de etkilenmektedir. Ancak şu yadsınamaz bir gerçektir ki geleneksel hemşirelik eğitiminde izlenen ve tıp bilimine, hastalıkların tedavisine, rutin hemşirelik işlevlerine odaklanan medikal model yerini giderek hemşireliğin kendine özgü bilgi birikimine dayalı bir hemşirelik felsefesine sahip olan hemşirelik eğitim modellerine bırakmaktadır (65). Bu süreçte hemşirelik eğitimi uygulamadan çok

kuramsal merkezli bir öğrenim haline dönüşmüş olup, hemşirelik öğrencileri kuramsal temeli hastane dışında almakta, sadece belli zamanlarda uygulama için hastanede bulunmaktadır (122).

Hemşire eğitimciler uygulama alanlarında engellerin olduğunu, bu nedenle öğrencilerin öğrenim deneyimlerinin standart tutulamadığının, uygulama alanlarında öğrencilerin işgücüne katıldıkları için istenilen hemşire yetkinliğine ulaşmada yetersizliklerin yaşandığının farkına varmışlardır (35,79).

Kuramsal temelli hemşirelik eğitiminde, hemşirelik öğrencileri hastalarla uygulama yapmadan önce hemşirelik becerilerini laboratuvar ortamında yapma fırsatını bulmaktadırlar. Buna rağmen uygulama ortamında daha az zaman geçirdikleri için hastalarla daha az karşılaşmakta ve hemşirelik becerilerini daha az uygulama şansı yakalamaktadırlar (122). Ayrıca uygulama alanlarında, hastaların hastanede kalış süresinin azalması, çok sayıda öğrencinin olması, yüksek riskli hastaların bulunması, hemşire sıkıntısı ve evde bakım olanaklarının artması gibi nedenlerden dolayı bazı öğrenci gruplarının sık rastlanan hastalık durumlarını görmeden mezun olmaları sonucunu doğurmaktadır. Bu durum mezun öğrenciler arasında farklılıklara neden olmakla birlikte öğrencinin yeterince iyi deneyimler yaşamasının sağlanmasını ve temel eğitsel yeterliliklerinin karşılanmasını da zorlaştırmaktadır (76, 100, 116, 122).

Bu süreçteki hemşirelik öğrencilerinin gerçek hasta ile deneyiminden sonra, tartışma ve geribildirimler yapılırsa uygulamanın yeterliliğinin daha iyi sağlanabileceği düşünülmektedir. Ancak, hemşirelik eğitim programları uygulama alanı olarak genellikle klinikleri kullanmakta ve uygulama alanlarının kısıtlılığı

nedeniyle kliniklerin yerine alternatifler aramakta olup, genellikle de öğrenciler bu sınırlı klinik alanlarda deneyim kazanmak zorunda kalmaktadırlar (76, 122).

Tüm bu sorunlarla birlikte hasta güvenliğinin ön planda olduğu tıp ve hemşirelik eğitimi için yapılan çalışmalar ve kliniklerdeki öğrencilerde görülen beceri eksiklikleri, mesleksi beceri laboratuvarlarında ve sınıf içi ortamlarda uygulanabilen simülasyon temelli eğitimleri gündeme getirmiştir (68).

Öğrenenleri klinik ortamda yakalanamayan fırsatlarla karşılaştırmak için etkili bir öğretim yöntemi olarak simülasyon; öğrenenlerde, klinik yargılamanın gelişmesini sağlamak ve özgüveni arttırmak için kullanılabilmektedir. Öğrenenler, öğrenme sürecinde yapısal odaklanma ile birlikte kendini izleme, uygulama hakkında danışmayı sağlayabilme ve klinik yapının içine entegrasyon potansiyeline de sahip olmaktadır (31).

Tüm bu bilgiler ışığında, günümüzde hemşirelik eğitimiyle daha güvenli bir bakım verilmesinde, gün ve gün artan hemşirelik öğrencilerinin sayısına, eğitim ortamlarının yetersizliğine rağmen, eğitim ortamının daha aktif hale getirilmesi ve bu süreçte öğrencilerin klinik uygulamalara daha iyi hazırlanmasının sağlanması için hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin kullanılması gerektiği düşünülmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışma, hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla yapılan deneysel bir çalışmadır.

1.3. HİPOTEZLER

H_{1,0}: Hemşirelik eğitiminde, simülasyon yöntemi halen kullanılan yöntemlerden daha etkin değildir.

H_{1,1}: Hemşirelik eğitiminde, simülasyon yöntemi halen kullanılan yöntemlerden daha etkindir.

H_{2,0}: Simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu puanları ile simülasyon yöntemiyle eğitim almayan öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_{2,1}: Simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu puanları ile bu yöntemle eğitim almayan öğrencilerin puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

H_{3,0}: Simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyetleri ile bu yöntemle eğitim almayan öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

H_{3,1}: Simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyetleri ile bu yöntemle eğitim almayan öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Bilimdeki ve hemşirelik bilgisindeki gelişmeler, daha uzmanlaşmış bir hemşire rolünün gelişmesi ve eğitim gereksinimlerindeki teknik alanların artması

hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımını ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte hasta yatış sürelerinin azalması, artan hasta duyarlılığı ve hemşire sayısındaki sıkıntı, bakımın kalitesi de tahmin edilemeyen klinik öğrenme ortamının sonucudur. Tüm bu faktörler artan öğrenci sayısı için klinik öğrenme deneyimlerinin yeterliliğini sağlamadaki sıkıntılı durumu ağırlaştırmaktadır (14).

Lisans programlarındaki sınırlı süre, klinik olanaklar ve hastaların yatış süresinin kısalması hasta bakımıyla birlikte klinik deneyim için fırsatları etkilemektedir (26). İlgili alan yazında sınırlı klinik deneyimi olan öğrencilerin klinik ortamda kaygı ve anksiyetelerinin arttığını, bu durumun da öğrenmelerini etkilediği belirtilmektedir (26, 44, 48, 100, 107, 126).

Bunların yanı sıra, sağlık bakım ortamındaki işverenin güvenlik talebi, yetkinlikler, profesyonellik, teknoloji ve bilimsel bilgidaki artan gelişmeler, azalan öğretim elemanlarıyla birlikte kayıtlanan öğrenci sayısındaki artış ve klinik yerlerdeki yarışın artması gibi birçok faktör uygun bir öğretim yöntemi olan simülasyona karşı ilgiyi arttırmıştır (20).

Simülasyon yöntemi, fizik muayene ve mankenler üzerinde mesleksen beceri eğitimi gibi psikomotor becerileri öğretme temel sağlığı değerlendirmek amacıyla standardize hastalar yardımıyla uzun yıllardır kullanılmaktadır (20).

Hemşire eğitimciler, uygulama alanlarında hataları azaltıp güvenliğini arttırmak için, hemşireliğin artan yetkinlik alanlarıyla birlikte simülasyon modellerini de kullanarak öğrenci hemşirelerin eğitiminin geliştirilmesine katkı vermektedirler (10). Literatür taraması sonucunda öğrenci hemşirelerin eğitiminin geliştirilebilmesine yönelik yurt dışı çalışmalar olmasına rağmen (21, 47, 52, 55,

61, 71, 100) ülkemizde bu konuda sınırlı sayıda çalışmalar yapılmıştır (10, 64, 85, 96).

Hemşirelik eğitiminde hasta güvenliği için etkili bir eğitim aracı olarak kullanılırken, güvenli öğrenme ortamında hemşirelik becerilerinin gelişmesini, klinik muhakemenin arttırılmasını, eleştirel düşünme ve geribildirim verebilme becerisinin gelişmesini, kendine güvenin artmasını sağlamakta, güvenli bir öğrenme ortamında aktif öğrenmelerine yardımcı olmaktadır (26).

Bu bağlamda bu çalışmanın hemşirelik eğitiminde de simülasyon yönteminin kullanılmasının yararı konusunda farkındalık yaratarak hemşirelik literatürüne yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

1.5. SINIRLILIKLAR

Simülasyon yöntemi ile ilgili öğrenci hemşireler üzerinde ülkemizde yapılan çalışmaların sınırlı olması, deneysel çalışmalarda araştırmadan çekilme durumunun bir grupta daha fazla görülebilmesi ve sonuçların sadece benzer gruplar ve benzer alanlar için genellenebilecek olması araştırmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır.

Simülasyon yönteminin daha anlaşılır uygulanabilmesi için 66 öğrenci tesadüfi yöntemle belirlenmiş olup uygulamaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırma kriterlerine uymayan öğrenci hemşireler çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

Uygulama süreci içerisinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hastane uygulamasına dönüşümlü olarak çıkmaları ve bu nedenle hafta içi yalnız bir gün okulda olmaları verilerin toplanma sürecinde gruplara ulaşmayı zorlaştırmıştır.

Çalışmadaki karıştırıcı faktörleri göz ardı etmek adına eğitim sonrası öğretim elemanı ve akranın vereceği simülasyon yöntemi ile ilgili sözel geri bildirimler çalışma kapsamına alınmamıştır.

1.6. TANIMLAMALAR

Simülasyon: Simülasyon gerçekte var olan görevlerin, ilişkilerin, fenomenlerin, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanmaktadır (78).

Standardize Hasta: Bazen simüle hasta olarak da ifade edilebilen standardize hasta, hasta rolünü oynayan ya da sağlık uygulayıcılarına belirli hastalıkları sunmak için aktörlük yapan kişilerden oluşmaktadır (56).

Hemşirelik Eğitimi: Kültürel ve mesleki bilgi, klinik ve kavramsal beceri ve bireyin değerler sistemi üzerine temellenen teorik ve uygulamalı öğretim ve öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim olarak tanımlanmaktadır (65).

Hasta Eğitimi: (Amerikan Aile Hekimleri Eğiticileri Topluluğu) Sağlığı geliştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tutumların değiştirilmesidir (92).

Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır (29, 124).

1.7. GENEL BİLGİLER

1.7.1. SİMÜLASYON İLE İLGİLİ KAVRAMLAR

1.7.1.1. Simülasyon Kavramı

Simülasyon, 1930'dan beri denizde, havayollarında ve eğitimde kullanılmakta olup hemşirelikte ise son birkaç yıldır kullanılmaktadır. Simülasyon sürecinde, psikomotor beceri öğretiminde kullanılan statik mankenlerden, bilgisayar destekli hareket eden mankenlere doğru bir geçiş yapılmıştır. Bu yöntem ile öğrencilerin sınıf içersinde gerçekçi durumları kavrama fırsatı sağlanmıştır. Hemşire eğitimciler öğrencileri güçlendirmede, öğretmenin bir yolu olarak bu yöntemi kullanmaktadırlar (100). Bu yöntem sağlık çalışanlarına verilecek eğitimin etkinliğini de arttırmaktadır (129).

Simülasyon, öğrencilere gerçekçi koşullarda hasta simülatörleri, canlı modeller, sanal gerçekçi simülatörler ortamında uygulamalar yapma olanağı vermekte, video ve uzman anlatımları yoluyla geri dönüşler tekrarlama fırsatları kazandırmaktadır. Simülasyon sadece belli bir becerinin uygulama evresinde insani hata olasılığını azaltmakla kalmamakta gerçek hasta üzerinde herhangi bir tehlikeye yol açmadan klinisyenin, çoğu kez takım çalışmasına katılanların tamamının zor prosedürlerden başarıyla çıkmasına elverişli ve güvenli bir ortamı var etmektedir (129). Böylece simülasyon sadece etkili öğretim yöntemi olmakla kalmayıp ayrıca katılımcıların eğlenmesini de sağlamaktadır (100).

Simülasyon, gerçek yaşam durumlarında aktif katılımıla birlikte problem çözme becerisini en iyi şekilde öğrenmesini de sağlayarak yetişkinler için uygulanabilecek ideal bir öğretim yöntemidir (75).

Simülasyon, sınıf içinde öğrencilerin bir olayı gerçekmiş gibi ele alıp, üzerinde eğitici çalışma yapmalarına olanak sağlamaktadır. Gerçek durumların önemli boyutları, bir modelde özel olarak belirlenmektedir (125).

Simülasyon yöntemi, gerçek yaşamdan alınan bir problemin, bir durumun, bir olayın ya da bir maddenin yeniden canlandırılması ve bunu yaparken olası tehlikeli durumların ortadan kaldırılması olarak da ifade edilmekle birlikte farklı birçok tanımı da yapılmaktadır (78).

Diğer bir ifadeyle simülasyon, benzetim olarak da isimlendirilmekte olup gerçekte var olan görevlerin, ilişkilerin, fenomenlerin, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanmakta ya da özellikle eğitimde kullanılmak üzere herhangi bir davranış, durum ya da süreçle eş koşullar yaratılması olarak tarif edilmektedir (37, 78).

Simülasyon bir düşünce değil, bir hareket, bir olay olarak da ifade edilmektedir. Öğrenciler, bu olaya katılarak ve ona şekil verip problem çözerek karar vermektedirler. Bu açıdan analiz, sentez ve değerlendirme yapmak gerekmektedir. Simülasyon, öğrenmeyi soyutluktan kurtarmakta, somut ve yaparak yaşayarak öğrenmeyi sağlamaktadır. Etkinliği ise kullanılan modelin başarısı ile doğru orantılı olmaktadır (125). Eğitim deneyiminin devamı için uygun bir seçenek olan simülasyon, ders programı içerisinde tutarlılığa izin verir ve öğrencilerin hemen geribildirim vermelerini sağlar (100).

Simülasyon yönteminin amacı güvenli ve gerçekçi bir eğitim ortamı oluşturmaktır. İnsanlar için tamamen risksiz, ciddi ve nadir kriz ortam

senaryolarının geliştirilmesine izin vermektedir. Diğer bir amacı ise karışık ortamları canlandırma ve anlamının gelişmesi için maliyet etkin bir eğitim sağlamaktır. Simülasyon teknolojisi basitleştirilmiş modeller sağlayarak daha etkili öğrenmeyi arttırmaktadır (97).

Simülasyon, klinik gerçeklikte taklit ve aktiflikle öğrenim sürecini kolaylaştırabilmektedir (31). Öğrenme sürecinde öğrenci katılımını sağlayan simülasyon yöntemi, öğrencinin anlamasını kolaylaştıran ve profesyonel anlamda psikomotor ve kognitif becerilerini kullanmasını sağlamaktadır (11). Öğrencileri, güvensizlikten uzaklaştırmada ve kendileri gibi davranmalarına yardım etmede gerçeğe eşit olan çevre ve atmosfer yaratılmalıdır (54, 104). Bu öğrenim sürecinde öğrenenler, dolaylı olarak klinik uygulamanın boyutlarını deneyimleme fırsatlarına sahiptir. Simülasyon, gerçek yaşam aktivitelerini sınıf ortamına getirerek, gerçek yaşam olayları ile bağlantı kurulmasına yardımcı olmaktadır. Bu tür uygulamalar derin ve transfer edici öğrenme için temel kabul edilebilmektedir.

1.7.1.2. Simülasyon Yönteminin Amaçları

Simülasyon yönteminin amaçları aşağıda sıralanmıştır (74, 125);

- ❖ Tutum geliştirme
- ❖ Bazı davranışları geliştirme
- ❖ Bireyleri, ileride alabilecekleri rollere hazırlama
- ❖ Bireyleri üstlendikleri roller hakkında aydınlatma
- ❖ Bireylerin, bildikleri prensipleri hayata geçirebilme becerilerini geliştirme
- ❖ Karışık problemleri ya da olası zor durumları çözme yetisini verme

- ❖ Daha önce düşünülmemiş bir rolün, bireyin hayatını nasıl etkileyebileceğini gösterme, bireyleri motive etme
- ❖ Analiz ve sentez yapabilme becerilerini geliştirme
- ❖ Diğer bireylerin varlığına karşı duyarlılık sağlanması
- ❖ İletişimi geliştirmedir.

Bu amaçların gerçekleşmesi için üzerinde çalışılan konuya uyumlu olan simülasyon yönteminin seçimi önem taşımaktadır (125).

1.7.1.3. Simülasyonun Tarihsel Gelişimi

Simülasyonun tarihsel gelişimine bakıldığında 5000 yıl öncesine kadar uzanmakta olup WEICH olarak bilinen ilk simülasyonlar Çin savaş oyunlarından gelmektedir. Bu oyunlar daha sonra ordu ve donanma stratejilerinin gelişimini sağlamak amacıyla da kullanılmış olup 1800'lü yıllardan itibaren ordu planlarının düzenlenmesi ile simülasyon kullanılmıştır (78).

Simülasyonda ikinci gelişme, 1929 yılında Edward Link tarafından geliştirilen ilk uçak simülatörü ile atılmıştır. 1949'da ücretli eğlence sürüşleri için tasarlanan Link'in simülatörü, ordu ve ticari havacılık alanında eğitim ve değerlendirmelerde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Kovboyların yarışma yaptığı hareketli taklit bizon makineleri, bir şehrin trafik akışını planlayan simülatörler, askeri amaçlı simülasyonlar, insanları taklit eden robotlar gibi pek çok benzer simülatör bunlara örnek olarak sayılabilir (78). Tıpta simülasyonun kullanımı 1950'li yıllarda başlamış, ilk tıp simülatörleri 16-17. yüzyılda “phantom” olarak isimlendirilen manken olmuştur. Bebek ve anne ölümlerini azaltmak amacı ile obstetrik becerilerin eğitimi ve sınanmasında kullanılmıştır (28, 77, 78) Sağlık

alanında simülasyonda ilk önemli çıkış 20. yüzyılda anesteziistler ve endüstrinin ortak çalışma ürünü olan Ressusi-Anni ile olmuştur. Bu model, resusitasyon ve temel beceri eğitimi açısından diğer maket ve modellere örnektir (28, 128). Bu alandaki ikinci gelişme 1960'larda Abrahamson ve Denson tarafından üretilen ilk insan simülatörü Sim One'dır. Kalp atımı ve senkronize karotis nabızı olan bu simülatör, insan hareketlerini taklit etmekte, ağzını açıp kapamakta, gözlerini kırpmakta, damar içi gaz ve ilaç uygulamalarına cevap vermekte ve kan basıncı ölçülebilmektedir fakat yaygınlaşamamıştır. 1980'li yıllarda Stanford ve Florida Üniversitelerinden iki grup, üst düzey simülatör üretimi üzerinde çalışarak David Gaba önderliğinde Comprehensive Anaesthesia Simulation Environment (CASE), Michael Good ve JS Gravenstein önderliğinde ise Gainesville Anaesthesia Simulator (GAS) adı ile bilinen anestezi simülatörleri geliştirilmiştir (28, 51,78).

Üçüncü gelişim 1990'lı yıllarda tıp eğitimi reformu ile gerçekleşerek simülasyonun tıp öğrencilerinin eğitim ve değerlendirilmesinde kullanımı ile olmuştur. Önceleri pahalı olmaları nedeni ile klinik beceri laboratuvarlarında kullanılan simülatörler, bugün yaygınlaşarak mezuniyet sonrası ve mezuniyet öncesi eğitim programlarının vazgeçilmez parçası haline gelmiştir (28, 78).

1.7.1.4. Simülasyon Yönteminin Yararları

Simülasyon yönteminin eğitim ortamına ve öğrencilere sağladığı yararlar aşağıda sıralanmıştır (58, 74, 76).

- Her öğrencinin öğrenmesine fırsat tanır.
- Eşitlikçi bir öğrenme ortamı sağlar.
- Eğitimin farklı öğrenme stillerine hitabeden ortamlarda gerçekleştirilmesine yardım eder.

- Güvenli öğrenme ortamı sağlayarak hemşirelik becerilerinin gelişmesi ve klinik muhakemenin arttırılmasına olanak sağlar.
- Klinik ortam gerçekmiş gibi canlandırılır.
- Hasta güvenliği için tehlikeleri ortadan kaldırır.
- Aktif öğrenme gerçekleşir.
- Çok özel ve nadir görülen hasta durumları gerçekleştirilebilir.
- Hatalar hemen düzeltilebilir ve tartışılabilir.
- Tüm öğrenciler için tutarlı ve karşılaştırılabilir deneyimler gerçekleştirilebilir.
- İletişim, takım çalışması ve yetkilendirmeler gerçekleştirilebilir.

1.7.1.5. Simülasyon Yönteminin Çeşitleri

Gerçeği yansıtma düzeyi ile ilgili çeşitli olan ve hemşirelik eğitiminde kullanılan simülasyon teknolojisi, simüle edilen nesnenin çeşitli unsurlarının gerçekçi yapısal ve fonksiyonel derecesiyle çeşitlenmektedir (58).

Gerçeği taklit etmek için çeşitli becerilerle birlikte birden fazla simülatör türü bulunmaktadır. Gerçeklik düzeyi arttıkça gerçekçi hasta özellikleri de artmaktadır. Yüksek düzeyde (High Fidelity) gerçekliği yansıtan simülatörler karmaşık interaktif kapasiteleri olan ve farmakolojik ve patofizyolojik yanıtlar veren, doğru anatomiye sahip mankenlerdir (26).

Simülasyon yöntemi gerçeği yansıtma düzeyine göre düşük, orta ve yüksek olmak üzere üç çeşitten oluşmaktadır (14, 19, 20, 38, 58, 81, 97. 102).

Tablo 1. Simülasyon Yönteminin Çeşitleri

Simülasyon Çeşitleri			
Gerçeği yansıtırma düzeyi	Çeşit	Kullanım	Kullanım örneği
Düşük	Parça görev öğreticileri (Part task trainer)	Demonstrasyon uygulamaları	Pelvik muayene mankenleri, CPR mankenleri, basit mankenler intravenöz kollar vb.
	Statik Mankenler		Yatak banyosu, enjeksiyon alanları
Orta	Dokunmatik Sistemler/Kompleks Parça görev öğreticileri	Göster- yap uygulamaları	İntravenöz uygulama simülatörü, (intravenöz katateri uygularken hissedilebilen ve gerçekçi görsel ipuçları verebilen)
	Bilgisayar Destekli Simülasyon	Öğrenenin öğrenme, karar ve geribildirim alabilmesinde	Kardiyak arrestli bir hastanın durumunu yönetme
	Sanal Gerçeklik	Çoklu duyuşsal deneyimleri yaşatmak	Online hastaneler ve topluluklarda
Yüksek	Hasta Simülatörleri	Kriz yönetimi eğitimi,	Etkileşimle değişebilen ses, kalp atışı, kan basıncı ve diğer fizyolojik bulguları içeren tam vücut mankenleri,
	Standardize Hasta	Kişiler arası iletişiminin öğretilmesi, fiziksel muayene, öykü alma	Standardize hasta (eğitilmiş oyuncu ile rol-play)

1.7.1.5.1. Düşük Düzeyde (Low Fidelity) Gerçeklik Düzeyi Olan Simülatörler

Düşük düzeyde gerçekliği yansıtan simülasyon, oldukça spesifik alanlardan çok yönlü alanlara, hemşire ile hastanın karşılaştırıldığı yere kadar bir çok beceri eğitimi için hemşirelik eğitiminde kullanılmaktadır (97). İş ve beceri eğiticileri; öğrencilerin tanımlanmış beceri alanına göre, örneğin enjeksiyon tekniklerinin

gelişimi için kola ya da CPR eğitimi için baş ve göğüs modellerine odaklanmalarına izin vermektedir (122).

Düşük düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler, uzun zamandır hemşirelik eğitimi laboratuvarlarında kullanılmalarına rağmen, orta ve yüksek derecede gerçeği yansıtan simülatörler klinik becerilerinin ve eleştirel düşünmenin test edilmesi ve gelişmesi için değerli bir araç olarak görülmektedir (14).

Düşük düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler genel olarak parça görev öğreticileri ve statik mankenler olmak üzere iki çeşitten oluşmaktadır (14, 38, 102).

1.7.1.5.1.1. Parça Görev Öğreticileri (Part Task Trainer)

Belirli becerilerin demonstrasyonunun yapıldığı anatomik bedenin bir bölümünü içeren mankenlerdir (102). Basit psikomotor becerileri öğretmek için kullanılmaktadır (38). İntravenöz katater uygulaması için kullanılan kol mankenleri, üriner kateter uygulaması için kullanılan pelvis maketleri, stoma bakımı için kullanılan abdominal mankenler, kardiyopulmoner resüsitasyon için kullanılan resusitasyon gövdeleri parça görev öğreticilerine örnek olarak verilebilir (14, 38, 102).

1.7.5.1.1.2. Statik Mankenler

Becerilerin uygulanması için tasarlanmış çoğaltılabilen ve hareket edebilen external anatomiye sahip tüm vücut mankenleridir. Oyuncak bebeklere benzemektedir yani interaktif kapasiteleri yoktur. Tüplerin yerleştirilmesi, banyo yapımı, enjeksiyon tekniklerinin demonstrasyonu gibi uygulamalar örnek olarak verilebilir (14, 102).

1.7.1.5.2. Orta Düzeyde Gerçekliği Yansıtan Simülatörler (Medium Low Fidelity)

Orta düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler, biraz daha gerçeklik sağlamakta olan tam vücut mankenleridir. Bu mankenler, yazılım eklenerek dışarıdan ve taşınabilir cihazlarla kontrol edilebilmektedir. Solunum sesleri, kalp sesleri, palpe edilebilen nabız ve kan basıncı özelliklerine sahip, öksürebilen, inleyebilen ya da basit sözel iletişim kurulabilen mankenlerdir (14, 122). Orta düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler, yüksek düzeyde gerçekliği yansıtabilen simülatörler gibi değişikliklere yanıt oluşturmaya programlı değildir (122).

Orta düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler genel olarak dokunmatik sistemler/kompleks parça görev öğreticileri, görüntüye dayalı simülasyon ve sanal gerçeklik olmak üzere üç çeşitten oluşmaktadır (14, 38, 102).

1.7.1.5.2.1. Dokunmatik Sistemler/Kompleks Parça Görev Öğreticileri

Dokunulduğunda hissedilebilen ve görsel geribildirim verebilen, görsel gerçekliğe sahip olan mankenlerdir. Örneğin intravenöz uygulama simülatörü, intravenöz katateri uygularken hissedilebilmekte ve gerçekçi görsel ipuçları verebilmektedir (102). Pelvik muayene sırasında bu mankenlerde var olan sensörler yardımı ile öğrenenin uyguladığı basıncın miktarı, hangi alanlara ulaştığını ve uygulaması hakkında eğitimciye geribildirim vermektedir. Böylece eğitici öğrenenin doğru bir şekilde uygulamayı gerçekleştirip gerçekleştirmediğini değerlendirebilmektedir (38). Laparoskopi, endoskopik girişimlerde, kliniklerde, uzmanlık eğitiminde kullanılabilmektedir (78).

1.7.1.5.2.2. Bilgisayar Destekli Simülasyon (Screen based Simulation)

Öğrenenin öğrenebildiği, klinik karar verebildiği ve geribildirim alabildiği bir yazılımdır (102). İnsan fizyolojisine göre düzenlenmiştir. Bilgisayar programının çeşitliliği doğrultusunda, öğrenenler verilen bilgileri kullanarak klinik karar alıp uygulayabilmekte ve bunun sonuçlarını görebilmektedir. Ayrıca uygulama boyunca ve sonrasında program sürekli geri bildirim vermektedir. Bilgisayar destekli eğitim programları ya da web tabanlı programlar ucuzdur, bireysel ya da grup üzerinde tekrar kullanılabilir. Örneğin, kardiyak arrestli bir hastaya bilgisayar destekli simülasyon yönetimi kullanılarak müdahale edilmesi gibi (38).

Klinik ve klinik öncesi eğitimde sıklıkla kullanılan bilgisayarlar ve CD-ROM'lar gibi bilgisayar destekli simülasyon ile öykü alma ve fizik muayene, kardiyolojide kalp seslerinin duyulmasına yönelik ya da akciğer muayenesinde oskültasyon becerilerine yönelik eğitimler verilebilmektedir (78).

Bilgisayar destekli simülasyonda öğrenciler kendi hızlarında çalışabilmekte, güvenli bir ortamda yanlış yapabilmekte, her öğrenci için aynı deneyimler yaşatılabilmekte, bilişsel ve duyuşsal öğrenme sağlanabilmekte ve simülasyon süresince hemen geri bildirim alınabilmektedir (81).

1.7.1.5.2.3. Sanal Gerçeklik

Bilgisayar tarafından yaratılmış bir ortamda öğrenene çoklu duyuşsal deneyimleri yaşatmayı sağlamaktadır. Örneğin, online hastaneler ve topluluklarda, gerçek zamanda hasta ile öğrenci iletişime geçebilmektedir (102). Bu tip bir sanal gerçeklik modeli, ticari olarak bulunmaktadır. Öğrenci istediği yer ve zamanda,

internet tabanlı ve interaktif sanal dünyayı kullanarak kendini geliştirebilmektedir (81).

1.7.1.5.3. Yüksek Düzeyde Gerçekliği Yansıtan Simülatörler (High Fidelity)

Yüksek düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler belirti ve bulgularla daha çok bütünleşmiş, daha kapsamlı programlanmışlardır. İlaçlar bilgisayarda taranabilmektedir ve ilaca fiziksel reaksiyon, bu modeller tarafından ortaya konulabilmektedir (122). Bu simülatörler, çok spesifik görevler için geliştirilmiştir. Tüm ameliyathane odalarını içeren simülasyonla tıbbi ekibin kriz yönetimi eğitiminin sağlanması bu düzeyde simülasyon için örnek olarak verilebilir (58).

Hemşirelik eğitiminde yüksek düzeyde gerçekliğe sahip olan simülatörün dahil edilmesi son yıllarda hızla gelişmekte olup, hemşirelik eğitiminde geniş bir kavramı temsil etmektedir (82). Çünkü yüksek düzeyde gerçekliğe sahip olan simülatörler, geleneksel olarak klinik hemşirelik eğitiminde kullanılan deneysel öğrenmeyle ilişkilendirebilmektedir (75).

Yüksek düzeyde gerçekliğe sahip olan simülatör deneyimlerinin, teori ile uygulama arasında köprü işlevi görerek, derslerde öğrenilen teoriği simülasyonla uygulamaya dönüştürmesi önemlidir. Bu nedenle güvenli ve planlanmış uygulamalarda bir yol sağlamak için yüksek riskli sanayilerde standart bir eğitim olarak düşünülmüştür. Sağlık profesyonelleri, psikomotor beceriler ve fiziksel muayene, öykü almayı öğretmede yıllardır eğitimde standardize hasta ve mankenler kullanmaktadırlar (20, 26).

Bu simülatörler daha gerçekçidir ve bireyselliğe izin veren programlanmış senaryolar, gerçek zamanlı etkileşimler, ipucu verebilen ve bilgisayarla kontrol edilebilen yazılımlara sahiptir. Yüksek düzeyde gerçeklik düzeyi olan simülatörler

kullanıcının fizyolojik parametreler kurmasına izin vermekte olup öğrencilerin etkileşimleriyle değişebilen ses, kalp atışı, kan basıncı ve diğer fizyolojik bulguları sunmaktadır (14).

Klinik becerilerin yüksek düzeyde gerçekliğe sahip olan simülatörlerle öğrenilmesindeki avantajları,

- Problemin zorluğunu planlayarak basamak basamak artırma
- Sınırsız tekrarlama
- Anında geribildirim
- Öğrenenlerin kendi hızlarında öğrenmelerini sağlamaktır.

Ayrıca ilgili alan yazında öğrenenlerin yüksek düzeyde gerçekliğe sahip simülatörlerle klinik senaryolarda uygulama yaptıktan sonra klinik ortamlarda daha az anksiyeteye sahip oldukları belirtilmektedir (26).

Yüksek düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler genel olarak hasta simülatörleri ve standardize hasta olmak üzere iki çeşitten oluşmaktadır (14, 38, 102).

Simülasyonun tüm formlarının kullanımı (standardize hasta, parça görev öğreticiler, bilgisayarlı mankenler) bu değişimin gerekli elementleridir ve gelecekte simülasyonun en etkili formlarından birisi olan yüksek düzeyli gerçeği yansıtan hasta simülatörlerinin daha fazla kullanılacağı düşünülmektedir (80).

1.7.1.5.3.1. Hasta Simülatörleri (Patient Simulator)

Gerçekçi fizyolojik yanıtlar verebilen interaktif mankenlerdir. Örneğin solunum, nabız, kalp ve solunum sesleri, idrar çıkışı, pupil reaksiyonları verebilmektedir. Daha üst modelleri ise simülasyon uygulaması süresince öğrenen tarafından yöneltilen sorulara yanıt verebilmekte ve iletişim kurulabilmektedir. Bu

simülasyon çeşidi ile yoğun bakım, kardiyak bakım, doğum becerileri, eleştirel düşünme, klinik karar vermeyi öğretilmektedir (38, 81).

Kısacası, hasta simülatörleri bilgisayar teknolojisi ile birlikte kullanılmakta, öğrenenlere kalp hızı, kan basıncı, nabız gibi fizyolojik veriler verebilmekte, klinik duruma göre planlanabilmekte, kalp krizi, şok gibi durumlarda tedaviye yanıt verebilmektedir. Ayrıca yaşlılık, hamilelik, doğum, çocuk ve prematüreyi içeren yaşam döngüsüne göre planlanmış mankenleri ve yazılımları içermektedir (102).

1.7.1.5.3.2. Standardize Hasta

Standardize hasta yöntemi sağlık alanında eğitim alan öğrencilerin eğitimlerinde ve değerlendirme biçimlerinde değişikliklere neden olmuştur. Standardize hasta yönteminin kabul edilmesi yaygınlaşmış ve araştırmaların büyük bir çoğunluğu bu alanda yapılmaya başlanmıştır. Tıp öğrencilerinde klinik becerilerini değerlendirmede bir rutine dönüşmüştür. Lisans ve sertifika programlarında anahtar bir kavram olmuştur (23).

İlk olarak standardize hastalar, 1960'larda Howard Barrows'un tanıtmasından bu yana, sağlık personelinin iletişim becerileri de dahil olmak üzere klinik becerilerinin öğretilmesi, uygulanması ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (23, 42, 56, 123, 130).

Standardize hasta yöntemi ile öğretimin önemli bir amacı öğrencileri hasta gibi rol yapan biri ile gerçek ortamlar sağlayarak karşılaştırmaktır (126).

Standardize hasta, bazen simüle hasta olarak da söylenebilmesine rağmen belirli bir hastalık öyküsünü tam ve tutarlı bir şekilde betimlemek ve öğrenci performansını değerlendirmek üzere eğitim almış bir bireydir (42). Bu yönüyle simüle hastadan ayrılır. Simüle hasta, hasta rolünü oynayan ya da sağlık uygulayıcılarına belirli hastalıkları sunmak için aktörlük yapan kişilerden

oluşmaktadır (56). Aktörler öğrenciyle birlikte etkileşimlerinden aralıklı yanıtlar almakta ve senaryo içerisinde yer alan tıbbi, sosyal ve kişisel bilgiler tarafından yönlendirilmektedir. Simülasyonu canlandırırken, standardize hasta simüle edilen hastanın sadece hikayesini değil, tüm beden dilini, fiziksel bulgularını, duygusal ve kişisel karakteristik özelliklerini de göstermektedir (130).

Standardize hasta, temel iletişim becerilerinin eğitiminde sıklıkla kullanılmakla birlikte kullanım alanı oldukça geniştir. Hasta (öykü alma, fizik muayene, gibi), süreç (ekip çalışması, öz yönelimli öğrenme gibi) ve ortam merkezli (liderlik gibi) becerilerin eğitiminde bu yöntem başvurulmaktadır (42, 78). Simüle hastaların eğitilebilecekleri ve canlandırabilecekleri birçok belirti ve bulgu ile ilgili de çalışmalar bulunmaktadır (42).

Standardize hastaların iletişim becerileri eğitiminde kullanımı, görüşmelerin tamamı ya da belirli bölümlerinin öğrencilerce birçok kez tekrar edilebilmesi, görüşmelerin standart bir içerikte olması, görüşmenin öğrenci düzeylerine göre çeşitlendirilebilmesi, özel durumların ve zor şartların yaratılabilmesi, her zaman kullanılabilir olması, zaman kazandırması ve belki de en önemlisi hasta gözüyle geribildirim verilebilme olanaklarını sunmaktadır (42).

Standardize hastaların gerçek hasta kullanımına göre uygunluk, sunulan şikayetin kontrolü, hasta üzerindeki tıbbi tedavi sonucunda meydana gelebilecek herhangi bir tıbbi durum, hastalık ya da olumsuz aktivitenin azaltılması gibi üstünlükleri vardır. Bununla birlikte gerçek yaşam koşullarının olmaması, sınırlı sayıda sorunun sunulması, iletişim güçlüğü olan ve sorunlu hastalarla görüşme yapma olasılığının azlığı gibi bazı sınırlılıkları da vardır (20, 116). Bu yaklaşımın önemli bir üstünlüğü ise standardize hastaların öğrencilere, hasta bakış açısını yansıtarak geribildirim verebilmesidir. Hasta geri bildirimleri, dikkatleri öğrencinin

kişilerarası becerilerinde güçlü ve zayıf yönlerini yönlendirmekte çok değerli bir yöntem olarak kullanılmaktadır (116).

Standardize hasta yöntemi kullanılarak, öğrenciler sadece klinik beceriler kazanmakla kalmaz, ayrıca diğer bilişsel becerilerini de geliştirirler. Birçok çalışmada iletişim ve psikomotor beceriler üzerinde standardize hasta yönteminin etkinliğine rağmen, çok azı klinik karar vermede standardize hasta yönteminden bahsetmektedir. Çünkü standardize hasta yöntemi öğrencilere gerçek durumlardaki hasta problemlerini anlamalarında yardımcı olmaktadır (126).

Ayrıca hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan birçok çalışmada standardize hasta yönteminin, fiziksel değerlendirme becerisi, temel hemşirelik becerileri ve iletişim becerileri üzerindeki etkinliği belirtilmektedir (33, 101, 126).

Standardize hasta yöntemi kullanılan çalışmalarda öğrenciler, bu çalışmanın öğrenmelerini kolaylaştırdığını, aktif çalışmanın son derece zevkli olduğunu ve teorik bilginin pratiğe aktarılması konusunda faydalarını ifade etmektedirler (34).

Standardize hasta kullanımının avantajları;

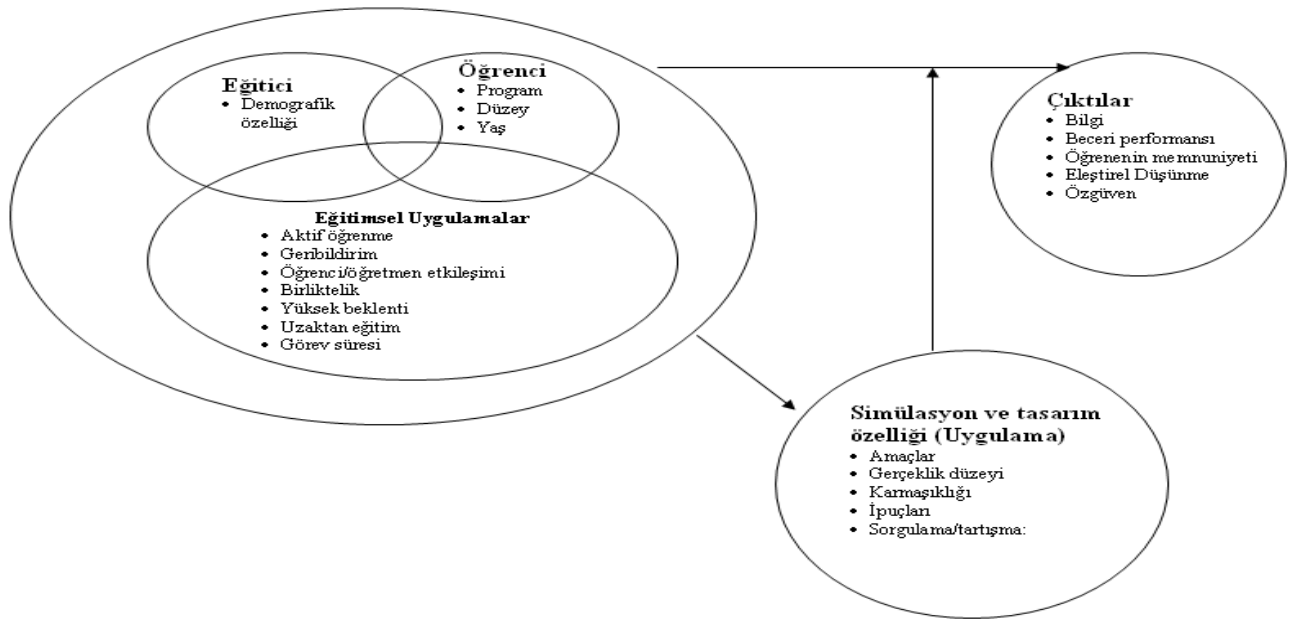
- Öğrenciler becerileri hastayı rahatsız etmeyecek ya da zarar veremeyecek güvenli bir ortamda uygulayabilmekte
- Standardize hasta birçok öğrenen tarafından değerlendirilebilmekte
- Öğretim elemanları ve akranlar öğrenenleri gözlemleyerek standardize hastayla olan etkileşimleriyle ilgili anında geri bildirim verebilmekte
- Standardize hasta öğrenci performansını değerlendirebilmekte ve geribildirim verebilmekte
- Standardize hasta klinik becerileri uygulatabilmekte
- Vaka içeriği okul derslerinin amaçlarını karşılayabilmekte
- Vakalar standardize edilerek öğrencilerin karşılaştırabileceği öğrenme

deneyimleri sağlanabilmekte

- Standardize hasta etkileşimleri öğrencilere en uygun yer ve zaman için ayarlanabilmektedir. (130).

1.7.1.6. Simülasyon Modeli

Etkili öğretme ve öğrenmede kullanılan simülasyon, bu deneyimler süresince öğretmen ve öğrencinin her birinin beklentilerine ve etkileşimlerine bağlıdır (58). Bu doğrultuda, simülasyon modeli beş öge ve bu öğelerle ilgili değişkenlerden oluşmaktadır. Bu beş kavramsal öge, eğitimci faktörü, öğrenci faktörü, eğitsel uygulamalar, simülasyonun tasarım özellikleri ve çıktıları içerir (19, 26, 106).



Şekil 1: Simülasyon Modeli

Jeffries, P. R. (2005). A Framework for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching

Strategies in Nursing, Nursing Education Perspectives; Mar/April; 26(2):100

1. Eğitimci Faktörü

Eğitimcilerin, alternatif öğrenme deneyimi olarak simülasyon yöntemini kullanması eğitim ortamının başarısı için gerekli olmaktadır. Simülasyon yöntemi kullanıldığında geleneksel sınıf ortamından farklı olarak eğitici merkezli öğretimden, öğrenci merkezli öğretime geçişin olmasıyla birlikte öğrenme sürecinde eğitimci yöneten rolünde olup, öğrencilere roller dağıtır, olayı tanıtır ve bir kontrolör olarak olayın dışında kalır (58, 106, 125).

Simülasyonun eğitim veya değerlendirme amacı için kullanılıp kullanılmama durumuna bağlı olarak da eğitimcinin rolü değişmektedir.

Eğitmenler; simülasyon tasarımı, teknolojinin kullanımı, aktivite için ekipmanların hazırlanması ile ilgili yardım isteyebilmelidirler. Ayrıca simülasyonu kullanırken kendilerini rahat hissetmeli ve mutlaka hazırlıklı olmalıdırlar. Eğer simülasyon değerlendirme süreci olarak kullanılıyorsa, eğiticinin rolü gözlemci olmalıdır (58, 106).

2. Öğrenci Faktörü

Simülasyon deneyimleri farklı olmasına rağmen, genellikle öğrencilerin en az birkaç düzeyde kendi öğrenmelerinden sorumlu olması beklenmektedir. Simülasyon deneyimi süresince öğrencilerin birbirleri ile mücadele etmeleri, doğal olarak bir motivasyon kaynağı olmasına rağmen, genellikle öğrenmeye zarar vermektedir. Çünkü anksiyete ve stresi arttırabilmektedir. Bu nedenle, simülasyon uygulamaları süresince öğrenciler birbirleri ile mücadele etmek zorunda bırakılmamalıdırlar. Eğer simülasyon uygulaması rol-play tekniğini içeriyorsa, eğitmenin oynanacak olan roller ya da grup çalışmaları hakkında öğrenciyi mutlaka

bilgilendirmesi gerekmektedir. Roller vaka senaryoları ile çeşitlenebilmektedir. Örneğin, bir öğrenci hasta rolünü oynarken, diğer öğrenci de hemşire rolünü oynayabilir. Farklı rollerin bakış açısını öğrenmek ve bilgi alışverişi yapabilmek için öğrenciler roller arasında rotasyon yapabilirler (58, 106).

3. Eğitsel Uygulama

Simülasyon eğitici ve öğrenen arasında yönetilen bir ilişkide, hem içeriğin hem de yöntem seçiminin eğiticinin sorumluluğunda ve öğrenmenin konu merkezli olduğu pedagojik ilkelere dikkat edilerek eğitim uygulamalarında kullanılması gereken bir yöntemdir (50, 93, 58, 106).

Simülasyon yöntemi uygulanmadan önce simülasyon yöntemine katılan gruba uygulanacak olan konu ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması ve hangi durumlarda neyi yapabileceklerinin öğretilmesi ile başlanmalıdır. Uygulama öncesi simülasyon laboratuvarı tanıtılmalı, kullanabilecekleri tüm ekipmanlar gösterilmeli ve ulaşabilecekleri telefon numaraları verilmeli (laboratuar ve doktorun telefon numarası gibi) ve mutlaka simülasyon mankenini tanımlarına fırsat tanınmalıdır. Simülasyon laboratuvarına alındıktan sonra simülasyon yönteminin uygulanmasına geçilmelidir. Simülasyon yönteminin uygulanması sürecinde eğitmen tarafından hazırlanan klinik bir problem senaryo ile tanıtılarak öğrencilere verilmelidir. Bu süreçte öğrencilerin yararlanabileceği kaynak ve materyaller hazırlanmalıdır. Öğrencilerin kendi performanslarından dolayı utanmadan ya da küçük düşmeden hedeflenen istendik çıktılara ulaşmalarını sağlamada bu hazırlık önemlidir. Öğrencilere kaynak ve materyal verilerek yönlendirici tarafından senaryonun akışı

kesilmeden sorunu çözmeleri sağlanır. Yargısız ve stressiz bir ortamda öğrenme gerçekleşmiş olur (74).

4. Simülasyonun Tasarım Özellikleri

Simülasyonun yaratıcı öğretim aktiviteleri; ders tasarım planı, öğrenme çıktıları, beceri yeterlilikleri ve dersin amaçlarını destekler nitelikte olmalıdır. Özellikle simülasyon sürecinin planlanmasının amaçlar/hedefler, planlama aktiviteleri, gerçeklik düzeyi, karmaşıklığı, ipuçları ve sorgulamadan oluşan simülasyonun tasarım özelliklerine uygun olmasına çok dikkat edilmesi gerekmektedir (58, 106).

Simülasyonun tasarım özellikleri şunlardır (6, 19, 42, 58, 106);

Amaçlar: Simülasyon genellikle öğrenciler için yeni bir öğrenme deneyimidir. İyi planlanmış strateji kullanımı ile öğrenim amaçlarına ulaşmak için gereken yapıyı sağlamaktadır. Öğrencilerin öğretim ve öğrenim çıktılarına ulaşmalarında rehberlik etmek için kullanılan simülasyonda amaçların açıkça yazılması gerekmektedir. Eğer simülasyonda rol-play tekniği kullanılacaksa, öncelikle amaçların tanımlanması ve eğitim planının hazırlanması gerekmektedir.

Planlama aktiviteleri: Eğitim planı hazırlanırken, amaçlar belirlenmeli, zaman dilimi iyi ayarlanmalı, deneyimler için özel roller ve aktiviteler belirlenmeli ve bu konuda öğrencilere bilgi verilmelidir. Öğrenciler rol ve aktivitelerini yerine getirirken onlara rehberlik edilmelidir. Bu rehberliğin, simülasyon deneyimlerinin nasıl gösterileceği ve teorik kavramlarla rolün nasıl bir ilişkisi olduğunu da içermesi gerekmektedir.

Gerçeklik düzeyi: Simülasyonun var olan gerçekliğe yakın şekilde klinik gerçekliği taklit etmesi, sürece dayalı olması gerekmektedir. Gerçek ve olabildiğince gerçekçi çevresel faktörleri içerisinde bulundurması beklenmektedir.

Simüle klinik ortamın yapısı 3 elementi içermeli:

1. İlişkili küçük bilgiler başlangıçta mevcut olmalıdır.
2. Öğrenciler özgürce araştırabilmeli ve her an soru sorabilmelidir.
3. Öğrencilere simülasyon süresince klinik bilgi verilmelidir.

Karmaşıklık: Simülasyon eğitiminde içerik basitten karmaşığa doğru sıralanmaktadır.

İpuçları: Simülasyon süresince, aktiviteler boyunca öğretim elemanları tarafından öğrencilere adımlar hakkında bilgi sağlanır. İpucu verme, simülasyonda sıkça kullanılmakla birlikte, ipucunun nasıl ve ne zaman verilmesi gerektiği konusunda kararsızlık bulunmaktadır. Öğretim elemanları, öğrencilerin tıkanıp durumlarda ve bir sonraki adımda ne yapacaklarını bilemediklerinde ipucu vermeye hazır olmalıdırlar.

Sorgulama/tartışma: Simülasyonda kullanıldığı zaman çok değerli bir araç olan sorgulamanın kayıt altına alınması, simülasyon süreci tamamlandıktan sonra da gerektiğinde geriye dönük değerlendirme olanağı sağlamaktadır. Sorgulama aktivitesi, öğrencinin deneyimlerini pozitif görüşe doğru güçlendirir ve yansıtıcı öğrenmeyi cesaretlendirir. Simülasyona katılanlarla birlikte uygulama ve araştırma ile teori arasındaki bağı, eleştirel düşünmeyi ve karmaşık durumlara profesyonelce nasıl müdahale edileceğinin tartışılması gerekmektedir.

Sorgulama simülasyonun en son aşamasında yer almalıdır. Grup tartışması, klinik uygulamadaki senaryo, öğrenme çıktıları ve uygun öğrenme noktaları hep birlikte dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir (58, 19, 106).

5. Çıktılar

Öğrenci hemşirelerin bilgi ve becerileri, öğrenen memnuniyeti, eleştirel düşünme ve özgüven kavramları simülasyon sürecinin sonunda öğrencilere kazandırılması beklenen öğrenme çıktıları ile ilişkilidir. Öğrencilerin, anlatım yöntemi kullanılarak öğrendikleri bilgileri daha çabuk unuttukları, simülasyon yöntemi ile öğrendikleri bilgileri ise daha uzun süre hatırladıkları belirtilmektedir. Ayrıca, simülasyon yöntemi ile öğrencilerin psikomotor becerileri geliştirmeleri için ideal bir ortam oluşturulmakta olup, öğrencilerin bu becerileri ise kontrol listesi kullanılarak değerlendirilebilmekte ya da öğrencilerin simülasyon deneyimleri hakkındaki görüşleri kalitatif ve kantitatif ölçümler ile belirlenebilmektedir. Bununla birlikte simülasyon süresince eleştirel düşünmenin de geliştiği ve simülasyon ile birlikte bu becerilerinde değerlendirilebileceği belirtilmektedir (58, 106).

1.7.2. HEMŞİRELİK EĞİTİMİ

Günümüzde eğitim çağdaş yaklaşımlarla ele alındığında özellikle yükseköğretimde, öğrenmenin yalnızca eğitici merkezli, ezbere dayalı, pedagojik yaklaşımla gerçekleştiremeyeceği bir gerçektir. Bu nedenle birer yetişkin olan öğrenenlerin öğretme-öğrenme sürecine etkin katılımının, sorumluluk üstlenmesinin, öz yönelimli öğrenme yaklaşımlarının bu süreçte kullanılmasının gerekli olduğu kabul edilmektedir. Bu yaklaşımla öğrenenler yararlanılabilecek zengin deneyimleri olan, kendileri ile ilgili alınacak kararlarda sorumluluk ya da söz sahibi olmak isteyen ve öğretme öğrenme sürecinin her aşamasına etkin katılan/etkin öğrenen bireyler olacaktır. Ancak günümüzde eğitim sistemimizin

mevcut durumuna/işleyişine rağmen eğitimciler, geleneksel yaklaşımı sorgulayarak öğrenenlerin öğretme-öğrenme sürecinin her aşamasına etkin katılımlarının gerekliliğini vurgulamaktadırlar. Buna karşın bu sistemde öğrenenler itaat, hiyerarşi, aşırı ders yükü ve bilgi ağırlıklı müfredat programı ile kuşatılmışlardır. Bu durumda da öğrenenlerin öğretme öğrenme sürecine etkin katılmaları, sorumluluk üstlenmeleri, sorgulamaları, karar vermeleri, eleştirel düşünmeleri, öğrenme yaşantılarını yaşama ve uygulama alanlarına yansıtılmaları beklenemez (69).

Hemşirelik eğitimi, hemşireliğin rol ve işlevlerindeki değişimleri ve gelişimleri etkilerken, aynı zamanda bu değişimlerden de etkilenmektedir. Geleneksel hemşirelik eğitiminde izlenen ve tıp bilimine, hastalıkların tedavisine, rutin hemşirelik işlevlerine odaklaşan medikal model yerini giderek hemşireliğin kendine özgü bilgi birikimine dayalı bir hemşirelik felsefesine sahip olan hemşirelik modellerine bırakmaktadır (65).

Profesyonel hemşirelik eğitimi kültürel ve mesleki bilgi, klinik ve kavramsal beceri ve bireyin değerler sistemi üzerine temellenir (65). Teorik ve uygulamalı öğretim ve öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim olan hemşirelik eğitiminin amacı; tüm potansiyelini kullanabilen bireyler yetiştirmektir. Profesyonel hemşirelik eğitimi kültürel ve mesleki bilgi, klinik ve kavramsal beceri ve bireyin değerler sistemi üzerine temellenmektedir (7).

Genel bir değerlendirmeye ele alındığında hemşirelik eğitimi, teorik ve uygulamalı öğretim-öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim sürecidir. Bu eğitim sürecinde, öğrenciye mesleği için gerekli teorik bilgiler verilerek bu bilgileri davranışa dönüştürmesinin yanı sıra, kendini geliştirmesi ve etkili bir şekilde ifade edebilmesi, sağlıklı, hasta birey, aile toplumla, diğer disiplin üyeleriyle ve

arkadaşlarıyla etkili iletişim kurması ve sürdürmesi amaçlanmaktadır (73, 111). Hemşirelik bilimi, teorinin, pratiğin ve eğitimin birbiriyle ilişkisinin bir sonucudur. Eğitim inanç sistemlerinin şekillenmesini, bilginin dağıtılmasını ve sentez edilmesini, araştırmalar ise test teorilerinin geliştirilmesini ve bilginin sorgulanmasını sağlar (65).

Teori, hemşirelik uygulamalarına doğrudan malzeme sağlar, pratik ise, profesyonellerin gereken ilk adımı atma, hemşirelik bilgisini test etme ve teoriler geliştirmelerine olanak sağlar. Eğitim inanç sistemlerinin şekillenmesini, bilginin dağıtılmasını ve sentez edilmesini, araştırmalar ise, test teorilerinin geliştirilmesini ve bilginin sorgulanmasını sağlar (67). Birey meslekle ilgili nitelikleri okulda aldığı teorik bilgi ve hastane ortamındaki klinik deneyimleri ile kazanır (9, 65).

Hızlı teknolojik gelişmeler ve artan hemşirelik araştırmaları hemşireleri “bilgili olmaya” ve “eleştirel-bilimsel düşünme” becerilerini geliştirmeye itmektedir. Modern hemşirelik bilim ve sanatının araştırmaya/bilgi temeline dayalı olarak uygulanması gereksinimi her gün daha çok hissedilmektedir. Sağlık bakımındaki köklü ve hızlı değişiklikler, teknolojiye gelişmeler, sağlığı yükseltme ve bireylerin iyilik halini arttırmaya yönelik olan bu araştırmalar hemşirenin çağdaş bilgi ve uygulama ile ilgili esasları kavramasını, yaşam boyu öğrenim ilkesini benimsemesini, yeni bilgi ve becerileri birey, aile ve toplumun sağlık bakımında kullanabilmesini gerektirmektedir. Ayrıca günümüzde hastaların kendi sağlıkları ile ilgili kararlarda daha aktif rol almaları, organ nakilleri, bireyin ölümü ya da yaşamı kendi iradesi ile seçme hakkı gibi ileri teknolojinin ortaya çıkardığı etik sorunlar, ikilemler ve ileri teknoloji ile insani değerler arasındaki dengenin kurulması zorunluluğu da hemşirelerde rol değişikliğini zorunlu kılmıştır. Şüphesiz bu değişiklikler müfredat ders programlarının içeriği, klinik öğretim

alanının çeşidi, yeni uzmanlık alanları hakkındaki bilgi ve sorumlulukların niteliğine de yansımakta ve geleceğin hemşirelerini yetiştirmede öğrencilerin eğitim sürecinde istenen nitelikleri kazanmalarını sağlamada eğitimcilere daha çok sorumluluk yüklemektedir (65, 73).

Hemşirelik eğitimcilerinin temel sorumluluğu, hemşireliğin bilim ve sanat yönünü bütünleştirerek, öğrencilerde bu becerileri sağlamaya çalışmak ve geliştirmektir. Hemşire eğitimcilerin öğrencilerin akademik ve mesleki gelişimine yön verdikleri, öğrencilerin çok çeşitli özelliklerinin biçimlenmesinde rol model oldukları göz önüne alındığında öğrencilerin bu özelliklerini geliştirebilmelerinde eğitimcilerle olan iletişimleri önemli yer tutmaktadır (73).

Günümüzdeki öğretim anlayışı, öğrencinin özel bir öğrenme ortamında öğretim elemanı rehberliğinde eğitilmesi ilkesine temellendirilmiştir. Bu süreçte eğiticinin rolü, öğrencinin şimdiki ve gelecekteki eğitsel gereksinimlerinin farkına varmasına, zihinsel ve fiziksel yetenekleri keşfetmesine ve gereksindiği bilgi tutum ve davranışları kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bu açıdan öğrenmede öğrencinin sorumluluğu oldukça fazladır. Ancak bu durum eğitimcilerin sorumluluklarını azaltmamakta, aksine boyutlarını genişletmektedir. Buna göre eğitici, öğrencilerin duygusal durumlarını anlayabilmeli, öğrenmedeki zorlukları ortadan kaldırmalı, duygu - düşünce paylaşımını kolaylaştırmalı, kendisini de grubun öğrenen bir üyesi olarak kabul etmeli, kişisel sınırlılıklarının farkında olmalı ve bunlarla baş etmeye çalışmalıdır. Hemşirelik mesleği insan ilişkilerine dayalı bir meslek olduğundan eğitimciler de sınıfta ve uygulama alanlarında öğrencilere rol modeli olmalıdır (24, 65).

Hemşirelik eğitim sürecinde öğrenci, bir taraftan okulda gerekli olan teorik bilgileri alırken, diğer taraftan da uygulama alanlarında klinik yargılamaya ve

öğrenmesi oldukça önemlidir. Klinik uygulamaların yapılabilmesi önlemlerinin seçilip yönetilmesi, verilerin toplanması ve değerlendirilmesiyle temellenir. Hemşirelikte uygulama alanları öğrenciye neyi, nasıl yapacağını gösteren gerçek öğrenim deneyimlerinin edinilmesiyle oluşur. Profesyonel hemşirelik eğitimi; birey/aile ve toplumun bakımını ve sağlığını seçilip korunması ve sağlık eğitimi anlamını da içeren bir eğitimidir. (1)

Bu eğitim sürecinde öğrenci hemşire;

- Bireyi hemşireliğe iten motivasyonla, mesleksel davranış geliştirme arasında bir bağlantı kurar
- Bir hemşirelik görüş açısı, bununla ilgili kritik düşünme ve sorunu çözümüleme yeteneği kazanır
- Meslekle ilgili bilgi ve becerilerde ustalık sağlar
- Mesleksel değerler, gelenekler ve sonuçların çözümlenmesine yardımcı olur
- Mesleğe karşı kendi kimliğinin ve yaptığı sorumluluklarının bilincine varır.

Hemşirelik eğitiminde de öğrenenlerin öğretme-öğrenme sürecine etkin şekilde katılarak etkin öğrenmeyi gerçekleştirmeleri, araştırmaları, sorgulamaları

bir zorunluluktur. Bu yaklaşım değişen sağlık bakım sistemi, gereksinimleri ve buna yönelik bilgiler dikkate alındığında en yararlı yol olarak görölmektedir (69).

Mezunların anlamlı ve özgür bir yaşamı sürdürebilmesi için, zihin ve karakter yapısının nitelikli, halkın esenliği ile ilgili konularda bilinçli, sağlığın ve hemşireliğin gelişmesi için istekli ve yapıcı çabalar içinde yer alması gereklidir. Hemşireliğin en önemli işlevi başkalarının iyiliği için çalışmak olduğuna göre, hemşire, kişisel büyüme ve gelişmeyi gerçekleştirecek eğitsel temellerle yetişmiş olmalıdır. Liberal bir eğitimle eğitilmiş kişi, sağlığı daha ileriye götürecek ortamı yaratmak üzere durum değerlendirmesi yapabilir ve gereken değişiklikleri ve uyarlamaları göğüsleyebilir.

Profesyonel bir hemşirenin eğitimi aşağıda sunulan nitelikleri sağlamak üzere planlanmalıdır.

1. Bilgilenmek, düşüncesini etkin bir biçimde açıklayabilmek ve tartışabilmek, verileri değerlendirebilmek ve eleştirel düşünebilmek için Türkçenin okuma yazma ve konuşma ile ilgili özelliklerinde ustalaşmış olmak,
2. Sorunlara çözümler getirebilmek için, verilen veriyi ve geçmiş deneyimleri yargılayabilmek ve analitik bir düşünce yapısına sahip olmak
3. Birey ve gruplar arasındaki benzerlik ve ayrılık kavramlarını kavrayarak kişisel bir bakış açısı kazanmak üzere diğer kültürlerin gelenek, örf ve adetlerini anlamak,
4. Bireyin kendisi ve diğer kişilerle olan ilişkilerini anlamak ve çeşitli toplulukların yapı ve işlevlerini özümsemeye biyolojik ve davranış bilimleri kavramlarını kullanabilmek

5. Yaşamı ve zamanı, geçmiş ile olduğu kadar, çağdaş bakış açısı ile yorumlamak ve kavramak, şimdi ve geleceği geçmiş deneyimlerin birikimi ile etkileyebilmek,
6. Sosyal, politik ve ekonomik konularda bir bakış açısına sahip olmak ve bunun sonucu sosyo-etik ve mesleksel sorunlara çözüm getirebilmek,
7. Kişisel ve mesleksel yaşamda etki yönden yapılacak yargılamaların ve verilecek kararların sağlıklı olabilmesi için insani değerlerin doğasını anlamak ve kişisel bir felsefe geliştirmek,
8. İnsanın dinsel varlığının kapsam ve anlamını algılayarak bunun kültür, davranış, sağlık ve iyileşme ile olan ilişkilerini kavramak,
9. Matematikle ilgili kavramları kullanmak, sayısal verileri yorumlamak, bilgisayar ve diğer bilgi işlem teknolojilerini kullanarak sayı ve istatistiğe dayalı sorunları analiz edebilmektir (8,13).

1.7.2.1. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon

Hemşirelik eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayan bir eğitim sistemini gerektirir. Bu sistemde temel amaç, teori ile uygulamayı birleştirebilen, öğrenme sürecinde eleştirel düşünebilen ve etkin problem çözme becerisi kazanmış olan hemşireler mezun etmektir. Bu nedenle hemşirelik eğitim müfredatının en az 2/3'ünün beceri eğitimine dayandırılmasıyla birlikte bütüncül ve empatik bakım verme becerisi, iletişim ve ekip işbirliği gibi teknik olmayan becerilere de yer verilmektedir (10, 85).

Günümüzde hemşireler mesleki becerilerini geliştirmek isterken, hastalar eğitim nesnesi olarak eğitimin bir parçası olmak istemediklerini belirtmektedir. Çeşitli mesleksel uygulamaların ilk olarak hasta üzerinde gerçekleştirilmesi birçok

nedenle öğrencileri strese sokmaktadır. Yanlış yapabilme endişesi ve hastaya zarar verme korkusu en başta gelen nedenler olmasına rağmen hasta üzerinde tekrar denemelerinin gerçekleşmemesi, gözetimin eksik olmasından kaynaklı öğrenememe ve kendini yeterli hissedememe endişeleriyle birlikte son yıllarda hemşire sayısını arttırmaya yönelik eğilim, okullardaki öğretim görevlisi yetersizliği, beceri laboratuvarları ve klinik ortamların yetersiz ve donanımsız olması uygulamaya dayalı eğitimde yenilikçi uygulamaların önemini daha da ön plana çıkarmıştır. Bu durumu nispeten çözebilen en yenilikçi yaklaşımlardan biri simülasyona dayalı hemşirelik eğitimi uygulamalarıdır (10, 96).”Yüksek Düzeyde Gerçekliği Yansıtan Hasta Modelleri” (High Fidelity Hasta Modelleri), “Simüle Hastalar (Human Patient Simulators)”, “Hasta Senaryolarına Dayandırılarak Hazırlanan Simulasyon Eğitim Paketleri” yenilikçi uygulamalardandır (10). Simülasyon son yıllarda mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitimlerinde teknik ve teknik dışı becerilerin artırılmasında yaygın olarak kullanılan, güvenilir eğitim yöntemlerinden biri haline gelmiştir (64).

Hemşirelik eğitim programlarına, öğrenmeye katkı sağlayacak simülasyona dayalı eğitim yaklaşımının entegre edilmesi için simülatörlerin (modeller), eğitsel yöntem ve tekniklerinin kullanılması zorunlu hale gelmiştir. Her tip simülasyonda kullanılan modeller, öğrencilere gerçek hasta ile karşılaşmadan önce birçok beceriyi uygulama şansı vermektedir. Beceri laboratuvarında kullanılacak model uygulamaları, hastaya zarar vermeden gerekli olan temel hemşirelik becerilerini öğrencilere kazandırmada yardımcı olmaktadır (96).

Bu konudaki en önemli gelişme, 1990’lı yıllarda sağlık eğitimi reformu ile birlikte simülasyonun, tıp ve hemşirelik öğrencilerinin eğitim ve

değerlendirilmesinde kullanımının dünya tarafından tanınması ile olmuştur. Simülasyona dayalı eğitimler her öğrencinin öğrenmesine fırsat tanıyan, eşitlikçi, yetişkin öğrenme ilkelerinin etkili bir şekilde kullanıldığı, farklı öğrenme stillerine hitap eden ortamlardır. Bu ortamlarda ilgi ve gereksinimler öğrenen ve eğitici tarafından tanımlanmakta, öğrenen deneyimleri ön planda tutulmakta, yaparak öğrenmesine fırsat tanınmakta ve geribildirimlerle desteklenmektedir (96).

Simülasyon yöntemi kullanımı sonucunda öğrenci hemşireler açısından gerçeğe yakın bir klinik deneyim yaşadıklarını, buna bağlı olarak teorik bilgiyi pekiştirdiklerini, kritik düşünme, karar verme ve psikomotor beceriler kazandırmada etkin olduğunu, bireysel öğrenmeyi arttırdığı ve memnuniyet oranı yüksek klinik öncesi deneyim yaşattığı belirtilmektedir. Ayrıca, simülasyon beceri eğitimlerinin sınıf içi etkileşimleri arttırdığı, bu durumun hem eğiticilerin hem de hemşirelik öğrencilerinin klinik performansını olumlu yönde etkilediği, maliyet ve personel ihtiyacını düşürerek eğitim ihtiyacını gidermektedir (10).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Bu araştırma, hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla deneme modellerinden ön test - son test kontrol gruplu modele göre deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmada kullanılacak modelin simgesel görünümü aşağıda verilmiştir (9).

G ₁	R	O _{1.1}	X	O _{1.2}
G ₂	R	O _{2.1}		O _{2.2}

Modelde kullanılan simgelerin anlamları aşağıdaki gibidir.

G₁: Uygulama grubu

G₂: Kontrol grubu

R: Grupların oluşturulmasındaki yansızlık

X: Bağımsız değişken düzeyi

O: Ölçme

2.2. VERİ TOPLAMA TEKNİĞİ VE VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama aracı olarak yedi bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Bu bölümler “Tanıtıcı bilgi formu”, “Bilgi testi”, “Senaryo”, “Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu” ve “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”,

“Görsel Kıyaslama Ölçeği”, “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu”ndan oluşmaktadır.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı’ndan ve Etik Kurulu’ndan yazılı izin alınmıştır. Anlatım yöntemiyle ders işlendikten ve laboratuvar dersi gerçekleştirdikten sonra basit rastgele yöntem kullanılarak araştırmaya katılmak için gönüllü öğrencilerden uygulama ve kontrol grupları oluşturulmuştur.

Çalışma içerisinde kullanılan formların kapsam geçerliliğini sağlamada Waltz ve Bausell (1981) tarafından geliştirilen Content Validity Index (CVI) kullanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan bir dereceleme ölçütü uzmanlara verilmiştir. Bu aracı kullanarak uzmanlar her maddenin ölçüm değeri ile ilgili olarak:

1= Uygun değil;

2=Maddenin uygun şekle getirilmesi gerek;

3= Uygun, ancak ufak değişiklik gerekiyor;

4=Çok uygun; değerlendirmesini yapmak için bunlardan birini işaretlemişlerdir (9).

2.2.1 Veri Toplama Araçlarının Tanıtımı

1) Tanıtıcı Bilgi Formu (EK I)

Araştırmacı tarafından geliştirilen “Tanıtıcı Bilgi Formu” öğrenci hemşireleri tanıtıcı yaş, cinsiyet, sınıf, mezun olduğu okul, anne-baba eğitim durumları ve sosyo ekonomik durumlarını vb. içeren 12 sorudan oluşmaktadır.

2) Bilgi Testi (EK II)

Kontrol grubuna anlatım, uygulama grubuna ise anlatım ve simülasyon yöntemiyle aktarılması planlanan ‘Hasta Eğitim Süreci’ ile ilgili çalışmaya katılan öğrencilerin bilgi düzeylerini ölçmek amacıyla, eğitim planının başında belirlenen

hedef ve hedef davranışlarla uyumlu olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan ve 24 sorudan oluşan çoktan seçmeli bir bilgi testidir (1, 5, 16, 17, 18, 27, 46, 66, 70, 89, 111, 131). Bilgi Testi, ön test, son test ve kalıcılık testi olarak kullanılmış olup, doğru sayısı arttıkça bilgi düzeyinin arttığı kabul edilmiştir. Testin geçerlilik ve güvenirliğini sağlamak için kapsam geçerliliğini sağlama da Tıp, Eğitim ve Hemşirelik alanında uzman 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

“Bilgi Testi” uzmanlardan alındıktan sonra ortalamalar incelenmiş ve 3 puanın altında hiçbir maddenin olmadığı görülmüştür. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan Bilgi Testi’nin ön uygulaması farklı bir Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören 32 öğrenci hemşireye uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olduğu için Pearson Korelesyon analizi yapılarak pozitif yönde zayıf düzeyde ($r:0.38$, $p:0.031$) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ölçme aracının zamana karşı değişmezliğini test etmek amacıyla ilk uygulama ile altı hafta sonra ikinci kez uygulanan bilgi testi arasında anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için t-testi analizi yapılmış olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($t: .118$, $p: .907$) bulunamamıştır.

3) Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu (EK III)

Uygulama grubunda yer alan öğrencilerden simülasyon yöntemi hakkındaki görüşlerini almak amacıyla literatür doğrultusunda (41; 21; 114) hazırlanmış olan 3’lü likert tipinde (1. Katılmıyorum 2. Kararsızım, 3. Katılıyorum) 20 maddeden oluşan bir formdur. Dört maddenin (6,10,11,13) kodlaması ters yapılmıştır. Her bir maddenin puanları arttıkça öğrencilerin simülasyon yöntemiyle ilgili görüşlere katılma oranları belirlenmiştir. Kapsam geçerliliğini sağlamak için Tıp, Eğitim ve Hemşirelik alanında uzman 10 öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

“Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu” uzmanlardan alındıktan

sonra ortalamalar incelenmiş ve 3 puanın altında hiçbir maddenin olmadığı görülmüştür. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan “Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu”nun ön uygulaması farklı bir Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören 32 öğrenci hemşireye uygulanmıştır. Normal dağılıma sahip olmadığı için Spearman korelasyon analizi yapılarak ($r:0.450$, $p:0.009$) pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İlk uygulama ile altı hafta sonra ikinci kez uygulanan bu formun ortalamalar arası farklılık testi Wilcoxon analizi ile yapılmış ($W:1.400$ $p:0.161$) ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu’nun zaman içinde anlaşılabilirliğinin değişmediği ve pozitif korelasyon bulunduğu söylenebilir. Birinci uygulamanın Cronbach alfa değeri $\alpha:0.608$, ikinci uygulamanın Cronbach alfa değeri $\alpha:0.759$ olarak saptanmıştır.

4) Senaryo (EK IV)

Simülasyon yönteminin uygulanmasında hasta eğitimi sürecinin planlanması ve uygulanması için kullanılan vakanın senaryosu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kapsam geçerliliğini sağlamak için senaryo, Tıp, Eğitim ve Hemşirelik alanında uzman 10 öğretim üyesine gönderilerek uzman görüşü alınmıştır. “Senaryo” uzmanlardan alındıktan sonra ortalamalar incelenmiş ve 3 puanın altında hiçbir maddenin olmadığı görülmüştür. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan “Senaryo”nun ön uygulaması farklı bir Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören 32 öğrenci hemşireye uygulanmıştır. Öneriler doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılarak senaryoya son şekli verilmiştir.

5) Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK V)

Uygulama ve kontrol grubunda olan öğrenciler, klinik uygulamaları sırasında hasta eğitim süreci planlayarak gerçekleştirmişlerdir. Hasta anket formu, hasta eğitimi alan hastalar tarafından doldurularak hastanın yaşı, cinsiyeti, tıbbi tanısı, medeni ve ekonomik durumu gibi sosyodemografik veriler hakkında bilgi almaya yönelik 13 sorudan oluşmaktadır.

6) Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu (EK VI-A) (EK VI-B)

Öğrencilerin hazırlayıp uyguladıkları hasta eğitimlerini değerlendirebilmek için ilgili literatür taranarak hazırlanan “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” kullanılmıştır (36, 87, 88, 103, 110, 111). Eğitim öncesi, sırası ve sonrasındaki davranışlarla ilgili kriterleri içeren bu form, Kaymakçı ve arkadaşları (2007) tarafından cerrahi hastalar üzerinde hasta eğitimi ile ilgili öğrencilerin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada da hasta eğitimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Çalışmamızda öğretim elemanı, öğrenci ve hasta tarafından öğrencinin hazırlayıp sunduğu hasta eğitimi bu form ile değerlendirilmiştir. “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” (Öğretim Elemanı ve Öğrenci) (EK VI-A) ve hastalara özgü modifiye edilmiş şekliyle kullanılan “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu”nun (Hasta) (EK VI-B) kapsam geçerliliğini sağlamada uzman görüşü alınmıştır.

“Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” uzmanlardan aldıktan sonra ortalamalar incelenmiş ve 3 puanın altında hiçbir maddenin olmadığı görülmüştür. Uzmanlar arasında görüş birliğine varılan “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” nun ön denenmesi farklı bir Sağlık Yüksekokulu’nda öğrenim gören 32 öğrenci hemşireye uygulanmıştır. Öneriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmış ve forma son şekli verilmiştir.

Tablo 2: Uygulama Ve Kontrol Grubu Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Cronbach Alfa Değerleri

Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu	Uygulama	Kontrol
	Cronbach Alfa	Cronbach Alfa
Hasta	.746	.641
Öğrenci	.877	.718
Öğretim Elemanı	.563	.574

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hastane uygulaması sırasında kullandıkları hasta eğitimi değerlendirme formu cronbach alfa değerleri Tablo 2’de görülmektedir. Tablo 2’ye bakıldığında;

Hastaların Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu cronbach alfa değerinin uygulama grubu öğrencilerinin .563, kontrol grubu öğrencilerinin .641;

Öğrenci Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu cronbach alfa değerinin uygulama grubu öğrencilerinin .877, kontrol grubu öğrencilerinin .718;

Öğretim Elemanı Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu cronbach alfa değerinin uygulama grubu öğrencilerinin .563, kontrol grubu öğrencilerinin .574 olduğu görülmektedir.

7) Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) (EK VII)

“Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” içerisinde yer alan öğretim elemanı, öğrenci ve hasta tarafından öğrenci hemşirenin yaptığı “Hasta Eğitimi” hakkındaki memnuniyet düzeylerini ölçmek amacıyla Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) kullanılmıştır.

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır. Yüz milimetrelilik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır (hiç memnum değilim ve çok

memnunun) ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu işaretlemesi istenir (3, 15, 62).

8) Hasta Eğitim Süreci Metni (EK XI)

İlgili literatür incelenerek derlenen hasta eğitimi, hasta eğitiminin tarihsel gelişimi, temel amaçları ve önemi, özellikleri, yararları, hasta eğitim süreci ve hasta eğitimi standartlarından oluşan bir metin olup simülasyon yönteminin uygulanmasından önce her iki grubunda “Hasta Eğitim Süreci” ile ilgili bilgi düzeylerini arttırmak amacı ile oluşturulmuştur (5, 6, 18, 22, 29, 30, 32, 43, 46, 53, 63, 70, 86, 89, 90, 91, 92, 108, 111, 124).

9) Simülasyon Mankeni

Yetişkin Manken ve Komple Resusitasyon Sistemi (LF03956U);

Kardiyopulmoner resusitasyon (CPR), entübasyon, defibrilasyon, elektro kardiyo grafi (EKG) simülatörü olan, kan basıncı ölçülebilen, karotis ve radial nabızı alınabilen, intravenöz (IV) uygulamalar yapılabilen ve CPR aktivitelerini göstermeye yönelik dijital yazıcı üitesi olan bir mankendir. Çalışmada senaryoda var olan yatağa bağımlı hasta olarak kullanılmıştır. Çalışmaya katılan öğrenciler hasta eğitimi gereksinimini belirlemede manken üzerinde fizik muayene yaparak veri toplamışlardır.

10) Bası Yarısı Maketi

Bedsore Maket SB14941U modeli gerçeğe yakın deri hassasiyetinde uzun

sürelili yatakta yatan bir hastanın kalça bölümünün de oluşan yaraları simüle eden bir parça görev öğreticisidir. Yetişkin manken ve komple resusitasyon sistemi (LF03956U); sakrum bölgesine yerleştirilerek öğrencilerin senaryo içerisinde yer alan bası yarısı ile ilgili verileri toplamaları için kullanılmıştır.

11) Standardize Hasta / Hasta Yakını

Simülasyon laboratuvarı sürecinde, yetişkin manken ve komple resusitasyon sisteminin (LF03956U) yanında durarak standardize hasta yakını canlandıran, öğrencilerin hasta eğitimini yaptıkları kişi, gerçekte bir devlet hastanesinde hemşire olarak çalışmaktadır ve bu araştırmaya gönüllü olarak katılmıştır. Standardize hasta yakını, uygulama öncesinde araştırmacı tarafından hazırlanan senaryo doğrultusunda olası soru ve cevaplarla ilişkili olarak eğitilmiştir. Eğitim sürecinde hem simülasyon mankenine hem de ortama uyumu sağlanmış, profesyonel hemşire olduğu için eğitim süreci bir saat sürmüştür. Tüm uygulama tek bir standardize hasta yakını tarafından yürütülmüştür. Simülasyon laboratuvarı sürecinde uygulama grubunda yer alan öğrencilerin oluşturduğu 3'erli gruplar halinde olan 11 grubu "Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu" kullanılarak değerlendirmiştir.

Tablo 3: Uygulama Gruplarının Standardize Hasta Yakını Tarafından Değerlendirilen “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” Ve “Hasta Eğitimi Memnuniyet” Puanları

	Grup	N	Puan
Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu	1	3	87.50
	2	3	90.00
	3	3	100
	4	3	100
	5	3	97.50
	6	3	92.50
	7	3	100
	8	3	97.50
	9	3	90.00
	10	3	90.00
	11	2	100.00
Hasta Eğitimi Memnuniyet	1	3	7
	2	3	9
	3	3	10
	4	3	10
	5	3	9
	6	3	10
	7	3	9
	8	3	9
	9	3	8
	10	3	9
	11	2	10

Uygulama gruplarının “Standardize Hasta Yakını” tarafından değerlendirilen hasta eğitimi değerlendirme formu ve hasta eğitimi memnuniyet puanları Tablo 3’de görülmektedir. Buna göre;

Öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu puan ortalamalarının 87.50 ile 100 arasında, hasta eğitimi memnuniyet puan ortalamalarının 7 ile 10 arasında değiştiği görülmektedir. “Standardize Hasta (hasta yakını)”nın öğrencilerin simülasyon laboratuvarı süresince hazırladığı hasta eğitimlerinden memnun kaldığı ifade edilebilir.

2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma, 2012-2013 öğretim yılında, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören 2. sınıf öğrenci hemşirelerden gönüllü olan 66 kişi üzerinde yürütülmüştür.

Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu 1955 yılında Türkiye'de kurulan ilk hemşirelik yüksekokuludur. 26.09.2011 tarihli ve 2011/2276 sayılı kararname ile Türkiye'nin 3. kurulan Hemşirelik Fakültesi olmuştur. Entegre eğitim sistemini uygulayan Hemşirelik Fakültesi'nde toplam 1053 öğrenci, 13 Profesör, 20 Doçent, 21 Yardımcı Doçent, 8 Öğretim Görevlisi, 46 Araştırma Görevlisi olmak üzere toplam 108 öğretim üyesi ve elemanı bulunmaktadır.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırma evrenini, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören 2. sınıf öğrenci hemşireler oluşturmuştur. Araştırma örnekleme basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenmiş ve gönüllü oluru alınmıştır. Literatürde yapılan çalışmaların grup ve katılımcı sayılarına bakılarak (21, 47, 52, 55, 61, 71, 100) belirlenen ve simülasyon yönteminin standardize hasta ile yürütülecek olması ve standardize hasta ile küçük grup çalışmalarının yapılabilir olmasından dolayı kendilerine ulaşılabilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 66 öğrenci (örnekleme veri kaybını önlemeye yönelik birer yedek grup belirlenerek çalışmaya dahil edilmiştir) örneklem olarak seçilmiştir (78). Örnekleme oluşturan 66 kişi arasından uygulama ve kontrol grubu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan öğrenci hemşireler 1. sınıfta "Hemşirelik ve Sağlık I" dersi kapsamında "Bilgiye Ulaşma ve Kullanma" modülü içinde "Temel Eğitim Kavramları", "Hedef/hedef davranış yazma", "Öğretim Planları" ve "Sağlık Eğitim Süreci" derslerini almışlardır.

Bu nedenle uygulamanın, 2. sınıfta “Hemşirelik ve Sağlık II” dersi kapsamında “Hasta ve Hastane Ortamı” modülü içinde temel mesleki uygulamalardan sonra yer alan “Hasta Eğitim Süreci” dersi kapsamında yapılması uygun bulunmuştur.

2.5. BAĞIMLI-BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; öğrencilerin ölçme aracından alacakları puanlar, öğrencinin kendisi, öğretim elemanı ve hasta tarafından hasta eğitiminin değerlendirilmesinden aldıkları puanlar ve hastaların hasta eğitiminden memnuniyetleridir.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise; uygulama ya da kontrol grubu öğrencisi olma, öğrencilerin yaş, cinsiyet, mezun olunan lise, gibi sosyo-demografik özellikleridir.

2.6. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma kapsamında, 2012-2013 öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde öğrenim gören 2. sınıf öğrencilerinin alacağı “Hasta ve Hastane Ortamı Modülü” içerisinde yer alan “Hasta Eğitim Süreci” dersi kapsamında yapılan işlemler aşağıda tanımlanmaktadır.

- 1. Ön-test;** ders öncesinde hazırlanan “Bilgi Testi” uygulama ve kontrol grubuna uygulanmıştır.
- 2. Dersin İşlenmesi;** hem uygulama hem de kontrol grubuna hazırlanan hasta eğitimi süreci metninden oluşturulan sunum ile iki ders saati süresince “Hasta Eğitim Süreci” kuramsal bilgisinin öğrenilen bilgiler ile ilişkilendirilmesi ve yeni bilgilerin aktarılmasıdır.

3. **Laboratuvar çalışması;** uygulama ve kontrol grubu öğrencileriyle laboratuvar çalışmasında 66 öğrenci 3'er kişilik 22 gruba ayrılarak bir hasta eğitimi süreci planının yapılması istenmiştir.
4. **Kontrol Grubu Son-test;** laboratuvar çalışması sonrasında hazırlanan “Bilgi Testi”nin son-test olarak uygulanmıştır.
5. **Uygulama grubu simülasyon çalışması;** tüm öğrencilerle laboratuvar çalışması yapıldıktan sonra öğrenciler uygulama ve kontrol grubu olarak ayrılmış ve uygulama grubuyla simülasyon laboratuvarı çalışması yapılmıştır. Simülasyon olarak “Standardize Hasta / hasta yakını” kullanılarak yürütülen laboratuvar çalışması, daha önce yapılan çalışmaların grup ve katılımcı sayılarına bakılarak (21, 47, 52, 55, 71) planlanmıştır. Uygulama grubu öğrencileri, 3'er kişilik 11 gruba ayrılmıştır. Her gruptan standardize hasta yakınına 10 dakika süren bir “Hasta Eğitimi Süreci” planlayıp uygulama yapması istenmiş ve uygulama sırasında video kaydı alınarak, öğrencilerin izlemesi sağlanmıştır. Uygulama sonunda rastgele seçilmiş video görüntülerinden birkaçı tüm gruplarla birlikte izlenerek 15-20 dakika süren simülasyon eğitimi sonu tartışma bölümü ile uygulanan “Hasta Eğitim Süreci”nin gözden geçirilmesi sağlanmıştır

Simülasyon laboratuvarı çalışması senaryodaki yatan hasta olarak Ege Üniversitesi BAP projesi kapsamında alınan yetişkin manken ve komple resusitasyon sistem (LF03956U) mankeni ve bedsore SB14941U bası yarası maketi kullanılmıştır. “Hasta Eğitim Süreci” iletişim gerektirdiği için gönüllü “Standardize hasta yakını” hasta refakatçisini canlandırmıştır. Öğrencilerin laboratuvar çalışmasındaki hasta eğitim sürecinde kullanabileceği, hemşire gözlem formu, bası yarası izleme formu, düşme riski izleme formu, laboratuvar sonuçları, tansiyon aleti, ateş ölçer, foley sonda, serum ve seti, yatak çarşafları,

yastıklar, havlular, steril spanç, eldiven ve salvon vb. solüsyonlar ve malzemeler ortamda hazır bulundurulmuştur. İlk olarak tüm öğrencilere yatan hasta olarak kullanılan manken tanıtılmış, manken üzerinde neler yapabilecekleri (Ör: Kan basıncı ölçme, Nabız alma vb.) gösterilmiştir. Üçer kişilik gruplara senaryo dağıtılarak öğrencilerden simülasyon olarak hasta eğitim süreci için yatan hasta (manken) ve standardize hasta yakınından veri toplamaları istenmiştir. Veri toplama süreci sonunda ayrı bir alanda hasta eğitim sürecinin planlanıp hazırlanmasından sonra standardize hasta yakınına hasta eğitimleri sunulmuştur. Tüm grupların hasta eğitimi bittikten sonra veri toplama ve hasta eğitiminin uygulanması aşamalarından rastgele seçilen üçer video birlikte izlenerek simülasyonun son basamağı olan tartışma ve geribildirim aşaması gerçekleştirilmiştir. Bu aşamada hasta eğitim süreci ile ilgili yapılması gerekenler gözden geçirilmiş ve yapılan yanlışlıklar üzerinde tartışılarak düzeltilmiş, doğrular pekiştirilmiştir.

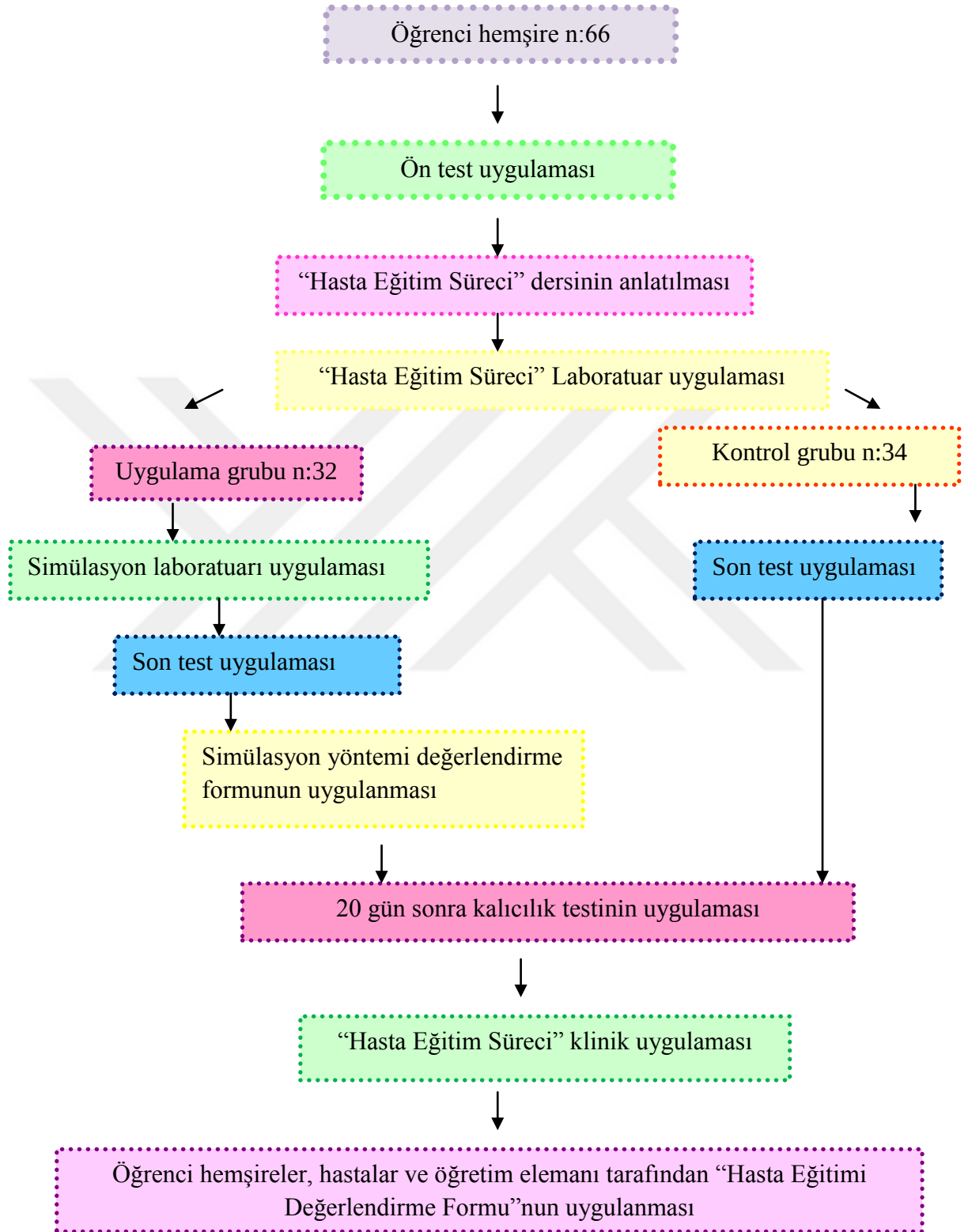
6. **Uygulama Grubu Son-test;** laboratuvar çalışması ve simülasyon laboratuvarı uygulaması sonrasında hazırlanan “Bilgi Testi”nin son-test olarak uygulanmıştır.
7. **Uygulama Grubu Simülasyon Yöntemi İle İlgili Geribildirim;** uygulama grubunda yer alan öğrencilerin Simülasyon yöntemi ile ilgili görüşlerini alabilmek için “Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu”nun kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.
8. **Kalıcılık Testi;** uygulama ve kontrol grubundaki tüm öğrencilere 20 gün sonra, ön-test ve son-test olarak uygulanan “Bilgi testi” kalıcılık testi olarak tekrar uygulanmıştır.

9. Hasta Eğitim Süreci Uygulaması; tüm öğrencilerin “Hemşirelik ve Sağlık II Uygulama Modülü” kapsamında kendilerinden uygulamaları beklenen bir hasta eğitiminde “Hasta Eğitim Süreci”ni uygulaması istenmiştir.

10. Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu; uygulama ve kontrol grubundaki tüm öğrencilerin uyguladıkları bir “Hasta Eğitim Süreci”nin uygulamadan sonra öğrencinin kendisi, öğretim elemanı tarafından “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” kullanılarak değerlendirilmesi ve hastalar tarafından da bu formun hastalar için modifiye edilmiş şekliyle değerlendirme yapılması sağlanmıştır.



Şekil 2. Veri Toplama Süreci Aşamaları



2.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formları ile elde edilen veriler, SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmelerinde değişkenlerin özelliğine göre sayı ve yüzde dağılımları ve ortalamalarına bakılarak Ki kare, Kruskal Wallis, Mann-Whitney U, Wilcoxon istatistiksel analizleri yapılmıştır. Kapsam geçerliliği ve güvenirliğini sağlamak için Cronbach alfa katsayısına bakılmıştır. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilerle (Ort.±SS), $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık olarak değerlendirilmiştir.

2.8. ARAŞTIRMANIN SAYILTI LARI

Bu araştırma, araştırma kapsamına alınan öğrencilerin, “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Bilgi Testi”, “Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu” ve “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu”nu gönüllü ve içtenlikle cevapladıkları sayıltısına dayanmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan hastaların “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu”nu ve hastalar için modifiye edilmiş “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu”nu, öğretim elemanlarının “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu”nu, standardize hasta kullanımı için standardize hasta olmayı kabul eden bireyin “Standardize Hasta Bilgilendirilmiş Onam Formu”nu gönüllü ve içtenlikle cevapladıkları varsayılmaktadır.

2.9. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırma uygulanmadan önce Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı’ndan ve Bilimsel Etik Kurulu’ndan yazılı izin alınmıştır.

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır.

Veri toplama araçlarının uygulanmasından önce çalışmaya katılmayı kabul

eden öğrenci hemşireler çalışmanın amacı hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onam (Ek IX-A ve Ek IX-B) alınmış olup, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrenci hemşireler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Standardize hasta olmayı kabul eden gönüllüden yazılı onam (EK VIII) alınmıştır.

Hasta Eğitimi için 18 ile 65 yaş arasında, iletişim kurulabilen, araştırmaya katılmaya istekli, öğrenci hemşirenin hemşirelik sürecini gerçekleştirdiği klinikte yatan bir hasta seçilerek araştırmaya katılımı için yazılı onam (EK X) alınmıştır. Yanlılığı önlemek için çalışma bittikten sonra standardize hasta yöntemiyle “Hasta Eğitim Süreci” tüm gruba yapılmıştır. Toplanan veriler yalnızca araştırma amaçları için kullanılmış olup kimliklerin gizli tutulmasına özen gösterilmiştir.

BÖLÜM III

BULGULAR

Hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla planlanan araştırmadan elde edilen bulgulara bu bölümde yer verilmiştir.

3.1. ÖĞRENCİLERİN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-1

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	Uygulama		Kontrol	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<u>Yaş</u>				
20 yaşın altında	14	43.8	6	17.6
21 ve üzeri	18	56.2	28	82.4
	$X^2= 5.318$		$p=.032^*$	
<u>Cinsiyet</u>				
Kadın	31	96.9	31	91.2
Erkek	1	3.1	3	8.8
	$X^2=.940$		$p=.614$	
<u>En Uzun Yaşadığı Yer</u>				
Büyük kent	11	34.4	11	32.4
İl	6	18.8	9	26.5
İlçe	11	34.4	11	32.4
Köy	4	12.5	3	8.8
	$X^2=.683$		$p=.877$	
<u>Su An Kimle Yaşıyor</u>				
Ailemle	7	21.9	7	20.6
Arkadaşlarımla	7	21.9	7	20.6
Yurt-pansiyon	16	50.0	18	52.9
Tek başıma evde	2	6.2	2	5.8
	$X^2=.057$		$p=.996$	
<u>Gelir Düzeyi</u>				
Gelir Giderden Az	4	12.5	1	2.9
Gelir Gidere Eşit	27	84.4	29	85.3
Gelir Gidere Fazla	1	3.1	4	11.8
	$X^2=3.614$		$p=.164$	
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

* $p<0.05$

Tablo 4’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin sosyo-demografik

verilerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, en uzun süre yaşadığı yer, şu an kiminle yaşadığı ve gelir düzeyine ilişkin bulguların dağılımı görülmektedir. **Uygulama grubu öğrencilerinin** %56,2'sinin 21 yaş ve üzerinde, % 43,8'inin 20 yaş ve altında olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %82,4'ünün 21 yaş ve üzerinde, % 17'6'sının 20 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:5.318$, $p<0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %96.9'unun kadın, % 3.1'inin erkek olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %91.2'sinin kadın, %8.8'inin erkek olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: .940$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %34.4'ünün ilçe ve büyük kentte, %18.8'inin ilde, %12.5'inin köyde yaşadığı, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %32.4'ünün ilçe ve büyük kentte, %26.5'inin ilde, %8.8'inin köyde yaşadığı, görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin en uzun yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: .683$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %50'sinin yurt ve pansiyonda, % 29.9'unun aile ve arkadaşlarının yanında, %6.2'sinin tek başına evde kaldığı, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %52.9'unun yurt ve pansiyonda, % 20.6'sının aile ve arkadaşlarının yanında, %5.8'inin tek başına evde kaldığı görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin şu anda kimlerle yaşadıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: .057$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %84.4'ünün gelirlerinin giderlerine denk, %12.5'inin gelirlerinin giderlerinden az, %3.1'inin gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %85.3'ünün gelirlerinin giderlerine denk, %11.8'inin gelirlerinin giderlerinden fazla, %2.9'unun gelirlerinin giderlerinden az olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin sosyoekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 3.614, $p>0.05$).



Tablo 5: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Uygulama		Kontrol	
	SAYI (n)	YÜZDE (%)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<u>Anne Öğrenim Durumu</u>				
Okuryazar değil	2	6.2	2	5.8
İlkokul	20	62.5	16	47.1
Ortaokul	5	15.6	5	14.7
Lise	5	15.6	11	32.4
$X^2= 2.636$ p=.451				
<u>Baba Öğrenim Durumu</u>				
İlkokul	13	40.6	10	29.4
Ortaokul	5	15.6	8	23.5
Lise	7	21.9	9	26.5
Yüksekokul/Fakülte	7	21.9	7	20.6
$X^2=1.274$ p=.735				
<u>Anne Meslek</u>				
Çalışmayan	30	93.8	23	67.6
Çalışan	2	6.2	11	32.4
$X^2= 7.101$ p=.008*				
<u>Baba Meslek</u>				
İşçi	3	9.4	8	23.5
Memur	4	12.5	7	20.6
Serbest	6	18.8	4	11.8
Emekli	15	46.9	12	35.3
Diğer	4	12.5	3	8.8
$X^2= 3.910$ p=.418				
<u>Kardeş Sayısı</u>				
Yok	3	9.4	3	8.8
Bir	15	46.9	19	55.9
İki	8	25.0	7	20.6
Üç ve üzeri	6	18.8	5	14.7
$X^2=.568$ p= .904				
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

*p<0.05

Tablo 5’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin sosyodemografik verilerinden anne-baba öğrenim durumu, anne-baba meslek ve kardeş sayısına ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Uygulama grubu öğrencilerinin annelerinin %62.5’inin ilkokul, %15.6’sının orta ve lise mezunu olduğu ve % 6.2’sinin okur yazar olmadığı,

Kontrol grubu öğrencilerinin % 47.1'inin ilkokul, %32.4'ünün lise, %14.7'sinin ortaokul mezunu ve %5.8'inin okur yazar olmadığı görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin anne öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2:2.636$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin babalarının %40.6'sının ilkokul, %21.9'unun lise ve yüksekokul/fakülte ve %15.6'sının ortaokul mezunu olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** babalarının %29.4'ünün ilkokul, %26.5'inin lise, %23.5'inin ortaokul ve %20.6'sının yüksekokul/fakülte mezunu olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin baba öğrenim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2:1.274$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin annelerinin %93.8'inin çalışmayan ve %6.2'sinin çalışan olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** annelerinin %67.6'sının çalışmayan ve %32.4'ünün çalışan olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin anne meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:7.101$, $p<0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin babalarının %46.9'unun emekli, %18.8'inin serbest meslek, %12.5'inin memur ve diğer meslek grubu (Çiftçi vb.), %9.4'ünün işçi olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** babalarının %35.3'ünün emekli, %23.5'inin işçi, %20.6'sının memur, %11.8'inin serbest meslek ve %8.8'inin diğer meslek gruplarından (Çiftçi vb.) olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin baba meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: 3.910$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %46.9'u bir, %25'i iki, %18.8'i üç ve üzeri kardeşe sahip olduğunu ve %9.4'ü hiç kardeşinin olmadığını, **Kontrol grubu**

öğrencilerinin %55.9'u bir, %20.6'sı iki, %14.7'si üç ve üzeri kardeşe sahip olduğunu ve %8.8'i hiç kardeşinin olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinden uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin kardeş sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 3.910, $p>0.05$).

Tablo 6: Öğrencilerin Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-3

SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLER	Uygulama		Kontrol	
	SAYI (n)	YÜZDE (%)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<u>Mezun Oldukları Lise</u>				
Sağlık Meslek Lisesi	2	6.2	-	-
Anadolu Lisesi	17	53.1	23	67.6
Düz lise	13	40.6	11	32.4
	$X^2=3.009$ $p=.222$			
<u>Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu</u>				
Evet	18	56.2	15	44.1
Hayır	2	6.2	2	5.9
Kısmen	12	37.5	17	50
	$X^2=1.075$ $p=.584$			
<u>Hemşirelik Mesleğini Kendine Uygun Bulma Durumu</u>				
Evet	16	50	18	52.9
Hayır	3	9.4	2	5.9
Kısmen	13	40.6	14	41.2
	$X^2=.294$ $p=.863$			
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

* $p<0.05$

Tablo 6'da öğrencilerin sosyodemografik verilerinden mezun oldukları lise, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumları ve hemşirelik mesleğini kendine uygun bulma durumuna ilişkin bulguların dağılımı yer almaktadır.

Uygulama grubu öğrencilerinin % 53.1'i Anadolu lisesi, %40.6'sı Düz lise, %6.2'si Sağlık meslek lisesi mezunu olduğunu, **Kontrol grubu öğrencilerinin** % 67.6'sı Anadolu lisesi, %32.4'ü Düz lise mezunu olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin mezun oldukları

lise türleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2:3.009$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %56.2'si hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini, %37.5'i kısmen isteyerek seçtiğini, %6.2'si ise isteyerek seçmediğini, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %50'si kısmen hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiğini, %44.1'i isteyerek seçtiğini, %5.9'u isteyerek seçmediğini belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hemşirelik mesleğini seçme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: 1.075$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin %50'si hemşirelik mesleğini kendine uygun bulduğunu, %40.6'sı kısmen uygun bulduğunu, %9.4'ü ise uygun bulmadığını, **Kontrol grubu öğrencilerinin** %52.9'u hemşirelik mesleğini kendine uygun bulduğunu, %41.2'si kısmen uygun bulduğunu ve %5.9'u da uygun bulmadığını ifade etmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hemşirelik mesleğini kendilerine uygun bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: .294$, $p>0.05$).

3.2 HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7: Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-1

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Uygulama		Kontrol	
	SAYI (n)	YÜZDE (%)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<u>YAŞ</u>				
20-29	3	9.4	5	14.7
30-39	4	12.5	2	5.9
40-49	2	6.3	5	14.7
50-59	6	18.8	5	14.7
60 ve üzeri	17	53.1	17	50
	KW =.000 p=1.000			
<u>CİNSİYET</u>				
Kadın	11	34.4	23	67.6
Erkek	21	65.6	11	32.4
	X ² =7.306 p=.013*			
<u>MEDENİ DURUM</u>				
Bekar	11	34.4	9	26.5
Evli	21	65.6	25	73.5
	X ² =.488 p=.595			
<u>ÇOCUK SAYISI</u>				
Yok	8	25	7	20.6
Bir	5	15.6	2	5.9
İki	6	18.8	11	32.4
Üç	7	21.9	9	26.5
Dört ve üzeri	6	18.8	5	14.7
	X ² =3.106 p=.540			
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

Tablo 7’de hasta eğitim sürecine katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum ve çocuk sayılarına ilişkin bulguların dağılımı görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %56.1’inin 60 yaş ve üzeri, %18.8’inin 50-59 yaş, %12.5’inin 30-39 yaş, %9.4’ünün 20-29 yaş, ve %6.3’ünün 40-49 yaş arasında olduğu, Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %50’sinin 60 yaş ve üzeri, %14.7’sinin 20-29 yaş, 40-49

yaş ve 50-59 yaş ve %5.9'unun 30-39 yaş arasında olduğu görülmektedir. Yapılan Kruskal Wallis analizinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (KW =.000, p=1.000).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %65.6'sının erkek, %34.4'ünün kadın olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların** %67.6'sının kadın, %32.4'ünün erkek olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (X^2 : 7.306, $p<0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %65.6'sı evli, %34.4'ü bekar olduğunu, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların** %73.5'i evli, %26.5'i bekar olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : .488, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %25'i hiç çocuk sahibi olmadığını belirtirken %21.9'u üç çocuk, %18.8'i iki, dört ve üzeri çocuk ve %15.6'sı bir çocuk sahibi olduğunu, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların** %32.4'ü iki çocuk, %26.5'i üç çocuk, %14.7'si dört ve üzeri çocuk, %5.9'u bir çocuk sahip olduğunu ve %20'si hiç çocuk sahibi olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 3.106, $p>0.05$).

Tablo 8: Hastaların Sosyodemografik Verilerine Göre Dağılımları-2

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	Uygulama		Kontrol	
	SAYI (n)	YÜZDE (%)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<u>SOSYAL GÜVENCE</u>				
SGK	30	93.8	33	97.1
Özel Sigorta	2	6.2	1	2.9
	$X^2 = .416$ $p = .608$			
<u>EĞİTİM DURUMU</u>				
Okuryazar değil	3	9.4	2	5.9
Okuryazar	6	18.8	6	17.6
İlkokul	10	31.2	18	52.9
Lise	4	12.5	6	17.6
Üniversite/Yüksekokul	9	28.1	2	5.9
	$X^2 = 7.286$ $p = .122$			
<u>MESLEK</u>				
Ev hanımı	9	28.1	17	50
Emekli	9	28.1	8	23.5
Öğrenci	3	9.4	2	5.9
Serbest meslek	3	9.4	6	17.6
Diğer	8	25	1	2.9
	$X^2 = 9.113$ $p = .058$			
<u>GELİR DÜZEYİ</u>				
Gelir Giderden Az	8	25	6	17.6
Gelir Gidere Eşit	21	65.6	26	76.5
Gelir Gidere Fazla	3	9.4	2	5.9
	$X^2 = .958$ $p = .619$			
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

*p<0.05

Tablo 8’de hasta eğitim sürecine katılan hastaların sosyodemografik özelliklerinden sosyal güvenceleri, eğitim durumları, meslek ve gelir düzeyine ilişkin bulguların dağılımı görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %93.8’inin SGK’lı ve %6.2’sinin özel sigortalı olduğu, Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %97.1’inin SGK’lı ve %2.9’unun özel sigortalı olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların sosyal güvence durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($X^2: .416$, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %31.2'si ilkokul, %28.1'i yüksekokul/fakülte, %12.5'i lise mezunu olduğunu ve %9.4'ü okur yazar olmadığını, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların** %52.9'u ilkokul, %17.6'sı lise, %5.9'u yüksekokul/fakülte mezunu olduğunu, %17.6'sı okur yazar ve %5.9'u okuryazar olmadığını belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 7.286, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %28.1'inin ev hanımı ve emekli, %25'inin diğer meslek gruplarından (Çiftçi vb.), %9.4'ünün öğrenci ve serbest meslek sahibi olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların**, %50'sinin ev hanımı, %23.5'inin emekli, %17.6'sının serbest meslek, %5.9'unun öğrenci ve %2.9'unun diğer meslek gruplarından olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 9.168, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %65.6'sının gelirlerinin giderlerine eşit, %25'inin gelirlerinin giderlerinden az, %9.4'ünün gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların** %76.5'inin gelirlerinin giderlerine eşit, %17.6'sının gelirlerinin giderlerinden az, %5.9'unun gelirlerinin giderlerinden fazla olduğu görülmektedir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların ekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : .958, $p>0.05$).

Tablo 9: Hastaların Hastanede Yatışları Süresince Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Eğitim Alma Durumu	Uygulama		Kontrol	
	SAYI (n)	YÜZDE (%)	SAYI (n)	YÜZDE (%)
<u>Hastalığı İle İlgili Eğitim Alma Durumu</u>				
Evet	13	40.6	11	32.4
Hayır	19	59.4	23	67.6
	$X^2=.487$ $p=.610$			
<u>Hastalığı İle İlgili Eğitimi Kimden Aldığı</u>				
Doktor	1	3.1	5	14.7
Hemşire	10	31.2	7	20.6
Diğer sağlık personeli	2	6.2	1	2.9
	$X^2=3.572$ $p=.312$			
<u>Yatış Süresince Eğitim Alma İsteği</u>				
Evet	29	90.6	32	94.1
Hayır	3	9.4	2	5.9
	$X^2=.287$ $p=.668$			
<u>Eğitim Almak İstiyor İse Hangi Sağlık Profesyonelinin Eğitim Almak İsteddiği</u>				
Doktor	5	15.6	10	29.4
Hemşire	24	75.4	20	58.8
Diğer sağlık personeli	-	-	2	5.9
	$X^2=4.174$ $p=.243$			
<u>TOPLAM</u>	32	100	34	100

* $p<0.05$

Tablo 9’da hasta eğitim sürecine katılan hastaların hastanede yatışları süresince eğitim alma durumlarına ilişkin bulguların dağılımı görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %59.4’ü hastalığı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını ve %40.6’sı eğitim aldığını, Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %61,8’i hastalığı ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını ve %38.2’si eğitim aldığını ifade etmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların hastalığı ile ilgili eğitim alma durumları arasında istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunamamıştır (X^2 :.487, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan ve hastalığı ile ilgili daha önce bir eğitim aldığını belirten hastaların %31.2'sinin bu eğitimi hemşireden, %6.2'sinin diğer sağlık personelinden, %3.1'inin doktordan aldığı, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan ve** hastalığı ile ilgili daha önce bir eğitim aldığını belirten hastaların %20.6'sının hemşireden, 14.7'sinin doktordan, %2.9'unun diğer bir sağlık personelinden eğitim aldığı görülmektedir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların hastalığı ile ilgili eğitimi kimden aldığı durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : 3.572, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların %90.6'sı yatış süresince eğitim almak istediğini ve % 9.4'ü eğitim almak istemediğini, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların**, %94.1'i yatış süresince eğitim almak istediğini ve %5.9'u eğitim almak istemediğini belirtmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların yatışları süresince eğitim almayı isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (X^2 : .287, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan ve yatışları süresince eğitim almak istediklerini belirten **hastaların** %75.4'ü hemşireden ve %15.6'sı doktordan eğitim almak istediğini, **Kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan ve** yatışları süresince eğitim almak istediklerini belirten **hastaların** %58.8'i hemşireden, %29.4'ü doktordan, %5.9'u diğer bir sağlık personelinden eğitim almak istediğini ifade etmişlerdir. Yapılan ki kare testinde uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların yatışları süresince eğitim almak isteyenlerin eğitimi kimden almak istedikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir

fark bulunamamıştır (X^2 : 4.174, $p>0.05$).

3.3 UYGULAMA VE KONTROL GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN ÖN TEST, SON TEST VE KALICILIK TESTİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan-IR	U	p
Ön Test	Uygulama	32	15.63±0.41	16-2	506.000	.621
	Kontrol	34	16±0.32	16-2		

*p <0.05

Tablo 10’da uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test medyan puanlarına göre dağılımları görülmektedir. *Uygulama grubu öğrencilerinin* ön test medyan puanlarının 16-2, *kontrol grubu öğrencilerinin* ön test medyan puanlarının 16-2 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testinde uygulama ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:506.0, $p>0.05$).

Tablo 11: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{X} \pm SS$	Medyan- IR	U	p
Son Test	Uygulama	32	17.88±0.40	17.50-3	501.000	.578
	Kontrol	34	18.24±0.48	19-4		

*p <0.05

Tablo 11’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin son test medyan puanlarına göre dağılımları görülmektedir. *Uygulama grubu öğrencilerinin* son test medyan puanlarının 17.50-3, *kontrol grubu öğrencilerinin* son test medyan puanlarının 19-4 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testinde uygulama ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır

(U:501,0, $p>0.05$).

Tablo 12: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	$\bar{X} \pm Ss$	Medyan-IR	U	p
Kalıcılık Testi	Uygulama	32	19.78±0.31	20-3	477.500	.386
	Kontrol	34	19.41±0.28	19-3		

* $p < 0.05$

Tablo 12’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanlarına göre dağılımları görülmektedir. *Uygulama grubu öğrencilerinin* kalıcılık testi medyan puanlarının 20-3, *kontrol grubu öğrencilerinin* kalıcılık testi medyan puanlarının 19-3 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testinde uygulama ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U: 477.5, $p>0.05$).

Tablo 13: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test, Son Test, Kalıcılık Testi Puanlarına Göre Kazanç Puanlarının Dağılımı

Puan		n				
			$\bar{X} \pm SS$	Medyan-IR	U	p
Ön test - Son test	Uygulama	32	2.25±2.40	2.50-3.00	528.000	.836
	Kontrol	34	2.23±3.09	3.00-3.50		
Ön test -Kalıcılık testi	Uygulama	32	4.15±2.96	3.50-4.00	472.500	.353
	Kontrol	34	3.41±1.95	3.50-1.25		
Son test -Kalıcılık testi	Uygulama	32	1.90±1.96	2.00-2.75	439.000	.174
	Kontrol	34	1.17±2.77	0.50-4.00		

* $p < 0.05$

Tablo 13’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test, son test, kalıcılık testi medyan puanlarına göre kazanç puanlarının dağılımı görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinin son test ile ön test medyan puanları (2.50-3.00) arasındaki kazanç puanı ile *kontrol grubu öğrencilerinin* son test ile ön test

medyan puanları (3.00-3.50) arasındaki kazanç puanı arasında yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:528.000, p:.836).

Uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi ile ön test medyan puanları (3.50-4.00) arasındaki kazanç puanı ile *kontrol grubu öğrencilerinin* kalıcılık testi ile ön test medyan puanları (3.50-1.25) arasındaki kazanç puanı arasında yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:472.500, p:.353).

Uygulama grubu öğrencilerinin son test ile kalıcılık testi medyan puanları (2.0-2.75) arasındaki kazanç puanı ile *kontrol grubu öğrencilerinin* kalıcılık testi ile ön test medyan puanları (0.5-4.00) arasındaki kazanç puanı arasında yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:439.000, p:.174).

Tablo 14: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test-Son Test Puanlarının Karşılaştırılması

	Uygulama (32)				Kontrol (34)			
	X± SS	Medyan ± IR	Z	p	X± SS	Medyan - IR	Z	p
Ön test	15.63±0.41	16±2	-3.924	.000*	16±0.32	16-2	-3.270	.001*
Son test	17.88±0.40	17.50±3			18.24±0.48	19-4		

*p<0.05

Tablo 14’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test-son test medyan puanlarına göre dağılımı görülmektedir. *Uygulama grubu öğrencilerinin* ön test medyan puanlarının 16-2, son test medyan puanlarının 17.50-3 olduğu bulunmuştur. Yapılan Wilcoxon testi sonucunda uygulama grubunun ön test ve son

testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-3,924, p<0.05).

Kontrol grubu öğrencilerinin ön test medyan puanlarının 16-2, son test medyan puanlarının 19-4 olduğu bulunmuştur. Yapılan Wilcoxon testi sonucunda kontrol grubunun ön test ve son testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-3,270, p<0.05).

Tablo 15: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Ön Test Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Uygulama (32)				Kontrol (34)			
	X± SS	Medyan - IR	Z	p	X± SS	Medyan - IR	Z	p
Ön test	15.63±0.41	16-2	-4.695	.000*	16±0.32	16-2	-4.895	.000*
Kalıcılık Testi	19.78±0.31	20-3			19.41±0.28	19-3		

*p<0.05

Tablo 15’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test-kalıcılık testi medyan puanlarına göre dağılımı görülmektedir. **Uygulama grubu öğrencilerinin** ön test medyan puanları (16-2) ile kalıcılık testi medyan puanları (20-3) arasında yapılan Wilcoxon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-4.695, p<0.05).

Kontrol grubu öğrencilerinin ön test medyan puanları (16-2) ile kalıcılık testi medyan puanları (19-3) arasında yapılan Wilcoxon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-4.895, p<0.05).

Tablo 16: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Son Test-Kalıcılık Testi Puanlarının Karşılaştırılması

	Uygulama (32)				Kontrol (34)			
	X± SS	Medyan-IR	Z	p	X± SS	Medyan-IR	Z	p
Son Test	17.88±0.40	17.5-3	-4.042	.000*	18.24±0.48	19-4	-2.319	.020*
Kalıcılık Testi	19.78±0.31	20-3			19.41±0.28	19-3		

*p<0.05

Tablo 16’da uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin son test-kalıcılık testi medyan puanlarına göre dağılımı görülmektedir. **Uygulama grubu öğrencilerinin** son test medyan puanları (17.50-3) ile kalıcılık testi medyan puanları (20-3) arasında yapılan Wilcoxon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-4.042, p<0.05).

Kontrol grubu öğrencilerinin son test medyan puanları (19-4) ile kalıcılık testi medyan puanları (19-3) arasında yapılan Wilcoxon testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-2.319, p<0.05).

3.4 UYGULAMA VE KONTROL GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN HASTA EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU VE HASTA EĞİTİMİ MEMNUNİYET PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 17: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	X± SS	Medyan-IR	U	p
Hasta Değerlendirme	Uygulama	32	93.98±1.21	97.50-10	487.500	.460
	Kontrol	34	92.72±1.21	93.75-10		
Öğretim Elemanı Değerlendirme	Uygulama	32	89.22±1.24	90-12.50	491.000	.494
	Kontrol	34	88.01±1.26	87.50-10		
Öğrenci değerlendirme	Uygulama	32	91.80±1.88	93.75-12.50	534.000	.896
	Kontrol	34	92.65±1.22	95-8.75		

*p <0.05

Tablo 17’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi değerlendirme formu puanlarının karşılaştırılması görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren hastaların hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı 97.5-10, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı 93.7-10 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren **hastaların hasta eğitimi değerlendirme formu** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U: 487.500, p>0.05).

Uygulama grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren öğretim elemanlarının öğretim elemanı hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı 9-12.50, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren öğretim elemanı hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı

87.5-10 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimlerini değerlendiren **öğretim elemanı hasta eğitimi değerlendirme formu** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:491.000, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini kendilerinin değerlendirmesi ile oluşan öğrenci hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı 93.7-12.50, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hazırladıkları hasta eğitimini kendilerinin değerlendirmesi ile oluşan öğrenci hasta eğitimi değerlendirme formu medyan puanı 95-8.75 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimlerini değerlendiren **öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:534.000 $p>0.05$).

Tablo 18: Uygulama Ve Kontrol Grubu Öğrencilerinin Hasta Eğitimi Memnuniyet Puanlarının Karşılaştırılması

	Grup	n	X± SS	Medyan- IR	U	p
Hasta memnuniyet	Uygulama	32	9±0.19	9-1	539.000	.946
	Kontrol	34	9±0.19	9-2		
Öğretim Elemanı memnuniyet	Uygulama	32	8.03±0.23	8-1	521.500	.762
	Kontrol	34	8±0.19	8-2		
Öğrenci memnuniyet	Uygulama	32	8.50±0.27	9-2	488.500	.460
	Kontrol	34	8.88±0.18	9-2		

*p <0.05

Tablo 18’de uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi memnuniyet medyan puanlarının karşılaştırılması görülmektedir. **Uygulama grubu öğrencilerinin** hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren hastaların hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 9-1, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hazırladıkları hasta

eğitimini değerlendiren hastaların hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 9-2 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimlerini değerlendiren **hastaların hasta eğitimi memnuniyet** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:539.000, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren öğretim elemanının hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 8-1, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren öğretim elemanının hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 8-2 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimlerini değerlendiren **öğretim elemanının hasta eğitimi memnuniyet** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:521.500, $p>0.05$).

Uygulama grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini kendilerinin değerlendirmesi ile oluşan öğrenci hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 9-2, **Kontrol grubu öğrencilerinin** hazırladıkları öğrenci hasta eğitimini kendilerinin değerlendirmesi ile oluşan öğrenci hasta eğitimi memnuniyet medyan puanı 9-2 olduğu bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U testi sonucunda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimlerini değerlendiren **öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyet** medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:488.500, $p>0.05$).

3.5 UYGULAMA GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN SİMÜLASYON YÖNTEMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 19: Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu Puan Ortalaması

n	$\bar{X} \pm SS$	min	max
32	52.87 $\pm$ 1.00	38.00	60.00

Tablo 19’da uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi değerlendirme formu puan ortalamaları görülmektedir. Simülasyon yöntemi değerlendirme formu puan ortalaması 52.87 $\pm$ 1.00 olarak bulunmuştur.

Tablo 20: Uygulama Grubu Öğrencilerinin Simülasyon Yöntemi**Değerlendirme Formuna İlişkin Dağılımları**

Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Simülasyon süresince akranlarımla çalışma fırsatı buldum	2	6.3	-	-	30	93.8
2. Senaryonun içine dahil olabildim	-	-	7	21.9	25	78.1
3. Bu eğlenceli yöntem sayesinde öğrendim	1	3.1	10	31.3	21	65.6
4. Eğitmenin yönlendirmesi öğrenmeye katkı sağladı	2	6.3	7	21.9	23	71.9
5. Yöntem benim için yeterli bilgi ve materyal sağlayarak olguya yönelik problemi çözmemi sağladı	1	3.1	12	37.5	19	59.4
6. Yöntemin öğrenmeye yardımcı olmadığını düşünüyorum	21	65.6	2	6.3	9	28.1
7. Bu yöntemin kullanılması klinik ortama girmeden önce özgüvenimi arttırdı	-	-	10	31.3	22	68.8
8. Bu yöntemle arkadaşlarımda da daha iyi öğrendiklerini düşünüyorum	1	3.1	5	15.6	26	81.3
9. Bu yöntemin diğer derslerde de kullanılabileceğini düşünüyorum	2	6.3	9	28.1	21	65.6
10. Sadece anlatım yöntemi ile daha iyi öğrenirim	26	81.3	3	9.4	3	9.4
11. Simülasyonun kullanılmadığı laboratuvar uygulamasıyla daha iyi öğrenirdim	20	62.5	8	25	4	12.5
12. Simülasyon ile desteklenmiş öğretim yöntemleriyle daha iyi öğrenirim	1	3.1	5	15.6	26	81.3
13. Senaryo anlaşılır değildi	14	43.8	12	37.5	6	18.8
14. Standardize hastanın yaklaşımı cesaretlendiriciydi	3	9.4	11	31.3	18	59.4
15. Geribildirim oturumlarında video kayıtlarım üzerinden uygun geribildirim aldım	1	3.1	9	28.1	22	68.8
16. Geribildirim oturumlarında eğiticilerin verdiği geribildirimler öğrenmemi güçlendirdi	5	15.6	5	15.6	22	68.8
17. Kendi video kaydımı izlemem öğrenmemi zenginleştirdi	1	3.1	6	18.8	25	78.1
18. Simülasyon yöntemi sayesinde iletişim becerimi geliştirdi	1	3.1	6	18.8	25	78.1
19. Simülasyon yöntemi bütüncül değerlendirme becerimi geliştirdi	1	3.1	5	15.6	26	81.3
20. Simülasyon yöntemi eleştirel düşünme becerimi geliştirdi	2	6.3	4	12.5	26	81.3

Tablo 20’de uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi değerlendirme formuna ilişkin dağılım görülmektedir.

Uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi ile ilgili geri bildirimlerinde en yüksek olarak değerlendirilen ilk beş madde sırasıyla “*Simülasyon süresince akranlarımla çalışma fırsatı buldum (%93.8)*”, “*Bu yöntemle arkadaşlarımda daha iyi öğrendiklerini düşünüyorum (% 81.3)*”, “*Simülasyon ile desteklenmiş öğretim yöntemleriyle daha iyi öğrenirim (% 81.3)*”, “*Simülasyon yöntemi bütüncül değerlendirme becerimi geliştirdi (% 81.3)*” ve “*Simülasyon yöntemi eleştirel düşünme becerimi geliştirdi (% 81.3)*”dir.

BÖLÜM IV

TARTIŞMA

Araştırma, hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla yapılan deneysel bir çalışma olarak gerçekleşmiştir. Tartışma, istatistiksel analiz sonucunda elde edilen bulguların veriliş sırasıyla, konu ile ilgili literatür doğrultusunda yapılmıştır.

4.1 ÖĞRENCİLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ve hemşirelik mesleğinin öğrenci açısından kendine uygunluğu ile ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelenmektedir.

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin sosyodemografik verileri ve tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımları arasında yapılan analizler sonucunda grupların cinsiyet, en uzun yaşadığı yer, şu an kimlerle yaşadığı, sosyoekonomik durumu, baba meslek durumu, anne ve baba eğitim durumları, kardeş sayısı, mezun olduğu lise, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu ve hemşirelik mesleğini kendine uygun bulma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, yaşları ve anne meslek durumları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Yaşları ve anne meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmasına rağmen grubun homojen olduğu düşünülmektedir (Tablo

4,5,6).

4.2 HASTALARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARININ İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmaya katılan uygulama ve kontrol grubu öğrencileri tarafından hasta eğitimi alan hastaların sosyodemografik verileri ve hastaların daha önce hasta eğitimi alma durumu, eğitim aldıkları sağlık personeli, yatışları süresince eğitim alma istekleri ve eğitimi kimden almak istediklerine ilişkin bulgular incelenmektedir.

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinden hasta eğitimi alan hastaların sosyodemografik verileri ve daha önce hasta eğitimi alma durumu, eğitim aldıkları sağlık personeli, yatışları süresince eğitim alma istekleri ve eğitimi kimden almak istediklerine ilişkin tanıttıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Bununla birlikte grubun büyük ölçüde homojen olduğu düşünülmektedir (Tablo 7,8,9).

4.3 UYGULAMA VE KONTROL GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN ÖN TEST, SON TEST VE KALICILIK TESTİ PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Bu bölümde araştırmaya katılan uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test-son test ve kalıcılık testi medyan puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelenmektedir.

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin ön test medyan puanı (16-2) ile kontrol grubu öğrencilerinin ön test medyan puanı (16-2) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:506.000, $p>0.05$) (Tablo 10). Bu bulgu uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi ile ilgili ön bilgileri

arasında bir fark olmadığını, ön bilgi düzeylerinin aynı olduğu göstermektedir (Tablo 10). Grupların ön test medyan puanları incelendiğinde, uygulama ve kontrol grubunun hasta eğitimi ile ilgili ön bilgilerinin homojen olduğu saptanmıştır.

Çalışmadaki simüle hasta yakını ile laboratuvar çalışması yapan uygulama grubu öğrencilerinin son test medyan puanı (17.50-3) ile bu yöntemle eğitim almamış kontrol grubu öğrencilerinin son test medyan puanı (19-4) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U:501.000, $p>0.05$) (Tablo 11). Çalışmada, her iki gruba da hasta eğitimi ile ilgili teorik ders anlatılması ve hasta eğitim dersi laboratuvarı uygulanmış olmasının buna neden olduğu ve simüle hasta ile yapılan uygulama eğitiminin bilgiyi pekiştirici olduğu düşünülmektedir.

Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde Ackermann (2009)'nın öğrenci hemşireler üzerinde simülasyon yöntemi ile gerçekleştirdiği çalışmasının son test sonuçlarında deney grubunun kontrol grubuna göre bilgi düzeyi ve beceri performanslarının yüksek olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, Durmaz ve arkadaşları (2012)'nin perioperatif ve postoperatif bakım yönetimi üzerine yapmış oldukları çalışmada deney ve kontrol grubu öğrencilerinin son test bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamış olup bu farkın olmayışının beceri laboratuvarında perioperatif ve postoperatif bakımı yönetmeye yönelik eğitimin öğrencilerin bilgi düzeylerini arttırdığı ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar ilgili literatürün bir bölümü ile kısmen benzerlik göstermekle birlikte bu çalışmada da her iki gruba da uygulanan hasta eğitim dersi laboratuvarının öğrencilerin hasta eğitimi becerilerini geliştirmede yeterli olduğu bu nedenle de beklenenin aksine kontrol grubu öğrencilerinin son test medyan puanı (19-4) uygulama grubu öğrencilerinin son test medyan puanı (17.50-3) daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Literatüre bakıldığında yeniden sınama için ayrılan sürenin, bellek etkisini kaldıracak kadar uzun, denek değişikliğine neden olmayacak kadar kısa, 2 haftadan bir aya kadar bir süre şeklinde belirlenmesi önerilmektedir (9). Bu çalışmada da, son testten 20 gün sonra yapılan kalıcılık testinin puanlarına bakıldığında, uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanı (20-3) ile kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanı (19-3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (U: 477.500, $p>0.05$) (Tablo 12). Bu bulguya göre uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanlarına bakıldığında uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi puanı kontrol grubu öğrencilerine göre daha yüksek olduğu bulunmakla birlikte aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Hasta eğitimi laboratuvarının öğrencilerin bilgi ve becerilerini artırmada son test medyan puanlarına göre yeterli olduğu düşünülürken; kalıcılık testi medyan puanlarının kontrol grubu öğrencilerinde düşük, uygulama grubu öğrencilerinde yüksek olmasının simülasyon yönteminin öğrencilerin bilgi ve becerilerinin daha uzun süre hafızada kalmasını arttırdığı, dolayısı ile öğrenmede kalıcılığı sağladığı söylenebilir. Ayrıca simüle hasta yakını üzerinde uygulama yoluyla öğrenen öğrenci grubunun bunu bir tutum olarak daha kolay kazanması beklenmektedir.

Çalışma bulgularının aksine Edgren ve arkadaşları (2009)'nın, hemşirelik öğrencileri üzerinde farklı simülatörler ile simülasyon yöntemi kullanarak yapmış olduğu çalışmasında, kalıcılık testi puanının son test puanından biraz daha düşük olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte Swanson ve arkadaşları (2011), simülasyon yöntemi ile yaptıkları çalışmalarında hemşirelik eğitiminde simülasyon araştırmalarının amacının simülasyon tarafından didaktik bilgi kazanımının diğer öğretim yöntemlerinin bilgi kazanımlarından daha uzun süre kalıcı olduğunu ifade

etmiştir. Jeffries (2005) öğrencilerin, anlatım yöntemi kullanılarak öğrendikleri bilgileri daha çabuk unuttukları, simülasyon yöntemi ile öğrendikleri bilgileri ise daha uzun süre hatırladıkları belirtilmektedir. Literatürdeki çalışmalar çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin son test ile ön test medyan puanları (2.50-3.00) arasındaki kazanç puanı ile kontrol grubu öğrencilerinin son test ile ön test medyan puanları (3.00-3.50) arasındaki kazanç puanı arasında yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). (Tablo 13)

Beklenenin aksine uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin son test ile ön test kazanç medyan puanları arasında anlamlı bir fark çıkmamasına rağmen kontrol grubu öğrencilerinin kazanç puanlarının uygulama grubu öğrencilerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun, kontrol grubu öğrencilerinin laboratuvar çalışmalarını daha ciddiye almalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi ile ön test medyan puanı (3.50-4.00) arasındaki kazanç puanı ile kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi ile ön test medyan puanı (3.50-1.25) arasındaki kazanç puanı arasında yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). (Tablo 13)

Bu bulguya göre uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi ile ön test medyan puanları arasında anlamlı bir fark bulunmazken son test ile kalıcılık testi medyan puanı arasındaki kazanç puanlarının aynı düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun her iki grubunda hastane uygulamasında bilgilerini tekrarlamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki uygulama grubu öğrencilerinin kazanç puanı (2.00-2.75) ile kontrol grubu öğrencilerinin kazanç puanı (0.50-4.00) yapılan Mann Whithney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($p>0.05$) (Tablo 13). Buna rağmen, uygulama grubu öğrencilerinin kazanç puanlarının daha fazla olduğu görülmektedir. Bu, simülasyon yönteminin uygulama grubu öğrencileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgunun simülasyon yöntemi ile yapılan laboratuvarın daha kalıcı ve etkin olduğu hipotezimizi desteklediği düşünülmektedir.

Her simülasyon oturumunda katılımcıların senaryonun içine tamamen katılması için yeterli gerçekliğin olması zorunludur. Katılımcılar, uygun bakımı sağlamak ve onlardan sorumlu birisi olarak hareket etmeleri için hasta simülatörlerine/standardize hastaya, içinde bulundukları ortamdaki aletler, malzemeler ve mankenlere inanmak zorundadırlar. Eğitici simülasyon oturumunun hem sosyal gerçekliğini hem de algısal gerçekliğini arttırmak için çalışmalıdır (74).

Bu bilgi ışığında, uygulama ve kontrol grubu öğrencileri arasında farklılık çıkmamasının nedeni olarak gerçek bir simülasyon ortamı olmadığı için demonstrasyon laboratuvarının kullanılmasının uygulama grubu öğrencilerinin motivasyonlarını etkilediği, uygulama ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin hastane uygulamalarına farklı zamanlarda çıkmak zorunda olmalarının çalışmanın sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir.

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin ön test, son test ve kalıcılık testi medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen uygulama grubu ve kontrol grubunun kendi içlerinde ön test, son test ve kalıcılık testlerine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Şöyle ki uygulama grubu öğrencilerinin ön test medyan puanı (16-2) ile son test medyan

puanı (17.50-3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Z:-3,924, $p<0.05$) (Tablo 14). Kontrol grubu öğrencilerinin de ön test medyan puanı (16-2) ile son test medyan puanı (19-4) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (Z:-3,270, $p<0.05$).

Bu bulgulara göre uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı ve bu artışın anlamlı olduğu ifade edilebilir. Hasta eğitimi ile ilgili dersin bilgi düzeylerine olumlu yönde katkı sağladığı düşünülmektedir (Tablo 14).

Literatür incelendiğinde, Jamison ve arkadaşları (2006)'nın öğrenci hemşireler üzerinde simülasyon ve geleneksel yöntem ile gerçekleştirdiği çalışmada; simülasyon grubunda olan öğrencilerin ön testten son teste puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış bulunurken, geleneksel yöntemle kol mankeni üzerinde çalışan öğrencilerin ön testten son teste puanlarında bir artış bulunamadığı belirtilmiştir. Alinier ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise deney grubu ön test ve son testi arasında OSCE performansları incelendiğinde kontrol grubuna göre performanslarını geliştirdikleri ve simülasyon eğitiminin öğrenci performansları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Burns ve arkadaşları (2010) tarafından öğrenci hemşireler üzerinde yapılan çalışmada ön test son test simülasyon değerlendirmesinde %82 oranında bilgi kazanımlarında artma bulunduğu ifade edilirken geleneksel anlatım yöntemi üzerine simülasyon yönteminin kullanımının etkili bir yöntem olduğu bulunmuştur. Yoo ve Yoo (2003)'nin çalışmalarında ise simülasyon yönteminin geleneksel eğitim yönteminden daha iyi olduğu belirtilmiştir. Özellikle simülasyon ortamı gibi kompleks ve karışık bir ortamın neden olduğu psikomotor becerilerin içselleştirilmesinde geleneksel yöntemle göre simülasyon yönteminin daha iyi

olduğu bunun nedeninin ise simülasyon yönteminde öğrencilere verilen durumla ilgili problem çözme deneyimlerine fırsat vermesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (126).

Bu çalışmaların aksine diğer simülasyon çalışmalarında ise, bilgi kazanımlarını ölçmede kullanılan bilgi testlerinin deney ve kontrol grubu öğrencilerinin bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır. (59, 99, 106). Genelde yapılan çalışmalarda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken bilgi puanlarında artış olduğu ifade edilmektedir (41, 60). Bir başka bakış açısıyla literatür incelendiğinde ön test son test sonuçlarının bilgi kazanımlarında anlamlı olmayışının simülasyon senaryoları süresince hemşirelik girişimlerini uygulayarak bilgileri alma ve senteze odaklanan öğrencilerin uygulamalar ile ilişkili olan çıktılarının ölçümünde bilginin uygulanma aşamasına odaklanması gerektiğinin vurgulandığı görülmektedir (59, 106). Yapılan çalışmalar ve bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda; simülasyon yöntemi uygulanırken yaratılan öğretim ortamında teori ile uygulama arasındaki boşluğun doldurulmaya çalışılması, bu geçişinin zor ve zaman alıcı olması, bilgiler deneyimlendikçe bu boşluğun giderileceği varsayıldığında öğrencilerin bilgi düzeylerini ölçmede bu testlerin sınırlı kalabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin ön test medyan puanı (16-2) ile kalıcılık testi medyan puanı (20-3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z:-4.695$, $p<0.05$). Kontrol grubu öğrencilerinin ön test medyan puanı (16-2) ile kalıcılık testi medyan puanı (19-3) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z:-4.895$, $p<0.05$) (Tablo 15).

Bu bulguya göre uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitim süreci ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Dolayısıyla uygulama grubu

öğrencileri ile yapılan geleneksel laboratuvar ve simülasyon yöntemi ile gerçekleşmiş olan laboratuvar çalışmalarının ve kontrol grubu öğrencileri ile yapılan laboratuvar çalışmalarının kalıcılık testi ile ölçülen hasta eğitim süreci bilgi düzeyleri üzerine olumlu bir katkı sağladığı düşünülmektedir. Düz anlatım sonrasında gerçekleştirilen laboratuvar çalışmalarının öğrencinin öğrenmesini arttırdığı düşünülmekle birlikte simülasyon yönteminin kalıcılığı sağlamada ve tutum geliştirmede daha etkili olduğu düşünülmektedir (Tablo 15). Simülasyon yönteminin etkinliğinin belirlenmesinde bilginin uygulama basamağının öğretiminde öğrenme rehberleri ve bilgiyi değerlendiren OSCEgibi sınavlarda kullanılan yapılandırılmış kontrol listeleri ile bilgi testlerinin birlikte kullanımının daha yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gerçek bir simülasyon laboratuvarı olmamasının öğrencilerin öğrenme motivasyonlarını yeterince uyarmaması, uygulamanın simülasyondan çok rol oynama düzeyinde kalmasının ve uygulama grubu öğrencilerinin test sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir. Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin son test medyan puanı (17.50-3) ile kalıcılık testi medyan puanı (20-3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z:-4.042$, $p<0.05$). Kontrol grubu öğrencilerinin de son test medyan puanı (19-4) ile kalıcılık testi medyan puanı (19-3) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($Z:-2.319$, $p<0.05$)(Tablo 16). Uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanı son test puanına göre artarken, kontrol grubu öğrencilerinin kalıcılık testi medyan puanı son test puanından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu bulguya göre uygulama grubu öğrencilerinin hasta eğitimi ile ilgili bilgi düzeylerinin zamanla arttığı ve bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülürken, kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi ile ilgili bilgi düzeylerinin zamanla hafif düzeyde düştüğü ve yine bu

düşüşün de istatistiksel olarak anlamlı olduğu anlaşılmaktadır. Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin son test ile kalıcılık testi uygulaması arasında hastane uygulamasına çıkması ve hasta eğitimi ile ilgili bilgilerini tekrar tazelemelerinin kalıcılık testi medyan puanlarına olumlu yönde katkı sağladığı da göz ardı edilmemelidir (Tablo 16).

Literatür incelendiğinde benzer araştırmalarda uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin bilgi düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ya da anlamsız sonuçlar bulunabildiği görülmektedir. Bu durumun değerlendirme biçiminden kaynaklanabileceği öngörülmektedir. Çünkü simülasyonun gücü interaktif öğrenme modeli ile kazanılan bilginin uygulanması, problem çözme, psikomotor ve iletişim becerileri ile artırılabilir. Çoktan seçmeli sınavlar simülasyon deneyimi sonuçlarını ölçmede yetersiz kalabilir (41). Başka çalışmalarda da simülasyon ve diğer öğretim yöntemleri arasında simülasyondan sonra uygulanan yazılı sınavlarının test puanlarında herhangi bir iyileşme olmadığı gösterilmiştir (40, 41, 49, 59).

Tüm bu sebeplerden dolayı performans ölçmede var olan araçların yetersizliği yüzünden bilginin uygulanabilirliğini test etmek için yeni araçlar geliştirilmesi önerilmektedir (106). Ayrıca simülasyonla yapılan tek bir uygulamanın öğretim etkinliğinin farklılıklarını yakalamada yetersiz olabileceği vurgulanmaktadır (41, 49). Öğrencilerin simülasyonla öğrenmelerinden emin olmak için simülasyon senaryoları ile en az iki ek uygulama yapması önerilmektedir (41).

Bu bilgiler doğrultusunda simülasyon yöntemi kullanılarak yapılan çalışmalarda, simülasyonun bilgiyi kalıcı hale dönüştürdüğü anlaşılmaktadır. Bunun yanında uygulamaya yönelik bilgilerin yazılı sınavlar yerine uygulama sırasındaki bilgi artışını ölçebilecek yeni ölçme araçları kullanılarak ölçülmesinin simülasyonun etkinliğini daha iyi belirleyebileceği düşünülmektedir.

4.4 UYGULAMA VE KONTROL GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN HASTA EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU VE HASTA EĞİTİMİ MEMNUNİYET PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA İLİŞKİN BULGULAR

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi değerlendirme formu puan ortalamaları Tablo 17’da görülmektedir.

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren hasta (U: 97.50-10, K: 93.75-10), öğretim elemanı (U: 90-12.50 K: 87.50-10) ve öğrencilerin (U: 93.75-12.50 K: 95-8.75) kendileri tarafından değerlendirilen hasta eğitimi değerlendirme formu toplam medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Beklenenin aksine bu bulgu, simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi değerlendirme formu puanları ile kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi değerlendirme formu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur hipotezimizi desteklemektedir. Her ne kadar medyan puanları arasında anlamlı bir fark olmasa da uygulama grubu öğrencilerin hastalardan ve öğretim elemanından almış oldukları medyan puanları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu simülasyon eğitiminin anlatım yöntemine göre daha kalıcı ve etkili olduğu ve hasta eğitimini daha etkin gerçekleştirdikleri görüşünü destekler niteliktedir (Tablo 17).

Kaymakçı ve arkadaşları (2007)’nın hasta eğitimi değerlendirme formu kullanılarak yapılan çalışmalarında, öğrencilerin yapmış oldukları hasta eğitimlerinin değerlendirilmesinde en yüksek puan sırasıyla hastalardan, öğrencilerden ve öğretim elemanlarından alındığı ve hastaların verilen eğitimden memnun kaldıkları belirtilmiştir.

Orgun ve Özkütük (2008) tarafından öğrenci hemşirelerin hasta eğitimlerinin akran ve öğretim elemanı tarafından değerlendirildiği çalışmalarında hastaların çoğunluğu öğrenci hemşireler tarafından sunulan hasta eğitimlerinin kendilerine katkı sağladığını ifade ettiklerini belirtmişlerdir

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi memnuniyet puanlarının karşılaştırılması Tablo 18’de görülmektedir.

Uygulama ve kontrol grubu öğrencilerinin hazırladıkları hasta eğitimini değerlendiren hasta (U: 9-1; K: 9-2), öğretim elemanı (U: 8-1, K: 8-2) ve öğrencilerin (U: 9-2, K: 9-2) kendileri tarafından değerlendirilen hasta eğitimi memnuniyet medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Beklenenin aksine bu bulgu, simülasyon yöntemi ile eğitim alan öğrencilerin hasta eğitimi memnuniyet medyan puanları ile kontrol grubu öğrencilerinin hasta eğitimi memnuniyet medyan puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur hipotezimizi desteklemektedir.

Hasta ve öğretim elemanının değerlendirdiği hasta eğitimi memnuniyet medyan puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu, öğrencilerin değerlendirdiğinde ise her iki grubun da eşit puanlara sahip olduğu görülmektedir (Tablo 18). Bu bulgular her iki grubun hasta eğitimi memnuniyet medyan puanlarının birbirine yakın olmasından kaynaklanmaktadır.

Öztürk ve arkadaşlarının (2011) hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında her iki klinikteki hastaların yarısından fazlasının hasta eğitimlerinden memnun olduğu belirtilmektedir. Çoban ve Kaşıkçı (2008), hemşirelerin hastalara, uygulamalar, tanı ve tedavi süreçleri ile ilgili bilmedikleri konular hakkında bilgi vermelerinin hastaların memnuniyetlerini etkilediğini ifade etmişlerdir. Bir başka çalışmada, hasta eğitimi alan hastaların eğitimden memnun ve tedavi almaya istekli

oldukları belirlenmiştir (83).

Çalışma sonuçları doğrultusunda genel olarak hastaların hasta eğitiminden memnun kaldıkları ve bu bulguların çalışma bulgularımızı desteklediği düşünülmektedir.

4.5 UYGULAMA GRUBU ÖĞRENCİLERİNİN SİMÜLASYON YÖNTEMİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi ile ilgili görüşlerine ilişkin bulgular incelenmektedir.

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi değerlendirme formu puan ortalaması 52.87 ± 1.00 olarak bulunmuştur (Tablo 19). Bu formdan alınabilecek en yüksek puan 60 ve en düşük puan 20 olarak belirtilmiştir. Puan arttıkça öğrencilerin simülasyon yöntemiyle ilgili görüşlere katılma oranlarının artacağı bilgisine dayanılarak, öğrencilerin simülasyon yöntemi değerlendirme formu puan ortalamalarının yüksek olması öğrencilerin bu yöntemi beğendikleri anlamına gelmektedir.

Literatür incelendiğinde hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı, sınıf içi öğrenmenin güçlendirilmesinde ve gerçek hayat ortamının hazırlanması için güven düzeyini arttırmada, teknik becerileri ve karar alma becerilerini geliştirerek öğrencide yarar sağladığı gözükmekte olup heyecan verici ve değerli bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (2).

Çalışmaya katılan uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi değerlendirme formuna ilişkin dağılımları incelendiğinde, uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi değerlendirme formunda en yüksek olarak değerlendirilen ilk beş madde sırasıyla “*Simülasyon süresince akranlarımla çalışma fırsatı buldum (%93.8)*”, “*Bu yöntemle arkadaşlarımda da daha iyi*

*öğrendiklerini düşünüyorum (% 81.3)”, “Simülasyon ile desteklenmiş öğretim yöntemleriyle daha iyi öğrenirim (% 81.3)”, “Simülasyon yöntemi bütüncül değerlendirme becerimi geliştirdi (% 81.3)” ve “Simülasyon yöntemi eleştirel düşünme becerimi geliştirdi (% 81.3)”*dir (Tablo 20).

Beyer (2011)’in öğrenci hemşireler üzerinde yapmış olduğu çalışmasında, öğrenci hemşireler simülasyon yöntemi ile desteklenmiş yöntemler ile daha iyi öğrendiklerini ve sınıf içi simülasyon yönteminin kullanılmasının öğrenmelerine yardımcı olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışma bulgumuz literatürü destekler niteliktedir.

Titzer ve arkadaşları (2011)’nın yapmış oldukları çalışmalarına katılan öğrencilerin simülasyon ortamını; akranları ile birlikte klinik durum içinde çalışmayı destekleyen ve disiplinler arası takım çalışmasını sağlayan bir ortam olarak hissettiklerini ve simülasyon süresince klinik durumda akranları ile birlikte çalıştıklarını belirtmiş ve geribildirim süresince, rol ve beklentilerin açıkça tartışıldığını ifade etmişlerdir. Bu çalışmada, sağlık bakım profesyoneli olan öğrencilerin problem çözme ve öğretimde işbirliği için etkili bir yöntem olarak simülasyon yöntemini destekledikleri belirtilmektedir (114).

Diğer bir çalışma olan Maas ve Flood (2010) tarafından yapılan çalışmada da çalışmaya katılanların %87’si simülasyon hakkında en sevdikleri şey olarak canlı gibi olmasını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin %80’i simülasyonda öğrendikleri becerilerini kliniğe aktarabileceklerini ifade etmişlerdir. Yine Abdo ve Ravert (2006) tarafından yapılan çalışmada da tüm öğrenciler klinik simülasyon ortamında öğrendiklerini kliniğe taşıyabileceklerini ifade etmişlerdir.

Simülasyon öğrenciler için interaktif bir olaydır. Standardize hasta kullanımı öğrencileri motive ederek becerilerini uygulama ve öğrencilerin daha iyi

anlamalarına sebep olmaktadır. Simülasyon laboratuvarı bilgi, eleştirel düşünme ve klinik yargılamada en ideal ve gerçekçi bir öğrenme ortamı sunmaktadır. Simülasyon ortamı gerçek hayatta sağlanamayacak olan ve öğrencilerin öğrenmesini arttıracak eğitsel deneyimlerini arttırmayı sağlamalıdır. Anlamli ve derin öğrenmeyi üretebilmek ve arttırabilmek için bir ya da daha fazla öğretim yaklaşım ve yöntem öğretim ortamına adapte edilmelidir (74). Bu bilgilere dayanarak simülasyon yönteminin gerçeği en iyi yansıtacak, farklı öğretim yöntem ve stratejileri ile birlikte kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır. Simülasyon yönteminin sağladığı tüm bu gelişmeleri araştırma kapsamına alınan öğrencilerde olumlu bulmuş olup, yapılan bu çalışma ilgili literatür ile paralellik göstermektedir.

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 SONUÇLAR

Bu bölümde, araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırmanın hipotezlerinin geçerliliği konusunda yargıda bulunulmuş ve sonuçlara bağlı öneriler getirilmiştir.

Hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelendiği bu araştırmanın sonuçlarına göre;

- Çalışmaya katılan öğrencilerin ve hastaların homojen dağılıma sahip olduğu,
- Uygulama ve kontrol grubu arasında ön test, son test, kalıcılık testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı,
- İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen uygulama grubunun ön test puan ortalamasının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu,
- İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen kontrol grubunun son test puan ortalamalarının uygulama grubuna göre daha yüksek olduğu,
- İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamasına rağmen uygulama grubunun kalıcılık test puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu,
- Uygulama grubunun ön test, son test ve kalıcılık testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu,

- Kontrol grubunun ön test, son test ve kalıcılık testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu,
- Uygulama ve kontrol grubunun ön test, son test ve kalıcılık testi kazanç puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı,
- Kontrol grubunun ön test son test kazanç puanının, uygulama grubunun son test kalıcılık testi kazanç puanından daha yüksek olduğu, ön test kalıcılık testi kazanç puanlarının her iki grupta da aynı olduğu saptanmıştır.
- “Hasta Eğitim Süreci” dersi kapsamında uygulama grubunda simülasyon yöntemi ile sürdürülen laboratuvarın, kontrol grubunda yalnızca geleneksel laboratuvarın uygulandığının her iki gruptaki öğrencilerin “Hasta Eğitimi Süreci” becerileri üzerinde artış sağladığı,
- “Hasta Eğitimi Süreci” dersi kapsamındaki uygulama sürecinde öğrencilerin hasta, öğrenci ve öğretim elemanı tarafından doldurulan “Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu” ve “Hasta Eğitimi Memnuniyet” puanlarının hemen hemen birbirine yakın olduğu,
- Uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemiyle ilgili görüşlere katılma oranlarının yüksek olduğu,
- Uygulama grubu öğrencilerinin simülasyon yöntemi ile akran çalışması yapabildikleri, daha iyi öğrendikleri, simülasyon ile desteklenmiş öğretim yöntemlerinin daha faydalı olduğu, bütüncül değerlendirme ve eleştirel düşünme becerilerini arttırdığı bulunmuştur.

5.2 ÖNERİLER

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Simülasyon yönetiminin bilginin kalıcılığını arttırmada etkin olduğunun bulunmasından dolayı hemşirelik eğitiminde kullanılması,

- Simülasyon laboratuvarının daha etkin gerçekleştirilebilmesi ve öğrencilerin motivasyonlarını arttırmak için gerçek bir simülasyon laboratuvar ortamının kurulması,
- Simülasyon laboratuvarının “Hasta Eğitimi Süreci” yanında başka bir beceri ile tekrar uygulanmasının daha yararlı olabileceği,
- Uygulama ve kontrol grupları arasındaki farkın daha iyi ölçülebilmesi için bilgi testi ile birlikte objektif yapılandırılmış klinik değerlendirme (OSCE) yapılması ya da bilginin uygulanabilirliğini ölçebilecek yeni ölçüm araçlarının geliştirilmesi,
- Araştırmanın daha etkin gerçekleştirilebileceği ortamlarda yapılması önerilmektedir.

BÖLÜM VI

ÖZET

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Hemşirelik eğitiminde simülasyon yönteminin etkinliğinin incelenmesi amacıyla yapılan deneysel bir çalışmadır.

Araştırma 2012-2013 eğitim öğretim yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören 2. sınıf öğrenci hemşireler üzerinde yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini; Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde öğrenim gören 2. sınıf öğrenci hemşirelerden basit rastgele örnekleme yöntemi ile örneklem seçim ölçütlerine uyan 66 öğrenci hemşireden uygulama (n=32) ve kontrol grubunu (n=34) oluşturmuştur.

Araştırma verilerinin toplanmasında; "Tanıtıcı bilgi formu", "Bilgi testi", "Senaryo", "Simülasyon Yöntemi Değerlendirme Formu", "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu", "Görsel Kıyaslama Ölçeği" ve "Hasta Eğitimi Değerlendirme Formu" kullanılmıştır.

"Hasta Eğitimi Süreci" dersi kapsamında yürütülen çalışmada her iki gruba da ön test yapılmış, anlatım yöntemiyle konu anlatılmış, laboratuvar çalışması yapılarak uygulama ve kontrol grubu belirlenmiştir. Kontrol grubuyla laboratuvar gerçekleştirildikten sonra son test uygulanırken uygulama grubu ile simülasyon yöntemi kullanılarak laboratuvara devam edilmiştir. Laboratuvar bitiminde uygulama grubuna son test ve her iki gruba 20 gün sonra kalıcılık testi uygulanmıştır. "Hasta Eğitimi Süreci" dersi kapsamında her iki grupta farklı

zamanlarda uygulama stajına çıkmış ve hasta, öğretim elemanı ve öğrenciler tarafından yapılan hasta eğitimlerini değerlendirmişlerdir.

Verilerin analizinde ki-kare analizi, t testi, Mann-Whitney U ve Wilcoxon testleri kullanılmıştır.

Araştırma bulgularına göre; uygulama ve kontrol grubu öğrencileri arasında ön test, son test ve kalıcılık testi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamasına rağmen uygulama grubu öğrencilerinin kalıcılık testi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Uygulama ve kontrol grubu öğrencileri arasında hasta, öğrenci, öğretim elemanı tarafından doldurulan “Hasta eğitimi değerlendirme formu” ve “hasta eğitimi memnuniyet” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Sonuç olarak, simülasyon yönteminin bilginin kalıcılığı üzerinde etkili olduğu belirlenmiş ve simülasyon yönteminin hemşirelik eğitiminde uygulanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Simülasyon Yöntemi, Öğrenci Hemşire, Simüle Hasta

ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF SIMULATION IN NURSING EDUCATION

In order to examine the effectiveness of the method of simulation in nursing education was planned as an experimental study.

This research in the academic year 2012-2013 was conducted on second class nursing students who are studying at Ege University Faculty of Nursing.

The research sample; second class nursing students who are studying at Ege University Faculty of Nursing were chosen from simple random sampling method and sample of 66 students who were suitable for this research to be consist of experimental (n=32) and control groups (n=34).

The data collected by using the "Identifying Information Form", "Knowledge Test", "Scenario", "Simulation Method Evaluation Form", "Patient Information Form", "Visual Analog Scale" and "Patient Education Evaluation Form".

During the lesson of "Patient Education Process" was conducted on this research, both of two groups were made pretest, the subject was told by the lecture method, after doing the laboratory session experimental ve control group were determined. After doing the laboratory, control group was made posttest. At the same time experimental group was kept on simulation laboratory session by using simulation method. At the end of the laboratory session, control group was made post test and both of two groups were made retention test after 20 days. Within the lesson of "Patient Education Process" both of two groups were practiced different time at the hospital and patient educations which were made by students were evulated by patient, faculty and students.

The data was analyzed by chi-square analysis, Mann-Whitney U test and Wilcoxon test.

According to research findings, Although experimental and control group of students pretest, post test and retention test between the mean scores were not founded a statistically significant difference, experimental group of students retention test mean scores were found higher than control groups. Between experimental and control groups students satisfaction of patient education and "Patient Education Evaluation Form" were filled out by patient, faculty and students between the scores were not founded a statistically significant difference.

As a result, Simulation method found that retention of knowledge was effective and implementation of the method of simulation in nursing education have been proposed.

Key Words: The method of Simulation, Nursing Students, Standardized patient

KAYNAKLAR

1. Aban, S. (1990). Hasta Eğitiminde Hedef Geliştirme ve Öğretim Teknikleri, Türk Hemşireler Dergisi, 39(3):31-34.
2. Abdo, A., Ravert, P. (2006). Student Satisfaction with Simulation Experiences, Clinical Simulation in Nursing Education. 2, e13-e16
3. Akbay, A. (2010). Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi, Erişim Tarihi: 12.12.2011. <http://www.spinetr.org/skor/VizuelAnalogSkala.pdf>
4. Ackermann, A. D. (2009). Investigation of learning outcomes for the acquisition and retention of CPR knowledge and skills learned with the use of high-fidelity simulation, Clinical Simulation in Nursing, 5(6):e213-e222.
5. Akçin, E. (2000). Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
6. Akdemir, N., Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik ve Hemşirelik Yaklaşımları, 2. Baskı, Ankara: Sistem Ofset, 74-80.
7. Akdeniz, S. (2004). Hemşirelik Uygulama Alanları ve Araştırma II, Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu - Araştırma Kültürü ve Hemşirelik Neredeyiz? HEMAR-G Derneği, Odak Ofset, 95-97.
8. Akgün, K. M. (2007). Hemşirelik Bakımının Spiritüel Boyutu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(6): 105-115.
9. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A., Emiroğlu, N. O., Erefe, İ., Görak, G., Karataş, N., Kocaman, G., Kubilay, G., Seviğ, Ü. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri, Odak Ofset, İstanbul, 91-96.

10. Akyüz, A. (2011). Hemşirelik Beceri Eğitiminde Yenilikçi Uygulamalar, Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi, 2011, Ankara, Kongre Özet Kitabı, 13.
11. Aliniera, G., Huntb, B.W., Gordonc, R. (2004). Determining The Value Of Simulation In Nurse Education: Study Design And İnitial Results, Nurse Education in Practice, 4: 200–207.
12. Aliniera, G., Huntb, B.W., Gordonc, R., Harwood, C. (2006). Effectiveness of İntermediate-Fidelity Simulation Training Technology In Undergraduate Nursing Education. Journal of Advance Nursing, May;54(3):359-69.
13. Arslan, H. (2010). 21. yy Hemşirelik Eğitiminde Değişim Felsefesi, I. Uluslar Arası & VII Ulusal Hemşirelik Kongresi, Antalya, Türkiye, 29 Ekim-2 Kasım 2010, Kongre El Kitabı.
14. Arthur, C., Kalbe, A., Jones, L. T. (2010). Human Patient Simulation Manikins and Information Communication Technology Use in Australian Schools of Nursing: A Cross-Sectional Survey, Clinical Simulation in Nursing, Article In Press, e1-e9.
15. Aslan, F. E. (2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(1):9-16.
16. Atak, N. (2006). Hasta Eğitiminin Hastaların Bilgi Düzeyi ve Kendini Yönetme Becerileri İle Hastalığa Yönelik Tutumlarına Etkisi (Tip 2 Diyabet Hastaları Örneği), Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
17. Avşar, G. (2006). Klinik Hemşirelerinin Uyguladıkları Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Erzurum.

18. Avşar, G., Kaşıkçı, M. (2009). Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 3, 67-73.
19. Basavanthappa, B. T. (2009). Nursing Education, Second Edition, Jaypee Brothers Medical Publishers, 499-503.
20. Beauchesne, A. M., Douglas, B. (2011). Simulation: Enhancing Pediatric, Advanced, Practice Nursing Education, Newborn & Infant Nursing Reviews, March,11(1):28-34.
21. Beyer, A. D. (2011). Effectiveness of Human Patient Simulator as A Classroom Teaching Strategy, Clinical Simulation in Nursing, e1-e5
22. Birol, L. (2004). Hemşirelik Süreci: Hemşirelik Bakımında SistematiK Yaklaşımlar, 6. Baskı, Etki Matbaacılık, İzmir: 11-278.
23. Boulet, R. J., Champlain, F. D. A., Mckinley, W. D. (2003). Setting Defensible Performance Standards On OSCEs And Standardized Patient Examinations, Medical Teacher, May, 25(3): 245-249.
24. Buldukoğlu, K., Kantek, F. ve Öncel, S. (2004). Eğitimi Değerlendirme ve İyileştirme Çalışması: Antalya S.Y.O. İlk Üç Dönem Mezunlarının Görüşleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 7(2):8-16.
25. Burns, K. H., O'Donnell, J., Artman, J (2010). High-fidelity Simulation in Teaching Problem Solving to 1st-Year Nursing Students A Novel Use of the Nursing Process. Clinical Simulation in Nursing, 6:e87-e95
26. Butler, W. K., Veltre, E. D. (2009). Implementation of Active Learning Pedagogy Comparing Low-Fidelity Simulation Versus High-Fidelity Simulation in Pediatric Nursing Education, Clinical Simulation in Nursing 5: e129-e136

27. Büyükaşık, Ö. (2008). Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
28. Bradley, P. (2006). The History of simulation in medical education and possible future directions. Med Educ, 40: 254-262
29. Bruccoliere, T. (2000). How to Make Patient Teaching Stick. Mantuale 63 (2): 34-83.
30. Candan, Y., Özşaker, E. (2002). Cerrahide Hasta Eğitimi. Antalya: Ulusal Cerrahi Kongresi Kongre Kitabı, 371-378.
31. Cioffi, J. (2001). Clinical Simulations: Development And Validation. Nurse Education Today, 21: 477-486.
32. Çoban, G. İ., Kaşıkçı, M. (2008). Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 16(63): 165- 171.
33. Colletti, L., Gruppen, L., Barclay, M., Stern, D. (2001). Teaching Students to Break Bad News, The American Journal of Surgery, 182(1): 20-23.
34. Coşkun, Ö. (2011). Standardize Hasta Kullanımı Örneği: Akılcı İlaç Kullanımı Stajı, Klinik Ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi Özet kitapçığı, www.kibe2011.org/kibe-2011-ozet-kitapcigi.pdf Erişim Tarihi:11.11.11
35. Del, B. D. (2001). Buyer Beware: The Cost of Competence, Nursing Economics, 19(6): 250 257.
36. Demirel, Ö. (Eylül, 1999). Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Program Geliştirme, 2. Baskı, Ankara: Pegem A Yayıncılık.
37. Durak, İ. H. (2007). E. Ü. Tıp Fakültesi'nde Yürütülmekte Olan Mezuniyet Öncesi Eğitimi İyileştirme Programı Çerçevesinde, Mesleksel Beceri Laboratuvarı

- Olanaklarının Geliştirilmesi, Standardize Hasta ile Mesleksel Beceri Eğitimi Programı ve Performansa Dayalı Sınama Sistemi Oluşturulması, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Proje Kesin Raporu, 1-106.
38. Durham, F. C., Alden, R. K. (2008). Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, Chapter 51. Enhancing Patient Safety in Nursing Education Through Patient Simulation, 1-40.
www.ahrq.gov/qual/nurseshdbk/nurseshdbk.pdf, Erişim Tarihi:11.12.11
39. Durmaz, A., Dicle, A., Cakan, E., Cakir, Ş. (2012). Effect of Screen-Based Computer Simulation On Knowledge And Skill In Nursing Students' Learning of Preoperative And Postoperative Care Management: A Randomized Controlled Study. Apr; 30(4):196-203.
40. Dobbs, C., Sweitzer, V., Jeffries, P. (2006). Testing simulation design features using an insulin management simulation in nursing education. Clinical Simulation in Nursing Education, 2(1):e17–e22.
41. Edgren, K. S., Lungstrom, N., Bendel, R. (2009). VitalSim Versus SimMan: A Comparison of BSN Student Test Scores, Knowledge Retention, and Satisfaction, Clinical Simulation in Nursing; 5:e105-e111.
42. Elçin, M. (2011). İletişim Becerileri Eğitiminde Standart Hasta Kullanımı, 10. Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi, Özet kitabı, Ankara, Erişim Tarihi:10.11.11
43. Ertem, Ü. T. (2007). Eğitim ve öğrenme. Temel hemşirelik İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık. 1. Baskı, 102–106.
44. Feingold, C., Calaluce, M., and Kallen, M. (2004). Computerized patient model and simulated clinical experiences: Evaluation with baccalaureate nursing students, Journal of Nursing Education, 43(4):157 – 163.

45. Gagne, R. M. (1970). Learning Hierarchies. In Conditions of Learning, second edition. New York: Holt, Rinehart and Winston. <http://egitim.erciyes.edu.tr>, Erişim Tarihi:10.11.11
46. Gezer, N., Dramalı, A. (2001). Günübirlik Ortopedik Cerrahi Hastalarına Verilen Taburcu Eğitiminin Etkinliğinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İzmir.
47. Goldenberg, D., Andrusyszyn, A. M., Iwasiw, C. (2005). The Effect of Classroom Simulation on Nursing Students Self-Efficacy Related to Health Teaching, Journal of Nursing Education; Jul; 44(7):310-314.
48. Gore, T., Hunt, W. C., Parker F., Raines H. K. (2011).The Effects of Simulated Clinical Experiences on Anxiety: Nursing Students' Perspectives, Clinical Simulation in Nursing, 7:e175-e180
49. Gordon, J., Oriol, N., Cooper, J. (2004). Bringing Good Teaching Cases “To Life”: A Simulator-Based Medical Education Service. Academic Medicine, 79(1):23-27.
50. Gökkoca, U. Z.(2001). Sağlık Eğitimi Açısından Yetişkin Eğitimi, Sted, 10(11):412-141
51. Good, M.L.(2003). Patient simulation for training basic and advanced clinical skills. Med Educ, 37: 14-21
52. Grossman, S., Mager, D., Opheim, M. H., Torbjornsen, A. (2011). A Bi-national Simulation Study to Improve Cultural Awareness in Nursing Students. Clinical Simulation in Nursing, e1-e6
53. Gündoğdu, F. (2004). Etkin Kemoterapi Uygulamaları, Hasta ve Ailesinin Eğitimi, XIII. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi, Hemşire Programı, 18-22 Mayıs 2004

54. Hegarty, M.K., Bloch, M.B. (2002). The Use of Simulators in Intensive Care Training, *Current Anaesthesia and Critical Care*, 13:94–200.
55. Hogg, G. , Pirie, S. E., Ker, J.(2006). The Use of Simulated Learning to Promote Safe Blood Transfusion Practice, *Nurse Education in Practice*; 6:214–223.
56. Hubal, C. R., Kizakevich, N. P., Guinn, I. C., Merino, D. K., West, L. S. (2000). The Virtual Standardized Patient Simulated Patient-Practitioner Dialogue for Patient Interview Training, *Medecine Meets Virtual Reality*, Ed: Westwood J. D., IOS press, 133-138.
57. Jamison, J. R., Hovancsek, T. M., Clochesy, M. J. (2006). A Pilot Study Assessing Simulation Using Two Simulation Methods for Teaching Intravenous Cannulation. *Clinical Simulation in Nursing Education*, 2:e9-e12.
58. Jeffries, P. R. (2005). A Framework for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing, *Nursing Education Perspectives*; Mar/April; 26(2):96-103.
59. Jeffries, P., Rizzolo, M. (2006). Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adult and children: A national multisite, multi-method study. New York: National League for Nursing.
<http://www.nln.org/researchgrants/LaerdalReport.pdf> Erişim Tarihi: 31.01.2014
60. Jones, L. T., Lapkin, S., Hoffman, K., Arthur, C., Roche, J. (2011). Examining the impact of high and medium fidelity simulation experiences on nursing students' knowledge acquisition. *Nurse Education in Practice*; 11: 380e-383.
61. Jung, Y. E., Park, K. D., Lee, H. Y., Jo, S. H. , Lim, S. Y., Park, W. R. (2011). Evaluation of Practical Exercises Using an Intravenous Simulator Incorporating Virtual Reality and Haptics Device Technologies, *Nurse Education Today*,1-6.

62. Kafalı, N. (2010). Cerrahi Ağrı ve Kontrolü, Erişim Tarihi:14.12.2011
<http://www.fsmhastanesi.com/kalite/Agr%C4%B1/agr%C4%B1.doc>
63. Karaağaçlı, M., Erden, O. (2008). İnternet Destekli Uzaktan Eğitimde Dokuz Aşamalı Öğretim Durumunun Tasarımı, Bilişim Teknolojileri Dergisi, Mayıs, 1(2):21-29.
64. Karaçay, P., Göktepe N. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitiminde İlk Klinik Uygulama Öncesi Simülasyon Yönteminin Kullanımı, Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi, Ankara, Kongre Özet Kitabı, 25.
65. Karadağ, G., Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik Eğitimi ve Kalite, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(3):42-51.
66. Karadağ, M. (1999). Ayaktan Cerrahi Uygulamalarında Hasta Eğitimi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(2): 27-34.
67. Karagözoğlu, Ş. (2004). Bilim Ve Bilimsel Bir Disiplin Olarak Hemşirelik, II. Ulusal Hemşirelikte Araştırma Sempozyumu Araştırma Kültürü ve Hemşirelik Neredeyiz?, HEMAR-G Derneği, Odak Ofset, 127-130.
68. Karaoğlu, N., Şeker, M. (2009). İlaç Uygulama Becerilerinin Önemi ve Bu Konuda Öğrenci Geri Bildirimleri Üzerine Selçuk Üniversitesi'nde Bir Analiz, Genel Tıp Dergisi;19(3):121-127
69. Kaya, H., Akçin, E. (2002). Öğrenme Biçemleri/Stilleri ve Hemşirelik Eğitimi, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6(2):31-35.
70. Kayış, A. (1993). Hemşirelerin Hasta Eğitimine Verdikleri Önem ve Eğitim Verirken Karşılaştıkları Güçlüklerin Saptanması, Hemşirelik Bülteni, 7(29): 55–62.
71. Kazaoka, T., Ohtsuka, K., Ueno, K., Mori, M. (2007). Why Nurses Make Medication Errors: A Simulation Study. Nurse Education Today, 27: 312–317.

72. Kaymakçı, S., Yavuz, M., Orgun, F. (2007). Surgical Patient Education: Turkish Nursing Students Experiences. *Nurse Educ Today*. Jan;27(1):19-25.
73. Keçeci, A. (2007). Hemşirelik Eğitiminde İletişime Yeni Bir Yaklaşım: Transaksiyonel Analiz. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4(2):1-12.
74. Kyle, R. R., Murray, B. (2008). Clinical Simulation operations, engineering and management. Academic press is an imprint of Elsevier. USA. 31-151.
75. Maas, A. N., Flood, S. L. (2010). Implementing High-Fidelity Simulation in Practical Nursing Education, *Clinical Simulation in Nursing*; e1-e7.
76. Medley, C., Horne, C. (2005). Using Simulation Technology for Undergraduate Nursing Education, *Journal of Nursing Education*, 44(5):31–34.
77. McGaghie, W.C., Issenberg, S.B., Petrusa, E.R., Scalese, R.J. (2010). A Critical review of Simulation-Based Medical Education research: 2003-2009. *Med Educ*, 44: 50-63.
78. Mıdık, Ö., Kartal, M. (2010). Simülasyona Dayalı Tıp Eğitimi, *Marmara Medical Journal*; 23(3);389-399.
79. Morton, P. (1996). Creating a Laboratory That Simulates The Critical Care Environment. *Critical Care Nurse*, 16(6):76 – 81.
80. Nehring, M. (2008). Boards of Nursing and The Use of High-Fidelity Patient Simulators in Nursing Education, *Journal of Professional Nursing*, March–April, 24(2):109–117.
81. Nehring, M. W., Lashley, R. F. (2009). Nursing Simulation: A Review of the Past 40 Years, *Simulation & Gaming*, August 40(4):528-552.
82. Neill, A. M., Wotton, K. (2011). High-Fidelity Simulation Debriefing in Nursing Education: A Literature Review, *Clinical Simulation in Nursing*, 7: e161-e168.

83. Nurit, P., Bella, B. C., Gila, E., Revital, Z. (2009). Evaluation Of A Nursing Intervention Project To Promote Patient Medication Education. Journal of Clinical Nursing, 18(17): 2530-2536.
84. Norcini, J., Boulet, J. (2003). Status Of Standardized Patient Assessment, Methodological Issues in the Use of Standardized Patients for Assessment. Teaching and Learning in Medicine, 15(4):293–297.
85. Oktay, B. H. (2011). Hemşirelikte Beceri Eğitimlerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimlerinde Klinik Ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi, 2011, Ankara, kongre özet kitabı, 15.
86. Olgun, N., Ulupınar, S. (2003). Hasta Güçlendirme ve Diyabetli Bireyin Güçlendirilmesi. [www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli bireyin guclendirilmesi.pdf](http://www.tdhd.org/web_arsivi/diyabetli_bireyin_guclendirilmesi.pdf)
87. Orgun, F., Özkütük, N. (2003). Hemşirelikte Öğretim Stajında Öğrenci Hemşirelerin Kendilerini ve Akranlarını Değerlendirmeleri, II Uluslararası-IX Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-11 Eylül 2003, Antalya.
88. Orgun, F., Özkütük, N. (2008). Öğrenci Hemşireler Tarafından Yapılan Hasta Eğitimlerinin değerlendirilmesi. VI. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi (Uluslararası Katılımlı) Kongre Kitabı. 22-25 Ekim 2008 Kapadokya, Nevşehir.
89. Orgun, F. (2010). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, ‘Sağlık Eğitimi ve Sağlığın İyileştirilmesi, Ed: Karadakovan A., Aslan E. F., Adana: Nobel Kitabevi, 41-51.
90. Özcan, S. (2001). “Hasta Eğitimi: Teoriden Uygulamaya Geçiş İçin İpuçları”, I.Uluslararası & V.Ulusal Hemşirelik Eğitim Kongresi Özet kitabı, Kök Yayıncılık.
91. Özden, M. (2003). Sağlık Eğitimi Ders Kitabı, 2. Baskı. Ankara: Pozitif Tasarım Yayıncılık. Feryal Matbaası, 38–41, 50–64, 111–118.
92. Özer, C., Şahin, E.M., Dağdeviren, N., Aktürk, Z. (2002). Birinci Basamakta Hasta

- Eğitimi. STED Dergisi, 11(1):11-24.
93. Özdemir, T. S. (2003). Tıp Eğitimi ve Yetişkin Öğrenmesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 29 (2): 25-28.
94. Özlü, T. (2002). Hekim-Hasta İlişkisi, Hasta Eğitimi ve Hastanın Tıbbi Kararlara Katılımının Sağlanması. Erişim Tarihi: 11.11.11
www.toraks.org.tr/uploadFiles/215201114502-Hekimhastailiskisi.pdf
95. Öztürk, H., Çilingir, D., Hintistan, S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi, DEUHYO ED 2011, 4 (4), 153-158
96. Pınar, G., Elbaş, Ö.N.(2011). Hemşirelik Eğitiminde Simülasyonun Rolü, III. Uluslararası Türkiye Eğitim Araştırmaları Kongresi, Kongre kitabı, Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti, 1629-1634.
97. Rystedt, H. Lindström, B. (2001). Introducing Simulation Technologies In Nurse Education: A Nursing Practice Perspective, Nurse Education in Practice, 1:134–141
98. Savaşan, Ç. (2008). Hasta Eğitimi. <http://www.gata.edu.tr>, Erişim Tarihi:11.11.11
99. Scherer, Y. K., Bruce, S. A., & Runkawatt, V. (2007). A comparison of clinical simulation and case study presentation on nurse practitioner students' knowledge and confidence in managing a cardiac event. International Journal of Nursing Education Scholarship, 4(1), 1-14.
100. Schoening, M. A., Sittner, J. B., Todd, J. M. (2006). Simulated Clinical Experience Nursing Students' Perceptions and the Educators' Role, Nurse Educator; November/December, 31(6):253–258.
101. Schwind, C.J., Boehler, M., Folse, R., Dunnington, G., and Markwell, S.J. (2001). Development of Physical Examination Skills in a Third-Year Surgical Clerkship, The American Journal of Surgery, 181:338-340.

102. Sole, L. M., Guimond, M. E.(2010). Simulation in Nursing. Promoting the Use of Simulation Technology in Florida, Nurse Education Project, 7(6):e253-e253.
103. Sönmez, V. (2001). Program Geliştirmede Öğretmen El Kitabı. 9. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık
104. Streufert, S., Satish, U., Barach, P. (2001). Improving Medical Care: The Use of Simulation Technology. Simulation & Gaming, 32 (2):164–174.
105. Sünbül, A. M., Gündüz, Ş., Yılmaz, Y.(2002). Gagne’nin Öğretim Etkinlikleri Modeli’ne Göre Hazırlanmış Bilgisayar Destekli Öğretim Uygulamasının Öğrencilerin Erişi Düzeylerine Etkisi. Selçuk Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Dergisi, 14: 379-404.
106. Swanson, A. E., Nicholson, C. A., Boese, A. T., Cram, E., Stineman, M. A., Tew, K. (2011). Comparison of Selected Teaching Strategies Incorporating Simulation and Student Outcomes. Clinical Simulation in Nursing 7: e81-e90
107. Szpak, L. J., Kameg, M. K. (2011). Simulation Decreases Nursing Student Anxiety Prior to Communication With Mentally Ill Patients, Clinical Simulation in Nursing, e1-e7.
108. Şenyuva, E., Taşocak, G. (2007). Hemşirelerin Hasta Eğitimi ve Hasta Eğitim Süreci, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 15(59):100-106.
109. Tabak, S. R. (2000). Sağlık Eğitimi, Ankara: Somgür Yayıncılık, 220-256.
110. Tan, Ş., Kayabaşı, Y. ve A. Erdoğan (2002). Öğretimi Planlama ve Değerlendirme. 3. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık.
111. Taşocak, G. (2003). Hasta Eğitimi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayın Evi, 1-105.

112. Taymaz, H. (1997). Hizmet İçi Eğitim Kavramlar, İlkeler, Yöntemler. Ankara: TAKAV Matbaası.
113. Tekbaş, F., Ceylan, S., Ogur, R. ve Ark. (2005). Sağlık Eğitiminde Kullanılan Materyaller ve Etkin Kullanımı, Ankara.
114. Titzer, L. J., Swenty, F. C., Hoehn, W. G. (2011). An Interprofessional Simulation Promoting Collaboration and Problem Solving Among Nursing and Allied Health Professional Students, *Clinical Simulation in Nursing*, e1-e9
115. Tosun, F., Bayık, A. (1998). Hemşirelerin Sağlık Eğitim Etkinliklerini Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesine Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
116. Turan, S., Uner, S., Elcin, M. (2010). Standart Hasta Geribildiriminin Öğrencilerin Güdülenme Düzeyine Etkisi, *Balkan Medical Journal*, 28: 43-48.
117. Uçak, D. (2007). Hemşirelerin Sağlık Eğitimi Etkinliklerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Lisans Tezi.
118. Uyer, G.(1996). Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi EI Kitabı, İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 15, Birlik Ofset Ltd. Şti.
119. Uzun, Ö. (2000). Ameliyat Öncesi Hasta Eğitimi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2):37-45.
120. Velioğlu, P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş Ofset.
121. Vural, B. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(2): 39-43.
122. Waldner, H. M., Olson, K. J. (2007). Taking the Patient to the Classroom: Applying Theoretical Frameworks to Simulation in Nursing Education, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 4(1):1-14.

123. Whelan, P. G., Boulet, R. J., McKinley, W. D., Norcini, J. J., Zanten, Van, M., Hambleton, K. R., Burdick P W., and Peitzman, J. S. (2005). Scoring Standardized Patient Examinations: Lessons Learned From The Development And Administration of the ECFMG Clinical Skills Assessment, *Medical Teacher*, 27(3):200–206.
124. Whitehead, D. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced Nursing* 47(3): 311– 320.
125. Yılmaz, H., Sünbül, M. A. (2000). Öğretimde Planlama ve Değerlendirme, *Öğretim Yöntemleri*, Mikro yayınları, 139-226.
126. Yoo, S. M., Yoo, Y. (2003). The Effectiveness of Standardized Patients as a Teaching Method for Nursing Fundamentals, *Journal of Nursing Education*; Oct, 42(10):444-448.
127. Ziv, A., Small, S.D., Wolpe, P.R. (2000). Patient Safety and Simulation-Based Medical Education, *Medical Teacher*, 22(5):489–495.
128. Ziv, A., Wolpe, P.R., Small, S.D., Glick, S.(2003). Simulaton Based Medical Education: An Ethical Imperative. *Acad Med*, 78: 783-788.
129. www.kimeks.com/dosyalar/file/CEA.pdf
Sağlıkta Havacılık Eğitimi Modeli’nden Yararlanılabilir mi? *Medikal Plus*, Mayıs; 52-53. Erişim Tarihi:12.11.11
130. http://medicine.yale.edu/education/curriculum/103_62142_SP-website_8%2010%2010.pdf The Yale Standardized Patient Program, Erişim Tarihi: 12.11.12
131. <http://www.boluibdh.gov.tr/hastaegitimi.htm>
Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi (2008). Hasta Eğitimi, Erişim Tarihi:10.11.11,

EKLER

EK I

HEMŞİRELİK EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON YÖNTEMİNİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ

Sevgili Öğrenci,

Bu çalışma, “Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacıyla planlanmıştır. Her bölümdeki maddeleri dikkatle okuyarak, elinizden geldiğince samimiyetle, sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (x) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır.

İlginiz ve çabanız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİZ**

Ar. Gör. Hale SEZER

BÖLÜM I: TANITICI BİLGİ FORMU

1. Adınız Soyadınız/Rumuz/Numara

2. Yaşınız:.....

3. Cinsiyetiniz ()1. Kadın ()2. Erkek

4. Medeni durumunuz ()1. Bekar ()2. Evli

5. Mezun olduğunuz lise

() Sağlık meslek lisesi () Fen lisesi () Anadolu lisesi () Düz lise

() Diğer:.....

6. En uzun süreli yaşadığınız yerleşim yeri

()1. Büyük Kent(Ank, İst, İzmir) ()2. İl ()3. İlçe ()4. Köy

7. Şu anda kimlerle yaşıyorsunuz?

()1. Ailemle ()2. Arkadaşlarımla ()3. Yurt-pansiyon

()4. Tek başıma evde ()5. Akrabamın yanında ()6. Diğer:.....

6. Anne-Babanızın öğrenim durumu:

	Anne	Baba
1. Okur-yazar değil	()	()
2. Okur-yazar	()	()
3. İlkokul mezunu	()	()
4. Ortaokul mezunu	()	()
5. Lise mezunu	()	()
6. Yüksekokul/Fakülte mezunu	()	()

7. Annenizin mesleği nedir?

☐ 1.Ev hanımı ☐ 2.İşçi ☐ 3. Memur ☐ 4. Emekli ☐ 5. Diğer

8. Babanızın mesleği nedir?

☐ 1.İşçi ☐ 2.Memur ☐ 3.Serbest meslek ☐ 4.Emekli ☐ 5.Diğer

9. Sizin haricinizde kaç kardeşsiniz?

☐ 1.Yok ☐ 2.Bir ☐ 3.İki ☐ 4.Üç ve üzeri

10. Ailenizin sosyoekonomik durumu nedir?

☐ 1.Gelir giderden az ☐ 2.Gelir gidere denk ☐ 3.Gelir giderden fazla

11. Hemşirelik mesleğini isteyerek mi seçtiniz?

☐ 1. Evet ☐ 2.Hayır ☐ 3.Kısmen

12. Hemşirelik mesleğinin size uygun olduğunu düşünüyor musunuz?

☐ 1. Evet ☐ 2.Hayır ☐ 3.Kısmen

EK II

BİLGİ TESTİ

Bu test, “Hasta Eğitim Sürecini” kapsayan 24 sorudan oluşmaktadır. Her sorunun yalnız bir doğru cevabı vardır. Her soru için size göre doğru olan yanıtı form üzerinde işaretleyiniz. Her sorunun puan değeri eşittir. Yanlış yanıtlarınız doğru yanıtlardan alacağınız puanları etkilemeyecektir. Testi 30 dakika içinde yanıtlamanız beklenmektedir.

1. Aşağıda boş bırakılan yere gelmesi gereken en uygun kavramı işaretleyiniz?

Sağlığı geliştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tutumların değiştirilmesine.....denir.

- A) Hasta Eğitiminin yararı
- B) Hasta eğitiminin temel amacı
- C) Hasta Eğitimi
- D) Sağlık Eğitimi
- E) Sağlık Eğitiminin yararı

2. Aşağıdakilerden hangisi hasta eğitiminde toplanması gereken öncelikli verilerden değildir?

- A) Hastalık ve sorunlar hakkında bilgi düzeyi
- B) Sağlık inançları
- C) Destek alınabilecek kişi ve kuruluşlar
- D) Laboratuvar bulguları
- E) Yaşamdan beklentileri

3. Aşağıdaki ifadelerden hangisi hasta eğitiminin yararlarından biridir?

- A) Tedavi sürecine pasif bir şekilde katılma
- B) Taburcu olma sürecinin uzaması
- C) Üretkenlikte azalma
- D) Sağlık ile ilgili kararlarda etkin ve bağımsız olma
- E) Akut bakım gereksinimlerinde artma

4. Aşağıdakilerden hangisi hasta eğitimi süreci içerisinde yer almamaktadır?

- A) Öğrenme, amaç ve hedefleri belirleme
- B) Planlama
- C) Gereksinim saptama
- D) Kayıt etme
- E) Rehabilitasyon etme

5. Hastanın eğitim ihtiyacını belirlerken kullanılabilecek olan en önemli kaynak aşağıdakilerden hangisidir?

- A) Hasta ile görüşme
- B) Hastanın davranışlarını değerlendirme
- C) Ailesi ile görüşme
- D) Tıbbi kayıtları inceleme
- E) Ekip üyeleri ile birlikte hemşirelerle görüşme

6. Aşağıdakilerden hangisi hastaların hastane enfeksiyonlarından korunmasını dolaylı olarak etkileyen girişimlerden biridir?

- A) Hasta eğitimi
- B) Erken taburcu olma
- C) Gelişebilecek diğer enfeksiyonları önleme
- D) Çevrenin dezenfeksiyonu
- E) Asepsi tekniklerinin uygulanması

7. Aşağıdakilerden hangisi hasta öğrenmesinin amaçlarından biri değildir?

- A) Sağlığı geliştirici davranışlar kazandırmak
- B) Yaşam kalitesini artırmak
- C) Tıbbi ilaçların kullanımını arttırmak
- D) Hastalıklarla baş etmek
- E) Hastalıkların önlenmesini sağlamak

8. Aşağıdakilerden hangisi hasta eğitimi süreci uygulanırken dikkat edilmesi gerekenlerden biri değildir?

- A) Hasta ve ailesine uygun geri bildirim vermek
- B) Konu ile ilgili gerekli tekrarlar yapmak
- C) Hasta ve ailesinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat vermek
- D) En iyi bilinen ve uygulanan eğitim yöntemleri seçmek
- E) Eğitim materyallerinde kullanılan kaynakları toplumun genel eğitim düzeyi ve sağlık davranışlarını dikkate alarak hazırlamak

9. Aşağıdakilerden hangisi hasta eğitiminin yararlarından biri değildir?

- A) Hastanede kalış süresinin artması
- B) Tekrarlı yatışların engellenmesi ya da azaltılması
- C) Hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum
- D) Sağlığın korunması ve geliştirilmesi
- E) Maliyetin azaltılması

10. Aşağıdakilerden hangisi hasta eğitimini etkileyen temel faktörler arasında yer almaz?

- A) Hastanın yapması gerekenleri öğrenerek uygulama isteği
- B) Hasta ve yakınlarının sahip oldukları sağlık inancı
- C) Hastanın bilişsel gelişimi
- D) Hasta eğitiminin konusu
- E) Eğitimi veren hemşirenin yeterliliği

11. Hastalığa uyum aşamalarından hangisi hasta eğitimi için en uygundur?

- A) İnkâr
- B) Red
- C) Depresyon
- D) Öfke
- E) Kabullenme

12. Bir hemşire hasta eğitiminin plan aşamasında aşağıda verilen süreçlerden hangisi ya da hangilerini kullanmaktadır?

I) Eğitimin sonunda değerlendirme yöntemini belirler

II) Uygun zaman ve süreyi belirler

III) İçeriğinin düzenlenmesi ve konunun organizasyonu sağlar

IV) Uygun öğretim yöntem ve tekniklerini belirler

A) Yalnız I B) II ve III C) III ve IV D) I, III ve IV E) II, III, IV

13. (13. ve 14. sorular aşağıdaki metin ile ilgilidir)

İnci Hanım hastalandığında, kendini işe yaramayan, yaşamındaki hiçbir şeyi artık kontrol edemeyeceğini düşünen bir kişiye dönüşmüştür. İlaçlarını kullanmak istememekte, bundan sonra başkalarına bağımlı olarak yaşayacağını düşünmektedir. Aylin Hemşire hastalığıyla ilgili bilgileri ve hastalığı ile nasıl baş edeceğini anlattıktan sonra İnci Hanımda birçok değişiklik olduğu görülür. Eğitim sonrası her sabah öz bakımını yerine getirmeye, ilaçlarını düzenli almaya ve işlerine hazırlık yapmaya başlamıştır. Yukarıdaki bilgiler ışığında hasta eğitiminin yararlarından hangisi gerçekleşmiştir?

A) Hastalığın tedavisi

B) Anksiyete ve gerginliğin azaltılması

C) Bireyin sağlığı ile ilgili kararlarda etkin ve bağımsız olması

D) Rehabilitasyon

E) Hastalığa uyum

14. Aylin Hemşire hasta eğitimini değerlendirirken hangi yöntemden yararlanmıştır?

A) Gözlem B) Geri bildirim C) Ön test son test D) Görüşme E) Son test

15. Aşağıdakilerden hangisi Barlett tarafından açıklanan hasta eğitiminin özelliklerinden biri değildir?

A) Hasta eğitim programı, hedeflenen hasta davranışlarını tam olarak belirlemelidir

B) Eğitimin etkinliğini arttırmak için karma ya da birden fazla yöntem kullanılmalıdır

C) Hasta eğitiminde etkin iletişim becerileri gereklidir

D) Hasta eğitimi hastanın yapması gerekene değil bilmesi gerekene yönelik olarak düzenlenmelidir

E) Hasta eğitim programları olağan tıbbi bakım kaynaklarıyla uyumlu olmalıdır

16. (16, 17 ve 18. Sorular aşağıdaki metin ile ilgilidir)

32 yaşındaki Necla Hanım vaginal yolla doğum yapmıştır. Hastaneden taburcu olmak üzereyken idrarını yaparken yanma olduğunu fark ederek hemşireye haber verir. Necla Hanımın idrar örneğini laboratuara gönderen Aylin Hemşire, onun perine hijyenini nasıl sağladığını, ne sıklıkta tuvalete gittiğini, nasıl bir iç çamaşırı giydiğini sorar. Aylin Hemşire hasta eğitimini yapmak üzere uygun zamanı belirler. Necla hanıma perine hijyenini sağlamada pamuklu iç çamaşırı kullanması, daha fazla sıvı alması ve sık aralıklarla tuvalete gitmesi konusunda eğitim verir. Necla Hanıma antibiyotik tedavisi

başlanır. Aylin Hemşire her gün Necla Hanıma idrarını yaparken yanma olup olmadığını sorar ve eğitimde verdiği önerilere uyup uymadığını kontrol eder. Yukarıdaki metinde Aylin Hemşire hasta eğitimi süreci aşamalarından hangisini yapmamıştır?

- A) Planlama aşamasında veri toplama
- B) Uygulama aşamasında hastanın öğrenme gereksinimini karşılama
- C) Değerlendirme aşamasında eğitimi nasıl değerlendireceğine karar verme
- D) Kayıt etme aşamasında bilgileri hemşire dosyasına kaydetme
- E) Planlama aşamasında uygun eğitim gereksinimini saptama

17. Hasta eğitimi ile Necla Hanıma kazandırılmak istenen davranış değişikliklerinin hangi öğrenme alanına/alanlarına ait olduğunu işaretleyiniz.

- I) Bilişsel öğrenme alanı II) Duyuşsal öğrenme alanı III) Psikomotor öğrenme alanı

- A) Yalnız I B) Yalnız II C) Yalnız III D) II ve III E) I, II, III

18. Aylin hemşire yaptığı hasta eğitiminde hangi değerlendirme yöntem/yöntemlerini kullanmıştır?

- I) Gözlem II) Etki III) Görüşme IV) Süreç V) Ürün
- A) Yalnız I
- B) Yalnız III
- C) I ve III
- D) I, III ve IV
- E) II, III, IV

19. Aşağıda hasta eğitiminde değerlendirmeye ilgili verilen bilgilerden hangisi doğrudur?

- A) Süreklilik isteyen sistematik bir işlemdir
- B) Öğretim sürecinin son aşamasında yer alır
- C) Sadece hastanın öğrenim gereksinimini sorgular
- D) Hasta eğitiminin son aşaması yeniden gözden geçirilir
- E) Hastanın öğrenme becerisinin ne olduğu anlaşılır

20.

Selin hemşire, önceden planladığı hasta eğitimine hikaye anlatarak başlamış, hastanın konu ile ilgili ön bilgilerine başvurmuş, neler anlatacağından bahsetmiş, hazırladığı broşürü göstermiş, ara sıra sorular sorarak konunun pekişmesini sağlamış, hastasından eğitim hakkında görüş almış, anlamadığı yerleri öğrenerek açıklama yapmış ve son olarak özetleme yaparak eğitimi bitirmiştir.

Yukarıdaki metinde hasta eğitim sürecinin uygulama aşamalarından hangisi gerçekleşmemiştir?

- A) Uyarıcı materyali sunma
- B) Performansı ortaya çıkarma hedef davranışı gösterme
- C) Ön koşul öğrenmeyi sağlama
- D) Dikkat çekme
- E) Hedef hakkında bilgi verme

21. Aşağıda verilen hedeflerden hangisi bilişsel alana yönelik değildir?

- A) Diş fırçalamanın önemini ifade edebilme
- B) Hasta eğitimi ile önlenabilir hastalıkları ilişkilendirebilme
- C) Dengeli beslenmenin kurallarını sayabilme
- D) Hasta eğitimi kavramını tanımlayabilme
- E) Bebek bakımında alt temizliğinin öneminin farkında olabilme

22. Eğitim sürecinin uygulanması sırasında “Pekiştirme” kavramı üzerine temellenen aşama aşağıdakilerden hangisidir?

- A)Önkoşul öğrenmenin anımsatılması
- B)Uyarıcı materyalin sunumu
- C)Geliştirme ve öğrenmeye rehberlik etme
- D)Öğrencinin hedef davranışı göstermesi
- E)Hatırla tutma ve transferi artırma

23. Aşağıda hasta eğitiminin planlanması ile ilgili verilen ifadelerden hangisi yanlıştır?

- A)Hasta eğitim planı sağlık personelinin gereksinimleri göz önüne alınarak hazırlanmalıdır
- B)Hasta eğitimi düzenli olarak yapılmalıdır
- C)Hasta eğitiminde tıbbi terminolojiye mümkün olduğunca yer verilmelidir
- D)Hastaya öğretilenler ve hastanın yanıtları bizim için önemlidir
- E)Hasta eğitimi değerlendirmeyele sonuçlanmalıdır

24. Aşağıda verilenlerden hangisi ya da hangileri hasta eğitim standartlarındandır?

- I)Hastaların güvenli ilaç kullanımı ile ilgili olarak eğitilmesi
- II) Hastalara besin-ilâç etkileşimleri, hastalığa uygun diyet önerilerinin açıklanması
- III)Tanılama ile başlayan bilgi gereksinimlerine yönelik bir eğitim programının vurgulanması
- IV) Hastanın karar verme sürecine katılımının sağlanması
- V) Hasta ve ailesine iyileşmesi için gerekli bilgi ve beceriyi sağlayacak bir eğitim planının oluşturulması

- A) I ve II
- B) I, II ve V
- C) I, III ve V
- D)II, III ve IV
- E) Hepsi

EK III

SİMÜLASYON YÖNTEMİ DEĞERLENDİRME FORMU

Bu çalışma, “Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacıyla planlanmıştır. Her bölümdeki maddeleri dikkatle okuyarak, sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (x) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır. İlginiz ve çabanız için şimdiden TEŞEKKÜR EDERİZ

Ar. Gör. Hale SEZER

	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
1. Simülasyon süresince akranlarımla çalışma fırsatı buldum			
2. Senaryonun içine dahil olabildim			
3. Bu eğlenceli yöntem sayesinde öğrendim			
4. Eğitmenin yönlendirmesi öğrenmeye katkı sağladı			
5. Yöntem benim için yeterli bilgi ve materyal sağlayarak olguya yönelik problemi çözmemi sağladı			
6. Yöntemin öğrenmeye yardımcı olmadığını düşünüyorum			
7. Bu yöntemin kullanılması klinik ortama girmeden önce özgüvenimi arttırdı			
8. Bu yöntemle arkadaşlarımda da daha iyi öğrendiklerini düşünüyorum			
9. Bu yöntemin diğer derslerde de kullanılabileceği düşünüyorum			
10. Sadece anlatım yöntemi ile daha iyi öğrenirim			
11. Simülasyonun kullanılmadığı laboratuvar uygulamasıyla daha iyi öğrenirdim			
12. Simülasyon ile desteklenmiş öğretim yöntemleriyle daha iyi öğrenirim			
13. Senaryo anlaşılır değildi			
14. Standardize hastanın yaklaşımı cesaretlendiriciydi			
15. Geribildirim oturumlarında video kayıtlarım üzerinden uygun geribildirim aldım			

16. Geribildirim oturumlarında eğitimcilerin verdiği geribildirimler öğrenmeyi güçlendirdi			
17. Kendi video kaydını izlemem öğrenmeyi zenginleştirdi			
18. Simülasyon yöntemi iletişim becerimi geliştirdi			
19. Simülasyon yöntemi sayesinde bütüncül değerlendirme becerimi geliştirdi			
20. Simülasyon yöntemi eleştirel düşünme becerimi geliştirdi			



EK IV

SENARYO

Ahmet Bey 55 yaşında uzun zamandır nöroloji servisinde yatağa bağımlı olarak yatmakta ve konuşamamaktadır. Doktorlar tarafından tam olarak tıbbi tanısı henüz konulamamıştır. Kilosu 45 kg, boyu 165 cm olan Ahmet Bey'in yaşam bulguları Nabız: 105/dk, Kan basıncı: 100/50 mmHg, solunum 30/dk, ateş 37,8⁰C'dir. İdrar tahlilinde ise lökosit değeri yüksek bulunmuştur.

Sürekli inleyerek, elini idrar sondasına götürmeye çalışan Ahmet Bey giysilerini değiştirmeyi reddetmektedir.

Hastanede Ahmet Bey'e eşi Filiz Hanım refakat etmektedir. Yirmi yıllık eşinin yakınmalarını gördükçe her geçen gün daha fazla üzülen Filiz Hanım, zarar vermekten çok korktuğu için eşine yardımcı olamamaktadır. Bu durumu İnci hemşire ile konuşup ne yapabileceğini öğrenmek ister.

İnci hemşire Filiz Hanım'ın anlattığı yakınmalar dışında, Ahmet Bey'in çarşaflarının hem ıslak hem de çoğu kez kıvrılarak yatağın yukarısına doğru toplandığını fark etmiştir.

Bunun üzerine İnci hemşire Ahmet Bey'in hasta dosyasını inceleyip fizik muayenesini yaptıktan sonra Filiz Hanım'ın ihtiyacı olan eğitim konusunu belirleyerek bir hasta eğitimi planlamıştır.

YÖNLENDİRME SORULARI

1. İnci hemşirenin yerinde siz olsaydınız neler yapardınız? Filiz hanıma yaklaşımınız nasıl olurdu?
2. Filiz Hanım'ın eğitim ihtiyacını nasıl belirlerdiniz?
3. Hasta eğitimini hazırlarken öğrenmek istediğiniz bilgiler neler olurdu ve o bilgilere nasıl ulaşırdınız?
4. Hangi konuda hasta eğitimi planlardınız?
5. Eğitimi nerede yapmayı düşünürdünüz?
6. Eğitimi ne zaman yapmayı düşünürdünüz?
7. Eğitiminizi hangi öğretim yöntem ve tekniklerini kullanarak yapardınız?
8. Hangi öğretim materyallerini kullanırdınız?
9. Yaptığınız hasta eğitimini nasıl değerlendirirdiniz?

HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

Sevgili Katılımcı,

Bu çalışma, “Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacıyla planlanmıştır.

Tüm maddeleri dikkatle okuyarak, elinizden geldiğince samimiyetle, sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (x) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır.

İlginiz ve çabanız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİZ**

Ar. Gör. Hale SEZER

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz

() 1. Kadın

() 2. Erkek

3. Medeni durumunuz

() 1. Bekar

() 2. Evli

4. Tıbbi tanınız:

5. Çocuk sayınız?

() 1. Yok

() 1

() 2

() 3

() 4 ve üzeri

6. Eğitim durumunuz

() 1. Okuryazar değil

() 2. Okuryazar

() 3. İlkokul

() 4. Lise

() 5. Üniversite/Yüksekokul

7. Mesleğiniz

() 1. Ev hanımı

() 2. Emekli

() 3. Öğrenci

() 4. Kamu

() 5. Serbest

() 6. Diğer

8. Ekonomik durumunuz

() Gelir giderden az

() Gelir gidere eşit

() Gelir giderden fazla

9. Sosyal güvenceniz nedir?

() 1. SGK

() 2. Özel Sigorta

() 3. Ücretli

10. Hastalığınızla ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

() 1. Evet

() 2. Hayır

11. Eğitim aldıysanız bu eğitimi kimden aldınız?

() 1. Doktor

() 2. Hemşire

() 3. Diğer Sağlık personeli.....

12. Klinikte yattığınız sürece eğitim almak ister misiniz?

()1. Evet ()2. Hayır

13. Eğitim almak istiyorsanız bu eğitimin kim tarafından verilmesini istersiniz?

()1. Doktor ()2. Hemşire ()3. Diğer Sağlık personeli



EK VI-A**HASTA EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU**
(Öğretim Üyesi/Öğrenci)**Sevgili Katılımcı,**

Bu çalışma, öğrenci hemşire tarafından yapılan hasta eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Her bölümdeki maddeleri dikkatle okuyarak, elinizden geldiğince samimiyetle, sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (x) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır.

İlginiz ve çabanız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİZ**

Öğrencinin Adı Soyadı:**No:**

	YETERLİ (5 Puan)	KISMEN (2,5 Puan)	YETERSİZ (0 Puan)
1. Eğitim gereksinimlerini doğru bir şekilde saptama			
2. Eğitim hedef ve hedef davranışlarını doğru bir şekilde yazma			
3. Eğitim içeriğini literatür doğrultusunda hazırlama			
4. Eğitim verilen bireye ya da eğitim konusunun niteliğine uygun öğretim yöntem ve tekniği kullanma			
5. Uygun eğitim materyali geliştirme			
6. Hasta/hasta yakınının dikkatini çekme			
7. Hedef hakkında bilgi verme			
8. Ön koşul öğrenmeyi anımsatma			
9. Konu içeriğini anlamlı bir şekilde sunma			
10. Materyali anlamlı bir şekilde sunma			
11. Eğitimde etkili sunum tekniklerini kullanma			
12. Sorulan soruları doğru olarak yanıtlama			
13. Uygun pekiştireçler vererek hastayı/hastaları eğitime aktif bir şekilde katma			

14. Hastanın/hastaların hedef davranışları göstermesini sağlama			
15. Geri bildirim alma/verme			
16. Konuyu özetleme ve gerektiğinde tekrarlar yapma			
17. Zamanı iyi kullanma			
18. Eğitim programının değerlendirmesini yapma			
19. Kullanılan materyal ve araç gereçleri teslim etme			
20. Eğitim ortamını düzenli bir şekilde bırakma			



EK VI-B**HASTA EĞİTİMİ DEĞERLENDİRME FORMU****(Hasta/Hasta yakını)****Sevgili Katılımcı,**

Bu çalışma, öğrenci hemşire tarafından yapılan hasta eğitiminin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Her bölümdeki maddeleri dikkatle okuyarak, elinizden geldiğince samimiyetle, sizin için uygun olan seçeneklerden yalnızca birisini (x) şeklinde işaretleyiniz. Lütfen her soruyu yanıtlayınız. Veriler yalnızca araştırma amacıyla kullanılacak, hiçbir kurum ya da kişiye açık tutulmayacaktır.

İlginiz ve çabanız için şimdiden **TEŞEKKÜR EDERİZ**

Öğrencinin Adı Soyadı:**No:**

	YETERLİ (5 Puan)	KISMEN (2.5 Puan)	YETERSİZ (0 Puan)
1. İhtiyacım olan bir konuda eğitim verdi			
2. Benim için belirlediğini söylediği amaçlar gerçekten bana uygundu			
3. Verdiği eğitimde benim için yeni bilgiler vardı			
4. Anlatırken kullandığı yöntemler dikkatimin dağılmasını önledi			
5. Anlayabileceğim tarzda broşür, poster vb. kullandı			
6. Dikkatimi konuya çekebildi			
7. Eğitimin amaçları hakkında bilgi verdi			
8. Bu konuda önceden bildiğim bilgileri hatırlattı			
9. Bilgileri açık anlaşılır bir şekilde sundu			
10. Eğitim sırasında broşür, poster vb. kullanarak konuyu daha iyi anlamamı sağladı.			
11. Ara ara ses tonunu değiştirerek ve benimle göz teması kurarak dikkatimin dağılmasını önledi			
12. Konuyla ilişkili soru sormama fırsat verdi.			
13. Eğitim sırasında doğru bildiklerimi onayladı, yanlış			

olanları düzeltti			
14. Eğitim sonunda öğrendiğim bilgi ve davranışları uygulayabildim			
15. Eğitim ile ilgili düşüncelerimi rahatlıkla söyleyebildim ve öğrencinin düşüncelerini alabildim			
16. Eğitim sonunda konuyu özetledi ve uygun tekrarlar yaptı			
17. Söz verdiği sürede eğitimini tamamladı			
18. Eğitim sonunda neler öğrendiğimi anlamaya çalıştı			
19. Eğitimde kullandığı bilgisayarı, broşürü, poster/Malzemeleri teslim etti			
20. Eğitim yaptığımız yeri düzenli bir şekilde bıraktı/toparlayarak bıraktı			

EK VII

Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS)

Hasta eğitiminden memnuniyet durumunuz? (Memnuniyet durumunuz 1: ” **Hiç Memnun Değilim**” 10: “ **Çok Memnunum**” olacak şekilde aşağıdaki skalaya işaretleyiniz)



EK VIII

STANDARDİZE HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, “Hasta Eğitimi Konusunda Hemşirelik Öğrencileri Üzerinde Uygulanacak Olan Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacı ile planlanmıştır. Sizden standardize hasta olmanız (Standardize hasta, hasta rolünü oynayan ya da sağlık uygulayıcılarına belirli hastalıkları sunmak için aktörlük yapan kişilerden oluşmaktadır) ve araştırmacı tarafından size verilecek olan eğitim sonrasında araştırmacı ile birlikte öğrenci hemşireler ile çalışmanız beklenecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve yeterli yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmama tamamen kendi seçiminizdir. Katılmama yönündeki kararınızın size hiçbir şekilde olumsuz yansıması olmayacaktır. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmenize rağmen istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Hale SEZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Öğretim Ana Bilim Dalı

Ben, (gönüllünün adı) yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman araştırmayı yürütücüsü ile herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası : Adresi:

Telefon numarası: Tarih: / /

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih: / /



EK IX-A

ÖĞRENCİ HEMŞİRE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

(Uygulama grubu)

Bu araştırma, “Hasta Eğitimi Konusunda Hemşirelik Öğrencileri Üzerinde Uygulanacak Olan Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacı ile planlanmıştır. Sizden anlatım yöntemi ile işlenecek olan ‘Hasta eğitimi’ dersine ve simülasyon yöntemi kullanılarak işlenecek olan ‘Hasta eğitimi’ laboratuvarına katılmanız, simülasyon laboratuvarında Standardize hasta (Standardize hasta, hasta rolünü oynayan ya da sağlık uygulayıcılarına belirli hastalıkları sunmak için aktörlük yapan kişilerden oluşmaktadır) ile görüşmeler yapmanız ve bir hasta eğitimi planlayıp uygulamanız beklenmektedir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve yeterli yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmama tamamen kendi seçiminizdir. Katılmama yönündeki kararınızın size hiçbir şekilde olumsuz yansıması olmayacaktır. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmenize rağmen istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Hale SEZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Hemşirelikte Öğretim Ana Bilim Dalı

Ben, (gönüllünün adı) yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman araştırmayı yürütücüsü ile herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası : Adresi:

Telefon numarası: Tarih: / /

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih: //



EK IX-B

ÖĞRENCİ HEMŞİRE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU **(Kontrol grubu)**

Bu araştırma, “Hasta Eğitimi Konusunda Hemşirelik Öğrencileri Üzerinde Uygulanacak Olan Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacı ile planlanmıştır. Sizden anlatım yöntemi ile işlenecek olan ‘Hasta eğitimi’ dersine ve ‘Hasta eğitimi’ laboratuvarına katılmanız beklenmekte olup ‘Hasta eğitimi’ laboratuvarı süresince bir hasta eğitimi planlamanız istenecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve yeterli yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmama tamamen kendi seçiminizdir. Katılmama yönündeki kararınızın size hiçbir şekilde olumsuz yansıması olmayacaktır. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmenize rağmen istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Hale SEZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Öğretim Ana Bilim Dalı

Ben, (gönüllünün adı) yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman araştırmayı yürütücüsü ile herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası : Adresi:

Telefon numarası: Tarih: / /

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih: //



EK X

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu araştırma, “Hasta Eğitimi Konusunda Hemşirelik Öğrencileri Üzerinde Uygulanacak Olan Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” amacı ile planlanmıştır. Sizden öğrenci hemşirenin yapmış olduğu hasta eğitimine katılmanız ve size verilecek olan form dahilinde öğrenci hemşirenin eğitimini değerlendirmeniz beklenmektedir

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve yeterli yanıtlar almaya hakkınız vardır. Bu araştırmaya katılıp katılmama tamamen kendi seçiminizdir. Katılmama yönündeki kararınızın size hiçbir şekilde olumsuz yansıması olmayacaktır. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmenize rağmen istediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederiz.

Ar. Gör. Hale SEZER

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelikte Öğretim Ana Bilim Dalı

Ben, (gönüllünün adı) yukarıdaki metni okudum ve katılmam istenen çalışma kapsamını ve amacını gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve yararları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman araştırmayı yürütücüsü ile herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı-Soyadı:

İmzası : Adresi:

Telefon numarası: Tarih: / /

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih: //



EK XI

HASTA EĞİTİM SÜRECİ METNİ

Son yirmi yılda hasta eğitimine verilen önem giderek artmaktadır (92). Hasta eğitimi, kaliteli sağlık bakımının vazgeçilmez bir unsurudur. Bireylere sağlığına tekrar kavuşması için sağlıklı yaşama kurallarını öğretme, sağlığı koruma alışkanlıklarını oluşturma ve sağlık sorunlarını çözebilir, sağlık hizmetlerine katılabilir ve sağlık haklarını savunabilir davranışlar kazandırma çabası hasta eğitiminin ortaya çıkışını sağlamıştır (1).

Günümüzde sağlıkla ilgili her olayda ve her sorunda; eğitim bir çözüm yolu olarak görülmekte ve adeta bir anahtar niteliği taşımaktadır (1, 91). Amerikan Aile Hekimleri Birliğinin (AAFP) sağlık eğitim komitesi AAFP'nin birinci sıradaki görevini "Sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hasta eğitimi konularında öncülük yaparak toplumun sağlığını geliştirmek" olarak tanımlamaktadır (92). Son yıllarda bütün dünyada, özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası haline gelen ve hızla gelişen hasta eğitiminin değişik şekillerde tanımları yapılmıştır.

Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasındaki öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir (92).

Hasta eğitimi inanç, değer ve motivasyondan etkilenen sağlık davranışlarına ilişkin bilginin verilmesi veya sağlıkla ilgili bilgiyi elde etme, özümseme ve davranışa dönüştürme olarak tanımlanır (29, 109, 124). Bir başka tanıma göre ise hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin bileşimidir (18).

Amerikan Aile Hekimleri Akademisi'nin (2000) tanımına göre hasta eğitimi; "Sağlığı geliştirmek amacıyla hasta davranışlarını etkileyerek bilgi, beceri ve tutumların değiştirilmesi" olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre hasta eğitimi, sadece bilgi değil, aynı zamanda olumlu sağlık sorunlarına neden olacak davranış değişikliği yaratmaya yönelik bireysel ve aktif bir süreçtir (92). Beklenen sonuca ulaşılması için hastaların ihtiyaçlarını, deneyimlerini, tutumlarını, tercihlerini ve sağlığı etkileyen diğer etmenleri içerir (16).

Hasta eğitimi; rehabilitasyon gerektiren veya tanı, tedavi gibi sağlık bakım sistemine bağlı kalan diğer önemli kişilere, ailelere ve bireylere uygulanan eğitimidir (46).

Hasta eğitimi, hastanın hastalığı ile baş edebilmesi, hastalığını takip etmesi, verilen tedaviyi uygulaması için gereken bilgi ve becerilerin kazandırılmasıdır (46). Diğer bir tanıma göre ise hastaların hastaneye yatma, cerrahi operasyon ya da rehabilitasyona hazırlanması dahil, verilen tıbbi ya da kendi kendine bakım uygulamasına uyum yeteneğinin gözlenmesi için, tıbbi bakımla görevli personel tarafından verilen eğitimidir (46).

Ancak hasta eğitimi her ne şekilde tanımlanırsa tanımlansın, tüm tanımların dayandığı ortak nokta, davranış değişikliğinde odaklaşmakta ve sağlık alanında davranış kazandırmayı hedeflenmektedir (1, 91).

Sadece bilgi aktarımı olmayan hasta eğitimi, hastanın yaşam tarzını ve alışkanlıklarını değiştirecek, hoşlanmadığı şeyleri yapmaya zorlayacak bir tedavi programını uygulamak için hastayı gözlemlemek; tanı ve tedavi ile ilgili uygulamaları göstermek, denetlemek, uygulatmak ve hatırlatmayı kapsayan bir dizi basamağı içermektedir. Yani, hasta eğitimi planlı bir eğitimidir ve mutlaka eğitimle kazandırılanların davranışa dönüştürülmesi ve davranışların ise sağlıklı davranışlar olarak ortaya çıkması gerekmektedir (18, 91, 108).

Hasta eğitimi, bireylerin yaşam kalitesinin artırılması hastaneye geliş için ayrılan zamanın hastane tedavileri için harcanan maliyetin ve hastane enfeksiyonların azalmasını sağlamaktadır (89).

Ayrıca sağlıkla ilgili sorunların giderilip sağlığın geliştirilmesini ve bireyin sağlıklı yaşamını destekleyecek olan davranış değişikliklerini kazanmasını sağlayan dinamik bir süreçtir (18)

Bu süreçte hasta eğitimi bir ekip işidir. Bu ekip hasta eğitimine gereken önemin verilmesini, hekim ve hemşirelerin bu amaçla eğitimini, eğitim merkezlerinin yapılandırılmasını ve bunların birbiri ile koordinasyonunu gerektirmektedir (92). Bu süreçte hasta, hasta ailesi/yakınları, hemşire ve diğer sağlık ekibi üyeleri yer alır (18).

Fakat hemşireler, sağlık hizmeti veren kuruluşlarda bireyi biyolojik, psikolojik, sosyal boyutları ve çevresi ile birlikte ele alan, sağlıklı/hasta bireyle sürekli etkileşim içinde olan tek profesyonel gruptur. Bu nedenle hemşireler sağlık eğitiminde önemli role sahiptirler (18, 111).

Hasta eğitimi yalnızca teknik bir uygulama değildir. Aynı zamanda amaçlar ve değerler bütünüdür. Kendine özgü felsefesi vardır. Bu özellikleriyle eğitim

bireyin haklarının giderek daha fazla önem kazandığı günümüz toplumu için moral, etik ve yasal açılardan da önemli bir konudur (18).

Hasta merkezli yaklaşımda eğitim programı oluşturulurken hastanın inançları, tutumları, başa çıkma becerileri, bakım yeterliliği, problem çözme becerisi, yaşam biçimi gibi özellikleri değerlendirilmeli (30, 90).

Eğitim yapılırken farklı yaş gruplarında farklı eğitim öğretim yöntemleri kullanılmamalıdır. Hasta eğitiminde mevcut bilgiler ve gereksinimler saptanmalı, bireylerin tedaviye bakış açısı belirlenmeli ve gereksinimler doğrultusunda hasta ile birlikte eğitimler planlanmalıdır. Hasta eğitimi bireyin sağlığını ve hastalığını en üst düzeyde yönetmesini sağlayan eğitimidir (89).

Hasta eğitiminde en sık yapılan hata bilgi değerlendirmesi yapmaksızın doğrudan ve çok fazla bilgi vermeye çalışmaktır. En fazla üç ya da dört nokta üzerinde durulmalı, terimlerden, istatistiklerden, korkutucu uyarılardan kaçınılmalı, kısa anlaşılabilir cümlelerle açık ve özgün mesajlar verilmelidir (30, 70, 98).

Hasta eğitiminde önemli olan bir diğer nokta ise hastanın verilen önerilere ne kadar uyabileceğinin saptanmasıdır. Hasta eğitiminde olası engelleri belirlemede hastanın ailesi, sosyal çevresi, mesleği, geliri, çalışma saatleri gibi bilgileri bilmek önemlidir. Hastanın motivasyonunu anlamak için; “Değişiklik yapmayı düşündünüz mü?” gibi basit sorular bile yeterli olabilmektedir (98).

Hasta ve ailesinin eğitimi; bilgilendirme, danışmanlık ve davranış değişikliğine yönelik tekniklerin kullanılarak hastanın sağlığa yönelik bilgi ve davranışlarında değişiklik meydana getirmek amacıyla yapılan eğitimidir. Bu nedenle rastgele yapılmaz, planlaması, ulaşılması gereken hedefler ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığına ilişkin değerlendirmenin olması gerekirken (53). Hasta eğitimi için uygun bir zaman da yoktur. Her fırsatta eğitim yapılabilir. Eğitim dinamik bir süreçtir. Görüş üretme, planlama, öğretim ve değerlendirme aşamaları döngü şeklinde birbirini izler. Hastanın var olan sağlık durumu, risk etkenleri, sorunlarını çözme güdüsü hastayla birlikte değerlendirilir. Kimi zaman aile bireylerinin de olaya katılması gerekir (30, 66, 92).

Hasta eğitiminin vazgeçilmez bir unsuru da hasta yakınlarının eğitimidir. Hastalık çoğu kez sadece bir kişinin sorunu olmaktan daha fazla önemlidir. Hastalık, hasta yanında hastanın eşinin, çocuklarının veya ebeveynlerinin, iş arkadaşlarının da normal yaşamlarını bir biçimde etkiler ve alışık olduklarından

farklı davranmaya onları zorlar. Bu, doğal olarak bir sıkıntı veya mutsuzluk demektir. Bundan ayrı olarak hastalığın kontrolü, bazen sadece hastanın kendi gücüyle başarılamayabilmektedir. Örneğin astımlı bir bebek ya da çocuğun hastalığını ancak anne, baba ve hatta öğretmeninin aktif desteği ile çözmek mümkün olabilecektir (94).

Hasta ve ailesinin eğitimi sağlık bakım sisteminin vazgeçilmez bir unsuru olması gerekir ve eğitime yönelik mali destek, kaynaklar ve zaman ayrılması kaçınılmazdır (53). Hemşire hem hasta eğitimi konusunda donanımlı bilgiye sahip, istekli ve rolünü benimsemiş olmalı hem de düzenli sürekli ve planlı bakım verebileceği sayıda hastanın bakımını üstlenmiş olmalıdır (89).

Hasta Eğitiminin Tarihsel Gelişimi

İnsanlığın ilk gününden bu yana kişiler belirli sorun veya hastalıkları gözlemlemişler dönemin teknolojisi ve bilgisi dahilinde de bu sorunlara çözüm yolları üretmeye çalışmışlardır. Dinler sağlıkla ilgili bir takım kurallar koymuş ve bunların alışkanlık haline gelmesini de emretmiştir. Tarihte hasta eğitimi çalışmasıyla ün yapan kuruluş “Palermo Tıp Okulu”dur. Bu okul 1414 yılında İtalya’da ilk defa şiirle sağlık kurallarını anlatan bir kitap yayınlamıştır. Bu kitap günümüzde de geçerliliğini koruyan bilgilere sahiptir (17, 91).

Tarih içinde tıp ve sağlık hizmetlerindeki gelişmeye bakıldığında insanların, önce hastalananları iyileştirmeye çalıştıkları, daha sonra da hastalıktan korunma yollarını aradıkları görülmektedir (17, 121).

Dünya’da, 20. yüzyılın ilk dönemleri ve 19. yüzyılın sonlarına kadar insanların çoğu hastalandıklarında ailelerinden bakım almışlardır. İlk ziyaretçi hemşireler hastaları, aileleri ve toplumları sanitasyon-temizlik ve hasta bakımı konularında eğitmişlerdir. 1960’ların sonu ve 70’lerin başı tüm dünyada hasta eğitim döneminin başlangıcı olarak kabul edilmektedir (17).

Hasta eğitimi terimi 1950’lerde kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık eğitimi, sağlık tanıtımı, öğretim, bilgilendirme gibi terimler aynı amaç için kullanılmıştır (92).

Hasta Eğitiminin Temel Amaçları ve Önemi

Hasta eğitiminin uygulamaya geçirilmesi toplumun, politikacıların ve sağlık çalışanlarının güncel konusudur. Sağlık personeli için hasta memnuniyeti ve beklentileri dışında pek çok neden hasta eğitimini zorunlu kılmaktadır (113). Tüm

hastaların eğitimi, onların eğitim düzeylerine, alt yapılarına, bireysel ihtiyaçlarına ve yaş, etnik, kültürel inançlar gibi bireysel özelliklerine uygun olmalıdır (86).

Hasta eğitiminin amaçları sağlığı geliştirici davranışlar kazandırmak, hastalığın kontrol altına alınmasını kolaylaştırmak ve hastalıkla yaşamının öğretilmesidir (115). Bir başka deyişle, hastalık ve sakatlığı önlemek için sağlıklı yaşam biçimini desteklemek ve geliştirmektir (92, 115). Ayrıca hasta eğitimin amaçları hasta yatışında öğretim, preoperatif işlemler öncesinde öğretim ve taburculuk eğitimi konularını kapsamaktadır (117).

Hasta eğitiminde amaç, hastaların sağlığa ilişkin davranışlarını düzeltmek, hastalıklarla başa çıkmalarını sağlamak ve sağlıkları ile ilgili karar alma yeteneklerini arttırmaktır (18). Hasta eğitimi, sağlığı koruyan ve bireylerde davranış değişikliği geliştirmeye yardım eden öğrenim deneyimlerinin birleşimidir. Amaç, hastaların sağlıkla ilgili davranışlarını düzelterek ve hastalıklarla başa çıkmasını sağlayarak sağlık ve sağlık bakımlarıyla ilgili karar alma yeteneklerini arttırmaya yardım etmektir. Sağlık Bakım Organizasyonu Birleşik Güven Komisyonu'na [The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)] göre hasta eğitiminin amacı; hastanın kendi bakım kararlarına uygun şekilde katılmasına, sağlık davranışlarını yükseltmesine yardımcı olmak ve hemen işine geri dönmesi için sağlık sonuçlarını düzeltmektir (17).

Hasta Eğitiminin Amaçları

- ***Sağlığı geliştirici davranışlar kazandırmak:*** Sağlığı geliştirici davranışların öğretilmesi yaşamın kalitesini artırma, optimal fizik ve psikolojik sağlığı arttırmaya yardımcı olur. Kişinin kendisine saygısı da artar.
- ***Hastalığın önlenmesini sağlamak:*** Önlenebilir hastalıklar hakkında bireyleri bilgilendirmek hastalıktan kaynaklanan rahatsızlıkları, ızdırabı azaltmaya ya da ortadan kaldırmaya yardımcı olur. (genetik danışmanlık)
- ***Hastalıklarla baş etmek:*** Hasta ve aile bireyleri hastaya uygulanan hemşirelik bakımı ve tıbbi ilaçların kullanımına katılmak için öğrenme gereksinimini duyar. Bir hemşire hastaların gereksinimlerini ve yeteneklerini değerlendirerek değişik sağlık düzeylerinde hastalara öğretilmesi gereken bilgiyi tanımayı öğrenir. Bilgi, öğrenen kişi için pratik ve yararlıysa öğrenme oluşur. İstenen sağlık düzeyinin gerçek durumla karşılaştırılması, hemşirenin etkili öğretim programları planlanmasına olanak sağlar (89).

Bu amaçlara ek olarak;

- Hastaları sağlıklı hale getirmek,
- Hastaları, sağlık problemlerini kendi kendilerine çözebilecek bilgi ve beceriye sahip kılmak,
- Sağlık hizmetlerinde gelişimi sağlayacak ortamı oluşturarak hizmetin kalitesini arttırmak,
- Hasta yataklarının çoğalması yerine kapatılması görüşünü geliştirmek,
- Gerekli sağlık eğitimi plan ve programlarını hazırlamak,
- Eğitici nitelikteki personel ve her çeşit eğitim, yöntem, araç ve gereçlerinden istifade edilmek suretiyle, hastaya ihtiyaç duyduğu modern bilgileri vermek,
- Yapılan eğitim çalışmalarına hastanın katılımını sağlamak,
- Sağlık ekibi ve hasta arasındaki iletişimi arttırmak,
- Öğretilenleri istenilen davranış ve alışkanlıklar haline getirmek,
- Sağlık problemlerinin en kolay, en çabuk ve en ekonomik şekilde çözümünün sağlanmasında ön planda yer almak (17, 91).

Hasta Eğitimin temel amaçlarını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dört başlık altında toplamaktadır.

Bunlar:

- Sağlığın değerini bireylere ve topluma anlatmak ve inandırmak,
- Bireylerin ve toplumun sağlık sorunlarını çözebilmesine yardımcı olmak,
- Bireyleri ve toplumu sağlık kurum ve kuruluşlarından en iyi şekilde yararlanmaya alıştırmak,
- Bireyin ve toplumun kendi sağlık haklarını savunmasını sağlamak (17).

Sağlığın değerini anlatmak ve inandırmak: İnsanlar sağlam ve sağlıklı oldukları zaman genellikle sağlıklarına önem vermezler. Yaşamın değeri hastalanınca anlaşılır. Bu yüzden sağlık için gösterilmesi gereken davranışlar, ne yazık ki zamanında gösterilmez. Hastalanmadan veya sakatlanmadan önce bireylerin bu değeri anlamaları, sağlıklarını tehlikeye düşürmeyecek davranışlarda bulunmaları gerekir.

Sağlık sorunlarını çözebilmesine yardımcı olmak: Sağlık sorunlarının meydana geldiği her yerde, sorunların çözümüne yardımcı olacak sağlık çalışanının bulunmaması ya da sağlığın çok etmenli bir olgu olmasından dolayı, sorununu o anda çözecek birisinin bulunmaması olağandır. Bu nedenle hastalıklardan ya da

sakatlıklardan korunmada veya hastalanma ve yaralanma gibi durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurmadan önce bireyin kendisinin veya diğer bireylerin yapması gereken davranışlar vardır. Bu davranışları bireylere öğretmek ve kazandırmak hasta eğitiminin amacıdır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanmaya alıştırmak: Çağdaş sağlık hizmetlerinin verimliliği yalnızca nitelikli ve yaygın sunum ile değil aynı zaman da bireylerin ve toplumun hizmetten yararlanma ölçüsüne bağlıdır. Eğer bireyler sunulan hizmetten yararlanamıyorsa o zaman hizmet anlamsızlaşır ve hizmetin verimliliği düşer. Bu nedenle bireylerin ve toplumun sunulan hizmetten azami ölçüde yararlanmaları için eğitilmeleri gerekir.

Sağlık haklarını savunmasını sağlamak: Her insanın doğuştan kazanılmış sağlık hakları vardır. Bu hak aynı zamanda yaşama hakkıdır. Her birey sağlık haklarını savunduğu ve bu hakka uyduğu takdirde toplumun sağlığı gelişir. Bu yüzden bireylerde sağlığı savunma duyarlılığı geliştirilmelidir (17).

Hastalıklardan korunma hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının en önemli işidir ve ancak eğitimle mümkün olur. Astım ve diyabetlilerde yapılan pek çok çalışmada hastaneye yatış, hastanede kalma süresi ve acil servise başvurma oranlarında, eğitimle belirgin azalma olduğu ve maliyetlerin aşağı düştüğü saptanmıştır (92).

Hasta eğitiminin yararları;

- ❖ Sağlığın korunması, geliştirilmesi,
- ❖ Hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum,
- ❖ Rehabilitasyon,
- ❖ Bireyin sağlığı ile ilgili kararlarda etkin ve bağımsız olması,
- ❖ Anksiyete ve gerginliğin azaltılması,
- ❖ Yeni hastalıklar ve komplikasyonların önlenmesi,
- ❖ Erken taburculuğun gerçekleşmesi,
- ❖ Tekrarlı yatışların engellenmesi ya da azaltılması,
- ❖ Maliyetin azaltılması gibi yararları vardır (6).

Hasta eğitiminin yararlarına yönelik yapılmış pek çok çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçlarına göre hasta eğitimi; hastada semptom kontrolünün gelişmesini ameliyat sonrası bağımsızlığı ve kendini yönetme becerisinin artmasını ve sonuç olarak hasta memnuniyetinin artmasını sağlamaktadır (30).

Hasta eğitiminin özellikleri

Hasta eğitiminin sekiz kuralı Barlett tarafından açıklanmıştır. Barlett bu kuralların yapılacak hasta eğitimi ve araştırmalarına ışık tutacağını ve rehber olacağını bildirmiştir.

1. Hasta eğitim programı, hedeflenen hasta davranışlarını tam olarak belirlemeli ve engelleyen nedenleri tanımlamalıdır.
2. Kullanılan yöntem eğitimin kalitesini etkilemelidir.
3. Eğitimin etkinliğini arttırmak için kombine yöntemler kullanılmalıdır.
4. Hasta eğitiminde etkin iletişim becerileri gereklidir.
5. Hasta eğitiminde davranış değişikliği yapmak için sadece bilgi yeterli değildir.
6. Hasta eğitimi hastanın bilmesi gerekene değil yapması gerekene yönelik olarak düzenlenmelidir.
7. Hasta eğitimcileri hastalarda geçici davranış değişikliklerinden çok kalıcı davranış değişikliği başarısına önem vermelidir.
8. Hasta eğitim programları olağan tıbbi bakım kaynaklarıyla koordineli olmalıdır.

Yeni doğan, çocuk, adölesan, erişkin, yaşlı gibi her yaş grubunda, akut(pnömoni, kazalar, gastro-enterir vb.) ve kronik (karaciğer, böbrek hastalıkları, mental bozukluklar vb.) hastalıklar ve tedavilerinde hastalıkların alevlenmeleri ve komplikasyonlarının kontrol altına alınabilmesinde hastanın yaşı ve hastalığın doğasına göre hasta, aile eğitim/öğretim programlarına gereksinim vardır (89).

Hasta Eğitim Standartları

Günümüzde bireyin tanı, prognoz, tedavi ve riskleri bilme hakkına sahip olması, kurumun etkinliklerinin giderek önem kazanmasını ve gelişmesini sağlamıştır. Bu durum özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ekibinin hasta eğitimi ile ilgili sorumluluk üstlenmelerine ve ilgili standartların geliştirilmesine neden olmuştur. Standartların temel amacı; eğitim yoluyla sağlık hizmeti alanların sağlıklarını güvence altına almak ve hemşirelerin hasta eğitimini sistematik ve kaliteli bir şekilde yerine getirebilmelerini sağlamaktır (6, 129).

Amerika Birleşik Devletleri'nde JCAHO (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) sağlık kuruluşlarının hasta ve ailesinin eğitiminde dikkate almaları gereken standartları geliştirmiştir (34, 129). Hasta eğitiminde temel ilkeleri de belirleyen bu standartların bazı maddeleri;

- Sağlıklı/hasta birey ve ailesine, iyileşmesi ve fonksiyonları geliştirmesine yönelik bilgi, beceri, tutum ve davranışları kazandıracak eğitimi vermek,
- Sağlıklı/hasta birey ve ailesinin eğitim sürecine ve bu süreç doğrultusunda alınacak kararlara katılımını desteklemek,
- Eğitim süreci doğrultusunda hasta ve ailesinin öğrenme gereksinimlerine, yeterliliklerine, tercih ve isteklerine yönelik verileri toplamak, gereksinimleri karşılamak,
- Sağlıklı/hasta birey ve ailesine, hastalığa uygun beslenmesi, diyeti hakkında danışmanlık yapmak,
- Sağlıklı/hasta birey ve ailesini ilaçların, yardımcı araç-gereçlerin etkin ve güvenli kullanılması hakkında eğitmek,
- Sağlıklı/hasta birey ve ailesine, taburcu olmadan önce bakımın sürekliliğinin önemi, takibi ve ilgili kurum/kuruluşlardan, ilgili kaynaklar (dernek, CD, broşür vb) hakkında bilgi vermek şeklinde sıralanmıştır (6, 34, 84, 129).

Hemşirenin temel rolleri arasında eğitimin yer alması özellikle ABD, İngiltere gibi gelişmiş batı ülkelerinde ilgili standartların hazırlanmasına neden olmuştur. Hemşirelere yol göstermesi için hazırlanmış olan eğitim standartları **kurum, eğitim süreci ve ürün** açısından olmak üzere üç bölümde belirtilmiştir (129).

Eğitim süreci ile ilgili standartlar: Eğitim sürecine yönelik standartlar, bu süreci işleten kriterlerin dökümüdür. Eğitim süreci, hemşirelik süreci ile aynı aşamalardan oluşur.

- Eğitim sürecinin odak noktası sağlıklı/hasta bireydir.
- Eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi, hemşire tarafından sağlıklı/hasta birey ve aile ile işbirliği içinde gerçekleştirilir.
- Eğitim sürecini hemşire planlar.
- Eğitim süreci hemşire tarafından, eğitim ilkeleri ışığında uygulanır.
- Eğitim sürecinin dökümantasyonu; iletişimi sağlaması, sağlık profesyonellerine kaynak olması ve kayıtlara geçmesi amacıyla yapılır (129).

Kurumla İlgili Standartlar: bu gruptaki standartlar, kurumun eğitimle ilgili organizasyonuna ve planlamaya yöneliktir. İnsan, araç-gereç vb. kaynakları ve yönetimi kapsar.

- Sağlık bakım kuruluşunun felsefesi, amaç ve hedeflerinde bireyin ve ailenin eğitimi yer alır.

- Sağlık bakım kuruluşunda, bireyin ve ailenin eğitimi, hemşirelik uygulama alanlarının tümünde bakımla bütünleşmiş olarak yer alır.
- Sağlık bakım kuruluşunun hemşirelik bölümü ve müdürlüğü, bireyin ve ailenin eğitimi kapsamlı şekilde planlanmasına etkin olarak katılır, sorumluluk üstlenir.
- Hemşirelik bölümü ve sorumlu hemşire, bireyin ve ailenin eğitimini kolaylaştırır, destekler, işbirliği üstlenir (129).

Ürüne Ve Sonuca Yönelik Standartlar: ürüne yönelik standartlar eğitim sürecinin sonuçlarının ölçülüp, değerlendirilmesine ait kriterlerdir.

- Eğitim sürecini hemşire değerlendirir.
- Hemşire, eğitim sürecinin değerlendirilmesine sağlıklı ve hasta bireyin katılımını sağlar (129).

Ülkemizde de sağlık hizmetlerinden yaralanan hasta ve ailesinin, eğitim hakkına ait düzenlemeler Hasta Hakları Yönetmeliğinde yer almaktadır. Ancak yönetmelikteki maddeler incelendiğinde eğitimin temelleneceği standartların yeterince yer almadığı görülmektedir (6).

Hasta Eğitim Süreci

Hasta eğitimi hemen hemen tüm hemşirelik girişimlerinde formal/planlanmış ya da informal/planlanmamış eğitim olarak gerçekleştirilmektedir. Informal eğitim, bir tedavinin, girişimin ya da laboratuvar sonucunun açıklanması gibi hasta ile yapılan bir konuşma ya da sohbet esnasında bilginin aktarımı olmaktadır. Formal eğitim ise planlı bir eğitim olup, bireyin bilişsel/ duyuşsal/ psikomotor gelişimini hedefler, bilgilerin hatırlanması ve uygulanmasında hastanın başarısını ölçen değerlendirmeyi kapsamaktadır (95).

Hasta eğitimi rastgele yapılamaz, belli temel ilkeler doğrultusunda, her hastaya özel ve bireysel olması gerekmektedir (119). Hasta eğitiminde, hastanın istendik davranışları kazanarak sağlığına en kısa sürede ulaşması amaçlanmaktadır (95).

Hemşirelik süreci ile hasta eğitim süreci arasında bir ilişki vardır, ancak ikisi aynı değildir (119). Hemşirelik süreci, sağlıklı/hasta bireyin, ailenin/grupların bakım gereksinimlerinin/sorunlarının belirlenmesi, gerekli hemşirelik girişimlerinin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi aşamalarından oluşan sistemli bir yaklaşımdır (108). Hemşirelik süreci, hastanın bütün sağlık bakım gereksinimlerine ilişkin durumun belirlenmesini yani sağlık bakımı ile ilgili bütün

konularda veri toplamayı gerektirir, hasta eğitim süreci ise, hastanın öğrenme gereksinimlerine, istekli ve hazır oluşuna ve öğrenme kapasitesine odaklanmaktadır (119).

Hemşire, hasta bireyin sağlık bakım gereksinimlerini belirlediğinde, aynı zamanda eğitim gereksinimlerini de belirler. Hasta eğitimi süreci, birbirini izleyen ve birbiriyle etkileşim içinde olan veri toplama/eğitim gereksinimlerini belirleme, tanılama, planlama, uygulama, değerlendirme ve kayıt etme/dökümantasyon aşamalarından oluşmaktadır (22, 92, 95, 108, 111, 119).

Hasta Eğitiminde Veri Toplama/Gereksinim Saptama

Veri toplama aşaması, hasta eğitim sürecinin ilk aşaması olup, diğer aşamaların temelini oluşturmaktadır. Veri toplama aşamasında başarı, hemşirenin öğretme-öğrenme sürecini etkileyen her faktör hakkında gerekli verileri sistematik ve sürekli olarak toplaması ve değerlendirmesi ile sağlanmaktadır (5, 22, 108, 111).

Veri toplama aşamasında hasta ve ailesinin;

- Öğrenme isteği ve yeterliliğine,
- Fiziksel tepkilerine/değişimlerine (ağrı, yüksek ateş, bulantı-kusma, uyku bozuklukları...),
- Emosyonel tepkilerine/değişimlerine (anksiyete, öfke, korku, endişe ...)
- Hastalığa adaptasyon/uyum düzeyine,
- Bilişsel, psikomotor, duyuşsal gelişim düzeyine,
- Hastalık ve sorunları hakkındaki bilgi düzeyine,
- Hastalıkla ilgili geçmiş deneyimlerine,
- Sosyokültürel yapısına,
- Sağlık inancına,
- Hasta ve ailesinin öğrenme stillerine,
- Destek alabileceği kişi ve kuruluşlara,
- Yaşamdan beklentilerine vb. ilişkin veriler öncelikli olarak hasta ve ailesinden, tıbbi kayıtlardan, hemşirelik kayıtlarından, ekip üyelerinden ve literatür bilgilerinden yararlanılarak toplanması gerekmektedir. Verilerin sistematik olarak toplanabilmesi için hastalıkların özelliklerini dikkate alarak düzenlenmiş formlar kullanılması gerekmektedir (95, 108, 111, 119)

Hasta ve ailesi ile yapılan görüşme resmi veya gayri resmi yapıda olabilir. Hasta kabul kayıtlarından ve eğitim gereksinimlerini belirlemek için hazırlanmış yazılı kaynaklardan elde edilen bilgi resmi, bakım sırasında elde edilen bilgi ise gayri resmi yapıdadır. Hasta ve ailesinin fiziksel ve emosyonel durumu, eğitim düzeyi, diyeti ve laboratuvar bulguları hakkında veriler ise tıbbi kayıtlardan ve hemşirelik kayıtlarından elde edilir. Sağlık eğitimi yapan hemşire diğer sağlık ekibi üyeleriyle görüşerek ve onların düşüncelerini kendi düşünceleriyle kıyaslayarak da veri toplama aşamasını gerçekleştirir (17, 111).

Hasta Eğitiminde Tanılama (Hemşirelik Tanısı)

Tanılama aşamasında hemşire, toplanan verilere göre hastaya özel öğrenme gereksinimlerinin neler olduğunu karar vermekte ve sorunu tanılamaktadır. Bu aşamada hastaların hastalıklarıyla ilgili bilgi düzeyleri belirlenip, ihtiyaç duydukları eğitim konuları tespit edilmelidir (18). Hemşire bu aşamada, öğrenmeye yönelik olarak toplanan verileri çözümleyip, yorumlayıp, değerlendirerek hastanın öğrenme gereksinimlerinin neler olduğunu saptar ve toplanan verilerin analizi ile öğrenmenin 3 temel alanı (bilgi, beceri ve tutum) ile ilgili olarak, hastanın öğrenme gereksinimleri doğrultusunda hemşirelik tanımlarını belirlemektedir (95, 108, 111, 119). Bireyin sorununun başarı ile çözümlenmesi, tanının doğru belirlenmesine bağlıdır. Sorunun doğru olarak tanımlanması hemşirenin; özel bilgi, deneyim ve akıl yürütme gücüne sahip olmasını gerektirir (17, 22, 91, 108, 111).

Öğrenme alanları (bilişsel, duyuşsal ve devinimsel öğrenme alanı) dikkate alınarak belirlenen ve hastanın öğrenme gereksinimlerini belirten hemşirelik tanımları, ilgili hemşirelik kuruluşlarının (NANDA vb.) önerisi doğrultusunda bilgi eksikliği olarak ifade edilmektedir. Örneğin; Hastanın kullanacağı ilaçların yan etkilerini sıralaması (Bilişsel Alan); Hastanın ameliyat sonrası protez kullanmayı kabul etmesi (Duyuşsal Alan); Hastanın insülin enjeksiyonunu doğru şekilde yapması (Psikomotor/Devinimsel Alan). Ancak, öğrenilen bir davranışın birden fazla öğrenme alanı ile ilgili olabileceği ve davranışın baskın olan niteliğine göre bilişsel, duyuşsal ve devinimsel olarak isimlendirilebileceği unutulmamalıdır. Örneğin; "Annenin göbek bakımını doğru şekilde yapması" psikomotor/devinimsel alan ağırlıklı bir hedef olmakla birlikte, "annenin göbek bakımını nasıl yapacağını bilmesi" açısından bilişsel ve "göbek bakımının önemine inanması" açısından duyuşsal alanlarla da ilgili bir hedeftir. Ayrıca sağlık sorunlarının sıklıkla eğitim

eksikliğinden kaynaklandığı ve çözümünü için bu eksikliğin giderilmesinin zorunlu olduğu unutulmamalıdır (5, 22, 108, 111).

Hasta Eğitiminde Planlama

Hasta eğitim sürecinde planlama aşaması hasta eğitim süreci içerisinde yer alan aşamalar arasında en önemlisidir. Hemşirelik tanısı konulduktan sonra yazılı olarak geliştirilen öğretim planı, hasta eğitiminin başarıyla sonuçlanması açısından da önemli olmaktadır. Eğitim planları; sistemli, kullanışlı, yazılı formlar şeklinde hazırlanmalı, öğrenme kuram ve ilkelerini yansıtmalıdır. İyi hazırlanmış bir eğitim planının hasta eğitim sürecinde birçok yararı bulunmaktadır. Bunlar, hemşirenin kendine güvenmesini, öğrenme amaçlarının ve hedeflerinin belirlenmesini, bu amaçlar/hedefler doğrultusunda önceliklerin belirlenmesini, içeriğin seçilip düzenlenmesini, uygun öğretim yöntem ve tekniklerinin, araç-gereçlerinin ve değerlendirme yöntemlerinin seçilmesini sağlamaktan oluşmaktadır (5, 22, 108, 111).

Planlamada, davranışla ifade edilen durumlar ve öğrenme hedefleri belirlemekte ve öğrenme gereksinimi ile ilgili öncelikler saptanmaktadır. Kullanılacak eğitim yöntemi belirlenip, öğretim programının uygulanması sırasında, nelerin, hangi sıra ile nasıl, ne zaman yapılacağını, nelerin ne şekilde değerlendirileceğini gösteren hasta eğitim planı oluşturulup eğitim planı ile ilgili olarak hastayla işbirliği yapılmaktadır (95,119).

Planlama Aşamaları;

1. Öğrenme, Amaç ve Hedeflerinin Belirlenmesi:

Eğitim planı hazırlanırkenki ilk aşama, öğrenme hedeflerinin ve bu hedeflere ulaşmak için hangi davranışların kazanılmasının gerekli olduğunun belirlenmesi aşamasıdır. Hedefler; hastanın eğitim süreci sonunda kazanması istenilen bilgi, beceri ve tutumları içermelidir. Bu nedenle hedeflerin açık ve anlaşılır bir şekilde ifade edilmesine, ölçülebilir, gözlenebilir, birbiriyle tutarlı olmasına ve üç öğrenme alanını (Bilişsel, Duyuşsal, Devimsel Alan) kapsamasına dikkat edilmesi gerekmektedir (5, 22, 108).

2. Eğitim Önceliklerinin Belirlenmesi:

Eğitim önceliklerini saptarken hemşirelik tanıları ve sağlık sorununun en kısa zamanda çözümünü sağlayacak hedefler dikkate alınarak hazırlanmalıdır (5, 22, 108, 111).

3. Uygun Zaman ve Sürenin Belirlenmesi:

Öğrenmenin etkin bir şekilde gerçekleştirileceği uygun zamanı belirlemek için Hemşire, eğitim planı içerisinde yer alan ve hasta eğitim sürecinin aşamalarından olan eğitimin amaç ve hedeflerini, içeriğini, kullanılacak öğretim yöntemlerini, araç-gereçleri, var olan kaynakları, hastanın öğrenmeye hazır bulunuşluk düzeyini dikkate almalıdır. Hastanın dikkatini toplamak ve güdülenmesini sağlamak için 20 dakika süren hasta eğitim programları önemlidir. Daha uzun süreli eğitimlerde ise, dikkat ve konuya yoğunlaşma azalmaktadır. Ancak, hastanın hastanede yatış süresinin kısa olduğu ve verilecek olan eğitim içeriğinin geniş olduğu durumlarda eğitim süresi daha uzun tutulabilir. Örneğin; hipertansiyon tanısı yeni konmuş bir hastanın eğitim programı, eski bir hipertansiyon hastasının eğitim programından daha kısa aralıklarla yapılmalıdır (5, 22, 108, 111).

4. İçeriğinin Düzenlenmesi ve Konunun Organizasyonu:

Hasta eğitim sürecinin içeriği belirlenen hedefler doğrultusunda eğitimde hangi konuların yer alacağı sorusunun cevabından oluşmaktadır. Hedeflenen davranışların kazanılmasında verilecek olan eğitimin içeriğiyle sağlanmaktadır. Örneğin; diyabet tanısı yeni konmuş bir hastanın ayak bakımına dikkat etmesi isteniyorsa öncelikle; diyabetin damar sistemine olan etkileri hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Ayrıca hasta eğitiminin başarılı bir şekilde tamamlanmasında hedeflenen davranışların kazanılmasını sağlayacak içeriğin, basitten karmaşığa, somuttan soyuta, genelden özele göre sıralanması önemli bir rol oynamaktadır (5, 22, 108, 111).

5. Etkin Katılımın Sağlanması:

Hasta eğitim sürecine etkin katılımı sağlayan öncelikli özellikler hastanın öğrenme isteği duyması, eğitimin bir gereksinimini karşılayacağına inanması, hazır bulunuşluk düzeyi, geçmiş bilgi ve deneyimleridir. Bu nedenle planlama aşamasında, hasta ve ailesinin kendi düşüncelerini ifade etmesi, soru sorması, eleştirmesi, tartışması, öneriler geliştirip bunları savunması için gerekli ortam sağlanmalıdır. Ayrıca hasta eğitimi, ailede bireylerarası etkileşimin dikkate alınmasını gerektirmektedir. Aile bireylerinin birinde varolan sağlık sorunu genellikle ailenin diğer bireylerini de etkileyerek, rollerde ve yaşam biçiminde değişikliğe yol açmaktadır. Bu durum hastanın iyileşme sürecini yakından

etkilemektedir ve özellikle hastanın sađlık sorunu kronikse veya dűşűnsel sűreçlerini etkiliyorsa bu durum daha da űne çıkmaktadır. Hastanın dolayısıyla ailenin varolan ve olası sađlık sorunlarıyla baŗa çıkabilecek davranıŗ deđiŗikliđini gerçekteŗtirebilmesi için eđitime, rehberliđe ve desteđe gereksinimi vardır. Bu nedenle hasta, ailesi ile birlikte ele alınmalı, hasta eđitim sűrecinin her aŗamasına etkin olarak katılmalıdır (5, 22, 108, 111).

6. Uygun űđretim Yűntem ve Tekniklerinin, Araç Gereçlerinin Belirlenmesi:

Planlama aŗamasında, űđretim yűntem ve tekniklerin, araç-gereçlerin belirlenmesi űnemli bir űğedir. Çünkü hasta, hedeflenen davranıŗı, uygulanacak yűntem ve teknikler, araç-gereçler yoluyla kazanır. űđretim yűnteminin ve araç-gereçlerin seğıiminde; eđitimin amaçları, hedefleri, içeriđi, hastanın űzellikleri (fiziksel ve biliŗsel yeterliđi, okuma ve okuduđunu anlama dűzeyi vb.), űđrenme ortamı, eđitimcinin yetenekleri, eđitim için ayrılan zaman ve sűre vb. űğeler dikkate alınmalıdır (5, 22, 108, 111). Eđitimde yeterlilik kazanmıŗ bir hemŗire, hasta ve ailesinin tepkilerini ve davranıŗlarını dikkate alarak kullanacađı yűntemde deđiŗiklik yapabilir. Ancak, bu yeterliliđe ulaŗmak için hemŗirenin bilgi kadar, zamana ve deneyime de gereksinimi vardır (18) Hasta eđitiminde dűzanlatım, tartıŗma, konferans, bireysel eđitim, demonstrasyon, soru cevap, beyin fırtınası vb. birçok űđretim yűntem ve tekniđi, broŗűr, kitapçık, maket, model, afiŗ, barkovizyon/slayt, Tv, film vb. birçok eđitim araç-gereci kullanılabilmektedir (108).

7. Deđerlendirme Yűntemlerinin Belirlenmesi:

Hasta eđitimi planlanırken deđerlendirmenin nasıl gerçekteŗtirileceđi de belirlenmelidir. űrneđin; hemŗire, kolostomi torbasının boŗaltılması ve bűlgenin bakımı konusunda hasta eđitimi planlarken her aŗamanın hangi yollarla deđerlendirileceđine de karar vermelidir (5, 22, 108, 111).

8. űđretim Planının Yazılı Hale Getirilmesi:

Hasta eđitimi sűrecinin planlanması aŗamasında dikkat edilecek en űnemli nokta, hasta eđitimi planının yazılı hale getirilmesidir. Yazılı olarak hazırlanan hasta eđitimi planının; eđitimde sűrekliliđi sađlayarak tekrarları ve atlamaları űnleyeceđi, planın diđer ekip űyeleri ve hemŗirelerle paylaŗılmasını sađlayacađı, araŗtırmalara kaynak oluŗturacaktır (5, 22, 108, 111). űđretim planını hazırlarken

Gagne'nin 'Öğretim Etkinlikleri Modeli'nden yararlanılarak 9 aşamada eğitimin nasıl sunulacağı planlanabilmektedir.

1. Dikkat Çekme: Öğrencinin uyarıcıyı algılamasını sağlamak için tetikte bulundurmaktır. Genel olarak dikkat, ani uyarıcı değişiklikleriyle sağlanabilir. Örneğin; oda aydınlığındaki ani değişimler, odada ani ses değişimleri, öğretmenin ses tonundaki alçalma, yükselme ve vurgulamalar, el çırpma, öğrenciye adıyla seslenme vb. bunun gibi uyarıcılar dikkat çekmede kullanılan bazı uyarıcılardır (105).

Ayrıca, dersin başında konuyla ilgili öykü, fıkra anlatma, video kaset izlettirme, slaytlar, filmler, resimler, tablolar, grafikler, haritalar dikkati çekmede ve bir diğer öğretim etkinliğine geçmeyi hazırlamada kullanılan yol ve araçlardır. Konunun belli bir noktasına dikkat çekmede ise; öğretmenin vereceği, bu nokta çok önemli, resmi dikkatle inceleyin, gibi sözel uyarıcılar; altını çizme, farklı renkli kalemle yazma gibi görsel uyarıcılar da dikkati çekmede başvurulacak yollardandır (105). Öğrencilerin öğrenmeye hazır olmasını ve aktivitelere katılmasını sağlanmasıdır. Onların dikkatlerini toplamak için uyarıcıları sunmak çok önemlidir. Öğrencilerin dikkatlerini toplama metotları Gagne'ye göre (2002):

- Onları yeni çıkmış olan alışılmamış, belirsiz ve sürprizlerle uyandırma
- Öğrencilere soru yöneltme
- Onlara dersin sonunda öğrenecekleriyle cevaplayabilecekleri sorular sormaktan oluşmaktadır (105).

2. Öğrenciyi Hedeften Haberdar Etme / Hedefler Hakkında Öğrenciyi Bilgilendirme: Öğrenci, öğrenme amacını bilmek ihtiyacındadır. Diğer bir deyişle öğrenci, bu konuyu öğrendiğinde, neler yapabilecek; nerede nasıl işine yarayacak, gibi sorular kafasında açıklığa kavuştuğunda öğrenmeye istek ve gereksinim duyar. Böylece öğrencide öğreneceği konuya ilişkin bir beklenti oluşur. Beklenti, öğrencinin yoğun olarak öğrenme çabasını sürdürmesine yardım eder ve başarılı bir performans göstermesini sağlar. Ayrıca, oluşan bu beklenti, öz yeterlik algısının gelişimine de katkıda bulunur.

Öğrenciyi hedef hakkında bilgilendirmenin önemli bir amacı da beklenen öğrenme ürünleri ile öğrencinin ilgilerini bağdaştırmak, ilişkilendirmektir (105).

Bu aşamada, Öğrenciye neyi öğreneceğini, öğrendiklerini nerede nasıl kullanacağını söylenmektedir (63). Ders sonuçlarını bildirme taktikleri Gagne'ye göre (2002);

- Gereken performansları belirtme
- Standart performans için kriterleri belirtme
- Öğrencilerin standart performans için kriterler oluşturması şeklinde sıralanabilir (105).

3. Ön Koşul Öğrenmeleri Hatırlatma: Yeni öğrenmenin oluşumu için gerekli uyarıcıları vermeden önce; yeni öğrenmeyle ilgili olan önceki öğrenmelerin kısa süreli belleğe geri getirilerek hatırlanması sağlanmalıdır. Böylece ön koşul öğrenmeler kullanıma hazır hale geldikten sonra, yeni öğrenmelere geçilmeli, eski ve yeni öğrenmeler arasındaki ilişkiler kurulmalıdır. Böylece ön koşul öğrenmeler, kısa süreli belleğe geri getirilerek yeni öğrenmelerle ilişkilerinin kurulması ve var olan eski şemalara eklemeler yaparak anlamlı öğrenme sağlanabilir (105).

Bu aşamada yeni bilgilere geçmeden önce önceden öğrenilenleri işleyen (kısa süreli) belleğe getirerek hatırlatma yapılmaktadır. Öğrencilerin önceden tecrübeleri oldukları ya da bildikleri konular onların yeni bilgileri daha iyi olarak anlamalarına yardım eder (105).

4. Uyarıcı Materyali Sunma: Dersin bu aşamasında yeni öğrenmelerle ilgili uyarıcılar sunulur. Öğrenilecek ürüne bağlı olarak sunulacak uyarıcılar da farklılık gösterebilir. Gagné'ye göre, sözel bilgi öğrenilecekse, uyarıcı olarak konuyu içeren kitaplar, notlar, işitsel mesajlar kullanılabilir. Eğer entelektüel beceriler öğrenilecekse kavram ya da ilkenin temsilcisi olan semboller, nesneler, modeller, numuneler gerçek varlık ya da olaylar gösterilebilir. İşitsel, görsel ve diğer duyu organlarına hitap eden uyarıcılar sunulabilir. Eğer bir bilişsel strateji öğretilecekse, sözel olarak açıklanacağı gibi, öğretmen stratejiyi adım adım kendisi uygulayarak da gösterebilir. Motor becerilerin öğretimi için ise gösteri, modeller ve benzetim ortam ve araçları kullanmadır. Tutumların öğretiminde ise, insan modelleri ve mesajları ileten ilgi çekici sevilen örnek insan modelleri, çizgi filmler, iyi seçilmiş öğretim konusuna uygun hareketli filmler kullanma uyarıcı olarak kullanılabilir (63, 105).

5. Geliştirme ve Öğrenmeye Rehberlik Etme: Derste bu öğretim etkinliği ile öğrencinin, bilgiyi anlamlı kodlamasına yardım edilerek, uzun süreli belleğine

aktarması sağlanır. Öğrenme rehberi; öğrencinin öğrendiklerini depolamasına ve geriye getirmesine yardım eder. Bu aşamayla öğrenciye, kendi kendine öğretmede kullanacağı bilişsel stratejiler sağlanmakta; öğrenme yolu öğretilmektedir. Öğrenilenleri uzun süreli belleğe anlamlandırarak aktarma. İpuçları verme, geçici yardımlar sağlayarak cevabı öğrencinin kendisinin bulmasına yöneltme gibi taktikleri kullanılmaktadır (63, 105).

6. Öğrencinin Hedef Davranışını Göstermesi: Dersin bu aşamasında öğrenmenin gerçekten oluşup oluşmadığından emin olunur. Bu aşamaya kadar kazandırılmak istenen hedefin kapsadığı yeterliklerin tekrar ya da kodlama yoluyla uzun süreli belleğe gönderildiği düşünülür. Ancak, amaçlanan öğrenmenin gerçekten oluşup oluşmadığı, davranışın öğrenci tarafından gösterilmesi ile anlaşılabilir. Bu nedenle, öğrencinin öğrendiklerini göstermesinin istenmesidir. Öğrenme türü gerek sözel bilgi, entelektüel beceriler, bilişsel stratejiler, motor beceriler gerekse tutumlar olsun öğrenci, kazandığı davranışları açıkça göstermelidir (63, 105). Öğrenme işlemlerini gösterme yolları ise şu şekilde sıralanabilir:

- Öğrencilerin performanslarını ortaya çıkarma
- Hatırlama stratejilerini ortaya çıkarma
- Öğrenme ayrıntılarına yardım etme
- Yeni bilgileri kaynaştırmaya yardım etme (105).

7. Dönüt Sağlama: Performansın gösterilmesi ve bilgilendirici dönütün verilmesi birbirine çok yakın yer alması gereken aşamalardır. Öğretim etkinliklerinin bu aşaması, Öğrenmeyle ilgili davranışlardan hemen sonra gösterilen davranışın doğruluğu ya da yanlışlığı hakkında öğrenciye bilgi verir. Böylece öğrencinin doğru davranışları pekiştirilmiş, yanlışları ise zaman geçirilmeden düzeltilmesi için bilgi verilmiş olmaktadır. Böylece, öğrencinin doğru davranışları pekiştirilmiş, yanlışları ise zaman geçirilmeden düzeltilmesi için bilgi verilmiş olur. (63, 105).

8. Ara Değerlendirme: Yeni öğrenmeni yansıtıcı olan performansın ortaya konması açıkça bir yeterliği gösterir. Ancak, performansı göstermede öğrencinin güven kazanması, büyük ölçüde pek çok durumdan öğrencinin performansı göstermesine bağlıdır. Bu nedenle öğretmen, öğrencinin yeni öğrendiği kuralla ilgili, yeterli, geçerlik ve güvenilirlik düzeyinde sınama durumları hazırlamalı ve

öğrencinin yeni öğrendiği kuralı çeşitli durumlarda kullanmasını sağlamalıdır (105).

Öğretimsel olayların verimliliğini değerlendirmek için beklenen hedeflerin gerçekleşip gerçekleşmediği sınanmalıdır. Öğrenmeyi test etme yolları:

- Ön koşul öğrenmeler için ön test yapılması
- Ulaşılabilecek bilgi ve yeteneklerin önceden test edilmesi
- Öğretimin boyunca sorular yerleştirilmesi
- Beklenen hedef başarısı
- Beklenen standart başarıdan oluşmaktadır. (105).

Dersin son aşamasında yapılan bu değerlendirme sonuçlarına göre de performansın doğruluk derecesi hakkında öğrenciye uygun dönüt verilmelidir. Öğrencinin doğru davranışları pekiştirilmeli; yanlışları düzeltilmesi için yeni ipuçları verilmelidir (105).

9. Kalıcılığı Sağlama Ve Transferi Arttırma: Hatırlama ve transferi güçlendirme aşaması, çeşitli durum ve örneklerle ek alıştırmalar, uygulamalar yapmayı gerektirir. Öğrenilenlerin geri getirilmesi ve yeni durumlarda kullanılmasında aralıklarla gözden geçirme etkili olmaktadır. Bilgiyi hatırlamak ve yeni durumlarda kullanmak için aralıklı gözden geçirmede uygun aralıkları belirlemek önemlidir. Öğrenmenin ilk oluşumundan hemen sonra, öğrenmeyi güçlendirici birkaç farklı örnek yapılmalıdır. Ayrıca, başlangıç öğrenmesini izleyen aynı gün ve hafta içinde de ek örnekler yapılarak öğrenilenler gözden geçirilmeli, yeni durumlarda kullanılmalıdır. Aralıklı gözden geçirmelerin kalıcılığı ve transferi güçlendirebilmesi için yapılacak alıştırmaların, örneklerin, çözülecek problemlerin yeni olması gerekir. Öğrenilenlerin çeşitli durumlarda kullanılması, öğrencinin uzun süreli belleğini araştırmada kendi kendine bir takım içsel ek ipuçları kazanmasını, geliştirmesini sağlar. Böylece hatırlamayı kolaylaştırır (105).

Bir konu ya da ders içinde öğrenmenin transferini sağlayarak yeni öğrenmeleri güçlendirme, hem bir sonraki konunun ön koşul öğrenmelerini tam hale getirilmesi, hem de aynı konu içinde aşamalı olan entelektüel becerilerin tam olarak kazanılması için gereklidir. Transferi sağlayan etkinlikler yoluyla, hem dersin kendi içindeki konular arasında, hem de bir sonraki aşamada yer alan dersler için gerekli ön öğrenmeler sağlanır. Ayrıca, kalıcılığı ve transferi sağlama

etkinlikleri uzun süreli bellekteki bilgiyi çok çeşitli yollarla araştırma ve işleyen belleğe geri getirme imkânı sağladığından hatırlamayı kolaylaştırır. Ayrıca, bilginin kalıcılığı arttığı gibi, sonraki öğrenmeler için gerekli ön öğrenmelerin kolaylıkla işleyen belleğe getirilmesine yardım ettiğinden yeni öğrenmeler daha kısa sürede gerçekleşir. Yeni öğrenmeleri güçlendiren alıştırmalar, örneklendirme, proje ve eğitsel değeri olan ödevler verilebilir. Bu etkinlikleri öğrenmeyi izleyen aynı gün ve hafta içinde yapılmasına özen gösterilmesi gerekmektedir (63).

Hasta Eğitiminde Uygulama

Hasta eğitiminin uygulama aşaması, planlanmış olan öğretim etkinliklerinin hasta ve ailesinin öğrenmesini destekleyecek nitelikte uygulamaya geçirilmesini kapsamaktadır. Hasta eğitim sürecinin uygulama aşaması, hemşirenin bireysel yaklaşım ve uygun öğretim yöntemlerinin kullanılması ile gerçekleştirilmektedir. Uygulamada, planlanan eğitim yöntemleri uygulanarak öğrenme aktivitelerine hastayı, gerekirse ve uygunsa aileyi de aktif şekilde katmak gerekmektedir (95, 108, 119).

Hasta eğitimi süreci uygulanırken;

Hastanın öğrenme gereksinimleri/hedef davranışlar, hasta ve hemşirenin özellikleri, eğitimin içeriği, eğitim ortamı, zaman ve süre, mevcut kaynaklar dikkate alınarak, uygun öğretim yöntem ve teknikleri, araç-gereçleri uygulanmalıdır.

Hasta Eğitim Sürecinde,

- Kullanılacak öğretim yöntem ve teknikleri, araç-gereçler mümkün olduğu kadar düşünmeyi, soru sormayı, tartışmayı, etkin katılımı sağlamalıdır.
- Konunun içeriği için gerekli tekrarlar yapılmalıdır.
- Eğitimin süresi çok uzun tutulmamalıdır.
- Hasta ve ailesine olumlu geribildirim verilmelidir.
- Farklı kültürel özellikler taşıyan hasta ve ailesinin/yakınlarının bireysel özellikleri, inanç ve kültürel farklılıkları, tutum ve değerleri, okuma, okuduğunu anlama yeterliği dikkate alınmalı, anlaşılır bir dil kullanılmalıdır. (108, 119) Kültürel değerler, dini inançlar ve bireysel özellikler eğitime uyum sağlamayı önemli derecede etkileyebilmektedir. Dini inanç ve değerler, emosyonel engeller, öğrenme istek ve motivasyonu, fiziksel ya da bilişsel sınırlılıklar (yaşlılık, görme, işitme kayıpları gibi)

okuma yazma bilmeme, dil, ağrı ve stres eğitimde engel oluşturan durumlardır. Örneğin, bazı kültürlerde, kişiler korku ve endişelerini açıkça ifade etmekten çekinirler ya da konuşurken göz temasından sakınabilirler, hemşire bunun kültürel farklılıktan kaynaklandığını bilmeli, hastayı güven verici şekilde, anlayışlı ve acele etmeden dinlemelidir. Yine, okuma yazma bilmeyen hastaya yazılı eğitim materyali yerine, çeşitli fotoğraflar ve videoteyp kasetleri vermek, sözlü olarak eğitim yapmak kişinin öğrenmesine daha çok katkıda bulunmaktadır (119).

- Hasta ve ailesinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verilmelidir.

Çocuk ve yaşlı hastalarda uygun yaklaşım tercih edilmelidir. Yatağa bağımlı, anlama ve konuşma güçlüğü çeken bir hastada yetişkin eğitiminin/androgjik yaklaşımın yanı sıra ağırlıklı olarak pedagojik yaklaşım da kullanılmalıdır (5, 22, 108, 111).

Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi

Değerlendirme aşaması, hasta eğitim sürecinin eğitim hedeflerine ne ölçüde ulaşıldığı hakkında karar vermek ve gerekli düzeltmeleri yapmak amacıyla farklı yöntem ve araçları kullanarak gerçekleştirilmelidir.

Hedeflenen davranış değişiklikleri ne şekilde gerçekleşti? Eğitim amacına ulaştı mı? Eğitim süreci uygun ilerledi mi? Eğitim sürecinin etkin şekilde hazırlanmasında destek alabileceği kişi/kuruluşlar var mı? vb. sorularla öz değerlendirme yapılabilir (5, 22, 43, 108, 111).

Değerlendirme, sistematik ve sürekli olmalı, hasta eğitim sürecini her aşamasını ve ögesini kapsamalı, hemşireye de kendi performansını değerlendirme ve sonuçlar doğrultusunda sürekli gelişme fırsatı vermelidir. Ayrıca değerlendirmede, eğitim-öğretim sürecinin sonuçları belirlenerek öğrenme hedeflerine ulaşmak için hastanın kapasitesi değerlendirilmeli ve gerekirse yeniden eğitim yapılmasına karar verilmelidir (5, 22, 108, 111, 119).

Hasta eğitiminde değerlendirme, hasta eğitimi sürecinin her aşamasında yer almaktadır. Böylece, eksik ya da yanlış öğrenmelerin sürecin başlangıcında belirlenerek düzeltilmesi sağlanır. Hasta eğitimi sürecinin sonuçlarının belirlenip, hastanın öğrenme hedeflerine ulaşma düzeyi saptanarak ulaşılmayan hedeflere neden ulaşılamadığını belirlemek için hedefler ve hasta eğitimi sürecinin tüm

aşamaları yeniden gözden geçirilmektedir. Sorunlar ve aksayan yönler analiz edilerek iyileştirmeler yapılmaktadır (5, 22, 95, 108, 111).

Hasta ve ailesinden alınan geribildirimler yoluyla hemşirenin eğitimdeki yeterliği, kullandığı öğretim yöntemleri, araç-gereçleri değerlendirilir. Değerlendirmede gözlem, görüşme, yazılı-sözlü test vb. birçok yöntemden yararlanılabilir. Ancak doğru kararların alınabilmesi için kullanılacak değerlendirme yöntemlerinin geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir (108) Hemşire, değerlendirme sonucu kaynakların, yöntemlerin etkinliğini kavrayarak, kendini geliştirmede bu sonuçlardan yararlanmaktadır. Hasta eğitiminde değerlendirme;

- Hastada gözlenen doğru, istenen davranışların desteklenmesini, yanlış davranışların düzeltilmesini,
- Hastanın öğrenme düzeyinin ne olduğunun anlaşılmasını,
- Etkin öğretim strateji, yöntem ve tekniklerin seçilmesini sağlar (5, 22, 108, 111).

Hasta Eğitiminin değerlendirilmesinde aşağıda verilen değerlendirme yöntemleri kullanılabilir (112, 118).

1. Doyum Değerlendirme
2. Ölçüme Dayalı Değerlendirme
3. Davranışları Değerlendirme
4. Sonuç Değerlendirme
5. Pre-post Test

1. Doyum Değerlendirme: Subjektif bir değerlendirme olmakla birlikte bireylerin aldıkları eğitimden duydukları doyumunu verir. (Mutluluk indeksi denilen bir araştırma yöntemidir.)

2. Ölçüme dayalı Değerlendirme: Programda verilen bilginin tipini ve derinliğini ölçmeye yarar. Sınav ya da kazandırılmak istenen becerinin gösterilmesidir. Teorik ya da uygulamalı sınav şeklinde olabilir. Bu tip değerlendirme katılımcıların bilişsel öğrenmeleri ölçer. Bu tip değerlendirme, alınmış eğitimin uygulamaya ne kadar katkısı olduğunu göstermez.

3. Davranışları Değerlendirme: HİE programlarında önemli değerlendirmelerden bir tanesidir. Edinilmiş bilginin davranışlara ne kadar

geçirildiğini gösterir. Bu değerlendirme; gözlem ve bakım kalitesinin karşılaştırılmasıyla yapılır.

4. Sonuç Değerlendirme: Hasta bakımındaki gelişimlerin, HİE programından sonraki düzeylerini ölçmekle yapılır. Bu değerlendirmeyi yaparken akılda tutulması gereken nokta; Hemşirelik hizmeti bir ekip içinde verildiğinden hasta bakımını değerlendirmenin tek etkeni olarak hizmet içi eğitim programını göstermek doğru olmayabilir.

5. Pre - post Test: Kursa katılmadan önce kursun, içeriği ile ilgili sorular verilir. Birde kursun bitiminde aynı sorular verilir. Çabuk sonuç vermesi açısından uygulanabilir. Karşılaştırma yapılarak bilginin, ne kadar öğrenilip öğrenilmediği ortaya çıkar. Etkileyen faktörleri ortaya çıkarmak için iyi bir fırsat sağlar.

Dökümantasyon ve Kayıt Etme

Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun hasta eğitimini formal olarak yapmadıkları, hasta eğitimi yapanların ise informal olarak yaptıkları yapılan araştırmalarda vurgulanmakta olup eğitimin kaydedilmesi oldukça önemli ve güç bir hal almıştır. Bunun diğer bir sebebi ise, hasta eğitiminin hemşirenin rol ve işlevleri içerisinde yer almasıdır. Bu nedenle yapılan eğitim etkinliklerinin öğrenme-öğretme süreci ve kurumun politikası doğrultusunda kaydedilmesi, standartlar oluşturulması ve bu standartların uygulanması gerekmektedir.

Kayıtlarda, öğrenme-öğretme sürecinin tüm aşamaları;

- Veri toplama kaynakları, hemşirelik tanıları,
- İçerik, öğretim yöntem ve teknikleri, araç gereçleri,
- Kaynaklar, değerlendirme yöntemleri kaydedilip kaynak olarak paylaşılması gerekmektedir.

Hasta eğitimi kayıtlarının doğru ve eksiksiz olarak tutulursa; hasta eğitimi etkinliklerinin diğer ekip üyeleri ile paylaşılmasını sağlanarak ilgili hemşirelik araştırmalarına veri oluşturabilecektir. Ve böylece mesleğin gelişmesine katkıda bulunacaktır (5, 22, 108, 111).



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/ 681
KONU : Hale SEZER

12.03/2012

HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim dalınız yüksek lisans öğrencisi Hale SEZER'in tez konusunun "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 08.03.2012 tarih ve 7/5 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür V.

EK XIII



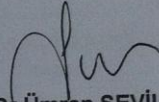
T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
(BİLİMSEL ETİK KURULU)

SAYI :2012 - 40
KONU :Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
09.05.2012

E.Ü. HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

Fakültemiz Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Arş.Gör.Hale SEZER ve Yard.Doç.Dr.Fatma ORGUN'un sorumluluğunda Haziran 2012 – Aralık 2013 tarihleri arasında yapılması planlanan “Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi” konulu araştırması 27.09.2011 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur. Gereğinin yapılmasını arz ederim.


Prof.Dr.Ümran SEVİL
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK XIV

	T.C EGE ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI	
SAYI : 27344949- 1562 KONU: Yüksek Lisans Tez Çalışması		07/09/2012
HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA		
Ana Bilim Dalınız Öğretim Üyelerinden Yard.Doç.Dr. Fatma ORGUN sorumluluğunda Yüksek Lisans Öğrencisi Hale SEZER'in "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Fakültemiz 2. sınıf öğrencilerinde yapması uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi rica ederim.		
 Yard.Doç.Dr. Fatma ORGUN Dekan Vekili		



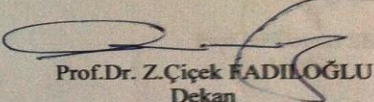
**T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI**

SAYI : B.30.2.EGE.0.28.73.00- 1562 **07/09/2012**
KONU: Veri Toplama hk.

**HEMŞİRELİKTE ÖĞRETİM
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞA**

İLGİ: E.Ü İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğünden gelen 07.09.2012 tarih ve B.30.2.EGE.0.Y1.71.00-1538 sayılı yazısı.

Ana Bilim Dalınız Yüksek Lisans Öğrencilerinden Hale SEZER'in "Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Yönteminin Etkinliğinin İncelenmesi" konulu tezinin verilerinin toplanması uygun bulunmuştur.
Bilgilerini rica ederim.


Prof.Dr. Z.Çiçek FADİLOĞLU
Dekan

Sıra No	Öğrenci Adı	Öğrenci No
1	Hale Sezer	1538
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

ÖZGEÇMİŞ

Hale SEZER, 27.10.1986 tarihinde İzmir’de doğdu. İlkokulu Lutfü Akad İlkokulu’nda tamamladı. Ortaokulu 9 Eylül İlköğretim Okulu’nda ve lise eğitimini Karataş Lisesi’nde tamamladı.

2004 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda eğitimine devam etti.

2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan okul birincisi olarak mezun oldu.

2009 Eylül/ 2010 Ağustos yılları arasında Özel Ege Sağlık Hastanesi’nde VIP Hemşiresi olarak görev yaptı.

2009 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı, tez aşamasında ayrıldı.

2010 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde Hemşirelikte Öğretim Anabilim Dalı’nda yüksek lisans eğitimine başladı.

2010 yılından bu yana Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi’nde Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır. Araştırmacı evli ve bir çocuk annesidir.