



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE BİPOLAR
BOZUKLUĞU OLAN HASTAYA YAKLAŞIMA
YÖNELİK SİMÜLASYON EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

NESİBE GÜNAY MOLU

HEMŞİRELİKTE DOKTORA PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE BİPOLAR
BOZUKLUĞU OLAN HASTAYA YAKLAŞIMA
YÖNELİK SİMÜLASYON EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

NESİBE GÜNAY MOLU

HEMŞİRELİKTE DOKTORA PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTAYA
YAKLAŞIMA YÖNELİK SİMÜLASYON EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

Nesibe GÜNAY MOLU

DOKTORA TEZİ

Tez Savunma Sınav Tarihi

13.02.2018

Tez Danışmanı

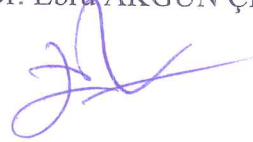
Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Meral DEMİRALP



Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK



Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI



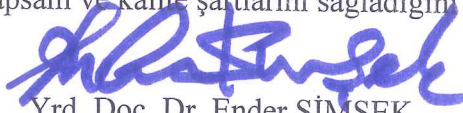
Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN



Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN



Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Doktora derecesi için
gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.



Yrd. Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü

Bu tezin Doktora derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

13.02.2018

Nesibe GÜNAY MOLU



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim her aşamasında yol gösterici olan, katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen değerli danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a,

Tez izleme komitesinde bulunan ve tezin yürütülmesinde destek olan hocalarım; Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK'a, Doç. Dr. Dilek AVCI'ya ve Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI'ya,

Araştırmanın birçok aşamasında destek veren, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren ve istatistiğinin yapılmasında büyük katkıları olan Doç. Dr. Füsun Gülderen ALACAPINAR'a ve Yrd. Doç. Dr. Aydın KARAKOCA'ya, araştırmama uzman görüşleriyle destek veren hocalarım; Prof. Dr. Ayşe ÖZCAN'a, Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ'e, Doç. Dr. Fahriye OFLAZ'a, Doç. Dr. Rıza GÖKLER'e, Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ'a, Yrd. Doç. Dr. Esra ÇALIKVAR'a, ayrıca araştırmama katılmayı kabul eden tüm öğrencilere,

Doktora eğitimim boyunca vermiş oldukları desteklerinden dolayı öncelikle Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölüm Başkanı Prof. Dr. Emel EGE'ye, Yrd. Doç. Dr. Burcu CEYLAN'a, bölümdeki kıymetli hocalarıma ve mesai arkadaşlarıma,

Varlığından destek aldığım, dostluğu ile güç bulduğum, her türlü konuda bilgi ve deneyimlerini esirgmeden paylaşan, araştırmamın uzman görüşünde ve istatistiğinin yapılmasında emeğini esirgemeyen kıymetli arkadaşım Doç. Dr. Deniz TANYER'e,

Beni her konuda destekleyen, güvenen ve güven veren aileme,

Hayatımdaki en büyük kazancım olan, her türlü zorlukta ve başarıda yanımda bulunan sevgili eşime ve bu süreçte sabırla beni bekleyen çocuklarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Soruları	4
1.2.Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Duygudurum Bozuklukları.....	6
2.1.1. Bipolar Bozukluk (İki Uçlu Duygulanım Bozukluğu).....	6
2.1.2. Tarihçe.....	7
2.1.3. Epidemiyoloji	7
2.1.4. Etiyoloji	8
2.1.5. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması	9
2.1.6. DSM 5 Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri	11
2.1.7. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Yaklaşımı	12
2.2. Simülasyon	17
2.2.1. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon	17
2.2.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Simülasyon Yöntemleri.....	18
2.2.3. Simülasyon Uygulamalarında Debriefing (Çözümleme).....	20
2.2.4. Psikiyatri Hemşireliğinde Simülasyonun Öğrenciler Üzerinde Etkisi.....	21
3. MATERYAL VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin (KDNÖ) [Fear and Behavioural Intentions (FABI)] Geçerlik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi.....	27
3.1.1. Metadolojik Araştırma	27

3.1.2. Araştırmanın Yeri.....	27
3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	27
3.1.4. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	28
3.1.5. Verilerin toplanması	28
3.1.6. Veri Toplama Araçları	28
3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	29
3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması.....	29
3.2.1. Araştırmanın Tipi.	29
3.2.2. Araştırmanın Yeri.....	30
3.2.3. Araştırmanın Değişkenleri	30
3.2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.2.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	31
3.2.6. Araştırmanın Uygulanması	31
3.2.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	35
3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü	38
3.2.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	38
3.2.10. Araştırmanın Varsayımlarının İncelenmesi.....	39
4. BULGULAR	40
4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin (KDNÖ) Geçerlik Güvenirlik Çalışması.....	40
4.1.2. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Geçerlilik Analizi..	41
4.1.3. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları	45
4.2. Araştırmanın II. Aşaması	48
4.2.1. Araştırmada Eğitim Öncesi Gruplar Arası Benzerliğin Karşılaştırılması	49
4.2.2. KDNÖ ve İBDÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi	52
4.2.3. STAI-I ve STAI-II Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	56

4.2.4. ÖYE ve HKKVÖ Ölçümlerinin Değerlendirilmesi	59
5. TARTIŞMA	62
5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: KDNÖ'nin Geçerlik Güvenirlilik Bulgularının Tartışılması.....	62
5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: KDNÖ ve İBDÖ ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması.....	64
5.3. STAI-I ve STAI-II Ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması	70
5.4. HKKVÖ ve ÖYE Ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
7. KAYNAKLAR.....	79
8. EKLER.....	94
EK-1. Öğrenci Bilgi Formu.....	94
EK-2. Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ)	96
EK-3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)	97
EK-4. Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I)	99
EK-5. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ).....	101
EK-6. Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY).....	103
EK-7. Simülasyon Değerlendirme Formu.....	105
EK-8. Kurum İzinleri	107
EK-9. El Kitabı.....	99
EK-10. Özgeçmiş.....	100

ÖZET

Hemşirelik Öğrencilerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşımaya Yönelik Simülasyon Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi

Çalışma psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin eğitiminde bipolar bozukluğu olan hastaya yaklaşıma yönelik standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon yönteminin etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü ve deneysel çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmanın birinci aşamasında deneysel aşamada kullanmak için Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlaması yapılmıştır. Çalışmada Öğrenci Bilgi Formu, KNDÖ, İBDÖ, STAI, HKKVÖ, ÖEY ve Simülasyon Değerlendirme Formu kullanılmıştır.

Çalışma, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde kayıtlı olan 250 öğrenci (araştırmanın birinci aşaması) ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü son sınıfta kayıtlı olan 74 öğrenci (araştırmanın ikinci aşaması) ile yapılmıştır. Çalışmanın verilerinin değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi, t-testi, yüzdellik, ki kare testleri kullanılmıştır.

Çalışmanın bulgularına göre hemşirelik öğrencilerinin bipolar bozukluğu olan hastaya yönelik yaklaşımda standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı korku ve davranış niyetleri genel puan ortalamalarının, STAI-I, STAI-II ve İBDÖ puan ortalamalarının deney ve kontrol grupları arasında ve ölçümler arasında istatistiksel olarak önemli bir fark ortaya çıkaracak şekilde etkilediği belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuçlara göre standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitimlerinin, öğrencilerdeki korku ve davranış niyetlerinde olumlu tutum ve davranışların geliştirmesinde etkili olduğu, iletişim becerilerinin geliştiği ve anksiyete düzeylerinin düştüğü belirlenmiştir. Simülasyon eğitimlerinin psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde kullanılmasının artırılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bipolar bozukluk, psikiyatri hemşireliği, simülasyon

ABSTRACT

Examination of The Simulation Training Effect on Nursing Students for Approaching to The Patients Suffering from Bipolar Disorder

The study had been conducted as a randomized controlled and experimental study in order to determine the effect of the simulation method with the participation of standard patient towards the patients suffering from bipolar disorder for the education of the psychiatry nursing students. At the initial stage of the study, the Fear and Behaviour Intent Scale was adopted into Turkish. The Student Information Form, FABI, IBDO, STAI, HKKVO, OEY and Simulation Assessment Form were used in the study.

The study was performed among 250 students (first stage of the study) from the Department of Nursing of the Faculty of Health Sciences in Necmettin Erbakan University and 74 students (second stage of the study) from Ankara Yıldırım Beyazıt University, the Department of Nursing. In the assessment of the study data the variance analyse, t-test, percentage, ki square tests were used in repeating measurements.

According to the findings of the study, for the approach of nursing students towards the patients suffering from the bipolar disorder, the simulation training with standard patient indicated that the fear and behaviour intents of the students against individuals with mental disorders affected a significant difference between their general average points, STAI-I, STAI-II and IBDO averages with reference to the control and trial groups in addition to the measurements ($p < 0.001$).

According to the results, it was found that the simulation trainings with standard patients are effective for the development of positive attitudes and behaviours in the students' fear and behaviour intents, communication skills and reduction of their level of anxiety. The simulation trainings are recommended to be increased in the education for the psychiatry nursing education.

Keywords: Bipolar disorder, psychiatric nursing, simulation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

KDNÖ	: Korku ve davranış Niyetleri Ölçeği
İBDÖ	: İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği
STAI	: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri
STAI-I	: Durumluluk Kaygı Ölçeği
STAI-II	: Sürekli Kaygı Ölçeği
HKKVÖ	: Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği
ÖEY	: Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği
NIHM	: National İnstitute of Mental Health
DSM V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
EKT	: Elektro Konvulsif Terapi
NLN-JSF	: National League for Nursing Jeffries Simulation Framework
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
KMO	: Kaiser– Meyer-Olkin
DFA	: Doğrulayıcı faktör analizi
YEM	: Yapısal Eşitlik Modeli
X^2/SD	: Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare / Serbestlik Derecesi
GFI	: İyi Uyum İndeksi
AGFI	: Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi
CFI	: Karşılaştırmalı Uyum İndeksi
SRMR	: Standartlaştırılmış Ortalama Karekök
RMSEA	: Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. Bipolar bozukluk hastalarındaki duygudurum durumu.....	11
Şekil 4.1. KDNÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi.....	44



TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.	Araştırmanın birinci aşamasının akış şeması.....	29
Tablo 3.2.	Araştırmanın ikinci aşamasının akış şeması.....	34
Tablo 4.1.	Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.....	40
Tablo 4.2.	KMO ve barlett's testi analiz sonuçları.....	42
Tablo 4.3.	Korku ve davranış niyetleri ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi uyumunun incelenmesi.....	43
Tablo 4.4.	Ölçeğin madde toplam korelasyon analizi.....	46
Tablo 4.5.	Ölçeğin maddelerinin test-tekrar test analizi.....	47
Tablo 4.6.	Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.7.	Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin başarı puanı ortalamalarının karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.8.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.9.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası dağılımı	52
Tablo 4.10.	Öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.....	53
Tablo 4.11.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin FABI'nın teorik eğitim sonrası, simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulama öncesi ve sonrası ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi.....	54
Tablo 4.12.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin STAI-I ve STAI-II ölçekleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı.....	56
Tablo 4.13.	Öğrencilerin STAI-I ve STAI-II'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.....	57
Tablo 4.14.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin STAI-I ve STAI-II 'nin teorik eğitim sonrası, simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulama öncesi ve sonrası ölçüm puan farklılıklarının	

	zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi.....	58
Tablo 4.15.	Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE ölçekleri puan ortalamalarının gruplar arası dağılımı.....	59
Tablo 4.16.	Öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.....	60
Tablo 4.17.	Öğrencilerin simülasyonu değerlendirme durumları.....	61



1. GİRİŞ

Bipolar bozukluk bireylerin fonksiyon yeteneğinde, enerjide ve duygu durumunda kaymalara neden olmakta ve yaşam boyu dikkatli bir şekilde yönetilmesi gereken tekrarlayıcı kronik bir hastalık olarak bilinmektedir. Hastalığın nedenleri değişkendir. Bireylerde hastalığın periyodları ile bireylerin normal fonksiyonları arasında gidiş gelişler olmaktadır. Sıklıkla birçok birey remisyon esnasında kişiler arası ilişkilerde ve mesleki yaşantıda zorluklar yaşamaktadır. Bipolar bozukluğun mortalite oranları şiddetli olmakla birlikte, yaşamları boyunca en az bir kez özkıyım girişiminde bulunma oranları %25-60'tır ve yaklaşık olarak bu popülasyondaki ölümlerin % 20'si özkıyımdandır (1).

Bipolar bozuklukta duygu durumunda bozulmalar olmakta, psikotik boyutta ise tabloya sanrı ve varsanılar eklenmektedir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi tarafından hastanın genel görünüm ve davranışları, konuşma biçimi, duygulanımı değerlendirilmekte, bilişsel ve fizyolojik alanlarına ilişkin gözlem yapılmakta, bu gözlemler kaydedilmekte ve terapötik ortam değerlendirilerek bakım sağlanmaktadır (2,3). Hemşire hastayı değerlendirirken hastanın; yüz ifadesi, beden duruşu, ses tonu, genel görünümü, duygudurumu, düşünceleri, fizyolojik işlevleri, bilişsel fonksiyonları ve davranışları üzerine yoğunlaşmalıdır (4,5). Hastaya kendini tanıtmaya, güvene dayalı terapötik iletişim kurma, benlik saygısını artırma, sakin davranış sergileme, klinikte hasta ve ortam ile ilgili uygun kararlar alma ruh sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin dikkat etmesi gereken konular arasında yer almaktadır (2,3). Bu nedenle hemşirelik öğrencileri hemşirelik bilgi ve becerisine sahip olduktan sonra ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ile ilgili bilgilere de sahip olmalı ve bu teorik bilgileri bütünleştirerek uygulamada kullanabilmelidir.

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaya etkili ve istendik bakımı verebilmesi için uygun yöntemler ile eğitim almış olması gerekmektedir (5,6,7,8). Öğrenci hemşirelerdeki önyargı, damgalama, anksiyete ve korku gibi durumlar klinikte gerçek hasta üzerinde öğrencilerin deneyim

kazanmasına engel olabilmektedir (9). Literatürde öğrenci hemşirelerin klinik uygulamalara çıkmadan önce yapılan hazırlıkların yeterli düzeyde olmadığını, klinik ortamlarda kendilerini yetersiz ve güvensiz hissettiklerini ifade ettikleri bildirilmektedir (10). Bunun yanında klinik uygulamalarda hastalar ve hemşireler öğrencilere güvenmemekte, hemşireler öğrencilerin tüm uygulamalara dahil olmasına izin vermemekte ve teorik bilgi ile klinik uygulamalar arasında farklılık olmaktadır (10). Simülasyon eğitimleri ile teorik bilgiyi beceriye dökme ve klinik ortamlarda öğrencilerin yaşadıkları zorlukları azaltma imkânı bulunmaktadır (10). Bununla birlikte; psikiyatri kliniklerindeki hastaların hızlı yatış-çıkışları, sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik ve klinik uygulama sürelerinin yetersiz olması öğrencilerin birçok vakayı görmesine engel olmaktadır. Kurumlardaki çalışma politikaları öğrenci hemşirelerin çalışmalarını kısıtlamakta ve öğrenme sürecinde problemlere neden olmaktadır (9,11,12).

Öğrencilerin hastalara amaca uygun bakım sağlayabilmeleri için öğrenmede yaşanan güçlüklerin ortadan kaldırılarak öğrenci hemşirelere bilişsel ve psikomotor davranışların kazandırılması gerekir. Öğrenci hemşirelere bilişsel ve psikomotor davranışlar kazandırmak için kullanılan en etkili yöntemlerden birisi de öğrenci hemşirelerin öğrenme sürecine aktif bir şekilde katılımını sağlayan interaktif yöntemlerdir. Bu amaçla hemşirelik eğitiminde öğrenme hedeflerine uygun simülasyonlar kullanılarak hedefe daha uygun ulaşılmaktadır (6,8,9,11,12,).

Bipolar bozukluğu olan hasta ile çalışacak öğrencilerin eğitiminde öğrenciler kliniğe çıkmadan önce uygun simülasyon yöntemlerinin kullanılması hem öğrenciye hem de eğiticiye olumlu katkılar sağlamaktadır. Günümüzde birçok eğitim alanında kullanılan, teknik olmayan anlamda bir şeyin benzeri anlamına gelen simülasyon, son yıllarda hemşirelik eğitiminde de kullanılmaktadır (13). Hemşirelik eğitimlerinde önemli olan simülasyon uygulamalarının başarılı çıktılarının olabilmesi için simülasyon tasarımına ve yöntemine özen gösterilmelidir (14).

Simülasyon uygulamalarında, insanlar dahil olmak üzere, hasta simülatör/mankenleri, standardize edilmiş hastayı canlandıran bireyler, sanal hastaların ve çevrelerinin kullanılmasını sağlayan bilgisayar temelli modeller gibi farklı mekanizmalar kullanılmaktadır. Klinik bilgi ve becerilerin artırılmasını sağlayan,

katılımcıların pasif olarak gözlemleyebildiği ya da simülasyon uygulamalarına aktif olarak katılabildiği uygulamalardır (11). Klinik bilgi ve beceri kazandırmanın önemli olduğu hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı, hemşireliği bilim ve sanat olarak öğretmeyi amaçlayan yenilikçi bir yaklaşım sağlamakta ve hemşireliğin kavramsallaştırılmasının ve sunulmasının ilerlemesini desteklemektedir (9).

Simülasyon ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği öğrencilerine, hastaya zarar verme ya da yarar sağlamama riski olmadan sakin ve pozitif öğrenme ortamında, hastaya bakım verme esnasında, psikiyatrik girişimleri ve kriz yönetimini öğrenme fırsatı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı öğrencilere, terapötik öğretim becerileri, eleştirel düşünme, karar verme, yapılan girişimleri durdurabilme, problem çözme, kendini terapötik kullanma, kriz yönetimi, kültürel yeterlilik ve klinikte düşünme/karar verme yetileri kazandırmaktadır. İlaveten interaktif öğrenme ortamında terapötik iletişim becerilerini, öz yeterlilik ve özgüven düzeylerini artırmaktadır (9,12,13,15,16,17). Farklı tekniklerin kullanıldığı simülasyon eğitimleri her öğrenciye eşit yaklaşım fırsatı ve uygun ortamlarda yetişkin öğrenme ilkelerinin etkin olarak kullanımını sağlamaktadır (6). Psikiyatri hemşireliği eğitiminde kullanılan simülasyon, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bakım gerektiren hastada, hastaya verilen bakımın profesyoneller tarafından tartışılmasını ve öğrencilerin güçlü ve zayıf yönlerini tespit ederek öğrenciyi güçlendirmeyi sağlamaktadır (18).

Simülasyon uygulamalarında standart hasta ülkemizde ve dünyada psikiyatri hemşireliği eğitiminde yaygın olarak kullanılmamakta ve psikiyatri hemşireliği eğitimde kullanılan simülasyon uygulamaları ile ilgili yeterince çalışma bulunmamaktadır (11,16,19,20,21). Bu çalışma bu alanda yeterli araştırma olmaması ve bu alan yazınına katkı sağlamak amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin eğitiminde bipolar bozukluğu olan hastaya yaklaşıma yönelik simülasyon yönteminin etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırmanın Soruları

1. Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin korku ve davranış niyetleri genel puan ortalamalarına etkisi var mıdır?

2. Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin iletişim becerileri puan ortalamalarına etkisi var mıdır?

3. Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin kaygı düzeyi genel puan ortalamalarına etkisi var mıdır?

4. Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin klinik karar verme düzeyi genel ve alt ölçek puan ortalamalarına etkisi var mıdır?

5. Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon eğitiminin öz etkililik-yeterlilik düzeyi genel ve alt ölçek puan ortalamalarına etkisi var mıdır?

1.2. Araştırmanın Hipotezleri

H₁: Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin korku ve davranış niyetlerine etkisi olacaktır.

a) Simülasyon eğitimi boyunca öğrencilerin korku ve davranış niyetlerinde gruplar arasında fark olacaktır.

b) Deney grubunda simülasyon eğitimi öncesi ve sonrası korku ve davranış niyetlerinde fark vardır.

H₂: Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin iletişim becerilerine etkisi olacaktır.

a) Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin iletişim becerilerinde gruplar arasında fark olacaktır.

b) Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.

H₃: Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin kaygı düzeylerine etkisi olacaktır.

a) Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin kaygı düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.

b) Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.

H₄: Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin karar verme düzeylerine etkisi olacaktır.

a) Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin karar verme düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.

b) Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.

H₅: Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin öz etkililik-yeterlilik düzeylerine etkisi olacaktır.

a) Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.

b) Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Duygudurum Bozuklukları

Duygulanım (affect) bireyin uyaranlara, olaylara, anı ve düşüncelere duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygudurum (mood) bireyin bir süre değişik derecelerde neşeli, üzgün, öfkeli, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içerisinde olmasıdır. Sağlıklı insanlar günlük hayatlarında yaşadıkları olaylar karşısında tepkisel olarak duygudurum dalgalanmaları yaşamaktadırlar. Duygudurum bozuklukları ile kastedilen iki temel durumdan bir tanesi duygudurumun neşe yönünde kaymasıyken (yükselmiş, çizginin üstüne çıkmış) diğeri de keder yönünde kaymasıdır (çökmüş, çizginin altına inmiş). Yükselmiş duygudurumun bulunduğu kişilerin manide (uçuşumda), çökmüş duygudurumu yaşayan kişilerin ise depresyonda (çöküntüde) olduğu kabul edilir (1).

2.1.1. Bipolar Bozukluk (İki Uçlu Duygulanım Bozukluğu)

Yaygın olarak manik-depresyon olarak bilinen bipolar bozukluklar, derin çöküntüden aşırı neşeye doğru olan duygudurum dalgalanmaları ile karakterize, tekrarlayıcı, kronik bir hastalıktır. Bipolar bozukluklar bireyin fonksiyon yeteneğinde, enerjisinde ve duygudurumundaki kaymalarla dikkat çekmektedir. Hastalığın nedenleri değişiklidir. Hastalığın periyodları ile bireyin normal fonksiyonları arasında gidiş gelişler olmaktadır. Kişiler dönem aralarında eşik altı belirtiler gösterebilmekte ya da bazen hiçbir belirti göstermeden sağlıklı dönemler geçirebilmektedirler. Bipolar bozukluğun mortalite oranları şiddetlidir; yaşamları boyunca en az bir kez suicid girişiminde bulunma oranları %25-60'tır ve yaklaşık olarak bu popülasyondaki ölümlerin % 20'si suiciddendir (1, 22).

Bipolar bozukluk en az bir veya daha fazla manik (taşkın) ve/veya hipomanik ve depresif (çökkün) dönemden oluşan kronik bir mental hastalıktır. Bipolar bozukluk, kişinin depresyon ve/veya mani, hipomani, ve/veya karışık durumlar geçirdiği duygudurum bozuklukları sınıfını tanımlayan tanısai kategoridir. Bipolar bozukluk; seyrinde birden çok nöbet türünü bünyesinde bulundurması ile tanınmaktadır. Bunlar manik nöbetler, depresif nöbetler, hipomanik nöbetler ve karışık nöbetler şeklinde

olmaktadır. Bipolar bozuklukların seyrine delüzyon ve hallüsinasyon da eklenebilir. Epizodlar arasında kişinin duygudurumu normal olabildiği gibi duygudurumdaki bu değişimler ya da 'duygudurum dalgalanmaları' haftalar ya da aylarca sürebilmektedir. Sağlıklı kişilerdeki normal 'iniş ve çıkışların' tersine, bu duygudurum dalgalanmaları şiddetli ve yaşamı tehdit edici olabilmekte ve normal, sağlıklı işlevselliği engellemektedir (1,3).

2.1.2. Tarihçe

Bipolar bozukluğu olan hastalarda görülen yüksek ve düşük ruh hali durumları ilk olarak birinci yüzyılda Yunanistan'da farklı hastalıklar olarak tanımlanmış ve kaydedilmiştir. İkinci yüzyıldan beri ise Hipokrat'ın hümorale hipotezi aşırılıkların nedeni üzerine kurulmuş bir hipotezdir (23).

19. yy'da ise modern bipolar bozukluk kavramının babası olarak kabul edilen bir Alman Psikiyatrist olan Kraepelin (1896 yılında) tarafından psikoz manyak depresif olarak tanımlanmıştır. Kraepelin, manik-depresif hastalık" tanısı altında hem manik ve depresif epizodları bir arada yaşayanları, hem de yineleyici depresyon yaşayanları toplamıştır. Manik depresif hastalığı ayrı bir duygudurum bozukluğu olarak göstermemiştir. Ancak Leonhard ile başlayan dönemde pek çok araştırmaya dayanılarak bu iki grubun ayrılması gerektiği öne sürülmüştür (24).

2.1.3. Epidemiyoloji

Bipolar bozukluk dünya çapında 60 milyon insanı etkilemektedir (25). Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski % 1'dir (3,5,26). Amerika'daki Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü [National Institute of Mental Health (NIHM)] verilerine göre Amerika'da bipolar bozukluğun yıllık prevalansı % 2.6 ve bu vakaların % 82.9'u şiddetli olarak sınıflandırılan grupta yer almaktadır. Bipolar bozukluk, tüm ırklarda, etnik gruplarda ve sosyal sınıflarda görülmektedir. Eşit sayıda kadın ve erkeği etkilemekte, ancak hastalığın başlangıç yaşı 20-30 yaşlarda olsa da erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda olmaktadır. Erkekler daha çok miks epizod geçirirken kadınlarda depresif epizod erkelere oranla 3 kat daha fazla görülmektedir (27). Amerika'da bipolar bozukluğu deneyimleme oranı % 3.9'dur. Bipolar I depresif epizodla başlama eğilimindedir ve kadınlarda % 75 erkeklerde % 67 oranındadır (1).

2.1.4. Etiyoloji

Bipolar bozuklukların nedenleri bilinmemektedir. Bipolar bozukluğu ya da diğer ruhsal bozuklukları tanımlayan herhangi bir beyin taraması, röntgen veya kimyasal testler bulunmamakla birlikte nörotransmitterlerin bozulmasından kaynaklanan biyolojik bir bozukluk olarak bilinmektedir (23). Neden olabilecek durumlar biyolojik, genetik ve psikososyal etmenler olmak üzere üçe bölünebilir.

Biyolojik Nedenler

Kalıtım: Aile ve kalıtım araştırmaları duygudurum bozukluğu olan hastaların birinci derece akrabalarının hastalanma riskinin belirgin olarak yüksek olduğunu göstermektedir (3). Bipolar bozuklukların % 80-90 oranında kalıtsal olduğu belirtilmektedir (28). Bipolar bozukluklar poligenik bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta da 13. ve 15. kromozomlarda düzensizlik olduğu belirlenmiştir (1).

Beyin çalışmaları: Duygudurum bozukluklarında beyinde duygularla ilgili bölümde etkinlik artışı, biliş ile ilgili bölgelerde etkinlik azalması olduğu bildirilmektedir (3,5).

Biyokimyasal Etkenler: 1960'lerden itibaren nörotransmitterlerin (norepinefrin, dopamin ve serotonin) mani ve depresyona neden olan faktörler arasında olduğuna yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Psikoaktif nörotransmitterler monoamin serotonin, dopamin, epinefrin ve norepinefrini içerir (23). Monoamin transmitterlerinden noradrenalin ve serotoninin etkinlik düzeninde bozukluk olduğu düşünülmekte ve çökkünlüklerde serotoninergic etkinlikte bir azalma olabileceği, taşkınlık (mani) durumlarında ise noradrenalinin arttığı ileri sürülmektedir. Tedavide kullanılan ilaçların etkinliğinin olumlu yönde olması ile bu varsayımlar artmaktadır (3).

Nörendokrin: Hipotiroidin depresif bozukluklarla ilişkisi bilinmektedir.

Psikolojik Faktörler

Duygulanım bozukluklarının etyolojisinde biyolojik ve genetik faktörler için birçok kanıtın artmış olmasına rağmen, birçok bireyde özellikle manik epizodların gelişmesinde psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı bilinmektedir (1).

Çevresel Faktörler

Bipolar bozukluklar tüm ırkları ve etnik grupları etkileyen dünya çapında bir problemdir fakat bazı kanıtlar bipolar bozukluğun yüksek sosyoekonomik sınıflara sahip gruplarda daha çok olduğunu göstermektedir (1).

2.1.5. Bipolar Bozukluğun Sınıflandırılması

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (American Psychiatric Association) DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yaptığı sınıflandırma sistemine göre bireylerde görülen çeşitli semptomlar ve bireyin geçmiş yaşantısına göre farklılaşan çeşitli bipolar bozukluk türleri vardır.

Bipolar I Bozukluğu: Temel özelliği bir ya da daha fazla manik veya karışık tip (mikst; manik ve depresif belirtilerin bir arada olduğu) atakların geçirilmiş olmasıdır. Depresif dönem olmasa da sonraki bir zamanda geçirileceği varsayılmaktadır. Psikotik özellikler mevcut olabilir. Tip I tanısı koymak için en az bir manik (veya mikst) atak gerekmektedir (23,29).

Bipolar II Bozukluğu: Bipolar-I bozukluğundan farklı olarak en az bir depresif atak ile en az bir hipomanik atağın yaşanmasına karşılık manik veya karışık tip atak yaşantısı olmamasıdır. Bireylerde hipomani ile birlikte tekrarlayan majör depresyon yaşantısı bulunmaktadır. Psikotik özellikler belirgin olabilmektedir (23,29).

Siklotimik Bozukluk: Hipomani için kriterleri karşılamamakta, yüksek ruh hali ile ilgili pek çok ihtimali içermekte, iki aydan uzun süre belirtilerde rahatlama olmamakta, en az iki yıllık bir süre (bir yıl süreyle) olan kronik bir ruh hali rahatsızlığı

geçirmektedir. Siklotimik bozukluk belirtiler olarak bipolar II bozukluğun hafif şeklidir (23,28,29).

Madde / İlaça Bağlı Bipolar Bozukluk: Bir istismar maddesinin veya bir ilacın fizyolojik etkilerinin direkt sonucu olarak bipolar bozukluk belirtilerinin yaşanması durumu olarak kabul edilmektedir. Zehirlenme veya geri çekilme nedeniyle belirtiler ortaya çıkabilir.

Başka Bir Tıbbi Durum Nedeniyle Bipolar Bozukluk: Bu bozukluk, manik dönemlerin semptomlarıyla karakterizedir ve başka bir tıbbi durumun fizyolojik sonucu dolayısıyla sıkıntı veya işlev bozukluğu ile sonuçlanmaktadır. Tıbbi durumlar, AİDS, beyin tümörleri, cushing sendromu, ensefalit, baş yaralanması, huntington'un köresi, hipertiroidi veya hipotiroidi, Lyme hastalığı, multipl skleroz, neurosifiliz, inme, sistemik lupus eritematosus, temporal lob nöbetleri (23,29)

Tanımlanmış Diğer Bir Bipolar ve İlişkili Bozukluklar: Bipolar bozukluğun karakteristik belirtilerini içeren durumlarda kullanılan bir kategoridir. Sosyal, mesleki, toplumsal ve kültürel alanlarda bozulmalar neden olur. Klinisyenin diğer kategorilerle eşleştiremediği ancak bipolar bozukluğun belirtilerinin bulunduğu gruplar dahil edilmektedir (29).

Tanımlanamayan Bipolar ve İlişkili Bozukluklar: Klinisyenin daha çok hızlı tanı koyduğu (acil gözlem opdası gibi), diğer kategorilerle eşleştiremediği ve bipolar bozukluğun belirtilerinin olduğu vakalarda kullanılan bir kategoridir (29).

Bipolar Bozukluk Hastalarındaki Duygudurum				
Mani				
Hipomani				
Normal Duygudurum				
Depresyon				
Şiddetli depresyon				
	Bipolar Bozukluk Tip I	Bipolar Bozukluk Tip II	Siklotimik	Normal Duygudurum

Şekil 2.1. Bipolar bozukluk hastalarındaki duygudurum durumu.

2.1.6. DSM 5 Bipolar Bozukluk Tanı Kriterleri

Manik Epizod: Anormal ve sürekli olarak yükselmiş, taşkın ya da irritabl duygudurumu ile beraber en az 3 belirti bulunmaktadır. Belirtiler günlük işlevselliği belirgin olarak olumsuz yönde etkilemekte ve en az 1 hafta (hipomani için 4 gün) sürmektedir. İş yaşamında, sosyal hayatında ve ilişkilerinde ciddi bozulmalar görülmektedir. Sanrı, hallüsinasyon ve ilüzyon görülebilmektedir. DSM-5, mani veya hipomani olan kişilerin aşağıdaki semptomlardan üç veya daha fazlasına sahip olması gerektiğini gösterir:

- Şişirilmiş benlik saygısı veya ihtişam (grandiyöz sanrıları)
- Uyku ihtiyacının azalması; Sadece üç saatlik uykudan sonra dinlenmiş hissi
- Hızlı ve duraklamaksızın yüksek sesle konuşma
- Fikir uçuşması
- Disraktibilite (dikkat dağınıklığı)
- Amaca yönelik etkinlikte artma (kalkamayacağı işlerin altına girmesi, cinsel performans artışı vb.) ya da psikomotor ajitasyon,
- Kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma.

(23,29)

Hipomani

Maniden daha hafif seyreden bir durumdur. Yaşantıları sıklıkla aşırı memnunluk verici olduğundan çok zaman bu durumu yaşayan hipomanik hastalar ve

onların yakınları bunu bir hastalık olarak kabul etmemektedirler. Gözlemleyen dış ortamdaki aile yakınları ile arkadaş çevresi tarafından daha çok durum hissedildiğinden anamnez alma esnasında onlardan bilgi almak gerekmektedir (1).

Depresif Epizod

DSM 5'e göre tanı kriterlerindeki belirtilerden beş veya daha fazlasının iki hafta süre ile görülmesi, önceki fonksiyonlarında değişiklik olması, depresif duygudurumu, ilgi ve istek azlığı şikayetlerinden en az birisinin görülmesi gerekmektedir.

- Neredeyse hergün, günün çoğu zamanında depresif duygudurumu
- Neredeyse hergün, günün çoğu zamanında tüm etkinliklere ve aktivitelere karşı belirgin bir şekilde ilgi ve isteğin azalması,
- İştah ve kilo kaybı
- Neredeyse hergün uykusuzluk veya aşırı uyuma
- Neredeyse hergün psikomotor ajitasyon veya gerileme
- Neredeyse hergün yorgunluk veya enerji kaybı
- Neredeyse hergün aşırı ve uygunsuz suçluluk, ve değersizlik duyguları
- Neredeyse hergün kararsızlık, konsantre olma ve düşünme yeteneğinde yetersizlik
- Plansız intihar düşüncesi, intihar girişimi veya özel planlı tekrarlayan intihar düşüncesi (23,29).

2.1.7. Bipolar Bozukluğu Olan Hastaya Hemşirelik Yaklaşımı

Depresyonda olan bireylerle iletişim kurmak veya bu hastalara hemşirelik yaklaşımlarında bulunmak izolasyon, geri çekilme, ambivalans duygular, düşmanlık ve suçluluk duyguları, düşünce süreçlerinin bozulması gibi belirtilerden dolayı zor olmaktadır. Manik epizotta olan hastada ise hiperaktivite, basınçlı konuşma, manipülasyon gibi belirtiler terapötik ilişkiye engel olmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hasta ile çalışan hemşirelerin hastalara karşı kabul etmek, dürüstlük, empati ve sabır gibi bazı tutumları göstermeleri gerekmektedir (1).

Bipolar bozukluğu olan hastalara uygun bakım yapabilmek için etkili iletişim tekniklerini bilmek ve kullanmak gerekmektedir. Manik epizotta hastaların dikkatleri az ve dağınık olduğu için bu hastalar karmaşık soru ve talimatları anlamayabilirler. Bu yüzden bakım verenlerin hastalara hemşirelik yaklaşımlarında bulunmaları esnasında basit bir dil kullanmaları, net ve açık iletişim kurmaları önem kazanmaktadır. Hemşireler hastalardan geri bildirim almalı ve tekrar etmesini istemelidir. Hastaların fikir ve düşünceleri taşkın, konuşmaları baskılayıcı tarzdadır (19).

2.1.7.1. Tanılama

Manili hastalarda hemşirelik tanıları da çok değişkendir. Akut manide hasta için ilk önce dikkate alınması gereken, kardiyak kollapsın önlenmesidir. Çünkü hastalardaki zayıf yargılamadan dolayı motor aktivitelerde artma veya azalma, dehidratasyon problemleri ve yaralanma riski görülme oranları yüksektir (1).

Akut Faz: Akut fazın sonuç kriterleri yaralanmaların önlenmesidir. Akut fazda hem fizyolojik, hem de psikiyatrik problemler olabilir. Bu faz hidrate olma, kardiyak durumların stabilize edilmesi, uyku ve dinlenmenin düzenlenmesi ve kendine zarar verme girişimlerinin engellenmesi vb. önlemlerini kapsamaktadır (1).

Devam Eden Faz: Tanı koyulduktan sonraki 4-9 aylık süreyi kapsar. Bu faz yinelemelerin önlenmesini kapsar. Bu fazda hasta ve ailesi için psikoeğitim sınıfları, destek grupları veya terapileri, iletişim ve problem çözme becerilerinin geliştirilmesi vb. gerekmektedir (1).

Bakım Fazı: Gelecek epizodlarda ortaya çıkacak sınırlılıkların şiddetinin azalması ve yinelemelerin önlenmesini kapsar. İş, aile ve kişilerarası problemleri için kişilerarası stratejileri öğrenmeye katılma ve psikoterapiye katılma yer almaktadır (1).

2.1.7.2. Planlama

Bipolar bozukluğu olan bireyler için bakım planlama, özellikle maninin fazlarına göre ayarlanmaktadır. Özkıyım riski, kişiye veya çevresine şiddet riski, aile

içi krizler, yasal problemler, madde kötüye kullanımı gibi problemlere yoğunlaşılması gerekmektedir (1).

2.1.7.3. Uygulama

Depresif Epizodlar: Hospitalizasyon, intihar riski, psikoz veya katotoni varsa gerekebilir. Lityum ve lamotrigine (Lamictal) bipolar bozukluğu olan hastaların tedavisinde ilk basamaktır (1).

Manik epizodlar: Hospitalizasyon akut manide, yıkıcı davranışlar üzerinde etkili olan dış uyaranların kontrol edilmesi gerektiğinde ve ilaç tedavisinin düzenlenmesi gerektiğinde (bipolar I bozukluk) hasta güvenliğinin sağlanması için önemlidir (1).

Farmakolojik Girişimler: Bu bireyler için birçok ilaç kullanılabilir. Duygudurum dengeleyiciler, antikonvülzanlar, antipsikotikler ve benzodiazepinler yer almaktadır (1).

Elektro Konvulsif Terapi (EKT)

EKT şiddetli manik davranış gösteren hastalarda kullanılır, özellikle tedaviye direnç gösteren ve tekrar eden manide etkilidir. Depresif epizodda özellikle şiddetli, katotonik ve tedaviye dirençli depresyonda kullanılır (1).

Çevre Yönetimi

Çevredeki uyaranlar azaltılmalı, hastanın kendini, diğer hastaları ve çalışanları yaralaması önlenmeli, kendi eşyalarına ve diğerlerinin eşyalarına zarar vermesi engellenmeli ve hastanın davranışları kontrol altına alınmalıdır. Özellikle hemşirenin sorumluluğunda anlaşma protokolü olmalıdır. Hastaların davranışları kayıt altına alınmalıdır. Hangi sıklıkta besin ya da sıvı aldığı (30-60 dk) hangi sıklıkta tuvalete çıktığı (1-2 saat) kayıt altına alınmalıdır (1).

Aile Girişimleri

Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaşamlarında farklı periyotlarda sıklıkla aile girişimlerine ihtiyaçları vardır. Aile girişimlerinin amacı bipolar bozukluğu anlamak ve baş etmelerine yardımcı olmaktır. Destekleyici aile müdahaleleri ile hastaların tedaviye uyumları artmakta ve başa çıkma becerileri gelişmektedir. Ailelere yapılan psikoeğitimler relapların oluşmasını önlemekte ve hastaneye yatışı azaltmaktadır (30-34).

Psikoterapi

Bipolar bozukluğun akut döneminde, devam eden döneminde ve bakım döneminde farmakoterapinin yanında psioterapide gereklidir (1). Bireysel psikoterapi, bilişsel psikoterapiler, davranışçı psikoterapiler, psikodinamik terapiler, aile terapileri, grup terapileri kullanılan yöntemler arasındadır. Bunlara ilaveten farklı bakım modelleri, psikoeğitimler ve psikososyal girişimler farmakolojik tedaviye ek olarak kullanılan bakım ve tedavi yöntemleri arasındadır (35).

Hemşirelik Tanıları

Manik hastada hemşirelik tanıları değişkendir. Şiddetli manik atak geçiren bir hastada ilk adım tükenmişliği ya da bitkinliği ve kardiyak kollapsa bağlı ölümü önlemektir. Yargı ve karar verme sürecinin bozulması, artan motor aktivite, muhtemel dehidratasyon, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, yaralanma riski gibi durumlar hastanın sağlığını ciddi derecede tehlikeye sokar. Sıklıkla davranışlarını kontrol edememeye bağlı olarak sağlık görevlilerine, diğer hastalara ve kendine karşı şiddet içeren davranışlar gösterebilir. Manik hasta engellendiğinde yada çok heyecanlandığında zararlı, düşmanca, agresif davranışlar gösterebilir. Grandiose düşünce, karar verme sürecinin bozulması sonucu manik hasta cömert davranışlar ve uygunsuz kararlar alma gibi davranışlar gösterebilir. Duygulanım bozulmuştur ve bireysel başetme yöntemleri etkisizdir bu nedenle imkansız projeler ve yatırımlar, şüpheli ve illegal işlere teşebbüs etme gibi davranışlar gelişebilir.

Şiddetli bir manik atakta hastanın birçok fiziksel ihtiyacı vardır. Manik hasta hızlanmış düşünce nedeniyle çok yoğundur ve uyumak için ya da yemek yemek ve

sıvı almak için zamanı yoktur. Giyinişi garip ve frapandır. Sıvı volüm defisiti, bozulmuş beslenme süreci, uyku sürecinde bozulma öz bakım yetersizliği, konstipasyon muhtemel tanılardır. Hastanın fikir uçuşmaları, hızlı konuşması, dikkat azlığı, saldırgan davranışlar, yasadışı davranışlar gibi nedenlerle aile ilişkileri ve sosyal ilişkileri bozulabilir. Aile ve eşinde desteklenmeye, hastalığı ve tedavi sürecini anlamaya, sorularının cevaplanmasına ihtiyaçları vardır (1,5,23,36-38).

Sonuç Kriterleri

Hasta değerlendirmesi yapıldıktan sonra hedefler belirlenir ve hastanın ihtiyaçlarına göre hedefler tek tek yapılandırılır. Hastanın ihtiyaçlarına göre yapılandırılan hedeflere yönelik hemşirelik girişimleri planlanır, uygulanır ve değerlendirilir. Hemşirelik sürecinin son aşamasında, hemşirelik girişimlerinin bakım amaçlarına ulaşmada etkili olup olmadığını saptamak için sonuç kriterlerine göre tekrar değerlendirme yapılması gerekmektedir. Hemşirelik uygulamalarında hemşirelik sürecinin uygun kullanılması bireylere verilen bakımın kalitesini artırmaktadır. Hemşirelik süreci kullanılarak verilen bakım birey ve ailenin sorunlarına yönelik planlanmakta, uygulanmakta ve değerlendirilmektedir. Hemşirelik sürecinin istenilen şekilde yönetilebilmesi için hemşirelerin rollerinin farkında olması ve yine hemşirelerin uygun yeterlilik ve donanıma sahip olmaları önem kazanmaktadır (5).

Hemşireler bakım verici, karar verici, koruyucu, savunucu, yönetici, rehabilite edici ve eğitici rollerini üstlenmiş ve rolleri uygulamak için yeterli eğitimi almış olmalıdırlar. Hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri, öğrencilere rollerini kazandıracak şekilde planlanmalı ve bu eğitim sistemine uygun ortam ve donanım sağlanmalıdır (39). Hemşirelik eğitiminde öğrencilere bilişsel, duyuşsal ve psikomotor davranışlar kazandırmak için kullanılan en etkili yöntemlerden birisi de öğrenci hemşirelerin öğrenme sürecine aktif bir şekilde katılımını sağlayan interaktif yöntemlerdir. Bu amaçla interaktif yöntemlerden biri olan simülasyon eğitimlerinin kullanılması hedeflere ulaşmayı kolaylaştırmaktadır (6,8,12).

Bipolar bozukluğu olan hasta ile çalışacak öğrencilerin eğitiminde öğrenciler kliniğe çıkmadan önce uygun simülasyon yöntemlerinin kullanılması hem öğrenciye

hem de eğiticiye olumlu katkılar sağlamaktadır. Günümüzde birçok eğitim alanında kullanılan, teknik olmayan anlamda bir şeyin benzeri anlamına gelen simülasyon, son yıllarda hemşirelik eğitiminde de kullanılmaktadır (13).

2.2. Simülasyon

Sağlıkta eğitimsel bir araç olarak kullanılan simülasyon kavramı yeni olmamakla birlikte kullanımı hızla artmış bir yöntem haline gelmektedir. Teknolojinin ilerlemesi ve ekonomik hale gelmesi ile birlikte kullanımı yaygınlık kazanmaktadır (13). Bir şeyin benzeri veya sahtesi anlamında kullanılan simülasyon, gerçek hayattaki işlevlerin, ilişkilerin, olayların, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanmakta ve “gerçek yaşama olan uygunluk” özelliği bulunmaktadır. Sağlık alanında; çalışanların ve öğrencilerin gerçek yaşam olaylarını yansıtan durumlar ile güvenli ortamda, risk olmaksızın deneyim kazanması olarak tanımlanmaktadır (13,40).

2.2.1. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon

Teknoloji ve eğitim alanında gün geçtikçe artan yeniliklerden olan simülasyon uygulamaları ve simülasyon araçları hemşirelik eğitiminde teknik ve teknik dışı becerilerin artmasını sağlamaktadır (13,39). Gerçek hayat deneyimlerini artırmak için kullanılan bir öğretim yöntemi olarak tarif edilen simülasyon beceri geliştirme açısından, lisans düzeyindeki hemşirelik eğitiminde yer edinmiştir (9). Simülasyon eğitimleri ile teorik bilgiyi beceriye dökme ve klinik ortamlarda öğrencilerin yaşadıkları zorlukları azaltma imkânı bulunmaktadır (10). Hemşirelik eğitimlerinde önemli bir yeri olan simülasyon uygulamalarının başarılı çıktılarının olabilmesi için simülasyon tasarımına ve yöntemine özen gösterilmelidir (14). 2005 yılında Jeffries tarafından “Hemşirelik Öğretiminde Kullanılan Simülasyonun Tasarlanması, Uygulanması ve Değerlendirilmesi Çerçevesi” oluşturulmuştur. Çerçevede birbiri ile ilişkili 5 önemli değişken bulunmaktadır. Bu değişkenler; eğitim uygulamalarını (aktif öğrenme, geri bildirim, öğrenci öğretmen etkileşimleri, iş birliği, beklentiler, çeşitli öğrenme stilleri, zamanı belirleme), öğretmenleri (öğretimde bulunan faktörler), öğrencileri (yaş, eğitim düzeyi ve eğitim programına uygunluğu), simülasyon tasarım özelliklerini (konular, uygunluğu, karmaşıklığı, ipuçları, çözümleme) ve sonuçlarını

(bilgi, beceri performansı, kritik düşünme, karar verme, öğrenci memnuniyeti, özgüven) içermektedir (41). 2010 yılında çerçevenin desteklenmesi için National League for Nursing Jeffries Simulation Framework (NLN-JSF) Jeffries Simülasyon Çerçevesi (NLN-JSF) Ulusal Birliği Lideri başlatılmış ve her alan belirlenen bilimsel gruplar tarafından gözden geçirilmiştir (42). Sonuçta simülasyon tasarımı ile ilgili çerçeve oluşturulmuş, hemşirelik öğretiminde kullanılan simülasyon yönteminin oluşturulan çerçeve dahilinde kullanılmasının simülasyon eğitiminin etkinliğini artıracığı bildirilmiştir (42). Simülasyon değerlendirme rehberinde yer alan beceri basamaklarının hem eğiticiler hem öğrenciler açısından net, anlaşılır, geçerli ve güvenilir olması gerekmektedir (43).

2.2.2. Psikiyatri Hemşireliğinde Simülasyon Yöntemleri

Psikiyatri hemşireliği eğitiminde kazanılması istenen beceriler çeşitlilik arz etmektedir. Bu alanda kullanılan simülasyon ile klinik ortam gerçeğe yakın bir şekilde canlandırılmaktadır, aktif öğrenme olanağı ile öğrencilerde tutarlı, karşılaştırılabilen, eleştirilebilen, tartışılabilen deneyimler kazanılmasını sağlamaktadır (44). Önyargılar, damgalama, anksiyete ve korku gibi durumlar bu deneyimlerin gerçek hasta üzerinde kazanılmasına engel olabilmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada lisans düzeyindeki hemşirelik öğrencilerinin % 73,9’unun ruh sağlığı ve hastalıkları dersini almadan önce herhangi bir ruhsal bozukluğu olan hasta ile iletişime geçmedikleri belirlenmiş ve psikiyatri kliniği uygulamasına çıkan öğrencilerin % 34,4’ünün uygulama esnasında korktuğu ve % 41,7’sinin moralinin bozulduğu tespit edilmiştir (6). Bununla birlikte; psikiyatri kliniklerindeki hastaların hızlı yatış-çıkışları, sağlık çalışanı sayısındaki yetersizlik ve klinik uygulama sürelerinin yetersiz olması öğrencilerin birçok vakayı görmesine engel olmaktadır. Kurumlardaki çalışma politikaları öğrenci hemşirelerin çalışmalarını kısıtlamakta ve öğrenme sürecinde problemlere neden olmaktadır (9,11,12).

Simülasyon uygulamalarında, insanlar dahil olmak üzere, hasta simülatör/mankenleri, standardize edilmiş hastayı canlandıran bireyler, sanal hastaların ve çevrelerinin kullanılmasını sağlayan bilgisayar temelli modeller gibi farklı mekanizmalar kullanılmaktadır. Klinik bilgi ve becerilerin artırılmasını sağlayan,

katılımcıların pasif olarak gözlemleyebildiği ya da simülasyon uygulamalarına aktif olarak katılabildiği uygulamalardır (11).

2.2.2.1. Standart Hasta ile Simülasyon Standardized Patients (Sps)

Standardize hasta; eğitilmiş bireyler tarafından doğru ve tutarlı bir şekilde tıbbi ya da hastalık durumunu tasvir etmektedir. Simülasyon eğitimlerinde sıklıkla kullanılan bu yöntem, gerçek hayatta klinikte karşılaşma ihtimali bulunan vakaları senaryoya dönüştürür. Bu simülasyon yöntemi senaryoları öğrencilere sunarak ve gerçeklik düzeyini artırarak, öğrencilerin güvenli ve tehditkar olmayan bir çevrede karar verme, problem çözme ve iletişim becerilerini artırmaktayı hedeflemektedir (40,45,46). Standardize hasta ile simülasyon yöntemi çeşitliliğin çok olmasından dolayı birçok eleştirilere maruz kalsa da ruh sağlığı hemşireliği öğrencilerinde en yaygın kullanılan yöntemdir (12).

2.2.2.2. Yüksek Uyumlu İnsan Simülasyonu: High Fidelity Human Simulation (HFHS)

Yüksek uyumlu insan simülasyonu ile yapılan eğitimlerde öğrenci ile etkileşime izin veren, ileri teknoloji ile donatılmış mankenler kullanılır. Bu mankenler öğrenci uygulamalarında müdahalelere anında cevap veren teknolojik açıdan gelişmiş cihazlardır (9). Yüksek uyumlu simülatörlerin kullanımı risksiz ortamda öğrenmeyi sağlamaktadır.

2.2.2.3. Sanal Hastalar (Gerçekler)

Online sistemle ya da uzaktan öğrenme şeklinde sanal hastalar olarak kullanılan ideal simülasyon araçları bulunmaktadır. Gerçek yaşamdaki hastalar temel alınarak yapılan senaryolar ile bilgisayar tabanlı interaktif bir simülasyon türüdür (12). Bilgisayar tabanlı sanal gerçeklik programları; gerçek ortamları taklit eden ve sanal obje ya da ortam sunan yüksek teknolojiyi kullanmaktadır (9,40). Öğrencilerde iletişim becerilerini geliştirmeyi ve sağlığı değerlendirme yetisi kazandırmayı hedeflemektedir. Hızlı düşünme ve karar verebilme becerisi ile öyküler temellendirilir. Bu yöntemde dallanma ve doğrusal olmak üzere iki farklı yapıda model vardır.

Doğrusal yapıda ise seçilebilecek tek bir model vardır. Dallanma yapısında; vakalar birçok karar verme yolunu içerir ve alınan kararlara göre senaryolar değişiklik gösterir (9). Dallanma modeli özellikle kritik karar verme becerilerinin gelişimi için kaçınılmaz bir fırsattır (12). Öğrencilere rehber olması için adım adım geri bildirim yapılarak senaryo sonunda alınan farklı kararlar ile sonuçların nasıl değişebileceği tartışılarak gösterilmektedir. Bu simülasyon uygulamasında, öğrenciler verdikleri kararların hasta üzerindeki farklı etkilerini de değerlendirmekte ve eleştirel düşünme becerisi, deneyim, karar verme, terapötik iletişim teknikleri ve empati yapabilme becerileri kazanmaktadır (9).

2.2.2.4. Sesli İşitme (Voice Hearing)

Sesli işitme simülasyonu; sesler duyan hastanın yaşadığı deneyimleri büyük oranda anlamayı sağlamak, farkındalığı artırmak ve tutum geliştirmek için ruh sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılan öğretim metodolojisidir. Önyargı ve damgalamanın olumsuz etkilerini kabul ederek, simülasyonda ses işitme yönteminin gelişimi ile iyileşme ve hassas bakım sağlanmaktadır (47).

2.2.3. Simülasyon Uygulamalarında Debriefing (Çözümleme)

Çözümleme simülasyon eğitimlerinin son aşaması olarak yer almakta ve psikiyatri hemşireliği eğitimi alan öğrencilerin içgörü kazanmasını ve özgüvenlerinin artmasını sağlamaktadır. Literatürde önemi vurgulanan çözümleme aşamasında profesyoneller tarafından yapılandırılmış oturumlar şeklinde, öğrenciler akranları tarafından gözlemlenmekte ve gözlemler sonucu yorumlanmaktadır. Aynı zamanda simülasyon esnasında ortaya çıkan davranışlara ait yorumların öğrencilere akranları ve profesyoneller tarafından direkt olarak ifade edilmesinin yararlı olduğu bilinmektedir. Benzer veya farklı senaryolardan oluşan simülasyon uygulamalarında; tartışmak için uygun çevrenin sağlanması, öğrencilerin videoları tekrar izlemeleri, vaka ve vakaya yapılan müdahalelerle ilgili geri bildirim yapılması, akranlarının ve hocalarının değerlendirmesi ile içgörülerinin geliştiği belirtilmektedir. Psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin simülasyon uygulamaları ile güçlü ve zayıf yönlerini fark etmeleri sağlanmakta ve zayıf olan yönlerinin desteklenmesi için fırsatlar oluşturulmaktadır. Bu uygulamalar ile bilgi ve beceri düzeyleri artarak özgüvenlerinin

gelişmesi de desteklenmektedir (48). Simülasyon uygulamalarının önemli basamağı olan çözümlene eğitim hedeflerine uygun yapılandırılmış şekilde düzenlenmelidir (49).

2.2.4. Psikiyatri Hemşireliğinde Simülasyonun Öğrenciler Üzerinde Etkisi

Simülasyon psikiyatri hemşireliği öğrencilerine, sakin ve pozitif öğrenme ortamında, hastaya bakım verme esnasında, psikiyatrik girişimleri ve kriz yönetimini öğrenme fırsatı sağlamaktadır. Psikiyatri hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı öğrencilere, terapötik öğretim becerileri, eleştirel düşünme, karar verme, yapılan girişimleri durdurabilme, interaktif öğrenme, problem çözme, kendini terapötik kullanma, kriz yönetimi, iletişim becerileri, öz yeterlilik, özgüven, kültürel yeterlilik ve klinikte düşünme/karar verme yetileri kazandırmaktadır (9,12,15-17). Yapılan çalışmalarda simülasyon ile çalışan öğrencilerin, hasta ve klinik ile ilgili algılarının arttığı, psikiyatri hemşiresinin rollerini keşfettikleri ve etkili takım çalışmasının bilincine vardıkları belirlenmiştir (19). Ruh sağlığı hemşireliği ve psikoloji bölümü öğrencilerinin eğitimlerinde kullanılan simülasyon deneyimlerinin sonucunda ruh sağlığı konularında farkındalıklarının arttığı tespit edilmiştir (19).

Öğrencilere duygudurum değişikliği, düşünce bozuklukları, kişilik bozuklukları gibi durumlarda simüle edilmiş hastanın her türlü ihtiyacını karşılama esnasında, somut, duygusal bir deneyim kazanmalarını sağlamaktadır. Öğrencilere akranları ile birlikte yargılanmadan değerlendirilme fırsatı sağlamaktadır (18). Öğrencilerin ihtiyacına göre uygulamalar ve senaryolar tekrar edilebilir, öğrenciler tarafından aktif öğrenme ilkeleri ile kavramlar arasında bağlantı kurulması sağlanır (12). Çözümlene aşamasında öğrencilerin kendilerinde var olan negatif tutumlarını belirleyebilmelerini, duygularını, düşüncelerini açıklayabilmelerini, kaygılı, çekingen ve rahatsız edici davranışlarını fark edebilmelerini, kendi kendini motive edebilme ve öz yönetim yapabilmelerini de sağlamaktadır (12,19).

Hastanede, hasta ve öğrenci etkileşimlerinin olduğu alanlar olan psikiyatri klinikleri, gizlilik ve çevre sorunları nedeni ile öğrenciyi değerlendirebilmek ve bilgi becerilerini geliştirebilmek için eğitimciye yeterince gözlem yapma fırsatı vermemektedir (50). Psikiyatride kullanılan simülasyon akut psikiyatrik hasta

bakımında, hastaya verilen bakımın profesyoneller tarafından tartışılmasını, beklentilerin açıklanmasını, her öğrencinin verdiği bakımı gözlemleyebilmeyi, öğrencilerin güçlü ve zayıf yönlerini tespit ederek öğrenciyi güçlendirmeyi sağlamaktadır (18). Psikiyatri hemşireliği eğitiminde öğrenme hedeflerine uygun simülasyonlar kullanılarak hedefe daha uygun ulaşılmaktadır (12).

Bununla birlikte avantajlarına rağmen; simülasyon eğitimlerinin dikkatli kullanılması gerekir. Bu eğitimlerin uygun vaka seçimi, uygun zaman, uygun senaryo ve değerlendirmeleri kapsamalıdır. Standartlaştırılmış hasta veya mankenlerin kullanımı, aynı anda dahil edilebilecek öğrenci sayısı, öğrenciye uygun ekipman yeterliliği, alanın uygunluğu sınırlılıkları artırmaktadır. Dahası, yüksek hassasiyetli mankenlerin kullanımı maliyeti artırmakta, farklı senaryolara uyarlayabilmek, simülatörün cevap vermesi (mankenin, yapılan müdahalelere tepki vermesi) ve beraberindeki ekipmanlar da maliyetin artmasına neden olmaktadır (11).

2.2.4.1. Simülasyon ve Öğrencilerin Korku ve Davranış Niyetleri

Hemşirelik öğrencileri için klinik ortamlarda edinilen deneyimler son derece değerli olmasına karşın kaynakların ve erişilebilirliğin sınırlı olması sebebiyle klinik eğitimler yeterli düzeyde olamamaktadır. Öğrencilerin başarılı sonuçlar elde edebilmeleri için deneyimleri en üst seviyeye çıkarılmalıdır. Bununla birlikte klinik deneyimler esnasında öğrencilerin yaşadıkları birtakım kaçınılmaz duygular bulunmaktadır. Özellikle psikiyatri klinikleri öğrencilerde korkunun ve damgalamanın yaşanmasına neden olmaktadır (51,52). Hem sağlık çalışanları arasında hem de toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı hissedilen damgalama duygusu hemşireler arasında da oldukça yaygın olarak görülmektedir (53). Buna rağmen psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerde ruhsal hastalığı olan hastaların tehlikeli olduğu inancı ve buna bağlı yaşanan korku psikiyatri hekimlerine göre daha az ve hastaların toplum içinde bulunması gerektiği inancı daha fazladır. Pozitif tutumların hemşirelerde psikiyatri hekimlere göre daha fazla olmasının nedeninin hemşirelerin hastaya bakım verme rolünden kaynaklandığı düşünülmektedir (53).

Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınları sağlık çalışanlarının, hastalarına ve kendilerine karşı hastalık hakkındaki bilgi eksikliği ve tedaviye uyumdaki

eksiklikleri nedeni ile hoşgörüsüzce yaklaştıklarını ifade etmektedirler. Bunun yanında kliniklere koordinasyon eksikliği, destek eksikliği ve tedaviden dışlanmaları da yaşanan damgalamayı artırdığı ileri sürülmektedir. Sağlık çalışanlarına yapılan eğitimler ile var olan damgalama azalmakta ve hastalara yönelik tutumlarda da gelişmeler ortaya çıkmaktadır. Wolf ve ark. bilgi eksikliğinin toplumdaki olumsuz tutumlar ile ilişkili olduğunu ve eğitim müdahaleleri ile ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumların değişebileceğini bildirmektedirler. Bu amaçla hastalara karşı olan negatif tutumları değiştirebilmek için üniversitelerde bu konuya yönelik eğitim programları uygulanmalıdır (54,55). Hastalar ve hastalıklar ile ilgili daha fazla bilgisi olan hemşirelerde bu olumsuz tutum ve davranışların daha az olduğu bu nedenle bu hastalarla çalışan ve çalışacak olan hemşirelerin eğitimlerine daha fazla önem verilmesi ve artırılması gerektiği belirtilmektedir (53).

2.2.4.2. Simülasyon ve Öğrencilerin Terapötik İletişim Teknikleri

İletişim; insanların kendilerini, duygu ve düşüncelerini, gereksinimlerini anlatma ve başkalarını anlama yoludur (56). İletişim bilgi ve becerisi, hemşirenin hastaya ulaşmada elindeki en önemli araçlardan biridir. Etkileşim kuramcılarında olan Orlando (1961) hastaların, her zaman içinde buldukları duygu durumu ve ne tür bir gereksinim içinde olduklarını doğrudan ifade edemediklerini ve hastaların farklı yöntemler kullanarak dolaylı yollardan ifade ettiklerini vurgulamaktadır. Hastaların sözel olarak dile getirdikleri duygudurumu, düşüncesi ve gereksinimleri bir bakıma kolayca ifade edebildiği şeylerdir, ancak esas ifade etmek istedikleri henüz söyleyemedikleri olabilmektedir. Bu nedenle hemşirelik sürecinde önemli olan şey hastanın ifade ettiklerinden çok ifade edemediklerini düşünmek, araştırmak ve bunları ifade etmesine yardımcı olmaktır. Bu nedenle hastalara karşı terapötik iletişim teknikleri kullanılmalıdır. Terapötik iletişim tekniklerinin kullanılmasının amacı hastaya en iyi bakımı verebilmek için etkin iletişim kurmaktır (56-58). Hemşirelere verilen iletişim becerileri eğitimleri terapötik iletişim tekniklerinin kullanımı artırmaktadır (58).

Eğitmenlerin iletişim becerileri eğitimlerinde, öğrencilerin terapötik iletişim tekniklerini kullanarak temel iletişim becerilerini kazanmalarını sağlayacak yöntem ve araçları sağlamaları gerekmektedir (59). Öğrencilere terapötik iletişim becerilerini

kazandırmak için geliştirilen eğitim programlarından bir yöntem de simülasyon yaklaşımlarıdır. Hemşirelik öğrencileri üzerinde yapılan simülasyon eğitimleri ile sözlü ve sözel olmayan iletişim becerileri artmaktadır (16,60-64). Bu öğretim yöntemi ile öğrenciler kullandıkları iletişim tekniklerine yönelik standart hasta ya da simülatörlerden anında tepki alma ve simülasyonun bir parçası olan çözümlene esnasında başarılı veya başarısız olduklarına dair geri bildirim yapılma fırsatı yakalamış olmaktadır.

2.2.4.3. Simülasyon ve Öğrencilerin Kaygı Düzeyleri

Anksiyete (kaygı) sık olarak karşılaşılan korkuya benzeyen, içten gelen, sebebi bilinmeyen negatif ve evrensel bir duygudur, benliğin tehdit altında olduğu herhangi bir zamanda ortaya çıkmaktadır (1). Peplau kaygıyı 1968 de hafif, orta, ağır derecede ve panik derecede olmak üzere dört düzey olarak tanımlamıştır. Hafif ve orta düzeydeki kaygı bireyin gelişmesini ve olgunlaşmasını ve bir amaca doğru çaba göstermesini sağlamaktadır (5). Aynı zamanda orta ve hafif düzeydeki kaygı bireylerin kişisel gelişim, üretkenlik, yaratıcılık gibi konularda motivasyonlarını artırmakta ve kişilerin karşılaştıkları tehditlere karşı daha tedbirli olmalarını sağlamaktadır (65). Ancak bu duyguya uzun süre maruz kalınırsa ya da kaygının şiddeti belirli bir düzeyin üzerine çıkarsa, bireylerin sosyal ve ailevi yaşamları kişilerarası ilişkileri, kişilik özellikleri negatif yönde etkilenmeye başlar, bu durum duygu durumunu ve ruhsal yaşantısını bozarak bireylerde paniğe yol açabilir. Aynı zamanda bu duygu ilerleyen süreçte çeşitli davranış bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (5,66,67).

Spielberger Kaygı (Spielberger' in Kaygı Kuramı)

Spielberger, iki faktörlü kuramında kaygı kavramını durumluk ve sürekli kaygı olarak ikiye ayırmıştır.

1) *Durumluk Kaygı (A State, STAI-I)*: Durumluk kaygı, fizyolojik uyarılma ve bilinçli bir korku, endişe ve gerilim ile karakterize bir emosyonel haldir. Daha çok akut biçimde ortaya çıkan kaygı düzeyini gösterir (68). Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu baskılı durumdan dolayı hissettiği subjektif korkudur ve baskının yoğun

olduğu zamanlarda durumluk kaygı düzeyinde yükselme, baskı ortadan kalkınca düşme meydana gelir.

2) *Sürekli Kaygı (A Traite, STAI-II)*: Sürekli kaygı, bireyin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak bireyin kendisini nasıl hissettiğini gösterir. Sürekli kaygı kişinin artmış biçimde kaygı ile tepki verme yatkınlığı olup onun yapısı ya da kişiliği ile yakından ilişkili olan ve süreklilik gösteren bir haldir. Bu nedenle sürekli kaygı genel kaygıya yatkınlık yaratan bir etken olarak görülebilir (68,69). Bireylerin kaygı düzeylerinin yükselmesine birçok faktör neden olabilmektedir.

Lisans düzeyindeki hemşirelik öğrencileri ruhsal hastalık tanısı almış bireyler ile etkileşime girmekte zorlanmakta, korku, belirsizlik ve kaygı duyguları yaşamaktadır (70). Öğrencilerin büyük bir kısmı uygulamada ne ile karşılaşacaklarını bilmedikleri için ön yargılı düşünceler oluşmakta ve bu düşünceler korku ve kaygı duygularını artırmaktadır (8,51). Öğrencilerin bu yaşadıkları problemlerin azaltılması için eğitmenlerin yenilikçi yaklaşımları benimsemeleri ve kullanmaları gerekmektedir. Yeni bir öğretim yöntemi olan simülasyon kullanımı ruh sağlığı klinik deneyimlerini geliştirmek ve yaşanan kaygı duygusunu azaltmak için uygulanabilecek bir araçtır (8,70). Kaygı düzeyinin azalması öğrencilerin öğrenme becerilerini ve klinik performans düzeylerini artırmaktadır (52,70).

2.2.4.4. Simülasyon ve Klinik Karar Verme

Karar verme, mevcut problemin algılanması, istenilen hedefe ulaşmak için seçeneklerin fark edilmesi, belirlenen seçeneklerin değerlendirilmesi ve değerlendirilen seçeneklerden en iyisinin seçilmesi aşamalarından oluşan, bireyleri davranışa doğru yönlendirerek eyleme geçmelerini sağlayan zihinsel süreçtir. Klinik karar verme ise; sağlıklı/hasta bireylerin bakımında tercih edilen seçeneğe göre davranışa geçilmesidir. Hemşirelikte klinik karar verme hasta ve ailesi için en yararlı ve uygun olan seçeneğin uygulanması ve hasta/aile üzerindeki etkisine göre bakım vermesini içerir. Problem çözme yaklaşımı olarak da benimsenen klinik karar verme hemşirelik sürecinin bir parçasıdır ve bu beceriyi geliştirmek profesyonel sağlık çalışanlarının sorumlulukları arasında yer almaktadır (71).

Klinik karar verme becerisi hemşirelik öğrencilerinin eğitiminde geliştirilmeli ve öğrencilerin temel becerileri arasında yer almalıdır. Simülasyon eğitimlerinin kullanılması öğrencilerin bu alanda becerilerini artırmakta ve klinikte karşılaşılan problemlerin fark edilerek öğrencilerin uygun kararlar vermelerini sağlamaktadır (12).

2.2.4.5. Simülasyon ve Öz-Etkililik- Yeterlilik Düzeyi

Öz yeterlilik kavramı ilk olarak 1977 yılında Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramını geliştiren Albert Bandura tarafından ele alınmıştır. Öz yeterliliğin gelişimi, Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'nın özellikleriyle doğrudan ilişkilidir (72). Bandura insanların gelecekteki hareketlerini planladığını, değerlendirdiğini, tercihlerini organize ettiklerini ve sonuçlar üzerinde değerlendirmeler yaparak davranışlarını yönlendirdiklerini belirtmektedir (72). Bu şekilde, bireyler planladıkları davranışlar ile kendi kapasitelerini karşılaştırmakta ve bireyin hangi yönde hareket edeceğini belirleyen öz-etkililik kavramı ortaya çıkmaktadır.

Özyeterlilik algısı, insanların davranışlarına yön veren ve davranışlarını olumlu yönde etkileyen temel belirleyici olmaktadır (73). Güçlü öz-etkililik duygusuna sahip olan bireyler zorluklar karşısında yoğun çaba sarf edebilmekte, daha karmaşık ve riskli görevleri seçmekte ve hedeflerine ulaşmak için kendilerinden emin bir şekilde zorluklarla mücadele edebilmektedirler (73,74). Düşük öz etkililik duygusu genellikle depresyon, anksiyete ve çaresizlikle birlikte olmakta ve bu bireyler amaçlarına ulaşma sürecinde yaşadıkları problemler karşısında kendilerini yetersiz hissederek ilk denemelerinde başarısız olmaları durumunda tekrar denemekten kaçınmaktadırlar. Bu nedenle mücadeleleri ile sonucu değiştiremeyecekleri inancı içerisine girmekte ve umutsuzluk duyguları yaşamaktadırlar (73).

Özyeterlilik bireylerin yaptıkları performansların başarı düzeylerinden, kişisel deneyimlerden, sözel iknalardan ve duygusal durumlardan etkilenmektedir. Özyeterliliği artıran öğrenme yöntemlerinden biri olan simülasyon, öğrencilerin klinik ile ilgili becerilerini uygulayabilme, tekrar edebilme ve bu teknikleri gösterebilme fırsatı sağlayarak özyeterliliği etkilemektedir (20,75,76,77).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin (KDNÖ) [Fear and Behavioural Intentions (FABI)] Geçerlik ve Güvenirliliğinin İncelenmesi

3.1.1. Metodolojik Araştırma

Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastaya karşı korku ve davranış niyetlerini değerlendirmek amacıyla Wolf (1996) tarafından geliştirilen, farklı ülkelerde geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan “Fear and Behavioural Intentions (FABI)” ölçeğinin Türkiye’deki geçerlik ve güvenirliliğini test etmek amacıyla metodolojik olarak gerçekleştirilmiştir (54,78).

3.1.2. Araştırmanın Yeri

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğrencilerine 2016-2017 eğitim öğretim yılı bahar döneminde yapılmıştır.

3.1.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü tüm öğrencileri oluşturmuştur. Ölçek çalışmalarında örneklem hacminin her bir ölçek maddesinin 5-10 katı önerilmektedir (79,80). “Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ)” ölçeğinin madde sayısı 10’dur. Ancak istatistiksel analizlerin güvenirliliğini artırmak için örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm hemşirelik öğrencileri çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmada Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu’ndan (09/11/2016-15/9) onay, Araştırmanın birinci aşamasının uygulanması için Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden kurum izni alındıktan ve araştırmanın amacı açıklandıktan sonra katılmayı kabul eden öğrencilerden sözlü onam alınmıştır.

Öğrencilerden hazırlanmış olan veri toplama formuna hem ilk uygulamada hem de 2 hafta sonra yapılan uygulamada kendilerinin belirleyeceği rumuz

kullanmaları istenmiş ve rumuzlarını tekrar testinde kullanmaları için uyarılarda bulunulmuştur. Böylece öğrencilerin kimlikleri gizlenerek verilerin güvenli bir şekilde toplanması ve eşleştirilmesi sağlanmıştır.

3.1.4. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünden 5 öğrenciye yapılmıştır.

3.1.5. Verilerin toplanması

Veriler, beş sorudan oluşan “Öğrenci Bilgi Formu” ve “Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ)” ile 2 Mayıs -12 Mayıs 2017 tarihleri arasında uygun olan ders saatlerinde toplanmıştır. Ölçeğin değişmezliğini test etmek için veriler 2 hafta sonra 16 Mayıs- 30 Mayıs 2017 tarihleri arasında tekrar toplanmış ve öğrencilerin yazdıkları rumuzlara göre eşleştirmeler yapılmıştır.

3.1.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf, aile tipi, gelir durumuna yönelik bilgilerin yer aldığı “Öğrenci Bilgi Formu” ve “Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

3.1.6.1. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği “Fear And Behavioural Intentions” (KDNÖ) (EK 6)

Wolf (1996) tarafından geliştirilen ölçek ruhsal hastaya karşı korku ve davranış tutumlarını ölçmektedir. On madde içermekte ve 5’li likert tipi olan ölçekte her maddeye 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması için orginal makalede belirtilen adresten mail yolu ile gerekli izin alınmıştır.

3.1.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında istatistik yazılım programları kullanarak analiz edilmiştir. Ölçeğin kapsam geçerliliği; uzman görüşleri Kendall uyuşum analizi ve kapsam geçerlilik indeksi testleri ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliliği; doğrulayıcı faktör analizi ile incelenmiş ve ölçeğin güvenilirliğinin hesaplanmasında Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, madde analizi pearson korelasyon katsayısıyla incelenmiştir. Ölçeğin Test-retest puan ortalamaları, bağımlı gruplarda t testi ve pearson korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın birinci aşamasının akış şeması.

Veri Toplama Süreci ve Örneklem Özellikleri			
<ul style="list-style-type: none">• Etik kurul onayı ve kurum izinlerinin alınması• Okulda kayıtlı olan ve devam eden 343 öğrenciye amacın açıklanması			
KDNÖ uygulaması		Dışlama kriterleri	
Araştırmaya gönüllü 250 (%72.88) öğrenci katılmıştır.		Yabancı uyruklu öğrenciler çalışmaya dahil edilmemiştir.	
	Kayıtlı öğrenci sayısı	Çalışmaya katılan öğrenci sayısı n	Yüzde %
1. sınıf	120	76	63.33
2. sınıf	113	106	93.8
3. sınıf	63	43	68.25
4. sınıf	47	25	53.19
FABI 2. Uygulama (test – tekrar test)156 öğrenciye ulaşılmıştır.			

3.2. Araştırmanın İkinci Aşaması

3.2.1. Araştırmanın Tipi: Araştırma deneysel ve randomize kontrollü araştırma tasarımına uygun olarak planlanmıştır.

3.2.2. Araştırmanın Yeri: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılmıştır.

3.2.3. Araştırmanın Değişkenleri

3.2.3.1. Bağımlı Değişkenler

- Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) Puanı,
- İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) Puanı,
- Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) Puanı,
- Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) Puanı,
- Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) Puanı,

3.2.3.2. Bağımsız Değişkenler

- Standart hasta kullanılarak uygulanan simülasyon eğitimi

3.2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

2017-2018 öğretim yılı hemşirelik bölümü öğrencileri araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerini sağlayan öğrenciler randomize olarak seçilerek ve güç analizi yöntemi ile belirlenen sayıda çalışmaya dahil edilmiştir. Örneklem hesabı için Minitab programı kullanılmış ve %99 güç ile tip I hata 0.05 kabul edilerek anksiyete ölçeği puanında 0.5 lik fark başarı sayılarak 38 deney 38 kontrol olmak üzere toplamda 76 öğrenci ile çalışılması uygun bulunmuştur. Bu hesaplamada Kameg ve ark. 2014 yaptığı çalışmadaki simülasyon eğitiminin anksiyete ölçeği puanındaki yaptığı değişim temel alınmıştır. Çalışmanın sonunda yapılan güç analizinde ise ölçek puan ortalamalarına göre 0.56-0.98 arasında değişmektedir. Ortak dil oluşturması amacıyla yabancı uyruklu öğrenciler çalışma grubuna dahil edilmemiştir. Randomizasyonun sınıf içinde yapılması planlanmıştır. Psikiyatri klinikleri ve toplum ruh sağlığı merkezine (TRSM) staja çıkacak 83 öğrenci deney ve kontrol grubunu oluşturması için çalışmaya dahil edildi. Kadın ve erkek öğrenciler akademik başarı puanlarına göre en yüksekten en düşüğe doğru sıralandı. Sıralanan öğrencileri randomizasyona uygun şekilde ayırmak için excelde rasgele sayılar oluşturuldu. Bu sayılardan 0.5> olanlar deney grubuna, 0.5< olanlar kontrol grubuna olacak şekilde ayrıldı.

Çalışmaya başlamadan önce 2 öğrencinin klinik uygulama yeri değişmiş olduğu için, iki öğrenci de teorik derse devamsızlık yaptığı çalışma dışı bırakıldı ve 79 öğrenci deney 40, kontrol 39 olmak üzere ikiye ayrıldı. Deney grubundan 2 kişi simülasyon uygulamasına katılması gereken günde devamsızlık yaptığı için, bir öğrenci simülasyon eğitiminden sonra veri toplama formlarını uygun şekilde doldurmadığı için çalışma dışı bırakıldı. Kontrol grubunda ise 2 öğrenci veri toplama formlarını doldurmak istemediği için çalışma dışı bırakıldı. Toplamda deney grubu 37, kontrol grubu 37 olmak üzere toplamda 74 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.2.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması Ruh Sağlığı ve Hastalıkları dersini alan 5 öğrenci teorik eğitimi aldıktan sonra simülasyon uygulamasına alınmıştır, simülasyon uygulamasını tamamladıktan sonra Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1), Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) (Ek 2), İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5), Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6), Simülasyon Değerlendirme Formu (Ek 7) uygulanmıştır.

3.2.6. Araştırmanın Uygulanması

3.2.6.1. Birinci Aşama

Fear and Behavioural Intentions (FABI) ölçeği Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

3.2.6.2. İkinci Aşama

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü öğrencilerine bipolar bozukluğu olan bireye hemşirelik yaklaşımı ve iletişim becerileri konusunda yapılandırılmış teorik eğitim verilmiştir.

Eğitim Konu Başlıkları

- Duygulanım bozukluklarının Tanımı
- Bipolar Bozukluk Tipleri
- Bipolar Bozukluk Belirtileri
- Bipolar Bozuklukta Hemşirelik Yaklaşımları
- Hallüsinasyonu ve Sanrısı Olan Hastaya Bakım
- Terapötik ve Nonterapötik İletişim Teknikleri
- Terapötik Hasta Hemşire İlişkisi
- Eğitimin Ana Temaları ve Konuların Gözden Geçirilmesi

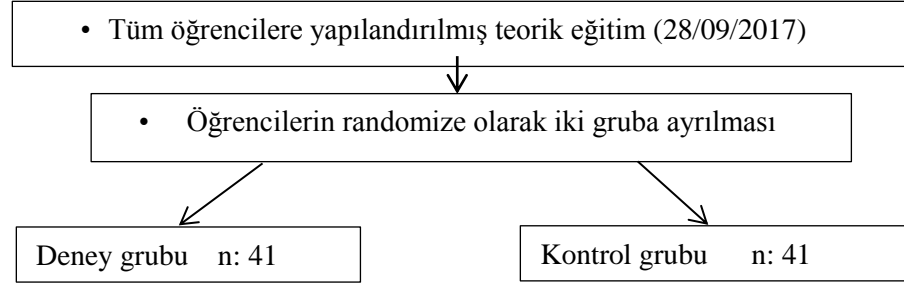
Teorik eğitimi tamamlayan deney ve kontrol grubundaki öğrencilere Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1), Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) (Ek 2), İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5), Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6) uygulanmıştır. Ölçekler uygulandıktan sonra kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmazken deney grubuna hallüsinasyonu ve sanrısı olan, kaygı düzeyi yüksek bipolar bozukluk tanısı almış olan hasta senaryosunu canlandıran standart hasta ile uygulama yaptırılmıştır. Senaryolar literatür taranarak öğrencinin terapötik iletişime geçmesine fırsat tanıyacak şekilde hazırlanmaktadır. Deney grubunda yer alan öğrenciler 3-4 kişilik gruplara ayrılmış ve grup içindeki görev dağılımları yapılmıştır. 2 öğrenci hemşire rolünü, 1 -2 öğrenci ise hasta yakını rolünü canlandırmışlardır. Senaryo uygulanırken araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan kontrol listesi kullanılmıştır. Her 3 grubun uygulaması sonrasında uygulamayı değerlendirmek için simülasyon eğitiminin son aşaması olan çözümlene yapılmıştır. Çözümlene aşaması araştırmacı ve danışman Hoca tarafından yapılmıştır. Çözümlene aşamasında araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan öğrenciler ile tartışılması istenen konular listesi hazırlanmıştır (50,81,82,83).

Uygulama ve çözümleneler tamamlandıktan sonra deney grubuna Simülasyon Değerlendirme Formu (Ek 7) uygulanmıştır. Son olarak hem deney hem kontrol grubunda yer alan öğrencilere Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1), Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) (Ek 2), İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4), Hemşirelikte Klinik

Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5), Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6) uygulanmıştır. Elde edilen kazanımların değerlendirilmesi için ölçekler simülasyon eğitimi tamamlandıktan sonra uygulanmış ve öğrenciler 3 hafta sonra klinik uygulama stajına çıkmışlardır. Öğrencilere kliniğe staja çıkmadan hemen önce ve klinik uygulamasının ilk rotasyonlarının sonunda ortalama 4hafta sonra sontestte uygulanan Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1), Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) (Ek 2), İletifim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3), Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4), Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5), Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6) tekrarlanmıştır (84).



Tablo 3.2. Araştırmanın ikinci aşamasının akış şeması.



<ul style="list-style-type: none">• Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1),• Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ) (Ek 2)• İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3),• Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4),• Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5),• Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6),	Deney hem kontrol grubuna uygulandı. (28/09/2017)
Grubuna Simülasyon eğitimi uygulaması: Standart hasta kullanılarak yapıldı. Standart hastayı canlandıracak olan aktör hallüsinasyonu, sanrısı olan manik epizodda bipolar hasta konusunda eğitildi. Deney grubundaki öğrenciler 3-4 kişilik gruplar halinde simülasyon uygulamasına alındı. (13/10/2017)	
<ul style="list-style-type: none">• Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1),• Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ) (Ek 2)• İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3),• Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4),• Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5),• Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6),	Deney hem kontrol grubuna uygulandı. (13/10/2017)
<ul style="list-style-type: none">• Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1),• Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ) (Ek 2)• İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3),• Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4),• Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5),• Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6),	Deney ve kontrol grubuna Psikiyatri kliniklerine uygulamaya çıkmadan önce uygulandı. (01/11/2017)
<ul style="list-style-type: none">• Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1),• Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ) (Ek 2)• İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (Ek 3),• Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (Ek 4),• Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ) (Ek 5),• Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (Ek 6),	Deney hem kontrol grubuna klinik uygulamayı tamamladıkları gün uygulandı. (23/11/2017)

3.2.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.2.7.1. Öğrenci Bilgi Formu (Ek 1)

Literatür taranarak oluşturulan, yaş, cinsiyet, lise eğitim durumu, anne baba eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, kiminle yaşadığı vb. sosyodemografik verileri içeren 13 maddelik Öğrenci Bilgi Formu kullanılmıştır (6,47,85).

3.2.7.2. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeği (KDNÖ) (EK 2)

Wolf (1996) tarafından geliştirilen ölçek ruhsal hastaya karşı korku ve davranış tutumlarını ölçmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması için orginal makalede belirtilen adresten mail yolu ile gerekli izin alınmıştır. On madde içermekte ve 5'li likert tipi olan ölçekte her maddeye 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilmektedir. 1. soruya "kesinlikle katılıyorum 1 puan, katılıyorum 2 puan, Nötr 3 puan, katılıyorum 4 puan, kesinlikle katılmıyorum 5 puan, diğer sorular ise çok büyük olasılıkla 1 puan, büyük olasılıkla 2 puan, emin değilim 3 puan, az olasılıkla 4 puan, çok az olasılıkla 5 puan olarak puanlandırılmaktadır. Olumsuz ifadeler (1. 2. 3. ve 6. Maddeler) verilen cevaplar tersten puanlanmakta ve toplam puan yükseldikçe mental hastaya karşı olumsuz davranış tutumlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Ölçek eğitimin öncesi ve eğitimden hemen sonra uygulanmaktadır (54,55,78). 1 ay sonra tekrar ölçüm yapılmaktadır (86).

3.2.7.3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ) (EK 3)

Korkut (1996) tarafından geliştirilmiş, "her zaman" dan "hiçbir zaman" a kadar "derecelendirilmiş, 5 li likert tipi bir ölçektir. Ölçek toplam 25 maddeden oluşmakta ve elde edilebilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 0 dır. Puanın fazla oluşu bireylerin iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdiklerini yansıtmaktadır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları aynı kişi tarafından yapılmış güvenilirlik katsayısı .76 ve alfa iç tutarlılık katsayısı .80 olarak bulunmuştur (87).

3.2.7.4. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçekleri (STAI) (EK 4)

Spielberger tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçek durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini belirlemek için kullanılan öz değerlendirme anketidir. Öner ve Le Compte tarafından 1985 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Bireylerde durumluk ve süreklilik kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği her biri 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği; bireylerin içinde bulunduğu durum ve koşullardan bağımsız olarak, kendini nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Kişinin yaşadığı durumları genel olarak stresli olarak algılamasıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli Kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre; (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır. Ölçeklerde doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler vardır. Doğrudan ifadeler; olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise; olumlu duyguları dile getirir. Ters ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar yüksek kaygı düzeyini göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde, on tane tersine dönmüş ifade yer alır. Bunlar; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedi adettir. Bunlar; 1, 6, 7, 10, 13, 16, 19'uncu maddelerdir. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için ise 35'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Puanlar yorumlanırken her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişmektedir. Ölçeklerden alınan puanın yüksek olması kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, düşük olması ise kaygı düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (88). Alpha güvenirliğinin .83 ile .87 arasında, test tekrar test güvenirliğinin .71 ile .86 arasında ve madde güvenirliğinin .34 ile .72 arasında değiştiği bildirilmektedir (89,90). Öner'in (1992) belirttiğine göre, Spielberger'in Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği'nde;

- “0-19 puan” kaygı yok
“20-39 puan” hafif kaygı,
“40-59 puan” orta düzeyde kaygı,
“60-79 puan” ağır düzeyde kaygı,
“80 ve üstü” ise panik olarak değerlendirilmektedir.

3.2.7.5. Öz Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY) (EK 5)

Sherer ve arkadaşları (1982) tarafından geliştirilen ve Gözüm ve Aksayan (1999) tarafından Türkçe’ye uyarlanan ölçek davranış ve davranışsal değişimleri belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği aynı örneklem için Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı.81, test-tekrar test güvenilirliği .92 olarak bulunmuştur (91). 23 maddeden oluşan ölçek 5’li Likert tipinde bir öz-değerlendirme ölçeğidir. 1-“beni hiç tanımlamıyor”, 2-“beni biraz tanımlıyor”, 3-“kararsızım”, 4-“beni iyi tanımlıyor”, 5-“beni çok iyi tanımlıyor” seçeneklerini içermekte ve her madde için verilen puan esas alınmaktadır. Ölçekten 23-115 arası puan alınmakta ve 2,4,5,6,7,10,11,12,14,16,17,18, 20,22. maddeler ters yönde puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamından en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksek olması, bireyin ÖEY algısının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (91). Ölçeğin dört alt faktörü vardır. Bunlar:

1. Davranışa başlama:2,11,12,14,17,18,20,22. maddeyi,
2. Davranışı sürdürme: 4,5,6,7,10,16,19. maddeyi,
3. Davranışı tamamlama: 3,8,9,15,23. maddeyi,
4. Engellerle mücadele: 1,13,21. maddeyi içermektedir.

3.2.7.6. Hemşirelikte Klinikte Karar Verme Ölçeği (EK 6)

Jenkins’in (1983) tarafından geliştirilen ölçek hemşirelik öğrencilerinin klinik karar verme algılarını tanımlamaktadır. Özgün HKKVÖ’nin iç tutarlılık cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur, 40 madde ve dört alt ölçekten oluşmaktadır. Her alt ölçek 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 22 madde pozitif anlamlı ve 18 madde negatif anlamlıdır. Ölçeğin negatif anlamlı 18 maddesi ters puanlandırılmaktadır. Ölçeğin toplamından 40 ile 200 arasında, her alt ölçekten 10 ile 50 arasında puan alınmaktadır ve kesme noktası yoktur. Ölçekten alınan yüksek puan

karar verme algısının yüksek olduğunu, düşük puan karar verme algısının düşük olduğunu göstermektedir. Ölçeğin değerlendirilmesi her bir alt ölçek ve ölçek toplam puanı üzerinden yapılmaktadır. Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durmaz tarafından 2012 yılında doktora tezi kapsamında yapılmıştır. HKKVÖ’nin toplam cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.78’dir (92).

Alt Ölçekler

- Seçenek ve Fikirleri Araştırmak: 1- 3- 6- 7- 16- 22- 27- 30- 32- 37
- Amaçları ve değerleri soruşturmak: 2- 9- 10- 14- 21- 31- 33- 35- 38- 40
- Sonuçları değerlendirmek: 13- 17- 18- 23- 25- 26- 28- 29- 34- 39
- Bilgiyi araştırmak ve yeni bilgiyi tarafsız olarak benimsemek: 4- 5- 8- 11- 12- 15- 19- 20- 24- 36

3.2.7.6. Simülasyon Değerlendirme Formu (EK 7)

Literatür taranarak simülasyon eğitiminin etkinliğini değerlendirmeyi içeren açık ve kapalı uçlu 16 sorudan oluşmaktadır (10,47,85,93,94)

3.2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi etik kurulundan izin alındı. Araştırmanın birinci aşamasında yer alan ölçek geçerlilik güvenilirlik çalışması için Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden, araştırmanın ikinci aşaması için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden yazılı olarak kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya dahil olan öğrencilere açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı ve sözlü onam alınmıştır.

3.2.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS 22.0 istatistik programında verilerin niteliğine ve araştırmaya uygun olacak şekilde değerlendirilmiştir.

Araştırma hipotezlerine ilişkin verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistikler ise aşağıda detaylı olarak belirtilmiştir. Elde edilen sonuçlar $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

Araştırmada;

- Öğrencilerin KDNÖ, İBDÖ, STAI-I, STAI-II, ÖYE ve HKKVÖ'nden aldıkları alt boyut ve toplam puanlarının program boyunca değişiminin değerlendirilmesinde normal dağılan puanların değerlendirilmesinde tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır.

- Öğrencilerin KDNÖ, İBDÖ, STAI-I, STAI-II, ÖYE ve HKKVÖ'nden aldıkları alt boyut ve toplam puanlarının ilk, simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulama önce ve klinik uygulama sonrası t-testi uygulanmıştır.

- Eğitim programının etki büyüklüğünü değerlendirirken tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmıştır. Etki büyüklüğü sınıflamasına göre;

$-0,15 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,15$ önemsiz

$0,15 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,40$ küçük

$0,40 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 0,75$ orta

$0,75 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 1,10$ geniş

$1,10 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri} < 1,45$ çok geniş

$1,45 \leq \text{Etki büyüklüğü değeri}$ oldukça yüksek düzeyde (Thalheimer ve Cook 2002) şeklinde değerlendirilmiştir.

3.2.10. Araştırmanın Varsayımlarının İncelenmesi

KDNÖ, İBDÖ, STAI-I, STAI-II, ÖYE ve HKKVÖ ait veriler deney ve kontrol grubunda normal dağılımına sahiptir. Normallik analizleri *Kolmogorov Smirnov*, *Shapiro–Wilk*, *skewness* ve *kurtosis* değerleri ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin (KDNÖ) Geçerlik Güvenirlik Çalışması

Tablo 4.1. Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (N=250).

Öğrencilerin Özellikleri	Sayı (n:250)	%
Sınıf		
1. Sınıf	76	30.4
2. Sınıf	106	42.4
3. Sınıf	43	17.2
4. Sınıf	25	10.0
Cinsiyet		
Kadın	204	81.6
Erkek	46	18.4
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	202	81.1
Geniş Aile	39	15.7
Parçalanmış Aile	8	3.2
Gelirini Algılama Durumu		
Gelir giderden az	47	18.9
Gelir Gidere Denk	185	74.3
Gelir Giderden Fazla	18	6.8
Yaşadığı İl		
Kent (il. büyükşehir)	142	56.8
İlçe	60	24.0
Köy	48	19.2
	Ortalama ± SS	Median (Min/Max)
Yaş	20.30±1.328	20.0 (17/25)

Öğrencilerin yaş ortalaması: 20.27 ± 1.326 , yaş ortancası: 20'dir. Öğrencilerin % 42.4'ü (n: 106) ikinci sınıf, Öğrencilerin % 81.6'sı (n: 204) kadın, % 81.1 (n: 202) çekirdek ailede yaşamakta, % 56.8'i (n: 142) il merkezinde yaşamakta ve % 74.3'ü (n: 185) gelirinin giderine denk olduğunu ifade etmektedir.

4.1.2. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Geçerlilik Analizi

Bu araştırmada KDNÖ'nin geçerliğini test etmek için dil. kapsam ve yapı geçerliği çalışmaları yürütülmüştür.

4.1.2.1. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Dil- İçerik Geçerliğinin İncelenmesi

Dil Geçerliği

KDNÖ'nin dil geçerliği için her iki dil ve kültürü iyi bilen iki uzman çevirmen ve alandan iki öğretim üyesi tarafından İngilizceden Türkçeye çevrilmiştir. Bu çeviriler sonucunda en uygun ifadeler seçilerek ortak bir çeviri oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe şeklinin aynı anlamda olup olmadığını karşılaştırmak için ölçeğin İngilizce halini görmeyen iki dil uzmanı tarafından İngilizceye çevirisi (geri çeviri) yapılmış ve orijinal ölçek ile uyumlu olduğu değerlendirilmiştir. KDNÖ'nin Türkçe formunda kullanılan ifadelerin Türk dil yapısına uygun olmasına dikkat edilmiştir.

4.1.2.2. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Kapsam Geçerliliği

KDNÖ'nin Türkçe formu kapsam geçerliği için uzman görüşüne sunulmuştur. Bu amaçla 3 Psikiyatri Hemşireliği, 1 Halk Sağlığı Hemşireliği, 2 Sosyal Hizmet Bölümü olmak üzere toplam 6 öğretim üyesinin uzman görüşüne başvurulmuştur. KDNÖ'deki her madde 1 (uygun), 2 (uygun değil), 3 (düzeltilebilir) şeklinde puanlanmış ve her madde için düzeltilebilme ihtimaline karşı öneri bölümü eklenmiştir. Uzmanların önerilerine göre maddeler tekrar incelenmiş ve gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Uzman görüşleri sonunda her bir maddenin Kapsam geçerlilik indeksi Puanı ve Kendal iyi uyum analizi puanı hesaplanmıştır. Kendal analizi sonucunda Kendall's W: 0.064. p:0.860 olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Türkçeye çevrilen KDNÖ'nin anlatımlarının Türk kültürüne uygun olduğu, ölçülmek istenilen alanı temsil ettiği ve kapsam geçerliğini sağladığı belirlenmiştir.

KGİ: Maddeleri “uygun” ve “çok uygun” puanı veren uzman sayısı/toplam uzman sayısı

Maddelerin tek tek Kapsam geçerlilik indeksi puanı hesaplandığında 0.83-1 puan arasında değiştiği görülmüştür.

4.1.2.3. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Yapı Geçerliliği Bulguları

Faktör analizi öncesi örneklem yeterliliğini saptamak için Kaise-Meyr-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Barlett's test of Sphericity analizi yapılmıştır.

Tablo 4.2. KMO ve barlett's testi analiz sonuçları.

Testler	Sonuçlar	
KMO	0.793	0.000
Barlett's Test Sphericity	738.743	

Tablo 4.2.'de KMO ve Barlett's Test Sphericity analiz sonuçları yer almaktadır. Kaiser– Meyer-Olkin (KMO) test sonucu 0.793 ve Bartlett Testi (Bartlett Test of Sphericity) 738.743 ve $p < 0.001$ olarak bulunmuştur. KMO testi örneklem yeterliliğini ölçmekte ve bu testin değeri küçük çıkarsa faktör analizine devam edilmesinin uygun olmadığı bildirilmektedir. KMO testinde bulunan değer 0.50'nin altında olmasının kabul edilemez olduğu belirtilmektedir. Barlett testi ise verilerin çoklu normal dağılımdan gelmiş olmasını gerektirir (95). Bu sonuçlara göre verilerin çoklu normal dağılımdan gelmiş olduğu, örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu bulunmuş ve faktör analizi yapılmasına uygun olduğu görülmüştür.

Doğrulayıcı Faktör Analizi

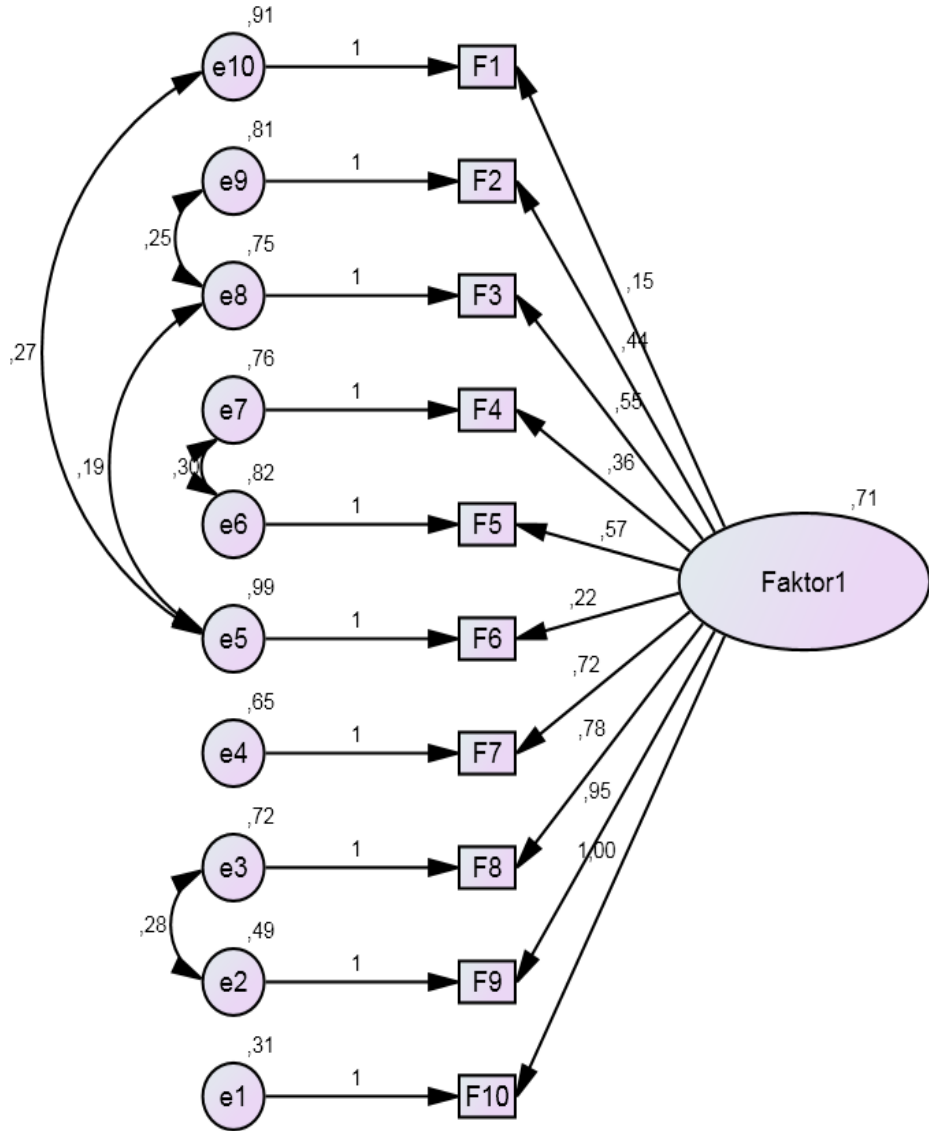
KDNÖ'nin Türkçe'ye uyarlamasındada ölçek maddelerinin faktörler ile ilişkisine bakmak amacı ile doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA kapsamında ilk olarak Yapısal Eşitlik Modeli (YEM) kullanılmıştır. Bunun sonucuna göre ikinci düzey uyum DFA hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre regresyon

ağırlıklarına göre bazı maddeler arasında (F1- F6, F3-F2, F3-F6, F4-F5, F9-F8) bağlantı kurularak ikinci model oluşturulmuştur

Tablo 4.3. Korku ve davranış niyetleri ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi uyumunun incelenmesi.

Uyum İndeksleri	Türkçe Ölçek	İyi Uyum	Kabul Uyum	Edilebilir
X²/sd	2.73	0 ≤ X ² /sd ≤ 2	2 < X ² /sd ≤ 3	
Minimum Uyum Fonksiyon Ki-Kare [Minimum Fit Function Chi-Square (X ²)] Serbestlik Derecesi [Degrees of Freedom (df)]				
GFI İyilik Uyum İndeksi [Goodness of Fit İndeks (GFI)]	0.94	0.95 ≤ GFI ≤ 1.00	0.90 ≤ GFI < 0.95	
AGFI Düzeltilmiş İyilik Uyum İndeksi [Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)]	0.89	0.90 ≤ AGFI ≤ 1.00	0.85 ≤ AGFI < 0.90	
CFI Karşılaştırmalı Uyum İndeksi [Comparative Fit Index (CFI)]	0.93	0.97 ≤ CFI ≤ 1.00	0.95 ≤ CFI < 0.97	
SRMR Standartlaştırılmış Ortalama Karekök [Standardized Root Mean Square Residual (S-RMR)]	0.07	0 ≤ SRMR ≤ 0.05	0.05 ≤ SRMR < 0.10	
RMSEA Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü [Root Mean Squared Error of Approximation (RMSEA)]	0.08	0 ≤ RMSEA ≤ 0.05	0.05 ≤ RMSEA < 0.08	

İkinci modele göre Tablo 4.3.'te belirtildiği gibi X²/df değeri 2.73, GFI değeri 0.94, AGFI değeri 0.89, CFI değeri 0.93, SRMR değeri 0.07, RMSEA değeri 0.08 olarak bulunmuş ve tüm değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yapılan DFA sonuçlarına göre KDNÖ'nin yapı geçerliliği Türk kültüründe kullanılmak üzere uygun olduğunu ortaya koymaktadır.



Şekil 4.1. KDNÖ'nin doğrulayıcı faktör analizi.

4.1.3. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Güvenirlik Bulguları

Ölçme aracının verileri doğru toplandığını ve yinelenbilir olduğunu bu özelliği belirlemektedir (95). Bu çalışmada KDNÖ'nin güvenilirliğini değerlendirmede ölçek için madde-puan madde analizi "Pearson korelasyon analizi" ölçeğin test tekrar-test uyumluluk analizi "pearson korelasyon analizi" ve "bağımlı gruplarda t testi" ile bakılmıştır.

4.1.3.1. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Madde Toplam Korelasyon Analizi

Madde ortalamalarının testi sonucunda ortalamaların farklı olduğu görülmüştür (Hotelling $T^2=694.026.p=0.000$).

Tablo 4.4. KDNÖ'nin madde toplam korelasyon analizi.

	Ortalama X	Standart Sapma SS	Düzeltilmiş Madde- Toplam Korelasyonu (n=200)	Alfa degeri Maddenin silinmesi durumunda
Ruhsal bozukluğu olan kişilerden korkarım	2.79	0.96	0.215	0.793
Mahallenizde ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşamasına karşı çıkar mıydınız?	4.09	0.97	0.452	0.766
Ruhsal bozukluğu olan komşularınız ile konuşmaktan kaçınır mısınız?	3.73	0.99	0.532	0.756
Ruhsal bozukluğu olan birisi ile çalışmayı kabul eder miydiniz?	3.32	0.92	0.360	0.776
Ruhsal bozukluğu olduğunu bildiğiniz birini evinize davet eder miydiniz?	3.21	1.02	0.473	0.763
Ruhsal bozukluğu olan birini ziyaret etmekten endişe duyar mıydınız?	3.31	1.02	0.304	0.784
Eskiden psikiyatrik bozukluk geçirdiğini bildiğiniz biri ile arkadaşlık eder miydiniz?	2.50	1.01	0.523	0.757
Eskiden ruhsal bozukluk geçirdiğini bildiğiniz birileri yan komşunuz olarak yaşamaya başlarsa karşılaştıkça onlara selam verir miydiniz?	1.94	1.07	0.453	0.766
Ruhsal bozukluğu olan komşularınız ile gündelik sohbetler eder miydiniz?	2.35	1.06	0.577	0.749
Eskiden ruhsal bozukluk geçirdiğini bildiğiniz birisi kapı komşunuz olarak yaşamaya başlarsa onları ziyarete gider miydiniz?	2.58	1.01	0.640	0.741
Cronbach alfa degeri: 0.784				

4.1.3.2. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin Test-Tekrar Test Güvenirliği (Zamana Karşı Değişmezlik)

Ölçek on beş gün arayla iki kez uygulandıktan sonra KDNÖ'nin maddelerinin test-tekrar test güvenirlilik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.5. KDNÖ'nin maddelerinin test-tekrar test analizi.

	İlk Uygulama	İkinci Uygulama	t test ve p değeri	Pearson Correlation R ve p değeri
Toplam puan	25.71±5.868	25.9±6.141	t=0.397 p=0.693	R=0.824 p=0.000

Ölçek uyarlamada test-tekrar test, ölçme aracının uygulamadan uygulamaya tutarlı bir sonuç verebilme özelliğini ve zamana karşı değişmezliğini göstermektedir. Her iki ölçüm sonucunun benzer olması önerilmektedir (96). İki hafta ara ile uygulanan iki ölçüm sonucu elde edilen puan ortalaması arasında fark olup olmadığını saptamak için bağımlı gruplarda t testi yapılmıştır. Tablo 4.5.'te belirtildiği gibi ilk uygulamanın toplam puan ortalaması 25.71±5.868, ikinci uygulamanın toplam puan ortalaması ise 25.9±6.141 olarak bulunmuştur. Yapılan t testi sonucunda puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($t=0.397, p>0.05$). KDNÖ'nin test-tekrar test toplam puanlarının benzerliği ($p>0.05$) bu ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlılığını desteklemektedir. İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. KDNÖ toplam puan korelasyonu 0.824 olarak bulunmuştur. Korelasyonun yüksek ilişkili olması ölçeğin zamana karşı değişmezliğini ve tutarlı olduğunu göstermektedir.

4.1.3.3. Korku ve Davranış Niyetleri Ölçeğinin İç Tutarlılık Analizi

Tablo 4.4.'te KDNÖ'nin iç tutarlılığını saptamak için madde toplam puan korelasyonuna ve Cronbach alfa güvenirlik katsayısına bakılmıştır. KDNÖ'nin güvenirlik katsayı için cronbach alfa değeri değeri 0.784 olarak saptanmıştır. Güvenirlik çalışması için 10 maddelik ölçeği madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 1-0.824 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). KDNÖ'nin madde-puan korelasyonu 0.215-0.640 arasında olduğu ve her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçek maddelerin silinmesi durumunda ölçeğin cronbach alfa katsayısında önemli artışa neden olmadığı görülmüştür.

4.2. Araştırmanın II. Aşaması

Araştırmanın II. aşamasında psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin eğitiminde bipolar bozukluğu olan hastaya yaklaşıma yönelik simülasyon yönteminin etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular dört ana başlık altında sunulmuştur;

- Araştırma ncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması,
- KDN ve İBD lmlerinin değerlendirilmesi,
- STAI-I ve STAI-II lmlerinin değerlendirilmesi,
- YE ve HKKV lmlerinin değerlendirilmesi.

4.2.1. Araştırmada Eğitim Öncesi Gruplar Arası Benzerliğin Karşılaştırılması

Tablo 4.6. Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması.

Öğrencilerin Özellikleri	Deney (n:37)		Kontrol (n:37)		Test	
	Ort±Std Sapma		Ort±Std Sapma		t	p
Yaş	21.51±1.03		21.35±1.08		t:0.857	0.394
	Sayı	%	Sayı	%	X²	p
Cinsiyet						
Bayan	36	97.3	34	91.9	1.057	0.615
Erkek	1	2.7	3	8.1		
Anne-babanın yaşama durumu						
İkisi de yaşıyor	34	91.9	35	94.6	0.214	1.000
Anne ya da baba öldü	3	8.1	2	5.4		
Aile Yapısı						
Çekirdek aile	34	91.9	35	89.2	0.158	1.000
Geniş	3	8.1	4	10.8		
Annenin eğitim durumu						
İlköğretim öncesi	6	16.2	4	10.8	3.067	0.216
İlköğretim	21	56.8	28	75.7		
İlköğretim sonrası	10	27	5	13.5		
Babanın eğitim durumu						
İlköğretim öncesi	2	5.4	2	5.4	0.113	0.621
İlköğretim	19	51.4	23	62.2		
İlköğretim sonrası	16	43.2	12	32.4		
Algılanan gelir durumu						
Gelir giderden az	6	16.2	5	13.5	0.122	0.575
Gelir Gidere Denk	30	81.1	29	78.4		
Gelir Giderden Fazla	1	2.7	3	8.1		
Daha önce psikiyatri hastasına bakım verme durumu						
Evet	4	10.8	3	8.1	0.158	1.000
Hayır	33	89.2	34	91.9		
Ailede bozukluğu olan birey varlığı						
Evet	4	10.8	5	13.5	0.126	1.000
Hayır	33	89.2	32	86.5		
Daha önce simülasyon eğitimine katılma durumu						
Evet	32	86.5	30	81.1	0.398	0.528
Hayır	5	13.5	7	18.9		

t: Bağımsız gruplarda t testi

X²: ki kare testi

Deney grubunda yer alan 37 öğrencinin yaş ortalamasının 21.51 ± 1.03 ve kontrol grubunda yer alan 37 öğrencinin yaş ortalamasının ise 21.35 ± 1.08 olduğu ve iki grubun yaş ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Deney grubundaki öğrencilerin % 91.9'unun kadın, % 94.6'sının anne ve babsının sağ olduğu, %89.2'sinin çekirdek aileye mensup olduğu, % 56.8'inin annesinin ilkokul mezunu olduğu, % 51.4'ünün babasının ilkokul mezunu olduğu, % 81.1'inin gelir algısının orta düzeyde olduğu, % 89.2'sinin daha önce bir psikiyatri hastasına bakım vermediği, %89.2'sinin ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey olmadığı ve % 86.5'inin daha önce simülasyon eğitimine katıldığı görülmektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilerin % 97.3'ünün kız, % 91.9'unun anne ve babasının sağ olduğu, %89.2'sinin çekirdek aileye mensup olduğu, % 75.7'sinin annesinin ilkokul mezunu olduğu, % 62.2'sinin babasının ilkokul mezunu olduğu, % 78.4'ünün gelir algısının orta düzeyde olduğu, %91.9'unun daha önce bir psikiyatri hastasına bakım vermediği, %86.5'inin ailesinde ruhsal bozukluğu olan birey olmadığı ve % 81.1'inin daha önce simülasyon eğitimine katıldığı görülmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olup olmadığını değerlendirmek için yapılan ki-kare testi sonuçları Tablo 4.6.'da verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin sosyodemografik özellikler açısından benzer oldukları ($p > 0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin başarı puanı ortalamalarının karşılaştırılması.

	Sayı n	Başarı puanı Ort./standart sapma	Test ve önemlilik değeri
Deney	40	2.81 ± 0.343	$t=0.40$
Kontrol	39	2.80 ± 0.336	$p= 0.968$

t: Bağımsız gruplarda t testi

Araştırma kapsamına alınan öğrencilerin başarı puanı ortalamalarına göre dağılımı Tablo 4.7.'de, ve araştırma öncesi gruplar arası benzerliğin karşılaştırılması yer almaktadır. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerin lisans eğitimlerindeki 7. döneme kadar olan başarı puan ortalamalarına göre dağılımları görülmektedir. Deney grubunda

yer alan 40 öğrencinin başarı puan ortalamasının $2.81 \pm 0,34$ olduğu ve kontrol grubunda yer alan 39 öğrencinin başarı puan ortalamasının ise $2.80 \pm 0,33$ olduğu ve iki grubun başarı puanı ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$).

Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	KDNÖ puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$	İBDÖ puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$	STAI I puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$	STAI II puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$	HKKVÖ puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$	ÖYE puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X} \pm SS$
Deney grubu	26.94±4.60	77.21±8.35	44.94±4.76	48.24±4.12	94.29±13.20	86.27±10.24
Kontrol grubu	27.32±4.1	75.78±8.65	44.24±4.49	46.54±4.04	93.67±12.21	84.78±11.44
Test ve önemlili k değeri	t=- 0.371 p=0.712	t=0.72 p=0.47	t=0.653 p=0.51	t=1.79 p=0.77	t=0.21 p=0.834	t=0.58 p=0.558

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.8’de deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin teorik eğitimden sonra yapılan ilk ölçümlerdeki KDNÖ, İBDÖ, STAI-I ve STAI-II, HKKVÖ ve ÖYE ölçeklerinin puan ortalamaları görülmektedir.

Deney grubunun ilk ölçümlerinde KDNÖ’nin puan ortalaması 26.94 ± 4.6 , İBDÖ’nün puan ortalaması 77.21 ± 8.35 , STAI-I’in puan ortalaması 44.94 ± 4.76 (40-59 arası orta düzey kaygı), STAI-II’nin puan ortalaması 48.24 ± 4.12 (40-59 arası orta düzey kaygı), HKKVÖ puan ortalaması 94.29 ± 13.20 , ÖYE ölçeğinin puan ortalaması 86.27 ± 10.24 olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubunun ilk ölçümlerinde KDNÖ’nin puan ortalaması 27.32 ± 4.1 , İBDÖ’nün puan ortalaması 75.78 ± 8.65 , STAI-I’in puan ortalaması 44.24 ± 4.49 , STAI-II’nin puan ortalaması 46.54 ± 4.04 , HKKVÖ puan ortalaması 93.67 ± 12.210 , ÖYE ölçeğinin puan ortalaması 84.78 ± 11.44 olarak belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki bireylerin ölçek puanlarının benzer olup olmadığını değerlendirmek için yapılan t testi sonuçları Tablo 4.2.3’te verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin KDNÖ, İBDÖ, STAI-I ve STAI-II, HKKVÖ ve ÖYE ölçeklerinin puan ortalamaları açısından benzer oldukları ($p > 0,05$) belirlenmiştir.

4.2.2. KDNÖ ve İBDÖ ölçümlerinin değerlendirilmesi

Tablo 4.9. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ puan ortalamalarının gruplar arası dağılımı.

	KDNÖ puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X}\pm SS$	KDNÖ puan ortalaması ikinci ölçüm $\bar{X}\pm SS$	KDNÖ puan ortalaması üçüncü ölçüm $\bar{X}\pm SS$	KDNÖ puan ortalaması dördüncü ölçüm $\bar{X}\pm SS$
Deney grubu	26.94±4.60	20.02±4.59	20.91 ±5.52	18.59±5.39
Kontrol grubu	27.32±4.1	24.04±3.88	25.59±5.51	22.81±5.58
Test	t=- 0.371 p=0.712	t=-4.29 p<0.001	t= -3.64 p<0.001	t= -3.30 p=0.001

	İBDÖ puan ortalaması ilk ölçüm $\bar{X}\pm SS$	İBDÖ puan ortalaması ikinci ölçüm $\bar{X}\pm SS$	İBDÖ puan ortalaması üçüncü ölçüm $\bar{X}\pm SS$	İBDÖ puan ortalaması dördüncü ölçüm $\bar{X}\pm SS$
Deney grubu	77.21±8.35	85.00±11.48	84.16±7.02	84.83±6.85
Kontrol grubu	75.78±8.65	76.89±7.6	73.02±11.49	76.43±10.03
Test	t=0.72 p=0.47	t=3.58 p:0.001	t=5.02 p=0.000	t= 4.20 p=0.000

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.9.'da deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ'den aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasını yapmak amacıyla bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda ilk ölçümlerde deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmazken, ikinci, üçüncü ve dördüncü ölçümlerde KDNÖ ve İBDÖ puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükselme belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Öğrencilerin KDNÖ ve İBDÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.

	KDNÖ		İBDÖ	
	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma
Teorik eğitim sonrası ilk Ölçüm	26.94±4.60 (a)	27.32±4.1 (a)	77.21±8.35 (a)	75.78±8.65 (a)
Simülasyon Eğitimi sonrası Ölçüm	20.02±4.59 (b)	24.04±3.88 (b)	85.00±11.48 (b)	76.89±7.6 (a)
Klinik uygulamaya çıkmadan önce	20.91 ±5.52 (b)	25.59±5.51 (a)	84.16±7.02 (b)	73.02±11.49 (a)
Klinik uygulama tamamlandıktan sonra	22.81±5.58 (b)	18.59±5.39 (c)	76.43±10.03 (a)	84.83±6.85 (b)
Test değeri	*F=41.00	*F=12.33	*F=10.49	*F=2.74
Önemlilik Değeri	p<0,000	p<0,000	p<0,000	p<0,052
Partial Eta	0.53		0.48	

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi
Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etme

Tablo 4.10.'da deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin KDNÖ'dan ve İBDÖ'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonucu verilmiştir.Eğitim programı sonunda deney grubundaki öğrencilerin korku ve davranış niyetlerine (0.53) ve iletişim becerilerine (0.48) yönelik orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.11. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin KDNÖ'nin teorik eğitim sonrası, simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulama öncesi ve sonrası ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi.

	KDNÖ		İBDÖ	
	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma
Teorik eğitim sonrası ilk Ölçüm	26.94±4.60 (a) Mean difference: -0.378	27.32±4.1 (a)	77.21±8.35 (a) Mean difference: 1.432	75.78±8.65 (a)
Simülasyon Eğitimi sonrası Ölçüm	20.02±4.59 (b) Mean difference: -4.378	24.04±3.88 (b)	85.00±11.48 (b) Mean difference: 8.108	76.89±7.6 (a)
Klinik uygulamaya çıkmadan önce	20.91 ±5.52 (b) Mean difference: -4.378	25.59±5.51 (a)	84.16±7.02 (b) Mean difference: 11.135	73.02±11.49 (a)
Klinik uygulama tamamlandıktan sonra	22.81±5.58 (b) Mean difference: -4.216	18.59±5.39 (c)	76.43±10.03 (a) Mean difference: 8.405	84.83±6.85 (b)
Test ve Önemlilik Değeri	GrupF: 2542.2 p<0.001 Grup*Zaman F:6.80 p<0,001 Zaman F:50.46 p<0.001		GrupF:8877.5 p<0.001 Grup*ZamanF:8.095 p<0,001 Zaman F:7.71 p<0.001	

Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etmektedir.

Tablo 4.11.'de Korku ve davranış niyetleri ölçeği genel puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubundaki öğrencilerin KDNÖ puan ortalamalarının simülasyon sonrası ve klinik uygulamaya çıkmadan önce ilk ölçüme göre istatistiksel olarak anlamlı çıkacak şekilde düşük olduğu ($p<0.000$), bunun yanında klinik uygulama tamamlandıktan sonra puan ortalamalarının tüm ölçümler arasında en düşük düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.000$). Kontrol grubunda ise teorik eğitim sonrası yapılan ilk ölçüm ve klinik uygulamaya çıkmadan önce yapılan üçüncü ölçüm arasında

benzer sonuçlar elde edilmiş ve diğer ölçümlere göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Korku ve davranış niyetleri genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkilesimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.11.'de öğrencilerin İBDÖ puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın öğrencilerin İBDÖ ilk ölçüm puan ortalamalarının simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulamaya çıkmadan önce ve sonra olmak yapılan tüm ölçümlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.000$). Kontrol grubundaki öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. İBDÖ puan ortalamalarının grup ve zaman etkilesimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

4.2.3. STAI-I ve STAI-II Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin durum kaygı ve sürekli kaygı puan ortalamalarının değişimleri sunulmuştur.

Tablo 4.12. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin STAI-I ve STAI-II ölçekleri puan ortalamalarının gruplara göre dağılımı.

	STAI I puan ortalaması ilk ölçüm	STAI I puan ortalaması ikinci ölçüm	STAI I puan ortalaması üçüncü ölçüm	STAI I puan ortalaması dördüncü ölçüm
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Deney grubu	44.94±4.76	42.81±4.50	42.43±5.61	41.81±3.94
Kontrol grubu	44.24±4.49	44.37±5.44	47.00±4.31	44.70±4.87
Test	t=0.653p=0.51	t=-1.34p:0.182	t=-3.92 p=0.000	t=-2.80 p=0.006
	STAI II puan ortalaması ilk ölçüm	STAI II puan ortalaması ikinci ölçüm	STAI II puan ortalaması üçüncü ölçüm	STAI II puan ortalaması dördüncü ölçüm
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS
Deney grubu	48.24±4.12	44.18±6.57	47.00±5.30	46.16±5.29
Kontrol grubu	46.54±4.04	42.48±5.82	46.32±4.97	46.05±5.07
Test	t=1.79 p=0.77	t=1.17 p:0.242	t= 0.56 p=0.574	t=0.90 p=0.929

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.12.'de deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin STAI-I ve STAI-II'den aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasını yapmak amacıyla bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin ilk ölçümlerinin STAI-I (p:0.51) ve STAI-II (p:0.77) puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Üçüncü ve dördüncü ölçümlerde kontrol grubundaki öğrencilerin STAI-I puan ortalamalarının deney grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Bununla birlikte tüm ölçümlerdeki STAI-II puan ortalamalarında deney ve kontrol grubundaki öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Tablo 4.13. Öğrencilerin STAI-I ve STAI-II'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.

	STAI-I		STAI-II	
	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma
Teorik eğitim sonrası ilk Ölçüm	44.94±4.76 (a)	44.24±4.49 (a)	48.24±4.12 (a)	46.54±4.04 (a)
Simülasyon Eğitimsonrası Ölçüm	42.81±4.50 (a)	44.37±5.44 (a)	44.18±6.57 (b)	42.48±5.82 (b)
Klinik uygulamaya çıkmadan önce	42.43±5.61 (a)	47.00±4.31 (b)	47.00±5.30 (a)	46.32±4.97 (a)
Klinik uygulama tamamlandıktan sonra	41.81±3.94 (b)	44.70±4.87 (a)	46.16±5.29 (b)	46.05±5.07 (a)
Test değeri	*F=4.01	*F=3.59	*F=12.32	*F=11.76
Önemlilik Değeri	p:0.011	p:0.020	p<0,001	p<0.001
Partial Eta	0.100		0.521	

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi
Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etmektedir.

Tablo 4.13.'te deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin STAI-I ve STAI-II'deneğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçları verilmiştir. Eğitim programının sonunda deney grubundaki öğrencilerin durumluluk kaygı düzeylerinde (0.100) önemsiz düzeyde etki büyüklüğü olduğu ve sürekli kaygı düzeylerine (0.521) yönelik orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.14. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin STAI-I ve STAI-II 'nin teorik eğitim sonrası, simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulama öncesi ve sonrası

ölçüm puan farklılıklarının zamana göre değişimi ve program boyunca gruplar arası değişimin değerlendirilmesi.

	STAI-I		STAI-II	
	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma
Teorik eğitim sonrası ilk Ölçüm	44.94±4.76 (a) Mean difference: 0.703	44.24±4.49 (a)	48.24±4.12 (a) Mean difference: 1.703	46.54±4.04 (a)
Simülasyon Eğitimsonrası Ölçüm	42.81±4.50 (a) Mean difference: -1.568	44.37±5.44 (a)	44.18±6.57 (b) Mean difference: 1.703	42.48±5.82 (b)
Klinik uygulamaya çıkmadan önce	42.43±5.61 (a) Mean difference: -4.568	47.00±4.31 (b)	47.00±5.30 (a) Mean difference: 0.676	46.32±4.97 (a)
Klinik uygulama tamamlandıktan sonra	41.81±3.94 (b) Mean difference: -2.892	44.70±4.87 (a)	46.16±5.29 (b) Mean difference: 0.108	46.05±5.07 (a)
Test değeri	*F=4.01	*F=3.59	*F=12.32	*F=11.76
Test ve Önemlilik Değeri	Grup F: 14450.5 Grup*Zaman F: 0.173 Zaman F: 1.946	p<0.001 p:0,004 p:0.130	Grup F: 8677.9 Grup*Zaman F: 1.287 Zaman F: 15.29	p<0.001 p:0.286 p<0.001

Farklı harfler anlamlı değişikliği ifade etmektedir.

Tablo 4.14.'te öğrencilerin STAI-I puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). STAI-I puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için bonferoni posthoc testi yapılmıştır. Bu sonuca göre deney grubundaki öğrencilerin STAI-I puan ortalamalarının sonuçları, ilk üç ölçümde benzerlik gösterirken klinik uygulamayı tamamladıktan sonra yapılan ölçümde istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p:0.019$). Kontrol grubundaki öğrencilerde ise STAI-I puan ortalamaları 1. 2. 3. ve 4. ölçümlerde benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.

Tablo 4.14.'te öğrencilerin STAI-II puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Bu farkın

nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın simülasyon eğitimi sonrası ve klinik uygulama tamamlandıktan sonraki puan ortalamalarının diğer ölçümlere göre istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.000$). Kontrol grubundaki öğrencilerde ise STAI- II puan ortalamaları 1. 3. ve 4. ölçümlerde benzerlik gösterirken 2. ölçümde istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.000$). STAI- II puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p: 0.286$).

4.2.4. ÖYE ve HKKVÖ Ölçümlerinin Değerlendirilmesi

Tablo 4.15. Deney ve kontrol grubundaki öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE ölçekleri puan ortalamalarının gruplar arası dağılımı.

	HKKVÖ ortalaması	puan ilk ölçüm	HKKVÖ ortalaması	puan ikinci ölçüm	HKKVÖ ortalaması	puan üçüncü ölçüm	HKKVÖ ortalaması	puan dördüncü ölçüm
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Deney grubu	94.29±13.20		93.32±16.00		96.08±17.62		94.59±16.01	
Kontrol grubu	93.67±12.21		94.59±11.18		99.08±14.83		96.59±12.05	
Test	t:0.21	p:0.834	t:-0.39	p:0.693	t:-0.79	p:0.431	t:-0.60	p:0.546
	ÖYE ortalaması	puan ilk ölçüm	ÖYE ortalaması	puan ikinci ölçüm	ÖYE ortalaması	puan üçüncü ölçüm	ÖYE ortalaması	puan dördüncü ölçüm
	$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$		$\bar{X} \pm SS$	
Deney grubu	86.27±10.24		85.83±12.52		82.10±13.42		84.75±12.53	
Kontrol grubu	84.78±11.44		87.18±11.81		82.40±12.01		83.40±12.72	
Test	t:0.58	p:0.558	t:-0.47	p:0.634	t:-0.10	p:0.920	t:-0.46	p:0.647

t: Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.15.'te deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'den aldıkları puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmasını yapmak amacıyla bağımsız gruplarda t testi uygulanmıştır. Yapılan analiz sonucunda her iki ölçekte de ölçeklerin toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamalarında tüm

ölçümlerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılığa neden olacak bir farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'den eğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi.

	HKKVÖ		ÖYE	
	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma	Deney Ort.±std sapma	Kontrol Ort.±std sapma
Teorik eğitim sonrası ilk Ölçüm	94.29±13.20 Mean difference: 0.62	93.67±12.21	86.27±10.24 Mean difference: 1.486	84.78±11.44
Simülasyon Eğitimsonrası Ölçüm	93.32±16.00 Mean difference: -1.27	94.59±11.18	85.83±12.52 Mean difference: 1.351	87.18±11.81
Klinik uygulamaya çıkmadan önce	96.08±17.62 Mean difference: -3.00	99.08±14.83	82.10±13.42 Mean difference: 0.297	82.40±12.01
Klinik uygulama tamamlandıktan sonra	94.59±16.01 Mean difference: -2.00	96.59±12.05	84.75±12.53 Mean difference: 1.351	83.40±12.72
Test değeri	*F:0.39	*F:2.85	*F:2.32	*F:1.74
Önemlilik Değeri	p:0.754	p:0.52	p:0.087	p:0.162
Partial Eta	0.011		0.061	

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

Tablo 4.16.'da deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'deneğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda her iki ölçekte de deney ve kontrol grubunda ölçüklerin toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamalarında ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlılığa neden olacak bir farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim programı sonunda deney grubundaki öğrencilerin klinikte karar verme becerilerine (0.011) ve öz yeterlilik düzeylerine (0.061) yönelik hafif düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

4.2.4.1. Öğrencilerin Simülasyonu Değerlendirme Durumları

Tablo 4.17. Öğrencilerin simülasyonu değerlendirme durumları.

	Evet	Hayır	Kısmen
1. Bipolar bozukluğu olan hastaya yapılan hemşirelik bakımının öğretilmesinde simülasyon eğitimi etkilidir.	37 % 100	0	0
2. Simülasyon ile eğitim almaktan memnunum.	37 % 100	0	0
3. Simülasyon eğitimi ile gerçek hastaya daha iyi bakım vereceğimi hissediyorum.	37 % 100	0	0
4. Simülasyon eğitiminden sonra gerçek hastaya bakım verirken daha az hata yapacağıma inanıyorum.	34 % 91.9	0	3 % 8.1
5. Simülasyon uygulaması gerçeği yansıtıyordu.	34 % 91.9	0	3 % 8.1
6. Simülasyon uygulamasına aktif olarak katılmak öğreticiydi.	36 % 97.3	0	1 % 2.7
7. Senaryo gerçekçiydi.	37% 100	0	0
8. Senaryo sonrası yapılan zmlleme aşaması öğrenim açısından değerliydi.	37% 100	0	0
9. Simülasyon eğitimi klinik beceri ve yeterliliklerimizin gelişmesini sağladı.	35 % 94.6	0	2 % 5.4
10. Simülasyon eğitimi kendime olan güvenimi artırdı.	30 % 81.1	0	7 % 18.9
11. Simülasyon eğitimi hastaya ya da kliniğe ilişkin korkularımı azalttı.	23 % 62.2	3 % 8.1	11 % 29.7

Tablo 4.17.'de deney grubundaki öğrencilerin simülasyon eğitimi sonrası simülasyonu değerlendirme formu ile simülasyon etkinliğini değerlendirmeleri istenmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre öğrencilerin % 62.2 'si "Simülasyon eğitimi hastaya ya da kliniğe ilişkin korkularımı azalttı." maddesine evet diyerek en düşük onay alan madde olmuştur.

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırmanın Birinci Aşaması: KDNÖ'nin Geçerlik Güvenirlik Bulgularının Tartışılması

Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı duyulan inanç ve davranışlar bireyleri birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Sağlık çalışanlarının ve sağlık eğitimi alan öğrencilerin toplumla benzer şekilde hastalara karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulunduğu bilinmektedir. Bu olumsuz tutum ve davranışları etkileyen birçok faktör olmakla birlikte yanlış inançlar ve bilgi eksikliğine bağlı gelişen korku ilk sıralarda yer almaktadır. Korku ve davranış niyetleri ölçeği bireylerin ruhsal hastalara karşı tutumlarını ölçen bir ölçektir. Araştırmanın birinci aşamasında korku ve davranış niyetleri ölçeğinin geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Geçerlik bir ölçme aracının neyi ne kadar isabetli/doğru olarak ölçtüğünü göstermektedir. Ölçme aracının geçerliliğini test etmek için birçok yöntem kullanılmaktadır (97). Bir ölçeğin geçerliliği kapsam, yapı ve görünüş geçerliği olarak ele alınmaktadır (98). Bu çalışmada dil, kapsam ve yapı geçerliği için analizler yapılmış, dil ve içerik geçerliği için uzman görüşlerine sunulmuştur. Altı öğretim üyesinden alınan uzman görüşlerine göre kapsam geçerlilik indeksi ve Kendall analizi yapılmıştır. Kendal analizine göre Kendall's W: 0.064. p:0.860, Kapsam geçerlik indeksine göre 0.83-1 arasında değişmektedir. Bir ölçeğin kapsam geçerliğinin yeterli olması için KGİ'nin 0.80 üzerinde olması gerekmektedir (99). KDNÖ ölçeğinin kapsam geçerliliği yeterli düzeydedir.

Tanımlanan bir kavramla ilgili gözlenebilecek davranışları ölçme amaçlı yapılmış ölçeklerde yapı geçerliği için faktör analizi yapılması gerekmektedir (95). Faktör analizinin yapılabilmesi için Kaise-Meyr-Olkin Measure of Sampling Adequacy (KMO) ve örneklem büyüklüğünün yeterliliği için Barlett's test of Sphericity analizi yapılmıştır. Bu teknikle elde edilen değer 1'e yaklaştıkça örneklem yeterliği yükselmekte, birden uzaklaştıkça düşmektedir. Örneklem sayısının yeterli olabilmesi için bu sayının en az 0.60 olması istenmektedir (98). KMO 0.793 olarak elde edilen çalışmada örneklem sayısının uygun olduğu görülmüş olup çalışmada bir sonraki aşama olarak doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır.

Doğrulamalı faktör analizi ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanmasında yapı geçerliliği için faktörlerin uyumunun doğrulanıp doğrulanmadığını test eden güçlü bir analiz yöntemidir. Yurt dışında geliştirilen ölçeğinin yapı geçerliliğinin, uyarlanmak istenen yeni kültürde uygun olup olmadığının saptanması için yapılmaktadır (98). Doğrulamalı faktör analizi (DFA) ölçüm aracının düzenlenmesi, geliştirilmesi ve uyarlanması çalışmalarında bir faktörü oluşturan maddelerin faktörle ilişkisinin yeterli olup olmadığını değerlendirmek amacı ile kullanılmaktadır (95,100,101). Yapısal eşitlik modelinin kullanıldığı doğrulamalı faktör analizi sonuçları (Tablo 4.3.) tüm değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve KDNÖ'nin yapı geçerliliğinin Türk kültüründe kullanılmak üzere uygun olduğunu ortaya koymaktadır.

Bir ölçme aracının kullanılabilmesi için geçerlik ile birlikte güvenilirliğinin de uygun olması gerekmektedir. Ölçme aracının ölçme hatalarından arınık olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Güvenilir bir ölçek benzer şartlarda tekrar uygulandığında benzer sonuçları vermelidir. KDNÖ ölçeğinde ilk ve ikinci uygulama arasındaki fark anlamlı olmayıp benzer sonuçlar çıktığı görülmektedir.

İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. Bu katsayı ölçeğinin güvenilirlik katsayısıdır (79). Elde edilen korelasyon katsayısı -1.00 ile +1.00 arasında bir değer almaktadır. Genel olarak bu korelasyon katsayısının pozitif yönde 0.70 ve üzerinde olması ölçeğinin değişime karşı güvenilirliğini göstermektedir (102). KDNÖ toplam puan korelasyonu 0.824 olarak bulunmuş ve yüksek ilişki olduğu belirlenmiştir.

Ölçeğinin iç tutarlılığını saptamak için kullanılan Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı, maddelerin aynı özelliği ölçüp ölçmediğini, maddelerin ölçülmek istenilen konuyla ilgili olup olmadığını değerlendirmektedir (79,96,103,104). Ölçeğinin güvenilirlik katsayısı için cronbach alfa değeri değeri 0.784 olarak saptanmıştır. Güvenilirlik çalışması için 10 maddelik ölçeği madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 1-0.824 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Alfa değeri 0.60-0.80 arasında bir değer alması ölçeğinin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (105). Giannakopoulos G ve ark. (2012) (86) yaptığı çalışmada cronbach alfa değerini 0.86, Svensson ve ark. (2011) (78) 0.80 olarak bulmuşlardır. Bu sonuçlar çalışmada kullanılan ölçeğinin **iç tutarlılık katsayısının yüksek düzeyde ve güvenilir** olduğunu göstermektedir.

Madde-toplam puan korelasyon katsayıları, test maddelerinden alınan puanlar ile testin toplam puanı arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır. Madde-toplam puan korelasyonunun pozitif ve yüksek olması, maddelerin benzer davranışları örneklediğini ve testin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Her madde için elde edilen korelasyonun yüksek olması, o maddenin ölçülen teorik yapıyla bağlantısının da yüksek olduğunu, başka bir deyişle maddenin amaçlanan davranışı ölçmede etkin ve yeterli olduğunu göstermektedir. Madde seçiminde kabul edilebilir katsayının 0.20 değerinden büyük olması önerilmektedir (79,95,96). Ölçeğin madde-puan korelasyonu 0.215-0.640 arasında olduğu ve her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçek maddelerin silinmesi durumunda ölçeğin cronbach alfa katsayısında önemli artışa neden olmadığı görülmüştür.

5.2. Araştırmanın İkinci Aşaması: KDNÖ ve İBDÖ ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması

Ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı toplumda olduğu gibi sağlık çalışanları arasında da damgalama, dışlama ve olumsuz tutumlar görülmektedir. Toplum ve sağlık çalışanlarının olumsuz inanç, tutum ve davranışları hasta ve hastalığı olumsuz yönde etkilemektedir. Tedaviden kaçmaya kadar birçok olumsuz etkiyi beraberinde getiren bu tutum ve davranışlardan uzaklaşmak için toplumdaki birçok gruba (polisler, din adamları, öğretmenler, yerel yöneticiler, hekim ve hemşireler) görev düşmekte ve bunlar arasında en önemli meslek grubu hemşireler olarak yer edinmektedir (53,106,107).

Zorunlu bir üyesi olduğu toplumun bir parçası olan hemşireler arasında da ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı olumsuz inanç, tutum ve davranışlar büyük oranda görülmektedir. Bu olumsuz inanç ve davranışlarını “güvenlik algıları” ve daha önce psikiyatri hemşireliği dersi veya eğitimi alma durumları” etkilemektedir. Ancak psikiyatri hemşireliği dersi alan hemşirelerin de hastalara karşı olumsuz tutum ve davranışlar geliştirdiği belirlenmiş olup, teorik derslerin yeterli olmadığı, psikiyatri hemşireliği derslerinin uygulama temelli olarak yeniden yapılandırılması gerektiği savunulmaktadır (108). Bu çalışmada eğitim ve simülasyon uygulamaları birlikte yapılarak simülasyonun etkileri değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda Tablo 4.10.'da ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı korku ve davranış niyetleri genel puan ortalamalarının deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubunda simülasyon sonrası ve klinik uygulamaya çıkmadan önce KDNÖ puan ortalamalarının ilk ölçüme göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Simülasyon uygulamasına katılmamış olan kontrol grubunda teorik eğitim ve klinik uygulamaya çıkma durumunda korku ve davranış niyetleri puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Psikiyatri klinik uygulamalarına başlamadan önce öğrenciler korku ve tedirginlik duyguları yaşamaktadırlar (6). Simülasyon uygulamasına katılmayan öğrencilerin puan ortalamalarının yüksek çıkmasına bu yaşanan korku ve tedirginlik duygusunun sebep olduğu düşünülmektedir. Korku ve davranış niyetleri genel puan ortalamalarının grup ve zaman etkilesimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Öğrencilerin klinik uygulamaya çıkarak hasta ile etkileşime girmesinin hasta ve hastalığa karşı olan tutumlarında olumlu değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir (109). Ancak standart hasta ile çalışan öğrencilerdeki tutum değişiklikleri daha yüksek olmuştur.

Olumsuz inanç, tutum ve davranışlar hastaları birçok yönden etkilemekte, tedaviyi istemediği, yardım aramadığı, işlevselliği azalttığı ve toplumdaki uzaklaşmasına neden olarak sosyal izolasyon oluşturduğu bilinmektedir. Olumlu tutum ve davranışlar ise hasta ve yakınlarını birçok yönden desteklemektedir (106,110). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin de olumsuz tutum ve davranışlarının değiştirilmesi önemli olmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı olumsuz tutum ve davranış gelişmesini etkileyen faktörler arasında bilgi eksikliği yer almaktadır. Yanlış yargıları değiştirmeye yönelik geniş eğitim programlarının yapılması ve klinik uygulamalara yer verilmesi tutum ve davranışlarda değişiklik oluşturulmasında etkili olmaktadır (55,86,108,112,113,114). Bilgi ve becerilerin artması bireylerde algıyı da değiştirmektedir (11).

Theddeus Iheanacho ve ark. 2014 (112) tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada, eğitimlerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı gösterdikleri tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini incelemiştir. Sonuç olarak düşük ve orta gelirli ülkelerdeki yapılan eğitim programlarının sağlık stajyerlerinin tutum ve davranışları üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu ve pozitif yönde anlamlı

değişiklikler sağladığını belirlemişlerdir. Giannakopoulos ve ark. 2012 (86) da lise öğrencileri ile yaptığı çalışmada teorik eğitimler ve atölye çalışmalarını içeren eğitim programlarının ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı oluşan korku ve davranış niyetlerine etki ettiğini bildirmişlerdir.

Gyllensten ve ark. 2011 (55) yaptığı çalışmada teorik eğitim programlarının ruhsal bozukluğu olan hastaya karşı tutum ve davranışlar üzerindeki etkisini değerlendirmişler ve çalışmaya hemşire, sosyal çalışmacı, fizyoterapist, psikolog ve halk sağlığı öğrencilerini dahil etmişlerdir. Farklı sağlık meslek mensupları arasında bir farklılık bulunmazken, eğitimlerin tüm grupta korku duygusunu azalttığı ve özellikle aynı mahallede yaşama ve komşu olma tutumlarının arttığını belirlemişlerdir. Özellikle korku duygusu önyargı haline gelebilecek damgalamanın duygusal bir yönü olmaktadır (55). Hastalık sürecinin bilinmesinin ve hasta ile temas edilmesinin bu yaşanan korku ve onu izleyen damgalama duygularını azalttığı düşünülmüştür.

Markström ve ark. (2009) hemşirelik öğrencilerine uygulanan eğitim programları sonrasında ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı korku ve davranış niyetlerini belirlemeyi hedeflemişler ve buna uygun eğitim programı planlamışlardır. Sonuçta ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı korku ve davranış niyetleri toplam puanının ($p < 0.001$) damgalamayan tutumlar yönünde değişikliğe neden olduğu, korku duygusu, mahallede hastanın bulunmasını kabul etme, komşuluk ve arkadaşlık etme, bu hastaları davet etme ve ziyaret etme tutumlarında olumlu yönde değişiklik olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelik öğrencilerine uygulanan eğitim programlarında öğrencilerin hasta ile çalışmaları esnasında bir süpervizör tarafından değerlendirilmeleri önerilmektedir (113). Markström ve ark. (2009) ancak klinik uygulamadaki çevresel faktörler, personel sayısı, ortam gizliliği gibi birçok nedenden dolayı öğrenciler yeterince gözlemlenememekte ve değerlendirilememektedir.

Simülasyon uygulamaları gerçeğe yakın ortamda gerçeğe yakın vakaları içeren senaryolar ile öğrenci ve eğitimcilerin bir arada çalışmasını, öğrencilerin eğitimciler tarafından değerlendirilmesini, bakımdaki aksaklıkları tespit ederek öğrenci ile tartışabilmeyi ve tüm bunlar ile öğrenciyi güçlendirmeyi sağlamaktadır (9,11,12,18,115,116). Bununla birlikte Sun ve ark. 2014 (117) ruhsal bozukluğu olan hastalar ile doğrudan kişisel temas kurmanın damgalama üzerinde etkili olduğunu,

ancak sağlık çalışanlarının bu hastalar ile temastan kaçındığını vurgulamaktadır. Bu nedenle gerçek hasta üzerinde kazanılmayan deneyimlerin güvenli, sakin ve pozitif ortamda gerçeğe yakın simülasyon uygulamaları ile kazanılması uygun olmaktadır (9,11,12). Simülasyon uygulamaları arasında en sık kullanılan yöntemlerden biri olan standart hasta kullanımı özellikle hemşirelik ğrencilerinin klinik uygulamaya çıkmadan önce yaşadıkları korku ve kaygı duygularını azaltmaktadır (47,115). Sideras ve ark. 2015 (47) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerini şizofreni vakasını canlandıran standart hasta ve ses işitme yöntemi ile yapılan simülasyon uygulamaları ile alıştırmışlar ve çalışmada hastaları topluma yeniden kazandırmayı öğretmeyi ve kronik hastalıkla mücadele için birey ve aileye destek olmayı öğretmeyi hedeflemiştir. Sonuçta korku ve davranış niyetleri lđđi puan ortalamalarının deney grubunda: 17.21, kontrol grubunda ise 18.75 olarak bulmuşlardır. Korku ve davranış niyeti lđđi puanından yüksek alan öğrencilerin klinik uygulamada hasta ile etkileşimlerinin daha zayıf olduğunu bildirmişlerdir. Korku ve davranış niyetleri lđđi puan ortalaması düşük olan bireylerin ruhsal bozukluğu olan hastalara karşı daha olumlu tutumlarının olduğu bilinmektedir (47,55,109,112,113,116,117).

Sonuçlara göre; “ğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin korku ve davranış niyetlerine etkisi olacaktır.” H_1 hipotezi, “Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin korku ve davranış niyetlerinde gruplar arasında fark olacaktır.” H_1 a) hipotezi ve “Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.” H_1 b) hipotezi araştırma sınırlılıkları içinde kabul edilmiştir.

Benner'in (1984/2001) teorisi, gerçek yaşam koşullarının sağlanmasının öğrenciye yardımcı olabileceğini söylemektedir. Benner'e göre hemşirelik için gerekli yeterliliğin sağlanması ve geliştirilmesi deneyimsel öğrenme ile birlikte olmaktadır. Benner “yüksek riskli durumlarda tecrübeli öğrenme için destekleyici öğrenme ortamları ve cesaret gerektirir” demiştir. Simülasyon uygulamaları risk olmadan öğrenme için ideal bir yöntemdir (115). Simülasyon, ğrenme esnasında öğrencilerin güçlü ve zayıf yönlerinin belirlenerek, öğrencilerdeki eksikliklerin tamamlanabilmesini sağlamaktadır. Yeni bilgi ve beceriler iletişim tekniklerinin de gelişmesine katkı sağlamaktadır (115).

İletişim becerileri psikiyatri hemşiresinin yeterlilikleri arasında bulunması gereken bir yetkinliktir, terapötik iletişim hemşirelik bakımının kalitesini, hasta

uyumunu ve hasta memnuniyetini artırmaktadır ve eğitim müfredatlarında iletişim becerileri eğitimlerinin olması istenmektedir (15,20). Hasta ile hemşire arasındaki etkileşimin temel bileşeni olan iletişim, formal eğitimden ziyade uygulama ve deneyimler ile kazanılmaktadır. Ruhsal hastalığı olan bireyler ile iletişime geçmek öğrenciler için zor olmaktadır ve iletişim esnasında güven eksikliği ile kaygı duyduklarını ifade etmektedirler. Ancak simülasyon ile eğitim alan öğrenciler zor olan bu iletişimi daha kolay başaracaklarına inanmakta, hasta ile iletişime geçmek için daha istekli olmakta, gerçek hastada var olan çevresel baskı simülasyon ortamında daha az olduğu için öğrenciler önceki deneyimlerini daha rahat kullanabilmekte ve bu sayede daha etkili iletişim kurabilmektedirler (8,15,64). Ruhsal hastalığı olan bireylere etkili hemşirelik bakımı verilmesinde en önemli araç olan iletişim tekniklerini kazanabilmeleri için öğrencilerin kliniğe çıkmadan önce simülasyon ile çalışmalarını önerilmektedir (63,64). Standart hasta ile çalışmak, hasta-hemşire arasındaki iletişim, ekip içi iletişim ve akran değerlendirmeleri arasındaki iletişimin gelişmesine katkı sağlamaktadır (20). Bunun yanında bu yöntemde öğrenciler hem hasta hem de hemşire rolünde oynayabilmekte ve genellikle iletişim becerileri eğitiminde kullanılmaktadır (40).

Tablo 4.11.'de belirtildiği gibi öğrencilerin İBDÖ puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Ölçümler arasında zamana göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.001$). Deney grubunda İBDÖ ilk ölçüm puan ortalamalarının simülasyon eğitimi sonrası, klinik uygulamaya çıkmadan önce ve sonra olmak üzere yapılan tüm ölçümlerden daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.000$). Kontrol grubundaki öğrencilerin İBDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. İBDÖ puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$).

Sedghi ve ark. (63) (2014)'ın yaptığı çalışmada simülasyondan önce tüm öğrencilere terapötik iletişim becerileri eğitimi verilmiş ve eğitimden sonra öğrencilerin iletişim becerileri puanlarının 0-33 arasında değiştiğini bulunmuştur. Simülasyon eğitimi sonrasında ise katılımcıların %75'inin iletişim becerileri puanlarının 67-100 arasında değiştiğini bildirmişler ve simülasyon eğitimi öncesinde

ve sonrasında terapötik iletişim becerileri arasındaki farklılığın anlamlı olduğunu belirlemişlerdir ($t = -22.530$, $p < 0.001$).

Macleay ve ark. 2017 (119) yaptığı çalışmada standart hasta ve iletişim ile ilgili çalışmaları gözden geçirmiş ve standart eğitim programları ile standart hasta kullanılarak yapılan simülasyon uygulamalarının karşılaştırıldığı çalışmalarda standart hasta uygulamalarının öğrenci hemşirelerin sözel ve sözel olmayan iletişim becerileri üzerinde daha etkili olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada da simülasyon uygulaması yapan grubun iletişim becerilerinde gelişme sağlanırken kontrol grubunda ilk ölçümler ile diğer ölçümler arasında herhangi bir değişiklik tespit edilememiştir. Simülasyon uygulamalarının iletişimin becerilerinin gelişimine katkı sağladığı birçok çalışmada ortaya çıkartılmıştır (9,14,20,61,63-64,93,118,120-122). Özellikle çözümlenme aşamasında yapılan akran değerlendirmelerinin, kendi iletişim becerilerini tekrar tekrar izleyebilmelerinin ve en iyiye nasıl ulaşabileceğine yönelik yapılan tartışmaların öğrencilerin iletişim becerilerinin gelişimine katkı sağladığı düşünülmüştür.

Sonuçlara göre; “Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin iletişim becerilerine etkisi olacaktır.” H_2 hipotezi, “Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin iletişim becerilerinde gruplar arasında fark olacaktır.” H_2 a) hipotezi ve “Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.” H_2 b) hipotezi araştırma sınırlılıkları içinde kabul edilmiştir.

Becker ve ark. 2006 (123) hemşirelik öğrencileri ile yaptığı karşılaştırmalı çalışmada standart hasta ile çalışan öğrencilerin deneyimlerinin olumlu olduğunu, ancak iki grup arasında iletişim becerileri açısından (standart eğitim programı ve standart hasta ile çalışma) istatistiksel olarak bir farklılık bulunmadığını ifade etmişlerdir. Malky ve Amrosy (2016) (122) simülasyon deneyimlerinin psikiyatri hemşireliği öğrencilerinde psikiyatri kliniği rotasyonu öncesindeki etkilerini değerlendirmişlerdir. Öğrencilerin klinik öncesi yaşadıkları kaygı duygusunu, terapötik iletişim becerilerini, hasta değerlendirmesini incelemişlerdir. Üç değişken içinde deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Simülasyon uygulaması yapan grubun kontrol grubuna göre, kaygı düzeylerinin daha düşük, iletişim beceri puanlarının daha yüksek ve öğrencilerin psikiyatrik değerlendirme puanlarının daha yüksek olduğunu ifade etmişlerdir. İletişim becerileri puan

ortalamalarının deney grubunda 24.2, kontrol grubunda 10.8 olduğunu belirlemişler ve istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu bulmuşlardır.

21 yaşındaki daha önce hiç ruhsal bozukluğu olan hastaya bakım vermemiş ve ailesinde ruhsal bozukluğu olan herhangi bir birey bulunmayan kadın öğrencinin “*Simülasyondan önce psikiyatri hastalarından korkacağımı düşünüyordum. Endişelerim vardı. Ancak korkulacak ve endişe edilecek bir durumun olmadığını anladım.*” ifadesi de bulgularımızı desteklemektedir. Alexander ve ark. 2018’in (124) yaptığı nitel çalışmadan elde ettikleri temalardan biri öğrencilerin tutum ve davranışlarındaki damgalamayı azaltmada simülasyonun rolü olarak karşımıza çıkmaktadır. Öğrencilerin farkında olmadıkları bir damgalama duygusunun olduğu ve simülasyon ile bunların azaldığı ifade edilmiştir.

5.3. STAI-I ve STAI-II Ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması

Hemşirelik öğrencilerinde üniversitelerdeki genel popülasyona göre kaygı düzeyleri daha yüksek olmaktadır. Hasta bireyler ile karşılaşma, uzun süre klinik uygulamalarda bulunma ve eğitimi yapısı öğrenci hemşirelerin kaygı düzeyini etkilemektedir. Hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyinin yüksek olması sağlıklarını, akademik başarılarını, ekonomik durumlarını olumsuz etkilemekte ve öğrencilerin gelecekte işgücü performanslarının düşmesine, tükenmişliğe ve hasta bakım kalitelerinin azalmasına neden olabilmektedir. Eğitimcilerin, yöneticilerin ve kurum politikalarını düzenleyen bireylerin geleceğin hemşireleri olan öğrencilerin kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin ve kaygının etkilerinin farkında olmaları gerekmektedir. Öğrenim aşamasının her düzeyinde pozitif çalışma ortamları düzenlenmeli ve kaygıyı azaltıcı stratejiler uygulanmalıdır (51,125). Bazı kliniklerde kaygıyı artırıcı faktörlerin daha çok olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşireliği dersi klinik uygulamalarına giden öğrenciler arasında kaygı çok sık görülmektedir. Standardize hasta yöntemi kullanılarak eğitim almış öğrencilerin kliniğe uygulamaya çıktıklarında, ruhsal hastalığı olan hasta ile etkileşimi esnasında kaygıları daha az olmakta ve özgüvenleri artmaktadır. Ruh sağlığı simülasyonlarından standardize hasta simülasyonu eğitimlerine katılan öğrencilerle yapılan çalışmalarda öğrencilerin; hasta ile görüşme deneyimlerinin, hastaların

şikâyetlerini değerlendirebilme yetilerinin ve terapötik iletişim becerilerinin geliştiği, güven duygusunun arttığı, kaygı düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir (40,45,46).

Bu çalışmada da Tablo 4.13'te öğrencilerin STAI-I ve STAI-II puan ortalamalarına bakıldığında bütün ölçümlerde orta düzey kaygıların olduğu ile birlikte, deney ve kontrol grupları arasında ve grup içinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). STAI-I puan ortalamalarının grup ve zaman etkilesimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubundaki öğrencilerin STAI-I puan ortalamalarının sonuçları, ilk üç ölçümde benzerlik gösterirken klinik uygulamayı tamamladıktan sonra yapılan ölçümde istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p:0.019$). Öğrencilerin STAI-II puan ortalamalarının sonuçlarına göre ise simülasyon eğitimi sonrası ve klinik uygulama tamamlandıktan sonraki ölçümlerin diğer ölçümlere göre istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.000$). Klinik uygulamadan sonra öğrencilerin rotasyonlarının tamamlanmış olması durum kaygı düzeylerinin düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Kontrol grubundaki öğrencilerde STAI- I puan ortalamaları 1. 2. 3. ve 4. ölçümlerde benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. STAI- II puan ortalamaları 1. 3. ve 4. ölçümlerde benzerlik gösterirken 2. ölçümde istatistiksel olarak grup içinde değişime neden olacak şekilde düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.000$) (Tablo. 4.14.). STAI- II puan ortalamalarının grup ve zaman etkilesimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p:0.286$). Kontrol grubundaki ikinci ölçüm teorik eğitimin üzerinden belli bir süre geçmiş olması ve klinik uygulamaya çıkmak için de belli bir sürenin varlığı öğrencilerin kaygı düzeylerinin düşmesine neden olmuştur.

Deney grubunda standart hasta ile çalışan bir öğrenci “*Teorikte öğrendiğimiz bilgileri uygulama fırsatı yakaladık. Stajda yaşayacağımız ilk anksiyeteyi simülasyonda yaşadık. Klinikte hastaya daha rahat yaklaşacağımızı ve daha etkin rol oynayacağımızı düşünüyorum. Simülasyon eğitimlerinin artırılmasını temenni ediyorum.*” İfadelerinde bulunarak simülasyon kaygı düzeyi üzerindeki etkisine yönelik bulgularımızı desteklemektedir.

Dearmon ve ark. 2012 (126) yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya çıkmadan önce dahil oldukları oryantasyon eğitimlerini standart hasta ile yapmışlardır. Öğrencilerin algıladıkları stres, bilgi edinme düzeyleri, kendine güven ve memnuniyetleriyle kaygı düzeylerinde olumlu yönde değişiklikler meydana gelmiştir. Işık ve Kaya 2014 (127) öğrenci hemşirelere psikomotor beceri eğitimine simülasyonun etkisini değerlendiren çalışmalarında bizim çalışmaya benzer sonuçlar elde etmiştir. Deney grubunda grup içi ve gruplar arası anlamlı farklılıklar var iken kontrol grubunda ölçümler arasında herhangi bir farklılık tespit edilememiştir.

Kameg ve ark. 2014 (70) yaptığı çalışmada hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya çıkmadan önce standart hasta ile çalışması sağlanmıştır. Deney grubunda STAI-I ve STAI-II düzeylerinde simülasyon öncesi ve sonrası ölçümler arasında fark elde edilmiştir. Ruhsal bozukluğu olan hastayı canlandıran standart hasta ile çalışan öğrenci hemşirelerin kaygı düzeylerinde azalma olmaktadır (17,20,128,129). Kaygı düzeyinin yüksek olması öğrencilerin performanslarının düşmesine, algı düzeylerinin azalmasına ve hasta güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olmaktadır (126). Bu nedenle klinik uygulamalardan önce öğrencilerin kaygı düzeylerini etkileyen faktörleri azaltıcı stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

Sonuçlara göre; “Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin kaygı etkisi olacaktır.” H₃ hipotezi, “Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin kaygı düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.” H₃ a) hipotezi ve “Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.” H₃ b) hipotezi araştırma sınırlılıkları içinde kabul edilmiştir.

5.4.HKKVÖ ve ÖYE Ölçümlerine ilişkin bulguların tartışılması

Hemşirelik bakımının uygulanmasında bir problem çözme basamağı olarak kabul edilen klinik karar verme becerisi hemşirelik öğrencilerinin geliştirmesi gereken beceriler arasında yer almaktadır. Bunun yanında özyeterlilik duygusu yüksek olan bireylerin kendilerine güven duyarak zorluklarla mücadele edebildikleri ve buna uygun kararlar aldıkları bilinmektedir. Bu çalışmada standart hasta ile çalışan öğrencilerin klinik karar verme becerilerinin ve özyeterlilik duygularının etkilenip etkilenmediğine de bakılmıştır.

Tablo 4.16.'da deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'deneğitim programı boyunca aldıkları puanların grup içi değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tekrarlı ölçümlerde varyans analizi sonuçları verilmiştir. Yapılan analiz sonucunda her iki ölçekte de deney ve kontrol grubunda ölçeklerin toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamalarında ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlılığa neden olacak bir farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$). Standart hasta ile yapılan simülasyon uygulamaları sonrasında eğitimin deney grubundaki öğrencilerin klinikte karar verme becerilerine (0.011) ve öz yeterlilik düzeylerine (0.061) yönelik hafif düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur. Etki düzeyinin düşük çıkması ile gruplararası ve grup içi HKKVÖ ve ÖYE puan ortalamaları arasında anlamlı farklılığın olmayışı sonuçları birbirini desteklemektedir.

Bizim çalışmanın bulgularının aksine Choi ve ark. 2016 ve kameg ve ark. 2010 standart hasta ile yaptıkları çalışmalarda simülasyonun özyeterlilik düzeylerinde yükselmeye neden olduğunu belirlemişlerdir (20,75,76,77). Felton ve Wright 2017 (130) simülasyon uygulamalarını psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde kullanmanın kompleks durumlarla karşılaşan öğrencilerin karar verme becerilerini artırdığını ifade etmişlerdir.

Sonuçlara göre; “Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin klinikte karar verme düzeylerine etkisi olacaktır.” H_4 hipotezi, “Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin klinikte karar verme düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.” H_4 a) hipotezi ve “Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.” H_4 b) hipotezi red edilmiştir.

Sonuçlara göre; “Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin öz etkililik-yeterlilik düzeylerine etkisi olacaktır.” H_5 hipotezi, “Simülasyon eğitimi sonrası öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeylerinde gruplar arasında fark olacaktır.” H_5 a) hipotezi ve “Deney grubunda uygulama öncesi ve sonrası fark vardır.” H_5 b) hipotezi red edilmiştir.

İstatistik analizleri sonuçlarına göre HKKVÖ ve ÖYE puan ortalamalarında herhangi bir anlamlılık olmamasına rağmen; simülasyon sonrasında öğrencilerin

simülasyonu değerlendirmeleri istenmiş ve değerlendirme sonucunda olumlu geribildirimler yer almıştır. Bu ifadelerden bazılarına yer verilmiştir.

“Kendine yardım edemeyen bir birey var ve ona yardım edebilmem için bazı yeteneklere sahip olmam lazım.” “Klinikte nasıl bir hasta profili ile karşılaşacağımı görmüş oldum. Bilgi ve deneyimlerimin artmasını sağladı.” “Bipolar bozukluğu olan hasta ile karşılaştığımda neler yapmam gerektiğini öğrendim. Bipolar belirtilerini birebir gördük ve teoriyi uygulamaya aktardık.” Bu ifadeler öğrencilerin hastaları canlandıran standart hastalar ile hastalığın klinik tablosunu görebilmeleri ve neler yapacaklarını öğrenmelerini desteklediği anlaşılmaktadır. Alexander ve ark. 2018’in (124) yaptığı çalışmada bulunan temalardan birisi de teorik bilgi ve uygulama arasında standart hastaların köprü olduğu şeklinde olmaktadır. Psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde standart hasta kullanılarak yapılan nitel çalışmalarda öğrencilere kliniğe çıkmadan önce pozitif ve güvenli bir ortam sağlanması, öğrencilerin bilgi, beceri ve deneyimlerini artırması, teori ile uygulama arasında bağlantı sağlaması, öğrencilerin otonomilerini kullanmaları, klinik yönetimlerinin ve karar verme becerilerinin gelişmesi ve profesyonelleşme konusunda gelişmenin oluştuğu ile ilgili temalar elde edilmiştir (130,131).

“Yanlış uygulamaları ve etkilerini gördüm. Kendi güçlü ve zayıf yönlerimi fark ettim ve güçlendirmem gerektiğini düşünüyorum. Etkili iletişimin önemini anladım.” Başka bir öğrenci; “hastaya yaklaşımda yaptığımız yanlışları görmemizi ve onları düzeltmemizi sağladı. Hastaların özelliklerini görmemizi ve yaklaşımları öğrenmemizi sağladı.” “Teorik bilginin uygulanabilmesi için her konu ile ilgili simülasyon eğitimleri yer almalıdır.” “Dersler daha interaktif ve öğretici oldu. Daha kalıcı ve eğlenceliydi. Staj öncesi zorunlu bir eğitim olmalı, kendi durumuzu hakkında öngörü sahibi olmamızı sağladı. Staja hazırlık oldu, teorik dersleri tamamlayıcı oldu.” Bu ifadeler ile öğrencilerin farkındalıklarının geliştiği söylenebilir. Aynı zamanda simülasyon eğitimlerinin diğer dersler ve konularda da yapılmasının uygun olacağını düşündürmektedir.

Simülasyon uygulamaları özellikle standart hasta kullanımı ruhsal bozukluğu olan hastaya bakım vermeden ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasına çıkmadan önce birçok yarar sağlamak ve öğrenci memnuniyetlerini artırmaktadır. Bu uygulamalara katılan öğrencilerin özgüvenleri yükselmekte, anksiyete düzeyleri

azalmakta, tutum ve davranışlarındaki damgalama azalmakta, öğrencilerin teorik bilgisi ile klinik uygulama becerileri arasında köprü görevi görmekte, öğrencilerin sınıfta öğrendikleri becerileri klinğe uyarlayabilmelerini sağlamakta ve öğrencilerden alınan geri bildirimlere göre standart hasta uygulamalarının tüm ders ve içeriklerde devam etmesini isteme yönünde olmaktadır (124,132, 133). Bipolar bozukluk gibi ruhsal bozukluğu olan bireye yaklaşımda simülasyon uygulamalarının gerçekçi ve pozitif ortamlarda ortamlarda, öğrencilerin bilgi, beceri ve deneyim kazanmasını sağlamak yenilikçi bir öğretim metodu olarak karşımıza çıkmaktadır (134). Standart hasta uygulamalarının psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde çok önemli bir yere sahip olduğu ve kilit rol oynadığı görülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı yaşanan korku ve davranış niyetlerini ölçen KDNÖ'nin geçerlik güvenirlik çalışması kapsamında yapılan istatistiksel analizlere göre KDNÖ'nin ülkemizde geçerli ve güvenilir olarak kullanılabilir kısa bir araç olduğu saptanmıştır. Sonuçlara göre;

- Kendal analizine göre Kendall's W: 0.064. p:0.860, Kapsam geçerlik indeksine göre 0.83-1 arasında değişmektedir. KDNÖ ölçeğinin kapsam geçerliliği yeterli düzeydedir.
- Yapısal eşitlik modelinin kullanıldığı doğrulayıcı faktör analizi sonuçları (Tablo 4.3.) tüm değerlerin kabul edilebilir düzeyde olduğunu ve KDNÖ'nün yapı geçerliliğinin Türk kültüründe kullanılmak üzere uygun olduğunu ortaya koymaktadır.
- İki uygulamadan elde edilen ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında korelasyon katsayısı hesaplanmaktadır. KDNÖ toplam puan korelasyonu 0.824 olarak bulunmuş ve yüksek ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Ölçeğin güvenirlik katsayı için cronbach alfa değeri değeri 0.784 olarak saptanmıştır. Güvenirlik çalışması için 10 maddelik ölçeği madde-toplam puan korelasyonlarına bakıldığında, 1-0.824 arasında ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Alfa değeri 0.60-0.80 arasında bir değer alması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir.

Hemşirelik öğrencilerinde bipolar bozukluğu olan hastaya yaklaşıma yönelik simülasyon eğitiminin etkisinin incelenmesine ilişkin sonuçlar

- Standart hasta ile yapılan simülasyon eğitimleri ile öğrencilerin korku ve davranış niyetleri ölçeği puanları düşmüştür. Simülasyon eğitimi almayan öğrencilerin korku ve davranış niyeti puanlarında klinik uygulama öncesinde yükselme belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

- Öğrencilerin İBDÖ puan ortalamalarına göre deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Simülasyon eğitimleri öğrencilerin İBDÖ puan ortalamalarını yükseltmiştir.

- Öğrencilerin STAI-I ve STAI-II puan ortalamalarına bakıldığında bütün ölçümlerde orta düzey kaygılarının olduğu ile birlikte, deney ve kontrol grupları arasında ve grup içinde istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Standart hasta ile yapılan simülasyon eğitimi sonrasında öğrencilerin durumluk kaygı düzeyleri klinik uygulama öncesinde ve sonrasında kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Sürekli kaygı düzeyi puanlarının klinik uygulama sonrasında her iki grupta da düştüğü ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

- Deney ve kontrol grubunda yer alan öğrencilerin HKKVÖ ve ÖYE'den eğitim programı boyunca aldıkları toplam puan ortalamaları ve alt ölçek puan ortalamalarında ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlılığa neden olacak bir farklılık çıkmamıştır ($p>0.05$).

- Eğitim programı sonunda deney grubundaki öğrencilerin korku ve davranış niyetlerine (0.53), iletişim becerilerine (0.48) ve sürekli kaygı düzeylerine (0.528) yönelik orta düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

- Eğitim programının sonunda deney grubundaki öğrencilerin durumluluk kaygı düzeylerinde (0.100), klinikte karar verme becerilerine (0.011) ve öz yeterlilik düzeylerine (0.061) hafif düzeyde etki büyüklüğü olduğu bulunmuştur.

- Öğrencilerin bipolar hastalığı olan hastaya yaklaşımda bulunurken simülasyon eğitiminin etkisi olacaktır. Öğrencilerin korku ve davranış niyetleri değişecek, iletişim becerileri gelişecek, kaygı düzeyleri azalacaktır.

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre şu öneriler sunulmuştur:

- Psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde standart hasta ile simülasyon uygulamalarının yapılması,

- Bipolar bozukluğu olan hastaya hemşirelik yaklaşımına y6nelik eğitimlerde standart hasta kullanılması,
- Bipolar bozukluk dışında da psikiyatrik tanılara ve bu tanılara uygun hazırlanan senaryolara yer verilmesi,
- Bipolar bozukluğu olan hastaya hemşirelik yaklaşımında sim6lasyonun etkisinin hastayı değerlendirme, teorik bilgi, empati becerisi ve 6zg6ven değişkenleri y6n6nden incelenmesi,
- Klinik uygulamaya 7ıkmadan 6nce sim6lasyon 7alışmasının yapılması,
- Farklı sim6lasyon y6ntemleri ve farklı tanılar ile karşılaştırmalı 7alışmaların yapılması 6nerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Varcarolis EM. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2010, Sixth Edition S:280-305.
2. Engin E. *Duygudurum Bozukluklarında Bakım Sanatı*, Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics, 2015,1(1):60-6.
3. Öztürk O. *Duygulanım Bozuklukları*, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 8. Basım. Ankara: 2001; 291-342.
4. Galmessa A. *Affective Disorders (Mood Disorders)*. Psychiatric Nursing. 2004: In collaboration with the Ethiopia Public Health Training Initiative. The Carter Center. the Ethiopia Ministry of Health. and the Ethiopia Ministry of Education 60-72.
5. Engin E, Çuhadar D. Bipolar Bozukluk, İçinde: Çam O ve Engin E. (editör). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014: 369-410. 277-312.
6. Özbaş D. Buzlu S. Hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hemşireliği dersine ve psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin düşünceleri, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2011, 14(1):31-40.
7. Dil S, Aykanat B. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Durumlara Yaklaşma ve Kaçınma Motivasyon Düzeylerine Etkisi, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(3):125-130.
8. Öner H, Kızılkaya M. Öğrencilerin Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Dersinin Klinik Uygulamasına İlişkin Yeterlilik Algıları, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017, 20:1.
9. Brown AM. Simulation in under graduate mental health nursing education: A literatür review, *Clinical Simulation in Nursing*, 2015, 11(10):445-449. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.08.003>.

10. Terzioğlu F. Kapucu S. Özdemir L. Boztepe H. Duygulu S. Tuna Z. Akdemir N. Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2012, 16-23.
11. Brown JF. Applications of simulation technology in psychiatric mental health nursing education, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15:638–644.
12. Guise V. Chambers M. Valimaki M. What can virtual patient simulation offer mental health nursing education?, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, 19:410–418.
13. Alinier G. A typology of educationally focused medical simulation tools, *Medical Teacher*, 2007, 29(8):243-250.
14. Hammer M. Fox S. Hampton MCD. Use of a Therapeutic Communication Simulation Model in Pre-Licensure Psychiatric Mental Health Nursing: Enhancing Strengths and Transforming Challenges, *Nursing and Health*, 2014, 2(1):1-8. doi:10.13189/nh.2014.020101.
15. Kameg K. Mithell AM. Clochesy J. Howard VM. Suresky J. Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing, *Issues in Mental Health Nursing*, 2009, 30:503–508. doi: 10.1080/01612840802601366
16. Crider MC. McNiesh S. Integrating a Professional apprenticeship model with clinical simulation for psychiatric nursing students, *Journal of Psychosocial Nursing*, 2011, 49(5):42-49. doi:10.3928/02793695-20110329-01.
17. Szpak JL. Kameg KM. Simulation decreases nursing student anxiety prior to communication with mentally ill patients, *Clinical Simulation in Nursing*, 2013, 9(1):13-19. doi:10.1016/j.ecns.2011.07.003.
18. Ellis DM. Brou R. King R. Tusa P. Psychiatric simulation on a budget, *Clinical Simulation in Nursing*, 2015, 11(11):469-471. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.09.002>.

19. Hermanns M. Lilly ML. Crawley B. Using clinical simulation to enhance psychiatric nursing training of baccalaureate students, *Clinical Simulation in Nursing*, 2011, 7:41-46.
20. Kameg K. Howard VM. Clochesy J. Mitchell AM. Suresky JM. The Impact of High Fidelity Human Simulation on Self-Efficacy of Communication Skills, *Issues in Mental Health Nursing*, 2010, 31:315–323. doi: 10.3109/01612840903420331.
21. Rutherford-Hemming T. Simulation Methodology in Nursing Education and Adult Learning Theory, *Adult Learning*, 2012, 23(3):129-137. doi: 10.1177/1045159512452848.
22. Yüksel N. *Ruhsal Hastalıklar*, MN Medikal&Nobel, 2006:143-176.
23. Swan J. *Bipolar Disorder*. Wild Iris Medical Education. Inc.All Rights Reserved. <https://wildirismedicaleducation.com/courses/504/Bipolar-Disorder-CEU-Wild-Iris-Medical-Education.pdf> Erişim tarihi 09.03.2017 st: 11:50
24. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, *Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi*, 2008, 62:59-84.
25. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> Erişim tarihi: 31.03.2017 st:11:00
26. Vahip S. Bipolar Depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 2004, ek1:41-44
27. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/bipolar-disorder-among-adults.shtml> Erişim tarihi: 09.03.2017 st:14:30
28. American Psychiatric Association (APA) 2017. <https://www.psychiatry.org/patients-families/bipolar-disorders/what-are-bipolar-disorders>. Erişim tarihi:07.04.2017 st:10:20

29. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®), *American Psychiatric Pub. Arlington. VA.* 2013. pg:123-154.
30. Boyd MA. *Psychiatric Nursing.* 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2008:365-390.
31. Fiorillo A. Sampogna G. Del Gaudio L. Luciano M. Del Vecchio V. Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder:a review of the literature, *Journal of Psychopathology*, 2013, 19:134-142.
32. Reinares M. Colom F. Rosa AR. Bonnín CM. Sole B. Kapczinski F. Vieta E. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation, *Journal of Affective Disorders*, 2010, 123(1-3):81-86.
33. Settineri S. Rizzo A. Liotta M. Caregiver's burden and quality of life: caring for physical and mental illness, *International Journal of Psychological Research*, 2014, 7(1):30-33.
34. Acar G, Buldukoğlu K. Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Relapslara Etkisi: Sistematik Bir Derleme, *Psikiyatride G¼ncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(4):310-329. doi: 10.5455/cap.20131215112300.
35. Loich M. Vazquez GH. Alvarez LM. Tamayo JM. Psychosocial interventions in Bipolar Disorder: A review, *Actas Esp Psiquiatr.*, 2012, 40(2):84-92.
36. ¼zcan A. Duygu Durum (Mizaç) Bozuklukları. İçinde: Kum N. (editör). *Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı*, 2. Basım. İstanbul, Koç Yayınları, 2000:114-131.
37. Varcarolis EM. R.N. M.A Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, New York, 1998:596-620.
38. ¼zdađ ř. Bipolar Bozukluk. İçinde: Birol L. (editör). *Hemşirelik S¼reci*, 9. Baskı. İzmir, Etki Yayınları, 2009:539-547.

39. Görüş S, Bilgi N, Korkut Bayındır S. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014, 4(2):25-29.
40. Şendir M. Kadın sağlığı hemşireliği eğitiminde simülasyon kullanımı, *F.N. Hem. Derg.*, 2013, 21(3):205-212.
41. Jeffries PR. A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing, *Nurse Education Perspective*, 2005, 26(2):96- 103.
42. Groom JA, Henderson D, Sittner BJ. National League for Nursing Jeffries Simulation Frame Work State of Science Project: Simulation Design Characteristic, *Clinical Simulation Nursing*, 2013, 10(7):337-344. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2013.02.004>.
43. Sarıkoç G, Özcan CT, Elçin M. Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Yenilikçi Bir Uygulama: Standart Hastalar, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi *DEUHFED*, 2016, 9(2):61-66.
44. Durham CF, Alden KR. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. In: Hughes RG. (editör). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*, Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville. 2007. <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk>
45. Davis S, Josephsen J, Macy R. Implementation of mental health simulations: Challenges and lessons learned, *Clinical Simulation in Nursing*, 2013, 9(5):157-162.
46. Choi YJ. Standardized patients for Korean psychiatric nursing student simulations, *Clinical Simulation in Nursing*, 2013, 9(9):385-392.
47. Sideras S, McKenzie G, Noone J, Dieckmann N, Allen TL. Impact of a simulation on nursing students' attitudes toward schizophrenia, *Clinical Simulation in Nursing*, 2015, 11(2):134-141.

48. Schwindt R, Nelis A. Integrating simulation into a Reflection-Centered Graduate Psychiatric/Mental Health Nursing Curriculum, *Nursing Education Perspectives*, 2015, 36(5):326-329.
49. Tüzer H, Dinç L, Elçin M. Hemşirelik Lisans Eğitimi Simülasyon Uygulamalarında Çözümleme Sürecinin Önemi, *Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 2017, 3(1):23-27.
50. Oudshoorn A, Sinclair B. Using unfolding simulations to teach mental health concepts in undergraduate nursing education, *Clinical Simulation in Nursing*, 2015, 11(9):396-401.
51. Penn TD. Enhancing Student Comfort In Psychiatric Clinical Settings, *Teaching And Learning In Nursing*, 2008, 3:53–55.
52. Flynn K. The Use of Standardized Patients to Minimize Anxiety in Undergraduate Nursing Students in The Clinical Setting, *Master of Arts in Nursing Theses*, 2012, 58.
http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1057&context=ma_nursing
erişim tarihi 25.12.2017. st: 00:44
53. Xiao A, He H, Sun B, Rao D, Ning Y, Rosenheck RA. Comparison of attitudes of the psychiatrists and nurses towards patients with mental illness in a Chinese psychiatric hospital: Implications for training, *Asia-Pacific Psychiatry*, 2016, 104–105. doi:10.1111/appy.12232.
54. Wolf G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people, *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168:191-198.
55. Gyllensten A, Svensson B, Björkman T, Hansson L, Leufstadius C, Bejerholm U, Markström U et al. Attitudes in healthcare students towards mental illness a pre-post multicenter university program survey, *The Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 2011, 9(3).
56. Üstün B. Çünkü iletişim Çok Şeyi Değiştirir, *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8:2.

57. Özcan A. *Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim*. 2012,Sistem Ofset. Ankara.
58. Çam O, Pektaş İ, Bilge A. Ebe/Hemşirelere Verilen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitiminin Ruhsal Hastalıklara Yaklaşımlarına İletişim Becerilerine ve İş Doyumlarına Etkilerinin Araştırılması, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2007,10:3.
59. Karabilgin ÖS, Şahin H, Çalışkan SA, Batı AH, Demiral N, Durak Hİ, Vatansever K, Çiçeklioğlu M. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ikinci sınıf eğitim programındaki iletişim becerileri eğitiminin öğrenci bakış açısıyla değerlendirilmesi, *Tıp Eğitimi Dünyası*, 2007, (26):14-26.
60. Lifchez SD, Redett RJ. A standardized patient model to teach and assess professionalism and communication skills: The effect of personality type on performance, *Journal of Surgical Education*, 2014, 71(3):297-301.
61. Webster D. Promoting therapeutic communication and patient-centered care using standardized patients, *Journal of Nursing Education*, 2013, 52(11):645-648. doi: 10.3928/01484834-20131014-06
62. Webster D. Using standardized patients to teach therapeutic communication in psychiatric nursing, *Clinical Simulation in Nursing*, 2014, 10(2):81-86. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2013.08.005>.
63. Sedghi S, Rangbar F, Mohtashami J, AlaviMajed H. The use of simulation in therapeutic communication skills achievement in undergraduate nursing students in psychiatric wards of Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2013-2014, *International Journal in IT and Engineering IJITE*, 2014, 2(2):15-26.
64. Martin CT, Chanda N. Mental health clinical simulation: Therapeutic communication, *Clinical Simulation in Nursing*, 2016, 12(6):209-214. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2016.02.007>.
65. Kocabaşoğlu N. Anksiyete Bozukluklarına Genel Bir Bakış, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi*, 2008, 62:175-184.

66. Hughes R, Stone P. The Perils Of Shift Work: Evening Shift. Night Shift. And Rotating Shifts: Are They For You?, *Am J Nurs.*, 2004, 104(9):60–63.
67. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*, Yenilenmiş 11. Baskı. 1. Cilt, Ankara, 2008: 452-456.
68. Alkın T, Onur E. Anksiyete Kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bakış. İçinde: Köroğlu E, Güleç C. (editör). *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, HYB Basım Yayın, 2007: 296-303.
69. Öner N, Le Compte A. *Süreksiz Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998
70. Kameg KM, Szpak JL, Cline TW, Mcdermott DS. Utilization of standardized patients to decrease nursing student anxiety, *Clinical Simulation in Nursing*, 2014, 10(11):567-573.
71. Taşçı S. Hemşirelikte Problem Çözme Süreci, *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, 2005, 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı):73-78.
72. Bandura A. Social Cognitive Theory. An Agentic Perspective, *Asian Journal of Social Psychology*, 1999, 2(-):21- 41.
73. Aleksandra L. The General Self- Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies, *The Journal Of Psychology*, 2005, 139(5):439-45.
74. Yiğitbaş Ç, Yetkin A. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin öz-etkililik-yeterlik düzeyinin değerlendirilmesi, *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003, 7:6-13.
75. Luctkar-Flude M, Wilson-Keates B, Larocque M. Evaluating high-fidelity human simulators and standardized patients in an undergraduate nursing health assessment course, *Nurse Education Today*, 2012, 32:448–452.
76. Choi H, Hwang B, Kim S, Ko H, Kim S, Kim C. Clinical Education In psychiatric mental health nursing: Overcoming current challenges, *Nurse Education Today*, 2016, 39:109–115.

77. Alfes CM. Standardized Patient Versus Role-Play Strategies: A Comparative Study Measuring Patient-Centered Care and Safety in Psychiatric Mental Health Nursing, *Nursing Education Perspective*, 2015, 36(6):403-405. doi: 0.5480/14-1535.
78. Svensson B, Markström U, Bejerholm U, Björkman T, Brunt D, Eklund M, Hansson L, Leuftadius C, Gyllensten AL, Sandlund M, Östman M. Test - retest reliability of two instruments for measuring public attitudes towards persons with mental illness, *BMC Psychiatry*, 2011, 11:11.
79. Şencan H. *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*, 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005, 105-363.
80. Bayram N. *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Amos Uygulamaları*, Ankara: Ezgi Kitabevi Yayınları, 2010, 118-125.
81. Hofer T, Luken R, Nerud K. *Simulation scenario; Mood/affect: Bipolar*, 2012, Unpublished manuscript. Department of Nursing, University of South Dakota at Vermillion.
82. Gaylle D, *Effects of a Mental-Health Clinical Simulation Experience Using Standardized Patients and Two Debriefing Styles on Prelicensure Nursing Students' Knowledge, Anxiety, and Therapeutic Communication and Psychiatric Assessment Skills*, 2015, *Doctoral Dissertations*. The University of San Francisco.
83. <http://cms.bsu.edu/media/WWW/DepartmentalContent/CAST/PDFs/Burden%20Interactive%20Learning%20Course.pdf> Erişim tarihi:08/03/2017, st:13:31
84. Çekici F. Problem Çözme Terapisine Dayalı Beceri Geliştirme Grubunun Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Problem Çözme Becerileri, Öfkeyle İlişkili Davranış ve Düşünceler İle Sürekli Kaygı Düzeylerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi. 2009.
85. Slater LZ, Bryant KD, Ng V. Nursing student perceptions of standardized patient use in health assessment, *Clinical Simulation in Nursing*, 2016, 12(9):368-376.

86. Giannakopoulos G, Assimopoulos H, Petanidou D, Tzavara C, Kolaitis G, Tsiantis J. Effectiveness of a school-based intervention for enhancing adolescents' positive attitudes towards people with mental illness, *Mental Illness*, 2012, 4(16):79-83.
87. Korkut F. İletişim becerilerini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları, *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 1996, 2(7):18-23.
88. Öner N. *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1992, 374-78.
89. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2000.
90. Öner N, Le Compte A. *Süreksiz Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998.
91. Gözüm S. Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1999, 2(1):21-34.
92. Durmaz Edeer A, Sarıkaya A. Adaptation of Clinical Decision Making in Nursing Scale to Undergraduate Students of Nursing: The Study of Reliability and Validity, *International Journal of Psychology and Educational Studies*, 2015, 2 (3), 1-9.
93. Doolen J, Giddings M, Johnson M, Nathan GG, Badia LO. An evaluation of mental health simulation with standardized patients, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2014, 11(1): 1-8.
94. Elfrink Cordi VL, Leighton K, Ryan-Wenger N, Doyle TJ, Ravert P. History and development of the Simulation Effectiveness Tool (SET), *Clinical Simulation in Nursing*, 2012, 8(6):199-210.
95. Erefe İ. *Hemşirelikte Araştırma İlke Süreç ve Yöntemleri*, İçinde:Erefe İ (editör). Ankara, Odak ofset, 2002, 171-187.

96. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma, *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*, 2003, 5:1-25.
97. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin NM. *Hemşirelikte Araştırma Süreç. Uygulama ve Kritik. Veri Toplama Yöntem ve Araçları & Veri Toplama Araçlarının Güvenirlik ve Geçerliği*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014, 193-233.
98. Sönmez V, Alacapınar FG. *Ölçme Araçlarında Güvenirlik ve Geçerlik, Örneklendirilmiş Bilimsel Araştırma Yöntemleri*, Anı Yayıncılık, 3. Basım. Ankara, 114-158.
99. Bruns N, Grove SK. *The practise of nursing research: Appraisal synthesis. and generation of evidence (6th ed.)*. St. Louis. Missouri: Saunders & Elseiver. 2009.
100. Yılmaz MB, Orhan F. Ders çalışma yaklaşımı ölçeği'nin türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, *Eğitim ve Bilim*, 2011, 36:70-83.
101. Şimşek ÖF. *Yapısal Esitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve Lisrel Uygulamaları*, Cem Web Ofset, Ankara, 2007.
102. Buelow JM, Hinkle JL. Why are reliability and validity important to neuroscience nurses? *Journal of Neuroscience Nursing*, 2008, 40(6):369-372.
103. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması, *Hemşirelikte Araştırma Gelistirme Dergisi*, 2002, 4:1-20.
104. Savasır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9:27-32.
105. Karagöz Y, Kösterelioglu İ. İletişim becerileri değerlendirme ölçeğinin faktör analizi metodu ile geliştirilmesi, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008, 21: 82-97.

- 106.Çam O, Bilge A. Türkiye’de ruhsal hastalığa / hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(2):91-101. doi: 10.5505/phd.2013.92300.
- 107.Rocha Neto HG, Rosenheck RA, Stefanovics EA, Cavacanti MT. Attitudes of brazilian medical students towards psychiatric patients and mental illness: a quantitative study before and after completing the psychiatric clerkship, *Acad Psychiatry*, 2017, 41:315–319. doi:10.1007/s40596-016-0510-6.
- 108.Çam O, Arabacı BL. Bölge psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları ve etkileyen faktörler, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2014, 6(1):13-2.
- 109.Ighodora A, Stefanovics E . An Assessment of attitudes towards people with mental illness among medical students and physicians in İbadan, Nigeria, *Acad Psychiatry*, 2015, 39:280–285. doi:10.1007/s40596-014-0169-9.
- 110.Arkan B, Bademli K, Çetinkaya-Duman Z, Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: son 10 yılda Türkiye’de yapılan çalışmalar, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3(2):214-31.
- 111.Itzhaki M, Meridan O, Sagiv-Schifter T, Barnoy S. Nursing students’ attitudes and intention to work with mentally ill patients before and after a planned intervention, *Acad Psychiatry*, 2017, 41:337–344. doi:10.1007/s40596-016-0521-3.
- 112.Iheanacho T, Marienfeld C, Stefanovics E, Rosenheck RA. Attitudes toward mental illness and changes associated with a brief educational intervention for medical and nursing students in Nigeria, *Acad Psychiatry*, 2014, 38:320–324. doi:10.1007/s40596-014-0073-3.
- 113.Markström U, Gyllensten AL, Bejerholm U, Björkman T, Brunt D, Hansson L, Leufstadius C, Sandlund M, Svenson B, Östman M, Eklund M. Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities – A follow-up study after completed clinical placement, *Nurse Education Today*, 2009, 29:660–665. doi:10.1016/j.nedt.2009.02.006

- 114.Happel B, Gaskin CJ. The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review, *Journal of Clinical Nursing*, 2012, 22:148–158. doi:10.1111/jocn.12022.
- 115.Dougherty Ann. Using Standardized Patients to Teach Mental Health in Baccalaureate Nursing Programs, *Master of Arts/Science in Nursing Scholarly Projects*, 2014, 94.
- 116.Qusdhoorn A, Sinclair B. Using unfolding simulations to teach mental health concepts in undergraduate nursing education, *Clinical Simulation in Nursing*, 2015, 11:396-401. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ecns.2015.05.011>.
- 117.Sun B, Nie S, Zhang M, Huang X, He H, Rosenheck RA. Attitudes towards people with mental illness among psychiatrists, psychiatric nurses, involved family members and the general population in a large city in Guangzhou, China, *International Journal of Mental Health Systems*, 2014, 8:26.
- 118.Zhu Y, Zhang H, Yang G, hu X, Liu Z, Guo N, He H, Sun B, Rosenheck R Attitudes towards mental illness among medical students in China: Impact of medical education on stigma, *Asia-Pacific Psychiatry*, 2017, 12294:1-7. <https://doi.org/10.1111/appy.12294> 2017.
- 119.Maclean S, Kelly M, Geddes F, Della P. Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review, *Nurse Education Today*, 2017, (48):90–98. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.09.018>.
- 120.Sleeper JA, Thompson C. The Use of hi fidelity simulation to enhance nursing students' therapeutic communication skills, *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 2008, 5(1):42.
- 121.Haracz K, Arrighi G, Joyce B. Simulated patients in a mental health occupational therapy course: A pilot study, *British Journal of Occupational Therapy*, 2015, 78(12):757–766. doi:10.1177/0308022614562792.

122. El- Malky Mİ, El- Amrosy SH. Effects of psychiatric nursing Clinical Simulation Experience on Students' Anxiety, Therapeutic Communication Skills and Psychiatric nursing Assessment, *Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 2016, 5(5):63-71.
123. Becker K, Rose L, Berg J, Park H, Shatzer J. The teaching effectiveness of standardized patients, *Journal of Nursing Education*, 2006, 45(4):103-111.
124. Alexander L, Sheen J, Rinehart N, Hay M, Boyd L. Mental health simulation with student nurses: A qualitative review, *Clinical Simulation in Nursing*, 2018, 14:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.09.003>.
125. Wedgewort M. Anxiety and education: An examination of anxiety across a nursing program, *Journal of Nursing Education and Practice*, 2016, 6(10):23-32. doi:10.5430/jnep.v6n10p23.
126. Dearmon V, Graves RJ, Hayden S, Mulekar MS, Lawrence SM, Jones L, Smith KK, Farmer JE. Effectiveness of simulation-based orientation of baccalaureate nursing students preparing for their first clinical experience, *Journal of Nursing Education*, 2012, 51(10):1-10.
127. Işık B, Kaya H. The effect of simulation soft ware on learning of psychomotor skills and anxiety level in nursing education, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2014, 116:3864 –3868.
128. Robinson-Smith G, Bradley P, Meakim C. Evaluating the use of standardized patients in undergraduate psychiatric nursing experiences, *Clinical Simulation in Nursing*, 2009, 5(6):203-211. doi:10.1016/j.ecns.2009.07.001.
129. Goodman JH, Winter SG. Review of use of standardized patients in psychiatric nursing education, *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 2017, (0):1-15.
130. Felton A, Wright N. Simulation in mental health nurse education: The development, implementation and evaluation of an educational innovation, *Nurse*

Education in Practice, 2017, 26:46-52.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2017.06.005>.

131. Jacobs A, Venter I. Standardised patient-simulated practice learning: A rich pedagogical environment for psychiatric nursing education, *Afr J Health Professions Educ.*, 2017, 9(3):107-110. doi:0.7196/AJHPE.2017.v9i3.806.
132. Gou YS, MCouns SS, Chng ML, Tan CS, Yobas P. Using standardized patients in enhancing undergraduate students' learning experience in mental health nursing, *Nurse Education Today*, 2016, 45:167–172.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.005>.
133. Murray BA. The use of high-fidelity simulation in psychiatric and mental health nursing clinical education, *International Journal of Health Sciences Education*, 2014, 2:1.
134. Sarmasoğlu Ş, Dinç L, Elçin M. Hemşirelik öğrencilerinin klinik beceri eğitimlerinde kullanılan standart hasta ve maketlere ilişkin görüşleri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016, 13(2):107-115. doi:10.5222/HEAD.2016.107.
135. Alexander L, Sheen J, Rinehart N, Hay M, Boyd L. Mental health simulation with student nurses: A qualitative review, *Clinical Simulation in Nursing*, 2018, 14:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.09.003>.

8. EKLER

EK-1. Öğrenci Bilgi Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma Hemşirelik Öğrencilerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım Yönelik Simülasyon Eğitiminin Etkisini incelemek amacıyla yapılmaktadır. Size öğrenci bilgi formu ve ilgili ölçekler uygulanacaktır. Çalışmaya katılmanız ve doğru yanıtlar vermeniz çalışma için önem arz etmektedir ve çalışmanın herhangi bölümünde neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılabilme imkanınız bulunmaktadır. Bu araştırmada gizlilik önemli olup, isim vermeniz gerekmekte, ancak analizlerin yapılabilmesi için rumuz kullanılması istenmektedir. Araştırmaya yaptığımız katkı için teşekkür eder, saygılar sunarız.

RUMUZ:

1. Yaş:

2. Cinsiyet

1.Kadın

2. Erkek

3. Lise Eğitimi:

a) Sağlık Meslek Lisesi

b) Anadolu lisesi

c) Diğer

4. Sağlık meslek lisesi mezunu iseniz çalışma durumunuz:

5. Anne ve babanız yaşıyor mu?

İki de yaşıyor Annem öldü Babam öldü Her ikisi de öldü

6. Anne ve babanız sağ iseler birlikte mi yaşıyorlar?

Evet Hayır

7. Anne ve babanızın eğitim durumu nedir?

Mezun olduğu okul	Anne	Baba
1) Okur-yazar değil		
2) Okur-yazar		
3) İlkokul mezunu		
4) Ortaokul mezunu		
5) Lise mezunu		
6) Üniversite mezunu		

8. Ailenizin aylık geliri ne kadardır?

- 1) Gelir giderden az
- 2) Gelir gidere denk
- 3) Gelir giderden fazla

9. Daha önce ruhsal bozukluğu olan hastaya bakım verdiniz mi?

1. Evet
2. Hayır

10. Ailede ruhsal bozukluğu olan birey var mı?

1. Evet
2. Hayır

11. Daha önce simülasyon yöntemi ile eğitim aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

12. Aldınız ise hangi ders kapsamında aldınız?

EK- 2. Korku ve Davranış Niyetleri (KDNÖ)

Korku (Kesinlikle Katılıyorum, Katılıyorum, Nötr, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum)		Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Nötr	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1.	Ruhsal bozukluğu olan kişilerden korkarım	1	2	3	4	5
Davranışsal niyetler: (Çok Büyük Olasılıkla, Büyük Olasılıkla, Belirsiz, Az Olasılıkla, Çok Düşük Olasılıkla)		Çok Büyük Olasılıkla	Büyük Olasılıkla	Emin Değilim	Az Olasılıkla	Çok Az Olasılıkla
2.	Mahallenizde ruhsal bozukluğu olan kişilerin yaşamasına karşı çıkar mıydınız?	1	2	3	4	5
3.	Ruhsal bozukluğu olan komşularınız ile konuşmaktan kaçınır mısınız?	1	2	3	4	5
4.	Ruhsal bozukluğu olan birisi ile çalışmayı kabul eder miydiniz?	1	2	3	4	5
5.	Ruhsal bozukluğu olduğunu bildiğiniz birini evinize davet eder miydiniz?	1	2	3	4	5
6.	Ruhsal bozukluğu olan birini ziyaret etmekten endişe duyar mıydınız?	1	2	3	4	5
7.	Eskiden psikiyatrik bozukluk geçirdiğini bildiğiniz biri ile arkadaşlık eder miydiniz?	1	2	3	4	5
8.	Eskiden ruhsal bozukluk geçirdiğini bildiğiniz birileri yan komşunuz olarak yaşamaya başlarsa, karşılaştıkça onlara selam verir miydiniz?	1	2	3	4	5
9.	Ruhsal bozukluğu olan komşularınız ile gündelik sohbetler eder miydiniz?	1	2	3	4	5
10.	Eskiden ruhsal bozukluk geçirdiğini bildiğiniz birisi kapı komşunuz olarak yaşamaya başlarsa, onları ziyarete gider miydiniz?	1	2	3	4	5

EK -3. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)

(4) Her zaman (3) Sıklıkla (2)Bazen (1)Nadiren (0)Hiçbir zaman

- ...1.Sorunlarını dinlediğim insanlar benim yanımdan rahatlayarak ayrılırlar.
- ...2.Düşüncelerimi istediğim zaman anlaşılır biçimde ifade edebilirim.
- ...3.Başkalarını bir kasıt aramadan dinlerim.
- ...4.Sosyal ilişkide bulunduğum insanları oldukları gibi kabul edebilirim.
- ...5.İnsanların önemli ve değerli olduklarını düşünürüm.
- ...6.Birisikle ilgili bir karara ulaşmadan önce onunla ilgili gözlemlerimi gözden geçiririm.
- ...7.İlişkide bulunduğum kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için onlara zaman ayırırım.
- ...8.İnsanlara karşı sıcak bir ilgi duyarım.
- ...9.İnsanlara gerektiğinde yardım etmekten hoşlanırım.
- ...10.Olaylara değişik açılardan bakabilirim.
- ...11.Düşüncelerimle yaptıklarım birbiriyle tutarlıdır.
- ...12.İlişkilerimin daha iyiye gitmesi için bana düşenleri yapmaya özen gösteririm.
- ...13.Kendime ve başkalarına zarar vermeden içimden geldiği gibi davranabilirim.
- ...14.Arkadaşlarımla beraberken kendimi rahat hissederim.
- ...15.Yaşadığım olaylardaki coşkuyu her halimle başkalarına iletebilirim.
- ...16.İlişkilerimin nasıl geliştiğini ve nereye gittiğini anlamak için düşünmeye zaman ayırırım.
- ...17.Karşımdakini dinlerken anlamadığım bir ayrıntı olduğunda konunun açığa kavuşması için sorular sorarım.
- ...18.Benimle özel olarak konuşmak isteyen bir arkadaşım olduğunda konuyu ayak üstü konuşmamaya özen gösteririm.
- ...19.Birisini anlamaya çalışırken sakın bir ses tonuyla konuşurum.
- ...20.İlişkilerimi zenginleştiren eğlenceli keyifli bir yanım var.
- ...21.Birisine bir öneride bulunurken onun öneri vermeme isteyip istemediğine dikkat ederim.
- ...22.Birisini dinlerken ne karşılık vereceğimden çok, onun ne demek istediğini anlamaya çalışırım.
- ...23.İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissederim.

...24.Bir yakınımla sorunum olduğunda bunu onunla suçlayıcı olmayan bir dille konuşmak için girişimde bulunurum.

...25.Karşımdakini dinlerken kendi merakımı gidermek için ona özel sorular sormaktan kaçınırım.



EK -4. Durumluk Kaygı Envanteri (STAI-I)

		Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Her zaman
1.	Şu anda sakinim.				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum.				
3.	Şu anda sinirlerim gergin.				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim.				
5.	Şu anda huzur içindeyim.				
6.	Şu anda hiç keyfim yok.				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum.				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
9.	Şu anda kaygılıyım.				
10.	Kendimi rahat hissediyorum.				
11.	Kendime güvenim var.				
12.	Şu anda asabım bozuk.				
13.	Çok sinirliyim.				
14.	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum.				
16.	Şu anda halimden memnunum.				
17.	Şu anda endişeliyim.				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.				
19.	Şu anda sevinçliyim.				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

Sürekli Kaygı Envanteri (STAI-II)

		Hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir.				
22.	Genellikle çabuk yoruluyorum.				
23.	Genellikle kolay ağlarım.				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim.				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım.				
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum.				
27.	Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.				
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.				
30.	Genellikle mutluyum.				
31.	Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur.				
33.	Genellikle kendimi güvende hissedirim.				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim.				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum.				
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.				
38.	Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım.				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor.				

EK- 5. Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği (HKKVÖ)

	Hemşirelikte Klinik Karar Verme Ölçeği	Daima	Sık Sık	Ara Sıra	Nadiren	Asla
1	Klinik bir karar yaşamsal ise ve zaman varsa, seçenekler için ayrıntılı bir araştırma yaparım.	D	S	AR	N	AS
2	Hastanın sağlık bakım hizmetlerini alması, kültürel değerleri ve inançlarından önce gelir.	D	S	AR	N	AS
3	Karar vermeden önce, hastanın içinde bulunduğu durumla ilgili faktörler araştıracağım seçenek sayısını belirler.	D	S	AR	N	AS
4	Karar vermek için yeni bilgiye ulaşmaya çalışmak yarardan çok zarar getirir.	D	S	AR	N	AS
5	Anlamadığım şeyleri araştırmak için kitapları ya da bilimsel/mesleki yayınları kullanırım.	D	S	AR	N	AS
6	Seçeneklere bakarken rastgele bir yaklaşım benim çok işime yarar.	D	S	AR	N	AS
7	Beyin fırtınası, seçenekler için fikir üretirken kullandığım bir yöntemdir.	D	S	AR	N	AS
8	Karar vermem gerektiğinde mümkün olduğu kadar çok bilgi toplamak için farklı yolları kullanırım.	D	S	AR	N	AS
9	Hastalara, kendi bakımlarıyla ilgili karar verme haklarını kullanmaları için yardım ederim.	D	S	AR	N	AS
10	Benim değerlerim hastanın değerleriyle çeliştiğinde, söz konusu durum için gerekli olan kararı alırken yeterince objektif olurum.	D	S	AR	N	AS
11	Tercih edeceğim bir seçenek olmamasına rağmen uzman önerisini veya düşüncesini dinlerim ya da göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
12	Mevcut bilgilerimi kullanarak, herhangi birine danışmadan zamanında problemi çözerim ya da bir karar veririm.	D	S	AR	N	AS
13	Vermem gereken bir kararın olası bütün sonuçlarını incelemek için hiç zaman ayırmam.	D	S	AR	N	AS
14	Bireyle ilgili klinik bir karar verirken birey ve ailenin gelecekteki sağlık ve iyiliğini düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
15	Bilgiye ulaşmak için çok az zamanım ve enerjim var.	D	S	AR	N	AS
16	Karar vermeden önce kafamda/zihnimde seçeneklerin listesini yaparım.	D	S	AR	N	AS
17	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, genellikle „Eğer bunu yaparsam, sonra.....“ şeklinde düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
18	Karar vermeden önce en uzak sonuçları bile düşünürüm.	D	S	AR	N	AS
19	Karar verirken, birlikte çalıştığım arkadaşlarımın, aynı görüşte olması benim için önemlidir.	D	S	AR	N	AS
20	Klinik karar verirken bilgi kaynaklarıma hastaları da dahil ederim.	D	S	AR	N	AS

21	Olası kararlarım hakkında düşünürken birlikte çalıştığım arkadaşlarımla söyleyeceği şeyleri dikkate alırım.	D	S	AR	N	AS
22	Eğitici klinik karar verme durumunda bir seçenek önerirse, diğer seçenekleri araştırmaktansa onu benimserim.	D	S	AR	N	AS
23	Bir şey gerçekten çok yararlıysa, bütün risklere bakmaksızın onu tercih ederim.	D	S	AR	N	AS
24	Yeni bilgi için rastgele araştırma yaparım.	D	S	AR	N	AS
25	Geçmiş deneyimlerimin hasta hakkında verdiğim kararlar üzerine az etkisi vardır.	D	S	AR	N	AS
26	Tercih edebileceğim seçeneklerin sonuçlarını incelerken, hastam için olumlu olan sonuçların farkındayım.	D	S	AR	N	AS
27	Geçmişte benzer durumlarda başarıyla kullandığım seçenekleri tercih ederim.	D	S	AR	N	AS
28	Alacağım kararın riskleri, ciddi sorunlara neden olacaksa ret ederim.	D	S	AR	N	AS
29	Önemli bir klinik kararı değerlendirirken, olumlu ve olumsuz sonuçların listesini yaparım.	D	S	AR	N	AS
30	Klinik kararlarım için birlikte çalıştığım arkadaşlarımdan seçenek önermelerini istemem.	D	S	AR	N	AS
31	Mesleki değer veya inançlarım, kişisel değer veya inançlarımla tutarsızdır.	D	S	AR	N	AS
32	Benim seçenekleri bulmam büyük ölçüde şans eseri gibi görünmektedir.	D	S	AR	N	AS
33	Klinik ortamda gün içinde yaşadığım deneyimlerde dersin hedeflerini aklımda tutarım.	D	S	AR	N	AS
34	Karar vermek zorunda kaldığımda, kararın riskleri ve faydaları en son düşüneceğim şeydir.	D	S	AR	N	AS
35	Klinik karar vereceğim zaman, kurumsal öncelikleri ve standartları göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
36	Eğer durum gerektiriyorsa, karar verme sürecine başkalarını dahil ederim.	D	S	AR	N	AS
37	Karar verirken, en uç ya da uygulanabilirliği olmayan fikirleri bile göz önünde bulundururum.	D	S	AR	N	AS
38	Hastanın hedeflerini öğrenmek, her zaman benim klinik karar verme sürecimin bir parçasıdır.	D	S	AR	N	AS
39	Ben yalnızca ciddi anlam taşıyan kararların risk ve faydalarını incelerim.	D	S	AR	N	AS
40	Benim iyi bir karar vermem için hastanın değerleri ile benimkilerin tutarlı olması gerekir.	D	S	AR	N	AS

EK- 6. Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY)

1. Beni hiç tanımlamıyor.
2. Beni biraz tanımlıyor.
3. Kararsızım
4. Beni iyi tanımlıyor.
5. Beni çok iyi tanımlıyor.

	Öz-Etkililik- Yeterlilik Ölçeği (ÖEY)					
1.	Yaptığım planları gerçekleştireceğimden eminim.	1	2	3	4	5
2.	Yapmam gereken bir işe girişememe gibi bir problemim vardır.	1	2	3	4	5
3.	Bir işi bir seferde yapamıyorsa, yapıncaya kadar devam ediyorum.	1	2	3	4	5
4.	Kendim için önemli hedefler koyduğumda, nadiren başarırım.	1	2	3	4	5
5.	İşleri yapıp sonuçlandırmadan yapmaktan vazgeçerim.	1	2	3	4	5
6.	Zorluklarla karşılaşmaktan kaçınırım.	1	2	3	4	5
7.	Bazı işler çok karmaşık görünüyorsa yapmak için sıkıntıya girmem.	1	2	3	4	5
8.	Hoşlanmadığım ancak yapmam gereken işler varsa bitirinceye kadar devam ederim.	1	2	3	4	5
9.	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onun üzerinde çalışmaya devam ederim.	1	2	3	4	5
10.	Yeni bir şeyler öğrenmeye çalıştığımında, başlangıçta başarılı olamazsam hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
11.	Beklenmedik problemler çıktığında üzerinde fazla durmam.	1	2	3	4	5
12.	Benim için çok zor göründüklerinde, yeni şeyler öğrenmek için çaba göstermekten kaçınırım.	1	2	3	4	5
13.	Başarısızlık beni daha çok teşvir eder.	1	2	3	4	5
14.	Bir şeyleri yapabilme konusunda kendime fazla güvenmem.	1	2	3	4	5
15.	Ben kendime güvenen bir insanım.	1	2	3	4	5
16.	Kolaylıkla vazgeçerim.	1	2	3	4	5
17.	Hayatta ortaya çıkan problemlerin üstesinden gelme yeteneğini kendimde bulmam.	1	2	3	4	5
18.	Yeni bir arkadaş edinmek benim için zordur.	1	2	3	4	5
19.	Tanışmak istediğim birisini görürsem, onun bana gelmesini beklemek yerine ben giderim.	1	2	3	4	5
20.	Arkadaşlık kurulması güç, ilginç biriyle tanışırsam, o kişiyle arkadaş olmaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4	5
21.	Bana ilgi göstermeyen biriyle arkadaş olmaya çalıştığımında kolaylıkla vazgeçmem.	1	2	3	4	5

22.	Sosyal toplantılarda kendimi rahat hissetmem.	1	2	3	4	5
23.	Arkadaşlarımı, arkadaş edinmede kişisel yeteneklerimle kazanırım.	1	2	3	4	5



EK- 7. Simülasyon Değerlendirme Formu

1. Bipolar bozukluğu olan hastaya yapılan hemşirelik bakımının öğretilmesinde simülasyon eğitimi etkilidir.

Evet Hayır Kısmen

2. Simülasyon ile eğitim almaktan memnunum.

Evet Hayır Kısmen

3. Simülasyon eğitimi ile gerçek hastaya daha iyi bakım vereceğimi hissediyorum.

Evet Hayır Kısmen

4. Simülasyon eğitiminden sonra gerçek hastaya bakım verirken daha az hata yapacağıma inanıyorum.

Evet Hayır Kısmen

5. Simülasyon uygulaması gerçeği yansıtıyordu.

Evet Hayır Kısmen

6. Simülasyon uygulamasına aktif olarak katılmak öğreticiydi.

Evet Hayır Kısmen

7. Senaryo gerçekçiydi.

Evet Hayır Kısmen

8. Senaryo sonrası yapılan çözümleme aşaması öğrenim açısından değerliydi.

Evet Hayır Kısmen

9. Simülasyon eğitimi klinik beceri ve yeterliliklerimizin gelişmesini sağladı.

Evet Hayır Kısmen

10. Simülasyon eğitimi kendime olan güvenimi artırdı.

Evet Hayır Kısmen

11. Simülasyon eğitimi hastaya ya da kliniğe ilişkin korkularımı azalttı.

Evet Hayır Kısmen

12. Klinik uygulama eğitimlerinizin simülasyon yöntemi ile yapılmasına ilişkin ne düşünüyorsunuz?

13. Bu yöntemin sizce avantajları nelerdir?



14. Bu yöntemin sizce dezavantajları nelerdir?

15. Simülasyon eğitimi klinikle ilgili duygularınızı nasıl etkiledi?

16. Simülasyon uygulaması psikiyatri hastasına olan duygularınızı nasıl etkiledi?



EK-8. Kurum İzinleri

**ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)**
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU (SBEK)
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü akademisyenlerinden Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'ın, Hemşirelik öğrencilerinde bipolar bozukluğu olan hastaya yaklaşıma yönelik simülasyon eğitiminin etkisinin incelenmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	383
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	21.10.2016
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	09.11.2016 - 15/9
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cinnah Cad. No: 16 Çankaya / ANKARA
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	<input checked="" type="checkbox"/> İMZA
Doç. Dr. Musa AYGÜL	Başkan Yardımcısı	<input type="checkbox"/> Katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	Üye	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	Üye	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	Üye	<input type="checkbox"/> Katılmadı
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	Üye	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	Üye	<input checked="" type="checkbox"/>
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	Üye	<input checked="" type="checkbox"/>

13



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 48178250-300-E.1360
Konu : Araştırma İzni (Nesibe Günay
MOLU)

07/02/2017

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 19/01/2017 tarihli ve 548 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı öğrencisi Nesibe Günay MOLU'nun "Hemşirelik Öğrencilerinde Bipolar Bozukluğu Olan Hastaya Yaklaşım Yönelik Simülasyon Eğitiminin Etkisinin İncelenmesi" adlı tezi kapsamında uygulama yapma isteği uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-İmza

Prof.Dr. Tahir YÜKSEK
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Adres: Nişantaşı Mah. Dr. Hulusi Baybal Cad. No 12 Kat 18 Selçuklu/KONYA
Telefon: 0332 221 06 00 Faks: 0332 236 21 85 Elektronik Ağ: <http://www.konya.edu.tr>

Gül Hümeyra ARSLAN

0332 221 06 08

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile üretilmiştir.
Evrak teyidi: <https://ebysorgu.konya.edu.tr> adresinden DHYE-2092-SH2D kodu ile yapılabilir.

EK-9. El Kitabı

**BİPOLAR BOZUKLUK VE HEMŞİRELİK
YAKLAŞIMLARI
EL KİTABI**



**HAZIRLAYAN
ARAŞ. GÖR. NESİBE GÜNAY MOLU
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ A.B.D.**

ANKARA

EK-10. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	:Nesibe GÜNAY MOLU
Doğum tarihi	:23/11/1981
Doğum yeri	:Beyşehir/Konya
Medeni hali	:Evli
Uyruğu	:TC
Adres	: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:0 332 320 40 49/2033
Faks	:0 332 320 40 59
E-mail	:nesibe_gunay@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Seydişehir Sağlık Meslek Lisesi
Lisans	: Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu
Yüksek lisans	: Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: 71.4
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Psikiyatri Hemşireleri Derneği	