T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PSİKİYATRİ HASTALARININ FİZİKSEL SAĞLIK SORUNLARINA İLİŞKİN BİLGİ VE BECERİLERİNE İKİ FARKLI KLİNİK SİMÜLASYONUN ETKİSİ

GİZEM ŞAHİN BAYINDIR

DANIŞMAN
PROF. DR. SEVİM BUZLU

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Bu çalışma 17.03.2021 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Sevim BUZLU
İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU
İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Hatice KAYA
İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Yasemin USLU
Acıbadem Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

Gizem ŞAHİN BAYINDIR

İTHAF

Anneme ve babama ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu zamana dek bilgi ve deneyimleriyle gerek mesleki gerek bireysel yaşamımda bana her zaman yol gösteren, öğrencisi olmaktan büyük bir onur duyduğum, araştırmanın her aşamasında beni destekleyen ve daima ufkumu genişleten, danışmanım, değerli öğretim üyesi Prof. Dr. Sevim BUZLU'ya,

Bu süreçte bilgi ve deneyimleri ile araştırma sürecine ışık tutan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen değerli tez izleme komitesi üyeleri Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU ve Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ'a,

Tez savunma sınavında değerli görüşleri ile katkı sağlayan Prof. Dr. Hatice KAYA ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin USLU'ya,

Mesleki gelişimime katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nın öğretim üyeleri Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU, Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK, Prof. Dr. Hülya BİLGİN ve Dr. Öğr. Üyesi Özge SUKUT'a,

Birlikte doktora eğitimi almaktan keyif aldığım dönem arkadaşlarıma,

Araştırmanın veri toplama sürecinde araştırmaya katılan ve özverileri ile motivasyonumu canlı tutan tüm öğrencilere (gelecekteki meslektaşlarıma),

Araştırma süreci boyunca desteğini esirgemeyen başta Arş. Gör. Hürrem AYHAN BALIK ve Arş. Gör. Tuba ÇÖMEZ İKİCAN olmak üzere anabilim dalındaki tüm arkadaşlarıma,

Tüm kararlarımda her zaman yanımda olduklarını bildiğim, bana güç veren canım ailem ve arkadaşlarıma,

Bu süreçte gösterdiği güleryüz, sabır ve özveri ile şanslı biri olduğumu bana hissettiren Göker BAYINDIR'a,

sonsuz teşekkür ederim.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 33527.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
İTHAF ..... İV
TEŞEKKÜR V
İÇİNDEKİLER ..... Vİ
TABLOLAR LİSTESİ ..... İX
ŞEKİLLER LİSTESİ X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... Xİ
ÖZET ..... Xİİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Hemşirelik Eğitiminde Klinik Simülasyon Kullanımı 4
2.1.1. National League for Nursing Jeffries Simülasyon Teorisi 5
2.1.2. Klinik Simülasyon Modaliteleri 8
2.1.3. Klinik Simülasyonda Gerçeklik 9
2.2. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Klinik Simülasyon Kullanımı 10
2.2.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Standardize Hasta Kullanımı 12
2.2.2. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Yüksek Gerçeklikli Simülasyon Kullanımı 15
2.2.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Sanal Gerçeklik Simülasyonu Kullanımı 16
2.2.4. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Ses Simülasyonu Kullanımı 17
3. GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 18
3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Soruları 18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 19
3.4. Veri Toplama Araçları 20
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu 20
3.4.2. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı 20

3.4.3. Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği.....22
3.4.4. Simülasyon Tasarım Ölçeği.....22
3.4.5. Bilgi Testi.....23
3.4.6. Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi.....23
3.4.7. İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi.....24
3.4.8. Eğitim Değerlendirme Formu.....25
3.4.9. Odak Grup Görüşmesi Soruları.....25
3.5. Veri Toplama Süreci.....26
3.5.1. Ön Hazırlık.....26
3.5.1.1. Eğitim İçeriğinin Oluşturulması.....26
3.5.1.2. Klinik Simülasyon Tasarım Şablonlarının Hazırlanması.....26
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması.....27
3.5.2.1. Eğitim Uygulaması.....27
3.5.2.2. Klinik Simülasyon Uygulaması.....28
3.5.2.3. İzlem Aşaması.....32
3.6. Veri Analizi.....34
3.7. Etik Konular.....34
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları.....35
4. BULGULAR.....36
4.1. Araştırmanın Niceliksel Bulguları.....36
4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....36
4.1.2. Klinik Simülasyon Gruplarının Ölçüm Araçları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....37
4.1.3. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının Bilgi Testi Ön Test, Son Test ve İzlemlerine Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....39
4.1.4. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....40
4.1.5. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....42
4.2. Araştırmanın Niteliksel Bulguları.....47
4.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunları Teması.....47
4.2.2. Hastayı Değerlendirme Süreci Teması.....55

4.2.2.1. Yaşanan Zorluklar 55
4.2.2.2. Kolaylıkla Değerlendirilen Alanlar 57
4.2.2.3. Değerlendirme Sürecindeki Duygular 59
4.2.3. Eğitime Yönelik Görüşler Teması 62
4.2.3.1. İyi Yönler/Katkılar 62
4.2.3.2. Öneriler 64
4.2.3.3. Eksiklikler 64
4.2.4. Simülasyona Yönelik Görüşler Teması 65
4.2.4.1. İyi Yönler/Katkılar 66
4.2.4.2. Öneriler 70
4.2.5. İlişkisel Analizler 72
5. TARTIŞMA 74
5.1. Öğrencilerin Bilgi Kazanımlarına İki Farklı Klinik Simülasyon Deneyiminin Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması 74
5.2. Öğrencilerin Beceri Gelişimlerine İki Farklı Klinik Simülasyon Deneyiminin Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması 76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 82
KAYNAKLAR 87
7. EKLER 100
ETİK KURUL KARARI 146
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI 147
ÖZGEÇMİŞ ..... **HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.**

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=61) 36
Tablo 4-2: Deney Gruplarının Ölçüm Araçları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 38
Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Bilgi Testi Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 39
Tablo 4-4: Gözlemciler Arası Uyum Analizi (Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri) 40
Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması 41
Tablo 4-6: Gözlemciler Arası Uyum Analizi (İletişim Becerileri)..... 42
Tablo 4-7: Deney Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılması..... 43
Tablo 4-8: Klinik Uygulama Sırasında Deney ve Kontrol Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılması 45
Tablo 4-9: Kontrol Grubu Eğitim Değerlendirme Formu Puan Ortalamaları 46

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2–1: NLN Jeffries Simülasyon Teorisi (Kaynak: Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives, 36,* 292-293.) 6
Şekil 3–1: Akış Diyagramı 33
Şekil 4–1: Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgi ve Becerilerine İki Farklı Klinik Simülasyonun Etkisine Yönelik Temalar Gösterimi 47
Şekil 4–2: Fiziksel Sağlık Sorunları Temasına Ait Kod Alt Kod Bölümler Modeli 48
Şekil 4–3: Katılımcı Gruplarına Göre Fiziksel Sağlık Sorunları Teması Kod Matrisi ... 54
Şekil 4–4: Hastayı Değerlendirme Süreci Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli 55
Şekil 4–5: Katılımcı Gruplarına Göre Hastayı Değerlendirme Süreci Teması Kod Matrisi 61
Şekil 4–6: Eğitime Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli 62
Şekil 4–7: Kontrol Grubuna Göre Eğitime Yönelik Görüşler Teması Kod Matrisi 65
Şekil 4–8: Simülasyona Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli 66
Şekil 4–9: Hibrit ve Standardize Hasta Simülasyon Gruplarına Göre Simülasyona Yönelik Görüşler Teması Kod Matrisi 71
Şekil 4–10: Kod Haritası 72
Şekil 4–11: Kod Bulutu 73

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DML: Debriefing for Meaningful Learning

INACSL: International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning

KGİ: Kapsam Geçerlik İndeksi

NCSBN: National Council of State Boards of Nursing

NLN: National League for Nursing

OSCE: Objective Structured Clinical Examination

ÖZET

Şahin-Bayındır, G. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgi ve Becerilerine İki Farklı Klinik Simülasyonun Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımları ve beceri gelişimlerine iki farklı klinik simülasyon deneyiminin etkisini belirlemek amacıyla karma metot tasarım tipinde gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini İstanbul'da bir devlet üniversitesinde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan toplam 61 öğrenci oluşturdu. İki deney grubundan birincisine standardize hasta simülasyonu, diğerine hibrit simülasyon; kontrol grubunda ise eğitim girişimi uygulandı. Klinik simülasyon ve eğitim gruplarında yer alan öğrencilerde klinik simülasyonun (deney grubu için) ve eğitimin (kontrol grubu için) fiziksel sağlığı değerlendirme becerilerine etkisini değerlendirmek amacıyla klinik ortamda gerçek hasta ile uygulama yapıldı. Öğrencilerde bilginin kalıcılığını değerlendirmek için birinci, üçüncü ve altıncı ayda izlem testleri yapıldı. Araştırmada, bilgi izlem testleri puan ortalamaları ile gruplar arasında fark olmadığı, ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. Ek olarak, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunun klinik uygulama sırasındaki fiziksel sağlığı değerlendirme becerisi puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir. Araştırmada standardize hasta simülasyon grubunun ve hibrit simülasyon grubunun "Etkili İletişim Öğeleri", "Etkisiz İletişim Öğeleri" ve "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulgulandı. Odak grup görüşmelerinde "Fiziksel Sağlık Sorunları", "Hastayı Değerlendirme Süreci", "Simülasyona Yönelik Görüşler" ve "Eğitime Yönelik Görüşler" olmak üzere dört tema elde edildi. Araştırmanın sonucunda; nicel veriler doğrultusunda, klinik simülasyonun öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımlarında etkili olmadığı ancak, beceri gelişimlerini olumlu yönde etkilediği belirlendi. Nitel verilerde ise, klinik simülasyonun öğrencilerin bilgi düzeyini artırdığı ve fiziksel sağlığı değerlendirme becerilerini geliştirdiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik öğrencileri, hasta simülasyonu, yüksek gerçeklikli simülasyon, psikiyatri hemşireliği, hemşirelik eğitimi

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından desteklenmiştir. Proje No: 33527

ABSTRACT

Şahin-Bayındır, G. (2021). The Effect of Two Different Clinical Simulation on Knowledge and Skills of Nursing Students Regarding Physical Health Problems of Psychiatric Patients. Istanbul University-Cerrahpaşa, Institute of Graduate Studies, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Doctorate Thesis. Istanbul.

This study was carried out in a mixed method design type in order to determine the effect of two different clinical simulation experiences on the knowledge acquisition and skill development of individuals with mental disorders about the physical health problems of students taking the Mental Health and Psychiatric Nursing course. The sample of the study consisted of 61 students who took a Mental Health and Psychiatric Nursing course in a state university in Istanbul. Standardized patient simulation was applied to one of the experimental groups and hybrid simulation was applied to the other. Also, an education intervention was applied to the control group. In order to evaluate the effects of clinical simulation (experimental group) and education (control group) on the physical health assessment skills of the students in the clinical simulation and control groups, a practice was performed with a real patient in a clinical environment by students. Follow-up tests were conducted in the first, third and sixth months to evaluate the knowledge acquisition in the students. In the study, it was determined that there was no difference between the mean scores of the knowledge follow-up tests among groups, but there was a statistically significant difference between the measurement times. In addition, the physical health assessment skill mean scores of the standardized patient simulation group and the hybrid simulation group during clinical practice were statistically higher than the control group. In the study, it was found that the medians of "Effective Communication Elements", "Ineffective Communication Elements" and "Therapeutic Communication Techniques" of the standardized patient simulation group and hybrid simulation group were statistically higher than the control group. In the focus group interviews, four themes were obtained: "Physical Health Problems", "Patient Evaluation Process", "Views on Simulation" and "Views on Education". As a result of the study; based on the quantitative data, it was determined that clinical simulation was not effective in students' knowledge acquisition, but it statistically affected their skill development about physical health problems of individuals with mental disorders. In the qualitative findings, it was determined that clinical simulation increased the knowledge level of the students and improved their physical health assessment skills.

Key Words: nursing students, patient simulation, high fidelity simulation training, psychiatric nursing, nursing education

The present work was supported by the Research Fund of Istanbul University - Cerrahpaşa. Project No. 33527

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kronik ruhsal bozukluklar; sıklıkla şizofreni ve bipolar bozukluk tanılarını içeren ve bireye, ailesine ve topluma önemli yükler getiren bozukluklardır. Psikotrop ilaçların kullanılması ile belirti yönetiminde ilerleme görülmesine karşın, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin çoğu hala sınırlı bir iyileşmeye ve zayıf fiziksel sağlığa sahiptir. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin %50-80'ninde prognozu kötüleştirebilecek ve yüksek morbiditeye neden olabilecek bir veya daha fazla komorbid tıbbi durum görülmektedir. Kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerde görülen tıbbi komorbiditelerin %60'ından fazlası ölümcül olmayan ve önlenebilir bozukluklar olmasına rağmen, bireyler genel popülasyona oranla 15-25 yıl daha az yaşamaktadırlar (Brown ve ark. 2000; Leucht ve ark. 2003; Frankenburg ve Zanarini 2004; Jones ve ark. 2004; Kilbourne ve ark. 2004; Goff ve ark. 2005; Roshanaei-Moghaddam ve Katon 2009; Weber ve ark. 2009; Chang ve ark. 2011; Whiteford ve ark. 2013). Bahorik ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan bir sekonder analiz çalışmasında; şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerde kronik ağrının ve hepatit C'nin kontrol grubuna oranla dört kat daha fazla görüldüğü, bipolar bozukluk tanılı bireylerde peptik ülser, astım, kronik böbrek hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, pnömoni, obezite ve inmeyi içeren kronik durumlara sahip olma olasılığının kontrol grubunun iki katı olduğu, şizofreni tanılı bireylerde peptik ülser, kronik böbrek hastalığı, diyabet, pnömoni, obezite ve inmeyi içeren kronik durumlara sahip olma olasılığının kontrol grubunun iki katı olduğu ve şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerde hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, artrit ve aterosklerozisin kontrol grubuna oranla 1,5 katı olduğu belirlenmiştir. Bazı antipsikotik ilaçlar; yüksek beden kitle indeksi, hiperlipidemi ve glukoz intoleransına neden olarak Tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom riskini arttırmaktadır. En yaygın ilaç yan etkilerinden olan sedasyon ve psikozun negatif belirtileri ise beceriyi ve egzersiz motivasyonunu azaltmaktadır (Healy 2009; Happell ve ark. 2011). Kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörü olan sigara içme, yetersiz beslenme ve aşırı alkol tüketimi gibi durumlar ruhsal bozukluğu olan bireylerde yaygın olarak görülmektedir. Ek olarak, kronik ruhsal bozukluğu olan bireylerin korunmasız cinsel ilişki gibi yüksek riskli davranışlara girme olasılıklarının yüksek olması nedeniyle HIV hastalığına yakalanma oranlarının genel popülasyona oranla 3,8 kat fazla olduğu belirtilmektedir (Robson ve Gray 2007). Ruhsal bozukluğa sahip bireyler; psikofarmakolojik tedavi yan etkileri, altta

yatan fiziksel sorunlar, sağlıksız yaşam biçimi, ruhsal bozukluk ile ilişkili negatif belirtiler, çökkün duygudurum ve fiziksel aktivitede azalma nedeniyle birçok fiziksel sağlık sorunu yaşamaktadırlar (Weiser ve ark. 2009).

Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık gereksinimleri rutin olarak daha az ele alınmaktadır. Bunun nedeni; fiziksel hastalıkların farkındalığında eksiklik, bilgi ve beceri eksikliği ve damgalamadır (Nash 2011). Bu dinamikler, fiziksel sağlık durumlarının teşhis edilmesini ve yönetimini engellemektedir.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler ile doğrudan temas halinde olan hemşireler, bakım verdikleri bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynamaktadırlar. Ruh sağlığı hemşirelerinin ruh sağlığı ortamlarında bütüncül bakım sağlayabilmeleri için ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel, biyolojik, sosyal, mesleki ve manevi sorunlarını dikkate almaları gerekmektedir (Happell ve ark. 2012). Ruh sağlığı hemşirelerinin fiziksel sağlık bakımı uygulamalarının iyileştirilmesi, tıbbi hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlar ve gelecekte fiziksel hastalıkların ortaya çıkma riskini azaltır (Meldrum 2011). Hennesy ve Cocoman (2018) tarafından yapılan literatür incelemesinde; ruhsal bozukluğa sahip bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerine verilen eğitimin, hemşirelerde bilgiyi arttırdığını ancak, hemşirelerin mevcut uygulamaları değiştirmek için düzenli olarak fiziksel sağlık eğitimi ile desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Fiziksel sağlık bakımındaki bu bilgi eksikliği, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığına ilişkin bakımı planlamasını zorlaştırmaktadır.

Bu nedenle, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık gereksinimleri ve komorbid fiziksel hastalıkların yönetimi ile ilgili hemşirelik becerisi lisans eğitiminden itibaren hemşirelik öğrencilerine teorik ve uygulamalı olarak aktarılmalıdır. Ramluggun ve ark. (2017) tarafından son sınıf ruh sağlığı hemşireliği dersi alan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık gereksinimlerini ele alma konusundaki hazırlıklarına dair görüşlerini derinlemesine incelemek amacıyla yapılan kalitatif çalışmada, öğrencilerin fiziksel bakım konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmeye ve bu becerileri uygulama ortamlarında güvenli bir şekilde yapma fırsatına gereksinim duydukları belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda, fiziksel sağlık sorunlarını tanımak ve yönetmek için iyi planlanmış klinik simülasyon uygulamalarından yararlanılması önerilmektedir.

Klinik simülasyon uygulaması; bilgi geliştirme ve sentezini, klinik becerileri uygulama yeteneğini ve bilgi ve becerilerin klinik deneyimde güvenli tekrarını kolaylaştırmaktadır (Cant ve Cooper 2010). Ruh sağlığı hemşireliği uygulamalarında fiziksel sağlık sorunu deneyimleyen ruhsal bozukluğa sahip bireyler için etkili hemşirelik bakımını sağlamaya yönelik bilgi ve becerinin kazandırılmasında yüksek gerçeklikli simülasyon ve standardize hasta modaliteleri kullanılmaktadır (Doolen ve ark. 2014; Brown 2015; Chadwick ve Withnell 2016; Jacobs ve Van Jaarsveldt 2016). Ancak, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının değerlendirilmesine yönelik klinik simülasyon uygulamalarında simülasyon modalitelerinin etkinliğine ilişkin veriler oldukça sınırlıdır. Tyler ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan sistematik derlemede, komorbid hastalık sıklığının giderek artması ve simülasyona dayalı eğitimin ruhsal ve fiziksel sağlık bakımı bilgi ve becerilerini geliştirme potansiyeli göz önünde bulundurulduğunda, klinik simülasyonun kullanımına ilişkin daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu ifade edilmektedir.

Bu bilgiler doğrultusunda bu doktora tez çalışması, psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi ve becerilerine iki farklı klinik simülasyon deneyiminin etkisini belirlemek amacıyla yürütüldü.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hemşirelik Eğitiminde Klinik Simülasyon Kullanımı

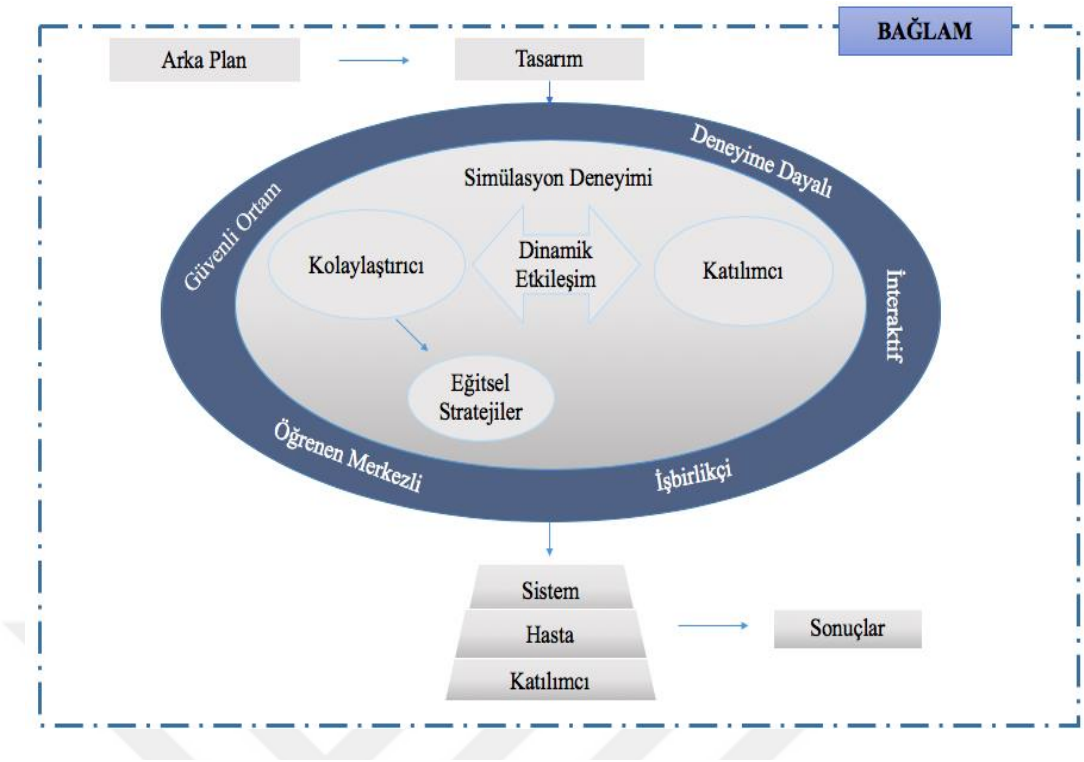
Hemşirelik eğitimi, öğrencilerin sorun çözme becerilerini geliştirmeyi ve klinik uygulama ve/veya mesleki yaşamları sırasında karşılaşacakları gerçek durumlara doğru müdahale edebilmelerini sağlayan teorik bilgi ve uygulama becerilerinin entegrasyonunu kapsamaktadır (Norman 2012). Hemşirelik eğitiminde klinik simülasyon kullanımı, öğrencilere becerilerinin ve yeterliklerinin öğretilmesi, pekiştirilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla giderek yaygınlaşmaktadır (Cant ve Cooper 2010; Norman 2012; Foronda ve ark. 2013). Hemşirelik eğitiminde klinik simülasyon kullanımı, öğrencilerin eleştirel düşünmeyi geliştiren ve anksiyeteyi azaltan güvenli ve kontrollü bir ortamda klinik becerileri uygulamalarını, geliştirmelerini ve bilgi kazanımını ilerletmelerini sağlar (Hostetler 2011; Lehr ve Kaplan 2013). Klinik simülasyon, öğrencilere gerçek bir hastanın stresi olmadan hemşirelik bakımı yapma ve performansları hakkında anında geri bildirim alma fırsatı sunmaktadır (Vandyk ve ark. 2018). Klinik simülasyonun geleneksel eğitim ile karşılaştırıldığında, hemşirelik eğitiminde öğrenim çıktılarını iyileştirebileceği belirtilmektedir (Shin ve ark. 2015). Hayden ve arkadaşları (2014) tarafından on hemşirelik fakültesinde yürütülen National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) Ulusal Simülasyon Araştırması'nda, fakülteler randomizasyon yöntemi ile üç gruba ayrılmıştır. Kontrol grubunu, geleneksel klinik uygulamaya katılan ve klinik saatlerinin %10'u iki yıllık süre boyunca simülasyon ile değiştirilen grup, deney gruplarını ise klinik saatlerinin %25'i ve %50'si iki yıllık süre boyunca klinik simülasyon ile değiştirilen iki farklı grup oluşturmuştur. Araştırmada, öğrencilerin bilgi düzeyleri, yeterliği, eleştirel düşünmeleri ve öğrenim gereksinimlerini nasıl algıladıkları değerlendirilmiştir. Araştırma, mezuniyetten altı ay sonra uygulanan izlem de dahil olmak üzere toplam 666 öğrenci ile tamamlanmıştır. Araştırmanın sonucunda, klinik süresinin %50'sine kadarının, araştırmaya dahil edilen kurumlara benzer koşullar altında geliştirilen ve uygulanan simülasyonlar ile değiştirilebileceği saptanmıştır. Araştırmada; yüksek kaliteli bir klinik simülasyon oluşturmanın en önemli yolunun, International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL) "Simülasyon En İyi Uygulama Standartlarını" simülasyon programına dahil etmek olduğu belirtilmiştir (Hayden ve ark. 2014). INACSL "Simülasyon En İyi Uygulama Standartları", simülasyon tasarımı, çıktılar ve hedefler, kolaylaştırma,

çözümleme, katılımcı değerlendirme, profesyonel bütünlük, simülasyon - geliştirilmiş meslekler arası eğitim, operasyonlar ve simülasyon terimler sözlüğüdür (INACSL 2016a).

Klinik simülasyon; yüksek riskli hastaların varlığı, hasta devrinin artması, personel yetersizliği ve sınırlı klinik uygulama süresi nedeniyle öğrencilerin gerçek klinik uygulama ortamında karşılaşamayacağı hastaların bakımına ilişkin öğrenme fırsatları sunmaktadır (Hovancsek 2007).

2.1.1. National League for Nursing Jeffries Simülasyon Teorisi

National League for Nursing (NLN) Jeffries Simülasyon Teorisi, simülasyon deneyimlerinin tasarlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi amacıyla hemşire eğitimciler ve simülasyon araştırmalarına sistematik bir şekilde rehberlik sağlamasından dolayı hemşire araştırmacılar tarafından kullanılmaktadır (Jeffries 2016). Teori; bağlam, arka plan, tasarım, simülasyon deneyimi, kolaylaştırıcı ve eğitsel stratejiler, katılımcı ve sonuçlar olmak üzere yedi kavram içermektedir (Jeffries 2016). Teoriye göre, arka planda hazırlık aşaması tamamlandıktan sonra simülasyon tasarımı oluşturulmaktadır. Güvenli bir ortamda, öğrenen merkezli, işbirlikçi, interaktif ve deneyime dayalı bir plan içerisinde; kolaylaştırıcı ile katılımcı arasında, kolaylaştırıcının eğitsel stratejiler kullandığı ve katılımcı ile kurduğu dinamik etkileşim sonucu simülasyon deneyimi meydana gelmektedir. Bu deneyimin sonucunda; sistem, hasta ve katılımcı (öğrenci) için sonuçlar oluşmaktadır (Jeffries 2016). Teorinin kavramsal bileşenleri Şekil 2-1'de gösterilmiştir (Jeffries ve ark. 2015).



Şekil 2–1: NLN Jeffries Simülasyon Teorisi (Kaynak: Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives, 36,* 292-293.)

Teoriye ilişkin kavramlar aşağıda açıklanmıştır.

Bağlam: Koşullar ve ortam gibi bağlamsal faktörler, simülasyonun her yönünü etkilemektedir ve simülasyonun tasarlanması veya değerlendirilmesinde önemli bir başlangıç noktası olarak görülmektedir. Bağlam, simülasyonun yeri (akademik alan veya uygulama alanı, yerinde uygulama veya laboratuvar uygulaması gibi) ve simülasyonun değerlendirme veya öğretim amaçlı olup olmaması gibi kapsayıcı amaçlar içerebilir (Jeffries ve ark. 2015).

Arka Plan: Arka plan, simülasyonun hedef(ler)ini ve simülasyonun tasarımını etkileyen belirli beklentileri veya temel ölçütleri kapsamaktadır. Belirli bir simülasyon deneyiminin teorik perspektifi ve müfredata entegrasyonu arka planın önemli unsurlarıdır. Bir simülasyonun arka planı, zaman ve ekipman gibi kaynakların yanı sıra bu kaynakların nasıl tahsis edileceğini de içermektedir (Jeffries ve ark. 2015).

Tasarım: Simülasyon deneyimi öncesi, simülasyon tasarımını oluşturan belirli unsurlar bulunmaktadır. Simülasyon tasarımının bazı unsurları simülasyon deneyiminin uygulanması sırasında değiştirilebilse de simülasyon deneyimi için hazırlanılırken tasarıma ilişkin göz önünde bulundurulması gereken yönler bulunmaktadır. Tasarım, uygun içeriğe sahip olan ve sorun çözme becerisinin gelişmesini hedefleyen etkinliklerin

ve senaryoların geliştirilmesine ve seçilmesine rehberlik eden belirli öğrenim amaçları içermektedir. Ekipman hakkında kararlar, mulaj ve katılımcıların müdahalelerine uygun önceden belirlenmiş kolaylaştırıcı yanıtlarını içeren fiziksel ve kavramsal gerçeklik unsurları, simülasyon tasarımının bir parçasını oluşturmaktadır. Katılımcı ve gözlemci rolleri, aktivitelerin ilerlemesi ve bilgilendirme / çözümleme stratejileri de simülasyon tasarımında yer almaktadır (Jeffries ve ark. 2015).

Simülasyon Deneyimi: Simülasyon deneyimi; deneyimsel, interaktif, işbirlikçi ve öğrenen merkezli bir ortam olarak nitelendirilmektedir. Bu ortam, güvenli bir ilişki gerektirmektedir. Kolaylaştırıcı ve katılımcı bu ortamın sürdürülmesi sorumluluğunu birlikte paylaşırlar ve simülasyon deneyiminin kalitesini, deneyimin özgünlüğünü benimseyerek ve gerçekliğini yaşayarak geliştirirler. Bu durum, simülasyon deneyimi dahilinde katılımı ve psikolojik gerçekliği desteklemeye yardımcı olur (Jeffries ve ark. 2015).

Kolaylaştırıcı ve Eğitsel Stratejiler: Simülasyon deneyimi, kolaylaştırıcı ile katılımcı arasında dinamik bir etkileşimdir. Kolaylaştırıcının nitelikleri; beceri, eğitsel teknikler ve hazırlığı içerir ancak bunlar ile sınırlı değildir (Parsh 2010; Parker ve Myrick 2012; Jeffries 2015). Kolaylaştırıcı, simülasyon deneyimi sırasında ortaya çıkan katılımcı gereksinimlerine; planlanan ilerleme ve aktivite zamanlamasının değiştirilmesi, simülasyon deneyiminin ipuçları (simülasyon sırasında) ve çözümleme (sonuna doğru) aşamasında uygun geri bildirim sağlanması gibi eğitsel stratejileri düzenleyerek yanıt verir (Jeffries ve ark. 2015).

Katılımcı: Katılımcı nitelikleri de simülasyon deneyimini etkilemektedir. Bu özellikler; yaş, cinsiyet, anksiyete düzeyi ve özgüvenin yanı sıra simülasyona hazıroluşluluk gibi değiştirilebilir özellikleri de içermektedir. Rol atama gibi simülasyon tasarımının birçok unsuru katılımcıların öğrenme deneyimlerini etkileyebilir (Jeffries ve ark. 2015).

Sonuçlar: Simülasyonun sonuçları; katılımcı, hasta ve sistem sonuçları olmak üzere üç alana ayrılmaktadır. Literatür büyük ölçüde tepki (memnuniyet, özgüven), öğrenme (bilgi, beceri ve tutum değişiklikleri) ve davranışı (öğrenmenin klinik ortama nasıl aktarıldığı) içeren katılımcı sonuçlarına odaklanmaktadır. Simülasyon ve simülasyonun organizasyonel sonuçları kullanılarak eğitilen bakım vericilerin hizmet sunduğu hastaların sağlık sonuçlarını kapsayan simülasyon sonuçları hakkında, maliyet

etkinliği ve uygulama değişikliklerini içeren çalışmalar ile literatür genişlemektedir (Jeffries ve ark. 2015).

2.1.2. Klinik Simülasyon Modaliteleri

Modalite, klinik simülasyon uygulamasının bir parçası olan simülasyon türlerini ifade etmek amacıyla kullanılan bir terimdir. Parça görev öğreticileri (task-trainer), manken tabanlı simülasyon, standardize hasta simülasyonu, bilgisayar tabanlı simülasyon, sanal gerçeklik simülasyonu ve hibrit simülasyon örnek olarak verilebilir (INACSL 2016b; Lioce ve ark. 2020). Klinik simülasyonda, öğrenim çıktıları ve eğitim düzeylerine göre çeşitli simülasyon modaliteleri kullanılmaktadır (Hovancsek 2007).

- *Parça görev öğreticileri*: Öğrenilen prosedür veya becerinin sadece temel unsurlarını öğretmek için tasarlanmış araçlardır. Kol veya abdomen bölge gibi insan vücudunun bir bölümünü veya bölgesini temsil edebilirler. Bu tür araçlar, intravenöz katater uygulama, sütur atma gibi el becerilerini öğretmek ve geri bildirim vermek için mekanik veya elektronik arayüzler kullanabilirler. Genellikle prosedürel beceri eğitimini desteklemek için kullanılmalarına karşın, diğer öğrenme teknolojileri ile birlikte entegre klinik durumlar oluşturmak için de kullanılabilirler (Lioce ve ark. 2020).
- *Manken tabanlı simülasyon*: Bilgisayar ve yazılım kullanan bir simülasyon uzmanı tarafından; kalp ve akciğer sesleri, palpe edilebilen nabız, ses etkileşimi, hareket (nöbet, göz kırpma vb.) kanama ve diğer insana özgü yetenekleri olan bir hastayı temsil edebilen mankenlerin kullanıldığı simülasyonlardır (Lioce ve ark. 2020).
- *Standardize hasta simülasyonu*: Standardize hasta, belirli bir durumu olan bir hastayı gerçekçi, standart ve tekrarlanabilir şekilde sunan ve sunumun yalnızca katılımcının performansı üzerinden değiştiği eğitilmiş bir bireydir. Standardize hasta simülasyonu; uygulama, öğrenme, tanılama veya standardize hastanın merkezi bir rol oynadığı sistemleri veya insan eylemlerini anlamak amacıyla kullanılan bir modalitedir (Lioce ve ark. 2020).
- *Bilgisayar tabanlı simülasyon*: Gerçek yaşam süreçlerinin yalnızca bir bilgisayarla sınırlı girdi ve çıktılarla modellenmesidir. Genellikle bir monitör ve bir klavye veya diğer basit yardımcı cihazlar ile ilişkilendirilir. Sanal hastalar,

sanal gerçeklik parça görev öğreticileri ve özümseyici/sarmal sanal gerçeklik simülasyonu örnek olarak verilebilir (Lioce ve ark. 2020).

- *Sanal gerçeklik simülasyonu:* Gerçek yaşam durumlarının ve/veya sağlık bakım prosedürlerinin aynısını yapmak için çeşitli özümseyici/sarmal, oldukça görsel ve üç boyutlu özelliklerin kullanıldığı simülasyonlardır. Sanal gerçeklik simülasyonu, genellikle bilgisayar klavyesi, fare, konuşma ve ses tanıma, hareket sensörleri veya haptik cihazlar gibi fiziksel veya diğer arayüzleri içerdiği için bilgisayar tabanlı simülasyondan ayrılmaktadır (Lioce ve ark. 2020).
- *Hibrit simülasyon*: Gerçek bir hasta karşılaşmasının çevresini, fizyolojisini, duygularını ve diyaloğunu birleştirerek bir senaryonun gerçekliğini arttırmak için iki veya daha fazla simülasyon modalitesinin kullanımıdır (INACSL 2016b; Lioce ve ark. 2020). Ek olarak hibrit simülasyon, bir parça görev öğreticisinin standardize hastaya uygulanması olarak da tanımlanmaktadır (Lioce ve ark. 2020).

2.1.3. Klinik Simülasyonda Gerçeklik

Klinik simülasyonda gerçeklik, simülasyonun gerçek dünyadaki temsilinin tepkilerini, etkileşimlerini ve yanıtlarını yeniden üretme becerisidir. Gerçeklik, belirli bir simülasyon modalitesi ile sınırlı değildir ve bir simülasyonun başarılı olması için daha yüksek düzeylerde gerçeklik gerekli olmayabilir (Lioce ve ark. 2020). Gerçeklik düzeyi; çevre, katılımcılar, kullanılan araçlar ve kaynaklar ile ilişkili birçok faktör tarafından belirlenir. Gerçeklik; fiziksel/çevresel, psikolojik ve kavramsal gerçeklik olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır (INACSL 2016b).

- *Fiziksel/çevresel gerçeklik*: Çevre, mankenler, oda, mulaj, ekipman, gürültü ve duyusal destekleyiciler gibi faktörlerdir (INACSL 2016b; Lioce ve ark. 2020).
- *Psikolojik gerçeklik*: Simülasyon senaryolarında katılımcıların duygu, inanış ve öz-farkındalıkları gibi psikolojik faktörleri içeren algılanan gerçekliğin derecesidir (Dieckmann ve ark. 2007; INACSL 2016b; Lioce ve ark. 2020).
- *Kavramsal gerçeklik*: Senaryo veya vakanın tüm unsurlarının gerçekçi bir şekilde birbiriyle ilişkili olmasıdır (Lioce ve ark. 2020). Böylelikle katılımcılar, vakanın öyküsü ile gösterdiği belirti ve bulguları ilişkilendirebilirler.

Klinik simülasyonda, düşük, orta veya yüksek gerçeklik düzeyleri kullanılmaktadır (Kim ve ark. 2016).

- *Düşük gerçeklikli simülasyon*: Katılımcının dışarıdan kontrol edilmesine veya programlanmasına gereksinim duyulmamaktadır. Klinik durumu veya uygulamayı öğrenmede öğrencileri veya profesyonelleri desteklemek için kullanılan vaka çalışmaları, rol oynama veya parça görev öğreticileri örnek olarak verilebilir (Lioce ve ark. 2020).
- *Orta gerçeklikli simülasyon*: Katılımcılara; nefes sesi, kalp sesleri, bağırsak sesi veya simüle edilmiş kan gibi uygulamalar sunan ancak gerçekçi bir ortam özgünlüğünün eksik olduğu mankenlerin veya parça görev öğreticilerinin kullanılmasıdır (Ntlokonkulu ve ark. 2018). Göğsünün gerçekçi göründüğü ve nefes seslerinin duyulduğu ancak göğsün kalkıp inmediği bir manken örnek olarak verilebilir (Jeffries 2007).
- *Yüksek gerçeklikli simülasyon*: Son derecede gerçekçi olan ve katılımcı için yüksek düzeyde etkileşim ve gerçekçilik sağlayan simülasyon deneyimidir. İnsan, manken, parça görev öğreticileri veya sanal gerçeklik gibi herhangi bir simülasyon modalitesine uygulanabilir (Lioce ve ark. 2020).

Klinik simülasyon; kullanılan teknolojiye, gerçekliğe ve modaliteye bağlı olarak düşük veya yüksek maliyetli olabilmektedir (Maloney ve Haines 2016).

2.2. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Klinik Simülasyon Kullanımı

Klinik simülasyon, hemşirelik eğitiminde İç Hastalıkları Hemşireliği, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanlarında yaygın kullanılmasına karşın, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitiminde klinik simülasyonun kullanımı ve etkinliğine yönelik çalışmaların daha sınırlı olduğu göze çarpmaktadır.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği; "bilgiyi, deneyimi, hemşirelik becerisini, biyolojik ve sosyal bilim verilerini ve kendiliğin terapötik kullanımını birleştiren bir disiplindir" (Özbaş ve Buzlu 2011). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitimi; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temel ilke, kavram, işlev ve sürecini değerlendirerek, kazanılan bilgi ve becerinin ülkenin gereksinimleri doğrultusunda ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede ve ruh sağlığının bozulduğu durumlarda bakım, tedavi ve rehabilitasyonda etkin biçimde kullanımını amaçlamaktadır. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasında öğrencilerin; psikiyatrik değerlendirme ve görüşme, ruhsal bozukluğu olan birey ile terapötik ilişki ve iletişim kurma ve psikiyatrik bakım

verme gibi yeterlikleri kazanması hedeflenmektedir. Birçok çalışma, hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasına ilişkin olumsuz ön varsayımlarının ve çekincelerinin olduğunu ve bu durumun genellikle bilinmezlik korkusundan kaynaklandığını belirtmektedir (Robinson-Smith ve ark. 2009; Lehr ve Kaplan 2013). Alshowkan ve Kamel (2016) tarafından ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasını tamamlayan 20 hemşirelik öğrencisinin deneyimlerinin incelendiği kalitatif çalışmada; öğrencilerin çoğu, klinik uygulamaya başlarken deneyim ve beceri eksikliği nedeniyle ruhsal bozukluğu olan bireye nasıl bakım vereceklerine yönelik anksiyete ve korku hissettiklerini, eğitim ve deneyim ilerledikçe anksiyetelerinin azaldığını belirtmişlerdir. Öğrencilerin yaşadıkları orta - şiddetli anksiyete düzeyi, düşünceleri işleme yeteneğini etkilemekte ve bu durum, öğrencinin ruhsal bozukluğu olan birey ile terapötik ilişki kurma becerisini engellemektedir. Çoğu öğrencinin, daha önce ruhsal bozukluğu olan ve/veya intihar/agresyon riski olan ruhsal bozukluğa sahip bireye bakım vermemesi de göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin yaşadığı anksiyete kendiliğin terapötik kullanımını da olumsuz etkilemektedir (Kameg ve ark. 2010; Szpak ve Kameg 2013). Bu nedenle öğrenciler, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasına başlarken stres ve özgüven eksikliği nedeniyle yüksek risk altındadır (Szpak ve Kameg 2013). Kendiliğin terapötik kullanımı, duygu yönetimi ve empati; terapötik ilişkilerin gelişimini teşvik eden önemli unsurlardır. Öğrencilerin, ruhsal bozukluğu olan bireyler ile temas kuracakları klinik uygulamaya başlamadan önce, bu unsurları geliştirme ve uygulama fırsatlarının olması oldukça önemlidir (Olasoji ve ark. 2020). Alzayyat ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan literatür derlemesinde, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasında öğrencilerin en yoğun karşılaştıkları stres faktörlerinin, hastalara ve ailelerine bakım sağlama, klinik ortamlardaki ilişkiler ve akademik talepler olduğu ve öğrencilerin karşılaştıkları stres faktörleri ile etkisiz baş ettikleri belirlenmiştir. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği öğrencilerinin klinik uygulama öncesi yaşadıkları stres ile etkili başa çıkabilmeleri için klinik simülasyon kullanımı önerilmektedir (Al-Zayyat ve Al-Gamal 2014; Alshowkan ve Kamel 2016).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminde klinik simülasyon; öğrencilerin kontrollü bir ortamda, terapötik iletişim becerilerini, eleştirel düşünmelerini, özgüvenlerini ve risk tanılama becerilerini geliştirmelerine imkan sağlamaktadır (Brown 2015). Müfredatta yer alan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik simülasyonlarının

odağı; hasta güvenliği, hemşire-hasta ilişkisi kurma, iletişim becerilerini geliştirme, öğrencinin özyeterliğini ve güvenini arttırma ve klinik uygulamaya hazırlığını arttırma gibi öğrenim çıktıları ile ilgilidir (Felton ve Wright 2017). Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminde yaygın olarak; standardize hasta simülasyonu, yüksek gerçeklikli manken simülasyonu, sanal gerçeklik simülasyonu ve ses simülasyonu modaliteleri kullanılmaktadır (Brown 2015; Vandyk ve ark. 2018).

2.2.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Standardize Hasta Kullanımı

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminin yeterliklerini öğretmek ve değerlendirmek amacıyla standardize hasta modalitesinin yer aldığı klinik simülasyonlar sıklıkla kullanılmaktadır (Shin ve ark. 2015). Standardize hastalar, simüle edilmiş klinik ortamda öykü alma, fiziksel tanılama ve diğer klinik becerilerin öğretimine ve katılımcıların değerlendirilmesine imkan sağlamaktadır. Katılımcı performansını değerlendirmek ve katılımcıya geri bildirim vermek amacıyla da standardize hastalardan yararlanılmaktadır (Lewis ve ark. 2017). Standardize hasta modalitesi; beceri ve yeterlik değerlendirme, iletişim, objektif yapılandırılmış klinik sınav (OSCE), mesleklerarası eğitim, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, öğrenci memnuniyeti ve özyeterlik olmak üzere çeşitli konu ve amaçlarda kullanılmaktadır (Rutherford-Hemming ve ark. 2019).
Standardize hasta modalitesi kullanımının avantajları;

- *Fizibilite*: Her zaman ulaşılabilir ve her yerde kullanılabilir.
- *Esneklik*: Simülasyonun öğrenim hedefleri doğrultusunda çok çeşitli klinik sunumları simüle edebilir.
- *Gerçeklik*: Gerçek hasta ve aile dinamikleri için son derece özgün bir modalitedir.
- *Biçimlendirici*: Katılımcıların anında yapıcı geri bildirim almasını ve hasta perspektifiyle katılımcıların yeterliklerinin değerlendirilmesini sağlar.
- *Koruma*: Gerçek hastaların, katılımcının deneyimsizliğine tekrar tekrar maruz kalmasını önler ve katılımcıyı gerçek hasta üzerinde öğrenme anksiyetesinden korur.
- *Kopyalama*: Birçok katılımcının standart bir ortamda öğrenmesine ve değerlendirilmesine izin verecek şekilde çoğaltılabilir.
- *Adil*: Önyargının azaltılmasına, katılımcılara eşit seviyede davranılmasına ve içeriği eşit öğrenme fırsatına imkan tanıyacak şekilde standartlaştırılmış ve kontrol edilmiştir (Palaganas ve ark. 2015).

Standardize hasta modalitesi kullanımının dezavantajları ise;

- *Maliyet*: Standardize hasta olarak çalışan kişiye, sundukları rol ve harcadıkları zaman için ödeme yapılması gerekir.
- *Gerçeklik*: Belirli fiziksel durum ve bulgular standardize hastalar ile simüle edilemeyebilir (hibrit simülasyon ile bu durumun üstesinden gelinebilir).
- *Uzmanlık*: Standardize hastaların belirlenmesi ve eğitilmesi, ilgili materyallerin geliştirilmesi ve uygun şekilde değerlendirilmesi uzmanlık gerektirmektedir (Palaganas ve ark. 2015).

Oh ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında; standardize hasta kullanılan simülasyona dayalı öğrenimin; hemşirelik öğrencilerinde, bilişsel alanda bilgi kazanımının ve iletişim becerilerinin, duyuşsal alanda öz yeterliğin ve öğrenme motivasyonunun, psikomotor alanda ise klinik beceri kazanımının gelişmesinde etkili olduğu belirtilmiştir. Standardize hasta kullanımının, bilgi ve klinik beceri kazanımını etkileyen öğrenme motivasyonu ve özyeterlik üzerinde olumlu bir etkiye sahip olması nedeniyle, müfredata entegre edilerek aktif bir öğrenim metodolojisi olarak kullanılması önerilmektedir.

Ha (2018) tarafından 47 son sınıf hemşirelik öğrencisi ile standardize hastanın kullanıldığı simülasyona dayalı öğrenime ilişkin deneyimlerinin incelendiği Q-metodoloji tipindeki araştırmada; faktör 1'de yer alan öğrenciler, standardize hasta ile çalışmanın, hastaların gereksinimlerini anlamaları için gerçekçi bir ortamda terapötik iletişim ve baş etme becerilerini uygulamalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Ek olarak öğrenciler, standardize hastaların onlara öğrenci - hasta etkileşimi yoluyla hastaların yakınmaları ve endişeleriyle nasıl baş edebileceklerini öğrettiğini ifade etmişlerdir. Faktör 2'de yer alan öğrenciler, standardize hastaların rollerinin invaziv hemşirelik girişimleri için sınırlı olduğunu ve performansları hakkında yapıcı geri bildirim sağladıklarını belirtmişlerdir. Standardize hastalar, terapötik iletişimi geliştirmede ve öğrencilerin öğrenim çıktılarının değerlendirilmesinde etkili olmalarına karşın (Kameg ve ark. 2014), bazı belirtileri gösterememe, belirli fiziksel alanları değerlendirememe veya invaziv girişimlerin uygulanamaması gibi kullanım sınırlılıkları olması nedeniyle hemşirelik öğrencilerinin öğrenim hedeflerine ulaşmasını önleyebilmektedir (Suh 2012; Cowperthwait ve ark. 2015; Kowitlawakul ve ark. 2015). Bu nedenle, standardize hastaların yüksek veya düşük gerçeklikli manken ile kombinasyonu, standardize hastaların sınırlılıklarının üstesinden gelmek için bir seçenek

olarak önerilmektedir (Cowperthwait ve ark. 2015; Kowitlawakul ve ark. 2015). Faktör 3'te yer alan öğrenciler, standardize hastaların eleştirel düşünmeyi geliştirdiklerini, özgüveni arttırdıklarını ve esnekliği geliştirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu araştırmada, standardize hasta modalitesi kullanımının; hemşirelik öğrencilerinin bilgi, beceri ve tutumlarını içeren öğrenim çıktılarını geliştirmede ve hasta bakımına ilişkin güven kazandırmada yararlı olduğu saptanmıştır (Ha 2018).

Goodman ve Winter (2017) tarafından yapılan derlemede, öğrencilerin standardize hasta kullanılarak yapılan klinik simülasyonu, yeni ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği becerilerini güvenli bir ortamda uygulayabilecekleri ve güven kazanabilecekleri olumlu bir öğrenme deneyimi olarak algıladıkları belirlenmiştir. Øgård-Repål ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan derlemede; ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamasına hazırlık olarak standardize hasta kullanımının, öğrencilerin ön varsayımlarını yok ederek ve ruhsal bozukluğa sahip bireyler için daha fazla empati ve duyarlılık geliştirmelerini sağlayarak anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Vandyk ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan sistematik derlemede, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminde standardize hasta kullanımına ilişkin yapılan nicel araştırmaların sonuçlarına bakıldığında, öğrencilerin iletişim becerilerini ve güvenini geliştirmede ve anksiyetelerini azaltmada standardize hasta modalitesinin etkili olduğu saptanmıştır. Standardize hasta modalitesi kullanılarak yapılan nitel araştırmalarda öğrencilerin, standardize hasta modalitesinin ruh sağlığı hemşireliği becerilerini uygulamak için güvenli bir uygulama alanı sağladığını (Choi 2012), ruh sağlığı bakımı sağlamada güvenlerinin arttığını (Choi 2012; Doolen ve ark. 2014) ve eleştirel düşünme, karar verme ve iletişim becerilerini geliştirdiğini (Becker ve ark. 2006; Choi 2012; Doolen ve ark. 2014) ifade ettikleri belirlenmiştir.

Olasoji ve arkadaşlarının (2020) 89 ruh sağlığı simülasyonuna katılan hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları araştırmada; standardize hasta modalitesi kullanılarak yapılan klinik simülasyonun, öğrencinin terapötik katılımını sağlama, tanılama becerilerini geliştirme ve klinik uygulamaya hazıroluşluğunu arttırmada olumlu bir etkisinin olduğu saptanmıştır. Öğrenciler klinik simülasyonun, bireysel sorun çözme becerilerini kullanmalarını, kendi davranışlarını ve eylemlerini analiz etmelerini sağladığını ve kuramsal derste anlatılan teorik içerikleri anlamalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir.

Standardize hasta modalitesi hemşirelik eğitiminde sıklıkla kullanılmasına karşın; literatürde, bu modalitenin öğrencilerin öğrenim çıktıları üzerindeki etkilerine ilişkin

verilerin sınırlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle, güç analizi yapılmış ve geçerli - güvenilir ölçüm araçlarının kullanıldığı daha fazla randomize kontrollü çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (Rutherford-Hemming ve ark. 2019).

2.2.2. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Yüksek Gerçeklikli Simülasyon Kullanımı

Yüksek gerçeklikli manken simülatörleri, katılımcı ile gerçek zamanlı etkileşime imkan sağlayan teknolojik tam vücut mankenleridir (Galloway 2009). Teknolojik açıdan gelişmiş bu mankenler, görünüm açısından oldukça gerçekçidir ve katılımcıların uygulama müdahalelerine hemen yanıt verebilirler (Kameg ve ark. 2010). Yüksek gerçeklikli manken simülatörleri; nabzı palpe edebilme, göğüs hareketinin gözlenmesi, kalp, solunum ve bağırsak seslerinin duyulabilmesi gibi özellikleri ile katılımcıya ipuçları verirler. Bu özellikler, klinik simülasyon senaryolarına gerçekçilik katar ve bu gerçekçilik, elektrokardiyogram dalga formlarının, kardiyak outputun ve pulse oksimetrenin monitörize edilebilmesi ile desteklenir (Decker ve ark. 2014).

Yüksek gerçeklikli manken simülasyonu ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminde; depresyon, intihar, anksiyete, madde kullanımı, psikotrop ilaç uygulama, hastanın saldırganlığı ve/veya şiddeti ile ilgili ruh sağlığı hemşireliği bakımını öğretmek amacıyla kullanılmaktadır (Vandyk ve ark. 2018). Yüksek gerçeklikli manken simülasyonu kullanılarak yapılan araştırmalarda; öğrencilerin, simülasyon sonrası bilgi düzeyi ve eleştirel düşünme becerilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu (Szpak ve Kameg 2013; Murray 2014), ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği içeriğini daha iyi anladıkları (Lehr ve Kaplan 2013; Szpak ve Kameg 2013), simülasyona katıldıktan sonra anksiyetelerinin azaldığı (Szpak ve Kameg 2013) ve iletişim, tanılama ve bakım sağlamada güvenlerinin arttığı (Lehr ve Kaplan 2013; Murray 2014) saptanmıştır. Yüksek gerçeklikli manken simülasyonu kullanılarak yapılan niteliksel araştırmalarda öğrencilerin; simülasyonun, hemşirelik becerilerini uygulamada güvenli bir alan sağladığını (Hemingway ve ark. 2014), klinik uygulamada karşılaşma imkanının olmayacağı durumları deneyimleme fırsatı sunduğunu (Hermanns ve ark. 2011), simülasyonun yerinin gerçekçilik algısını etkilediğini (Hemingway ve ark. 2014), klinik uygulamadan daha fazla stres yaşadıklarını (Hemingway ve ark. 2014) ve simülasyon deneyiminde öğrendiklerinin klinik ortama uygulanabileceğini ifade ettikleri belirlenmiştir (Hermanns ve ark. 2011).

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamasında öğrenciler, fiziksel sağlık sorunları yaşayan ruhsal bozukluğa sahip bireylerin değerlendirilmesi ve etkili hemşirelik bakımının sağlanması için bilgi ve beceriye gereksinim duymaktadırlar (Unsworth ve ark. 2012; Kameg ve ark. 2013). Yüksek gerçeklikli manken simülasyonu, öğrencilerin karşılaşabilecekleri kompleks vakalara yönelik hemşirelik bakımını planlayabilmeleri için gerekli bilgi ve becerinin gelişimini desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (Brown 2015). Yüksek gerçeklikli manken simülasyonu kullanılarak yapılacak çalışmalarda, daha fazla güçlü metodoloji ve karşılaştırmalı grup veya katılımcıya gereksinim duyulduğu belirtilmektedir (Kunst ve ark. 2016; Doolen ve ark. 2016). Aynı zamanda, katılımcıların öğrenim çıktılarını belirlemek ve "Simülasyon En İyi Uygulama Standartlarını" gözden geçirmek için standardize hastanın yüksek gerçeklikli simülatör ile karşılaştırıldığı araştırmaların yapılması önerilmektedir (Rutherford-Hemming ve ark. 2019).

2.2.3. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Sanal Gerçeklik Simülasyonu Kullanımı

Simülasyon teknolojisinin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitimine bir başka yenilikçi uygulaması, sanal gerçekliğin geliştirilmesidir (Kidd ve ark. 2012). Bilgisayar tabanlı sanal gerçeklik programları, öğrencilerin karar verme, eleştirel düşünme ve klinik akıl yürütme becerilerini uygulamaları için tasarlanmıştır (Guise ve ark. 2012; Lambert ve Watkins 2013). Sanal gerçeklik uygulamalarının, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitimi alan öğrencilerin iletişim ve sağlığı tanılama becerilerini geliştirmede faydalı olduğu belirtilmektedir (Kidd ve ark. 2012). Sanal gerçeklik simülasyonu, çoklu karar yolu seçeneği içeren sanal bir vakanın anlatı yapısına sahiptir. Vaka senaryosu, öğrencinin kararlarına dayalı olarak yönlendirilmektedir. Bir klinik bakım kararını bir diğerine bağlamak veya rehberlik etmek için bir yol boyunca adım adım bir şekilde anlatı geri bildirimi üretilmektedir. Anlatı temelli sanal hasta simülasyonunun tasarımında yer alan duyuşsal bileşen, simülasyon deneyiminin ve öğrenci katılımının özgünlüğünü arttırmaya yardımcı olmaktadır. Anlatı çerçevesi; eleştirel düşünme, karar verme, iletişim ve empati becerilerini geliştiren sanal bir öğrenme deneyimi sağlamaktadır (Brown 2015). Foronda ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları sistematik derlemede; sanal gerçeklik simülasyonunun, öğrenme (bilgi), beceri / performans, eleştirel düşünme, özgüven geliştirme ve katılımcı memnuniyeti sağlamak amacıyla etkin bir şekilde kullanıldığı belirlenmiştir.

Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitiminde sanal gerçekliğin kullanımına ilişkin yapılan niceliksel araştırmalarda; algılanan teknik zorluk derecesi ile simülasyonun etkililiği arasında negatif yönde anlamlı ilişkinin olduğu (Kidd ve ark. 2012) ve öğrencilerin simülasyonu olumlu bir deneyim olarak nitelendirdikleri saptanmıştır (Kidd ve ark. 2012; Sweigart ve ark. 2014; Sunnqvist ve ark. 2016). Sweigart ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada öğrenciler; avatar hastaları oldukça gerçekçi algıladıklarını ve avatar hastaların klinik ortamda görüşme yapmaya onları daha iyi hazırladığını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Hemşirelik eğitiminde sanal gerçeklik simülasyonu, öğrencilerin öğrenim çıktılarını iyileştirdiği gösterilen yeni bir eğitim stratejisidir. Bu doğrultuda; sanal gerçeklik simülasyonu ve diğer öğrenim modalitelerini içeren karşılaştırmalı araştırmaların yapılması, gelecek araştırmalarda daha güçlü bir metodolojinin kullanılması ve araştırma yazım kılavuzlarından yararlanılarak bias riskinin azaltılması önerilmektedir (Foronda ve ark. 2020).

2.2.4. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Eğitiminde Ses Simülasyonu Kullanımı

Ses simülasyonu, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitimine özgü simülasyon uygulamalarından biridir. Yapılan araştırmaların çoğunda; Deegan (2015) tarafından geliştirilen "Hearing Voices Which Are Distressing" isimli ses simülasyonunun kullanıldığı görülmektedir. Ses simülasyonu ile öğrenmeye ilişkin yapılan niceliksel araştırmalarda, üç sonucun (empati, bilgi düzeyi, tutum) değerlendirildiği görülmüştür. Ses simülasyonuna katılan öğrencilerin empatilerinin geliştiği, bilgi düzeylerinin arttığı ve tutumlarının değiştiği saptanmıştır (Vandyk ve ark. 2018). Ses simülasyonu modalitesi kullanılarak yapılan kalitatif araştırmalarda öğrenciler, ses simülasyonunun; empatilerini geliştirdiğini (Dearing ve Steadman 2009; Hamilton Wilson ve ark. 2009; Chaffin ve Adams 2013; Mawson 2014; Wieland ve ark. 2014), ruh sağlığı hemşireliği becerilerini öğrenmelerine yardımcı olduğunu (Dearing ve Steadman 2009; Chaffin ve Adams 2013), klinik uygulamaya hazıroluşluklarını geliştirdiğini (Dearing ve Steadman 2008) ve işitsel halüsinasyon deneyimleyen kişiler ile çalıştıkları zaman tutumlarının değiştiğini, onlara karşı sabır ve saygılarının arttığını belirtmişlerdir (Dearing ve Steadman 2008; Wieland ve ark. 2014). Aynı zamanda, ses simülasyonu sırasında yaşadıkları deneyimleri (rahatsız olma, konsantre olamama gibi) de ifade etmişlerdir (Dearing ve Steadman 2008; Hamilton Wilson ve ark. 2009; Wieland ve ark. 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımları ve beceri gelişimlerine iki farklı klinik simülasyon deneyiminin etkisini belirlemek amacıyla karma metot tasarım tipinde yürütüldü. Araştırmanın niceliksel tasarımı randomize ön test – son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü tasarım tipinde, niteliksel tasarımı ise odak grup görüşmesi yöntemi kullanılarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri ve Soruları

Araştırmanın niceliksel tasarımına ait hipotezler aşağıda yer almaktadır.

H_1: Klinik simülasyon deneyimine katılan hemşirelik öğrencilerinin (deney) eğitim alan öğrencilere göre (kontrol) ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımları daha yüksek olacaktır.

H_2: Klinik simülasyon deneyimine katılan hemşirelik öğrencilerinin (deney) eğitim alan öğrencilere göre (kontrol) ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını değerlendirmelerine yönelik beceri gelişimleri daha yüksek olacaktır.

H_3: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının değerlendirmelerine yönelik bilgi kazanımlarında ve becerilerini geliştirmelerinde standardize hasta yöntemi etkilidir.

H_4: Hemşirelik öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarının değerlendirilmelerine yönelik bilgi kazanımlarında ve becerilerini geliştirmelerinde hibrit simülasyon yöntemi etkilidir.

Araştırmanın niteliksel tasarımına ait sorular aşağıda belirtilmiştir.

1. Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik görüşleri nelerdir?
2. Klinik simülasyon deneyimine katılan hemşirelik öğrencilerinin, uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını değerlendirmeye yönelik deneyimleri nasıldır?
3. Klinik simülasyon deneyimine katılan hemşirelik öğrencilerinin klinik simülasyonun uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını değerlendirmeye etkisine yönelik görüşleri nelerdir?

4. Eğitim uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin, uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını değerlendirmeye yönelik deneyimleri nasıldır?
5. Eğitim uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin, eğitimin uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarını değerlendirmeye etkisine yönelik görüşleri nelerdir?

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 2019 – 2020 akademik yılı güz döneminde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersini alan öğrenciler oluşturdu (N=138).

Araştırmanın örneklemi, G*Power 3.1.9.2 programı kullanılarak güç analizi ile hesaplandı. İki deney ve bir kontrol grubu olarak tasarlanan araştırma için daha önce yapılan benzer bir çalışma (Merriman ve ark. 2014) baz alınarak yapılan güç analizi sonucunda; etki büyüklüğü 0,442 ve standart sapma 3,2 olarak alındığında, Power:0,80, β:0,20 ve α:0,05 için tespit edilen örneklem sayısı her bir grup için minimum 18 olmak üzere toplam 54 olarak saptandı.

Örneklem grubu belirlenirken; dersi alan öğrencilerden 48'i, dersin klinik uygulama rotasyonu kapsamında klinik simülasyon uygulamasına katılmaları nedeniyle araştırmaya dahil edilmedi. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 90 öğrenciden 29'u araştırmaya katılmayı reddetti. Böylelikle, araştırmanın örneklemini 61 öğrenci oluşturdu. Deney ve kontrol gruplarının belirlenmesi amacıyla örneklem grubu, randomizasyon yöntemi ile (R 3.6.3 programı) genel ağırlıklı not ortalamaları açısından homojen olan üç gruba ayrıldı. Birinci deney grubunu 21 öğrenci, ikinci deney grubunu 19 öğrenci ve kontrol grubunu 21 öğrenci oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 2019 – 2020 akademik yılı güz döneminde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersine kayıtlı olması,
- Daha önce Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersini almamış olması,
- İlgili ders kapsamında klinik simülasyon uygulamasına katılmamış olması,
- Herhangi bir sağlık kurumunda çalışmamış olmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Öğrencinin yaşı, cinsiyeti, birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluğu olan bireyin var olma durumu, daha önce ruhsal bozukluğu olan bireye bakım verme durumu ve daha önce klinik simülasyon uygulamasına katılma durumu ile ilgili toplam beş sorudan oluşan form, ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından geliştirildi (Gaylle 2015; Hilderbrand 2017; Mueller 2017).

3.4.2. Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı

Bu araştırmada; Leighton ve arkadaşları (2015) tarafından modifiye edilen, katılımcıların simülasyon ortamında öğrenmenin etkililiğine yönelik algılarını değerlendiren ve katılımcı tarafından doldurulan öz-bildirime dayalı Simulation Effectiveness Tool - Modified ölçüm aracının Türkçe geçerlik - güvenirlik çalışması yapıldı (Ek 1).

***Ölçüm aracının dil geçerliği*:** Ölçüm aracı ilk olarak araştırmacılar ve her iki dili bilen iki çevirmen tarafından İngilizce'den Türkçe'ye çevrildi. Elde edilen Türkçe formun geri çevirisi, her iki dili bilen farklı iki çevirmen tarafından gerçekleştirildi. Araştırmacılar ve çevirmenler tarafından Türkçe ve İngilizce ifadeler değerlendirilerek ölçüm aracının dil geçerliği tamamlandı.

***Ölçüm aracının kapsam geçerliği*:** Çeviri ve geri çevirisi yapılan ölçüm aracının kapsam geçerliği, kapsam geçerlik indeksi (KGİ) ile analiz edildi. Hemşirelik eğitiminde klinik simülasyon alanında deneyimli on uzmanın değerlendirmeleri sonucunda ölçüm aracının KGİ değeri 0,95 olarak belirlendi (Ek 2).

***Veri toplama süreci*:** Çalışmanın örneklemini, İstanbul'da bulunan iki devlet üniversitenin Hemşirelik Fakültesi'nde klinik simülasyon uygulamasına katılan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 235 öğrenci oluşturdu ve veriler Ocak – Haziran 2019 tarihleri arasında toplandı. Test-tekrar test uygulaması için iki hafta sonra 195 öğrenciye ölçüm aracı ikinci kez uygulandı.

***Ölçüm aracının geçerliği*:**

- Açımlayıcı faktör analizi sonuçlarına göre, ölçüm aracının dört faktörlü bir yapısının olduğu ve toplam varyansın %62,2'sini açıkladığı belirlendi. Elde edilen dört alt boyutun isimleri; Ön Bilgilendirme, Öğrenme, Güven ve Çözümlemedir.
  - "Ön Bilgilendirme" alt boyutunda 1. ve 2. madde,

- “Öğrenme” alt boyutunda 3., 4., 5., 6. ve 7. madde,
- “Güven” alt boyutunda 8., 9., 10., 11., 12., 13. ve 14. madde,
- “Çözümleme” alt boyutunda ise 15., 16., 17., 18. ve 19. madde yer almaktadır.

- Açımlayıcı faktör analizi ile elde edilen faktör yapısının doğrulanıp doğrulanmadığı ve hangi düzeyde uyum gösterdiği doğrulayıcı faktör analizi ile değerlendirildi. Doğrulayıcı faktör analizinin sonucunda, ölçüm aracının uyumunun iyi düzeyde olduğunu saptandı.

***Ölçüm aracının güvenirliği*:**

- Ölçüm aracının madde toplam puan korelasyonlarının (r), 0,47 - 0,69 arasında değiştiği bulgulandı.
- Ölçüm aracının Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,92; “Ön Bilgilendirme” alt boyutunun Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,81, “Öğrenme” alt boyutunun Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,80, “Güven” alt boyutunun Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,83 ve “Çözümleme” alt boyutunun Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,86 olarak belirlendi.
- Ölçüm aracının zamana göre değişmezliği test-tekrar test korelasyonu ve sınıf içi korelasyon ile analiz edildi. Test-tekrar test korelasyonlarının toplam ölçüm aracı (r=,92) ve alt boyutlar için (r=,84-,90) pozitif yönde, güçlü ve istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlendi ($p<0,001$). Sınıf içi korelasyonların ise, toplam ölçüm aracı için 0,92, “Ön Bilgilendirme” alt boyutu için 0,90, “Öğrenme” alt boyutu için 0,85, “Güven” alt boyutu için 0,89 ve “Çözümleme” alt boyutu için 0,84 olduğu saptandı ($p<0,001$).
- Ölçüm aracının tavan - taban etkisi analizine bakıldığında; bir katılımcının ölçüm aracından en düşük puanı aldığı (%0,5) ve yedi katılımcının ölçüm aracından en yüksek puanı aldığı (%3,6) görüldü. Bu değerler, belirtilen sınırların (%5-20) altında olduğundan, ölçüm aracında tavan - taban etkisi olmadığı görüldü.

Ölçüm aracının puanlanması: Ölçüm aracı 5’li likert tipte olup; “Kesinlikle Katılmıyorum” yanıtına 1 puan, “Kısmen Katılmıyorum” yanıtına 2 puan, “Kararsızım” yanıtına 3 puan, “Kısmen Katılıyorum” yanıtına 4 puan ve “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtına 5 puan verilmektedir. Ters puanlanmış madde bulunmamaktadır. “Ön Bilgilendirme” alt boyutu puan aralığı 2-10, “Öğrenme alt boyutu” puan aralığı 4-25, “Güven” alt boyutu puan aralığı 7-35 ve “Çözümleme” alt boyutu puan aralığı 5-25 arasındadır. Toplam puan tüm alt boyutların puanlarının toplanmasıyla elde edilmektedir.

“Öğrenme” alt boyutunda yer alan yedinci madde, klinik simülasyonda ilaç uygulaması yer almıyorsa değerlendirici tarafından “0” olarak kodlanabilir. Ölçüm aracının puan aralığı 18-95 arasında olup, yüksek puan katılımcının simülasyon ortamında öğrenmenin etkililiğine yönelik algısının olumlu olduğunu göstermektedir (Şahin ve ark. 2020).

3.4.3. Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği

Öğrencinin, öğrenmede simülasyon deneyiminden memnuniyeti ve özgüvenini ölçmek amacıyla Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik - güvenirliği Unver ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 12 maddelidir ve “Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet” ve “Öğrenmede Öz Güven” olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. “Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet” alt boyutu beş maddeden, “Öğrenmede Öz Güven” alt boyutu yedi maddeden oluşmaktadır. Maddelerin 1’den 5’e kadar puanlandığı, 5’li likert tipinde bir ölçektir. “Kesinlikle Katılmıyorum” - 1, “Katılmıyorum” - 2, “Kararsızım” - 3, “Katılıyorum” - 4 ve “Kesinlikle Katılıyorum” - 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89, “Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet” alt boyutu için 0,85 ve “Öğrenmede Öz Güven” alt boyutu için 0,77’dir. Ölçek puanı, alt boyutların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Puanın artması, memnuniyet ve özgüvenin arttığını göstermektedir (Unver ve ark. 2017). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları toplam ölçek için 0,80, “Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet” alt boyutu için 0,45 ve “Öğrenmede Öz Güven” alt boyutu için 0,77 olarak belirlendi (Ek 3).

3.4.4. Simülasyon Tasarım Ölçeği

Öğrencinin, simülasyon tasarımındaki öğeleri değerlendirmesi amacıyla Jeffries ve Rizzolo (2006) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik - güvenirliği Unver ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 20 maddelidir ve “Hedefler ve Bilgi”, “Destek”, “Problem Çözme”, “Geri Bildirim/ Rehberli Yansıma” ve “Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)” olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde, öğrencinin simülasyon tasarımındaki öğeleri değerlendirmesi, ikinci bölümünde ise her bir maddenin kendisi için ne kadar önemli olduğu esas alınarak değerlendirmesi istenmektedir. Ölçekte, “İfadeye Kesinlikle Katılmıyorum” - 1, “İfadeye Katılmıyorum” - 2, “Kararsızım” - 3, “İfadeye Katılıyorum” - 4, “İfadeye Kesinlikle Katılıyorum” - 5 ve ölçekte yer alan ifade simülasyon uygulamasında yer almıyorsa “Uygun Değil” - UD şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alpha iç

tutarlılık katsayısı 0,90, “Hedefler ve Bilgi” alt boyutu için 0,77, “Destek” alt boyutu için 0,73, “Problem Çözme” alt boyutu için 0,76, “Geri Bildirim/ Rehberli Yansıma” alt boyutu için 0,75 ve “Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)” alt boyutu için 0,86’dır. Ölçek puanı, alt boyutların toplamının madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Birinci bölümde puanın artması, öğrencilerin simülasyon tasarım özelliklerini daha fazla onayladığını, ikinci bölümde ise simülasyon tasarım özelliklerinin öğrenciler için daha önemli olduğunu göstermektedir (Unver ve ark. 2017). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alpha iç tutarlılık katsayıları toplam ölçek için 0,94, “Hedefler ve Bilgi” alt boyutu için 0,89, “Destek” alt boyutu için 0,78, “Problem Çözme” alt boyutu için 0,84, “Geri Bildirim/Rehberli Yansıma” alt boyutu için 0,85 ve “Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)” alt boyutu için 0,86 olarak belirlendi (Ek 4).

3.4.5. Bilgi Testi

Öğrencinin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi düzeyini ve bilgi kazanımını belirlemek amacıyla, klinik simülasyon ve eğitim uygulamasının bilişsel öğrenim hedefleri doğrultusunda araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturuldu (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2009; Nash 2014; Hardy ve ark. 2015; Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Policy Unit 2016; Türkiye Diyabet Vakfı 2019; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019). Test, 15 tanesi çoktan seçmeli ve 10 tanesi “Doğru - Yanlış - Fikrim Yok” ifadeleri olmak üzere toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Bilgi Testi’nin puan aralığı 0-100’dür. Test uzman görüşüne sunularak kapsam geçerliği ve güvenirliği sağlandı. Bilgi Testi, deney gruplarında klinik simülasyonun ön bilgilendirme aşamasının sonunda ve çözümleme aşaması tamamlandıktan sonra, üçüncü ay ve altıncı ayda olmak üzere toplam dört kez uygulandı. Kontrol grubunda da benzer şekilde, eğitim uygulaması öncesi, sonrası, üçüncü ay ve altıncı ayda olmak üzere toplam dört kez uygulandı. Üçüncü ve altıncı ayda uygulanan testlerde; çoktan seçmeli sorular ve şıklarının ve ifade sorularının yerleri değiştirilerek öğrencilere uygulandı (Ek 5).

3.4.6. Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi

Öğrencinin klinik simülasyon ve klinik uygulama sırasında ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlığını değerlendirme becerisinin iki gözlemci tarafından incelenmesi amacıyla, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturuldu (Nash 2014; Hardy ve ark. 2015). Beceri kontrol listesinin kadın ve erkek formu bulunmaktadır. Her

bir form 25 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirici tarafından öğrencilerin performansları (1) Yetersiz, (2) Başlangıç, (3) Gelişen, (4) Yeterli şeklinde puanlandırılmaktadır. Beceri kontrol listesinden alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 100'dür. Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi uzman görüşüne sunularak geçerlik ve güvenirliği sağlandı (Ek 6).

3.4.7. İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi

Öğrencinin klinik simülasyon ve klinik uygulama sırasında ruhsal bozukluğu olan birey ile iletişim becerisinin iki gözlemci tarafından değerlendirilmesi amacıyla, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturuldu (McCabe ve Timmins 2013; Bach and Grant 2015; Balzer-Riley 2015). İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi uzman görüşüne sunularak geçerlik ve güvenirliği sağlandı. Beceri kontrol listesi dört bölümden oluşmaktadır (Ek 7).

Etkili iletişim öğeleri bölümünde; öğrencinin yüzünün bireye dönük olması, rahat postüre sahip olması, eller ve kolların bağlı olmaması, hasta ile iletişimde özel alanın sağlanması, göz temasını sürdürmesi, samimi ve ilgili görünmesi ve rahatlatıcı ses tonunun kullanımı değerlendirilmektedir. Bu bölümden 0-7 puan alınabilmektedir. Bu bölümde öğrencinin puanının artması, etkili iletişim öğelerini kullandığını göstermektedir.

Etkisiz iletişim öğeleri bölümünde; öğrencinin yüzünün bireye dönük olmaması, gergin ya da tehdit edici postüre sahip olma, eller ve kolların bağlı olması, hasta ile iletişimde özel alanın sağlanmaması, göz teması kurmaması, apatik/ilgisiz/korkulu/anksiyeteli görünmesi ve tehdit edici/pasif/aceleci ses tonunun kullanımı değerlendirilmektedir. Bu bölümden 0-7 puan alınabilmektedir. Bu bölümde öğrencinin puanının artması, etkisiz iletişim öğelerini kullandığını göstermektedir.

Terapötik iletişim teknikleri bölümünde; öğrencinin iletişim sırasında kullandığı terapötik iletişim teknikleri değerlendirilmektedir. Kullandığı her bir teknik için öğrenciye bir puan verilmektedir. Bu bölümde öğrencinin puanının artması, terapötik iletişim tekniklerini daha fazla kullandığını göstermektedir.

Non-terapötik iletişim teknikleri bölümünde; öğrencinin iletişim sırasında kullandığı non-terapötik iletişim teknikleri değerlendirilmektedir. Kullandığı her bir

teknik için öğrenciye bir puan verilmektedir. Bu bölümde öğrencinin puanının artması, non-terapötik iletişim tekniklerini daha fazla kullandığını göstermektedir.

3.4.8. Eğitim Değerlendirme Formu

Kontrol grubuna uygulanacak eğitimin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanan bu form, Kirkpatrick modeli kullanılarak araştırmacılar tarafından geliştirildi (Kirkpatrick ve Kirkpatrick 2006). Form, dört alt bölümden oluşmaktadır. "Eğitimin Değerlendirilmesi" bölümü yedi maddeden, "Eğitmenin Değerlendirilmesi" bölümü altı maddeden, "Eğitim Ortamı" ve "Eğitim Uygulamaları" bölümleri tek maddeden oluşmaktadır. Formda ters madde bulunmamaktadır. Her bir madde; (1) Kesinlikle Katılmıyorum, (2) Katılmıyorum, (3) Kararsızım, (4) Katılıyorum ve (5) Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmakta olup; formdan en düşük 15, en yüksek 75 puan alınabilmektedir. Puanın artması, öğrencilerin eğitimden memnuniyetinin arttığını göstermektedir (Ek 8).

3.4.9. Odak Grup Görüşmesi Soruları

Araştırmanın nitel tasarımında, ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak klinik simülasyonun (deney grubu için) ve eğitimin (kontrol grubu için) öğrencinin klinik uygulama deneyimine etkisi hakkında derinlemesine veri elde etmek amacıyla odak grup görüşmeleri gerçekleştirildi. Bu örnekleme yönteminde ölçüt kriteri deney grubu için simülasyon uygulamasına katılmış olmak, kontrol grubu için ise eğitim uygulamasına katılmış olmaktır. Araştırmacı, odak grup görüşmelerinde moderatör olarak görev aldı. Görüşme öncesi katılımcılardan izin alınarak ses kaydı alındı. Odak grup görüşmesi soruları aşağıda belirtilmiştir.

1. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık durumları hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını nasıl değerlendirdiniz?
3. Klinik uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirirken nasıl hissettiniz?
4. Simülasyon uygulamasının klinik uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirmeye etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz? (Deney grubu)
5. Eğitimin klinik uygulamada ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirmeye etkisi hakkında ne düşünüyorsunuz? (Kontrol grubu)

6. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığının değerlendirilmesine yönelik söylemek istediğiniz başka bir şey var mı?

Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubu öğrencileri ile odak grup görüşmesi yapılabilmesi için araştırmacı "Niteliksel Araştırma Yöntemleri Eğitimi" almıştır (Ek 9).

3.5. Veri Toplama Süreci

3.5.1. Ön Hazırlık

3.5.1.1. Eğitim İçeriğinin Oluşturulması

Araştırmada, kontrol grubuna uygulanacak olan eğitim girişimi doğrultusunda "Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması ve Fiziksel Sağlık Sorunları" başlıklı eğitim dokümanı ilgili literatürden yararlanılarak hazırlandı (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2009; Nash 2014; Hardy ve ark. 2015; Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Policy Unit 2016; Türkiye Diyabet Vakfı 2019; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2019). Eğitim dokümanında, "Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması" bölümü Nancy Roper, Winfred Logan ve Allison J. Tierney'in Yaşam Aktiviteleri Kuramı'nda yer alan 12 aktiviteye (solunum, yeme ve içme, eliminasyon, beden ısısının kontrolü, hareket, uyku, güvenli bir çevre sağlama ve sürdürme, kişisel temizlik ve giyim, çalışma ve eğlence, iletişim, cinselliğin ifadesi ve ölüm) yönelik olarak ele alındı (Holland ve Jenkins 2019). Hazırlanan eğitim dokümanı için uzman görüşü alındı. Eğitim dokümanı, 2018-2019 akademik yarıyılı güz döneminde Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan 14 öğrenciye dönemin dördüncü haftasında sunuldu ve "Eğitim Değerlendirme Formu" kullanılarak alınan görüşler ile eğitim dokümanının son hali oluşturuldu (Ek 10).

3.5.1.2. Klinik Simülasyon Tasarım Şablonlarının Hazırlanması

Klinik simülasyon uygulamasında kullanılan vaka senaryolarında gerçek hastalardan elde edilen veriler kullanıldı. Klinik simülasyon senaryosunda yer alan vakanın öyküsü ve tedavi planı için iki psikiyatristten uzman görüşü alınarak vaka senaryolarının son hali oluşturuldu. Klinik simülasyon tasarım şablonları, klinik simülasyon uygulamasının öğrenim hedefleri doğrultusunda ilgili literatürden yararlanılarak hazırlandı (INACSL 2016c; INACSL 2016d; INACSL 2016e; INACSL 2016f). Klinik simülasyon tasarım şablonlarının içeriğinde; vaka bilgileri, ruhsal durum değerlendirmesi, önemli laboratuvar değerleri, EKG görüntüsü, hekim istemi, simülasyon

öncesi katılımcı hazıroluşluğu, simülasyon öğrenim çıktıları, gerçeklik, roller, ön bilgilendirme rehberi, senaryo ilerleme taslağı ve fazlar yer almaktadır.

Araştırmada, deney gruplarına uygulanacak olan klinik simülasyon girişimi için hazırlanan simülasyon tasarım şablonları, hemşirelik eğitiminde klinik simülasyon alanında uzman olan üç öğretim üyesinin görüşüne sunularak son hali oluşturuldu (Ek 11, Ek 12). Klinik simülasyon tasarım şablonları, simülasyon ortamının uygunluğunu ve beceri listelerinin uygulanabilirliğini değerlendirmek amacıyla örneklem grubuna benzer farklı bir hemşirelik öğrencisi grubu ile test edildi. Klinik simülasyon tasarım şablonlarının hazırlanması ve klinik simülasyonun uygulanabilmesi için araştırmacı "Medikal Simülasyon Eğitici Eğitimi" almıştır (Ek 13).

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

3.5.2.1. Eğitim Uygulaması

- Eğitim uygulaması, öğrencilerin Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitim müfredatına paralel olarak planlandı. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitiminde teorik ders, laboratuvar uygulaması ve klinik uygulama eşzamanlı olarak yürütülmektedir. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği uygulama eğitimine dönemin dördüncü haftasında başlanmaktadır. İlk üç hafta gerçekleştirilen teorik eğitimin ilk haftasında "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğine Giriş" ve "Ruh Sağlığı Yerinde Olan ve Olmayan Bireylerle İletişim", ikinci haftasında "Psikiyatrik Hastalıklarda Belirtiler", üçüncü haftasında "Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı", dördüncü haftada ise "Bipolar Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı" ve "Depresif Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı" konuları öğrencilere anlatılmaktadır. Laboratuvar derslerinin ve klinik uygulamanın ilk üç haftasında "Kliniğe Uyum Programı" kapsamında; "Terapötik Ortam", "Elektrokonvülsif Terapi ve Hemşirelik Yaklaşımı", "Psikiyatri Hastasının Tedavi Hakları" ve "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Süreç" teorik konuları işlenmektedir. Bu doğrultuda dördüncü haftada öğrenciler klinik uygulamaya başlamadan önce eğitim uygulaması gerçekleştirildi.
- Kontrol grubuna eğitim öncesi, Kişisel Bilgi Formu ve Bilgi Testi uygulandı. Eğitim uygulaması sonunda öğrencilere Bilgi Testi ve Eğitim Değerlendirme Formu uygulandı.

- Kontrol grubundaki katılımcılar; eğitim uygulaması sonrası eğitim uygulamasının klinik uygulamaya etkisini değerlendirmek amacıyla; eğitim uygulamasından bir ay sonra, araştırmacı ve bağımsız gözlemci tarafından Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi ve İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi kullanılarak, katılımsız gözlem tekniği ile değerlendirildi. Bağımsız gözlemci, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında doktora eğitimini tamamlamış, psikiyatri kliniğinde çalışan bir hemşiredir. Klinik uygulamada değerlendirme öncesi, araştırmacı tarafından gözlemciye beceri kontrol listelerinin değerlendirilmesine ilişkin eğitim verildi. Kontrol grubundaki her bir katılımcı; Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersinin klinik uygulamasında vaka çalışması olarak ele aldığı akut psikiyatri kliniğinde yatışı olan bir psikiyatri hastasının fiziksel sağlığını, hasta mahremiyetini koruyacak şekilde görüşme odasında gerçekleştirdi. Öğrencilere, psikiyatri hastasının fiziksel sağlık değerlendirmesini tamamladıktan sonra gözlemciler tarafından bireysel olarak geri bildirim verildi.
- Araştırmacılar tarafından Aralık 2019'da kontrol grubu ile eğitim uygulamasının etkinliğine yönelik odak grup görüşmeleri yapıldı. Odak grup görüşmesine kontrol grubunda yer alan öğrencilerin tamamı katıldı. Odak grup görüşmeleri, araştırmanın yapıldığı kurumun Rehberlik Odası'nda gerçekleştirildi. Odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerin tekrar ettiği ve toplanan yeni verilerin araştırma konusuna dair yeni bilgiler sunmadığı görüldüğünde, veri doygunluğuna ulaşıldığı saptanarak odak grup görüşmeleri sonlandırıldı.

3.5.2.2. Klinik Simülasyon Uygulaması

- Klinik simülasyon uygulaması, öğrencilerin Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitim müfredatına paralel olarak planlandı. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitiminde teorik ders, laboratuvar uygulaması ve klinik uygulama eşzamanlı olarak yürütülmektedir. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği uygulama eğitimine dönemin dördüncü haftasında başlanmaktadır. İlk üç hafta gerçekleştirilen teorik eğitimin ilk haftasında "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğine Giriş" ve "Ruh Sağlığı Yerinde Olan ve Olmayan Bireylerle İletişim", ikinci haftasında "Psikiyatrik Hastalıklarda Belirtiler", üçüncü haftasında "Şizofreni ve Psikoz ile Giden Diğer Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı", dördüncü haftada ise "Bipolar Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımı" ve "Depresif Bozukluklar ve

Hemşirelik Yaklaşımı" konuları öğrencilere anlatılmaktadır. Laboratuvar derslerinin ve klinik uygulamanın ilk üç haftasında "Kliniğe Uyum Programı" kapsamında; "Terapötik Ortam", "Elektrokonvülsif Terapi ve Hemşirelik Yaklaşımı", "Psikiyatri Hastasının Tedavi Hakları" ve "Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Süreç" teorik konuları işlenmektedir. Bu doğrultuda dördüncü haftada öğrenciler klinik uygulamaya başlamadan önce klinik simülasyon uygulaması gerçekleştirildi.

- Standardize hasta simülasyonu modalitesinde yer alan oyuncu ve hibrit simülasyon modalitesinde yer alan oyuncu ile klinik simülasyon öncesi eğitim ve prova gerçekleştirildi. Eğitim kapsamında; standardize hastalara, klinik simülasyon senaryosunun hedefleri, hasta/hasta yakınının özellikleri, olası yanıtlar ve senaryo akış planı hakkında bilgi verildi. Eğitim sonrası prova gerçekleştirildi.
- Klinik simülasyon uygulaması öncesi öğrenciler ile "Klinik Simülasyon Uygulaması Öğrenci Hazırlık Rehberi" paylaşıldı. Rehberde vaka bilgileri, önemli laboratuvar değerleri, EKG görüntüsü, hekim istemi, simülasyon öncesi katılımcı hazıroluşluğu, simülasyon öğrenim çıktıları ve hemşirelik kaydı yer almaktadır.
- Araştırmada iki deney grubu yer almaktadır. Deney gruplarından biri standardize hasta modalitesinin kullanıldığı klinik simülasyon uygulamasına, diğer deney grubu ise hibrit simülasyon modalitesinin (standardize hasta ve yüksek gerçeklikli manken simülatörü) kullanıldığı klinik simülasyon uygulamasına katıldı.
- Klinik simülasyon uygulamasının ön bilgilendirme aşamasında, öğrencilere; klinik simülasyonun öğrenim hedefleri, senaryo, roller ve klinik simülasyon ortamı hakkında bilgi verildi. Ek olarak, hibrit simülasyon modalitesinin kullanıldığı klinik simülasyon uygulamasına katılan öğrencilere yüksek gerçeklikli mankenin özellikleri tanıtıldı.
- Klinik simülasyon uygulamasının ön bilgilendirme aşamasının sonunda öğrencilere Kişisel Bilgi Formu ve Bilgi Testi uygulandı.
- Standardize hasta ve hibrit simülasyon grubunda yer alan öğrenciler bireysel olarak klinik simülasyon uygulamasına katıldı. Simülasyon uygulaması esnasında öğrencilerin performansları, araştırmacı ve bağımsız gözlemci tarafından Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi ve İletişim Becerileri Beceri

Kontrol Listesi kullanılarak değerlendirildi. Bağımsız gözlemci, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında doktora eğitimini tamamlamış, psikiyatri kliniğinde çalışan bir hemşiredir.

- Standardize hasta simülasyon grubunda yer alan 21 öğrencinin tamamı standardize hasta simülasyon modalitesinin kullanıldığı klinik simülasyon uygulamasına katıldı.
- Hibrit simülasyon grubunda yer alan 19 öğrencinin tamamı hibrit simülasyon modalitesinin kullanıldığı klinik simülasyon uygulamasına katıldı.
- Çözümleme aşamasında, çözümleme yöntemi olarak Debriefing for Meaningful Learning (DML) yöntemi kullanıldı. Debriefing for Meaningful Learning (Anlamlı Öğrenme İçin Çözümleme); öğrencilere klinik simülasyon deneyimlerini hatırlatarak ve bu deneyim üzerine düşündürmeye teşvik ederek klinik akıl yürütmeyi geliştiren bir çözümleme yöntemidir. Bu yapılandırılmış çözümleme yönteminde, yöntemi geliştiren kişinin hazırladığı çalışma sayfaları kullanılmaktadır. Bu yöntemin altı aşaması bulunmaktadır.

  Bağlayın (Engage): Öğrenciler, kendi çalışma sayfalarının ilk bölümünü kendileri tamamlarlar. Öğrencilerden kısaca hastanın hikayesini anlatarak klinik durum hakkında düşünmeleri istenir. Ek olarak; klinik deneyim hakkında aklına ilk geleni, neyin doğru gittiğini ve neyi farklı yapmak istediğine dair düşüncelerini not etmesi istenir.

  Keşfedin (Explore): Her bir öğrenci klinik simülasyon deneyimleri üzerine düşünmeye teşvik edilir. Çözümleme oturumunu yöneten kişi, hasta bakımına odaklanan bir kavram haritası oluşturarak öğrencilere eylem halinde düşünme ve eylem üzerine düşünme yoluyla rehberlik eder. Değerlendirmeler, bulgular, kararlar, eylemler ve yanıtlar arasındaki ilişkiler, neyin beklendiği ve neyin beklenmediği konusunda hasta çerçevesini oluşturur.

  Açıklayın (Explain): Çözümleme oturumunu yöneten kişi ve öğrenciler; değerlendirmeleri, bulguları, kararları, eylemleri ve yanıtları tartışır. Öğrenciler; tümevarım, analiz ve çıkarım yapabilecekleri şekilde düşünmeye teşvik edilir.

  Detaylandırın (Elaborate): Bu çözümleme yöntemi; hemşirelik sürecini, öğrencilerin klinik simülasyon değerlendirmelerini ve eylemlerini, hasta yanıtları ve sonuçlarıyla entegre etmeleri için bir çerçeve olarak kullanır. Öğrenciler, eylem üzerine düşünerek anlamlı öğrenme için çerçeveler geliştirirler.

Değerlendirin (Evaluate): Çözümleme oturumunu yöneten kişi, neyin iyi gitmediğini belirlemek ve öğrencilerin neyi farklı şekilde ve neden yapacaklarını düşünmeleri için sokratik sorgulamayı kullanarak öğrencilere bir dizi soru aracılığıyla rehberlik eder. Bu, doğru olan ve gelecekteki olaylarda doğru eylemleri teşvik eden bir bilgi çerçevesi yarattığı için çözümleme sürecinde çok önemli bir adımdır.

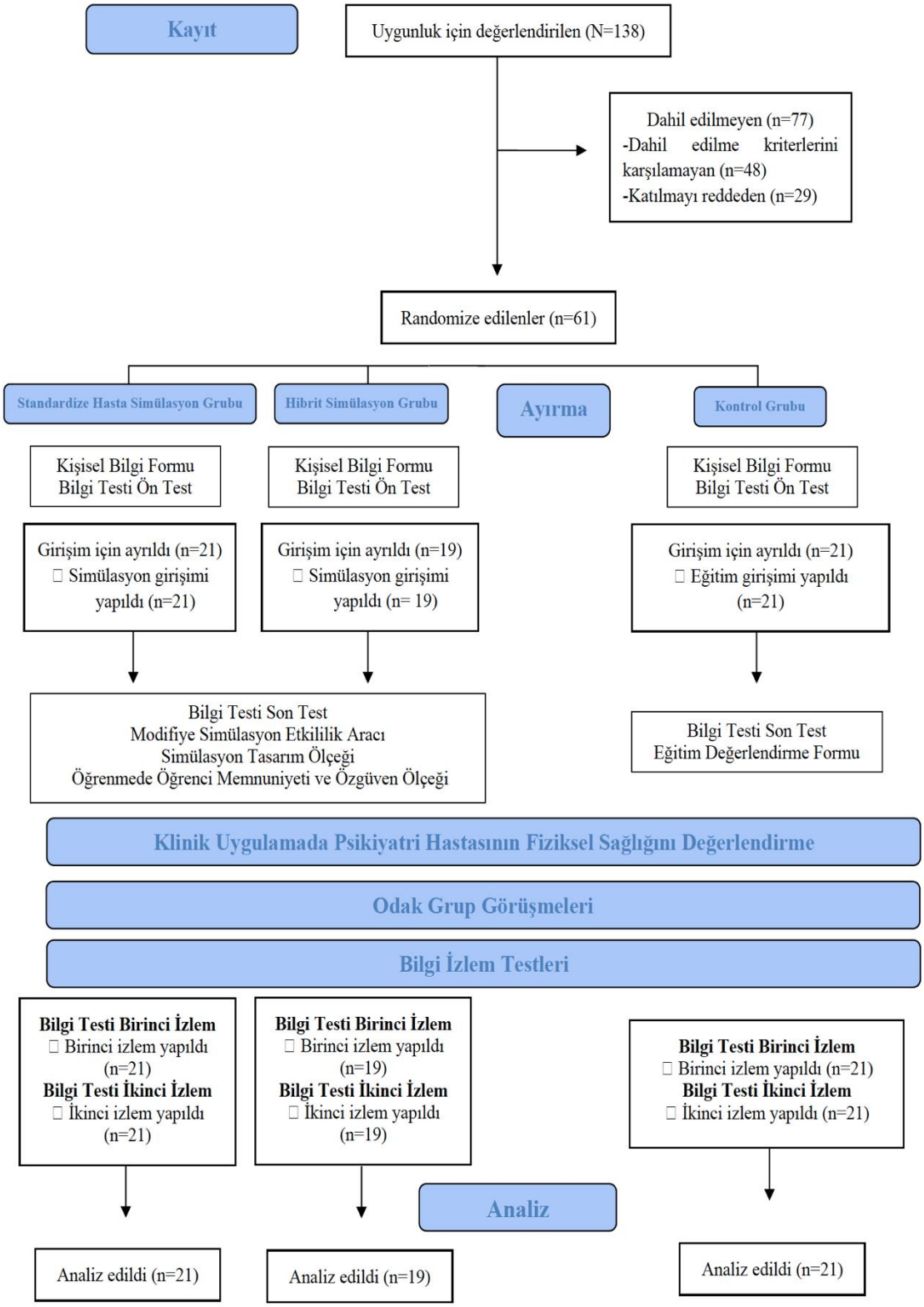
Genişletin (Extend): "Eğer olursa" soruları kullanılarak öğrenciler, farklı hasta durumlarını veya değerlendirmelerini düşünmeye teşvik edilir. Böylelikle, öğrencilerin klinik simülasyon deneyimini tam olarak taklit etmeyen gelecekteki olaylarda eylemleri tahmin etmeleri sağlanır (Dreifuerst 2015).

- Çözümleme aşaması tamamlandıktan sonra öğrencilere Bilgi Testi, Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı, Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği ve Simülasyon Tasarım Ölçeği uygulandı.
- Deney gruplarındaki katılımcılar; klinik simülasyon uygulaması sonrası simülasyon uygulamasının klinik uygulamaya etkisini değerlendirmek amacıyla; klinik simülasyon uygulamasından bir ay sonra, öğretim elemanı ve bağımsız gözlemci tarafından Fiziksel Sağlık Tanılaması Beceri Kontrol Listesi ve İletişim Becerileri Kontrol Listesi kullanılarak, katılımsız gözlem tekniği ile değerlendirildi. Bağımsız gözlemci, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği alanında doktora eğitimini tamamlamış, psikiyatri kliniğinde çalışan bir hemşiredir. Klinik uygulamada değerlendirme öncesi, araştırmacı tarafından gözlemciye beceri kontrol listelerinin değerlendirilmesine ilişkin eğitim verildi. Deney gruplarındaki her bir katılımcı; Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersinin klinik uygulamasında vaka çalışması olarak ele aldığı akut psikiyatri kliniğinde yatışı olan bir psikiyatri hastasının fiziksel sağlığını, hasta mahremiyetini koruyacak şekilde görüşme odasında gerçekleştirdi. Öğrencilere, psikiyatri hastasının fiziksel sağlık değerlendirmesini tamamladıktan sonra gözlemciler tarafından bireysel olarak geri bildirim verildi.
- Araştırmacılar tarafından Aralık 2019'da deney grupları ile klinik simülasyon uygulamasının etkinliğine yönelik odak grup görüşmeleri yapıldı. Odak grup görüşmeleri, her bir klinik simülasyon grubu için diğer klinik simülasyon grubundan öğrenci içermeyecek şekilde gerçekleştirildi. Odak grup görüşmelerine deney gruplarında yer alan öğrencilerin tamamı katıldı. Odak grup

görüşmeleri, araştırmanın yapıldığı kurumun Rehberlik Odası'nda gerçekleştirildi. Odak grup görüşmelerinden elde edilen verilerin tekrar ettiği ve toplanan yeni verilerin araştırma konusuna dair yeni bilgiler sunmadığı görüldüğünde, veri doygunluğuna ulaşıldığı saptanarak odak grup görüşmeleri sonlandırıldı.

3.5.2.3. İzlem Aşaması

- Deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcılara üçüncü ve altıncı ayda bilgi kazanımlarının değerlendirilmesi amacıyla Bilgi Testi uygulandı.
- Deney ve kontrol gruplarında katılımcı kaybı olmadı.
- Araştırma; birinci deney grubunda 21, ikinci deney grubunda 19 ve kontrol grubunda 21 kişi olmak üzere 61 öğrenci ile sonlandırıldı. Akış diyagramı Şekil 3-1'de yer almaktadır.



Şekil 3–1: Akış Diyagramı

3.6. Veri Analizi

Araştırmadan elde edilen niceliksel veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 21.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelendi. Niceliksel verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotların (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan) yanı sıra; ki-kare testi, bağımsız örneklem t testi, bağımlı örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans testi, varyans analizi sonucuna göre fark yaratan grubu belirlemek amacıyla Bonferroni çoklu karşılaştırma testi, Mann Whitney U testi, Wilcoxon işaretli sıralar testi, Kruskal Wallis H testi, Kruskal-Wallis H testi sonucuna göre fark yaratan grubu belirlemek amacıyla Bonferroni düzeltmeli çoklu karşılaştırma testi ve gözlemciler arası uyumu belirlemek amacıyla sınıf içi korelasyon katsayısı analizi kullanıldı.

Niteliksel veri analizinin gerçekleştirilmesi için ilk olarak, odak grup görüşmeleri araştırmacılar tarafından transkript edildi. Transkripsiyon sırasında her bir katılımcının rumuzu, "K" kısaltması ve numara kullanarak belirtildi. Transkript sonrası, Maxqda Analytics 2020 Pro programı aracılığıyla, içerik analizi ve tematik analiz yöntemleri kullanılarak veriler analiz edildi.

3.7. Etik Konular

- Araştırmanın gerçekleştirilmesi için İstanbul Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 07.01.2019 tarihinde etik kurul izni alındı.
- İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Komisyonu'ndan 11.01.2019 tarihinde kurum çalışma izni alındı (Ek 14).
- Araştırmaya katılan hemşirelik öğrencilerinin bilgilendirilmiş onamları alındı (Ek 15).
- Araştırmada kullanılan veri toplama araçlarının Türkçe geçerlik - güvenirlik çalışmasını yapan yazarlardan e-posta yolu ile kullanım izni alındı (Ek 16).
- Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı'nın Türkçe geçerlik - güvenirlik çalışmasının yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 14.11.2018 tarihinde etik kurul izni alındı (Ek 17).

- Geçerlik - güvenirlik çalışmasının kurum çalışma izni, İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Komisyonu'ndan 14.01.2019 tarihinde alındı (Ek 18).
- Geçerlik - güvenirlik çalışmasının diğer kurum çalışma izni, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan 09.05.2019 tarihinde alındı (Ek 19).

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri;

- Ülkemizde ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin bilgi kazanımı ve beceriyi geliştirmede klinik simülasyon modalitelerinin değerlendirildiği ilk çalışma olması,
- Araştırmanın karma metot tasarım tipinde gerçekleştirilmesi,
- Deney ve kontrol gruplarının homojen olması,
- Öğrencilerin klinik uygulama sırasında performanslarının değerlendirilmesi,
- Çözümleme yöntemi olarak Anlamlı Öğrenme İçin Çözümleme (Debriefing for Meaningful Learning) yönteminin kullanılması,
- Bilgi kazanımını değerlendirmek için üçüncü ve altıncı ayda izlemin yapılmasıdır.

Araştırmanın sınırlılığı;

- Öğrencilerin aynı yarıyılda eğitim alması nedeniyle birbirlerinden etkilenme olasılığıdır.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmanın Niceliksel Bulguları

4.1.1. Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi.

Tablo 4-1: Katılımcıların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=61)

Değişkenler	*Kategori*	*Standardize Hasta Simülasyon Grubu (n=21)*	*Hibrit Simülasyon Grubu (n=19)*	*Kontrol Grubu (n=21)*	*Toplam (n=61)*	*Analiz Sonucu*	
		n (%)	**n (%)**	**n (%)**		**χ2**	**p**
Cinsiyet	**Kadın**	18 (85,7)	15 (78,9)	17 (81)	50 (81,9)	0,438*	0,917***
	Erkek	3 (14,3)	4 (21,1)	4 (19)	11 (18,1)		
Birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluğu olan birey varlığı	**Evet**	1 (4,8)	2 (10,5)	-	3 (5,1)	2,137*	0,300***
	Hayır	20 (95,2)	17 (89,5)	21 (100)	58 (94,9)		
		Ort.±SS	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**		**F**	**p**
Yaş		20,57±1,20	20,78±1,03	20,42±0,74		0,639**	0,531***
Genel Ağırlıklı Not Ortalaması (GANO)		2,68±0,31	2,63±0,44	2,62±0,38		0,154**	0,858***

***Fisher Exact Test, **ANOVA Testi, ***p>0,05*

Araştırmaya katılan simülasyon ve kontrol gruplarının dağılımları incelendiğinde; standardize hasta simülasyon grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 20,57±1,20 olduğu, %85,7'sinin (n=18) kadın olduğu, genel ağırlıklı not ortalamalarının (GANO) 2,68±0,31 olduğu ve %95,2'sinin (n=20) birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluğa sahip birey olmadığı görüldü.

Hibrit simülasyon grubundaki katılımcıların yaş ortalamasının 20,78±1,03 olduğu, 78,9'unun (n=15) kadın olduğu, genel ağırlıklı not ortalamalarının 2,63±0,44

olduğu ve 89,5'inin (n=17) birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluğa sahip birey olmadığı belirlendi.

Kontrol grubuna bakıldığında; yaş ortalamasının 20,42±0,74 olduğu, %81'inin (n=17) kadın olduğu, genel ağırlıklı not ortalamalarının 2,62±0,38 olduğu ve hiçbir katılımcının birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluğa sahip birey olmadığı saptandı. Bunlara ek olarak; katılımcılar daha önce herhangi bir psikiyatri hastasına bakım vermemiştir ve klinik simülasyon uygulamasına katılmamıştır. Yaş, cinsiyet, birinci dereceden ruhsal bozukluğu olan birey varlığı ve GANO ile gruplar arasında istatistiksel açıdan fark yoktur (p>0,05) (Tablo 4-1). Bu doğrultuda her üç grubun homojen özellikler taşıdığı görülmektedir.

4.1.2. Klinik Simülasyon Gruplarının Ölçüm Araçları Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde klinik simülasyon gruplarının ölçüm araçları puan ortalamaları ve karşılaştırmaları verildi.

Tablo 4-2: Deney Gruplarının Ölçüm Araçları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçüm Araçları ve Alt Boyutları	***Standardize Hasta Simülasyon Grubu (n=21)***	***Hibrit Simülasyon Grubu (n=19)***	***Analiz Sonucu****	
Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**t**	**p**
Ön Bilgilendirme	9,19±1,12	9,63±0,49	-1,632	0,123
Öğrenme	21±2,93	22,73±2,28	-2,075	**0,045****
Güven	29,52±3,97	30,63±4,31	-0,846	0,403
Çözümleme	23,95±1,68	24,36±1,21	-0,887	0,381
Toplam Puan	83,66±8,20	87,36±7,28	-1,502	0,141
Öğrenmede Öğrenci Memnuniyeti ve Özgüven Ölçeği	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**t**	**p**
Şimdiki Öğrenme İle İlgili Memnuniyet	4,81±0,20	4,67±0,27	1,887	0,067
Öğrenmede Özgüven	4,42±0,38	4,50±0,42	-0,589	0,559
Toplam Puan	4,62±0,26	4,58±0,33	0,369	0,714
Simülasyon Tasarım Ölçeği (I. Bölüm - Simülasyon Tasarım Özellikleri)	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**t**	**p**
Hedefler ve Bilgi	4,59±0,36	4,98±1,89	-0,949	0,349
Destek	4,44±0,52	4,36±0,56	0,420	0,677
Problem Çözme	4,40±0,54	4,51±0,59	-0,588	0,560
Geri Bildirim / Rehberli Yansıma	4,86±0,26	4,80±0,31	0,715	0,479
Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)	4,40±0,75	4,71±0,50	-1,490	0,145
Toplam Puan	4,54±0,31	4,67±0,44	-1,121	0,269
Simülasyon Tasarım Ölçeği (II. Bölüm - Öğrenciler İçin Önemi)	**Ort.±SS**	**Ort.±SS**	**t**	**p**
Hedefler ve Bilgi	4,60±0,46	4,68±0,51	-0,480	0,634
Destek	4,46±0,53	4,56±0,51	-0,609	0,546
Problem Çözme	4,56±0,46	4,66±0,56	-0,622	0,538
Geri Bildirim / Rehberli Yansıma	4,67±0,42	4,80±0,37	-0,969	0,339
Aslına Uygunluk Derecesi (Gerçekçilik)	4,54±0,52	4,68±0,44	-0,884	0,382
Toplam Puan	4,57±0,41	4,68±0,40	-0,830	0,412

**Bağımsız örneklem t testi, ***p<0,05*

Klinik simülasyon deney gruplarına, klinik simülasyon sonrası uygulanan ölçüm araçlarının puan ortalamaları ve gruplar arası karşılaştırmalar Tablo 4-2'de yer almaktadır. Buna göre; Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı'nın "Öğrenme" alt boyutu için deney grupları arasında anlamlı fark olduğu, hibrit simülasyon grubunun "Öğrenme" alt boyutu puan ortalamasının standardize hasta simülasyonu grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi (t=-2,075; p=0,045<0,05). Diğer ölçüm araçları ve alt boyut puan ortalamaları açısından deney grupları arasında anlamlı fark yoktur (p>0,05).

4.1.3. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının Bilgi Testi Ön Test, Son Test ve İzlemlerine Ait Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol gruplarının bilgi testi ön-test, son-test, birinci ve ikinci izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması verildi.

Tablo 4-3: Deney ve Kontrol Gruplarının Bilgi Testi Ön Test, Son Test ve İzlem Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Zaman / Grup	Ön test	Son test	İzlem 1	İzlem 2		F*	p	Eta kare
	Ort±S.S.	Ort±S.S.	Ort±S.S.	Ort±S.S.				
	Bilgi Puanı							
Standardize Hasta Simülasyon Grubu	40,83±8,89	62,46±7,04	56,00±6,70	49,53±6,45	Grup	0,600	0,552	
Hibrit Simülasyon Grubu	37,55±8,24	60,26±10,13	54,47±8,27	48,62±8,09	Zaman	148,051	**0,000***	**0,719**
Kontrol Grubu	41,31±7,61	60,48±8,90	52,86±8,41	46,70±9,35	Grup*Zaman	1,057	0,383*	----
	F=1,204 p=0,307	F=0,396 p=0,675	F=0,849 p=0,433	F=0,676 p=0,513				

** Tekrarlı ölçümlerde çok yönlü varyans testi, **p>0,05*

Tablo 4-3'te verilen gruplar arası karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında; zamana bağlı olarak bilgi testi ön-test, son-test ve izlem testleri puan ortalamaları ile gruplar arasında fark olmadığı (F=1,057; p>0,05), ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı (F=148,051; p<0,001).

4.1.4. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarının fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırmalarına yer verildi.

Tablo 4-4: Gözlemciler Arası Uyum Analizi (Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri)

Değişkenler	*Standardize Hasta Simülasyon Grubu*	*Hibrit Simülasyon Grubu*	*Kontrol Grubu*	p
Klinik Simülasyon Fiziksel Sağlığı Değerlendirme	0,969*	0,995*	-	< **0,001**
Klinik Uygulama Fiziksel Sağlığı Değerlendirme	0,973*	0,989*	0,984*	< **0,001**

** Intraclass correlation coefficient*

Klinik simülasyon uygulaması ve klinik uygulamada gerçek hasta ile yapılan değerlendirme sırasında katılımcıların performansları araştırmacı ve bir bağımsız gözlemci tarafından "Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi" kullanılarak değerlendirildi. Tablo 4-4 incelendiğinde, gözlemciler arasında fiziksel sağlığı değerlendirme açısından çok yüksek uyumun olduğu görüldü.

Tablo 4-5: Deney ve Kontrol Gruplarının Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerileri Puan Ortalamalarının Gruplar Arası ve Grup İçi Karşılaştırılması

Değişkenler	***Standardize Hasta Simülasyon Grubu*** **Ort.±SS (Min-Max)**	***Hibrit Simülasyon Grubu*** **Ort.±SS (Min-Max)**	***Kontrol Grubu*** **Ort.±SS (Min-Max)**	***Analiz Sonucu***	
Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerisi (Klinik Simülasyon)	44,57±7,33 (32,50 - 60)	42,13±7,70 (29,50 - 60)	-	t=1,052*	p=0,312
Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Becerisi (Klinik Uygulama)	75,42±4,98[1] (66 - 85)	77,26±6,09[2] (65-88)	55,80±4,60[3] (46-65)	**F=106,193****	**p<0,001 1>3 2>3**
t***	-16,410	-18,257			
p	**<0,001**	**<0,001**			

**Bağımsız örneklem t testi, **ANOVA testi, ***Bağımlı örneklem t testi*

Tablo 4-5'te klinik simülasyon deney gruplarının klinik simülasyon sırasındaki fiziksel sağlığı değerlendirme becerisi puan ortalamaları değerlendirildiğinde; iki deney grubu arasında puan ortalamaları açısından fark olmadığı saptandı (t=1,052; p=0,312>0,05).

Deney ve kontrol gruplarının klinik uygulama sırasındaki fiziksel sağlığı değerlendirme becerisi puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında fark olduğu belirlendi (F=106,193; p<0,001). Farkın saptanması için Bonferroni çoklu karşılaştırma testi yapıldı. Test sonucuna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunun klinik uygulama esnasındaki fiziksel değerlendirme becerisi puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksektir (Tablo 4-5).

Klinik simülasyon gruplarının fiziksel değerlendirme becerisi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; standardize hasta simülasyon grubunun klinik simülasyon ve klinik uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (t=-16,410; p<0,001). Benzer şekilde, hibrit simülasyon grubunun klinik simülasyon ve klinik uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (t=-18,257; p<0,001) (Tablo 4-5).

4.1.5. Klinik Simülasyon ve Kontrol Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney ve kontrol gruplarının iletişim becerileri medyanlarının karşılaştırılmasına yer verildi.

Tablo 4-6: Gözlemciler Arası Uyum Analizi (İletişim Becerileri)

Değişkenler	*Standardize Hasta Simülasyon Grubu*	*Hibrit Simülasyon Grubu*	*Kontrol Grubu*	*p*
Klinik Simülasyon				
Etkili İletişim Öğeleri	0,997*	0,995*		
Etkisiz İletişim Öğeleri	0,997*	0,995*	-	**< 0,001**
Terapötik İletişim Becerisi	0,918*	0,930*		
Non-Terapötik İletişim Becerisi	0,985*	0,979*		
Klinik Uygulama				
Etkili İletişim Öğeleri	0,882*	0,909*	0,983*	
Etkisiz İletişim Öğeleri	0,882*	0,909*	0,983*	**< 0,001**
Terapötik İletişim Becerisi	1,000*	1,000*	1,000*	
Non-Terapötik İletişim Becerisi	1,000*	1,000*	1,000*	

**Intraclass correlation coefficient*

Klinik simülasyon uygulaması ve klinik uygulamada gerçek hasta ile yapılan değerlendirme sırasında katılımcıların performansları araştırmacı ve bir bağımsız gözlemci tarafından "İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi" kullanılarak değerlendirildi. Tablo 4-6 değerlendirildiğinde, gözlemciler arasında iletişim becerilerini değerlendirme açısından çok yüksek uyumun olduğu görüldü.

Tablo 4-7: Deney Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	***Standardize Hasta Simülasyon Grubu***	***Hibrit Simülasyon Grubu***	
Etkili İletişim Öğeleri	**Medyan *(Min-Max)***	**Medyan *(Min-Max)***	***Analiz Sonucu****
Klinik Simülasyon	5 (2-7)	7 (3-7)	U=148,000 p=0,147
Klinik Uygulama	7 (5,50-7)	7 (5-7)	U=169,000 p=0,212
Analiz Sonucu	Z=-3,418** **p=0,001**	Z=-2,712** **p=0,007**	
Etkisiz İletişim Öğeleri	**Medyan *(Min-Max)***	**Medyan *(Min-Max)***	***Analiz Sonucu****
Klinik Simülasyon	2 (0-5)	0 (0-4)	U=148,000 p=0,147
Klinik Uygulama	0 (0-1,5)	0 (0-2)	U=169,000 p=0,212
Analiz Sonucu	Z=-3,418** **p=0,001**	Z=-2,712** **p=0,007**	
Terapötik İletişim Teknikleri	**Medyan *(Min-Max)***	**Medyan *(Min-Max)***	***Analiz Sonucu****
Klinik Simülasyon	3,5 (1,5-5,5)	3 (2-5,5)	U=179,000 p=0,573
Klinik Uygulama	3 (2-4)	3 (2-4)	U=189,500 p=0,768
Analiz Sonucu	Z=-0,991** p=0,322	Z=-0,278** p=0,781	
Non-Terapötik İletişim Teknikleri	**Medyan *(Min-Max)***	**Medyan *(Min-Max)***	***Analiz Sonucu****
Klinik Simülasyon	1 (0-4,5)	0 (0-2)	U=158,000 p=0,232
Klinik Uygulama	0 (0-1)	0 (0-1)	U=192,000 p=0,723
Analiz Sonucu	Z=-3,106** **p=0,002**	Z=-2,807** **p=0,005**	

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

Tablo 4-7 incelendiğinde; standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi'nin bölümleri olan "Etkili İletişim Öğeleri", "Etkisiz İletişim Öğeleri", "Terapötik İletişim Teknikleri" ve "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" bölümlerinden klinik simülasyon ve klinik uygulama sırasında aldıkları puan medyanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0,05).

Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (Tablo 4-7). Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında etkili iletişim öğelerini daha fazla kullandıkları görülmektedir (Z=-3,418, p=0,001; Z=-2,712, p=0,007).

Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (Tablo 4-7). Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında etkisiz iletişim öğelerini daha az kullandıkları görülmektedir (Z=-3,418, p=0,001; Z=-2,712, p=0,007).

Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (p>0,05) (Tablo 4-7).

Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (Tablo 4-7). Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında non-terapötik iletişim tekniklerini daha az kullandıkları görülmektedir (Z=-3,106, p=0,002; Z=-2,807, p=0,005).

Tablo 4-8: Klinik Uygulama Sırasında Deney ve Kontrol Gruplarının İletişim Becerileri Medyanlarının Karşılaştırılması

Klinik Uygulama	*Standardize Hasta Simülasyon Grubu*	*Hibrit Simülasyon Grubu*	*Kontrol Grubu*	
	Medyan *(Min-Max)*	**Ort.±SS** *(Min-Max)*	**Medyan** *(Min-Max)*	***Analiz Sonucu****
Etkili İletişim Öğeleri	7^1 (5,50-7)	7^2 (5-7)	6^3 (2,5-7)	KW=23,750 **p<0,001** **1>3** **2>3**
Etkisiz İletişim Öğeleri	0^1 (0-1,5)	0^2 (0-2)	1^3 (0-4,5)	KW=23,750 **p<0,001** **3>1** **3>2**
Terapötik İletişim Teknikleri	3^1 (2-4)	3^2 (2-4)	2^3 (1-3)	KW=25,896 **p<0,001** **1>3** **2>3**
Non-Terapötik İletişim Teknikleri	0 (0-1)	0 (0-1)	0 (0-2)	KW=2,628 **p=0,269**

**Kruskal Wallis-H testi*

Klinik uygulama sırasında deney ve kontrol gruplarında yer alan katılımcıların İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi'nin bölümleri olan "Etkili İletişim Öğeleri", "Etkisiz İletişim Öğeleri", "Terapötik İletişim Teknikleri" ve "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" bölümlerinden aldıkları puan medyanları açısından gruplar arasındaki farklar Tablo 4-8'de verildi.

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=23,750; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi.

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=23,750; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta

simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü.

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=25,896; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulgulandı.

Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (KW=2,628; p=0,269>0,05).

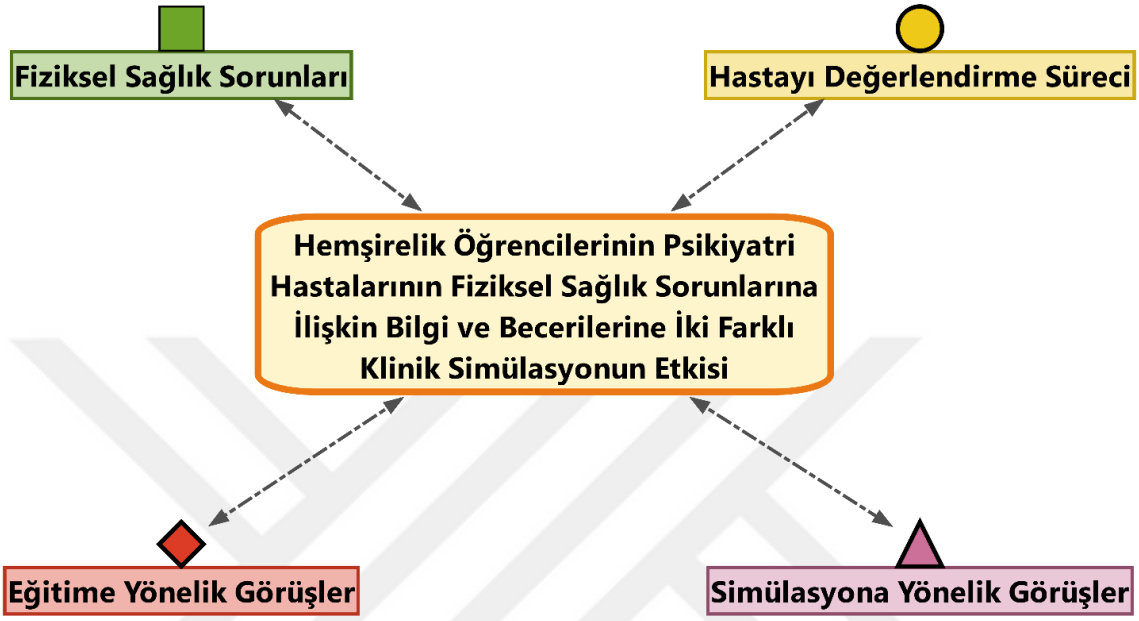
Tablo 4-9: Kontrol Grubu Eğitim Değerlendirme Formu Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ort.±SS	Min – Max
Eğitimin Değerlendirilmesi	32,38±3,04	27 – 35
Eğitmenin Değerlendirilmesi	28,85±2,32	22 – 30
Eğitim Ortamı	4,19±0,81	2 – 5
Eğitim Uygulamaları	4,61±0,66	3 – 5
Eğitim Değerlendirme Formu	70,04±6,05	56 – 75
Genel Memnuniyet	8,95±1,07	6 – 10

Tablo 4-9'da kontrol grubunda yer alan katılımcıların eğitim girişimini değerlendirme sonuçları görülmektedir. Tablo 4-9 incelendiğinde, katılımcıların "Eğitimin Değerlendirilmesi" alt boyut puan ortalamasının 32,38±3,04, "Eğitmenin Değerlendirilmesi" alt boyut puan ortalamasının 28,85±2,32, "Eğitim Ortamı" alt boyutu puan ortalamasının 4,19±0,81, "Eğitim Uygulamaları" alt boyutu puan ortalamasının 4,61±0,66 ve formun toplam puan ortalamasının 70,04±6,05 olduğu saptandı. Katılımcıların genel memnuniyeti 8,95±1,07 olarak belirlendi. Buna göre, kontrol grubunda yer alan katılımcıların eğitimden memnuniyetleri yüksek düzeydedir.

4.2. Araştırmanın Niteliksel Bulguları

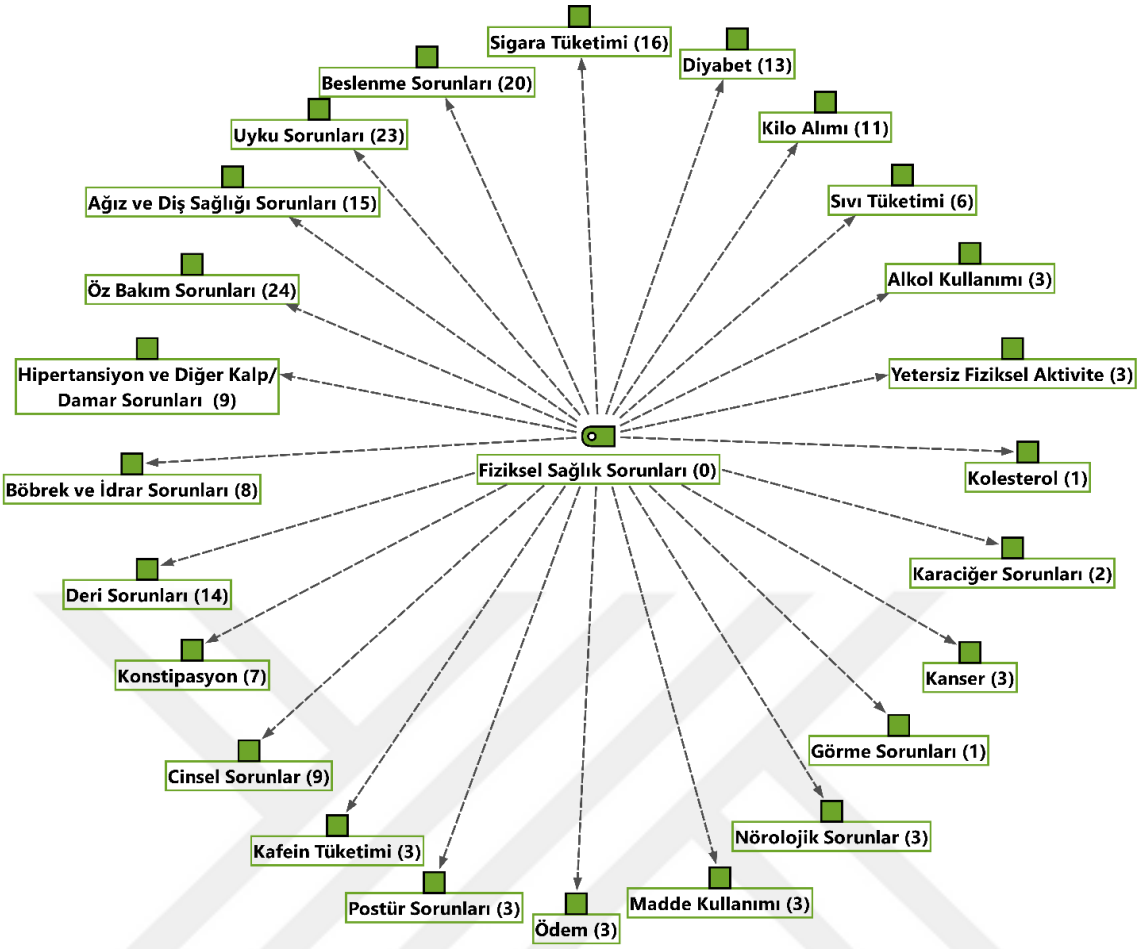
Araştırmanın nitel bulguları dört tema altında toplandı. Bunlar; fiziksel sağlık sorunları, hastayı değerlendirme süreci, eğitime yönelik görüşler ve simülasyona yönelik görüşler temalarıdır (Şekil 4-1).



Şekil 4–1: Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgi ve Becerilerine İki Farklı Klinik Simülasyonun Etkisine Yönelik Temalar Gösterimi

4.2.1. Fiziksel Sağlık Sorunları Teması

Araştırmanın ilk teması olan fiziksel sağlık sorunları temasına ait hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 4-2'de görülmektedir. Fiziksel sağlık sorunları teması katılımcılar tarafından 24 kod ile ifade edildi. Bu kodlar; öz bakım sorunları, uyku sorunları, beslenme sorunları, kilo alımı, sigara tüketimi, ağız ve diş sağlığı sorunları, sıvı tüketimi, kafein tüketimi, böbrek ve idrar sorunları, konstipasyon, cinsel sorunlar, diyabet, hipertansiyon ve diğer kalp/damar sorunları, alkol kullanımı, madde kullanımı, karaciğer sorunları, ödem, yetersiz fiziksel aktivite, deri sorunları, postür sorunları, kanser, nörolojik sorunlar, görme sorunları ve kolesteroldür.



Şekil 4–2: Fiziksel Sağlık Sorunları Temasına Ait Kod Alt Kod Bölümler Modeli

Odak grup görüşmesi katılımcıları fiziksel sağlık sorunları temasında yoğun olarak öz bakım sorunlarından bahsetmişlerdir. Katılımcılar öz bakım sorunlarında, hastaların giyinme, banyo yapma, saç bakımı, tırnak bakımı ve ayak bakımı aktivitelerini yerine getiremediklerini ifade etmişlerdir. Öz bakım sorunları kodu ile ilgili K1 ve K39 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Hepsi değil ama birçoğunda öz bakım eksikliği ile karşılaşıyorduk. Ne üstlerini değiştirebiliyorlardı zaten kendileri de saçlarına dikkat etmiyorlardı, tırnaklarına dikkat etmiyorlardı, dişlerine dikkat etmiyorlardı genel bir öz bakım eksikliği vardı." (K1)

"Hastalar genellikle terlik giyiyorlar ancak terliğin içine çorap giymiyorlar hava soğuk olsa bile bu nedenle hepsinin ayak topukları kirli ve kapkara. Hastalar ayaklarını yıkamıyor, hemşirelerin de çok dikkat ettiğini düşünmüyorum." (K39)

Katılımcılar tarafından fiziksel sağlık sorunları temasında yoğun olarak ifade edilen diğer bir kod uyku sorunlarıdır. Katılımcılar hastaların genellikle uyku sorunu

yaşadıklarını gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. Bu kod ile ilgili K11 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Uyku sorunu çok fazla yaşıyorlardı, öğlen yemeğinden sonra yemekhanenin kapıları kapatılıyordu, ama mesela boş buldukları her yerde uyuklayanlar oluyordu. Sordum çoğu kişiye uyku düzeniniz nasıl falan yani şey olarak gördükleri için hani acaba bilgilerimizi söylüyorlar mı diye bana çok iyi diyorlar ama 5 dakika sonra görüyorsun gündüz vakti uyukluyor oturduğu yerde. Bazıları da uyuyamıyorum geceleri gibi şikayetleri de oluyordu çok fazla ama yani çoğu ilaçların yan etkisi." (K11)

Odak grup görüşmesi katılımcıları öz bakım ve uyku sorunları ile birlikte beslenme sorunlarından da yoğun olarak bahsetmişlerdir. Katılımcıların çoğu, hastalarda beslenme sorunları ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. K36 kodlu katılımcı beslenme sorunları ile ilgili gözlemlerini şöyle aktarmaktadır:

"Bazı hastalar neredeyse hiç yemek yemiyordu öğlen vaktinde, bazıları ise 3-4 tabak yemek yedikleri oluyordu yani doyduklarını fark edememek gibi halleri vardı hastaların." (K36)

Katılımcılar, beslenme sorununun yanı sıra, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin kilo alımı sorunu da olduğunu belirtmişlerdir. K8 kodlu katılımcı kilo alımı ile ilgili gözlemlerini şöyle iletmektedir:

"İlaç kullanımından dolayı ilaçların yan etkisi olarak aşırı kilo vardı birçoğunda. Zaten beden gereksiniminden fazla besleniyor çoğu, tabi klinikte belirli yemekler veriliyor ama herkes porsiyonunu çok fazla alıyor bir porsiyon almıyor yani bizde öyleydi en azından. Kronik serviste hastaların yemek yemesi de büyük sorun oluyor genelde biz yediriyoruz zaten." (K8)

Katılımcıların ifade ettikleri diğer bir fiziksel sağlık sorunu hastaların sigara tüketimidir. Hastaların aşırı sigara tükettiğini ve bu sigara tüketiminin hastalara çok fazla zarar verdiğini ifade eden katılımcılardan K8 ve K53 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Sigarayı da bizde 2-3 saatte bir veriyorlar, paketler hemşirelerde oluyordu. Mesela 9'da bir var 12'de bir var, hastalar 9'a 10 kala sıraya giriyorlardı sigara içmek için ve hadi ver diyorlardı bize, cama falan vuruyorlardı. Sigarayı yakıp verdikten sonra sigara odasında içiyorlardı. Bahçe saatleri var 11-12 gibi orada da bahçede yakıp veriyorduk ama mesela diyelim ki dört tane içti bir saat içinde tamam artık vermeyeceğiz hakkın bu dediğimiz zaman bir şey demiyorlardı. Bir de sigarayı öyle bir tüketiyorlar ki

süngere kadar içiyorlar resmen parmakları böyle hani sarı gibi de değil resmen siyahlaşmış gibiydi. Ama yani hayatı boyunca içmeyen hastalar bile kliniğe yattıkları zaman sigara içmeye başlıyorlar, çünkü herkes içiyor etrafında ve orada yapacak hiçbir şey yok, yani bir aktivite de yapmıyorlar genelde, onun için de duruyorlar yani böyle. Yani muhabbet ettiği bir iki hasta sigara içmeye gidince o da tek başına kalıyor, öyle olunca bir iki hafta sonra tek kalmayayım bari deyip o da sigara içmeye başlıyor." (K8)

"Hastalar çok fazla sigara tüketiyorlar hatta parmaklarının uçları yanıyor farkında olmuyorlar bir de ateş bulamadıkları için bir sigarayı söndürmeden hemen diğerini yakıyorlar bu nedenle sigara tüketimleri çok fazla." (K53)

Katılımcılar hastalarda ağız ve diş sağlığı sorunları ile karşılaştıklarını ve diş fırçalamama, sigara tüketimi, ağız yaraları, aft ve ilaç kullanımına bağlı ağız kuruluğu gibi nedenler ile hastalarda ağız ve diş sağlığı sorunları olduğunu ifade etmişlerdir. Ağız ve diş sağlığı sorunları ile ilgili K17 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Ağız sağlığı da oldukça kötü hastaların. İlaç kullandıkları için ağız kuruluğu da oluyor, sigara da içince dişleri sararan hastalar çok var. Dişlerini fırçalamayan çok hasta var. Diş fırçalamayı bilmeyenler de oluyor, onlara anlatıyoruz nasıl fırçalamaları gerektiğini." (K17)

Katılımcılar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yetersiz ya da aşırı sıvı tükettiğine dair gözlemlerini iletmişlerdir. Sıvı tüketimlerindeki dengesizliğin yanı sıra; katılımcılar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin klinikte aşırı çay ve kahve tükettiklerini de belirtmişlerdir. Ek olarak, katılımcıların bazıları yetersiz sıvı tüketimi ve ilaç yan etkilerine bağlı olarak ruhsal bozukluğu olan bireylerin böbrek/idrar sorunu yaşadığını ifade etmektedir. K53, K49, K40 ve K35 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Hastalar çok az su içiyorlar, bu nedenle bence sıvı volümü açısından da dengesizlikleri olabilir azalmış olabilir." (K53)

"Mesela orada şey vardı su içen aşırı derecede yani dakika başı servise gelip su içen ve böylelikle hani idrarında aşırı idrara çıkma da olabiliyordu hani o su içmesinin sebebini ben oradayken pek anlayamadım ama hani dakika başı su içiyor ve dört litreye yakın su içtiğini söylüyordu. Ben bunu gördüm bu idrara da sorun olarak yansıyor çünkü." (K49)

"Çok fazla çay-kahve tüketen hasta var." (K40)

"Yine akut psikiyatri servisinde bir hastanın hiç su içmediği için akut böbrek yetmezliğine girdiğini gözlemlemiştik. Hastalar ne kadar su içtiklerini takip etmiyorlar, klinikte bizim hemşiremiz onları takip ediyor ve su içirmeye çalışıyordu." (K35)

Odak grup görüşmesi katılımcıları; ilaç yan etkisi ve katı beslenme gibi nedenler ile hastaların konstipasyon sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. K32 ve K40 kodlu katılımcıların bu kodlar ile ilgili ifadeleri şu şekildedir:

"Klinikte konstipasyon yaşayan hastalar da çok gördüm. Uzun süredir antipsikotik ilaç kullanan biri ayda bir ya da iki kere kabız olduğunu söylüyordu serviste böyle hastalara denk geldim. İdrarda çok sıkıntı olmuyordu ama kabız olduklarını söylüyorlardı." (K32)

"Hastanedeki yemekleri sevmiyorlardı, kantindeki yemekleri yiyorlardı. Sürekli katı beslenmeleri onların konstipasyon yaşamalarına sebep olmuştu." (K40)

Fiziksel sağlık sorunları temasında katılımcılar hastaların cinsel sağlık sorunları yaşadığını da ifade etmişlerdir. Katılımcılar, hastaların libidoda artma ya da azalma yaşadıklarını dile getirmiştir. K56 ve K9 kodlu katılımcının cinsel sorunlar ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Benim hastamda da ilaç yan etkisine bağlı sanırım cinsel istekte azalma söz konusuydu." (K56)

"Cinsel istekte artış var ilaçlardan kaynaklı, bunu birçok hastada gözlemledim." (K9)

Katılımcılar, ruhsal bozukluğu olan bireylerin diyabet, hipertansiyon ve diğer kalp/damar hastalıklarına sahip olduğunu ifade etmişlerdir. K49, K31 ve K33 kodlu katılımcıların diyabet, hipertansiyon ve diğer kalp/damar hastalıkları kodları ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim hastamda diyabet vardı aynı zamanda klinikte hipertansiyonu olan hastalar da gördüm fiziksel hastalığı olan psikiyatri hastaları da vardı yani." (K49)

"Benim hastam diyabet hastasıydı, kendisi söylemedi ben sordum birkaç kez. Yüksek tansiyonunuz var mı diye sordum çünkü kendi dosyasında hipertansiyon hastası olduğu yazıyordu hasta hayır yok benim yüksek tansiyonum sadece sinirlendiğim zaman çıkar sonradan geçer dedi onu bir türlü açıklamadı şekeri olduğunu söyledi." (K31)

"Benim klinikte tanıladığım hasta kendisinin diyabet ve hipertansiyon hastası olduğunu bilmiyordu hatta sorduğum zaman "hayır bende öyle bir şey yok" diyordu ve "buradaki yemekleri beğenmiyorum hep tatsız tuzsuz şeyler getiriyorlar" diyordu. Bir de

benim hastam kalp ameliyatı geçirmiş, Coumadin gibi kullanması gereken ilaçlar vardı ancak bunu bilmiyordu hasta." (K33)

Katılımcılar tarafından ifade edilen bazı diğer kodlar, alkol kullanımı, madde kullanımı ve buna bağlı karaciğer sorunlarıdır. Katılımcılar hastaların alkol ve madde kullanımına bağlı yoksunluk belirtileri gösterdiğini ve bu sebeple saldırgan olduklarını ve hastaların karaciğer sorunları yaşadığını ifade etmişlerdir. K52 ve K30 kodlu katılımcıların alkol - madde kullanımı ve karaciğer sorunları kodları ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim hastalarımda da genelde alkol ve madde kullanımına bağlı yoksunluk belirtileri çok oluyordu, çok aşırı öfkeli, sinirli ve hareketli oluyorlardı genelde. Çok saldırgan oldukları için etrafa zarar verme peşindelerdi bu da kendilerine de dönük oluyordu ister istemez." (K52)

"Karaciğer sorunu olan çok hasta vardı yine böbrek sorunları ile ilgili şeyler vardı hani bağımlılıklarına bağlı olarak gelişmiş önceden yokmuş ama fiziksel sorunları vardı." (K30)

Katılımcılardan bazıları hastaların ilaç kullanımı ve hareketsizliğe bağlı vücutlarında ödem oluştuğunu ifade etmişlerdir. K10 ve K15 kodlu katılımcılar ödem ve yetersiz fiziksel aktivite kodları ile ilgili şu ifadelerde bulunmuştur:

"Ödemleri de çok oluyordu kullandıkları ilaca bağlı olarak. Yaşlı hastalar havalar çok soğuduğunda spor da yapamıyorlardı, hava iyi olduğunda bir arkadaşım yaptırmıştı hastaların da yaptığını söyledi. Hava soğuk olduğunda dışarı çıkamıyorlar bu nedenle ödemleri de artıyor." (K10)

"Üstelik fiziksel aktiviteleri de hiç yok. Hastaların serviste bahçeye çıkma saatleri var, o saatlerde bazen hastalar birlikte bahçede yürüyor ama çok fazla değil." (K15)

Katılımcıların fiziksel sağlık sorunları temasında ifade ettikleri diğer kod deri sorunlarıdır. Katılımcılar hastalarda mantar, çatlak, kuruluk, yara ve deri döküntüleri gibi sorunlar ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. K42 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Bir de hava çok soğuk oluyor, ama yarım kollu giyiyorlar, şort giyiyorlar falan, terlik olduğu için ayaklarında çok fazla çatlak, yara, kuruluk gördüm. Mesela benim hastamın derin ven trombozu vardı sol bacağında ve sürekli top oynuyordu ve

ayaklarında artık çatlaklar vardı zaten sol bacağı çok kötüydü. Yani kendileri de farkında değiller genel olarak." (K42)

Katılmcılar tarafından ifade edilen diğer bir sağlık sorunu postür sorunlarıdır. Katılımcılar, çoğu hastada duruş bozukluğu gözlemlediklerini ifade etmişlerdir. K4 kodlu katılımcı postür sorunları ile ilgili şu ifadeleri söylemiştir:

"Genel olarak içeri girdiğimizde bütün hastaların hepsinde hemen hemen postür bozukluğu vardı fiziksel olarak dik durmadıklarını gördüm." (K4)

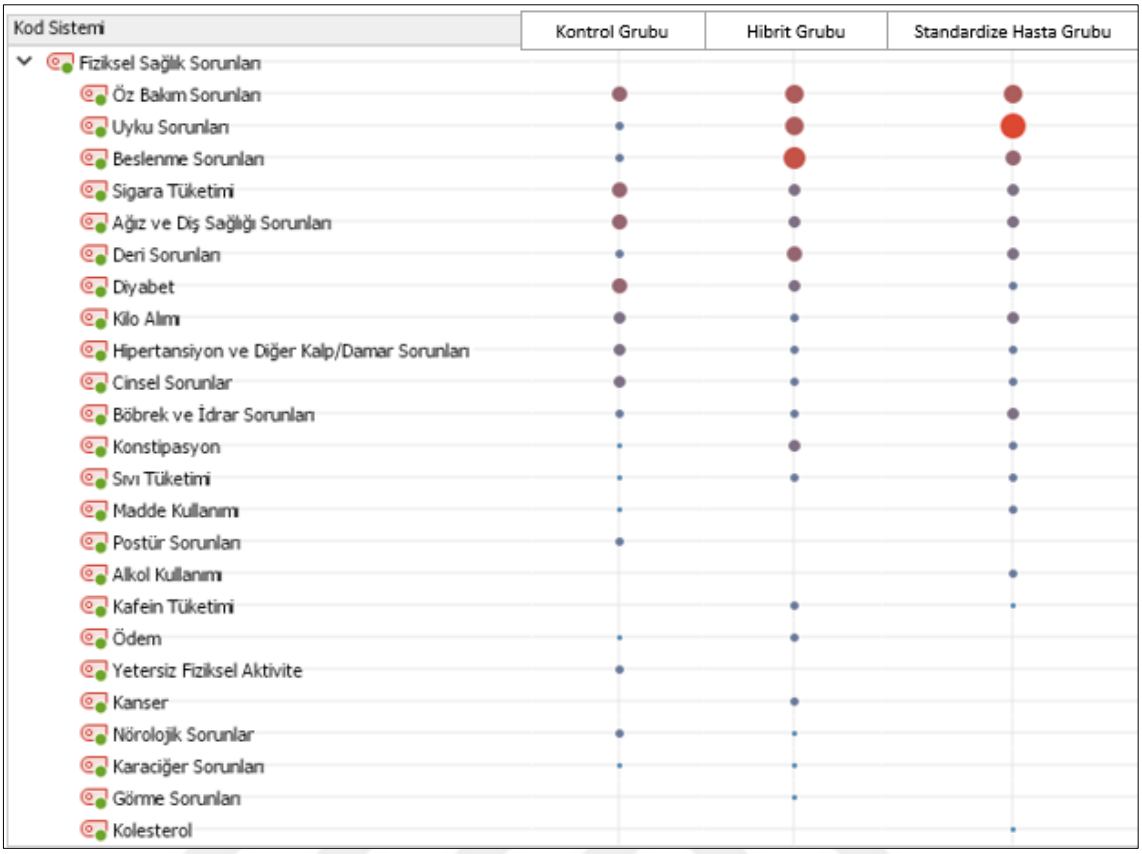
Katılımcılar tarafından fiziksel sağlık sorunları temasında ifade edilen diğer kodlar, kanser, nörolojik sorunlar, görme sorunları ve kolesteroldür. K24, K11, K28 ve K61 kodlu katılımcıların bu kodlar ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"*Kronik psikiyatri servisinde kanser tanısı olan bir erkek hasta da vardı."* (K24)

"*Bir de bunun dışında nöbet geçiren hastalar vardı, bu hastaların da yürümesinde sıkıntı vardı, böyle üç hasta tanıyorum. Yani epilepsisi vardı bu hastaların."* (K11)

"*Arkadaşlarımın söylediklerine ek olarak benim hastamda mesela görme bulanıklığı oluyordu."* (K28)

"*Kolesterol problemi olan bir bipolar bozukluğa sahip hasta vardı mesela o da geceleri uyuyamıyormuş, gün içinde hep uyukluyordu. Bir de mesela fiziksel sağlıklarının çok fazla farkında değillerdi ben kolesterolü olduğunu görmüştüm mesela bu hastanın tetkiklerine bakmıştım sormuştum hastaya da kolesterolünüz olduğunu biliyor musunuz diye hasta biliyorum ama ben yemekten vazgeçemem ki demişti."* (K61)



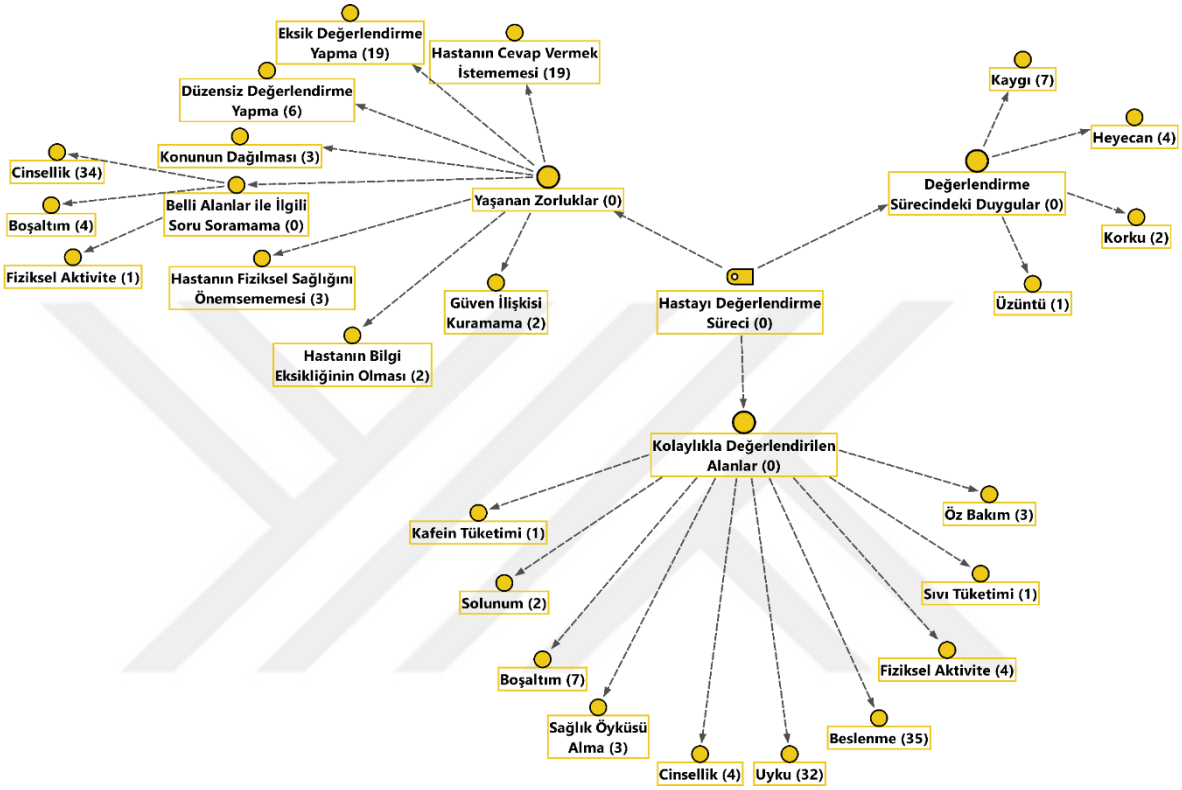
Şekil 4–3: Katılımcı Gruplarına Göre Fiziksel Sağlık Sorunları Teması Kod Matrisi

Katılımcı grupları bazlı fiziksel sağlık sorunları temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerini öz bakım sorunları, sigara tüketimi, ağız ve diş sağlığı sorunları ve diyabet üzerine verdiği, hibrit simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini beslenme sorunları ve standardize hasta simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini uyku sorunları üzerine verdiği Şekil 4-3'te görülmektedir.

Şekil 4-3 incelendiğinde, hibrit simülasyon grubunun yoğun olarak ifade ettikleri diğer kodlar beslenme sorunlarının yanında uyku sorunları ve öz bakım sorunları kodlarıdır. Standardize hasta simülasyon grubu ise yine uyku sorunları ile birlikte öz bakım sorunları ve beslenme sorunları üzerine yoğun görüşlerde bulundu. Buna göre tüm grupların en yoğun ifade ettiği kodun öz bakım sorunları olduğu Şekil 4-3'te görülmektedir.

4.2.2. Hastayı Değerlendirme Süreci Teması

Araştırmanın ikinci teması olan hastayı değerlendirme süreci temasına ait hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 4-4'te görülmektedir. Hastayı değerlendirme süreci teması; yaşanan zorluklar, kolaylıkla değerlendirilen alanlar ve değerlendirme sürecindeki duygular olmak üzere üç kategoriden oluştu.



Şekil 4–4: Hastayı Değerlendirme Süreci Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

4.2.2.1. Yaşanan Zorluklar

Hastayı değerlendirme süreci temasının ilk kategorisi olan yaşanan zorluklar katılımcılar tarafından; hastanın cevap vermek istememesi, eksik değerlendirme yapma, düzensiz değerlendirme yapma, hastanın fiziksel sağlığını önemsememesi, konunun dağılması, hastanın bilgi eksikliğinin olması, güven ilişkisi kuramama ve belli alanlar ile ilgili soru soramama kodları ile tanımlandı. Ayrıca belli alanlar ile ilgili soru soramama kodu; cinsellik, boşaltım ve fiziksel aktive olarak 3 alt koda ayrıldı.

Katılımcılar belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunu yoğun olarak ifade etmişlerdir. Katılımcılar cinsellik, boşaltım ve fiziksel aktivite ile ilgili konularda hastalara soru sormakta zorlandıklarını ve ters tepkiler aldıklarını ifade etmişlerdir. K42 kodlu katılımcı cinsellik ve boşaltım alt kodları ile ilgili şu ifadelerde bulunmuştur:

"Hastayla görüşme yapıyoruz bu esnada mesela yemek gibi beslenme gibi uyku gibi şeyleri laf arasında sorabiliyoruz. Ama hani mesela cinsellik gibi, daha sonra boşaltım gibi biraz daha hem onlara özel kaçıyor hem de biraz daha böyle hassas konular mı diyeyim artık. Ben cinselliği soramadım mesela hastama. Hastaneye gelme sebeplerinden biri de bununla ilgili olduğu için çok sormak da istemedim aslında. Ama sonuç olarak sormak zorundayız ve ben kendimi bu konuda çok eksik hissediyorum çünkü böyle olmazsa profesyonel olmuş olmaz. Yani hastayı da yargılamış oluyorum bir yerde. Mesela boşaltım ile ilgili sorular sorduğumda hastam "ya bununla ilgili de mi soru soruyorsun" gibi bir tepki vermişti ama mesela orada nasıl bir cevap vereceğimi bilemedim hastama. Ama en çok sorun yaşadığım kısım o cinsellik ile ilgili olan kısımdı benim için." (K42)

Ayrıca K35 kodlu katılımcı fiziksel aktivite ile ilgili soru sormakta zorlandığını ifade etmiştir. Katılımcının ifadesi şöyledir:

"Hastam hiçbir aktiviteyi yapmak istemiyordu, ona hangi aktiviteleri yapabileceğini sorduğumda iyice kendini beceriksizmiş gibi düşünüyordu bu nedenle çok zorlanmıştım sormaya." (K35)

Katılımcıların yaşanan zorluklar kategorisinde yoğun olarak ifade ettikleri diğer kod hastanın cevap vermek istememesidir. Katılımcılar, hastaların soruları geçiştirmeye çalıştığını ve sorulara tam yanıt alamadıklarını ifade etmişlerdir. K30 kodlu katılımcının hastanın cevap vermek istememesi kodu ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim erkek hastamda hastaya boşaltım ile ilgili sorular sorduğumda hasta utandı. İlaçlardan dolayı boşaltımda sorun yaşayabileceğini söylesem de hasta yanıt vermek istemedi ve utandı. Sonra boşaltımda sorun yaşayabilmesinin normal bir durum olduğunu birkaç kez daha söyleyince hasta yanıtlamaya başladı. Cinselliği değerlendirirken de oldu zaten cinselliğe hiç yanıt vermek istemedi." (K30)

Katılımcıların yoğun olarak ifade ettikleri diğer kodlar ise eksik ve düzensiz değerlendirme yapma kodlarıdır. Katılımcılar hastayı değerlendirirken kendilerinin de bazı konularda eksik ve düzensiz değerlendirme yaptıklarını fark ettiklerini ifade etmişlerdir. K1 kodlu katılımcının eksik ve düzensiz değerlendirme kodları ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"İlk tanılamaya başladığım zaman böyle direkt aklıma gelen sorular ile tanılama yapmaya başladım ama sonra birazcık konuştuktan sonra şey yapmam gerektiğini fark ettim böyle baştan ayağa değerlendirme yapmam gerekiyor biraz daha düzenli gitmesi

gerekiyor diye düşündüm. Ben birçok şeyi unutmuşum hani eğitim aldık ama yine de ben sürekli ruhsal olarak anlamaya çalıştığım için bu sefer fiziksel tanılamam birazcık eksik kalmıştı. Birkaç tanesini atlamıştım hatta hepsini tanılayamamıştım sorunları bulmakta zorluk çekmiştim arka plana atılıyor bence. Derslerde de bence çok işlemedik aslında fiziksel olarak o yüzden de biz direkt böyle psikiyatrik tanılamaya yoğunlaşmıştık." (K1)

Katılımcıların hastayı değerlendirme sürecinde zorluk yaşadıklarını daha az ifade ettikleri kodlar; hastaların kendi fiziksel sağlıklarını önemsememeleri, konunun dağılması, hastanın bilgi eksikliğinin olması ve hasta ile güven ilişkisi kuramamadır. Bu kodlar ile ilgili K1, K7, K11 ve K46 kodlu katılımcıların bu kodlar ile ilgili ifadeleri şöyledir:

"Benim hastam guatr kanseri geçirmiş ve ameliyat olmuş ama bunun hakkında çok bir bilgisi yoktu. Yani geçirdiği hastalıklar ile ilgili çok bir bilgisi yoktu. Ben de o konuda detaylara ulaşmakta birazcık zorlandım." (K1)

"Benim hastam çok fazla konudan konuya atlıyordu ve çok konuşuyordu. Mesela bir şey sorduğunda konuyu başka başka şeylere bağlıyordu ve böyle olunca hastayı ben zaten hani ilk başlarda yönetemiyordum tam olarak kendimin de farkındaydım susturamıyordum hastayı konu çok başka yerlere gidiyordu." (K7)

"Benim değerlendirme yaptığım hasta kendi isteği ile gelmişti servise. Hastayı değerlendirirken su tüketiminde mesela kliniğe gelmeden önce ne kadar tüketiyordun şimdi ne kadar tüketiyorsun, tuvalete gitme sıklığı gibi soruları sordum. Hasta diyor benim fiziksel bir sorunum yok ben zaten ruhsal sorunlarım olduğu için geldim diyebiliyor. Bu nedenle de hastaların doğru bilgi verdiğini düşünmüyorum ben. Mesela soruyorsun hastaya, kliniğe gelmeden önce tuvalete kaç kez gidiyordun diye, "gidiyordum işte birkaç kez diyor", yani çok fazla önemsemiyordu hasta." (K11)

"Zorlandığım bir depresif hasta vardı, sosyal fobi de gelişmişti, insanlara güvenmediğini söylüyordu, bu nedenle de insanlar ile iletişim kurmuyordu onunla güven ilişkisi kurmakta zorlandım. Güven ilişkisi kurduktan sonra hasta yaşadığı fiziksel sorunları anlatmaya başladı ben de buna bağlı olarak hastaya eğitim verdim." (K46)

4.2.2.2. Kolaylıkla Değerlendirilen Alanlar

Hastayı değerlendirme süreci temasının ikinci kategorisi olan kolaylıkla değerlendirilen alanlar katılımcılar tarafından; beslenme, boşaltım, uyku, cinsellik, fiziksel aktivite, öz bakım, sağlık öyküsü alma, solunum, sıvı tüketimi ve kafein tüketimi kodları ile tanımlandı. Bir önceki kategoride bazı katılımcılar cinsellik, boşaltım ve

fiziksel aktivite ile ilgili konularda hastalara soru sormada zorlandıklarını ifade ederken, bu kategoride bazı katılımcılar bu konuları kolaylıkla değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. Şekil 4-4'te yer alan kod yoğunluklarına bakıldığında; fiziksel aktivite kodunun dört defa ifade edildiği, dolayısıyla katılımcıların fiziksel aktiviteyi daha kolay değerlendirdikleri görülmektedir. Katılımcıların bu bağlamda en çok zorlandıkları kod ise cinsellik kodudur. Katılımcılar tarafından "Kolaylıkla Değerlendirilen Alanlar" kategorisinde dört defa ifade edilen cinsellik kodu, "Belli Alanlar İle İlgili Soru Soramama" kodunda yer alan cinsellik alt kodunda 34 defa tekrar edilmiştir. Bu doğrultuda katılımcıların, cinsellik ile ilgili soru sorarken çoğunlukla zorlandığı görülmektedir. Kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinde yer alan cinsellik, boşaltım ve fiziksel aktivite kodları ile ilgili K3, K32 ve K40 kodlu katılımcıların ifadeleri şu şekildedir:

"Cinsellik ile ilgili soru sorarken zorlanmadım çünkü zaten kendisi anlatmaya başladı ben de hangi korunma yöntemini kullandığını, HPV için pap-smear testi yaptırıp yaptırmadığını falan konuştum onunla." (K3)

"Fiziksel aktiviteyi sormak da kolay oluyor. Çoğu hasta ile klinikte yürürken konuşuyoruz zaten. Hani siz günlük yaşamınızda da yürüyüş yapar mısınız demek kolay oluyor o yüzden. Onlar da yürümek istiyorum ya da istemiyorum gibi cevaplar veriyorlardı bu konu hakkında konuşuyorlardı." (K32)

"Ben de arkadaşlarımın dediği gibi beslenme aktivitesini çok iyi değerlendirdiğimi düşünüyorum. Görüşme sırasında hastanedeki yemekleri nasıl buluyorsunuz, siz nasıl besleniyorsunuz, kliniğe gelmeden önce nasıl besleniyordunuz, şu anda nasıl besleniyorsunuz gibi. Bunları boşaltım aktivitesi ile de birlikte soruyorum işte diyor ki yemiyorum işte hani kabızlık problemi çekiyor musunuz vs diye soruyorum işte evet diyor işte çoğu o zaman nasıl besleneceğini anlatabiliyorum işte posalı, lifli şeylerle beslenin diyorum vs o konuda gayet iyi olduğumu düşünüyorum." (K40)

Bu kategoride katılımcıların yoğun olarak ifade ettikleri bir başka kodun beslenme kodu olduğu görülmektedir. Beslenme aktivitesi katılımcıların ifade yoğunluğuna göre en kolay değerlendirilen yaşam aktivitesi olarak görülmektedir. Ayrıca K33 kodlu katılımcı beslenme kodu ile birlikte sıvı ve kafein tüketimi konularına da değindiğini ifade etmiştir. Bu kodlar ile ilgili K33 kodlu katılımcı durumu şu şekilde özetlemektedir:

"Ben beslenme ve uykuyu iyi değerlendirdiğimi düşünüyorum. Nasıl beslenir, neleri yemekten hoşlanır bunların hepsini sordum hastaya. Yine sıvı tüketimi, kafein

tüketimi bunları da hastaya sordum ve net şekilde cevap almaya çalıştım mesela kaç litre su tüketir, kaç bardak su içer gibi bunları net şekilde sordum ve bilgilendirme yaptım hastama neler tüketmeli, neler yemeli vs. gibi." (K33)

Katılımcılar tarafından kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinde yoğun olarak ifade edilen diğer bir kod uyku kodudur. Katılımcılar hastaların uyku süreçlerini kolaylıkla değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. K24 kodlu katılımcı uykuyu değerlendirme sürecinde kendi uyguladığı tekniği şu şekilde aktarmaktadır:

"Uykuyu en iyi değerlendirdiğimi düşünüyorum onu üç bölümde tanıladım zaten. Uykuya dalmada, uykuyu sürdürmede ve uyandıktan sonra diye. Uykuya dalmada ne gibi yöntemler kullanıyor diye sordum. Uykuyu sürdürmede geceleri uyanıyor mu ya da kâbus görüyor mu, uyandıktan sonra da nasıl hissediyor dinlenmiş uyanıyor mu bunları sordum. Belli bir düzeni var mı diye sordum uykuyu iyi tanıladığımı düşünüyorum." (K24)

Bazı katılımcılar sağlık öyküsü almayı da kolaylıkla değerlendirdiklerini ifade etmişlerdir. K22 kodlu katılımcının ifadesi şu şekildedir:

"Hastanın kronik hastalıklarını ve geçmiş sağlık öyküsünü iyi değerlendirdiğimi düşünüyorum. Görüşme esnasında hastanın tansiyonunu, solunumunu değerlendirdim, kan şekerini ölçtüm ve fiziksel sorunlarını değerlendirmeye yönelik sorularımı yönlendirdim." (K22)

Bazı katılımcılar tarafından kolaylıkla değerlendirilen bir diğer konu ise öz bakımdır. K48 kodlu katılımcı öz bakım konusunu değerlendirirken hiç zorlanmadığını şu ifadeler ile aktarmaktadır:

"Hastalar ile konuşurken öz bakım konusunda biraz daha başarılı olduğumu düşünüyorum. Hani onu ilk gördüğümüzde gözlemleyebiliyoruz falan ya bir de dâhiliye cerrahi kliniklerinde de ilk olarak öz bakım üzerinden ilerlediğimiz için hani orada bir daha başarılı olduğumu düşünüyorum. Hem bu konuyu hasta ile konuşabiliyorum onu birebir gördüğüm için hem de hasta da dile getirebiliyordu. Bir de geçmişten gelen de bir bilgi birikimimiz var hani diğer alanlarda mesela fiziksel aktivite gibi daha az ama öz bakım konusunda biraz daha bilgimiz vardı o yüzden daha iyiydim. İşte ayakları mesela kirliydi, ne kadar yıkıyor, nasıl bakım vermesi gerekiyor, ya da elleri, dişleri, banyo falan bunlar hakkında konuştum hastayla." (K48)

4.2.2.3. Değerlendirme Sürecindeki Duygular

Hastayı değerlendirme süreci temasının son kategorisi olan değerlendirme sürecindeki duygular kategorisi katılımcılar tarafından; kaygı, heyecan, korku ve üzüntü

kodları ile tanımlandı. Katılımcılar hastalara soru sorarken en fazla kaygı duyduklarını ifade etmiştir. K21 kodlu katılımcı yaşadığı bir durum karşısında kaygı durumunu şu şekilde aktarmaktadır:

"Ben vakamın fiziksel tanılamasını yaparken konu başlıkları aklıma geliyor ama nasıl soracağımı bir türlü kestiremedim anksiyeteliydim o an ben bayağı heyecanlanmıştım." (K21)

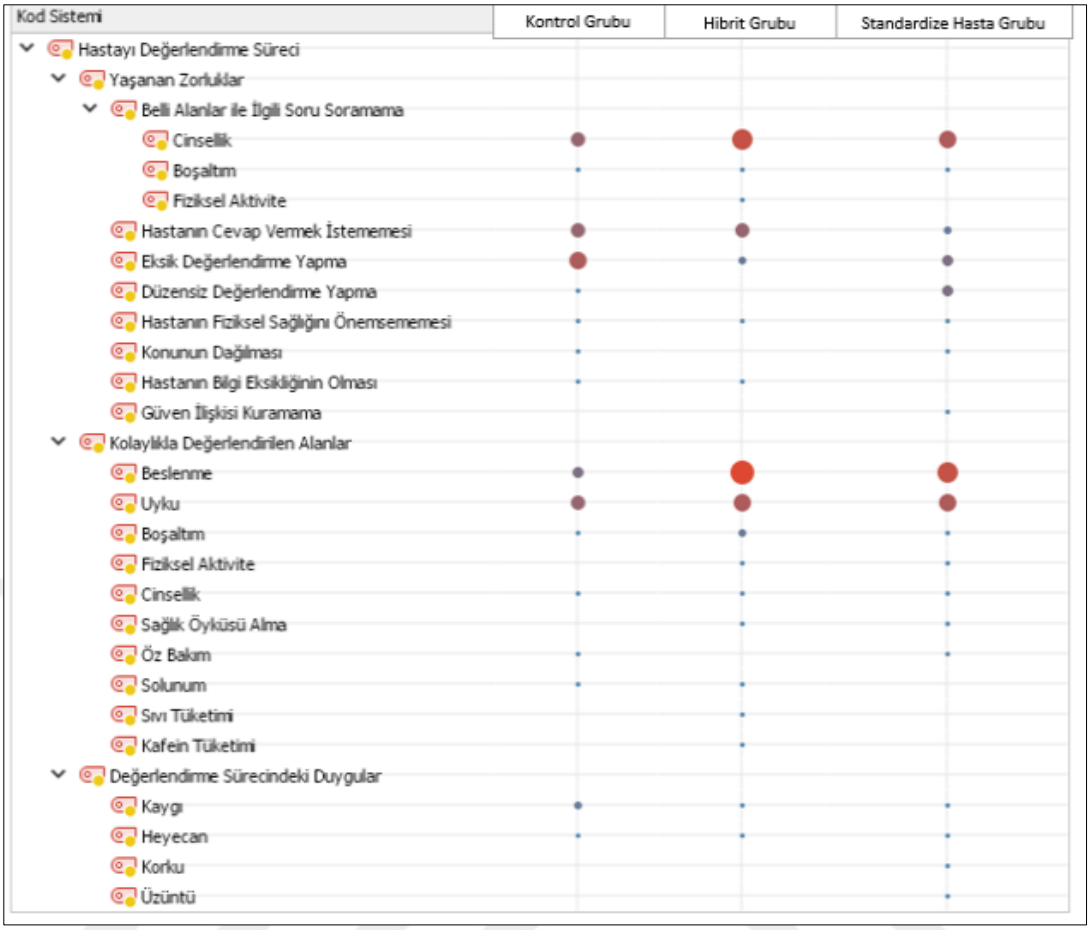
Katılımcıların değerlendirme sürecinde yaşadığı bir diğer duygu heyecandır. K2 kodlu katılımcının heyecan kodu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Benim de başlıklar aklıma geliyordu soruyordum açıkçası yani sonuç alıyordum mesela olumlu veya olumsuz, geçiyordum tam detay sorular hatırlamadığım için. Sorarken de heyecanlıydım biraz." (K2)

Katılımcıların ifade ettikleri diğer kodlar korku ve üzüntüdür. Katılımcılar değerlendirme sürecinde nasıl davranacaklarını bilmedikleri için korktuklarını ve bazı hastalara üzüldüklerini ifade etmişlerdir. Konu ile ilgili K45 ve K49 kodlu katılımcıların ifadeleri şöyledir:

"Nasıl davranacağımı da bilmiyordum bu nedenle de korkuyordum zaten." (K45)

Ben hastaların fiziksel ve ruhsal durumunu değerlendirirken kendimi üzgün hissettim." (K49)



Şekil 4–5: Katılımcı Gruplarına Göre Hastayı Değerlendirme Süreci Teması Kod Matrisi

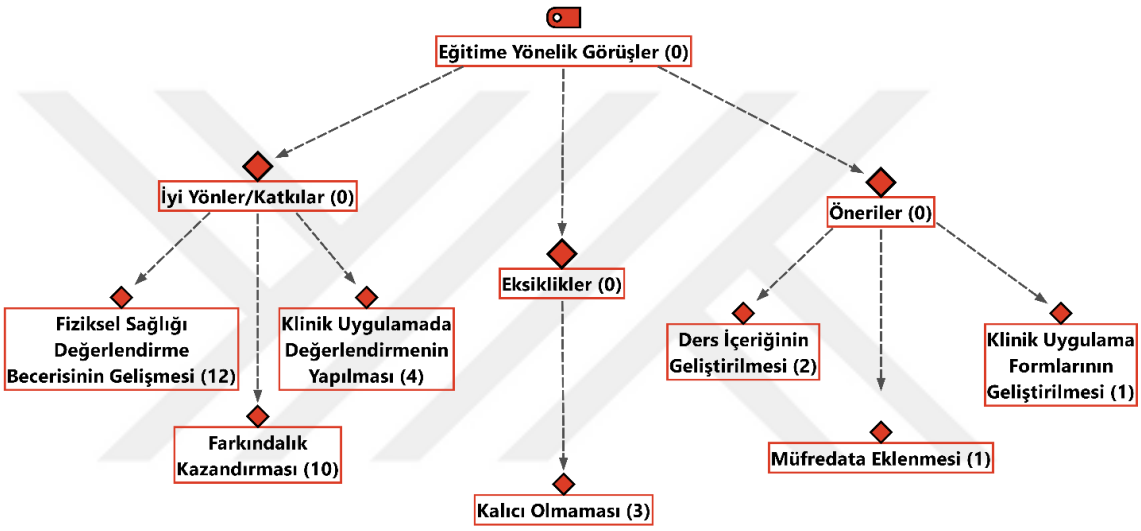
Katılımcı grupları bazlı hastayı değerlendirme süreci temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerini eksik değerlendirme yapma, hibrit simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini beslenme ve belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve standardize hasta simülasyonu grubunun en yoğun ifadelerini kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinde yer alan beslenme kodu üzerine verdiği Şekil 4-5'te görülmektedir.

Şekil 4-5 incelendiğinde, kontrol grubunun eksik değerlendirme yapma kodu dışında yoğunlaştığı diğer kodlar, belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik, hastanın cevap vermek istememesi ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin alt kodu olan uykudur. Hibrit simülasyon grubu ise beslenmenin yanında yine belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin alt kodu olan uyku kodlarını diğer gruplar kadar yoğun olarak dile getirdi. Standardize hasta simülasyonu grubu ise yine diğer gruplar gibi

belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin alt kodu olan uyku kodları üzerine yoğun görüşlerde bulundu.

4.2.3. Eğitime Yönelik Görüşler Teması

Araştırmanın üçüncü teması olan eğitime yönelik görüşler temasına ait hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 4-6'da görülmektedir. Eğitime yönelik görüşler teması; iyi yönler/katkılar, öneriler ve eksiklikler olmak üzere üç kategoriden oluştu. Bu temada yalnızca kontrol grubuna ait görüşler yer almaktadır.



Şekil 4–6: Eğitime Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

4.2.3.1. İyi Yönler/Katkılar

Eğitime yönelik görüşler temasının ilk kategorisi olan iyi yönler/katkılar katılımcılar tarafından; fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişmesi, farkındalık kazandırması ve klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması kodları ile tanımlandı. İyi yönler/katkılar kategorisinde fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi kodu katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilmiştir. Katılımcılar aldıkları eğitimin, ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirme süreçlerinde kendilerine bakış açısı kazandırdığını, hastalara soru sorarken nasıl davranmaları gerektiğini öğrendiklerini ve unuttukları şeyleri hatırladıklarını ifade etmişlerdir. Fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişmesi kodu ile ilgili olarak K8 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Benim için daha unuttuğum bir şey var mı acaba kısmında birkaç kere daha tekrar etmiş olduğumuz için bunu hah tamam burada yapacaktım şunu şurada yapacaktım falan gibi iyi oldu yani yol çizme açısından bir şey unutmayayım gibi o sıralamada gidince güzel oldu benim için de." (K8)

Katılımcılar tarafından iyi yönler/katkılar kategorisinde ifade edilen diğer bir kod farkındalık kazandırması kodudur. Katılımcılar eğitim ile birlikte hastayı değerlendirme sürecinde kendi farkındalıklarının arttığını ifade etmişlerdir. K11 kodlu katılımcı kendi farkındalık sürecini şu şekilde aktarmıştır:

"Bana da şöyle bir faydası oldu siz mesela o dersi anlatırken de hep şey demiştiniz işte insanların kliniğe gelme nedenleri ruhsal sorunları ama bunun beraberinde getirdiği fiziksel hastalıklar da çok önemli. Bu cümle sürekli aklıma geliyordu, atıyorum mesela sabah tansiyon ölçüyoruz, bir tanesi çok değişkenlik gösteriyor falan, tansiyonun sınırı geliyor hemen aklıma işte evet sınır böyle olmalıydı. İşte bir epilepsiyi gördüğüm zaman işte bu insanın ruhsal bir sorunu var ama bak işte fiziksel bir sorunu da var gibi bunu göz ardı etmemek lazım. Mesela bir hasta vardı bacakları kıpkırmızıydı dikkatimi çekmişti gidip sorduğumda diyabet hastası olduğunu söylemişti. Yani şunun farkına vardım yani bu insanlar ruhsal sıkıntılarından dolayı birincil şeyleri ruhsal hastalıkları ama fiziksel sağlıklarına da dikkat etmemiz gerekiyor yani. İlacın etkisi fazla kilo almasına sebep olmuş olabiliyor bu anlamda bir farkındalık oldu ben de." (K11)

K19 kodlu katılımcı ise ruhsal sağlığın yanında hastanın fiziksel sağlığının önemini de eğitim sayesinde anladığını şu şekilde ifade etmektedir:

"Eğitimi almasaydım herhalde sanırım sadece psikiyatrik olarak konuşurdum hastayla, fiziksel sorunlarını önemsemeyebilirdim. Bu açıdan iyi oldu. Fiziksel sorunlarını da dikkate almam ve hemşirelik bakımı planlamam gerektiğini anladım." (K19)

Katılımcıların iyi yönler/katkılar kategorisinde ifade ettikleri son kod ise klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması kodudur. Katılımcılar klinik uygulamada süreci pratik olarak değerlendirme imkanı bulduklarını ve eğitimin uygulama ile gösterilmesinden dolayı kolay unutmayacaklarını ifade etmişlerdir. K21 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Eğitimden sonra mesela klinik uygulama yaptığımızda soru sorarken aslında nasıl sorulması gerektiğini de öğrenmiş olduk, o açıdan çok yararlı oldu." (K21)

4.2.3.2. Öneriler

Eğitime yönelik görüşler temasının ikinci kategorisi olan öneriler, katılımcılar tarafından; ders içeriğinin geliştirilmesi, müfredata eklenmesi ve klinik uygulama formlarının geliştirilmesi kodları ile tanımlandı. Öneriler kategorisinde ders içeriğinin geliştirilmesi kodu katılımcılar tarafından iki defa tekrar edilirken, müfredata eklenmesi ve klinik uygulama formlarının geliştirilmesi kodları katılımcılar tarafından birer defa ifade edilmiştir. Katılımcılar aldıkları eğitimde farklı materyaller kullanılarak daha akılda kalıcı olmasının sağlanması önerisinde bulunmuşlardır. Bununla ilgili K2 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Ben bayağı bayağı unutmuşum bence eğitimde video vb. yöntemler de kullanılarak anlatılmalı daha çok aklımda kalırdı. Eğitimi almam iyi oldu ama çok aklımda kalmadı." (K2)

K3 kodlu katılımcı ise faydalı bulduğu bu eğitimin müfredata eklenmesi önerinde bulunmuştur:

"Bence hemşirelik öğrencileri için bu konu ders müfredatına eklenmeli." (K3)

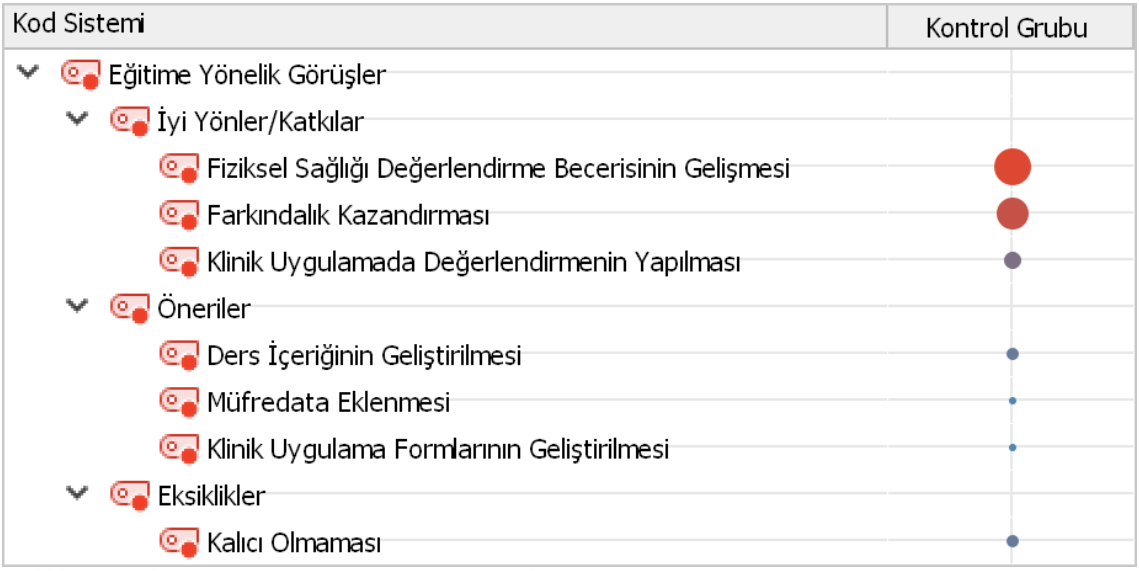
K1 kodlu katılımcı ise klinik uygulama formlarının geliştirilmesi önerisinde bulunmuştur. Klinik uygulama formlarının geliştirilmesi ile eksik değerlendirilen alanların kalmayacağını ifade eden K1 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Bir de şimdi şey oluyor hocaların bizden beklentilerine göre hareket ediyoruz aslında. Mesela dâhiliyede verdikleri formda bütün değerlendirmeler detaylı bir şekilde o formda yazıyordu. Psikiyatri hemşireliği klinik uygulamasında kullandığımız formda fiziksel değerlendirme kısmında sadece uykusunu değerlendirme yazıyor mesela biz de o nedenle genel değerlendiriyorduk hastaları formlarda daha detaylı yazılabilir bence." (K1)

4.2.3.3. Eksiklikler

Eğitime yönelik görüşler temasının son kategorisi olan eksiklikler, katılımcılar tarafından kalıcı olmaması kodu ile tanımlandı. Kalıcı olmaması kodu katılımcılar tarafından üç defa ifade edildi. Katılımcılar aldıkları eğitimde farklı yöntemlerin kullanılarak daha kalıcı olmasını istediklerini ifade etmişlerdir. K6 kodlu katılımcının eğitimin kalıcı olmaması kodu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Çok fazla akılda kalıcı olmadığını düşünüyorum uyguladığımız eğitimin. Sonuçta ders işliyormuş gibi anlatıldığı için çok akılda kalıcı olmuyor bence." (K6)

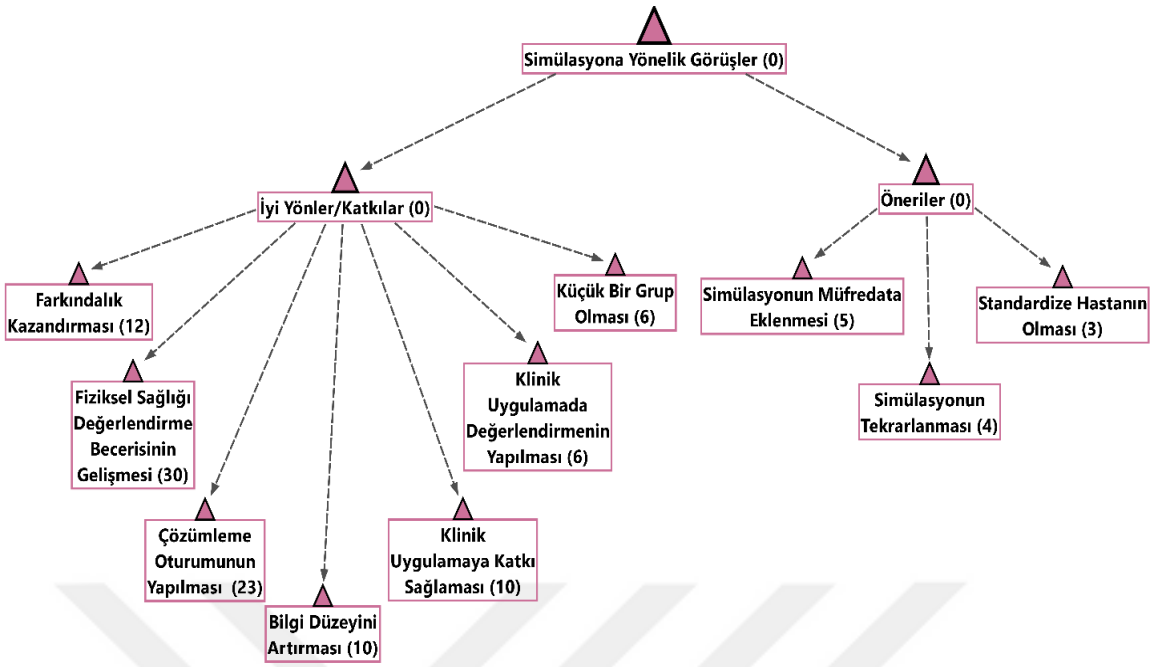


Şekil 4–7: Kontrol Grubuna Göre Eğitime Yönelik Görüşler Teması Kod Matrisi

Kontrol grubu bazlı eğitime yönelik görüşler temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerinin fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi ve farkındalık kazandırması kodları üzerine olduğu Şekil 4-7'de görülmektedir.

4.2.4. Simülasyona Yönelik Görüşler Teması

Araştırmanın son teması olan simülasyona yönelik görüşler temasına ait hiyerarşik kod alt kod bölümler modeli Şekil 4-8'de görülmektedir. Simülasyona yönelik görüşler teması; iyi yönler/katkılar ve öneriler olmak üzere iki kategori ile gösterildi. Bu temada hibrit simülasyon ve standardize hasta simülasyon gruplarına ait görüşler yer almaktadır.



Şekil 4–8: Simülasyona Yönelik Görüşler Temasına Ait Hiyerarşik Kod Alt Kod Bölümler Modeli

4.2.4.1. İyi Yönler/Katkılar

Simülasyona yönelik görüşler temasının ilk kategorisi olan iyi yönler/katkılar katılımcılar tarafından; fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişmesi, çözümleme oturumunun yapılması, farkındalık kazandırması, klinik uygulamaya katkı sağlaması, bilgi düzeyinin artması, klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması ve küçük bir grup olması kodları ile tanımlandı. İyi yönler/katkılar kategorisinde fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi kodu katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edildi.

Katılımcılar, klinik simülasyon uygulamasının ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirme sürecinde hasta ile nasıl iletişim kurmaları gerektiğini ve hastaya nasıl yaklaşmaları gerektiğini öğrettiğini ve bilgi düzeylerinin arttığını ifade etmişlerdir. Fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişmesi kodu ile ilgili olarak hibrit simülasyon grubunda yer alan K34 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"*Ben klinikte tanıladığım hastanın ailesi ile de görüştüm, onlar ile neler konuşacağımı ve nasıl söylemem gerektiğini simülasyonda öğrenmiş oldum en basitinden konuya odaklama, onların sorduğu sorulara cevap verme gibi konularda nasıl yapmam gerektiğini öğrendim. Bilgi düzeyimi gerçekten artırdığını düşünüyorum, klinikte hastayı tanılarken bana çok yardımcı oldu."* (K34)

Standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan K48 kodlu katılımcı ise şöyle aktarmaktadır:

"Bir de yani ekstradan psikiyatri servisine gittiğimizde neyin ne ile bağlantısı var bunun da farkındaydık açıkçası hasta bir şey söylüyor mesela aa evet hoca bunu anlatmıştı işte buraya gelen oyuncu ile simülasyonda çalıştığımızda aa bak orada hasta bunu söylemişti biz de böyle yapmıştık falan dedim ya da mesela simülasyondan çıkıp çözümleme yaptığımızda hoca burayı böyle değerlendirmeliyiz demişti gibi. Hastayla birebir konuşurken de benim aklıma geldi simülasyonda yaptıklarımız. Simülasyonda öğrendiklerime göre de hastaya bilgi vermeye çalışıyordum." (K48)

Katılımcıların iyi yönler/katkılar kategorisinde yoğun olarak ifade ettikleri diğer bir kod çözümleme oturumunun yapılması kodudur. Katılımcılar çözümleme oturumunun yapılması ile hastayı değerlendirirken soruları hangi sırada sormaları gerektiğini öğrendiklerini ve eksiklerini görmede faydalı olduğunu ifade etmişlerdir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan K25 ve K26 kodlu katılımcıların çözümleme oturumunun yapılması kodu ile ilgili görüşleri şöyledir:

"Kliniğe bence oldukça faydası dokundu, çözümlemede sıralamayı sizinle tartışmak sonra gidip klinikte yapmak bence çok rahatlattı." (K25)

"Çözümleme aşamasında simülasyonun en büyük yararını gördüm. Kliniğe gittiğimde de çözümleme aşamasında öğrendiklerimi, yani hangi sıra ile yapmam gerektiğini neleri sormam gerektiğini bildiğimden klinikte de gayet iyi uyguladığımı düşünüyorum. Simülasyonun en iyi tarafı ki buradaki arkadaşlar da öyle düşünüyor sanırım çözümleme aşaması olduğunu düşünüyorum. Kendinizi gördüğünüz, eksikliklerinizi fark ettiğiniz bir oturum orası." (K26)

Standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan K43 ve K48 kodlu katılımcılar ise görüşlerini şöyle aktarmaktadır:

"*Benim için de fiziksel tanılamada çok etkili oldu mesela çözümlemede neyi neden yapmamız gerektiğini sizinle konuşunca ben çok daha iyi anladım ve bunu pratiğe dökmek benim için çok daha kolay oldu. Çözümlemede de teorik bilgiyi pratiğe nasıl dökeceğimiz üzerinden bağdaştırmalar kurarak anlatmanız gerçekten çok iyi oldu."* (K43)

"*Aslında çözümlemede fiziksel değerlendirme için anlatılan çoğu şeyi biz zaten önceki derslerden de biliyorduk ama şöyle bir şey olmuştu bunların hepsi havada kalmıştı. Teorik olarak görmüştük sadece. Çözümlemede sizinle tablo üzerinden çalışınca*

bu benim için çok daha iyi oldu bağlantıları kurmanız falan gerçekten aklımda kalmasını sağladı tam oturmuştu kafamda." (K48)

Katılımcılar tarafından iyi yönler/katkılar kategorisinde ifade edilen diğer bir kod farkındalık kazandırması kodudur. Standardize hasta simülasyonu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcılar bu koda ilişkin eşit olarak görüş belirtmişlerdir. Katılımcılar klinik simülasyon ile birlikte hastayı değerlendirme sürecinde kendi farkındalıklarının arttığını ifade etmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, simülasyonun ruhsal sağlığın değerlendirilmesi kadar fiziksel sağlığın değerlendirilmesinin önemi konusunda kendilerine farklı bir bakış açısı kazandırdığını ifade etmişlerdir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan K39 ve standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan K58 kodlu katılımcılar kendi farkındalık süreçlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

"Benim için simülasyona katılmak iyi oldu. Normalde fiziksel tanılamayı biliyoruz ama psikiyatri hastasında bu kadar bağlantılı olduğunu ve fiziksel sağlığın ruhsal sağlığı da etkileyebileceğini hiç düşünmemiştim. Bunu fark etmemi ve anlamamı sağladı bu açıdan iyiydi. Hasta ile doğru iletişim kurmanın da önemini gördüm ben simülasyonda." (K39)

"Bana daha çok farkındalık kazandırdı çünkü psikiyatri hastasının yanına gittiğimizde yatış sebebi, psikiyatrik belirtileri bunlara bakıyorduk ama aslında fiziksel yönleri de var bunu görmüş olduk. Bu fiziksel sorunları ilaçların yan etkileri ile de ilişkilendirmemiz gerektiğini fark ettirdi." (K58)

Katılımcılar tarafından iyi yönler/katkılar kategorisinde ifade edilen diğer bir kod klinik uygulamaya katkı sağlaması kodudur. Bu kodu, hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcılar yedi kez, standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan katılımcılar üç kez ifade etmişlerdir. Katılımcılar, klinik simülasyon uygulamasının klinik uygulama performanslarına da katkı sağladığını belirtmişlerdir. Standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan katılımcılar; klinik uygulama öncesi klinik simülasyona katılmanın korku ve kaygıyı azalttığını ve klinik uygulamada ruhsal bozukluğu olan birey ile iletişime geçmeye ve bireyi değerlendirmeye katkı sağladığını ifade etmişlerdir. Standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan K47 kodlu katılımcı görüşlerini şöyle aktarmaktadır:

"*Biz simülasyona yani klinik uygulama görmeden başta yaptık ya o benim için çok iyi oldu yani ben aslında klinik uygulamaya gitmeden önce nasıl bir şey ile karşılaşacağım şeyindeydim yani sürekli rüyalarıma falan giriyordu. Bu simülasyonu*

yaptıktan sonra evet buna benzer hastalar göreceğim gibi o an beni biraz hani hiçbir şey görmeden korkarız ya o an gördüm ve buna benzer şeyler demek ki dedim ve bu benim için çok rahatlatıcı oldu yani aşırı derecede korkuyordum simülasyon sayesinde çok rahat bir şekilde devam edebildim. Klinikte de benzer hastalar gördüm çünkü." (K47)

Hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcılar; klinik simülasyonda klinik uygulama öncesi hasta ve hasta yakını ile iletişime geçmenin ve depresyon hastasını değerlendirmenin klinik uygulamaya katkı sağladığını belirtmişlerdir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan K37 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Ben bu simülasyonda hasta yakınını konuya odaklayabildim. Aynı şekilde klinikte de kendi hastam sürekli konudan konuya konuşan bir hastaydı onda da simülasyondan edindiğim tecrübe sonucu onu da konuya odaklamayı başardım." (K37)

Katılımcılar klinik simülasyonun bilgi düzeylerini arttırdığını belirtmişlerdir. Bu kodu hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcılar yedi kez, standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan katılımcılar ise üç kez ifade etmişlerdir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan K23 kodlu katılımcının bilgi düzeyini artırması kodu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Fiziksel değerlendirme konusunda da bilgi düzeyimi artırdı, sormam gereken soruları, ilaç yan etkilerini de anlamış oldum. Klinikte hastalarda da bu ilaç yan etkilerini fark etmemi sağladı." (K23)

Standardize hasta simülasyonu grubunda yer alan K49 kodlu katılımcı ise görüşlerini şöyle aktarmaktadır:

"Ben simülasyon uygulamasına katılınca psikiyatri hastasına nasıl yaklaşmam gerektiğini öğrendim. Hastanın fiziksel sağlığını değerlendirirken neleri sormam gerektiğini öğrendim. Bilgi seviyemi arttırdı." (K49)

Katılımcıların iyi yönler/katkılar kategorisinde ifade ettikleri diğer kodlar klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması ve küçük bir grup olması kodlarıdır. Katılımcılar bu kodları diğer kodlara göre daha az ifade etmişlerdir. Klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması kodunu hibrit simülasyon ve standardize hasta simülasyon grubu üç kez; küçük bir grup olmanın avantajını ise standardize hasta simülasyon grubu beş kez, hibrit simülasyon grubu bir kez dile getirmiştir.

Katılımcılar klinik uygulamada değerlendirme yapmanın ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlığını değerlendirmeye ilişkin bilgi ve beceriyi artırdığını ve hatalı uygulamaların tespit edilmesinde fayda sağladığını ifade etmişlerdir. Standardize hasta

simülasyon grubunda yer alan K60 kodlu katılımcının klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması kodu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"*Ben simülasyona katıldıktan ve klinikte gerçek hasta ile uygulama yaptıktan sonra daha detaylı sorular sorduğumu fark ettim. Soruları biraz daha netleştirdim hani mesela sigara içiyor musunuz içiyorum ne kadar bunları çok net sormuyordum aslında yani tam belirlemiyordum hasta söylemediği sürece ben detaylandırmıyordum bunları biraz daha belirlemiş oldum."* (K60)

Hibrit simülasyon grubunda yer alan K42 ve K31 kodlu katılımcıların görüşleri aşağıda yer almaktadır.

"Sizinle beraber de değerlendirdik klinikte o da benim için çok iyi bir fırsat oldu eksikliklerimi gördüm tamamlamam gerekenleri gördüm." (K42)

"Sonrasında bize geri bildirim vermeniz de çok iyiydi bence orada nerede hata yaptığımı nasıl yapmam gerektiğini falan daha iyi öğrenmiş oldum doyum aldım oradan." (K31)

Katılımcılar, klinik simülasyon uygulamasının iyi yönlerinden biri olarak ifade ettikleri eğitim grubunun küçük bir grup olması sebebiyle birebir ilgilenilme, istedikleri zaman soru sorabilme gibi konularda kolaylıkla iletişim kurabildiklerini ifade etmişlerdir. Bu kodu, standardize hasta simülasyon grubu beş kez, hibrit simülasyon grubu ise bir kez ifade etmiştir. Standardize hasta simülasyon grubunda yer alan K51 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Çözümleme oturumunda küçük grup halinde çalışmamız da çok iyi oldu zaten az kişiydik anlamadığım bir yer olursa bunu rahatlıkla sorabileceğimi düşündüm mesela teorik derste bu mümkün olmuyor tabii bir de hocalar dersi slayttan anlattığı için sizinki gibi olmuyor siz bağdaştırarak anlatmıştınız." (K51)

4.2.4.2. Öneriler

Simülasyona yönelik görüşler temasının ikinci kategorisi olan öneriler, katılımcılar tarafından; simülasyonun müfredata eklenmesi, simülasyonun tekrarlanması ve standardize hastanın olması kodları ile tanımlandı. Öneriler kategorisinde simülasyonun müfredata eklenmesi kodu katılımcılar tarafından yoğun olarak ifade edilmiştir. Katılımcılar klinik simülasyonu faydalı bulduklarını ve simülasyonun müfredata eklenmesi gerektiği önerisinde bulunmuşlardır. Bununla ilgili standardize hasta simülasyon grubunda yer alan K44 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

"Belki de derslerin yarısını kaldırıp böyle bir uygulama yapılması bile çok daha faydalı bir uygulama olabilir bizim açımızdan. Bence laboratuvar uygulamalarımızda da simülasyon yapmamız bizim için daha etkili olabilir." (K44)

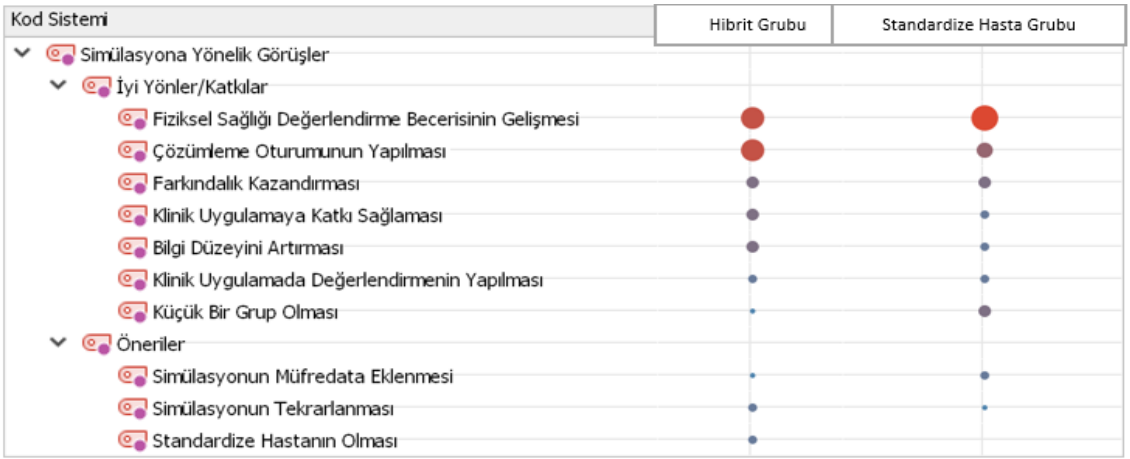
Katılımcılar simülasyonun müfredata eklenmesinin yanı sıra simülasyonun tekrarlanmasını istediklerini ve bu sayede sahip oldukları bilgiler ile simülasyonu daha faydalı bir şekilde uygulayacaklarını ifade etmişlerdir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan K25 kodlu katılımcının konu ile ilgili ifadesi şöyledir:

"Ben simülasyonun bir kez daha olmasını çok isterdim. Bir kere oldu, bence yanlışlarımız ve hatalarımız oldukça vardı, sonra klinikte değerlendirme yaptınız, orada da bir şeyler öğrendik, sonrasında tekrar simülasyona girebilirdik bence." (K25)

Son olarak, hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcılar simülasyonda psikiyatri hastasını standardize bir hastanın canlandırması önerisinde bulunmuşlardır. Konu ile ilgili olarak K31 kodlu katılımcının ifadesi şöyledir:

*"Ben de E***'a katılıyorum canlı bir hastanın olmasını isterdim simülasyonda. Hastanın en azından benimle göz temasını sürdürmesini, ona uygulama yaparken rızasını isterken evet ya da hayır demesini istedim ancak hasta benimle iletişim kurmak istemedi. Ben hastaya bilgi verdim hangi uygulamaları yapacağımı ama hasta tepki vermeyince ben de çekindim öyle olunca uygulama yapmak istemedim. Hoşlanmayabilir diye de düşündüm."* (K31)

Hibrit ve standardize hasta simülasyon grubu bazlı simülasyona yönelik görüşler temasına ait kod matrisi incelendiğinde, gruplara ait en yoğun ifadelerin fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi ve çözümleme oturumunun yapılması kodları üzerine olduğu Şekil 4-9'da görülmektedir.



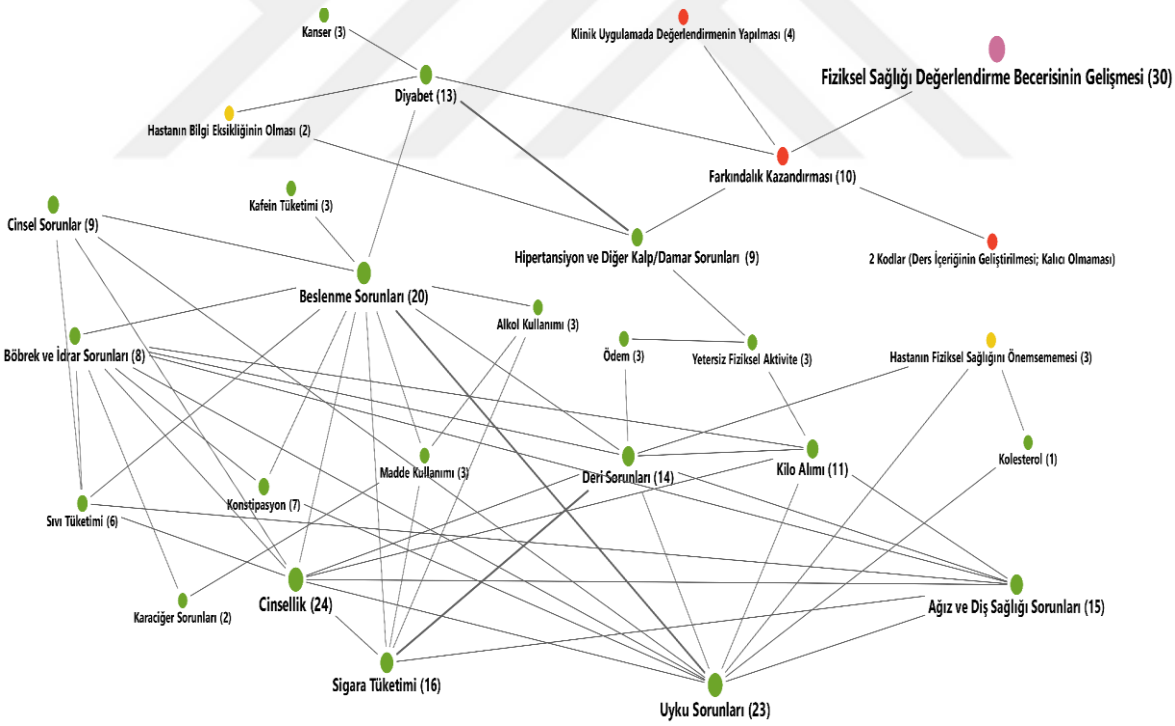
Şekil 4–9: Hibrit ve Standardize Hasta Simülasyon Gruplarına Göre Simülasyona Yönelik Görüşler Teması Kod Matrisi

4.2.5. İlişkisel Analizler

İlişkisel analizler, katılımcıların verdiği görüşlerin birbirleri ile olan yakınsamasından ortaya çıkmaktadır. Şekil 4-10'da görüldüğü üzere katılımcılar, beslenme sorunları ile ilgili görüş bildirdiklerinde aynı zamanda kafein tüketimi, alkol tüketimi, sigara tüketimi, madde kullanımı, böbrek ve idrar sorunları, cinsel sorunlar ve öz bakım sorunları gibi kodlar ile ilgili de görüş bildirmişlerdir.

Katılımcılar aynı zamanda farkındalık kazandırması ile ilgili görüş bildirirken, fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişmesi ve klinik uygulamada değerlendirmenin yapılması kodları ile ilgili de görüşlerde bulunmuşlardır. Bu durumu K47 kodlu katılımcı şu şekilde özetlemektedir:

"Simülasyona katılmasaydım hastaların fiziksel sağlığını nasıl değerlendirirdim diye düşünüyorum, muhtemelen sadece ruhsal yönlerine bakardım fiziksel yönü ile çok az ilgilenirdim. Hastaları değerlendirirken bu farkındalığı kazanmama da yardımcı oldu." (K47)



Şekil 4–10: Kod Haritası

Katılımcı ifadelerinin yoğunluğa göre dağılımı Şekil 4-11'de yer alan kod bulutunda gösterilmektedir.



Şekil 4–11: Kod Bulutu

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımları ve beceri gelişimlerine iki farklı klinik simülasyon deneyiminin etkisine ilişkin bulgular iki başlık altında tartışıldı.

Hibrit simülasyon, bir parça görev öğreticisinin standardize hastaya uygulanması ya da aynı simülasyon uygulamasında iki ya da daha fazla simülasyon modalitesinin kullanılması olarak tanımlanmaktadır (Lioce ve ark. 2020). Literatürde, hibrit simülasyonun yaygın olarak bir parça görev öğreticisinin standardize hastaya uygulandığı bir modalite olarak yer aldığı görülmektedir (Brown ve Tortorella 2020). Bu araştırmada, klinik simülasyon deney gruplarının birinde standardize hasta modalitesi, diğerinde ise standardize hasta ve yüksek gerçeklikli simülatör modalitesinin kullanıldığı hibrit simülasyon modalitesinin bilgi kazanımları ve beceri gelişimlerine etkisi incelendi. Literatürde, psikiyatri hemşireliği eğitiminde hibrit simülasyonun kullanımına yönelik araştırmaya rastlanmaması nedeniyle bulgular, standardize hasta ve yüksek gerçeklikli simülasyon modaliteleri kullanılarak yapılan çalışmalar ile tartışıldı.

5.1. Öğrencilerin Bilgi Kazanımlarına İki Farklı Klinik Simülasyon Deneyiminin Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Simülasyona dayalı eğitim, hemşirelerin komorbid sağlık sorunlarını tanıyabilmesi ve yönetebilmesi için gerekli bilgi ve becerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda; psikiyatrik belirtiler ile ilişkili sözel ve sözel olmayan ipuçları sağlayan standardize hastalar ve tıbbi girişimlerin taklit edilmesine imkan sağlayan yüksek gerçeklikli insan simülatörleri özellikle yararlı olabilmektedir (Tyler ve ark. 2019). Yapılan çalışmalarda öğrencilerin; psikiyatrik ve fiziksel komorbiditesi olan hastaların değerlendirilmesi ve yönetimi için gerekli bilgi ve beceriyi geliştirmede simülasyonun yardımcı olduğuna inandıkları saptanmıştır (Felton ve ark. 2013; Lehr ve Kaplan 2013; Murray 2014; Fernando ve ark. 2017; Snow ve Wynn, 2018).

Bu araştırmada, deney ve kontrol gruplarının bilgi testi ön-test, son test ve izlem testleri puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak ölçüm zamanları arasında anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Fernando ve arkadaşları (2017) tarafından 63 hekim ve hemşire ile fiziksel ve psikiyatrik komorbidite yönetimini geliştirmede standardize hasta ve yüksek gerçeklikli simülatörün yer aldığı klinik

simülasyon senaryolarının etkisinin incelendiği araştırmada; simülasyon sonrası katılımcıların bilgi düzeylerinin anlamlı derecede geliştiği saptanmıştır. Eyikara ve Göçmen Baykara (2018) tarafından 90 birinci sınıf hemşirelik öğrencisi ile yapılan araştırmada, simülasyon deney gruplarının bilgi son test puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır. Liaw ve arkadaşları (2012) tarafından 31 üçüncü sınıf hemşirelik öğrencisi ile yapılan araştırmada, hasta simülatörü ile simülasyona dayalı eğitime katılan öğrencilerin son test bilgi düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir. Vural Doğru ve Zengin Aydın (2020) tarafından 72 birinci sınıf hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen araştırmada, yüksek gerçeklikli simülatörün geleneksel eğitim yöntemine göre öğrencilerin bilgi düzeylerini artırmada anlamlı derecede daha etkili olduğu saptanmıştır. Aqel ve Ahmad'ın (2014) 90 hemşirelik öğrencisi ile yüksek gerçeklikli simülasyonun hemşirelik öğrencilerinin kardiyopulmoner resüsitasyon bilgi kazanımı ve kalıcılığını inceledikleri araştırmada, deney ve kontrol grubunun bilgi son test puan ortalamalarının anlamlı derecede yüksek olduğu, yüksek gerçeklikli simülatör grubunun bilgi kalıcılığının kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığı ancak eğitimden üç ay sonra her iki grupta da bilgi düzeyinin anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, Kameg ve arkadaşları (2013) tarafından 35 hemşirelik öğrencisi ile yüksek gerçeklikli hasta simülasyonunun öğrencilerin bilgi düzeyleri ve bilgi kalıcılığına etkisinin değerlendirildiği çalışmada, simülasyon sonrası öğrencilerin bilgi puanlarında anlamlı olmayan bir azalma olduğu görülmüştür. Yüksek gerçeklikli hasta simülasyonunun bilgi düzeyini artırmada etkinliğine yönelik diğer araştırmaların yanı sıra (Shinnick ve ark. 2012; Tubaishat ve Tawalbeh 2015; Warren ve ark. 2016; Kim ve ark. 2016; Konieczny 2016; Cant ve Cooper 2017), Tüzer ve arkadaşları (2016) tarafından 52 son sınıf hemşirelik öğrencisi ile gerçekleştirilen bir diğer araştırmada, standardize hasta grubunda yer alan öğrencilerin bilgi puanlarının yüksek gerçeklikli simülatör grubunda yer alan öğrencilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Oh ve arkadaşları (2015) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında; standardize hasta kullanılan simülasyona dayalı öğrenmenin hemşirelik öğrencilerinde; bilişsel alanda bilgi kazanımının gelişmesinde etkili olduğu belirlenmiştir. Torkshavand ve ark. (2020) tarafından 70 öğrenci ile yapılan çalışmada standardize hasta modalitesinin kullanıldığı simülasyona dayalı eğitimin geleneksel öğretime göre öğrencilerin bilgi düzeylerini anlamlı derecede artırdığı belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar, klinik simülasyonun bilgi düzeyini geliştirmede etkili

olduğunu ortaya koysa da, Beal ve ark. (2017) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta analiz çalışması, simülasyonun bilgi kazanımında etkili olmadığını belirtmektedir. Bu araştırmanın nicel bulgularında bilgi testi puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark olmadığı, ancak ölçüm zamanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve puanların azaldığı görülmektedir. Fark bulunmamasına karşın deney ve kontrol gruplarının izlem testleri puan ortalamalarına bakıldığında, deney gruplarının puan ortalamalarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu, standardize hasta simülasyon grubu puan ortalamasının diğerlerine göre yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca, Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı'nın "Öğrenme" alt boyutu için deney grupları arasında anlamlı fark olduğu, hibrit simülasyon grubunun "Öğrenme" alt boyutu puan ortalamasının standardize hasta simülasyonu grubuna göre yüksek olduğu belirlendi.

Ek olarak, bu araştırmanın nitel bulgularında yer alan "Simülasyona Yönelik Görüşler" temasının "İyi Yönler/Katkılar" kategorisinde klinik simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik simülasyonun bilgi düzeylerini artırdığını belirttikleri, kod matrisine bakıldığında hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların bilgi düzeyini artırdığını daha fazla ifade ettikleri göze çarpmaktadır. Hibrit simülasyon grubunda yer alan bir katılımcı "*Fiziksel değerlendirme konusunda da bilgi düzeyimi artırdı, sormam gereken soruları, ilaç yan etkilerini de anlamış oldum. Klinikte hastalarda da bu ilaç yan etkilerini fark etmemi sağladı"* ifadesiyle klinik simülasyonun bilgi düzeyini artırdığını belirtmektedir. Kontrol grubunda yer alan katılımcılar ise "Eğitime Yönelik Görüşler" temasının "Eksiklikler" kategorisinde eğitimin akılda kalıcı olmadığını ifade etmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan bir katılımcı *"Çok fazla akılda kalıcı olmadığını düşünüyorum uyguladığımız eğitimin. Sonuçta ders işliyormuş gibi anlatıldığı için çok akılda kalıcı olmuyor bence"* ifadesiyle eğitim girişiminin bilgi kazanımını desteklemediğini belirtmektedir. Bu verilerden yola çıkarak; eğitim uygulamasının bilgi kazanımını tek başına desteklemediği, yüksek gerçeklikli simülator ve standardize hastanın yer aldığı hibrit klinik simülasyonların öğrenmeyi geliştirmede kullanılabilecek bir modalite olduğu düşünülmektedir.

5.2. Öğrencilerin Beceri Gelişimlerine İki Farklı Klinik Simülasyon Deneyiminin Etkisine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada, deney ve kontrol gruplarının fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları değerlendirildiğinde; iki deney grubu arasında puan ortalamaları açısından fark olmadığı,

ancak deney gruplarının puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi. Klinik simülasyon deney gruplarının grup içi klinik simülasyon ve klinik uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, klinik uygulamada fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği eğitimi beceri uygulamalarında sıklıkla kullanılan standardize hasta modalitesinin öğrencilerin beceri düzeyini artırdığı belirtilmektedir (Oh ve ark. 2015; Shin ve ark. 2015; Rutherford-Hemming ve ark. 2019). Ancak, standardize hastaların bazı fiziksel belirtileri canlandırma, belirli fiziksel alanları değerlendirme veya invaziv girişim uygulama açısından kullanım sınırlılığının olması nedeniyle hemşirelik öğrencilerinin öğrenim hedeflerine ulaşmasını güçleştirmektedir (Suh 2012; Cowperthwait ve ark. 2015; Kowitlawakul ve ark. 2015). Bu nedenle, standardize hastaların yüksek veya düşük gerçeklikli manken ile kombinasyonu, standardize hastaların sınırlılıklarının üstesinden gelmek için bir seçenek olarak önerilmektedir (Cowperthwait ve ark. 2015; Kowitlawakul ve ark. 2015). Yapılan çalışmalarda yüksek gerçeklikli simülasyon uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin fiziksel değerlendirme beceri düzeylerini artırdığı belirtilmektedir (Liaw ve ark. 2012; Cant ve Cooper 2017; Eyikara ve Göçmen Baykara 2018; Vural Doğru ve Zengin Aydın 2020). Bu araştırmaların aksine, Tüzer ve arkadaşlarının (2016) yaptığı araştırmada, yüksek gerçeklikli simülasyon ve standardize hasta modalitelerinin kullanıldığı klinik simülasyon gruplarında yer alan öğrencilerin beceri puanları arasında fark olmadığı, yüksek gerçeklikli simülatör ve standardize hasta modalitelerinin gerçek hasta üzerinde değerlendirme yapmada beceri puanlarını anlamlı derecede artırdığı ancak gruplar arasında fark olmadığı saptanmıştır. Eyikara ve Göçmen Baykara (2018) tarafından yapılan araştırmada ise, yüksek gerçeklikli simülatörün kullanıldığı deney gruplarının, klinik simülasyon sonrası sağlıklı ve hasta bireyde yaşam bulguları ölçümünde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı belirlenmiştir. Bu araştırmanın nicel bulgularında, klinik uygulamada deney gruplarının fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olması, simülasyona dayalı eğitimin öğrencilerin beceri düzeylerini geliştirdiğini ortaya koymaktadır. Deney gruplarının klinik uygulamada fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, hibrit simülasyon grubunun puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmanın nitel bulgularına bakıldığında, "Hastayı Değerlendirme Süreci" temasının "Yaşanan Zorluklar" kategorisinde, kontrol grubundaki katılımcıların, deney gruplarındaki katılımcılara göre daha fazla eksik değerlendirme yaptıklarını ifade ettikleri saptandı. Kontrol grubunda yer alan bir katılımcı "*İlk tanılamaya başladığım zaman böyle direkt aklıma gelen sorular ile tanılama yapmaya başladım ama sonra birazcık konuştuktan sonra şey yapmam gerektiğini fark ettim böyle baştan ayağa değerlendirme yapmam gerekiyor biraz daha düzenli gitmesi gerekiyor diye düşündüm. Ben birçok şeyi unutmuşum hani eğitim aldık ama yine de ben sürekli ruhsal olarak anlamaya çalıştığım için bu sefer fiziksel tanılamam birazcık eksik kalmıştı"* ifadesiyle psikiyatri hastasının fiziksel sağlığını değerlendirmekte güçlük çektiğini belirtmektedir. "Simülasyona Yönelik Görüşler" temasında, standardize hasta ve hibrit simülasyon gruplarında yer alan katılımcıların klinik simülasyonun fiziksel sağlığı değerlendirme becerisini geliştirdiğini ifade ettikleri, kod matrisine bakıldığında standardize simülasyon grubunda yer alan katılımcıların becerilerini geliştirdiğini daha fazla ifade ettikleri görülmektedir. Standardize hasta simülasyon grubunda yer alan bir katılımcı *"Benim için de fiziksel tanılamada simülasyon çok etkili oldu mesela çözümlemede neyi neden yapmamız gerektiğini sizinle konuşunca ben çok daha iyi anladım ve bunu pratiğe dökmek benim için çok daha kolay oldu"* ifadesiyle fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin geliştiğini belirtmektedir. Standardize hasta ve hibrit simülasyon grubundaki katılımcılar, klinik simülasyon uygulaması sonrası klinik uygulamada gerçek hastanın fiziksel sağlığını değerlendirmenin, bilgi ve becerilerini artırdığını ve hatalı uygulamaların tespit edilmesine fayda sağladığını belirtmişlerdir. Standardize hasta simülasyon grubunda yer alan bir katılımcı "*Ben simülasyona katıldıktan ve klinikte gerçek hasta ile uygulama yaptıktan sonra daha detaylı sorular sorduğumu fark ettim. Soruları biraz daha netleştirdim hani mesela sigara içiyor musunuz içiyorum ne kadar bunları çok net sormuyordum aslında yani tam belirlemiyordum hasta söylemediği sürece ben detaylandırmıyordum bunları biraz daha belirlemiş oldum"* ifadesi ve hibrit simülasyon grubunda yer alan bir katılımcının *"Kliniğe bence oldukça faydası dokundu, çözümlemede sizinle tartışmak sonra gidip klinikte yapmak bilgi ve becerimi geliştirdi."* ifadesi doğrultusunda, klinik simülasyonda kazandırılması hedeflenen becerilerin klinik ortamda gerçek hastaya uygulanmasının ve uygulama sonrası verilen geribildirimlerin öğrencilerin becerilerini geliştirmeye katkı sağladığı söylenebilir. Aynı temada, hibrit simülasyon grubundaki katılımcıların klinik simülasyonun, klinik uygulamada psikiyatri

hastalarını değerlendirmenin ve hasta ve hasta yakını ile iletişim kurmaya katkı sağladığını daha fazla belirttikleri göze çarpmaktadır. Lavelle ve arkadaşları (2017) tarafından 53 sağlık çalışanı ile ruh sağlığı alanında tıbbi acillerin yönetiminde yüksek gerçeklikli simülatörler ile gerçekleştirilen yerinde (in-situ) simülasyonun etkisinin değerlendirildiği araştırmanın nitel bulgularında; simülasyon sonrası katılımcıların etkili iletişimi daha iyi anladıklarını, ekip çalışmasının geliştiğini ve psikiyatri hastalarının fiziksel sağlığı konusunda sorumluluk duygularının arttığını ifade etmeleri, bu araştırmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Buna ek olarak, kontrol grubunda yer alan katılımcılar da eğitim uygulamasının psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin farkındalık kazandırdığını ve klinik ortamda gerçek hasta ile uygulama yapmanın öğrenmeyi artırdığını belirtmişlerdir. Kontrol grubunda yer alan katılımcıların "*Eğitimi almasaydım herhalde sanırım sadece psikiyatrik olarak konuşurdum hastayla, fiziksel sorunlarını önemsemeyebilirdim. Bu açıdan iyi oldu. Fiziksel sorunlarını da dikkate almam ve hemşirelik bakımı planlamam gerektiğini anladım" ve "Eğitimden sonra mesela klinik uygulama yaptığımızda soru sorarken aslında nasıl sorulması gerektiğini de öğrenmiş olduk, o açıdan çok yararlı oldu"* ifadeleri, öğrencilere eğitim müfredatı doğrultusunda kazandırılması hedeflenen becerilerin klinik ortamda gerçek hastaya uygulanması gerektiği görüşünü desteklemektedir.

Araştırmada, "Simülasyona Yönelik Görüşler" temasında, hibrit simülasyon grubundaki katılımcıların klinik simülasyonda çözümleme oturumunun faydalı olduğunu daha fazla ifade ettikleri görülmektedir. Hibrit simülasyon grubunda yer alan bir katılımcı *"Çözümleme aşamasında eksik olduğum yanları gördüm bu nedenle klinik uygulamada hastayı daha detaylı değerlendirebildim. Çözümleme aynı şekilde bilgi düzeyimi de artırdı"* ifadesiyle çözümlemenin psikiyatri hastasının fiziksel sağlığını değerlendirmeye ilişkin bilgi ve becerisini geliştirmesine katkı sağladığını belirtmektedir.

Klinik simülasyon uygulamalarında çözümleme, katılımcıların performansını, hatalarını düzeltme becerisini, klinik akıl yürütme ve karar verme becerilerini geliştirmektedir (Fanning ve Gaba 2007; Dreifuerst 2009; Simmons 2010). Çözümlemede amaç, yansıtma ve geri bildirim yoluyla öğrenme ve deneyim arasındaki boşluğu doldurmaya yardımcı olmaktır (National League for Nursing 2015). Bu araştırmada, çözümleme yöntemi olarak Debriefing for Meaningful Learning (Anlamlı Öğrenme için Çözümleme) yöntemi kullanıldı (Dreifuerst 2012). Lee ve arkadaşları

(2020) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, Anlamlı Öğrenme için Çözümleme yöntemi gibi yapılandırılmış çözümleme yöntemlerinin simülasyon eğitiminde hemşirelik öğrencilerinin öğrenim çıktılarına olumlu etki sağladığı belirlenmiştir. Bu çözümleme yönteminin katılımcıların öğrenme motivasyonunu artırmasının yanı sıra kendi kendine anlamlı öğrenmeye teşvik ettiği bulunmuştur (Dreifuerst 2012). Bu doğrultuda, standardize hasta simülasyon grubu ile karşılaştırıldığında, hibrit simülasyon uygulamasına katılan öğrencilerin klinik simülasyon uygulaması sırasında hem standardize hasta hem de yüksek gerçeklikli simülatör ile yaşadıkları deneyimleri çözümleme oturumuna taşımalarının anlamlı öğrenmeyi geliştirdiği düşünülmektedir.

Simülasyon uygulamalarında yalnızca psikomotor becerinin değil, iletişim becerilerinin değerlendirilmesi de önerilmektedir (Cason ve ark. 2017). Bu araştırmada; deney gruplarının İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi'nin bölümleri olan "Etkili İletişim Öğeleri", "Etkisiz İletişim Öğeleri", "Terapötik İletişim Teknikleri" ve Non-Terapötik İletişim Teknikleri" alt boyutları arasında gruplar arasında fark olmadığı; grup içi karşılaştırmalarda her iki deney grubunun klinik uygulamada etkili iletişim öğelerini daha fazla kullandıkları, etkisiz iletişim öğelerini ve non-terapötik iletişim tekniklerini daha az kullandıkları saptandı. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, deney gruplarının etkili iletişim öğelerini ve terapötik iletişim tekniklerini daha fazla kullandıkları, etkisiz iletişim öğelerini daha az kullandıkları belirlendi. Bu araştırmada, deney gruplarında yer alan katılımcıların iletişim becerileri, standardize hasta simülasyonunda hasta, hibrit simülasyonda ise hasta yakını rolünde yer alan standardize hasta ve yüksek gerçeklikli simülatör ile gerçekleştirildi. Standardize hasta simülasyonu modalitesinin, hemşirelik öğrencilerinde iletişim becerilerini geliştirmede en sık kullanılan modalite olduğu belirtilmektedir (Kameg ve ark. 2014; Rutherford-Hemming ve ark. 2019). Yapılan çalışmalarda; standardize hasta simülasyonunun, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında iletişim becerilerini önemli ölçüde geliştirdiği bulunmuştur (Schlegel ve ark. 2012; Hsu ve ark. 2015; Oh ve ark. 2015; MacLean ve ark. 2017). Kunst ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan derlemede, manken simülasyonunun psikiyatri hemşireliği eğitiminde iletişimi geliştirdiği belirtilse de, bu konuda araştırmaların sınırlı olduğu görülmektedir. "Simülasyona Yönelik Görüşler" temasının "İyi Yönler/Katkılar" kategorisinde hibrit simülasyon grubunda yer alan öğrencilerin klinik uygulama öncesi hasta yakını ile iletişim kurmanın klinik uygulamaya katkı sağladığını ifade ettikleri görülmektedir.

Hibrit simülasyon grubunda yer alan bir katılımcının "*Simülasyonda birebir hasta ve hasta yakınıyla iletişime girmek de bence onun da çok faydası oldu çünkü biz henüz klinik uygulamaya çıkmamıştık neyle karşılaşacağımızı bilmiyorduk mesela. Ben mesela girdiğimde hasta yakını vardı ve manipüle etmeye çalışmıştı ve ben bunu klinikte de hastaya girişim uygularken yaşadım böyle sorunlar. Çünkü onlar da çok fazla şey öğrenmek istiyorlar çok fazla şey soruyorlar mesela orada bizi formalı görünce"* ifadesiyle klinik simülasyonun hasta ve hasta yakını ile iletişim becerisini geliştirdiğini belirtmektedir. Aynı temanın "Öneriler" kategorisinde ise, hibrit simülasyon grubunda yer alan bazı öğrencilerin psikiyatri hastasının da standardize hasta tarafından canlandırılmasını önerdikleri görülmektedir. Bu noktada, ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği klinik simülasyonunda, öğrenim hedefleri doğrultusunda öğrencilerin iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik olarak simülasyon tasarımlarında standardize hastanın yer almasının önemli olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği dersi alan öğrencilerin ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunlarına yönelik bilgi kazanımları ve beceri gelişimlerine iki farklı klinik simülasyon deneyiminin etkisini belirlemek amacıyla karma metot tasarım tipinde gerçekleştirilen araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

- Klinik simülasyon deney gruplarına, klinik simülasyon sonrası uygulanan ölçüm araçlarının puan ortalamaları ve gruplar arası karşılaştırmalara bakıldığında; Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı'nın "Öğrenme" alt boyutu için deney grupları arasında anlamlı fark olduğu, hibrit simülasyon grubunun "Öğrenme" alt boyutu puan ortalamasının standardize hasta simülasyonu grubuna göre yüksek olduğu belirlendi ($t=-2,075$; $p=0,045<0,05$). Diğer ölçüm araçları ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).
- Deney ve kontrol gruplarının bilgi testi ön-test, son-test, birinci ve ikinci izlem puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; zamana bağlı olarak bilgi testi ön-test, son-test ve izlem testleri puan ortalamaları ile gruplar arasında fark olmadığı ($F=1,057$; $p>0,05$), zaman boyunca istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı ($F=148,051$; $p<0,001$).
- Deney ve kontrol gruplarının klinik simülasyonda fiziksel sağlığı değerlendirme becerileri puan ortalamalarının gruplar arası ve grup içi karşılaştırmaları değerlendirildiğinde; iki deney grubu arasında puan ortalamaları açısından fark olmadığı bulgulandı ($t=1,052$; $p=0,312>0,05$).
- Deney ve kontrol gruplarının klinik uygulama sırasındaki fiziksel değerlendirme becerisi puan ortalamalarına bakıldığında; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunun klinik uygulama esnasındaki fiziksel değerlendirme becerisi puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi ($F=106,193$; $p<0,001$).
- Klinik simülasyon gruplarının fiziksel değerlendirme becerisi puan ortalamaları arasındaki fark incelendiğinde; standardize hasta simülasyon grubunun klinik simülasyon ve klinik uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($t=-16,410$; $p<0,001$). Benzer şekilde, hibrit simülasyon grubunun klinik simülasyon ve klinik uygulama puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır ($t=-18,257$; $p<0,001$).

- Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının İletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi'nin bölümleri olan "Etkili İletişim Öğeleri", "Etkisiz İletişim Öğeleri", "Terapötik İletişim Teknikleri" ve "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" bölümlerinden klinik simülasyon ve klinik uygulama sırasında aldıkları puan medyanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (p>0,05).
- Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında etkili iletişim öğelerini daha fazla kullandıkları görülmektedir (Z=-3,418, p=0,001; Z=-2,712, p=0,007).
- Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptandı. Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında etkisiz iletişim öğelerini daha az kullandıkları görülmektedir (Z=-3,418, p=0,001; Z=-2,712, p=0,007).
- Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulgulandı.
- Standardize hasta simülasyon grubu ile hibrit simülasyon grubu katılımcılarının "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. Buna göre, standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon grubunda yer alan katılımcıların klinik uygulama sırasında non-terapötik iletişim tekniklerini daha az kullandıkları görülmektedir (Z=-3,106, p=0,002; Z=-2,807, p=0,005).
- Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=23,750; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Etkili İletişim Öğeleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlendi.

- Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=23,750; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Etkisiz İletişim Öğeleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü.
- Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (KW=25,896; p<0,001). Fark yaratan grubu saptamak için düzeltilmiş Bonferroni testi kullanıldı. Buna göre; standardize hasta simülasyon grubu ve hibrit simülasyon gruplarının "Terapötik İletişim Teknikleri" medyanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu bulgulandı.
- Deney ve kontrol grubu katılımcılarının "Non-Terapötik İletişim Teknikleri" medyanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (KW=2,628; p=0,269>0,05).
- Araştırmanın nitel bulguları *"Fiziksel Sağlık Sorunları"*, *"Hastayı Değerlendirme Süreci"*, *"Eğitime Yönelik Görüşler"* ve *"Simülasyona Yönelik Görüşler"* olmak üzere dört tema altında toplandı.
- *"Fiziksel Sağlık Sorunları"* teması katılımcılar tarafından; öz bakım sorunları, uyku sorunları, beslenme sorunları, kilo alımı, sigara tüketimi, ağız ve diş sağlığı sorunları, sıvı tüketimi, kafein tüketimi, böbrek ve idrar sorunları, konstipasyon, cinsel sorunlar, diyabet, hipertansiyon ve diğer kalp/damar sorunları, alkol kullanımı, madde kullanımı, karaciğer sorunları, ödem, yetersiz fiziksel aktivite, deri sorunları, postür sorunları, kanser, nörolojik sorunlar, görme sorunları ve kolesterol olmak üzere toplam 24 kod ile ifade edildi.
- Katılımcı grupları bazlı "Fiziksel Sağlık Sorunları" temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerini öz bakım sorunları, sigara tüketimi, ağız ve diş sağlığı sorunları ve diyabet üzerine verdiği, hibrit simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini beslenme sorunları üzerine verdiği ve standardize hasta simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini uyku sorunları üzerine verdiği görülmektedir. Hibrit simülasyon grubunun yoğun olarak ifade ettikleri diğer kodlar beslenme sorunlarının yanında uyku sorunları ve öz bakım sorunları kodlarıdır. Standardize hasta simülasyon grubu ise yine uyku sorunları ile birlikte öz bakım sorunları ve beslenme sorunları üzerine yoğun görüşlerde bulundu.

Buna göre tüm grupların en yoğun ifade ettiği kodun öz bakım sorunları olduğu görüldü (Şekil 4-3).

- *"Hastayı Değerlendirme Süreci"* teması, "Yaşanan Zorluklar", "Kolaylıkla Değerlendirilen Alanlar" ve "Değerlendirme Sürecindeki Duygular" olmak üzere üç kategoriden oluştu.
- Katılımcı grupları bazlı "Hastayı Değerlendirme Süreci" temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerini eksik değerlendirme yapma, hibrit simülasyon grubunun en yoğun ifadelerini beslenme ve belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve standardize hasta simülasyonu grubunun en yoğun ifadelerini kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinde yer alan beslenme kodu üzerine verdiği görüldü. Bunun yanı sıra, kontrol grubunun eksik değerlendirme yapma kodu dışında yoğunlaştığı diğer kodlar, belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik, hastanın cevap vermek istememesi ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin kodu olan uykudur. Hibrit simülasyon grubu ise beslenmenin yanında yine belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin kodu olan uyku kodlarını diğer gruplar kadar yoğun olarak dile getirdi. Standardize hasta simülasyonu grubu ise yine diğer gruplar gibi belli alanlar ile ilgili soru soramama kodunun alt kodu olan cinsellik ve kolaylıkla değerlendirilen alanlar kategorisinin kodu olan uyku kodları üzerine yoğun görüşlerde bulundu (Şekil 4-5).
- *"Eğitime Yönelik Görüşler"* teması, "İyi Yönler/Katkılar", "Öneriler" ve "Eksiklikler" olmak üzere üç kategoriden oluştu. Kontrol grubu bazlı eğitime yönelik görüşler temasına ait kod matrisi incelendiğinde, kontrol grubunun en yoğun ifadelerinin fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi ve farkındalık kazandırması kodları üzerine olduğu görüldü (Şekil 4-7).
- *"Simülasyona Yönelik Görüşler"* teması, "İyi/Yönler/Katkılar" ve "Öneriler" olmak üzere iki kategoriden oluştu. Hibrit ve standardize hasta simülasyon grubu bazlı simülasyona yönelik görüşler temasına ait kod matrisi incelendiğinde, gruplara ait en yoğun ifadelerin fiziksel sağlığı değerlendirme becerisinin gelişimi ve çözümleme oturumunun yapılması kodları üzerine olduğu görüldü (Şekil 4-9).

Araştırma sonuçları doğrultusunda;

- Öğrencilerin simülasyon ortamında öğrenmenin etkililiğine yönelik algılarını değerlendirmek amacıyla bu doktora tez çalışması kapsamında geçerlik - güvenirlik çalışması yapılan ve etkili bir ölçüm aracı olduğu belirlenen Modifiye Simülasyon Etkililik Aracı Türkçe Formu'nun klinik simülasyon uygulamalarında kullanımı,
- Standardize hasta ve hibrit simülasyon modalitelerinin hemşirelik öğrencilerinin psikiyatri hastalarının fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin bilgi kazanımlarına ve beceri gelişimlerine etkisinin daha geniş örneklem gruplarında incelenmesi,
- Klinik simülasyonun öğrenim hedefleri, kurumun eğitim ortamı ve personel yeterliliği doğrultusunda psikiyatri hastasının fiziksel sağlık sorunlarına ilişkin becerinin kazandırılmasında standardize hasta ve hibrit simülasyon modalitelerinden herhangi birinin kullanılması,
- Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği klinik simülasyonlarına iletişim becerisinin geliştirilmesi için standardize hastanın dahil edilmesi,
- Klinik simülasyonun bilgi kazanımı ve beceri gelişimine etkisinin prospektif çalışmalar ile değerlendirilmesi,
- Klinik uygulama öncesi gerçekleştirilen klinik simülasyonun, klinik uygulama sonrası tekrarlanarak öğrencilerin beceri gelişimlerinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması,
- "Ruhsal bozukluğu olan bireylerin fiziksel sağlık sorunları" konusunun Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği eğitim müfredatına eklenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Al-Zayyat, A. S. ve Al-Gamal, E. (2014). Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***23***, 326-335.

Alshowkan, A. A. ve Kamel, N. F. (2016). Nursing student experiences of psychiatric clinical practice: A qualitative study. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, ***5***, 60-67.

Alzayyat, A., Almaraira, O. A. ve Al-helih, Y. M. (2015). Stress and coping among nursing students during their practical education in psychiatric settings: a literature review. *Global Advanced Research Journal of Medicine and Medical Science*, ***4***, 240-247.

Aqel, A. A. ve Ahmad, M. M. (2014). High-fidelity simulation effects on CPR knowledge, skills, acquisition, and retention in nursing students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, ***11***, 394-400.

Bach, S. ve Grant, A. (2015). Communication and interpersonal skills in nursing. Learning Matters.

Bahorik, A. L., Satre, D. D., Kline-Simon, A. H., Weisner, C. M. ve Campbell, C. I. (2017). Serious mental illness and medical comorbidities: Findings from an integrated health care system. *Journal of Psychosomatic Research*, ***100***, 35-45.

Balzer-Riley, J. (2015). *Communication in nursing*. Elsevier Health Sciences.

Beal, M. D., Kinnear, J., Anderson, C. R., Martin, T. D., Wamboldt, R. ve Hooper, L. (2017). The effectiveness of medical simulation in teaching medical students critical care medicine: a systematic review and meta-analysis. *Simulation in Healthcare*, ***12***, 104-116.

Becker, K. L., Rose, L. E., Berg, J. B., Park, H. ve Shatzer, J. H. (2006). The teaching effectiveness of standardized patients. *Journal of Nursing Education*, ***45***, 103-111.

Brown, A. M. (2015). Simulation in undergraduate mental health nursing education: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing*, ***11***, 445-449.

Brown, S., Inskip, H. ve Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, ***177***, 212-217.

Brown, W. J. ve Tortorella, R. A. (2020). Hybrid medical simulation–a systematic literature review. *Smart Learning Environments*, ***7***, 1-16.

Cant, R. P. ve Cooper, S. J. (2010). Simulation-based learning in nurse education: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, ***66***, 3-15.

Cant, R. P. ve Cooper, S. J. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, ***49***, 63-71.

Cason, M., Atz, T. ve Horton, L. F. (2017). New nursing graduates' self-efficacy ratings and urinary catheterization skills in a high-fidelity simulation scenario. *Clinical Simulation in Nursing*, ***13***, 71-77.

Chadwick, A. L. ve Withnell, N. (2016). Developing confidence in mental health students to recognise and manage physical health problems using a learning intervention. *Nurse Education in Practice*, ***19***, 25-30.

Chaffin, A. J. ve Adams, C. (2013). Creating empathy through use of a hearing voices simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, ***9***, e293-e304.

Chang, C. K., Hayes, R. D., Perera, G., Broadbent, M. T., Fernandes, A. C., Lee, W. E. ve ark. (2011). Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. *PLoS ONE*, ***6***, e19590.

Choi, Y. J. (2012). Exploring experiences of psychiatric nursing simulations using standardized patients for undergraduate students. *Asian Nursing Research*, ***6***, 91-95.

Cowperthwait, A. L., Campagnola, N., Doll, E. J., Downs, R. G., Hott, N. E., Kelly, S. C. ve ark. (2015). Tracheostomy overlay system: An effective learning device using standardized patients. *Clinical Simulation in Nursing*, ***11***, 253-258.

Dearing, K. S. ve Steadman, S. (2008). Challenging stereotyping and bias: A voice simulation study. *Journal of Nursing Education*, ***47***, 59-65.

Dearing, K. S. ve Steadman, S. (2009). Enhancing intellectual empathy: The lived experience of voice simulation. *Perspectives in Psychiatric Care*, ***45***, 173-182.

Decker, S., Caballero, S. ve McClanahan, C. (2014). Foundations of simulation. *Mastering precepting: A nurse's handbook for success*. Sigma Theta Tau International.

Deegan, P. E. (2015). *Pat Deegan's Hearing Voices Simulation: developing empathy for the lived experience of psychiatric disability: a simulation of hearing distressing voices*. Pat Deegan PhD & Associates, LLC.

Dieckmann, P., Manser, T., Wehner, T. ve Rall, M. (2007). Reality and fiction cues in medical patient simulation: an interview study with anesthesiologists. *Journal of Cognitive Engineering and Decision Making*, ***1***, 148-168.

Doolen, J., Giddings, M., Johnson, M., de Nathan, G. G. ve Badia, L. O. (2014). An evaluation of mental health simulation with standardized patients. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, ***11***, 55-62.

Doolen, J., Mariani, B., Atz, T., Horsley, T. L., O'Rourke, J., McAfee, K. ve ark. (2016). High-fidelity simulation in undergraduate nursing education: A review of simulation reviews. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, 290-302.

Dreifuerst, K. T. (2009). The essentials of debriefing in simulation learning: A concept analysis. *Nursing Education Perspectives*, ***30***, 109-114.

Dreifuerst, K. T. (2012). Using debriefing for meaningful learning to foster development of clinical reasoning in simulation. *Journal of Nursing Education*, ***51***, 326-333.

Dreifuerst, K. T. (2015). Getting started with debriefing for meaningful learning. *Clinical Simulation in Nursing*, ***11***, 268-275.

Eyikara, E. ve Göçmen Baykara, Z. (2018). Effect of simulation on the ability of first year nursing students to learn vital signs. *Nurse Education Today*, ***60***, 101-106.

Fanning, R. M. ve Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in Healthcare*, ***2***, 115-125.

Felton, A. ve Wright, N. (2017). Simulation in mental health nurse education: The development, implementation and evaluation of an educational innovation. *Nurse Education in Practice*, ***26***, 46-52.

Felton, A., Holiday, L., Ritchie, D., Langmack, G. ve Conquer, A. (2013). Simulation: A shared learning experience for child and mental health pre-registration nursing students. *Nurse Education in Practice*, ***13***, 536-540.

Fernando, A., Attoe, C., Jaye, P., Cross, S., Pathan, J. ve Wessely, S. (2017). Improving interprofessional approaches to physical and psychiatric comorbidities through simulation. *Clinical Simulation in Nursing*, ***13***, 186-193.

Foronda, C. L., Fernandez-Burgos, M., Nadeau, C., Kelley, C. N. ve Henry, M. N. (2020). Virtual simulation in nursing education: A systematic review spanning 1996 to 2018. *Simulation in Healthcare*, ***15***, 46-54.

Foronda, C., Liu, S. ve Bauman, E. B. (2013). Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, ***9***, e409-e416.

Frankenburg, F. R. ve Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, ***65***, 1660-1665.

Galloway, S. (2009). Simulation techniques to bridge the gap between novice and competent healthcare professionals. *Online Journal of Issues in Nursing*, ***14***, 1-9.

Gaylle, D. (2015). 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. Unpublished Thesis of Doctor of Education, The University of San Francisco The Faculty of the School of Education Learning and Instruction Department, San Francisco.

Goff, D. C., Cather, C., Evins, A. E., Henderson, D. C., Freudenreich, O., Copeland, P. M. ve ark. (2005). Medical morbidity and mortality in schizophrenia: guidelines for psychiatrists. *The Journal of Clinical Psychiatry*, ***66***, 183-194.

Goodman, J. H. ve Winter, S. G. (2017). Review of use of standardized patients in psychiatric nursing education. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, ***23***, 360-374.

Guise, V., Chambers, M. ve Välimäki, M. (2012). What can virtual patient simulation offer mental health nursing education?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ***19***, 410-418.

Ha, E. H. (2018). Experience of nursing students with standardized patients in simulation-based learning: Q-methodology study. *Nurse Education Today*, ***66***, 123-129.

Hamilton Wilson, J. E., Azzopardi, W., Sager, S., Gould, B., Conroy, S., Deegan, P. ve ark. (2009). A narrative study of the experiences of student nurses who have participated in the hearing voices that are distressing simulation. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, ***6***, 1-15.

Happell, B., Platania-Phung, C., Gray, R., Hardy, S., Lambert, T., McAllister, M. ve ark. (2011). A role for mental health nursing in the physical health care of consumers with severe mental illness. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ***18***, 706-711.

Happell, B., Scott, D., Platania- Phung, C. ve Nankivell, J. (2012). Nurses' views on physical activity for people with serious mental illness. *Mental Health and Physical Activity*, ***5***, 4–12.

Hardy, S., White, J. ve Gray, R. (2015). The health improvement profile: A manual to promote physical wellbeing in people with severe mental illness. Cumbria: M&K Update Ltd.

Hayden, J. K., Smiley, R. A., Alexander, M., Kardong-Edgren, S. ve Jeffries, P. R. (2014). The NCSBN National simulations study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education. *Journal of Nursing Regulation*, ***5***, 1–66.

Healy, D. (2009). *Psychiatric drugs explained*. China: Churchill Livingstone.

Hemingway, S., Stephenson, J., Roberts, B. ve McCann, T. (2014). Mental health and learning disability nursing students' perceptions of the usefulness of the objective structured clinical examination to assess their competence in medicine administration. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***23***, 364-373.

Hennessy, S. ve Cocoman, A. M. (2018). What is the impact of targeted health education for mental health nurses in the provision of physical health care? An integrated literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, ***39***, 1-7.

Hermanns, M., Lilly, M. L. ve Crawley, B. (2011). Using clinical simulation to enhance psychiatric nursing training of baccalaureate students. *Clinical Simulation in Nursing*, ***7***, e41-e46.

Hilderbrand, J. L. (2017). Impact of simulation on nursing students' self-efficacy and knowledge related to HIV. Unpublished Thesis of Doctor of Education, College of Saint Mary Health Professions Department, USA.

Holland, K. ve Jenkins, J. (2019). *Applying the Roper-Logan-Tierney model in practice*. Elsevier.

Hostetler, T. (2011). Simulation plays a leading role in education. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, ***49***, 14.

Hovancsek, M. T. (2007). Using simulation in nursing education. İçinde P.R. Jeffries (Ed.), *Simulation in Nursing Education: From Conceptualization to Evaluation.* New York: National League for Nursing.

Hsu, L. L., Chang, W. H. ve Hsieh, S. I. (2015). The effects of scenario-based simulation course training on nurses' communication competence and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Journal of Professional Nursing*, ***31***, 37-49.

INACSL Standards Committee (2016a). INACSL standards of best practice: Simulation^{SM}. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S48-S50.

INACSL Standards Committee (2016b). INACSL standards of best practice: Simulation^{SM} Simulation glossary. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S39-S47.

INACSL Standards Committee (2016c). INACSL standards of best practice: Simulation^{SM} Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S5-S12.

INACSL Standards Committee (2016d). INACSL Standards of Best Practice: Simulation^{SM} Outcomes and objectives. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S13-S15.

INACSL Standards Committee (2016e). INACSL standards of best practice: Simulation^{SM} Facilitation. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S16-S20.

INACSL Standards Committee (2016f). INACSL standards of best practice: Simulation^{SM} Debriefing. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, S21-S25.

Jacobs, A. C. ve Van Jaarsveldt, D. E. (2016). 'The character rests heavily within me': drama students as standardized patients in mental health nursing education. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ***23***, 198-206.

Jeffries, P. R. (2007). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. National League for Nursing.

Jeffries, P. R. (Ed.). (2016). *The NLN Jeffries simulation theory*. National League for Nursing.

Jeffries, P. R., Rodgers, B. ve Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, ***36***, 292-293.

Jones, D. R., Macias, C., Barreira, P. J., Fisher, W. H., Hargreaves, W. A. ve Harding, C. M. (2004). Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, ***55***, 1250-1257.

Kameg, K. M., Englert, N. C., Howard, V. M. ve Perozzi, K. J. (2013). Fusion of psychiatric and medical high fidelity patient simulation scenarios: Effect on nursing student knowledge, retention of knowledge, and perception. *Issues in Mental Health Nursing*, ***34***, 892-900.

Kameg, K. M., Szpak, J. L., Cline, T. W. ve Mcdermott, D. S. (2014). Utilization of standardized patients to decrease nursing student anxiety. *Clinical Simulation in Nursing*, ***10***, 567-573.

Kameg, K., Howard, V. M., Clochesy, J., Mitchell, A. M. ve Suresky, J. M. (2010). The impact of high fidelity human simulation on self-efficacy of communication skills. *Issues in Mental Health Nursing*, ***31***, 315-323.

Kidd, L. I., Knisley, S. J. ve Morgan, K. I. (2012). Effectiveness of a Second Life® simulation as a teaching strategy for undergraduate mental health nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, ***50***, 28-37.

Kilbourne, A. M., Cornelius, J. R., Han, X., Pincus, H. A., Shad, M., Salloum, I. ve ark. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, ***6***, 368-373.

Kim, J., Park, J. H. ve Shin, S. (2016). Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Medical Education*, ***16***, 152.

Kirkpatrick, D. L. ve Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: The four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Konieczny, L. (2016). Using high-fidelity simulation to increase nursing student knowledge in medication administration. *Teaching and Learning in Nursing*, ***11***, 199-203.

Kowitlawakul, Y., Chow, Y. L., Salam, Z. H. A. ve Ignacio, J. (2015). Exploring the use of standardized patients for simulation-based learning in preparing advanced practice nurses. *Nurse Education Today*, ***35***, 894-899.

Kunst, E. L., Mitchell, M. ve Johnston, A. N. (2016). Manikin simulation in mental health nursing education: An integrative review. *Clinical Simulation in Nursing*, ***12***, 484-495.

Lambert, N. ve Watkins, L. (2013). Meet Mohammed: Using simulation and technology to support learning. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, ***8***, 66-75.

Lavelle, M., Attoe, C., Tritschler, C. ve Cross, S. (2017). Managing medical emergencies in mental health settings using an interprofessional in-situ simulation training programme: A mixed methods evaluation study. *Nurse Education Today*, ***59***, 103-109.

Lee, J., Lee, H., Kim, S., Choi, M., Ko, I. S., Bae, J. ve ark. (2020). Debriefing methods and learning outcomes in simulation nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, ***87***, 104345.

Lehr, S. T. ve Kaplan, B. (2013). A mental health simulation experience for baccalaureate student nurses. *Clinical Simulation in Nursing*, ***9***, e425-e431.

Leighton, K., Ravert, P., Mudra, V. ve Macintosh, C. (2015). Updating the simulation effectiveness tool: Item modifications and reevaluation of psychometric properties. *Nursing Education Perspectives*, ***36***, 317-323.

Leucht, S., Barnes, T. R., Kissling, W., Engel, R. R., Correll, C. ve Kane, J. M. (2003). Relapse prevention in schizophrenia with new-generation antipsychotics: a systematic review and exploratory meta-analysis of randomized, controlled trials. *American Journal of Psychiatry*, ***160***, 1209-1222.

Lewis, K. L., Bohnert, C. A., Gammon, W. L., Hölzer, H., Lyman, L., Smith, C. ve ark. (2017). The association of standardized patient educators (ASPE) standards of best practice (SOBP). *Advances in Simulation*, ***2***, 10.

Liaw, S. Y., Scherpbier, A., Rethans, J. J. ve Klainin-Yobas, P. (2012). Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self-reported confidence with observed clinical performance. *Nurse Education Today*, ***32***, e35-e39.

Lioce, L., Lopreiato, J., Downing, D., Chang, T. P., Robertson, J. M., Anderson, M. ve ark. (2020). *Healthcare simulation dictionary–second edition*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F. ve Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Education Today*, ***48***, 90-98.

Maloney, S. ve Haines, T. (2016). Issues of cost-benefit and cost-effectiveness for simulation in health professions education. *Advances in Simulation*, ***1***, 1-6.

Mawson, K. (2014). Use of media technology to enhance the learning of student nurses in regards to auditory hallucinations. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***23***, 135-144.

McCabe, C. ve Timmins, F. (2013). *Communication skills for nursing practice*. Macmillan International Higher Education.

Meldrum, D. (2011). *The physical health of people living with a mental illness-literature review, programs overview and recommendations*. Queensland: Mental Illness Fellowship of Australia Inc.

Merriman, C. D., Stayt, L. C. ve Ricketts, B. (2014). Comparing the effectiveness of clinical simulation versus didactic methods to teach undergraduate adult nursing students to recognize and assess the deteriorating patient. *Clinical Simulation in Nursing*, ***10***, e119-e127.

Mueller, A. (2017). The impact of standardized patients on physical assessment skills, clinical judgment, and self-efficacy in undergraduate nursing students. Unpublished Thesis of Master of Science, South Dakota State University Major in Nursing, USA.

Murray, B. A. (2014). The use of high-fidelity simulation in psychiatric and mental health nursing clinical education. *International Journal of Health Sciences Education*, ***2***, 3.

Nash, M. (2011). Improving mental health service users' physical health through medication monitoring: A literature review. *Journal of Nursing Management*, ***19***, 360-365.

Nash, M. (2014). *Physical health and well-being in mental health nursing: Clinical skills for practice*. UK: McGraw-Hill Education.

National League for Nursing. (2015). Debriefing across the curriculum a living document from the national league for nursing in collaboration with the International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL). http://www.nln.org/docs/default-source/about/nln-vision-series-(position-statements)/nln-vision-debriefing-across-the-curriculum.pdf?sfvrsn=0 Erişim Tarihi: 5 Ocak 2020.

Norman, J. (2012). Systematic review of the literature on simulation in nursing education. *ABNF Journal*, ***23***, 24-28.

Ntlokonkulu, Z. B., Rala, N. M. D. ve Ter Goon, D. (2018). Medium-fidelity simulation in clinical readiness: A phenomenological study of student midwives concerning teamwork. *BMC Nursing*, ***17***, 31.

Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Policy Unit. (2016). *Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses.*

Øgård-Repål, A., De Presno, Å. K. ve Fossum, M. (2018). Simulation with standardized patients to prepare undergraduate nursing students for mental health clinical practice: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, ***66***, 149-157.

Oh, P. J., Jeon, K. D. ve Koh, M. S. (2015). The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis. *Nurse Education Today*, ***35***, e6-e15.

Olasoji, M., Huynh, M., Edward, K. L., Willetts, G. ve Garvey, L. (2020). Undergraduate student nurses' experience of mental health simulation pre-clinical placement: A pre/post-test survey. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***29***, 820-830.

Özbaş, D. ve Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, ***19***, 187-193.

Palaganas, J. C., Maxworthy, J. C., Epps, C. A. ve Mancini, M. E. (2015). *Defining excellence in simulation programs.* Philadelphia: Wolters Kluwer.

Parker, B. C. ve Myrick, F. (2012). The pedagogical ebb and flow of human patient simulation: Empowering through a process of fading support. *Journal of Nursing Education*, ***51***, 365-372.

Parsh, B. (2010). Characteristics of effective simulated clinical experience instructors: Interviews with undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, ***49***, 569-572.

Ramluggun, P., Anjoyeb, M. ve D'cruz, G. (2017). Mental health nursing students' views on their readiness to address the physical health needs of service users on registration. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***26***, 570-579.

Robinson-Smith, G., Bradley, P. K. ve Meakim, C. (2009). Evaluating the use of standardized patients in undergraduate psychiatric nursing experiences. *Clinical Simulation in Nursing*, ***5***, e203-e211.

Robson, D. ve Gray, R. (2007). Serious mental illness and physical health problems: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, ***44***, 457-466.

Roshanaei-Moghaddam, B. ve Katon, W. (2009). Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric Services*, ***60***, 147-156.

Rutherford-Hemming, T., Alfes, C. M. ve Breymier, T. L. (2019). A systematic review of the use of standardized patients as a simulation modality in nursing education. *Nursing Education Perspectives*, ***40***, 84-90.

Schlegel, C., Woermann, U., Shaha, M., Rethans, J. J. ve van der Vleuten, C. (2012). Effects of communication training on real practice performance: a role-play module versus a standardized patient module. *Journal of Nursing Education*, ***51***, 16-22.

Shin, S., Park, J. H. ve Kim, J. H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. *Nurse Education Today*, ***35***, 176-182.

Shinnick, M. A., Woo, M. ve Evangelista, L. S. (2012). Predictors of knowledge gains using simulation in the education of prelicensure nursing students. *Journal of Professional Nursing*, ***28***, 41-47.

Simmons, B. (2010). Clinical reasoning: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, ***66***, 1151-1158.

Snow, R. ve Wynn, S. T. (2018). Managing opioid use disorder and cooccurring post-traumatic stress disorder among veterans. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, ***56***, 36-42.

Suh, E. Y. E. (2012). Development of a conceptual framework for nursing simulation education utilizing human patient simulators and standardized patients. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*, ***18***, 206-219.

Sunnqvist, C., Karlsson, K., Lindell, L. ve Fors, U. (2016). Virtual patient simulation in psychiatric care–A pilot study of digital support for collaborate learning. *Nurse Education in Practice*, ***17***, 30-35.

Sweigart, L., Burden, M., Carlton, K. H. ve Fillwalk, J. (2014). Virtual simulations across curriculum prepare nursing students for patient interviews. *Clinical Simulation in Nursing*, ***10***, e139-e145.

Szpak, J. L. ve Kameg, K. M. (2013). Simulation decreases nursing student anxiety prior to communication with mentally ill patients. *Clinical Simulation in Nursing*, ***9***, e13-e19.

Şahin, G., Buzlu, S., Kuğuoğlu, S. ve Yılmaz, S. (2020). Reliability and validity of the Turkish version of the Simulation Effectiveness Tool-Modified. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, ***28***, 250-257.

Torkshavand, G., Khatiban, M. ve Soltanian, A. R. (2020). Simulation-based learning to enhance students' knowledge and skills in educating older patients. *Nurse Education in Practice*, ***42***, 102678.

Tubaishat, A. ve Tawalbeh, L. I. (2015). Effect of cardiac arrhythmia simulation on nursing students' knowledge acquisition and retention. *Western Journal of Nursing Research*, ***37***, 1160-1174.

Türkiye Diyabet Vakfı (2019). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2019). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2009). *Metabolik sendrom kılavuzu*. Ankara: Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş.

Tüzer, H., Dinç, L. ve Elçin, M. (2016). The effects of using high-fidelity simulators and standardized patients on the thorax, lung, and cardiac examination skills of undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, ***45***, 120-125.

Tyler, L., Joggyah, R. ve Clemett, V. (2019). Simulation-based nurse education for comorbid health problems: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing*, ***37***, 50-61.

Unsworth, J., McKeever, M. ve Kelleher, M. (2012). Recognition of physical deterioration in patients with mental health problems: the role of simulation in knowledge and skill development. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ***19***, 536-545.

Unver, V., Basak, T., Watts, P., Gaioso, V., Moss, J., Tastan, S. ve ark. (2017). The reliability and validity of three questionnaires: The Student Satisfaction and Self-Confidence in Learning Scale, Simulation Design Scale, and Educational Practices Questionnaire. *Contemporary Nurse*, ***53***, 60-74.

Vandyk, A. D., Lalonde, M., Merali, S., Wright, E., Bajnok, I. ve Davies, B. (2018). The use of psychiatry-focused simulation in undergraduate nursing education: A systematic search and review. *International Journal of Mental Health Nursing*, ***27***, 514-535.

Vural Doğru, B. ve Zengin Aydın, L. (2020). The effects of training with simulation on knowledge, skill and anxiety levels of the nursing students in terms of

cardiac auscultation: A randomized controlled study. *Nurse Education Today*, ***84***, 104216.

Warren, J. N., Luctkar-Flude, M., Godfrey, C. ve Lukewich, J. (2016). A systematic review of the effectiveness of simulation-based education on satisfaction and learning outcomes in nurse practitioner programs. *Nurse Education Today*, ***46***, 99-108.

Weber, N. S., Cowan, D. N., Millikan, A. M. ve Niebuhr, D. W. (2009). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the National Hospital Discharge Survey. *Psychiatric Services*, ***60***, 1059-1067.

Weiser, P., Becker, T. ve Losert, C. (2009) European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. *BMC Public Health*, ***9***, 315.

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E. ve ark. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, ***382***, 1575-1586.

Wieland, D., Levine, C. ve Smith, J. (2014). Hearing distressing voices clinical simulation: "Life changing" experiences of psychiatric-mental health nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, ***52***, 42-51.

7. EKLER

EK 1: MODİFİYE SİMÜLASYON ETKİLİLİK ARACI

Sayın katılımcı,

Simüle klinik deneyimi tamamladıktan sonra, lütfen aşağıda verilen ifadeler ile ilgili görüşlerinizi yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Ön bilgilendirme aşaması, güvenimi artırdı.					
2. Ön bilgilendirme aşaması, öğrenmem için yararlıydı.					
3. Hastamın durumundaki değişikliklere müdahale etmeye daha çok hazırım.					
4. Patofizyolojiyi daha iyi anlamayı geliştirdim.					
5. Tanılama becerilerime daha fazla güveniyorum.					
6. Klinik kararları vermede yetkin hissettim.					
7. İlaçları daha iyi anlamayı geliştirdim. (Senaryoda ilaç yoksa boş bırakınız)					
8. Klinik karar verme becerilerimi uygulama fırsatı buldum.					
9. Bakımın ve girişimlerin önceliğini belirlemede kendime daha fazla güveniyorum.					
10. Hasta ile iletişim kurmada kendime daha fazla güveniyorum.					
11. Hastaları, hastalıkları ve girişimler hakkında bilgilendirme becerime daha fazla güveniyorum.					
12. Sağlık bakım ekibine bilgi raporlama becerime daha fazla güveniyorum.					
13. Hasta güvenliğini geliştiren girişimleri uygulamada kendime daha fazla güveniyorum.					
14. Bakım vermek için kanıta dayalı uygulamaları kullanmada kendime daha fazla güveniyorum.					
15. Çözümleme aşaması, öğrenmeme katkı sağladı.					
16. Çözümleme aşaması, senaryoya odaklanmadan önce duygularımı ifade etmeme izin verdi.					
17. Çözümleme aşaması, klinik yargımı geliştirmede bana yardımcı olduğundan değerliydi.					
18. Çözümleme aşaması, simülasyon sırasındaki performansıma ilişkin kendimi yansıtmam için fırsatlar sağladı.					
19. Çözümleme aşaması, simülasyonun yapıcı bir değerlendirmesiydi.					

Bugünkü simüle klinik deneyim hakkında başka neler söylemek istersiniz?

EK 2: UZMAN LİSTESİ

Geçerlik - Güvenirlik Çalışması için Görüş Alınan Uzmanlar

1. Prof. Dr. Hatice KAYA (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
2. Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
3. Prof. Dr. Merdiye ŞENDİR (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi)
4. Prof. Dr. Vesile ÜNVER (Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
5. Doç. Dr. Tülay BAŞAK (Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi)
6. Dr. Öğr. Üyesi Hilal TÜZER (Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
7. Dr. Öğr. Üyesi Pelin KARAÇAY (Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)
8. Dr. Öğr. Üyesi Pınar DOĞAN (İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
9. Dr. Öğr. Üyesi Tuluha AYOĞLU (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
10. Dr. Öğr. Üyesi Yasemin USLU (Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)

Veri Toplama Araçları ve Dokümanlar İçin Görüş Alınan Uzmanlar

1. Prof. Dr. Sema KUĞUOĞLU (İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü)
2. Prof. Dr. Sevim BUZLU (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)
3. Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ (İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi)

EK 3: ÖĞRENMEDE ÖĞRENCİ MEMNUNİYETİ VE ÖZGÜVEN ÖLÇEĞİ

Öğrenmede öğrenci memnuniyeti ve özgüven ölçeği ile ilgili öğeleri değerlendirirken aşağıda verilen değerlendirme sistemini kullanınız:

1-) İfadeye kesinlikle katılmıyorum
2-) İfadeye katılmıyorum
3-) Kararsızım – ifadeye ne katılıyor ne de katılmıyorum
4-) İfadeye katılıyorum
5-) İfadeye kesinlikle katılıyorum

Şimdiki öğrenme ile ilgili memnuniyet	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Bu simülasyonda kullanılan öğretim yöntemleri etkin ve yardımcı idi.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
2. Bu simülasyon, tıbbi ve cerrahi müfredatı daha iyi öğrenmemi geliştirmek için çeşitli öğrenim materyali ve etkinlikleri sağladı.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
3. Eğitimcinin bu simülasyonu öğretme yönteminden hoşlandım.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
4. Bu simülasyonda kullanılan öğretim materyalleri motive ediciydi ve öğrenmeme yardımcı oldu.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
5. Eğitimcinin bu simülasyonu öğretme şekli benim öğrenme biçimime uygundu.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
Öğrenmede Öz Güven					
6. Eğitimcilerin gösterdiği bu simülasyon uygulamasının içeriğini tam olarak öğrendiğime eminim.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
7. Bu simülasyonun tıbbi ve cerrahi müfredatını tam olarak öğrenebilmek için gerekli olan önemli içeriği kapsadığına eminim.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
8. Bu simülasyon sayesinde klinik ortamda gerekli olan bilgileri kazandığıma ve becerileri geliştirdiğime eminim.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
9. Eğitimci, bu simülasyonu öğretirken yardımcı kaynakları kullandı.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
10. Bir öğrenci olarak, bu simülasyon uygulamasında bilmem gerekenleri öğrenmek benim sorumluluğumdur.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
11. Bu simülasyonda anlamadığım kavramlar olduğu zaman nasıl yardım alacağımı biliyorum.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5
12. Becerilerin önemli yönlerini öğrenebilmek için simülasyon uygulamasını nasıl kullanmam gerektiğini biliyorum.	o1	o 2	o 3	o 4	o 5

EK 4: SİMÜLASYON TASARIM ÖLÇEĞİ

Simülasyon tasarımındaki öğeleri değerlendirirken aşağıda verilen değerlendirme sistemini kullanınız: 1-) İfadeye kesinlikle katılmıyorum 2-) İfadeye katılmıyorum 3-) Kararsızım – ifadeye ne katılıyor ne de katılmıyorum 4-) İfadeye katılıyorum 5-) İfadeye kesinlikle katılıyorum UD – Uygun değil: Bu ifade gerçekleştirilen simülasyon aktivitesinde yer almamaktadır.	Her bir maddeyi, sizin için ne kadar önemli olduğunu temel alarak değerlendiriniz: 1-) Önemli değil 2-) Kısmen önemli 3-) Kararsızım 4-) Önemli 5-) Çok önemli UD: İFADESİ BURADA YOK
Hedefler ve Bilgi	
1. Bu simülasyon öncesinde, beni yönlendirecek ve cesaretlendirecek yeterli bilgi verildi.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
2. Bu simülasyonun amaç ve hedeflerini açık bir şekilde anladım.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
3. Bu simülasyon, durumla ilgili problemleri çözmeme olanak sağlayacak yeterli bilgiyi sağladı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
4. Bu simülasyon uygulaması süresince yeterli bilgi verildi.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
5. İpuçaları uygundu ve anlamamı sağlayacak biçimde düzenlenmişti.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
Destek	
6. Zamanında destek sağlandı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
7. Yardıma ihtiyacım olduğu fark edildi.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
8. Bu simülasyon esnasında eğitimci tarafından desteklendiğimi hissettim.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
9. Öğrenme sürecinde desteklendim	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
Problem Çözme	
10. Bu simülasyon bağımsız problem çözmemi kolaylaştırıldı	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
11. Bu simülasyondaki tüm olasılıkları araştırmak için cesaretlendirildim.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
12. Bu simülasyon benim bilgi ve beceri düzeyime göre planlanmıştı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
13. Bu simülasyon bana, hemşirelik tanılaması ve bakımını önceliklendirme fırsatı sağladı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
14. Bu simülasyon, hastam için hedef belirleyebilmeme fırsat sağladı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
Geri bildirim /Rehberli Yansıma	
15. Sağlanan geri bildirim yapıcıydı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
16. Geri bildirim zamanında verildi.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
17. Bu simülasyon uygulaması, davranış ve uygulamalarımı analiz etmemi sağladı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
18. Bu simülasyondan sonra bilgiyi bir üst seviyeye çıkarabilmek için eğitimciden geri bildirim ve rehberlik alma fırsatı vardı.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
Aslına uygunluk derecesi (Gerçekçilik)	
19. Bu senaryo, gerçek hayattaki durumlara benzerdi.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD
20. Gerçek hayatta var olan etkenler, durumlar ve değişkenler simülasyon senaryosuna eklenmişti.	1 2 3 4 5 UD 1 2 3 4 5 UD

EK 5: BİLGİ TESTİ

Aşağıda araştırmada uygulanan Bilgi Testi'nde yer alan birkaç soru örneği verildi.

1. Hemşire, antipsikotik ilaç kullanan kadın hastanın yaşadığı yan etkiler hakkında görüşme yapmaktadır. Hasta "4 aydır adet olmuyorum." demiştir. Buna göre; hemşirenin, hasta eğitimi sırasında aşağıdaki bilgilerden hangisini söylemesi gereklidir?

a) Antipsikotik ilaçlar kırmızı kan hücrelerini azaltarak amenoreye neden olabilir.
b) Antipsikotik ilaçlar doğum kontrol haplarının etkinliğini engelleyebilir.
c) Antipsikotik ilaçlar libido azalmasına neden olabilir.
d) Antipsikotik ilaçlar amenoreye neden olur ancak yumurtlama devam eder.

2. Klinikte takip edilen bir hasta görüşme sırasında hemşireye "Bu ilaçlardan çok yoruldum." demiştir. Hangi hemşire yanıtı, hastayı daha fazla detaylandırmaya teşvik eder?

a) "Aileniz ilaçlarınızı bırakmanız hakkında ne hissediyor?"
b) "Sorunlarınızla başa çıkmanın farklı yollarını tartışabiliriz."
c) "İlacınızı aldığınızı gözlemliyorum."
d) "İlaçlarınızı almaktan yoruldunuz?"

Bilgi	**Doğru**	**Yanlış**	**Fikrim Yok**
3. Ruhsal bozukluğu olan birey sigarayı bıraktığında antipsikotik ilaç dozları yükseltilmelidir.			
4. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ayak bakımını düzenli yapmaması ayak sorunlarına neden olabilir.			
5. Ruhsal bozukluğu olan erkek hastalar ayda bir kendi kendine testis muayenesi yapmalıdır.			

EK 6: FİZİKSEL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME BECERİ KONTROL LİSTESİ (KADIN)

Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi (KADIN)

Öğrenci Ad-Soyadı:
Değerlendiricinin Adı-Soyadı:

Yönerge: Öğrencinin performansını aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirerek uygun işaretlemeyi yapınız.

- **Yetersiz:** Öğrenci parametreyi gerçekleştirmedi.
- **Başlangıç:** Öğrenci tanılama sorularını sordu, ancak belirsiz veya eksik cevaplara açıklık getirmedi.
- **Gelişen:** Öğrenci kabul edilebilir performans gösterdi, eksik cevapları netleştirmek için terapötik iletişimi kullandı.
- **Yeterli:** Öğrenci performansını tümüyle yerine getirdi, eksik cevapları netleştirmek için terapötik iletişimi kullandı.

Parametre	4 (Yeterli)	3 (Gelişen)	2 (Başlangıç)	1 (Yetersiz)	Yorum
1. Ellerini yıkar.					
2. Vakaya kendini tanıtır.					
3. Vakanın kimlik kontrolünü yapar.					
4. Vakayı tanılama hakkında bilgilendirir.					
5. Yaşam bulgularını değerlendirir. (Nabız, kan basıncı, vücut sıcaklığı ve solunum) değerlendirilir.					
6. Sigara kullanımı değerlendirilir.					
7. Beden kitle indeksi ve bel çevresi değerlendirilir.					
8. Glukoz ve HbA1c değerleri değerlendirilir.					
9. Beslenme durumu ve fonksiyonu değerlendirilir.					
10. Sıvı alımı değerlendirilir.					
11. Kafein (çay, kahve, kola vb.) tüketimi değerlendirilir.					
12. Alkol ve madde kullanımı değerlendirilir.					
13. Lipit düzeyi değerlendirilir.					
14. Karaciğer fonksiyon testleri değerlendirilir.					
15. Boşaltım durumu (miksiyon, defekasyon) değerlendirilir.					

EK 6 (DEVAM)

Parametre	4 (Yeterli)	3 (Gelişen)	2 (Başlangıç)	1 (Yetersiz)	Yorum
16. Gözler değerlendirilir.					
17. Ağız içi ve dişler değerlendirilir.					
18. Ayaklar değerlendirilir.					
19. Fiziksel aktivite değerlendirilir.					
20. Meme değerlendirilir.					
21. Servikal sitoloji değerlendirilir.					
22. Menstrüal siklus değerlendirilir.					
23. Güvenli cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet değerlendirilir.					
24. Uykuyu değerlendirir.					
25. Tanılama sonuçları hakkında vakaya bilgi verilir.					

Eklenmek istenen diğer notlar:

Toplam puan:

EK 6: FİZİKSEL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME BECERİ KONTROL LİSTESİ (ERKEK)

Fiziksel Sağlığı Değerlendirme Beceri Kontrol Listesi (ERKEK)

Öğrenci Ad-Soyadı:
Değerlendiricinin Adı-Soyadı:

Yönerge: Öğrencinin performansını aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirerek uygun işaretlemeyi yapınız.

- **Yetersiz:** Öğrenci parametreyi gerçekleştirmedi.
- **Başlangıç:** Öğrenci tanılama sorularını sordu, ancak belirsiz veya eksik cevaplara açıklık getirmedi.
- **Gelişen:** Öğrenci kabul edilebilir performans gösterdi, eksik cevapları netleştirmek için terapötik iletişimi kullandı.
- **Yeterli:** Öğrenci performansını tümüyle yerine getirdi, eksik cevapları netleştirmek için terapötik iletişimi kullandı.

Parametre	4 (Yeterli)	3 (Gelişen)	2 (Başlangıç)	1 (Yetersiz)	Yorum
1. Ellerini yıkar.					
2. Vakaya kendini tanıtır.					
3. Vakanın kimlik kontrolünü yapar.					
4. Vakayı tanılama hakkında bilgilendirir.					
5. Yaşam bulgularını değerlendirir. (Nabız, kan basıncı, vücut sıcaklığı ve solunum) değerlendirilir.					
6. Sigara kullanımı değerlendirilir.					
7. Beden kitle indeksi ve bel çevresi değerlendirilir.					
8. Glukoz ve HbA1c değerleri değerlendirilir.					
9. Beslenme durumu ve fonksiyonu değerlendirilir.					
10. Sıvı alımı değerlendirilir.					
11. Kafein (çay, kahve, kola vb.) tüketimi değerlendirilir.					
12. Alkol ve madde kullanımı değerlendirilir.					
13. Lipit düzeyi değerlendirilir.					
14. Karaciğer fonksiyon testleri değerlendirilir.					
15. Boşaltım durumu (miksiyon, defekasyon) değerlendirilir.					

Parametre	4 (Yeterli)	3 (Gelişen)	2 (Başlangıç)	1 (Yetersiz)	Yorum
16. Gözler değerlendirilir.					
17. Ağız içi ve dişler değerlendirilir.					
18. Ayaklar değerlendirilir.					
19. Fiziksel aktivite değerlendirilir.					
20. Meme değerlendirilir.					
21. Testisleri değerlendirilir.					
22. Prostata ilişkin testler değerlendirilir.					
23. Güvenli cinsel ilişki ve cinsel memnuniyet değerlendirilir.					
24. Uykuyu değerlendirir.					
25. Tanılama sonuçları hakkında vakaya bilgi verilir.					

Eklenmek istenen diğer notlar:

Toplam puan:

Iletişim Becerileri Beceri Kontrol Listesi

Öğrenci Ad-Soyadı:
Değerlendiricinin Adı-Soyadı:

Yönerge: Beceri kontrol listesi dört bölümden oluşmaktadır. Öğrencinin iletişim becerileri performansı değerlendirilerek ilgili işaretlenmelidir.

1. Bölüm: Etkili İletişim Öğeleri	2. Bölüm: Etkisiz İletişim Öğeleri
☐ Yüzü bireye dönük	☐ Yüzü bireye dönük değil
☐ Rahat postür	☐ Gergin ya da tehdit edici postür
☐ Eller ve kollar bağlı değil	☐ Eller ve kollar bağlı
☐ Özel alan sağlanmış	☐ Diğer bireylerin ya da ekibin duyacağı mesafede
☐ Göz temasını sürdürür	☐ Birey ile göz teması kurmaz
☐ Samimi ve ilgili görünür	☐ Apatik, ilgisiz, korkulu ya da anksiyeteli görünür
☐ Rahatlatıcı, tehdit edici olmayan ses tonu	☐ Tehdit edici, pasif ya da aceleci ses tonu
Puan:	**Puan:**

3. Bölüm: Terapötik İletişim Teknikleri
☐ Varlığını Sunma
☐ Bilgi Verme
☐ Açık Uçlu Sorular Sorma
☐ Etkin Dinleme
☐ Yansıtma
☐ Gözlemleri İletme
☐ Açıklığa Kavuşturma
☐ Konuya Odaklama
☐ Geri Bildirim Verme
☐ Plan Yapmaya Cesaretlendirme
☐ Özetleme
Puan:

4. Bölüm Non - Terapötik İletişim Teknikleri
☐ Tavsiye Verme
☐ Soru Sorma (Merak amaçlı)
☐ Belirsiz Güvenceler Verme
☐ Yargılama
☐ Teselli Etme
☐ Tahlil Etme
☐ Yorum Yapma
☐ Ahlak Dersi Verme
Puan:

Eklenmek istenen diğer notlar:

EK 8: EĞİTİM DEĞERLENDİRME FORMU

Eğitimin Konusu:
Eğitimin Tarihi ve Saati:

Yönerge: Aşağıda belirtilen parametreleri eğitim doğrultusunda değerlendiriniz.
1 – Kesinlikle Katılmıyorum
2 – Katılmıyorum
3 – Kararsızım
4 – Katılıyorum
5 – Kesinlikle Katılıyorum

Eğitimin Değerlendirilmesi	1	2	3	4	5
Eğitim amacının uygunluğu					
Konu ve içeriğin gereksinimlere uygunluğu					
Eğitim yönteminin eğitim konusuna uygunluğu					
Eğitimde verilen bilgilerin kullanılabilirliği					
Eğitimin zamanlamasının uygunluğu					
Eğitime ayrılan sürenin yeterliliği					
Eğitim dokümanlarının yeterliliği					
Eğitmenin Değerlendirilmesi	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Konuya hakimiyet					
Zamanı etkin kullanma					
Sunuş yeteneği					
Katılımcılarla iletişim					
Soruları yanıtlama					
Açık, anlaşılır ve seviyeye uygun işleyiş					
Eğitim Ortamı	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Eğitim yerinin fiziksel koşulları (ortam, araç – gereç yeterliliği vb.)					
Eğitim Uygulamaları	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Eğitimde kazandığım bilgileri mesleki uygulamalarda kullanabileceğimi düşünüyorum.					

Bu eğitimden memnuniyet düzeyinizi lütfen belirtiniz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Memnun değilim **Çok memnunum**

EK 9: “NİTELİKSEL ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ EĞİTİMİ” KATILIM BELGESİ

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması ve Fiziksel Sağlık Sorunları

Prof. Dr. Sevim Buzlu
Arş. Gör. Gizem Şahin
İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

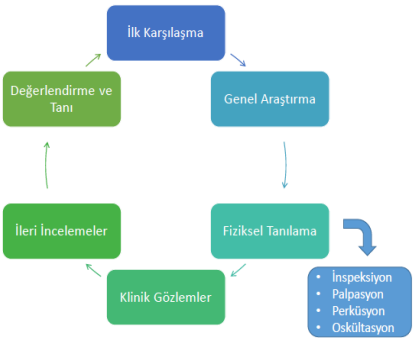
1

Bireylerin Fiziksel Sağlığını Etkileyen Birbiriyle İlişkili Dinamik Öğeler



2

Fiziksel Tanılama ve Gözlem Süreci



3

Nörotransmitter	Fonksiyonu	Psikolojik Etkisi	Fiziksel Etkisi
Dopamin	• Kalbi uyarır. • Kas ve motor koordinasyonu kontrol eder. • Hormonların salınımı için hipotalamusu uyarır.	• Artan dopamin düzeyi şizofreni ve mani ile ilişkili olabilir. • Azalan dopamin düzeyi depresyon ve Parkinson hastalığı ile ilişkili olabilir.	Ekstrapramidal Yan Etkiler Hiperprolaktinemi Hipertansiyon Taşikardi
Asetilkolin	• Hafıza ve öğrenmede rol oynar. • Duygudurum, agresyon ve cinsel davranışı düzenler. • Parasempatik sinir sistemini uyarır.	• Artan asetilkolin düzeyi depresyon ile ilişkili olabilir. • Azalan asetilkolin düzeyi Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ile ilişkili olabilir.	Ağız kuruluğu Bulanık görme Konstipasyon Taşikardi Konfüzyon Hafıza ve konsantrasyon sorunları
Noradrenalin	• Duygudurum, dikkat ve uyarılmayı düzenler. • "Savaş ya da kaç" yanıtını düzenler.	• Artan noradrenalin düzeyi mani ile ilişkili olabilir. • Azalan noradrenalin düzeyi depresyon ile ilişkili olabilir.	Ortostatik hipotansiyon Taşikardi Baş dönmesi
Serotonin	• Dikkat, davranış, uyku, vücut ısısı, açlık, agresyon ve ağrı algısını düzenler.	• Artan serotonin düzeyi anksiyete ile ilişkili olabilir. • Azalan serotonin düzeyi depresyon ile ilişkili olabilir.	Kilo alımı, hipotansiyon, iştahta azalma, baş ağrısı Cinsel işlev bozukluğu
Histamin	• İnflamatuar yanıt, uyanıklık ve gastrik sekresyon		Bazı antipsikotik ilaçlar histamin reseptörlerini bloke ederek sedasyonun artmasına ve kilo alımına neden olabilir.
GABA	• Anksiyete, eksitasyon ve agresyonu azaltır. • Antikonvülsan ve kas rahatlatıcı özelliği vardır.	• Artan GABA anksiyetenin azalmasına yardımcı olabilir. • Azalan GABA; mani, anksiyete ve şizofreni ile ilişkili olabilir.	Düşük nöbet eşiği

4

Önemli Bilgiler

- Tipik antipsikotikler dopamin ve asetilkolin reseptörlerini bloke eder.
- Atipik antipsikotikler dopamin ve serotonin reseptörlerini bloke eder.
- Antidepresanlar, serotonin gibi nörotransmitterlerin geri alımını bloke eder ve serotonin ve noradrenalin gibi nörotransmitterleri tahrip eden monoamin oksidaz enzimini inhibe eder.

5

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Nabız Hızı

- Çoğu antipsikotik ilaç QT aralığını uzatma potansiyeline sahiptir.
- Birçok tipik antipsikotik ilaç, ventriküler aritmi ve kardiyak arrest riskini arttırmaktadır.
- Birçok atipik antipsikotik ilaç ile açıklanamayan ani ölümler arasında ilişki olduğu bilinmektedir.

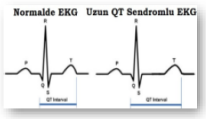
Bu nedenle kardiyak değerler rutin bakımın bir parçası olmalıdır.

Tarama	Beklenen Durum
Nabız Hızı	60 – 100/dk

< 60/dk / > 100/dk

Müdahale

- Nabız hızı düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- Antipsikotik kullanan her bireye EKG uygulanmalıdır.
- Pimozid, sertindol, ziprasidon ve klozapin kullanan, kardiyovasküler riski olan ve kardiyovasküler hastalık öyküsü olan her bireye EKG uygulanmalıdır.



6

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Kan Basıncı

Blood Pressure Categories

BLOOD PRESSURE CATEGORY	SYSTOLIC mm Hg (upper number)		DIASTOLIC mm Hg (lower number)
NORMAL	LESS THAN 120	and	LESS THAN 80
ELEVATED	120 - 129	and	LESS THAN 80
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 1	130 - 139	or	80 - 89
HIGH BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION) STAGE 2	140 OR HIGHER	or	90 OR HIGHER
HYPERTENSIVE CRISIS (consult your doctor immediately)	HIGHER THAN 180	and/or	HIGHER THAN 120

Tarama	Beklenen Durum
Kan Basıncı	< 130/80

≥ 130/80

Müdahale

- Ruhsal bozukluğu olan bireylere kilo verme (eğer kiloluysa), egzersiz, alkol ve tuz alımında azalma hakkında bilgi ve sigarayı bırakma konusunda yardım sağlanmalıdır.
- Kan basıncı >130/80 mmHg olan hipertansiyon tanısı olmayan kişilerde ambulatuvar veya evde kan basıncı izlemesi önerilmelidir.

7

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Vücut Sıcaklığı

- Enfeksiyon, sıcak çarpması, alkol yoksunluğu, antikolinerjik ilaçlar, alerjik ilaç reaksiyonu ve agonist ilaçlar yüksek vücut sıcaklığına neden olabilir.
- Nöroleptik malign sendrom; psikotrop ilaçlara karşı gelişen, nadir görülen ancak mortaliteye neden olabilen bir reaksiyondur. Ateş, kas sertliği, değişen ruhsal durum ve otonomik fonksiyon bozukluğu klinik belirti ve bulgularındandır.

Tarama	Beklenen Durum
Vücut Sıcaklığı	36 – 37.5 °C

< 36 ≥ 37.5°C

Müdahale

- Enfeksiyon belirti ve bulguları değerlendirilmelidir.
- Alkol yoksunluğu değerlendirilmelidir.
- Madde kullanımı kontrol edilmelidir.
- Dalgalanan kan basıncı ve/veya distonisi olan anormal derecede yüksek sıcaklıklar için, nöroleptik malign sendrom düşünülmeli ve acil müdahale yapılmalıdır.



8

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Sigara Kullanımı

- Ruhsal bozukluğu olan bireylerde sigara kullanımı oranı yüksektir.
- Nörobiyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal faktörler, ruhsal bozukluğu olan bireylerin sigarayı bırakmalarını zorlaştırmaktadır.

Tarama	Beklenen Durum
Sigara Kullanımı	SİGARA İÇMEMESİ

- PASİF İÇİCİ
- İÇİCİ

Müdahale

- Solunum semptomları değerlendirilmeli, göğüs muayenesi yapılmalıdır.
- Mevcut ve geçmiş sigara içme davranışı değerlendirilmelidir.
- Sigarayı bırakma hakkında bilgi verin: «Bırakmanın en iyi yolu uzman desteği ve ilaç tedavisidir»
- Sigarayla ilişkili olası sağlık riskleri hakkında öneride bulunulmalıdır.
- Sigara kullanımı birçok antipsikotik ilacın düzeyini düşürür. Bu nedenle, birey sigarayı bıraktığında veya azalttığında, bir ilaç incelemesi yapılmalıdır.

9

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Beden Kitle İndeksi (BKİ)

BKİ, bir bireyin zayıf, aşırı kilolu veya obez olup olmadığını belirlemek için kullanılan basit bir indekstir.

Tarama	Beklenen Durum
Beden Kitle İndeksi (BKİ)	18,5 – 24,99 kg/m²

Grup	Değer
Zayıf	<18,50
Fazla Kilolu	25,00 – 29,99
Obez	≥30,00
Hafif Obez	30,00 – 34,99
Orta Derecede Obez	35,00 – 39,99
Morbid Obez	40,00 – 49,99
Süper Obez	≥50,00

Müdahale

- BKİ değeri ≥ 28,0 kg/m² ise diyet önerisi yapılmalıdır.
- Yüksek BKİ değerinin diyabet, metabolik sendrom vb. hastalıklarla ilişkili olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- BKİ değeri <18,50 kg/m² olan bireyler mutlaka hekime yönlendirilmelidir.
- Kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir.



10

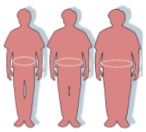
Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Bel Çevresi

Abdominal kavitede fazla yağı olan bireyler aşırı kilolu olmaya daha yatkındır. Bel çevresi erişkinlerde viseral adipoz doku, plazma lipidleri, lipoproteinler ve insülin seviyeleri ile ilişkilidir.

Tarama	Kadınlar	Erkekler
Bel Çevresi	Fazla Kilolu > 80 cm	Fazla Kilolu > 90 cm
	Obez > 90 cm	Obez > 100 cm

Müdahale

- Bel çevresi ölçümü ayaktayken süperior iliak kristalar hizasından yapılmalıdır.
- Diyet (örneğin yemek planlaması) ve egzersiz hakkında destek ve bilgi sunulmalıdır.
- Kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir.



11

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Glukoz ve HbA1c

- Diyabet için risk faktörleri; ailede diyabet öyküsü, fiziksel hareketsizlik, zayıf beslenme, sigara kullanımı ve antipsikotik ilaçların metabolik etkileridir.
- Tipik antipsikotikler, özellikle de klorpromazin gibi düşük etkili olanlar, mevcut diyabetleri tetikleyebilir veya daha kötü hale getirebilir.
- Atipik antipsikotiklerden olan klozapin ve olanzapin, yeni başlayan ya da şiddetlenen Tip 2 diyabet ile ilişkilidir.

Kan Testleri	Beklenen Durum
Glukoz	< 126 mg/dl
HbA1c	< %6.5 (Eğer diyabeti varsa 6.5 – 7.5)

Test	Değer
Glukoz	≥ 126 mg/dl
HbA1c	≥ % 6.5 (Eğer diyabeti varsa 6.5 – 7.5)

Müdahale

- Fazla kilolu bireyler altı ayda bir testleri yaptırmalıdır.
- Diyet (örneğin yemek planlaması) ve egzersiz hakkında bilgi ve destek sağlanmalıdır.

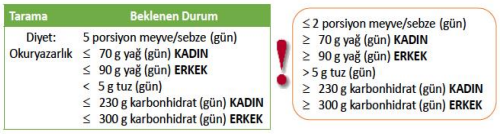
12

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Diyet: Okuryazarlık

- Zayıf bir diyet; kardiyovasküler hastalık, diyabet, obezite ve bazı kanserlere neden olabilmektedir.

Tarama	Beklenen Durum
Diyet: Okuryazarlık	5 porsiyon meyve/sebze (gün) ≤ 70 g yağ (gün) **KADIN** ≤ 90 g yağ (gün) **ERKEK** < 5 g tuz (gün) ≤ 230 g karbonhidrat (gün) **KADIN** ≤ 300 g karbonhidrat (gün) **ERKEK**



Müdahale

- Birey (ve bakım vericisi) ile birlikte birey için diyet planı oluşturulmalıdır.
- Her gün beş porsiyon meyve/sebze tüketiminin kanser, koroner kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklar riskini azalttığı belirtilmelidir.
- Yağ alımının azaltılmasının kanser, koroner kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklar riskini azalttığı belirtilmelidir.

13

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Diyet: Fonksiyon

- Ruhsal bozukluğu olan bireyler, yeterli yemek pişirme olanaklarına erişemeyebilir veya öğün planlama ve hazırlama becerisine sahip olamayabilirler.

Tarama	Beklenen Durum
Diyet: Fonksiyon	**Yemek pişirebilir ve alışveriş yapabilir** **Yemek pişirme araçlarına erişebilir**

- **YEMEK PİŞİREMEZ VEYA ALIŞVERİŞ YAPAMAZ**
- **YEMEK PİŞİRME ARAÇLARINA ERİŞEMEZ**

Müdahale

- Birey (ve bakım vericisi) ile bir plan oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
- Meyve/sebzelere erişme ve yemek yeme konusundaki olası engeller ele alınmalıdır.
- Öğün planlama, alışveriş yapma ve yemek pişirme becerileri için iş ve uğraşı terapistine başvurulmalıdır.



14

SİSTEMLERE GÖRE BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tanılama	Kriter	Olası Fiziksel Neden
Fiziksel Görünüm	• Düşük kilolu, fazla kilolu, obez • Genel güçsüzlük ve letarji • Bel ölçümü • Kıyafetlerin görünümü • Bel-kalça oranı ölçümü • Abdominal asit	Anemi Diyabet Malnütrisyon Sıvı ve elektrolit dengesizliği Kalp yetmezliği, kanser, aşırı açlık
Deri	• Pul pul veya kuru deri • Kırılgan saç ve tırnaklar • Yavaş iyileşen yaralar	Vitamin eksikliği
Kardiyovasküler	• El ya da ayak bileklerinde ödem bulguları • Guatr	Kalp bloğu, sıvı dengesizliği İyot eksikliği
Solunum	• Aşırı kilo ile ilişkili nefes almada zorlanma	Obezite, ortopne
Ağız Sağlığı	• Ağız ülseri, dilde yara ya da diş eti kanaması • Nefeste aseton kokusu	C vitamini eksikliği Diyabet
Kan Testleri	Düşük tam kan sayımı; artan kolesterol düzeyi, anormal glukoz düzeyi ya da zayıf tiroid fonksiyonu gibi durumları belirtebilir.	Anemi, B vitamini eksikliği Zayıf diyet, sedanter yaşam biçimi Endokrin sorunları

15

SİSTEMLERE GÖRE BESLENME DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Tanılama	Kriter	Olası Fiziksel Neden
İdrar Tahlili	• Keton – ciddi diyetler (ketojenik) • Düşük pH – beslenme yetersizliği • Glukoz – diyabet	Böbrek sorunları, özel diyet, diyabet
Nörolojik	• Tremor ya da nistagmus • Gece körlüğü • Konfüzyon ya da deliryum	B vitamini eksikliği A vitamini eksikliği Dehidrasyon, elektrolit dengesizliği
Psikolojik	Beden imajı, zayıf konsantrasyon, motivasyonun azalmasına bağlı düşük özsaygı	Olası depresyon, anemi, vitamin eksikliği
Hareket	• Fazla kilo veya zayıf bir diyetten kaynaklanan enerji eksikliği nedeniyle azalmış olabilir. • Hareketliliği etkileyen ödem mevcut olabilir. • Eğer düşük kiloluysa hareket etmek için çok güçsüz olabilir.	Düşük kalsiyum düzeyi Diyette yetersiz protein
Obezite İçin Aile Öyküsü	• Obeziteye genetik yatkınlık olabilir. • Geçmiş tıbbi öyküde diyabet olabilir.	

16

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Sıvı Tüketimi

- Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bir çoğu yeterli miktarda sıvı tüketmez ve bu durum dehidratasyona neden olabilir.
- Bazı psikotik hastalıklarda polidipsi bir komplikasyon olarak ortaya çıkabilir. Eğer tedavi edilmezse; hiponatremiye neden olabilir ve bu da komaya ve hatta ölüme yol açabilir.

Tarama	Beklenen Durum
Sıvı Tüketimi	**1-2 litre / gün**

< 1 litre / gün
> 3 litre / gün

Müdahale

- İlk olarak günlük sıvı alımı belirlenmelidir.
- **Günde 1 litreden az ise**, dehidratasyon bulguları değerlendirilmelidir. Birey, her gün 1-2 litre (6-8 bardak) sıvı içmeye teşvik edilmelidir (sıcak hava ve fiziksel efor sırasında daha fazla tüketmelidir).
- **Günde 3 litreden fazla ise**, polidipsi bulguları değerlendirilmelidir. Bireyin ailesinin de desteğini alarak aldığı – çıkardığı tablosu uygulanmalıdır. Elektrolit değerleri takip edilmelidir.

17

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Kafein Tüketimi

- Çok fazla kafein tüketimi, endişe ve gerginlik duygularına, uykuda bozulmaya (özellikle uyumakta zorluk çekmeye), huzursuzluğa, irritabilite, artan diürez, mide şikayetlerine, çarpıntıya ve aritmilere neden olabilir.
- Kafein kullanan şizofreni hastalarında psikotik belirtiler kötüleşebilir.

Tarama	Beklenen Durum
Kafein Tüketimi	**200 – 500 mg / gün**

≥ 600 mg / gün

Müdahale

- Yoksunluk etkilerini önlemek için kişiye kafein alımını azaltma ve kademeli olarak durdurma hakkında bilgi verilmelidir.
- Anksiyete gibi hastalıkları ilaç tedavisine daha dirençli hale getirebilecek kafeinizm veya kafein toksisitesi (> 1000mg / gün) belirtileri değerlendirilmelidir.



18

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Alkol Kullanımı

- Alkol kötüye kullanımı, ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında en yaygın görülen ve klinik açıdan önemli komorbid sorunlardan biridir.
- Alkol kullanımının azaltılmasının kardiyovasküler sağlık üzerine önemli etkileri bulunmaktadır.
- Alkol kullanımı, antipsikotik ilaçların yan etkilerini daha da arttırabilir.

Tarama	Beklenen Durum
Alkol Tüketimi	**Günde 1-2 Birim**

≥ 3 BİRİM / GÜN

Yetişkin Kadınlar	Yetişkin Erkekler
Günde 1 Birim	Günde 2 Birim
> Günde 6 Birim	> Günde 8 Birim
> Haftada 35 Birim	> Haftada 50 Birim

CİDDİ RİSK: HEKİME BAŞVURULMALIDIR.



19

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Madde Kullanımı

- Esrar kullanımı, şizofreni tanılı bireylerde sıklıkla görülmektedir.

Tarama	Beklenen Durum
Madde Kullanımı	**HİÇ KULLANMAMIŞ**

- ARA SIRA
- DÜZENLİ

Müdahale

- Bireyin esrar kullanımı fiziksel sağlık kontrolü sırasında kaydedilmelidir.
- Kullandığı diğer maddeler sorgulanmalıdır.
- İkili tanı hizmeti desteğiyle çalışılmalıdır.
- Madde kullanımı ölçek yardımıyla sistematik olarak değerlendirilmelidir.



20

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Lipit Düzeyleri

- Dislipidemi metabolik sendromun önemli bir bileşeni ve kardiyovasküler hastalıklar için bir öncüdür.

Kan Testleri	Beklenen Durum
Total - K	**< 197 mg/dl**
LDL - K	**< 158 mg/dl**
HDL – K	**> 50 mg/dl**
Trigliserit	**< 194 mg/dl**

ÖNCEKİ ANORMAL SONUÇLARA RAĞMEN ÜÇ AYDAN FAZLA SÜREDİR TESTİN YAPILMAMASI

Müdahale

- Kolesterol seviyesi yıllık olarak kontrol edilmelidir. Eğer kolesterol yükselmişse lipit profili kontrol edilmelidir.
- Diyet (örneğin yemek planlaması) ve egzersiz hakkında bilgi ve destek sağlanmalıdır.



21

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Karaciğer Fonksiyon Testleri (KFT)

- Antipsikotik ilaçlar anormal KFT sonuçlarına neden olabilir.
- Diğer ciddi komplikasyonları önlemek için hepatik hastalık erken teşhis edilmelidir.

Kan Testleri	Beklenen Durum
Karaciğer Fonksiyon Testleri	**SON ÜÇ AY**

ÜÇ AYDAN UZUN SÜREDİR YAPILMAMIŞ

Müdahale

- Yeni antipsikotik ilaç reçete edilen veya ilaç dozu arttırılan bireylerde her üç ayda bir KFT kontrol edilmelidir.
- Stabil ve ilaçlarında herhangi bir değişiklik olmayan bireylerde yılda bir kontrol edilmelidir.



22

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Göz Önünde Bulundurulması Gereken Diğer Kan Testleri



- Prolaktin
- Kalsiyum
- Tiroid fonksiyon testi
- Tam kan sayımı
- B_{12} ve Folik asit
- D vitamini
- Lityum

23

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
İdrar

- Poliüri; diyabet, böbrek yetmezliği, alkol ve uyuşturucu kullanımı, metabolik anormallikler ve polidipsi belirtisi olabilir.
- Dehidratasyon, vasküler kollaps veya düşük kalp debisi oliguriye neden olabilir.
- Nokturnal enürezis, antipsikotik bir ilaç olan klozapinin az bildirilen bir yan etkisi olarak görülebilir.

Test	Beklenen Durum
İdrar	**1-2 litre / gün**

< 1 litre / gün
> 3 litre / gün

Müdahale

- Dehidratasyon belirtileri değerlendirilmelidir.
- Aldığı – çıkardığı takibi yapılmalıdır.
- Sıvı tüketimine teşvik edilmelidir.
- Poliüri belirtileri değerlendirilmelidir.
- İdrar sıklığı/inkontinans sorunları değerlendirilmelidir.



24

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Bağırsaklar

- Beslenme alışkanlıkları (lif, meyve ve sebze tüketiminin az olması vb.) ve fiziksel aktivite eksikliği gastrointestinal sorunlara neden olabilir.

Tarama	Beklenen Durum
Bağırsaklar	**Konstipasyon/diyarenin olmaması**

- DİYARE
- KONSTİPASYON
- AŞIRI ACİLİYET
- ZORLANMA
- LAKSATİF KULLANIMI

Müdahale

- Fiziksel aktiviteyi arttırma, alkol tüketimini azaltma ve sağlıklı beslenme hakkında bilgi sunulmalıdır.
- İrritabl bağırsak sendromu belirtileri, diyare/konstipasyon, gastrointestinal belirtiler, zorlanma, kanama, laksatif gereksinimi değerlendirilmelidir.
- Dışkılama sıklığı/inkontinans sorunları değerlendirilmelidir.



25

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Gözler

- Antipsikotik ilaçlar lens ve kornea hasarına neden olabilir.
- Antipsikotik ilaçlar katarakt gelişimi ile ilişkilendirilmiştir.

Tarama	Beklenen Durum
Gözler	**≤ 12 ay**

≥ 2 yıl

Müdahale

- Ruhsal bozukluğu olan bireyler düzenli olarak her iki yılda bir hekime yönlendirilmelidir.



26

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Dişler

- Antipsikotik, antidepresan ve duygudurum düzenleyici ilaçlar tükürük akışının azalmasına neden olarak; çürük, diş eti iltihabı ve periodontal hastalığa yol açabilirler.
- Diş sağlığı, zayıf beslenme, ağız hijyeni ve sigaradan da etkilenebilir.

Tarama	Beklenen Durum
Dişler	**≤ 12 ay**

≥ 2 yıl



Müdahale

- Ağız hijyeni hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- Bireylerin; diş fırçası ve florürlü diş macunu ve diş ipi gibi uygun ağız hijyen ekipmanlarına erişimi sağlanmalıdır.
- Diş muayeneleri, gereksinime göre her üç ayda bir ila iki yılda bir yaptırılmalıdır.

27

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Ayaklar

- Uygun ayak bakımının yapılmaması, bol gelen ayakkabı ve ayağın ihmal edilmesi gibi durumlar ayak sorunlarına neden olur.

Tarama	Beklenen Durum
Ayaklar	**Ara Sıra Kendi Kendine Kontrol Etmesi**

HİÇ KONTROL EDİLMEMİŞ OLMASI

Müdahale

- Ayak bakımı hakkında (günlük yıkama, tırnak kesimi, yanıkların tedavisi, cilt kesikleri vb.) bilgi verilmelidir.
- Yaşlı bireyler veya diyabet, osteoartrit ve/veya romatoid artrit olan kişiler düzenli kontrol yaptırmalıdır.
- Eğer kişi ayak sorunları ile ilgili herhangi bir belirti/bulgu gösteriyorsa hekime başvurmalıdır.



28

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Fiziksel Aktivite

- Fiziksel aktivitenin ruhsal bozukluğu olan bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerine olumlu etkisi vardır.

Tarama	Beklenen Durum
Fiziksel Aktivite	**Günde 30 dakika**

HİÇ YAPMAMASI

Müdahale

- Bireyin fiziksel aktivite düzeyi değerlendirilmelidir.
- Haftada beş gün 30 dakika egzersiz önerilmelidir.
- Bireyin yaşam tarzına uygun ve kademeli olarak artan bir egzersiz planı yapmasına yardımcı olunmalıdır.



29

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Meme Muayenesi

- Antipsikotik ilaçlara bağlı advers etki olarak hiperprolaktinemi görülebilir.

Tarama	Kadın	Erkek
Meme Muayenesi	**Ayda Bir Kez Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapması**	**Ara Sıra Kendi Kendine Kontrol Etmesi**

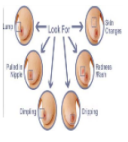
HİÇ KONTROL EDİLMEMİŞ OLMASI

Müdahale

- Kendi kendine muayene herkese önerilmelidir.
- Meme kanserine yönelik risk faktörleri (önceki öykü, aile öyküsü, yaş vb.) değerlendirilmelidir.
- Herhangi bir meme anomalisi varsa hekime başvurulmalıdır.

BEŞ ÖNEMLİ NOKTA

1. Sizin için neyin normal olduğunu bilin.
2. Hangi değişikliklerin olabileceğini bilin.
3. Bakın ve hissedin.
4. Herhangi bir değişikliği gecikmeden hekiminize bildirin.
5. 50 yaş ve üzeri bir kadınsanız rutin meme taramasına katılın.



30

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Prostat ve Testis Muayenesi (Erkekler İçin)

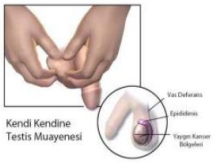
- Testis kanseri erkeklerde tüm kanserlerin sadece yüzde 1'ini oluşturur. Bununla birlikte, 16 - 35 yaş arasındaki erkeklerde en sık görülen kanser türüdür.
- Kan testi, prostata özgü antijen (PSA), prostatın fiziksel muayenesi ve biyopsi ile teşhis edilir.

Tarama	Beklenen Durum
Testis Muayenesi	**Ayda bir kez kendi kendine testis muayenesini yapması**

TESTİS MUAYENESİNİ YAPMAMASI

Müdahale

- Kendi kendine testis muayenesi hakkında eğitim verilmelidir.



31

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Servikal Sitoloji (Kadınlar İçin)

- Serviks kanserinde; bireysel ve ailesel serviks kanseri öyküsü, çok sayıda cinsel partner ya da çok sayıda cinsel partneri olan partnerle cinsel ilişki ve korunmasız cinsel ilişki önemli risk faktörlerindendir.

Tarama	Beklenen Durum
Servikal Sitoloji	≤ 3 yıl (25–64 yaş)
	≤ 5 yıl (50–64 yaş)

Tarama	Aralık
Servikal Sitoloji	> 3 yıl (25 – 64 yaş)
	> 5 yıl (50 – 64 yaş)

Müdahale

- Bireyin son servikal sitoloji tarihi öğrenilmelidir.
- Tarama yaptırmadıysa mutlaka hekime yönlendirilmelidir.



32

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Menstrüal Siklus (Kadınlar İçin)

- Hiperprolaktinemi, anovülasyon (yumurtlama yokluğu) ve kısırlık ile ilişkili olan amenoreye neden olabilir.

Tarama	Beklenen Durum
Menstrüal Siklus	**Düzenli 28 günlük Ovülasyon (Aralık: 24 – 35)**

- **DÜZENSİZ**
- **YOK**
- **AZALMIŞ**
- **AŞIRI**

Müdahale

- Amenore değerlendirilmelidir.

(Dikkat: Hamilelik olasılığı)

- Artmış serum prolaktin seviyesi, bozulmuş adet döngüsü ve düzensiz adet döngüsü değerlendirilmelidir.
- Kan testinde prolaktin seviyesi kontrol edilmelidir.



33

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Güvenli Cinsel İlişki

- Cinsel yönden aktif olan ruhsal bozukluğa sahip bireylerde HIV enfeksiyonuna yol açabilecek yüksek riskli davranışlarda (kondomsuz ilişki vb.) bulunma olasılığı daha yüksektir.
- Bunun nedenleri arasında cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBE) ve HIV'in bulaşma yolları ve önlenmesi hakkında bilgi eksikliği, sosyal ve cinsel ilişkiler kurmadaki zorluklar, istenmeyen cinsel aktiviteye zorlanmaya yatkınlık ve eşlik eden alkol ve madde kullanımı sayılabilir.

Tarama	Beklenen Durum
Güvenli Cinsel İlişki	**HER ZAMAN**

- **TUTARSIZ**
- **HİÇBİR ZAMAN**

Müdahale

- Bireyin CYBE için yüksek riskli grupta olup olmadığı belirlenmelidir.
- Bireyin CYBE riskini artıran davranışlarda bulunup bulunmadığı belirlenmelidir.
- Cinsel sağlık konusunda tavsiyede bulunulmalıdır.
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan şüpheleniliyorsa hekime başvurulmalıdır.



34

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Cinsel Memnuniyet

- Şizofreni ve depresyon tanılı bireylerde ilaç tedavisi uygulanmış olsun veya olmasın cinsel işlev ve memnuniyet bozulmaktadır.
- Antipsikotik ilaçların cinsel işlev üzerine olumsuz etkisi, ruhsal bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini etkilemektedir.

Tarama	Beklenen Durum
Cinsel Memnuniyet	**MEMNUN**

MEMNUN DEĞİL

Müdahale

- Sistematik değerlendirme yapılmalıdır. (Ör: Arizona Cinsel Yaşantılar Ölçeği)
- Jinekolojik incelemeler ve laboratuvar değerlendirmeleri yapılmalıdır.
- Serum prolaktin düzeylerinde artış, libido ve uyarılmada azalma, orgazm fonksiyon bozukluğu olup olmadığı değerlendirilmelidir.



35

Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Fiziksel Sağlık Tanılaması
Uyku

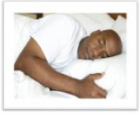
- Tedavi edilmeyen şizofrenide; uykusuzluk, psikotik belirtilerden kaynaklanabilir.
- Antipsikotik ilaçlar uykusuzluğu azaltmasına karşın, sedasyon ve rezidüel (kalıcı) uykusuzluk yan etkileri görülebilir.
- Düşük uyku kalitesi şikayetleri, yaşam kalitesinin olumsuz değerlendirmeleri ile doğrudan ilişkilidir.
- Uyku kalitesinin artması, stresle başa çıkma yeteneğinin gelişmesini ve enerjinin artmasını sağlar.

Tarama	Beklenen Durum
Uyku	**7-8 saat / gün**

- **< 3 saat / gün**
- **> 8 saat / gün**

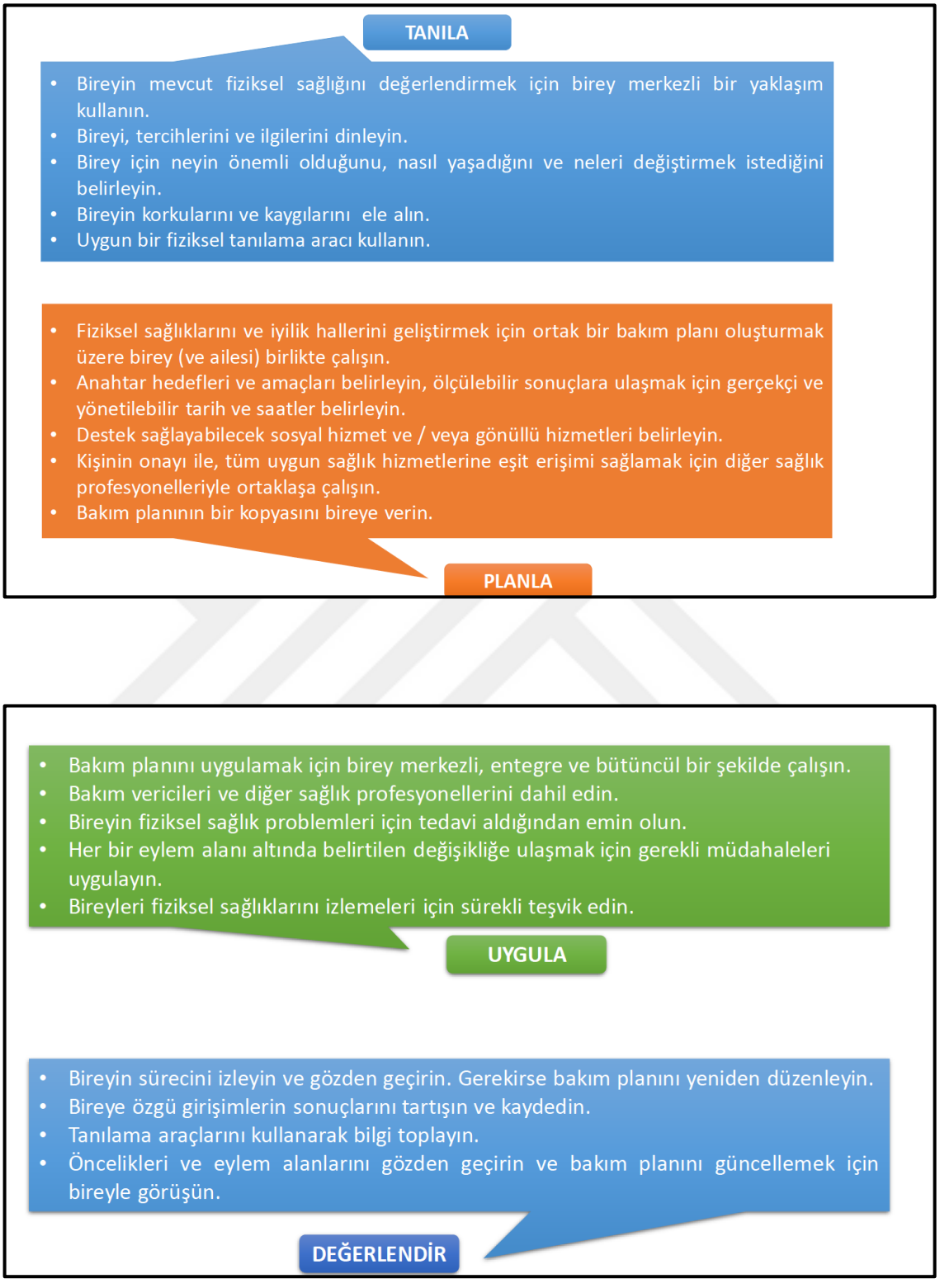
Müdahale

- Bireye özgü uyku sorunları değerlendirilmelidir.
- İyi uyku hijyeni ve uyku günlüğü tutmanın yararları hakkında bilgi verilmelidir.
- Kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir.

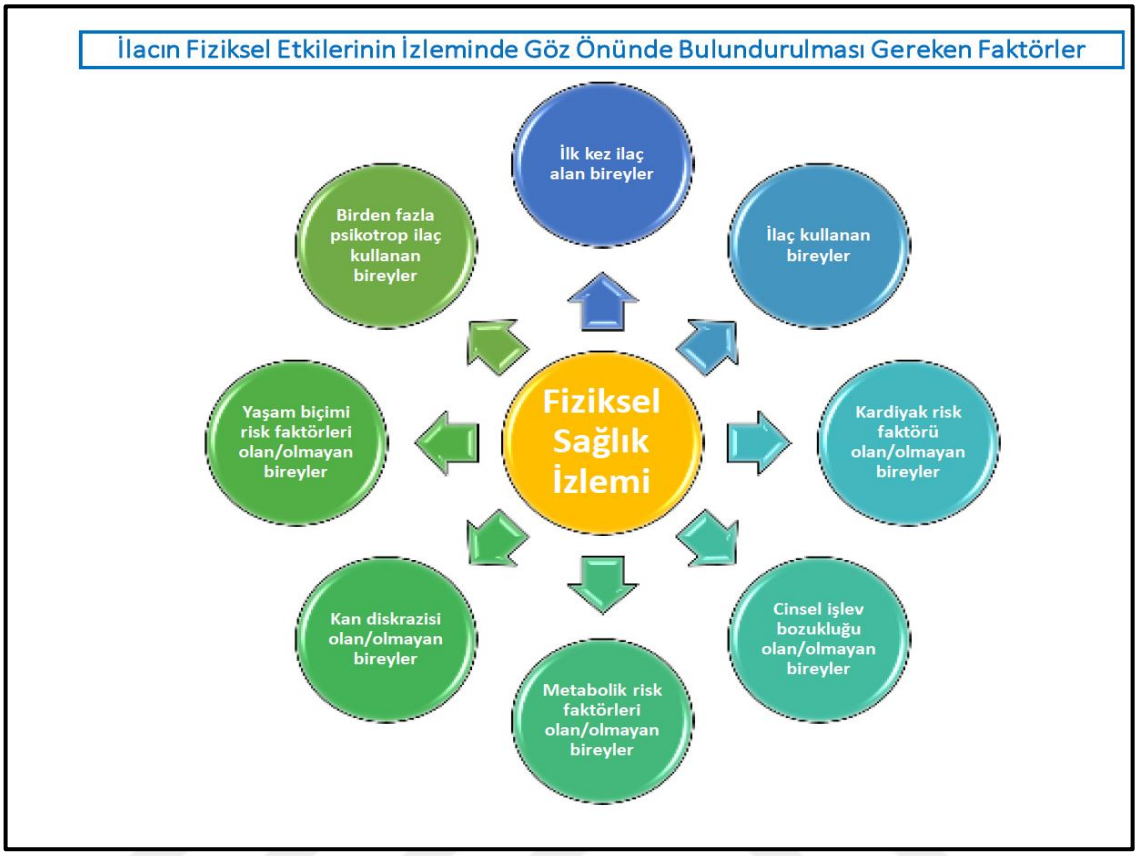


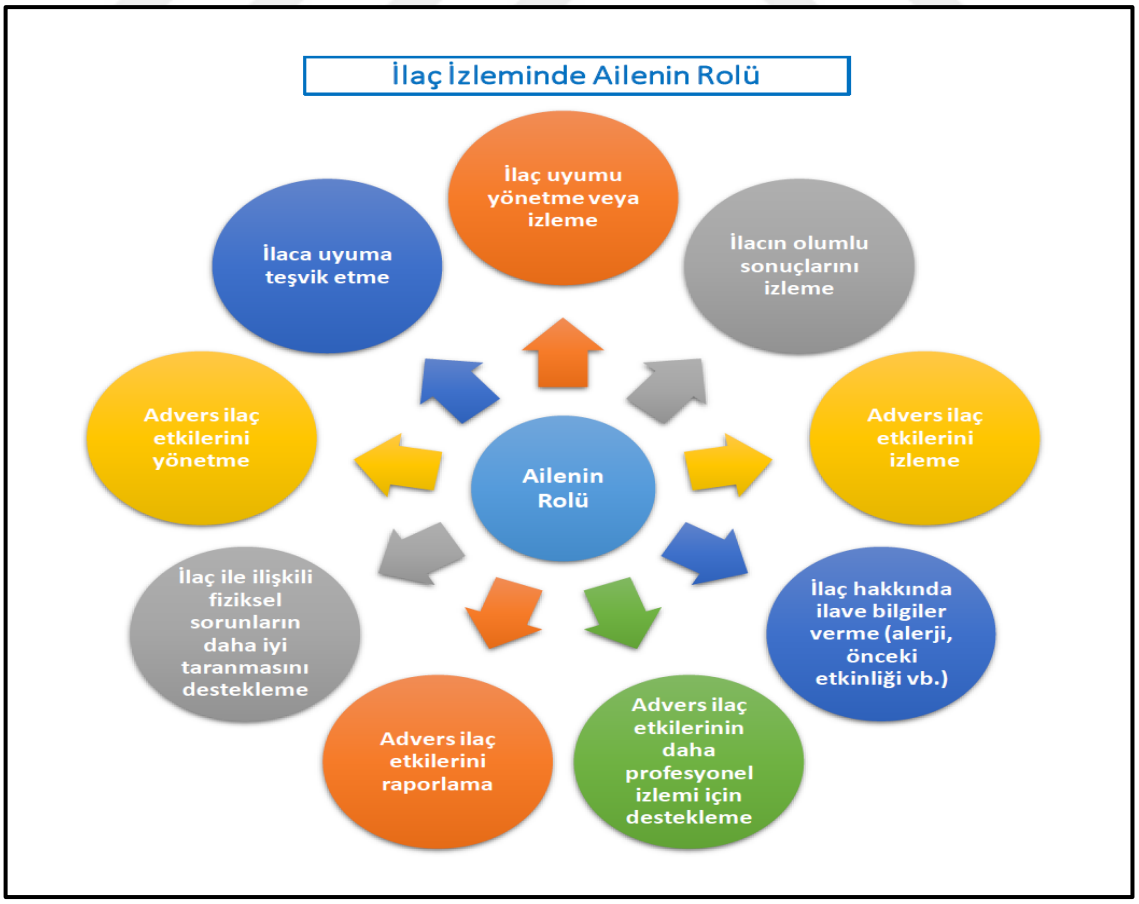
36

EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)



EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)





EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)





EK 10 - EĞİTİM DOKÜMANI (DEVAM)



Kaynaklar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2019). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık.
2. Türkiye Diyabet Vakfı (2019). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.
3. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2009). *Metabolik sendrom kılavuzu*. Ankara: Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş.
4. Nash, M. (2014). *Physical health and well-being in mental health nursing: Clinical skills for practice*. UK: McGraw-Hill Education.
5. Hardy, S., White, J., & Gray, R. (2015). *The Health Improvement Profile: A manual to promote physical wellbeing in people with severe mental illness*. M&K Update Ltd.
6. Nursing, Midwifery and Allied Health Professions Policy Unit. (2016). *Improving the physical health of people with mental health problems: Actions for mental health nurses.*
7. Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2018). *NANDA Hemşirelik Tanıları: Tanımlar & Sınıflandırma 2015-2017.* (Çev. R. Acaroğlu, H. Kaya). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. (Orijinal yayın tarihi, 2014)

EK 11: SİMÜLASYON TASARIM ŞABLONU
(STANDARDİZE HASTA SİMÜLASYONU)

Geliştirilme Tarihi: 10.09.2018	**Dosya Adı:** Fiziksel Sağlığı Değerlendirme
Simülasyon Geliştiriciler: Gizem Şahin, Sevim Buzlu	
Disiplin: Hemşirelik	**Öğrenci Düzeyi:** Lisans
Yer: Beceri Laboratuvarı	**Çözümleme Yeri:** Çözümleme Odası
Simülasyon Süresi: 15 dakika	**Çözümleme Süresi:** 60 dakika

Vaka Bilgileri	
Vaka Ad-Soyad: Ufuk Yiğit	**Yaş:** 40
Cinsiyet: Erkek	**Boy ve Kilo:** 175 cm, 90 kg
Beden Kitle İndeksi: 29,38 kg/m^2	**Bel çevresi:** 94 cm
Hekimi: Uzm. Dr. Osman Kara	**Alerjileri:** Bilinen bir alerjisi yok.
Bakım Veren Kişi: Kız Kardeşi	**Bağışıklama:** Anti HBs (+)
Primer Tıbbi Tanı: Bipolar Bozukluk	**Cerrahi İşlem/ Girişimler ve Tarih:** Yok.
Geçmiş Tıbbi Öyküsü: Ruhsal bozukluğun ilk belirtileri yirmili yaşlarda büyüklük düşünceleri, basınçlı konuşma, fikir uçuşmaları, uykuda azalma ile başlamış. Bu dönemde yakınlarının isteği ile kliniğe yatışı yapılmış ve 20 gün klinikte kalmıştır. Yakınlarının belirttiğine göre, ruhsal bozukluğun seyri boyunca tedaviye uyumu iyi olmayan Ufuk Bey'in kliniğe üç kez daha yatışı olmuştur. Son üç yıldır diyabetes mellitus öyküsü bulunmaktadır. (Vakanın annesinde de diyabetes mellitus öyküsü mevcuttur.)	
Şu Anki Hastalık Öyküsü: Polikliniğe çökkün duygudurum, ilgide azalma, uykusuzluk, kilo alma, yorgunluk ve perseküsyon hezeyanı belirtileri ile yakınları tarafından getirilen Ufuk Bey ile yapılan görüşme ve gözlem sonucunda tedavi düzenlemesi amacıyla bipolar bozukluk tanısıyla kliniğe yatışı yapıldı.	
Sosyal Öyküsü: On yıl önce eşinden ayrılan Ufuk Bey'in on altı yaşında bir çocuğu vardır. Şu anda kızıyla birlikte kendi ailesinin evinde yaşamaktadır. Üç ay önce işten çıkarılmıştır. Yakınlarının belirttiğine göre, bu olay sonrası Ufuk Bey'in belirtileri tekrar başlamıştır. Günde bir paket sigara tüketmektedir ve sosyal içicidir.	

Ruhsal Durum Değerlendirmesi	
Görünüm:	Yaşından büyük görünüyor, aralıklı göz teması var
Postür:	Başı eğik
Giyim:	Mevsime uygun
Kişisel Bakım ve Hijyen:	Özbakımda azalma
Yüz İfadesi:	Apatik, sınırlı göz teması
Konuşma:	Ses tonu düşük, konuşma hızı yavaş
Duygulanım ve Duygudurum:	Değersizlik duygusu, çökkün duygudurum
Yönelim (Oryantasyon):	Allopsişik ve otopsişik yönelimi var
Bilinç Düzeyi:	Glasgow Koma Skalası skoru: 15
Algılama:	Algılama sorunu yok
Dikkat:	Spontan ve volanter dikkatte azalma var
Yakın Bellek:	İyi
Uzak Bellek:	İyi

Yargılama Yeteneği:	İyi
Soyutlama Yeteneği:	İyi
Düşünce Süreci:	Düşüncede yavaşlama
Düşünce İçeriği:	Büyüklük düşünceleri

Önemli Laboratuvar Değerleri

Parametre	Değer	Referans Aralığı
Sodyum	138	136 – 146 mmol/L
Potasyum	4.6	3.5 – 5.1 mmol/L
Glukoz (açlık)	147	70 – 110 mg/dL
HbA1c	7.8	≥ % 6.5
BUN	18	7.9 – 21 mg/dL
Üre	37	17 – 43 mg/dL
Kreatinin	0.98	0.66 – 1.09 mg/dL
Total Kolesterol	262	120 – 200 mg/dL
LDL - Kolesterol	174	75 – 130 mg/dL
HDL - Kolesterol	32	40 – 60 mg/dL
Trigliserit	176	0 – 150 mg/dL
SGOT (AST)	28	0 – 50 U/L
SGPT (ALT)	16	0 – 50 U/L
Hemoglobin	14	11.5 – 16 g/dL
Hematokrit	48	35 – 55 %
WBC	9.75	4.10 – 11.00 10^3/µL
RBC	5.92	4.0 – 6.20 10^6/µL
Lityum	0.32	0.6 – 1.2 mEq/L
Valproik asit	38	50 – 100 mg/ml
Serbest T4	8.36	6.09 – 12.23µg/dL
TSH	2.63	0.34 – 5.6 mU/L

EKG Görüntüsü



Hekim İstemi

1. Glucophage 500 mg 1x1 (oral)
2. Lithuril 300 mg 3x2 (oral)
3. Depakin 500 mg 2x1 (oral)
4. Risperidon 2 mg 1x2 mg (sabah) 1x4 mg (akşam) (oral)
5. Akineton 2 mg 2x1 (oral)

Simülasyon Öncesi Katılımcı Hazıroluşluğu	
Bilgi Yeterlilikleri • Bipolar bozukluk tanısının belirti ve bulgularını açıklar. • Bipolar bozukluk tanı kriterlerini açıklar. • Ruhsal durum değerlendirme basamaklarını açıklar. • Fiziksel sağlığı değerlendirme basamaklarını açıklar. • Fiziksel sağlık sorunlarına yönelik uygun girişimleri belirler. • Terapötik ve non-terapötik iletişim tekniklerini açıklar.	**Beceri ve Tutum Yeterlilikleri** • Ruhsal durumu değerlendirir. • Fiziksel sağlığı değerlendirir. • Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlık sorunlarını belirler. • Belirlediği fiziksel sağlık sorunlarına yönelik girişimleri uygular. • Vaka ile terapötik iletişim kurar. • Fiziksel sağlık sorununa sahip ruhsal bozukluğu olan bireyin bakımını sağlamada duygularını açıklar. • Fiziksel sağlık sorununa sahip ruhsal bozukluğu olan bireyin bakımında özgüvenini geliştirir.
Simülasyondan Öncesi Katılımcı Hazırlığı • Konu ile ilgili program notlarını okuma • Referans bölümünde yer alan kaynakları okuma	
Simülasyon Öğrenim Çıktıları	
1. Ruhsal bozukluğu olan bireyin ruhsal durumunu değerlendirir.	
2. Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir.	
3. Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlık sorunlarını belirler.	
4. Belirlediği fiziksel sağlık sorunlarına yönelik girişimleri uygular.	
5. Değerlendirme sırasında vaka ile iletişimde terapötik iletişim tekniklerini kullanır.	
Simülasyonun temel amacı: Fiziksel sağlık sorunu olan ruhsal bozukluğa sahip bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir ve fiziksel sağlığını geliştirmeye yönelik önlemler hakkında vakaya bilgi verir. **Program/müfredat temel amacı:** Ruhsal bozukluğa sahip bireyin bakımını bütüncül olarak sürdürür.	

Gerçeklik	
Hasta □ **Standardize Hasta** □ Yüksek Gerçekli Simülatör □ Orta Gerçekli Simülatör □ Parça Görev Öğreticiler □ Hibrit **Hasta Görünüm Özellikleri (kıyafeti, ses tonu, pozisyonu):** Pijamaları giydirilen hasta yatağında semi fawler pozisyondadır. Kıyafetleri hafif	**Tanılama** □ **Laboratuvar** □ X-Ray □ **12'li EKG** □ Diğer **Kayıt Formları** □ **Hasta Değerlendirme Formu** □ **Hekim İstemi** □ Aldığı Çıkardığı İzlem Çizelgesi □ İlaç Yönetim Kaydı

dağınık ve kirlidir. Ses tonu düşüktür. Postürü eğiktir. Solgun görünmektedir. **Senaryonun Gerçekleştiği Ortam** □ Poliklinik □ Acil Servis □ **Yatan Hasta Servisi (Psikiyatri)** □ Yoğun Bakım Ünitesi □ Ameliyathane □ Doğumhane □ Hastane Dışı □ Diğer **Simülatöre Eklenecek Gerekli İlaçlar/IV Sıvılar ve Ekipmanlar** □ IV kateter □ İkinci IV kateter ……. sıvısı……ml/h □ IV pump □ Foley kateter…….cc çıkardığı olan □ PCA kateter □ IVPB……ml/h □ O_2 …… □ Monitör □ IV sıvılar: □ Oral ilaçlar: □ **Diğer** (Kol bandı)	□ Shift İzlem Formu □ Hemşire İzlem Formu □ Triyaj Formu □ Transfer Formu □ Diğer **Ortamda Gerekli Tıbbi Malzemeler** □ Sürgü/pisuar □ Foley katater malzemeleri □ Kateter malzemeleri □ IV infüzyon seti □ IV pump □ Beslenme pumpı □ O_2 seti □ Crash card hava yolu malzemeleri □ Crash card acil ilaçlar □ Defibrilatör □ Diğer **Simülasyonda Önerilen Mod** **Mulaj Özellikleri (Gerekli İse):**

Roller / Roller İçin Rehber	
□ **Hemşire** □ Sorumlu Hemşire □ Klinik Eğitimci □ Gözlemci/Gözlemciler □ Kayıt Ediciler □ Doktor □ Solunum Terapisti □ Anestezist □ Eczacı □ Laborant □ Sosyal Hizmet Sorumlusu □ Din Görevlisi □ Kod Takımı □ Destek Hizmetler □ Serviste Yatan Diğer Hastalar	**Rollerle İlgili Genel Bilgiler** **Hemşire:** Fiziksel sağlık sorunu olan ruhsal bozukluğa sahip bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir ve vakadan gelecek sorulara yanıt verir.

Simülasyon Öncesi Katılımcıya Verilecek Rapor
Psikiyatri yatan hasta servisinde hemşire olarak çalışmaktasınız. Bu sabah saat 08.00'de mesainiz başladı. Serviste toplam on iki vaka kalmaktadır, vardiya teslimi sonrası sorumlu hemşire tarafından üç vakanın bakımı size verilmiştir. Vaka dosyalarını incelerken kliniğe yeni yatışı yapılan Ufuk Bey'in fiziksel sağlığının değerlendirilmediğini fark ettiniz ve fiziksel sağlığını değerlendirmek üzere odasına gitmeye karar verdiniz. Senaryo; vakanın odasına girdiğinizde başlayacak olup moderatörün odaya girmesi ile sonlanacaktır.

Ön Bilgilendirme (Prebriefing) Rehberi
Adım 1: Sözel Oryantasyon (10 dakika)
Simülasyona dayalı uygulamanın hedeflerinin belirtilmesi
İlgili senaryoda katılımcıların hedeflerinin belirtilmesi
Senaryonun tanıtılması
Senaryoda öğrencilerin rolünün açıklanması
Senaryoda kullanılacak veri toplama araçlarının tanıtımı
Adım 2: Simülasyon Ortamının Önceden Deneyimlenmesi (15 dakika)
Simülasyonun yapılacağı yerin tanıtılması
Senaryo ile ilgili temel hemşirelik becerilerinin belirtilmesi
Senaryoda beklenen performansın açıklanması
Ekipman ve sarf malzemelerin yerlerinin ve nasıl kullanıldıklarının açıklanması

Bu senaryoda kullanılan referanslar, kanıta dayalı rehberler, protokoller ya da algoritmalar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2018). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık.
2. Türkiye Diyabet Vakfı (2017). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.
3. Kim, Y. J., Noh, G. O., & Im, Y. S. (2017). Effect of step-based prebriefing activities on flow and clinical competency of nursing students in simulation-based education. *Clinical Simulation in Nursing*, *13*(11), 544-551.
4. Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting excellence and reflective learning in simulation (PEARLS): Development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Simulation in Healthcare*, *10*(2), 106-115.
5. Hardy, S., White, J., & Gray, R. (2015). *The health improvement profile: A manual to promote physical wellbeing in people with severe mental illness.* England: M&K Update.
6. Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri görüşme ve muayene kılavuzu*. Ankara: HYB Basım Yayın.
7. Videbeck, S.L. (2014). *Psychiatric mental health nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Jeffries, P. R. (2012). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. New York, NY: National League for Nursing.
9. De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... & Leutch, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52-77

Senaryo İlerleme Taslağı					
FAZ	**Zamanlama**	**Standardize Hasta Eylemleri**	**Çevresel Faktörler**	**Beklenen Girişimler**	**İpuçları**
Faz I	**Giriş - 1. dk**	Vakanın yaşam bulguları stabildir. Vaka yatağında dinlenmektedir. TA: 123/76 mmHg, SS: 16/dk, N:85/dk, Vücut sıcaklığı: 37.1^{0}C Hemşire: Vakanın değerlendirmesini yapmak üzere odasına girer.	• Vakanın eşyalarının odaya yerleştirilmesi (kitap, kırılmaz bardak, kâğıt havlu)	• Vakaya kendini tanıtır. • Kimlik doğrulama yapar. • Ekipman kontrolü ve hazırlığı yapar.	**Vaka:** Hemşire kendini tanıtmazsa hemşireye ismini sorar.
	2.-3. dk	Vakanın yaşam bulguları stabildir. Vaka yatağında oturmaktadır. Vaka kaygılıdır. Değerlendirme sırasında soru sormaktadır. Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirme için gerekli ortamı sağlar ve fiziksel sağlığı değerlendirmeye başlar.		• Vakaya bilgi verir. • Standart önlemleri alır. • Fiziksel sağlığı değerlendirmeye başlar.	**Vaka:** Hemşire bilgi vermezse ne yaptığını/ yapacağını sorar.

Faz II	**4.-14. dk**	Vakanın yaşam bulguları stabildir. Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirir, değerlendirme sürecinde vakayı bilgilendirir.		• Fiziksel sağlığı değerlendirmeyi sürdürür. • Değerlendirme sırasında vakayı bilgilendirir.	**Vaka:** Fiziksel sağlığı değerlendirme sürecinde herhangi bir sorun olup olmadığını sorar. Hemşirenin bahsettiği önlemleri dikkatle dinler.
	15. dk	Vakanın yaşam bulguları stabildir. Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirme sonrası vakayı bilgilendirir ve odadan çıkar.		• Vakaya bilgi verir ve değerlendirmeyi tamamlar.	**Vaka:** Cevaplanmayan sorular olursa tekrar sorar.



FAZ III – ÇIKTI A	FAZ III – ÇIKTI B	FAZ III – ÇIKTI C
Katılımcı tüm anahtar girişimleri gerçekleştirirse	*Katılımcı anahtar girişimlerden bazılarını gerçekleştirirse*	*Katılımcı anahtar girişimlerin çoğunu gerçekleştiremezse*
Vaka Değerlendirme Durumu: Vaka ile etkili iletişim kurularak fiziksel sağlığı değerlendirilir ve vakanın fiziksel sağlık sorunları belirlenir. Vaka uyumlu davranış sergiler.	**Vaka Değerlendirme Durumu:** Vaka ile iletişimde ve/veya fiziksel sağlığı değerlendirme basamaklarında hata/eksiklik yaşanırsa vaka kaygılı davranıp soru sorar.	**Vaka Değerlendirme Durumu:** Vaka ile iletişim kurulamaz ve/veya fiziksel sağlığı değerlendirilemezse vakanın stres düzeyi yükselir ve öfkeli davranır.
Çevresel Faktörler: Vaka memnundur. "Beni bilgilendirdiğiniz için teşekkür ederim." "Sonuçları hekim ile paylaşınca beni de bilgilendirirsiniz değil mi?"	**Çevresel Faktörler:** Vaka kaygılı bir tavır içerisindedir. "Bir önceki yatışımda hemşire böyle değerlendirmemişti." "Sorularıma nasıl cevap alırım? Başka hemşire yok mu?"	**Çevresel Faktörler:** Vaka değerlendirmenin sürdürülmesini istemez.

EK 12: SİMÜLASYON TASARIM ŞABLONU
(HİBRİT SİMÜLASYON)

Geliştirilme Tarihi: 10.09.2018	**Dosya Adı:** Fiziksel Sağlığı Değerlendirme
Simülasyon Geliştiriciler: Gizem Şahin, Sevim Buzlu	
Disiplin: Hemşirelik	**Öğrenci Düzeyi:** Lisans
Yer: Beceri Laboratuvarı	**Çözümleme Yeri:** Çözümleme Odası
Simülasyon Süresi: 15 dakika	**Çözümleme Süresi:** 60 dakika

Vaka Bilgileri	
Vaka Ad-Soyad: Deniz Çelik	**Yaş:** 40
Cinsiyet: Erkek	**Boy ve kilo:** 168 cm, 75 kg
Beden Kitle İndeksi: 26,5 kg/m^2	**Bel çevresi:** 83 cm
Hekimi: Uzm. Dr. Osman Kara	**Alerjileri:** Bilinen bir alerjisi yok.
Bakım Veren Kişi: Kız Kardeşi	**Bağışıklama:** Anti HBs (+)
Primer Tıbbi Tanı: Majör Depresyon	**Cerrahi İşlem/ Girişimler ve Tarih:** Yok.
Geçmiş Tıbbi Öyküsü: Ruhsal bozukluğun ilk belirtileri dört yıl önce Deniz Bey eşinden boşanmadan önce başlamıştır. Yaşadığı ilişkiden dolayı büyük pişmanlık yaşayan Deniz Bey; çökkün duygudurum, ilgi azalması, zevk alamama, uykusuzluk, iştah kaybı ve suçluluk düşünceleri nedeniyle dört yıl önce psikiyatri polikliniğine başvurmuş ve kendi isteğiyle klinikte iki ay tedavi görmüştür. Dört yıllık süre boyunca Deniz Bey'in kendi isteğiyle üç kez daha kliniğe yatışı olmuştur. Son iki yıldır hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır.	
Şu Anki Hastalık Öyküsü: Polikliniğe çökkün duygudurum, ilgi azalması, uykusuzluk, kilo alma ve suçluluk düşünceleri ile başvuran Deniz Bey ile yapılan görüşme ve gözlem sonucunda tedavi düzenlemesi amacıyla majör depresyon tanısıyla kliniğe yatışı yapıldı.	
Sosyal Öyküsü: Evliliğinin ilk sekiz yılı eşiyle çok ciddi tartışmalar yaşayan Deniz Bey, eşiyle iletişimini sonlandırarak yalnızca aynı evde yaşamaya devam etmiştir. Deniz Bey bu dönemde başka bir ilişki yaşamış ancak sonrasında pişman olup bu kişiyle ilişkisini sonlandırmış ve bitirdiği ilişkisini eşine anlatmıştır. Durumu öğrenen eşi, Deniz Bey'in evi terk etmesini istemiştir. Kısa bir süre sonra da boşanmışlardır. Şu anda ablası ile birlikte yaşamaktadır. Çocuğu yoktur ve çalışmamaktadır. Ruhsal bozukluktan sonra sigara ve alkol tüketimi artmıştır.	

Ruhsal Durum Değerlendirmesi	
Görünüm:	Yaşından büyük görünüyor, aralıklı göz teması var
Postür:	Başı eğik
Giyim:	Mevsime uygun, dağınık, kirli
Kişisel Bakım ve Hijyen:	Özbakımda azalma
Yüz İfadesi:	Apatik, sınırlı göz teması
Konuşma:	Ses tonu düşük, konuşma hızı yavaş
Duygulanım ve Duygudurum:	Değersizlik duygusu, çökkün duygudurum
Yönelim (Oryantasyon):	Allopsişik ve otopsişik yönelimi var
Bilinç Düzeyi:	Glasgow Koma Skalası skoru: 15
Algılama:	Algılama sorunu yok
Dikkat:	Spontan ve volanter dikkatte azalma var
Yakın Bellek:	İyi
Uzak Bellek:	İyi

Yargılama Yeteneği:	İyi
Soyutlama Yeteneği:	İyi
Düşünce Süreci:	Düşüncede yavaşlama
Düşünce İçeriği:	Suçluluk düşünceleri

Önemli Laboratuvar Değerleri

Parametre	Değer	Referans Aralığı
Glukoz (açlık)	106	70 – 110 mg/dL
Potasyum	4.8	3.5 – 5.1 mmol/L
Total Kolesterol	251	120 – 200 mg/dL
LDL - Kolesterol	165	75 – 130 mg/dL
HDL - Kolesterol	38	40 – 60 mg/dL
Trigliserit	198	0 – 150 mg/dL
Hemoglobin	12.5	11.5 – 16 g/dL
Hematokrit	39.7	35 – 55 %
WBC	9.26	4.10 – 11.00 10^3/µL
RBC	5.53	4.0 – 6.20 10^6/µL

EKG Görüntüsü



Hekim İstemi

1. Cipram 20 mg 2x1 (oral)
2. Paxil 20 mg 2x1 (oral)
3. Ativan 1 mg 1x0.5 (oral)
4. Norvasc 10 mg 1x1 (oral)

Simülasyon Öncesi Katılımcı Hazıroluşluğu

Bilgi Yeterlilikleri

- Majör depresyon tanısının belirti ve bulgularını açıklar.
- Majör depresyon tanı kriterlerini açıklar.
- Ruhsal durum değerlendirme basamaklarını açıklar.
- Fiziksel sağlığı değerlendirme basamaklarını açıklar.
- Fiziksel sağlık sorunlarına yönelik uygun girişimleri belirler.
- Terapötik ve non-terapötik iletişim tekniklerini açıklar.

Beceri ve Tutum Yeterlilikleri

- Ruhsal durumu değerlendirir.
- Fiziksel sağlığı değerlendirir.
- Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlık sorunlarını belirler.
- Belirlediği fiziksel sağlık sorunlarına yönelik girişimleri uygular.
- Vaka ve yakını ile terapötik iletişim kurar.
- Fiziksel sağlık sorununa sahip ruhsal bozukluğu olan bireyin bakımını sağlamada duygularını açıklar.

	• Fiziksel sağlık sorununa sahip ruhsal bozukluğu olan bireyin bakımında özgüvenini geliştirir.

Simülasyondan Öncesi Katılımcı Hazırlığı

- Konu ile ilgili program notlarını okuma
- Referans bölümünde yer alan kaynakları okuma

Simülasyon Öğrenim Çıktıları
1. Ruhsal bozukluğu olan bireyin ruhsal durumunu değerlendirir.
2. Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir.
3. Ruhsal bozukluğu olan bireyin fiziksel sağlık sorunlarını belirler.
4. Belirlediği fiziksel sağlık sorunlarına yönelik girişimleri uygular.
5. Değerlendirme sırasında vaka ve yakını ile iletişimde terapötik iletişim tekniklerini kullanır.
Simülasyonun temel amacı: Fiziksel sağlık sorunu olan ruhsal bozukluğa sahip bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir ve fiziksel sağlığını geliştirmeye yönelik önlemler hakkında vaka ve yakınına bilgi verir. **Program/müfredat temel amacı:** Ruhsal bozukluğa sahip bireyin bakımını bütüncül olarak sürdürür.

Gerçeklik	
Hasta □ **Standardize Hasta** □ **Yüksek Gerçekli Simülatör** □ Orta Gerçekli Simülatör □ Parça Görev Öğreticiler □ Hibrit **Hasta Görünüm Özellikleri:** Pijamaları giydirilen hasta yatağında semi fawler pozisyondadır. Kıyafetleri hafif dağınık ve kirlidir. Ses tonu düşüktür. Postürü eğiktir. Solgun görünmektedir. **Hasta Yakını Görünüm Özellikleri:** Günlük kıyafetleri temiz, düzenli ve mevsime uygundur. **Senaryonun Gerçekleştiği Ortam** □ Poliklinik □ Acil Servis □ **Yatan Hasta Servisi (Psikiyatri)** □ Yoğun Bakım Ünitesi □ Ameliyathane □ Doğumhane □ Hastane Dışı	**Tanılama** □ **Laboratuvar** □ X-Ray □ **12'li EKG** □ Diğer **Kayıt Formları** □ **Hasta Değerlendirme Formu** □ **Hekim İstemi** □ Aldığı Çıkardığı İzlem Çizelgesi □ İlaç Yönetim Kaydı □ Shift İzlem Formu □ Hemşire İzlem Formu □ Triyaj Formu □ Transfer Formu □ Diğer **Ortamda Gerekli Tıbbi Malzemeler** □ Sürgü/pisuar □ Foley katater malzemeleri □ Kateter malzemeleri □ IV infüzyon seti □ IV pump □ Beslenme pumpı

Simülatöre Eklenecek Gerekli İlaçlar/IV Sıvılar ve Ekipmanlar □ IV kateter □ İkinci IV kateter ……. sıvısı……ml/h □ IV pump □ Foley kateter…….cc çıkardığı olan □ PCA kateter □ IVPB……ml/h □ O_2 …… □ **Monitör** □ IV sıvılar: □ Oral ilaçlar: □ **Diğer** (Kol bandı)	□ O_2 seti □ Crash card hava yolu malzemeleri □ Crash card acil ilaçlar □ Defibrilatör □ Diğer **Simulasyonda Önerilen Mod** Manuel mod kullanılacaktır. **Mulaj Özellikleri (Gerekli İse):**

Roller / Roller İçin Rehber	
□ **Hemşire** □ Sorumlu Hemşire □ Klinik Eğitimci □ **Vaka Yakını (Kız Kardeşi)** □ Gözlemci/Gözlemciler □ Kayıt Ediciler □ Doktor □ Solunum Terapisti □ Anestezist □ Eczacı □ Laborant □ Sosyal Hizmet Sorumlusu □ Din Görevlisi □ Kod Takımı □ Destek Hizmetler □ Serviste Yatan Diğer Hastalar □ Diğer	**Rollerle İlgili Genel Bilgiler** **Hemşire:** Fiziksel sağlık sorunu olan ruhsal bozukluğa sahip bireyin fiziksel sağlığını değerlendirir ve vaka ve yakınlarından gelecek sorulara yanıt verir. **Vaka Yakını (Kız Kardeşi):** Kardeşine destek olmak için onu ziyarete gelmiştir ve kaygılı gözükmektedir.
Simülasyon Öncesi Katılımcıya Verilecek Rapor Psikiyatri yatan hasta servisinde hemşire olarak çalışmaktasınız. Bu sabah saat 08.00'de mesainiz başladı. Serviste toplam on iki vaka kalmaktadır, vardiya teslimi sonrası sorumlu hemşire tarafından üç vakanın bakımı size verilmiştir. Vaka dosyalarını incelerken kliniğe yeni yatışı yapılan Deniz Bey'in fiziksel sağlığının değerlendirilmediğini fark ettiniz ve fiziksel sağlığını değerlendirmek üzere odasına gitmeye karar verdiniz. Senaryo; vakanın odasına girdiğinizde başlayacak olup moderatörün odaya girmesi ile sonlanacaktır.	

Ön Bilgilendirme (Prebriefing) Rehberi
Adım 1: Sözel Oryantasyon (15 dakika)
Simülasyona dayalı uygulamanın hedeflerinin belirtilmesi
İlgili senaryoda katılımcıların hedeflerinin belirtilmesi
Senaryonun tanıtılması
Senaryoda öğrencilerin rolünün açıklanması
Senaryoda kullanılacak veri toplama araçlarının tanıtımı
Adım 2: Simülasyon Ortamının Önceden Deneyimlenmesi (15 dakika)
Simülasyonun yapılacağı yerin tanıtılması
Senaryo ile ilgili temel hemşirelik becerilerinin belirtilmesi
Senaryoda beklenen performansın açıklanması
Ekipman ve sarf malzemelerin yerlerinin ve nasıl kullanıldıklarının açıklanması

Bu senaryoda kullanılan referanslar, kanıta dayalı rehberler, protokoller ya da algoritmalar

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu. (2018). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. Ankara: Miki Matbaacılık.
2. Türkiye Diyabet Vakfı (2017). *Diyabet tanı ve tedavi rehberi*. İstanbul: Armoni Nüans Baskı Sanatları A.Ş.
3. Kim, Y. J., Noh, G. O., & Im, Y. S. (2017). Effect of step-based prebriefing activities on flow and clinical competency of nursing students in simulation-based education. *Clinical Simulation in Nursing*, *13*(11), 544-551.
4. Eppich, W., & Cheng, A. (2015). Promoting excellence and reflective learning in simulation (PEARLS): Development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing. *Simulation in Healthcare*, *10*(2), 106-115.
5. Hardy, S., White, J., & Gray, R. (2015). *The health improvement profile: A manual to promote physical wellbeing in people with severe mental illness.* England: M&K Update.
6. Köroğlu, E. (2015). *Psikiyatri görüşme ve muayene kılavuzu*. Ankara: HYB Basım Yayın.
7. Videbeck, S.L. (2014). *Psychiatric mental health nursing.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Jeffries, P. R. (2012). *Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation*. New York, NY: National League for Nursing.
9. De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., ... & Leutch, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, *10*(1), 52-77.

Senaryo İlerleme Taslağı					
FAZ	**Zamanlama**	**Manken Eylemleri**	**Çevresel Faktörler**	**Beklenen Girişimler**	**İpuçları**
Faz I	**Giriş - 1. dk**	Vakanın kan basıncı değeri yüksek, diğer yaşam bulguları stabildir. Vaka yatağında dinlenmektedir. TA: 145/75 mmHg, SS: 16/dk, N:85/dk, Vücut sıcaklığı: 37.1^{0}C Hemşire: Vakanın değerlendirmesini yapmak üzere odasına girer.	• Vakanın eşyalarının odaya yerleştirilmesi (kitap, kırılmaz bardak, kâğıt havlu) • Kız kardeşinin oturduğu ve dinlendiği bir koltuk yerleştirilmesi	• Vaka ve yakınına kendini tanıtır. • Kimlik doğrulama yapar. • Ekipman kontrolü ve hazırlığı yapar.	**Vaka Yakını:** Hemşire kendini tanıtmazsa hemşireye ismini sorar.
	2.-3. dk	Vakanın kan basıncı değeri yüksek, diğer yaşam bulguları stabildir. Vaka yatağında dinlenmektedir. Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirme için gerekli ortamı sağlar ve fiziksel sağlığı değerlendirmeye başlar.	• Vakanın kız kardeşi kaygılıdır. Değerlendirme sırasında soru sormaktadır.	• Vaka ve yakınına bilgi verir. • Standart önlemleri alır. • Fiziksel sağlığı değerlendirmeye başlar.	**Vaka Yakını:** Hemşire bilgi vermezse ne yaptığını/ yapacağını sorar.
Faz II	**4.-14. dk**	Vakanın kan basıncı değeri yüksek, diğer yaşam bulguları stabildir.	• Vakanın kız kardeşi kaygılıdır. Değerlendirme sırasında sorulara cevap verildikçe ve	• Fiziksel sağlığı değerlendirmeyi sürdürür. • Değerlendirme sırasında vaka ve	**Vaka Yakını:** Fiziksel sağlığı değerlendirme sürecinde herhangi bir sorun olup olmadığını sorar. Hemşirenin

		Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirir, değerlendirme sürecinde vaka ve yakınını bilgilendirir.	bilgi aldıkça rahatlar ve uyum gösterir.	yakınını bilgilendirir.	bahsettiği önlemleri dikkatle dinler.
	15. dk	Vakanın kan basıncı değeri yüksek, diğer yaşam bulguları stabildir. Hemşire: Fiziksel sağlığı değerlendirme sonrası vaka ve yakınını bilgilendirir ve odadan çıkar.	• Hemşirenin bilgi ve beceri düzeyine göre vakanın yakını sakinleşir ya da kaygı düzeyi artar.	• Vaka ve yakınına bilgi verir ve değerlendirmeyi tamamlar.	**Vaka Yakını:** Cevaplanmayan sorular olursa tekrar sorar.



FAZ III – ÇIKTI A	FAZ III – ÇIKTI B	FAZ III – ÇIKTI C
Katılımcı tüm anahtar girişimleri gerçekleştirirse	*Katılımcı anahtar girişimlerden bazılarını gerçekleştirirse*	*Katılımcı anahtar girişimlerin çoğunu gerçekleştiremezse*
Vaka Değerlendirme Durumu: Vaka ve yakını ile etkili iletişim kurularak vakanın fiziksel sağlığı değerlendirilir ve vakanın fiziksel sağlık sorunları belirlenir. Vakanın yakını uyumlu davranış sergiler.	**Vaka Değerlendirme Durumu:** Vaka ve yakını ile iletişimde ve/veya fiziksel sağlığı değerlendirme basamaklarında hata/eksiklik yaşanırsa vaka ve yakını kaygılı davranıp soru sorarlar.	**Vaka Değerlendirme Durumu:** Vaka ve yakınıyla iletişim kurulamaz ve/veya vakanın fiziksel sağlığı değerlendirilemezse vaka ve yakınının stres düzeyi yükselir ve öfkeli davranırlar.
Çevresel Faktörler: Vaka ve yakını memnundur. "Bizi bilgilendirdiğiniz için teşekkür ederiz." "Sonuçları hekim ile paylaşınca bizi de bilgilendirirsiniz değil mi?"	**Çevresel Faktörler:** Vaka ve yakını kaygılı bir tavır içerisindedir. "Kardeşimin bir önceki yatışında hemşire böyle değerlendirmemişti." "Sorularımıza nasıl cevap alırız? Başka hemşire yok mu?"	**Çevresel Faktörler:** Vaka ve yakını değerlendirmenin sürdürülmesini istemez.

EK 13: “MEDİKAL SİMÜLASYON EĞİTİCİ EĞİTİMİ” KATILIM BELGESİ

EK 14: KURUM ÇALIŞMA İZNİ

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Bilimsel Araştırmalar Komisyonu

Tarih:11.01.2019

Sayı: 2019/1

Gündem:

4.İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dekanlığından gelen 26/12/2018-117202 tarih ve sayılı yazının görüşülmesi,

Alınan Kararlar

4.İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan gelen 26/12/2018 tarih ve 117202 sayılı yazı hakkında görüşüldü. Prof. Dr. Sevim Buzlu sorumluluğunda planlanan " Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgi ve Becerilerine İki Farklı Klinik Simulasyonun Etkisi" başlıklı araştırmanın araştırma uygulama sürecinin takip edilmesi ve etik kurul onayı alınması şartıyla kurumumuzda yapılması uygun bulunmuştur.

EK 15: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (DENEY GRUBU)

EK 15: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU
(KONTROL GRUBU)

EK 16: ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

EK 17: ETİK KURUL KARARI (GEÇERLİK - GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI)

EK 18: KURUM ÇALIŞMA İZNİ (GEÇERLİK - GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI)

EK 19: KURUM ÇALIŞMA İZNİ (GEÇERLİK - GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI)

ETİK KURUL KARARI

Tarih ve Sayı: 04/02/2019-25105

* B E K V E R 7 R P *

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Gizem ŞAHİN

Sayın Arş. Gör. Gizem ŞAHİN

Sorumlu araştırıcılığını üstlendiğiniz 2019/14 dosya numaralı "Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Sorunlarına İlişkin Bilgi ve Becerilerine İki Farklı Klinik Simülasyonun Etkisi" başlıklı çalışma Kurulumuzun 07.01.2019 tarih 01 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan

EK :
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

30/01/2019 B.İşl. : S.ARIK

Doğrulamak için:http://194.27.128.66/envision.Sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEKVER7RP

Ayrıntılı bilgi için irtibat : Süleyman ARIK Dahili : 10689
İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34452 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr

K-Q TSE-ISO-EN 9000

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN PSİKİYATRİ HASTALARININ FİZİKSEL SAĞLIK SORUNLARINA İLİŞKİN BİLGİ VE BECERİLERİNE İKİ FARKLI KLİNİK SİMÜLASYONUN ETKİSİ

ORIJINALLIK RAPORU

%11	%9	%4	%3
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
3	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1
4	acikerisim.istanbul.edu.tr İnternet Kaynağı	<%1
5	acibadem.dergisi.org İnternet Kaynağı	<%1
6	etheses.whiterose.ac.uk İnternet Kaynağı	<%1
7	acikerisim.ege.edu.tr:8081 İnternet Kaynağı	<%1
8	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	<%1