**Ad-Soyad:**

**Telefon numarası ve Email:**

**Danışmanızın Adı- Soyadı:**

**Aldığınız Bakım Dersinin ya da Deslerinin Adı:**

1.Yaşınız...................

2. Cinsiyetiniz: Kadın ( ) Erkek ( )

3. Akademik ortalamanız:

4. Hemşire olarak çalışıyor musunuz: Evet ( ) Hayır ( )

7. Klinik yönderlik hakkında bilginiz var mı? Evet ( ) Hayır ( )

8. Daha önce akran desteği aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( )

9. Cevabınız evet ise bu durumu nasıl değerlendirirsiniz?

 Olumlu ( ) Olumsuz ( ) Kararsız ( )

10. Klinik uygulamaya çıktığınız ilk günlerde kliniğe uyum sorunu yaşadınız mı ya da yaşanacağını düşünüyor musunuz?

 Evet ( ) Hayır ( ) Kısmen ( )

11. Cevabınız evet/kısmen ise ne tür uyum sorunları yaşadınız?

12. Klinik uygulama alanlarında hangi konularda akran desteği almak istersiniz?