

Validez y confiabilidad del Entorno de Aprendizaje Clínico, Supervisión y Enfermera Docente (CLES+T), versión turca¹

Selma Atay²

Fatma Yılmaz Kurt³

Gülbahar Korkmaz Aslan⁴

Mikko Saarikoski⁵

Hilal Yılmaz⁶

Volkan Ekinci⁶

Objetivo: Se realizó un estudio de tipo metodológico con el fin de investigar la validez y la fiabilidad de la versión turca de la escala de evaluación del entorno de aprendizaje clínico, la supervisión y la enfermera docente (CLES + T) del entorno clínico de aprendizaje de estudiantes, enfermeras clínicas, y docentes. **Métodos:** La muestra estuvo compuesta por 602 estudiantes de enfermería turcos con experiencia en práctica clínica en el hospital. Se utilizó el CLES + T, desarrollado por Saarikoski, para la recopilación de datos. Se realizaron la equivalencia idiomática, la consistencia interna, la correlación ítem-total y la validez de la estructura dentro del alcance del estudio de validez y confiabilidad en la escala CLES + T. **Resultados:** se determinó que las correlaciones ítem-total de cuatro ítems eran inferiores a 0.30, y se eliminaron de la escala como resultado del análisis. El valor alfa de Cronbach de la escala fue 0.93-0.99; las correlaciones de puntos totales de los ítems de la escala variaron entre 0.45 y 0.66; se identificaron seis factores en el estudio de análisis del factor CLES + T, con una varianza total explicada por estos seis factores del 64%. **Conclusión:** según los resultados de la investigación, se encontró que la versión turca de CLES + T era una escala válida y confiable, que se puede utilizar para evaluar la satisfacción de los estudiantes de enfermería con su educación clínica en Turquía.

Descriptores: Estudiante de Enfermería; Ambiente Clínico; Escala; Satisfacción; Validez; Confiabilidad.

¹ Artículo presentado en la "7th International Conference on Research in Education" entre los días 27 y 29 de abril de 2017, Çanakkale, Turquía.

² PhD, Profesor Asistente, Fundamental Nursing Department, Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health, Çanakkale, Turquía.

³ PhD, Profesor Asistente, Pediatric Nursing Department, Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health, Çanakkale, Turquía.

⁴ PhD, Profesor Asistente, Department of Public Health Nursing, Pamukkale University, Pamukkale, Turquía.

⁵ PhD, Profesor Asociado, Department of Nursing Science, University of Turku, Turku, Finlandia.

⁶ Alumno del curso de graduación en Enfermería, Çanakkale Onsekiz Mart University, School of Health, Çanakkale, Turquía.

Cómo citar este artículo

Atay S, Kurt FY, Aslan GK, Saarikoski M, Yılmaz H, Ekinci V. Validity and reliability of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher (CLES+T), Turkish version. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018;26:e3037 [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2413.3037>.

mes día año

URL

Introducción

La educación clínica es un proceso que brinda al alumno la oportunidad de practicar su conocimiento teórico, adquirir una identidad profesional y aprender mediante la práctica; por lo tanto, es crucial en los programas de educación de enfermería⁽¹⁾. Los campos de práctica clínica permiten a los estudiantes combinar sus habilidades cognitivas, psicomotoras y afectivas y contribuir al desarrollo de estas competencias⁽²⁾. Para que los estudiantes puedan beneficiarse de estas oportunidades, los entornos clínicos de aprendizaje deben diseñarse de manera que sirvan a estos fines, y los estudiantes deben recibir apoyo.

Los entornos de aprendizaje clínico y el aprendizaje clínico han sido objeto de investigación desde 1990⁽³⁾. El entorno de aprendizaje clínico juega un papel crucial, especialmente en la educación clínica de estudiantes de enfermería⁽⁴⁻⁶⁾. El entorno de aprendizaje clínico incluye los atributos del entorno de trabajo clínico que las enfermeras perciben que influyen en su desarrollo profesional⁽⁷⁾. Las relaciones de los empleados y estudiantes y las situaciones de aprendizaje significativas en el entorno de aprendizaje clínico constituyen la atmósfera pedagógica de la clínica⁽⁸⁾. Las buenas relaciones entre individuos, el apoyo y la retroalimentación afectan el entorno de aprendizaje clínico y son importantes para el aprendizaje positivo⁽⁹⁻¹⁰⁾. Numerosos estudios enfatizan que el entorno clínico es crucial en el aprendizaje y los resultados de aprendizaje^(8,11). Un estudio descubrió que un entorno de aprendizaje de apoyo crea una diferencia significativa en el aprendizaje de los estudiantes. El entorno pedagógico del servicio afecta el proceso de aprendizaje y las competencias. Se ha enfatizado que las habilidades para resolver problemas y hacer preguntas se desarrollarían en un entorno pedagógico positivo^(3,12-13). Un estilo de liderazgo colaborativo, una estructura menos jerárquica y un espíritu de equipo positivo les permite a los estudiantes de enfermería sentirse respaldados ante las incertidumbres^(3,6). La aceptación de los estudiantes de enfermería como "miembros del equipo" en el entorno clínico, y la consideración de las opiniones y experiencias de los estudiantes en la solución de problemas, contribuye a su desarrollo profesional⁽¹⁴⁾. Este pensamiento crítico y el entorno mutuamente innovador pueden influir en el cuidado y la calidad de la enfermería, por lo que también se reflejaría en las relaciones paciente-enfermera⁽¹⁴⁾.

El entorno de aprendizaje también está relacionado con el entorno psicosocial del servicio de salud. La característica más importante de un buen entorno

de aprendizaje es la presencia de confianza desde la perspectiva del estudiante. Un entorno justo es posible al ver a los estudiantes como parte del proceso de resolución de problemas y al mejorar la cultura de tolerancia de errores^(3,15).

Durante el período de educación clínica, que es la parte básica de la educación de enfermería, especialmente las enfermeras docentes son factores esenciales. La competencia de las enfermeras docentes es el factor más importante que determina la calidad de la educación. Por esta razón, los docentes de enfermería juegan un papel crucial en la educación y la práctica clínica⁽¹⁶⁾. Por lo tanto, es importante para lograr propósitos de práctica tener enfermeras docentes que estén bien preparadas, que sean modelos a seguir positivos, con conocimiento y experiencia⁽¹⁷⁾. Numerosos estudios indican que los estudiantes que llevan su educación clínica con personal de enfermería docente experimentado y profesional, se ajustan más fácilmente a la clínica, desarrollan un mejor concepto del rol profesional⁽¹⁸⁾, desarrollar habilidades de pensamiento crítico, mejorar la autosuficiencia⁽¹⁸⁾ y habilidades de comunicación⁽¹⁹⁾. Además, la investigación enfatiza que la colaboración entre enfermeras docentes y clínicas también es importante en un buen entorno de aprendizaje clínico^(14,20-21). Las enfermeras docentes y las enfermeras clínicas son los principales agentes responsables de las diferentes experiencias de aprendizaje^(16,22).

Se ha afirmado que la supervisión de la enfermera clínica también es crucial en la competencia del estudiante durante el proceso de práctica clínica⁽²³⁻²⁴⁾. El concepto de enfermera clínica se ha utilizado en el sentido de unificar y apoyar a los estudiantes de enfermería. Por ejemplo, son personas que enseñan y evalúan las habilidades de práctica, complementan el conocimiento clínico de los estudiantes de enfermería, brindan retroalimentación, los ayudan a realizar análisis entre teoría y práctica, son un modelo a seguir y, además, ayudan a los estudiantes a socializar. Según Löfmark y Wikblad, las actitudes negativas y los comportamientos de las enfermeras clínicas afectan el proceso de aprendizaje de los estudiantes de enfermería. Existe evidencia con respecto a la importancia exacta de la educación individualizada para el aprendizaje y desarrollo de los estudiantes en la práctica clínica⁽²³⁾. En general, la enfermera clínica es responsable de la supervisión de los estudiantes. Del mismo modo, si la cultura del servicio es negativa o positiva refleja el estilo de liderazgo de la enfermera clínica responsable. Un espíritu de equipo positivo y un liderazgo menos jerárquico pueden facilitar el cuidado de enfermería, la motivación del

personal y la supervisión de los estudiantes⁽²⁵⁾. En sus estudios, Lofmark y Wikblad declararon que atribuir responsabilidad, independencia, proporcionar oportunidades para diferentes tareas y dar retroalimentación se encuentran entre los factores que facilitan el aprendizaje de los estudiantes, mientras que la supervisión y la falta de oportunidades son los factores que dificultan el aprendizaje.

La importancia de la práctica clínica para convertir el conocimiento teórico en habilidades y el desarrollo de las identidades profesionales de los estudiantes en la educación de enfermería no deben pasarse por alto. La evaluación del entorno clínico, de las enfermeras clínicas y docentes, que son esenciales para el desarrollo de las identidades profesionales de los estudiantes, es muy importante. Con este objetivo, este estudio se realizó para determinar la validez y fiabilidad de la versión turca de la escala CLES + T.

Método

Este estudio se llevó a cabo metodológicamente para probar la validez y fiabilidad de la versión turca de la escala CLES + T.

Muestra: La población de investigación estaba compuesta por estudiantes que estudiaban en el departamento de enfermería de una universidad. Se utilizó el criterio de selección de un mínimo de cinco personas para cada elemento de escala para determinar el tamaño de muestra⁽²⁶⁾. Como la escala CLES + T está compuesta por 34 ítems en total, se usaron 602 estudiantes para el alcance del muestreo. Uno de los criterios de inclusión de muestreo fue el prerrequisito de haber realizado la práctica clínica al menos durante un trimestre en el hospital. Los datos fueron recolectados en el semestre de primavera 2015-2016. Se aplicó la herramienta de datos a los estudiantes en el entorno del aula por un investigador al final de la práctica clínica. El tiempo requerido para completar el formulario fue de aproximadamente 20 minutos.

En el estudio, la escala CLES + T se utilizó como herramienta de recopilación de datos, desarrollada originalmente por Saarikoski y Leino-Kilpi en 2002, y revisada en 2008. La escala CLES + T evalúa el entorno pedagógico del servicio, los educadores clínicos, la gerencia estilo de la enfermera responsable del servicio, y la atención de enfermería en el servicio. Es una escala de Likert de 5 puntos, compuesta por 34 ítems en total (Completamente en desacuerdo = 1, No estoy de acuerdo = 2, Parcialmente de acuerdo / Parcialmente en desacuerdo = 3, De acuerdo = 4, Totalmente de acuerdo = 5). La escala original se compone de cinco

factores, que son: relación de supervisión (factor 1), atmósfera pedagógica en la sala (factor 2), función de la maestra de enfermería (factor 3), estilo de liderazgo del administrador de la sala (factor 4) y ubicaciones de enfermería en la sala (factor 5)⁽²⁷⁾. También recopilamos datos demográficos (edad, sexo) y datos clínicos (tipo de unidad, duración de la ubicación clínica).

Dentro del alcance del estudio de validez y confiabilidad de la escala CLES + T, se realizaron estudios de equivalencia lingüística, validez estructural y confiabilidad. Para la adaptación del formulario en inglés de la escala al turco, se utilizó un método de traducción inversa sugerido en la literatura y comúnmente aceptado para la adaptación.⁽²⁸⁾ Con este objetivo, primero la escala original se tradujo al turco por dos traductores profesionales. El formulario traducido al turco fue examinado por el investigador y un miembro de la facultad con un buen dominio del inglés; luego se aceptó la mejor traducción para cada elemento. Después de esta etapa, un experto profesional en idioma turco volvió a traducirlo al inglés. Luego, los ítems de la escala original se compararon con los de la escala traducida a la inversa y se garantizó la equivalencia de significados⁽²⁸⁻²⁹⁾.

La validez estructural indica la capacidad de la escala para medir todo el concepto o estructura conceptual. La validez estructural de la escala se evaluó mediante el uso de análisis factorial confirmatorio. En el estudio, para la predicción del análisis factorial, los criterios empleados fueron de tener un valor propio de >1 , una carga factorial de al menos 0.40 y una tasa de exploración de varianza de 0.40⁽²⁸⁻²⁹⁾. La prueba de Barlett es un método estadístico utilizado para controlar si los datos provienen de una distribución normal multivariable. La importancia de las estadísticas de prueba de chi-cuadrado, obtenidas como resultado de esta prueba, indica que los datos provienen de una distribución normal multivariable⁽³⁰⁾.

Esta es la capacidad de una herramienta de medición para proporcionar resultados de medición consistentes y estables. Para la confiabilidad de la escala, se usaron la consistencia interna y el análisis de correlación total del ítem en el estudio. Para evaluar la consistencia interna, se calculó el alfa de Cronbach. Dependiendo de la literatura relevante, se considera satisfactorio un mínimo de alfa de Cronbach de >0.70 ⁽³⁰⁾.

El análisis del artículo es un análisis de correlación que expresa la relación entre el valor que cada artículo toma dentro de la herramienta de medición y el valor total obtenido de toda la herramienta de medición. Cuanto mayor sea el coeficiente de correlación, mayor será la relación de ese elemento con la calidad que se va a medir. En la evaluación de la correlación total

de elementos, los artículos con un valor >0.30 se consideran satisfactorios⁽²⁹⁾. Un ítem que indica una relación menor con respecto al total de puntos implica que el ítem mide una calidad diferente a los otros ítems en la escala, y por lo tanto no es confiable; tal artículo se retira de la escala.

Los datos fueron evaluados por computadora usando estadísticas descriptivas de las cualidades demográficas del grupo de muestreo. La rotación Varimax y el análisis factorial exploratorio (análisis del componente principal) se realizaron para confirmar la validez estructural. La idoneidad de los datos para el análisis de factores se examinó utilizando el valor de Kaiser Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de Barlett. El coeficiente alfa de Cronbach se calculó para confirmar la consistencia interna. Se realizó un análisis de correlación de Pearson para la correlación de puntos totales del artículo.

Antes del inicio del estudio, se obtuvo el consentimiento por escrito de Saarikoski para el uso y la adaptación de CLES + T a la sociedad turca. El cumplimiento ético para el estudio se obtuvo del Comité de Ética de la Facultad de Medicina, bajo la decisión No.2015-13 el 5 de agosto de 2015. Se obtuvo permiso por escrito de los miembros de la administración de la universidad para realizar el estudio. Se tomó como base el principio de voluntariedad, y se informó a las estudiantes de enfermería que integran el grupo de muestra sobre lo que se esperaba de ellas y sus derechos legales, y se obtuvo su consentimiento.

Resultados

El 56.6% de los estudiantes estaban en su tercer año; el 79.9% de ellos eran mujeres, el 36.0% de ellos tenían su experiencia de aprendices dentro de los servicios de medicina interna, y el 49.2% de ellos declararon que su tiempo en la clínica había sido de cuatro semanas. Además, la edad promedio de los estudiantes fue de 20.5 ± 1.5 y su promedio de calificaciones fue 2.60 ± 0.4 .

El análisis factorial reveló que la adecuación de la muestra se confirmó mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Barlett. Se encontró que el valor de KMO de 0.940 y la prueba de Barlett ($X^2 = 9772,44$, $p = .000$) fueron estadísticamente significativas.

Como resultado del análisis de ítems, se determinó que las correlaciones ítem-total de cuatro ítems (10, 12, 13, 14) fueron <0.30 , y esos ítems fueron eliminados de la escala que luego daba un total 30 ítems y estaba compuesto por seis subescalas. Hemos mostrado este estudio y el estudio de las subescalas de los ítems de Saarikoski (2008) en la Tabla 1.

Tabla 1 - Factores y ítem de subescalas de Saarikoski et al. (2008), y según el estudio realizado en Canakkale, Turquía

Ítem	Saarikoski et al. (2008)	Estudio de Canakkale, Turquía
Factor 1	Relación de supervisión (1-8)	Relación de supervisión (1-9)
Factor 2	Ambiente pedagógico en la sala (9-17)	Ambiente pedagógico en la sala (15-17)
Factor 3	Rol de la enfermera docente (18-26)	Rol de la enfermera docente (11, 24-26)
Factor 4	Estilo de liderazgo del gerente de sala (27-30)	Estilo de liderazgo del gerente de sala (27-29)
Factor 5	Ubicaciones de enfermería en la sala (31-34)	Estilo de liderazgo del gerente de sala (30-34)
Factor 6		Relación entre el alumno, el mentor y el maestro de enfermería (18-23)

La escala de Saarikoski et al. (2008) y Johansson et al. (2010) tiene cinco subescalas, pero nuestra escala identifica seis subescalas. Los ítems 18-23 fueron parte del tercer factor en Saarikoski et al. (2008) y Johansson et al. (2010), pero en nuestro estudio estos crearon su propio factor. Estos ítems formaban parte del papel del factor enfermera docente en la escala de Saarikoski, pero en nuestra escala estos elementos se denominan "Relación entre el alumno, el mentor y la enfermera docente". Por lo tanto, en nuestro estudio, el factor 6 se denominó "Relación entre el alumno, el mentor y la enfermera docente". La varianza total explicada por los seis factores fue del 64%. El factor 1 representó el 18% de la varianza de respuesta, el factor 2 para el 14%, el factor 3 para el 10%, el factor 4 para el 8%, el factor 5 para el 7% y el factor 6 para el 7%.

La figura 1 muestra los índices de ajuste del análisis factorial de confirmación (CFA) de los dos modelos. A través de los dos modelos propuestos, se estudiaron estas diferencias. Relación de supervisión (factor 1: elementos 1-9), atmósfera pedagógica en la sala (factor 2: puntos 15-17), papel de enfermera docente (factor 3: puntos 11, 24-26), estilo de liderazgo del encargado de la sala (factor 4: ítems 27-29), premisas de enfermería en la sala (factor 5: ítems 30-34), y papel de la teoría y la integración de la práctica (factor 6: ítems 18-23) fueron ítems en el modelo.

Los resultados de confiabilidad de la escala CLES + T se muestran en la Tabla 2. De acuerdo con esto, para 30 ítems, el valor alfa de Cronbach es 0.93, y el valor alfa en subdimensiones varió entre 0.70 y 0.76. Cuando se examinó la relación entre los puntos de cada subdivisión y los puntos de la escala total, se encontró que los coeficientes de confiabilidad eran 0.93-0.96. Las medias de los ítems varían entre 2.57 y 3.68 (en una escala de 1-6). De acuerdo con estos hallazgos, las correlaciones totales de puntos de los ítems de la escala variaron entre 0.45 y 0.66 (Tabla 2).

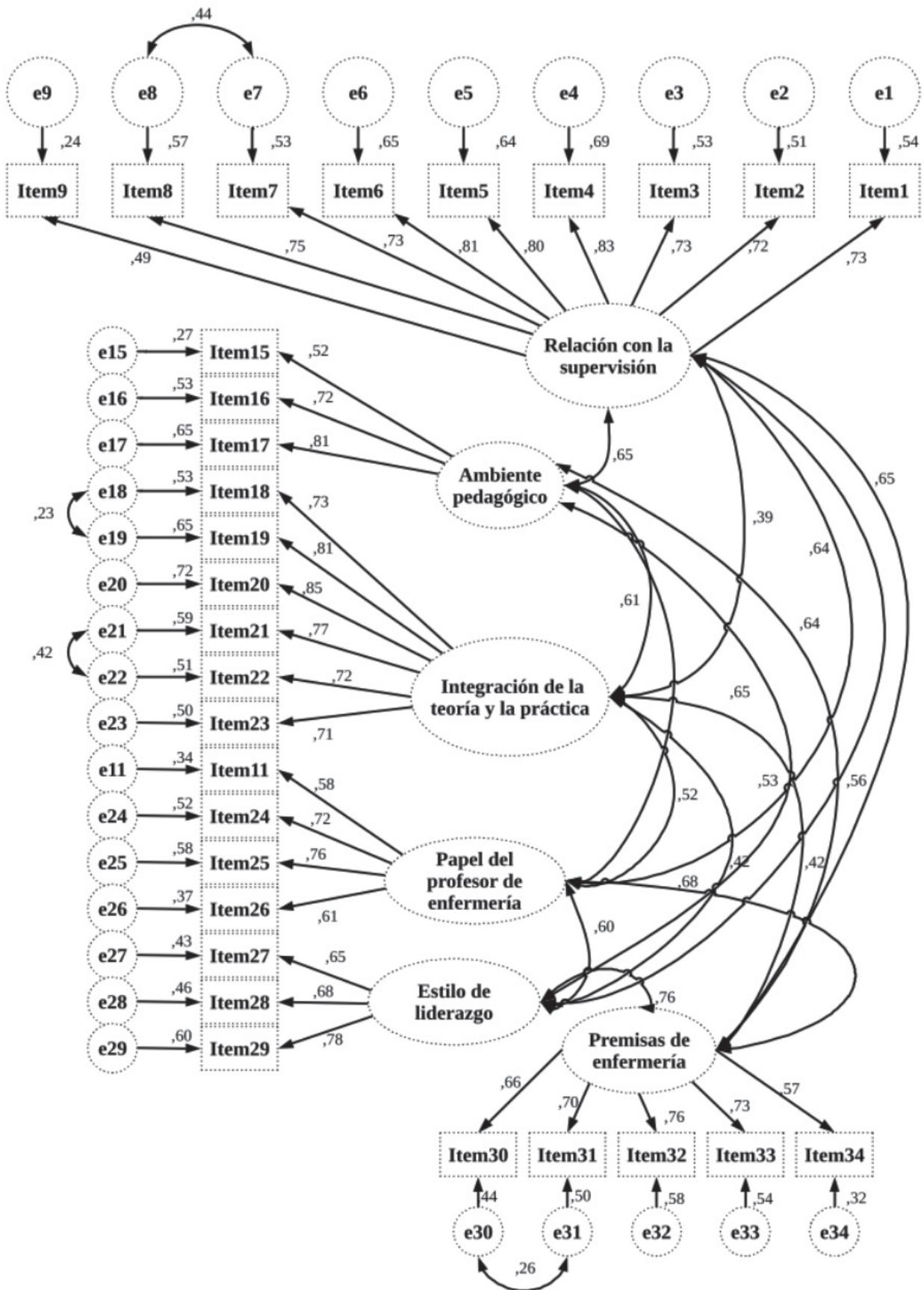


Figura 1- Modelo para 34 elementos de la versión turca de la escala CLES + T. Canakkale, Turquía, 2015

Tabla 2. Estadísticas y coeficientes alfa de Cronbach para los factores 1-6 de CLES + T, versión turca (n = 602). Canakkale, Turquía, 2015

	Media de versión CLES + T en turco *	DE [†]	Correlación ítem- total corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se elimina
Relación de supervisión (α=.70)				
1 Mi supervisor mostró una actitud positiva hacia la supervisión	3.26	.99	.62	.94
2 Sentí que recibí supervisión personalizada	2.80	1.00	.56	.93
3 Continuamente recibí comentarios de mi supervisor	3.02	1.03	.60	.93
4 En general, estoy satisfecho con la supervisión que recibí	2.97	.98	.65	.94
5 La supervisión se basó en una relación de igualdad	2.94	1.03	.62	.99
6 Hubo una interacción mutua en la relación de supervisión	3.16	.96	.66	.93
7 El respeto mutuo y aprobación prevalecieron en la relación de supervisión	3.21	1.02	.63	.93
8. La relación de supervisión se caracterizó por un sentido de confianza	3.10	.99	.66	.96
9. El personal fue fácil de abordar	3.22	.99	.49	.93
Entorno pedagógico en la sala (α=76)				
15. Hubo suficientes situaciones de aprendizaje significativo en el barrio	3.37	.86	.46	.93
16. Las situaciones de aprendizaje fueron multidimensionales en términos de contenido	3.02	.96	.54	.94
17. La sala puede ser considerada como un buen ambiente de aprendizaje	3.23	1.01	.62	.94
Papel de la enfermera docente (α=74)				
18. En mi opinión, la enfermera docente era capaz de integrar el conocimiento teórico y la práctica cotidiana de la enfermería	3.66	1.00	.51	.93
19. La enfermera docente fue capaz de poner en práctica los objetivos de aprendizaje de esta colocación	3.63	.97	.52	.95
20. La enfermera docente me ayudó a reducir la brecha entre teoría y práctica	3.60	.98	.51	.93
21. La enfermera docente era como un miembro del equipo de enfermería	3.43	1.07	.49	.95
22. La enfermera docente pudo compartir su experiencia al equipo clínico	3.45	1.03	.43	.93
23. La enfermera docente y el equipo clínico trabajaron junto para apoyar mi aprendizaje	3.34	.96	.65	.93
Relación entre alumno, mentor y enfermera docente (α=75)				
11. Durante las reuniones del personal (por ejemplo, antes de los turnos) me sentí cómodo participando en las discusiones	2.76	1.12	.49	.93
24. Las reuniones comunes entre el mentor, la enfermera docente y yo fueron una experiencia cómoda	3.00	1.02	.57	.96
25. En nuestras reuniones comunes, sentí que eramos colegas	2.57	1.06	.59	.93
26. El enfoque en las reuniones estaba en mis necesidades de aprendizaje	3.17	.97	.48	.99
Estilo de liderazgo del encargado de sala (WM [‡]) (α=76)				
27. El WM [‡] considera al personal de su sala como un recurso clave	3.06	1.04	.49	.93
28 El WM [‡] era un parte del equipo	3.38	.97	.45	.97
29. La retroalimentación del WM [‡] podría ser fácilmente considerarse como una situación de aprendizaje	3.13	.98	.57	.94
Ubicaciones de enfermería en la sala (α=74)				
30. Se apreció el esfuerzo de los empleados individuales	2.96	.97	.57	.93
31. La filosofía de la sala de enfermería se definió claramente	2.75	.97	.55	.93
32. Los pacientes recibieron atención de enfermería individual	2.99	1.02	.57	.96
33. No hubo problemas en el flujo de información relacionado con el cuidado de los pacientes	3.02	.97	.57	.93
34. La documentación de enfermería (por ejemplo, planes de enfermería, registro diario de procedimientos de enfermería, etc.) fue clara	3.68	.99	.48	.98

* CLES+T* - Entorno de aprendizaje clínico, supervisión y enfermera docente; [†] SD- Desviación estándar; [‡] WM – Encargado de sala

Discusión

El valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = 0.940 y la prueba de Barlett ($X^2 = 9772, 44, p = .000$) resultaron ser de un nivel significativo para la validez estructural de la escala. Johansson et. al. encontraron KMO = 0.93 y <0.001 en su estudio. La varianza total explicada por los seis factores fue del 64%. El factor 1 representó el 18% de la varianza de las respuestas, el factor 2 el 14%, el factor 3 el 10%, el factor 4 el 8%, el factor 5 el 7% y el factor 6 el 7%. La varianza explicada en el estudio de Johansson et al., fue de 60.2% en una escala de 34 ítems con 5 subfactores. En su estudio, Saarikoski et al. (2008) encontraron un porcentaje de explicación total de 67 de la versión de subescala, y Saarikoski y Leino-Kilpi (2002) encontraron el porcentaje de explicación de 64⁽²⁵⁾.

Intentamos justificar las razones de las diferencias en las cargas de los factores, realizando un análisis CFA. Esto indica un modelo adecuado para el Modelo 1. Los Valores de X^2 / DF , IFI, CFI y RMSEA sugirieron un ajuste adecuado a los datos, con la excepción de GFI. Por otro lado, nuestros datos no se ajustaban al Modelo 2, que reproducía la estructura conceptual de la versión original de CLES + T⁽²⁷⁾.

Según los resultados de la investigación, el coeficiente total de la escala y el coeficiente alfa de Cronbach de las subescalas se encuentran dentro de un rango aceptable. El coeficiente alfa de Cronbach se establece como 0.90 y como 0.96-0.77 para las subescalas en los hallazgos del estudio para el desarrollo de la escala original⁽²⁷⁾. En el estudio de Johansson et al. (2010), el coeficiente alfa de Cronbach fue de 0.95 y fue de 0.96-0.75 para las subescalas⁽²⁰⁾. En otro estudio realizado en nueve países europeos, se encontró que el coeficiente alfa de Cronbach estaba entre 0.96-0.83 para las subescalas. Como resultado, podemos concluir que los hallazgos de nuestro estudio son confiables, en consideración de los hallazgos previos.

Encontrar correlaciones de puntos totales de elementos de la escala entre 0.45 y 0.66 demuestra que los valores de correlación de puntos totales del artículo se encuentran en un nivel confiable. En el estudio de Johansson et al., el rango de correlación total del ítem de la escala varió entre 0.35 y 0.91. En otro estudio de Vizcaya-Moreno et al. (2015), para los factores 1-5, la correlación ítem-total corregida varió de 0.36 a 0.92⁽³¹⁾.

Conclusión

La escala CLES + T, cuya validez y fiabilidad ha sido confirmada en la versión turca, puede utilizarse en la evaluación de la satisfacción de los estudiantes de

enfermería con el entorno clínico, las enfermeras clínicas y las enfermeras docentes. Esto permite que la educación clínica se evalúe desde la perspectiva del estudiante, y la calidad de la educación se puede mejorar.

Limitación del estudio: la principal restricción de esta investigación es la inclusión de estudiantes de solo dos escuelas de salud en el muestreo.

Referencias

1. Tiwari A, Lai P, So M, Yuen K. A comparison of the effects of problem-based learning and lecturing on the development of students' critical thinking. *Med Educ.*[Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 27]; 40 (6): 547-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16700770>
2. Chan S. Factors influencing nursing leadership effectiveness in Hong Kong. *J Adv Nurs.*[Internet]. 2002 [cited 2016 Feb 23]; Jun;38(6): 615-23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12067401>
3. Bjork IT, Berntsen K, Brynildsen G, Hestetun MJ. Nursing students' perceptions of their clinical learning environment in placements outside traditional hospital settings. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mar 27]; 23(19-20): 2958-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24460862>
4. Egan T, Jaye C. Communities of clinical practice: the social organization of clinical learning. *Health.* (London). [Internet]. 2009 [cited 2016 Mar 27]; 13(1): 107-25. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19103718>
5. Salminen L, Stolt M, Saarikoski M, Suikkala A, Vaartio H, Leino-Kilpi H. Future challenges for nursing education e a European perspective. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2010. [cited 2016 Mar 27]; 30(3): 233-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20005606>
6. Bergjan M, Hertel F. Evaluating students' perception of their clinical placements - testing the clinical learning environment and supervision and nurse teacher scale (CLES + T scale) in Germany. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 27]; 33(11): 1393-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23200088>
7. Hart G, Rotem A. The clinical learning environment: nurses' perceptions of professional development in clinical settings. *Nurse Educ Today.* [Internet]. 1995 [cited 2015 Jan 30]; 15(1):3-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7708026>
8. Henderson A, Twentyman M, Eaton E, Creedy D, Stapleton P, Lloyd B. Creating supportive clinical learning environments: an intervention study. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2010 [cited 2015 Feb 20]; 19(1-2):177-82.

- Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19686319>
9. Levett Jones T, Lathlean J, Maguire J, McMillan M. Belongingness: a critique of the concept and implications for nursing education. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 27]; 27(3):210-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16828935>
 10. Skaalvik M, Normann, HK, Henriksen N. Clinical learning environment and supervision: experiences of Norwegian nursing students - a questionnaire survey. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2011 [cited 2017 Jan 15]; 20(15-16): 2294-304. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752120>
 11. Andrews GJ, Brodie DA, Andrews JP, Hillan E, Gail Thomas B, Wong J, et al. Professional roles and communications in clinical placements: a qualitative study of nursing students' perceptions and some models for practice. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2006 [cited 2017 Jan 15]; 43(7): 861-74. Epub 2005 Dec 27 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16380124>
 12. Tanner CA. The next transformation: Clinical education. *J Nurs Educ*. [Internet]. 2006 [cited 2016 Jan 10]; 45(4): 99-100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16629277>
 13. Gillespie M, Peterson BL. Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect*. [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 10]; 30(3): 164-70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19606659>
 14. Papp I, Markkanen M, von Bonsdorff M. Clinical environment as a learning environment: student nurses' perceptions concerning clinical learning experiences. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2003 [cited 2017 Jan 10]; 23(4): 262-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12727093>
 15. Sundler AJ, Björk M, Bisholt B, Ohlsson U, Engström AK, Gustafsson M. Student nurses' experiences of the clinical learning environment in relation to the organization of supervision: a questionnaire survey. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 10]; 34(4): 661-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23850574>
 16. Elisabeth C, Christine WH, Ewa P. Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by perceptors in nursing education. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 10]; 29(5): 522-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19108935>
 17. Bishol B, Ohlsson U, Kullén Engström A, Johansson AS, Gustafsson M. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Educ Pract*. [Internet]. 2014 [cited 2016 May 15]; 14(3): 304-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355802>
 18. Harrison TM, Stewart S Ball K, Brat MM. Enhancing the transition of senior nursing students to independent practice. *J Nurs Admin*. [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 16]; 37(6): 311-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17563525>
 19. Cooper C, Taft M, Thelen M. Preparing for practice: students' reflections on their final clinical experience. *J Prof Nurs*. [Internet]. 2005 [cited 2017 Jun 16]; 21(5): 293-302. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16179242>
 20. Johansson UB, Kaila P, Ahlner-Elmqvist M, Leksell J, Isoaho H, Saarikoski M. Clinical learning environment, supervision and nurse teacher evaluation scale: sychometric evaluation of the Swedish version. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 16]; 66(9): 2085-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20626485>
 21. Warne T, Johansson UB, Papastavrou E, Tichelaar E, Tomietto M, Van den Bossche K, et al. An exploration of the clinical learning experience of nursing students in nine European countries. *Nurse Educ Today*. [Internet]. 2010 [cited 2017 Feb 22]; 30(8): 809-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20409620>
 22. Bisholt B, Ohlsson U, Engström AK, Johansson AS, Gustafsson M. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings. *Nurse Educ Pract*. [Internet]. 2014 [cited 2017 Feb 16]; 14(3):304-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355802>
 23. Allan H, Smith P, Lorentzon M. Leadership for learning: a literature study of leadership for learning in clinical practice. *J Nurs Manage*. [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 10]; 16(5):545-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18558925>
 24. Papastavrou E, Dimitriadou M, Tsangari H, Andreou C. Nursing students' satisfaction of the clinical learning environment: a research study. *BMC Nurs*. [Internet]. 2016 [cited 2016 May 19]; 15(44):1-10. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0164-4>
 25. Saarikoski M, Leino-Kilpi H. The clinical learning environment and supervision by staff nurses: developing the instrument. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2002 [cited 2016 May 19]; 39(3):259-67. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11864649>
 26. Shultz KS, Whitney DJ. *Measurement Theory in Action, Case Studies and Exercises*. California; Sage Publications; 2004.
 27. Saarikoski M, Isoaho H, Warne T, Leino-Kilpi H. The nurse teacher in clinical practice: Developing the new sub-dimension to the clinical learning environment and

- supervision (CLES) scale. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2008 [cited 2016 Jun 29]; 45(8):1233-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17803996>
28. Erefe İ, editors. *Veri toplama araçlarının niteliği: Hemşirelikte araştırma ilke süreç ve yöntemleri*. 2nd ed. İstanbul: Odak Ofset; 2002. (Original work published in Turkish)
29. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Klower/Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
30. Buyukozturk S. *Data Analysis Handbook for Social Sciences*, 16th ed. Ankara: Pegem Publishing; 2014.
31. Vizcaya-Moreno MF, Pérez-Cañaveras RM, De Juan J, Saarikoski M. Development and psychometric testing of the Clinical Learning Environment, Supervision and Nurse Teacher evaluation scale (CLES+T): the Spanish version. *Int J Nurs Studies*. [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 29]; 52(1):361-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25220932>

Recibido: 31.10.2017

Aceptado: 20.05.2018

Correspondencia:

Selma Atay

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Health. Fundamental Nursing

17100, Çanakkale, Turkey

E-mail: atayselma@gmail.com

Copyright © 2018 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.