

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN ZOR HASTA OLARAK TANIMLADIKLARI BİREYLER İLE İLETİŞİM VE ÖFKE YÖNETİMİ BECERİLERİ KONUSUNDA STANDART HASTA İLE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

ARZU AYDOĞAN

HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN ZOR HASTA OLARAK TANIMLADIKLARI BİREYLER İLE İLETİŞİM VE ÖFKE YÖNETİMİ BECERİLERİ KONUSUNDA STANDART HASTA İLE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

DOKTORA TEZİ

ARZU AYDOĞAN

HEMŞİRELİK DOKTORA PROGRAMI

Ankara, 2018

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELERİN ZOR HASTA OLARAK TANIMLADIKLARI BİREYLER İLE İLETİŞİM VE ÖFKE YÖNETİMİ BECERİLERİ KONUSUNDA STANDART HASTA İLE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu AYDOĞAN

DOKTORA TEZİ

Tez Savunma Sınav Tarihi

13.02.2018

Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Meral DEMİRALP

Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK

Yrd. Doç. Dr. Sema KOÇAŞLI

Yrd. Doç. Dr. Sevil ŞAHİN

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

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

Yrd. Doç. Dr. Ender ŞİMŞEK
Enstitü Müdürü

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

BEYAN

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

13.02.2018
Arzu AYDOĞAN

"Öncelikle Aziz Vatanıma, beni yetiştiren canım anneme, kıymetli eşime,

candan öte oğlum ve kızıma ithaf ediyorum"

TEŞEKKÜR

Tezimin çalışma sürecinde başından sonuna kadar her zaman yanımda olan, bana değerli görüş, bilgi ve deneyimleri ile yol gösteren, öğrencisi olmanın ayrıcalığını he zaman hissettiren değerli danışmanım Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a

Tezim ile ilgili değerli görüşlerini sunan, zamanını ve bilgisini benimle paylaşan tez izleme komitesindeki değerli hocalarım Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK, Doç. Dr. Dilek AVCI ve Yrd. Doç Dr. Sema KOÇAŞLI'ya

Doktora eğitim sürecimde bilgi ve deneyimleri ile ufkumu genişleten ve yolumu aydınlatarak geleceğe daha bir umutla bakmamı sağlayan yürekten sevgi, saygı ve hayranlık duyduğum çok değerli hocalarım Prof. Dr.Ayşe ÖZCAN, Prof Dr. Nurgün PLATİN ve Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ'e ve diğer tüm değerli hocalarıma,

Tezimin analizlerinde ve yorumlanmasında değerli görüşlerini, bilgisini ve en önemlisi de kıymetli zamanını benden esirgemeyen Sayın Dr.Gülcan BAĞCIVAN ve Dr.Gönül KURT'a

Araştırmamın uygulamasını yapabilmem için gerekli izinleri veren ve çalışmam için uygun ortamı sağlamamda bana yardımcı olan çok değerli Bakım Hizmetleri Müdürüm Birgül ARMUTCU'ya ve araştırmama katılmaya gönüllü olarak bu eseri ortaya çıkarmama destek olan çok değerli meslektaşlarıma,

Her zaman beni destekleyen ve bana güç veren, azmini ve başarılarını hep örnek aldığım başta biricik annem olmak üzere, saygıdeğer babama ve kardeşlerime,

Ve bu yola çıktığım ilk günden beri bana hep inanan, güvenen, olumlu yönde desteğini hep arkamda hissettiğim biricik eşim sevgili yol arkadaşım Ümit AYDOĞAN' a ve küçücük kalpleri ile sevgilerini çıkarsız sunan göz bebeklerim oğlum Umut ve kızım İpek'e

Sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET…….....iv

ABSTRACT.....…….....v

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ……..vi

ŞEKİLLER DİZİNİ…… vii

TABLOLAR DİZİNİ……...…viii

1. GİRİŞ 1

1.1.Problemin Tanımı 1

1.2.Araştırmanın Amacı 4

1.3.Araştırmanın Hipotezleri 4

1.4.Araştırma Soruları 4

2. GENEL BİLGİLER..... 6

2.1.İletişim..... 6

2.2.Hemşirelik ve İletişim 7

2.3.Hasta Hemşire İlişkisinde İletişimin Amacı..... 10

2.3.1.Bireyi tanımak ve anlamak: ……...……11

2.3.2.Bireyin bakım gereksinimlerini belirlemek:……..……11

2.3.3.Hemşirelik bakımının amacına ulaşmak:…….…..11

2.4.İletişim Teknikleri 12

2.4.1.Tedavi Edici (Terapötik) Teknikler……..……..12

2.4.2.Tedavi Edici Olmayan (Nonterapötik) Teknikler……...…..17

2.5.Etkili İletişim Engelleri 18

2.5.1.Hasta-Bakıcı Engelleri..... 18

2.5.2.Sağlık Çalışanı Öğeleri……...19

2.6.İletişimde "Zor Hasta" Kavramı..... 19

2.6.1.Zor Hasta Davranışlarına Müdahale……..20

2.7.Hemşirelik ve Öfke Kavramı 22

2.7.1.Öfke Nedir?.....23

2.7.2.Öfkenin İşlevleri……25

2.7.3.Öfke İfade Biçimleri……..27

2.8.Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon 34

2.8.1.Eğitimde Standart Hastaların Kullanımı……35

2.8.2.Yüksek Uyumlu İnsan Simülasyonlarının Kullanımı……36

2.8.3.Sanal Gerçeklerin Kullanımı …….36

2.8.4.Ses İşitmenin Kullanımı…….37

2.8.5.Simülasyon Eğitiminde Çözümleme Aşaması (Debrifing)…....37

2.8.6.Simülasyon Eğitiminin Güçlükleri…….....38

3. MATERYAL VE YÖNTEM 39

3.1.Araştırmanın Şekli..... 39

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... 39

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi 39

3.4.Veri Toplama Araçları 42

3.4.1.Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu ……..42

3.4.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) 42

3.4.3.İletişim Becerileri Envanteri(İBE)…….43

3.4.4.Simülasyon Değerlendirme Formu……44

3.5.Uygulama Gereçleri 45

3.6.Veri Toplama Yöntemleri 45

3.7.Araştırmanın Hazırlık Aşaması..... 45

3.7.1.Zor Hastalar ile İletişimde Öfke Kontrol ve İletişim Becerileri Eğitim Programının Geliştirilmesi 45

3.7.2.Uygulamanın Aşamaları…….46

3.7.3.Araştırmanın Sınırlılıkları……..49
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu 50
3.9.İstatistiksel Analizler..... 50
3.10.Araştırmanın Akış Şeması..... 51
4. BULGULAR..... 52
4.1.Çalışmanın Birinci Aşamasına Ait Bulgular..... 53
4.2.Çalışmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular..... 55
4.2.1.Hemşirelere Ait Sosyo-demografik Özellikler……...55
4.2.2.Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Takip Ölçümlerinin Karşılaştırılması 61
5. TARTIŞMA..... 67
5.1.İletişim Becerileri Envanterine Ait Bulguları Tartışma 67
5.2.Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine Ait Bulguları Tartışma 71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... 75
6.1.SONUÇ 75
6.2.ÖNERİLER 76
7. KAYNAKLAR 77
8. EKLER 88
EK-1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu..... 88
EK-2. Sürekli Öfke Ve Öfke Tarzı Ölçeği..... 89
EK-3. İletişim Becerileri Envanteri..... 91
EK-4. Simülasyon Değerlendirme Formu..... 93
EK-5. Etik Kurul Onayı 94
EK-6. Enstitü İzni..... 95
EK-7. Kurum İzni..... 96
EK-8. Onam Formu..... 97
EK-9. Eğitim Kitapçığı…….....98
EK-10. Özgeçmiş……99

ÖZET

Hemşirelerin Zor Hasta Olarak Tanımladıkları Bireyler ile İletişim ve Öfke Yönetimi Becerileri Konusunda Standart Hasta ile Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Bu çalışma hemşirelere iletişim ve öfke yönetimi becerileri konusunda standart hasta eşliğinde verilen eğitimin etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü yarı deneysel desende yapılmıştır.

Çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde Mart 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışma deney grubunda 26, kontrol grubunda 30 hemşire ile yürütülmüştür. Çalışmada sosyo-demografik özellikler veri toplama formu, İletişim Becerileri Envanteri (İBE) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) uygulanmıştır. Her iki gruba eğitim verilmiştir. Deney grubuna teorik eğitimler sonrasında standart hasta ile eğitim verilmiştir. Gruplara ölçekler eğitim öncesi, eğitim sonrası ve eğitimlerin bitiminden 6 hafta sonra olmak üzere toplam 3 kez uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde 22.0 SPSS paket programı kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda deney grubundaki hemşirelerin İBE'nin ve SÖÖTÖ'nin alt ölçek puan ortalamalarında ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki hemşirelerin İBE'nin alt ölçeklerinden davranışsal ve duygusal alt ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunurken ($p<0,05$) SÖÖTÖ'nin alt ölçeklerinden öfke kontrol puanlarında anlamlı fark meydana gelmiş ($p<0,05$) diğer alt ölçek puanlarında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Standart hasta ile verilen simülasyon eğitimlerinin sözlü anlatıma göre üstünlüğünü ortaya koyan bu çalışma sonucunda simülasyon eğitimlerinin okullarda ve kurumlarda kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: İletişim, öfke yönetimi, simülasyon, zor hasta.

ABSTRACT

The Evaluation of The Effectiveness of Training Given to The Nurses in Communication with Patients Described as Difficult Patient and Anger Management Skills with Standard Patients

This study was conducted to determine the effectiveness of the training given to nurses about communication and anger management skills with standard patients by randomly controlled experimental pattern.

The study was applied at an education and research hospital from March 2017 to December 2017. The study was conducted with 26 nurses in the experimental group and 30 nurses in the control group. In the study, sociodemographic data gathering form, CSI, and STAXI were used. Both groups were trained. Training in standard patients was given to the experiment group after the theoretical training. The scales were applied to the groups three times; before training, after training and six months later after the trainings were completed. The evaluation of the data used 22.0 SPSS package program.

As a result of the research a significant difference was found statistically among measures of scale instruments score averages ($p<0.05$). Whereas a significant difference was found at the scores of behavioral and emotional scale instruments of CSI's scale instruments for the nurses in the control group ($p<0.05$), In a similar way, while a significant difference emerged at anger control scores, one of the scale instruments of STAXI ($p<0.05$), a significant difference was not observed at other scale instruments ($p>0.05$).

The use of simulation training at schools and institutions has been suggested as a result of this study which proves the superiority of simulation training with standard patients to lecturing.

Keywords: Anger management, communication, difficult patient, simulation.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

İBE	: İletişim Becerileri Envanteri
SÖÖTÖ	: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
CSI	: Communication Skills Inventory
STAXI	: The State–Trait Anger and Anger Expression Scale
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
TDK	: Türk Dil Kurumu
AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
SBEK	: Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu
SH	: Standart Hasta
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Min	: Minimum
Maks	: Maksimum
SS	: Standart Sapma
n	: Birey Sayısı
p	: Anlamlılık Düzeyi
t	: Bağımsız Gruplarda t Testi
Z	: Mann Whitney U Testi
X^2	: Ki Kare; Kruskal Wallis Testi
F	: Anova
r	: Korelasyon katsayısı

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Standart Hasta Uygulama Akışı…….49

Şekil 3.10. Araştırmanın Akış Şeması……51

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Hemşirelerin öntest sonucunda SÖÖTÖ ve İBE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı ……..……...40

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanları Yönünden Karşılaştırılması ……...41

Tablo 3.3. Hemşirelere verilen Eğitim Programının İçeriği, Oturum Sayı ve Süreleri …...…….….47

Tablo 4.1. Ön Test Grubunun Sosyo-Demografik Verilerinin Dağılımı ……..53

Tablo 4.2. Ön test Sonucunda Hemşirelerin SÖÖTÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları.54

Tablo 4.3. Ön test Sonucunda Hemşirelerin İBE ve alt Ölçek Puan Ortalamaları…54

Tablo 4.4. Deney Ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı ……...55

Tablo 4.5. Hemşirelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile SÖÖTÖ'nin Karşılaştırılması …….. 57

Tablo 4.6. Hemşirelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile İBE'nin Karşılaştırılması ……..……...59

Tablo 4.7. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hemşirelerin İBE'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması……61

Tablo 4.8. Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Hemşirelerin SÖÖTÖ'den Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması…….....63

Tablo 4.9. Deney Grubundaki Hemşirelerin Simülasyon Değerlendirme Durumları……..……65

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Hemşirelik sağlıklı/hasta bireylerin gereksinim duyduğu bakımı vermeyi amaçlayan ve bu amacına yönelik olarak veri toplayan, hedefleri belirleyen, belirlediği hedefler doğrultusunda girişimler planlayarak planladığı girişimleri uygulamaya geçiren bir meslektir. Bu yaklaşımda, amaç hemşirelere, bakım verdikleri hastalarını bütüncül olarak değerlendirebilme bilincini kazandırmaktır (1). Profesyonel bir hemşirenin görevi, hemşirelik mesleğinin amacını yerine getirecek şekilde hasta ile amaçlı bir etkileşimi planlamak, yönlendirmek ve rehberlik etmektir (2).

İletişim, kişilerarası ilişkilerde anahtar görevi görmektedir. İletişim; duyguların, düşüncelerin, beklentilerin ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (3,4). Bu nedenle, hemşirelikte iletişimin özel bir yeri bulunmaktadır. Hemşireler hastalarının problemlerini tanımlamada, çözmede ve bireylere verilen sağlık eğitiminde iletişim tekniklerini kullanmaktadırlar (5).

Kişilerarası iletişim süreçlerinde, zaman zaman iletişimi zorlaştıran durumlarda yaşanabilmektedir. Hasta-hemşire ilişkisi hastanın sağlık ihtiyaçları değiştikçe değişebilen ve hemşirelerin hastalarına olumlu duygular ve davranışlar gösterebildiği dinamik bir süreçtir. Bununla birlikte insanın doğası gereği böylesi davranışları her zaman göstermeyi imkansız kılabilmektedir (6). Hasta ile çalışan tüm sağlık profesyonellerinde olduğu gibi hasta- hemşire iletişiminde de zorlukların yaşanması söz konusu olabilmektedir. Bireyler arasında yaşanan ve iletişimi engelleyen güç durumların, hekim veya hemşire gibi sağlık profesyonellerinden ya da hastadan kaynaklanabileceği gibi, hastanın tedavisinin başarısızlığından, sağlık sistemindeki sorunlardan veya sosyal destek yetersizliklerinden de kaynaklanabildiği

belirtilmiştir (3). Hastalar ve hemşirelerin iletişimlerini inceleyen araştırmalara bakıldığında, ilişkide sorun yaratabilen bazı hasta davranışlarının ve hemşirelerin duygularını kontrol etmede yaşadıkları yetersizliklerin sebep olduğu saptanmıştır. Bu araştırmalar incelendiğinde; en çok "zor hasta" kavramı dikkati çekmektedir (5,7-9).

"Zor hasta" literatürde, iletişimi engelleyen davranışları olan hastalar olarak tanımlanmış olmakla birlikte bu terim aslında hastayı da etiketleme özelliği bulunması nedeniyle de dikkatli kullanılması gerekmektedir (1,10). Hemşireleri ve tüm sağlık çalışanlarını en çok zorlayan hastalar, içe dönük, sürekli isteklerde bulunan, ikincil kazanç sağlama peşinde olan, tehlikeli, agresif, öfkeli, ilgi bekleyen, sözel iletişim kuramayan ve ağlayan, sağlık ekibi ile işbirliği yapmayan, cinsel içerikli davranışları olan, kurallara karşı koyan, yalan söyleyen, korkmuş, inatçı, kafası karışmış, kışkırtıcı, kırıcı, hijyeni kötü olan, bakım ve tedavilerini red eden, hastalığını inkar etme gibi davranışlar gösteren hastalar olarak değerlendirilebilmektedir (1,10). Zor hastalar karşısında hemşireler birçok karmaşık duyguyu bir arada yaşamakta ve farklı iletişim davranışları sergileyebilmektedirler. Hemşireler zor hastalar karşısında sıklıkla sakinliklerini kaybedebilmekte ve sonuç olarak öfke patlamaları yaşayabilmektedirler. Ayrıca yetersizlik duygusu, suçluluk duygusu, kendilerini üzgün, sinirli ve çaresiz hissetme, değersizlik duygusu, hayal kırıklığı gibi negatif duygularda zor hasta karşısında hemşirelerin sıklıkla hissettikleri duygu durum ifadeleridir. Hasta açısından bakıldığında ise sağlık çalışanı tarafından zor hasta şeklinde etiketlenmek bireyselliğine zarar verirken hemşire ile iletişiminde de birçok probleme neden olabilmektedir. Zor hasta etiketiyle etiketlenen hastaya hemşirelerin verdiği bakımın kalitesi azalabilmektedir (5). Essary ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırma çalışmasında, zor hasta olgusunun sağlık çalışanı ile hasta arasındaki etkisiz iletişimden dolayı oluştuğunu, bu etiketleme sonucunda hastaların sağlık çalışanları tarafından suçlandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın sonucunda zor hasta grubuyla iletişim becerilerinin geliştirilmesinin sağlık çalışanlarına fayda sağlayacağı ve büyük oranda çatışmaların önüne geçilebileceği belirtilmektedir (11). Bu konuda yapılan çalışmalara bakıldığında genel kliniklerde hemşirelerde iletişim becerilerinin klasik eğitimlerle birlikte rol, oyunlar, standart hasta simülasyonları aracılığıyla geliştirilebileceği önerilmekle birlikte bu anlamda çalışma sayısı sınırlı olduğu da bilinmektedir(12,13).

Hemşirelerin iletişim becerileri kadar zor hasta ile iletişim sonucunda ortaya çıkan en yoğun duygu olan öfke duygusu ile baş etme becerilerinin geliştirilmesi de oldukça önemlidir. Hemşirelik mesleği öfke duygusunun sık hissedildiği mesleklerden birisidir (14). Bastırılmayan öfke veya saldırganlıkla ifade edilmeyen öfke ancak sağlıklı ve işe yarar olabilmektedir. Öfke duygusunun tanınarak kabul edilmesi ve sağlıklı biçimde ifade edilebilmesi için bu konuda hemşirelere eğitimler verilmeli ve bu beceriyi kazanmaları sağlanmalıdır (15,16). Öfke ve öfkeyi ifade etme biçiminin, kişilerarası ilişkiler, ruhsal ve fiziksel sorunlar üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır (16). Baran ve Okanlı'nın 2015 yılında yaptıkları çalışmada hemşirelerin öfkelerini tanıyabilme, varlığını kabul etme ve öfkelerini doğru bir şekilde ifade etmelerinin sağlanabilmesi için düzenli olarak öfke, öfke ifadesi ile ilgili hizmet içi eğitimler almaları gerektiği vurgulanmıştır. Öfke yönetimine ilişkin eğitimler diğer eğitimler gibi pek çok yol ile verilebilmektedir. Bu yollar bireysel ve grup eğitimleri şeklinde olabileceği gibi çeşitli simülasyonlar kullanılarak da verilebilir.

Simülasyon uygulamaları günümüzde yaygın kullanılabilen bir yöntemdir. Bu konuda yapılan çalışmaların daha çok öğrencilere yönelik olduğu çalışan hemşirelerde bu yöntemin daha az kullanıldığı belirlenmiştir. Özellikle ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği eğitiminde kullanılan simülasyon; hata nedeniyle hastaya zarar verme riski olmadan; terapötik öğretim becerileri, eleştirel düşünme, karar verme, yapılan girişimleri durdurabilme, interaktif öğrenme, problem çözme, kendini terapötik kullanma, kriz yönetimi, iletişim becerileri, öz yeterlilik, güven, kültürel yeterlilik ve klinikte düşünme/karar verme yetileri kazanmak için uygulanan bir yöntem haline gelmiştir (18-22). Günümüzde konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği uygulama alanları olan genel kliniklerde geleneksel eğitim modelleri yerine alternatif ve yenilikçi modellerin kullanılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu anlamda standart hasta simülasyon kullanılarak hemşirelerde iletişim ve öfke becerilerinin ele alındığı çalışma sayısının sınırlı olduğu ve bu kapsamda alan yazına katkı sağlamak amacıyla bu çalışma yapılmıştır. Bu çalışmada bu yöntemin dahili ve cerrahi kliniklerinde çalışan hemşirelerde iletişim ve öfke yönetiminde beceri geliştirmelerine yardım edebileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmada, hemşirelere zor hasta ile iletişim becerileri ve öfke yönetimi eğitimi standart hasta eşliğinde verilerek eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H_0: Hemşirelere verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarında etkilidir.

H_1: Hemşirelere verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin iletişim becerileri envanteri puanlarında etkilidir.

H_2: Hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarında etkilidir.

H_3: Hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin iletişim becerileri envanteri puanlarında etkilidir.

H_4: Hemşirelere psikoeğitime ek olarak standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi yalnızca sunuş yöntemi ile verilen eğitimden daha etkilidir.

1.4. Araştırma Soruları

1. Hemşirelere verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarında etkili midir?

2. Hemşirelere verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin iletişim becerileri envanteri puanlarında etkili midir?

3. Hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarında etkili midir?

4. Hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi hemşirelerin iletişim becerileri envanteri puanlarında etkili midir?

5. Hemşirelere sunuş yöntemine ek olarak standart hasta eşliğinde verilen iletişim ve öfke yönetimi eğitimi yalnızca sunuş yöntemi ile verilen eğitimden daha etkili midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İletişim

Dünyanın oluşması ile başlayan ve tüm canlılar arasında kullanılan iletişim, bireyin kendini, duygularını ve düşüncelerini, gereksinimlerini karşısındaki bireye anlatma ve onu anlama yoludur. İletişim sürekli gelişen dinamik bir süreçtir (23). Bir başka deyişle, iletişim, duyguların, düşüncelerin, fikirlerin, niyet ve gereksinimlerin insanlar arasında karşılıklı olarak iletildiği bir süreçtir (3). İnsanoğlu dünyaya geldiği andan itibaren çevresiyle iletişim içinde olmak zorundadır. Birey uyum sağlama çabasıyla çevresindekileri etkilemeye, değişim yaratmaya, bilinçli ya da bilinçsizce etkilenmeye, çevresine uyarlanmaya ya da çevresini kendi kurallarına uydurmaya çaba göstermektedir. Bu adaptasyon dönemi ve bireyleşme sürecinde gelişen kişilik özellikleri, iletişim çabaları ve alışkanlıklarıyla oluşmaktadır (24,25).

İletişim süreci tek yönlü ve çift yönlü olmak üzere iki çeşittir ve her ikisi de yeri geldiğinde kullanılmaktadır. Özellikle sağlık, eğitim ve aile alanlarında kullanılan iletişim çift yönlü olmalıdır. İletişimin tek yönlü işleyişinde bir kaynaktan bir ya da birçok alıcıya mesajın iletilmesidir. Burada alıcının iletiyi istenilen şekilde tam olarak algılayıp algılamadığı ve ne ölçüde etkilendiği araştırılmaz. Tek yönlü iletişim tek başına kullanıldığında etkisiz ve yetersiz olurken çift yönlü iletişim etkili ve istendik olandır. İki yönlü iletişimde gönderici ve alıcı rollerini değiştirmekte ve birbirlerinin rollerini üstlenmektedir. Böylece iletişim süreci amacına ulaşmış olur (23).

İletişimin, kaynak (verici), hedef (alıcı), mesaj-ileti ve kanal olmak üzere dört öğesi bulunmaktadır. İletişimi ilk başlatana kaynak/gönderici denmektedir. Gönderilen mesaj karşıdaki kişiye yönlendiği ve kişi mesajı aldığı zaman hedef durumundadır. Mesaj ise kaynak ve hedef arasında gidip gelen anlamlardır. Mesajların kaynaktan çıkarak istenilen hedefe ulaşmasını sağlayan ortam, yöntem ve teknikler kanalı oluşturmaktadır. Hedef, kaynaktan gelen mesajı aldığında açıp yorumlamakta ve kendisi de mesaj üretmektedir. Üretilen mesaj daha önce mesajı gönderen kaynağa gönderildiğinde kaynak olan kişi hedef olmaktadır. İletişim devam ettikçe kaynak-hedef döngüsü devam etmektedir (23,24).

İletişim becerisi, kişisel bir yetenek olmaktan ziyade eğitim ile öğrenilebilen teknikler zincirinden oluştuğu için eğitimin yaşamsal önemi vardır. İletişimde kullanılan teknik, bireyin kişiliği ve bireysel güven duygusu ile yakından bağlantılıdır. İletişimde önemli olan söylenen sözün ne olduğu değil nasıl söylendiğidir (24,26,27). Bireye verilmek istenilen mesaj kullanılan sözcüklerden ziyade kişinin ses tonu ve davranışları ile iletilir. Ses tonu ve davranışlar sarf edilen kelimeler kadar kolay kontrol edilemediği için bireyin duygu ve düşüncelerini daha net ortaya koyar. Beden dili, duruş, ses ve sözcüklerin iletişimde ne derece etkili olduğunu belirlemek için yapılan ve 7 yıl süren inceleme çalışmasında; iletişimde beden dilinin %60'ı, ses tonunun %30, kullanılan sözcüklerin ise sadece %10'u etkili olduğu belirlenmiştir (28).

2.2. Hemşirelik ve İletişim

Sosyal bir varlık olarak insanın temel gereksiniminden biri olan iletişim, insana hizmet eden tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelik mesleği için de en temel becerilerden biridir ve hasta-hemşire ilişkisinin ayrılmaz bir parçasıdır (5,9,29). Hemşire yardıma gereksinmesi olan bireye ya da hastaya gerekli mesleki yardımı sağlayarak hasta hemşire ilişkisini başlatmış olur (30,31). Peplau, geliştirmiş olduğu kişiler arası ilişkiler kuramında, hemşireliği, sağlık gereksinimine ihtiyacı olan birey veya hasta ile bu yardım gereksinimini algılayıp, onu karşılamak üzere eğitilmiş hemşire arasındaki ilişki olarak açıklamıştır. Peplau'nun kuramına paralel olarak Orlando ve Travelbee gibi hemşire iletişim kuramcılarda hemşireliği, kişilerarası bir etkileşim süreci olarak tanımlamışlar, hasta-hemşire etkileşiminin önemi üzerinde durmuşlardır (4).

Hemşire hasta etkileşiminde üç öğeden söz edilmektedir. Bunlar "hemşire", "hasta" ve "ilişki" kavramlarıdır. Bu kavramları kısaca tanımlayacak olursak;

Hemşire: Doğuştan getirdiği ve sonradan edindiği kendine özgü özellikleriyle bir benzeri daha olmayan bir insandır. Sağlık sorunu olan ve mesleki yardıma gereksinme duyan bireye, sorunlarıyla başa çıkabilmesi için, nasıl bir yardıma gereksinmesi varsa, bu yardımı verebilecek bilgi ve becerilerle donanmış bir meslek üyesidir (3,31).

Hasta: Öncelikle bir insandır ve yaşadığı toplumda birtakım rolleri vardır. Annedir, babadır, eştir, çocuktur, kardeştir, yöneticidir, bir kurumun elemanıdır, bir mesleğin üyesidir, öğrencidir, işçidir, … Sağlıkla ilgili bir sorunu olduğunda ve bu sorunu kendi başına çözümleyemediğinde sağlık profesyonellerin yardımına gereksinmesi vardır, bunun için bir sağlık kuruluşuna başvurur. Burada bireyin mevcut rollerine bir yenisi eklenir. Sağlık personeli tarafından "hasta" sözcüğü ile nitelendirilir (3).

İlişki: En az iki kişi arasında yer alan, görünmeyen fakat hissedilen bir bağdır. Mesleki ilişkide bu bağ, bireylerin birbirine karşılıklı değer vermelerine ve saygı duymalarına dayalıdır (3).

En basit gibi görünen bir hemşirelik girişiminde dahi birey-hemşire arasında karşılıklı etkileşim söz konusudur[4] ve bu etkileşim sırasında kullanmış olduğumuz iletişim teknikleri son derece önemlidir. İletişim teknikleri doğru kullanılmadığında hastayla sağlıklı bir ilişki kurulamamakta ve hasta kendini ve gereksinimlerini uygun şekilde ifade etme olanağı bulamamaktadır ve bunun sonucu olarak da bireyde yeni sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Ancak iletişim teknikleri doğru kullanıldığında karşılıklı olarak sorun çözücü ve doyumlu ilişkiler kurulabilmektedir. Hemşireliğin en temel amaçlarından biri bakım verdiği bireyin problemleriyle baş edebilmesine yardımcı olmaktır. Yardım edebilmenin en temel basamağı ise bakım verilen bireye ulaşabilmek, bireye değer verildiğini hissettirmek, bireyi anlamaya çalışmak, onunla ilgilenmek ve onun farkına vararak güvenildiğini hissettirmektir. Hemşirenin bakım verdiği bireye ulaşmasını sağlayan araç, hemşirenin iletişim bilgi ve becerisidir (32).

Hemşirenin hasta ile kurduğu yardım edici ilişkide iletişim becerilerini etkili kullanmada başarılı olabilmesi için karşılanması gereken bazı ön koşullar vardır. Bu ön koşullar birinci aşamada hemşirenin kendisini tanıması ve anlaması, gereksinimlerinin farkına varmasıdır. Bunun yanı sıra iletişim becerileri bilgisini geliştirmesi ve kazandığı becerileri kullanarak deneyim kazanması gerekmektedir. İkinci aşama olarak ise karşıdaki bireye saygı duymalı, onu olduğu gibi kabul etmeli, dinlemeli, ilgi olmalı ve güven sağlamalıdır (33,34).

Kendini Tanıma: Kendi değerlerini inançlarını, düşüncelerini, duygularını, tutumlarını, motivasyonlarını, ön yargılarını, güçlüklerini ve sınırlılıklarını anlama, diğerlerini nasıl etkilediğini ve kendisinin nasıl etkilendiğini anlama sürecine "kendini tanıma" denir. Hemşire kendi farkındalığını geliştirerek deneyimleri, değerleri, algıları ve baş etme becerilerinin hastalarla ilişkisini nasıl etkilediğini görebilir. Hemşire hastalarına bakım verirken kendine ait farkındalığı arttırmak için sürekli olarak kendini tanıma düşüncesine sahip olmalıdır (34).

Kendini Anlama: Hemşirenin kendi duyguları, güçlükleri, zayıflıkları ve gereksinimlerine ilişkin iç görüsünün olması anlamına gelir. Duygularının kendini ve başkalarını nasıl etkilediğini bilir. Böylelikle hemşirenin farklı fikirlere ve değerlere sahip olan diğer insanları anlaması ve kabul etmesi kolaylaşabilir (34).

İletişim Becerileri Bilgisini Geliştirme: Hemşire, iletişim becerilerine ilişkin bilgi ve becerilerini geliştirebilmelidir, iletişim ile ilgili kaynakları okuyarak, yayınları takip ederek ve bunlarla ilgili eğitimlere katılarak bilgisini geliştirebilir (34).

Becerilerin Kullanımı ile İlgili Deneyim Kazanma: Hemşire kazandığı iletişim becerileri bilgisini kişiler arası ilişkide başarılı bir şekilde kullanabilmek için günlük yaşamda ve mesleki ilişkilerde deneyimleyerek bu konuda geliştirmesi ve değiştirmesi gereken yönleri belirleyebilir. Bu şekilde aldığı geribildirimlerle hemşire iletişim becerilerini farklı hasta/hastalık yaşantılarında ve uygulamalarında daha etkin kullanabilir (34).

Saygı: Hastalara yalnızca insan oldukları için değer vermektir. Hemşirenin, hastayı bir birey olarak görmesi, düşünce, duygu ve eylemlerinde özgür olduğunu kabul etmesi ve bunu ona iletmesidir. Karşıdaki kişiye dönük olma, ismiyle hitap etme, göz iletişimi kurma, sözünü kesmeden dinleme davranışları yani etkin dinleme saygısını gösterir. Hemşirenin bu davranışı hastaya, "seninle beraberim, sana yardım etmeye hazırım" mesajını verir (34).

Kabul: Hastayı yargılamaktan kaçınma ve kişi olarak değerli olduğunu kabul etme söz konusudur. Bu, hastanın uygun olmayan davranışını kabul etme anlamına gelmez. Aksine yaşadığı duyguyu başkasına ya da kendisine zarar verebilecek davranışlarla göstermesine sınır konularak duygusunu sözel olarak ifade etmesi sağlanır. Bunun için hastanın onaylanmayan davranışı karşısında hasta ile iletişim koparılmadan, davranışı ve nedenleri üzerinde konuşularak hasta ile birlikte alternatif çözümler üretilir (34).

Dinleme: Dinleme, hastanın söylediklerini duymaktan ve aynen tekrarlamaktan daha öte bir iletişim becerisidir. Duyma yalnızca anlama ve yorumlamayı içerirken dinleme; hastanın bulunduğu tarafa dönme, yüzüne doğru bakma, göz ilişkisi kurma ile birlikte sorulabilecek soruları düşünmeyi ve yalnızca söylenenlere değil, beden dili ile verilen tüm mesajlara tepkide bulunmayı içermektedir (34).

İlgi Duyma ve Güven Sağlama: Hemşire hastaya ismiyle hitap ederek, ona zaman ayırarak dinleyip, açık tepki vererek saygısını iletir ve hasta bunu hisseder. Sözel iletişimde hemşire hastanın davranışına yönelik değer yargılamalarından uzak durmalıdır. Hemşire hastanın güçlüklerinin ve sınırlılıklarının farkında olduğunda ve bunlara odaklandığında hasta kendine gerçek ilgi gösterildiğini anlayabilmektedir (34).

Hemşire hasta ilişkisi güven gerektirir. Hemşirenin sözleri ve davranışları tutarlı ise güven ortaya çıkar. Hemşirenin hastaya saygı ve ilgi göstermesi, tutarlı ve ulaşılabilir olması, verilen sözü yerine getirmesi; getiremediğinde ise açıklama yapması hastanın hemşireye güven duymasını sağlayabilmektedir (34).

2.3. Hasta Hemşire İlişkisinde İletişimin Amacı

Travelbee, hemşirenin hastasıyla kurduğu ilişkide iletişimi, bilgisini ve becerisini üç amaçla kullandığını söyler (3,35). Bu amaçlar;

2.3.1. Bireyi tanımak ve anlamak

Hemşirenin yüz yüze geldiği her birey kendine özgü yönleriyle başka bir benzeri olmayan bir canlıdır. Her bireyin kendini, hastalığını ve hastanede yatışını ve uygulanan tedavileri algılayışı farklı olduğu için, bunlara göstereceği tepkilerde farklı olacaktır. Bireyin tepkileri tedavini gidişini ve sonucunu etkileyeceği için hemşire tarafından bilinmesi önemlidir (3).

2.3.2. Bireyin bakım gereksinimlerini belirlemek

Bireyin bakımını planlarken neler yapılacağına karar verebilmek için önce bireyin gereksinimlerini anlamamız gerekir. Bunu anlamak için de iletişim ve gözlem becerilerden yarar sağlanabilir (3).

2.3.3. Hemşirelik bakımının amacına ulaşmak

Travelbee'ye göre bakımın amacı; hastaya, hastalığıyla ve hastalığının yol açtığı diğer yaşam sorunlarıyla, baş edebilecek güce gelebilmesi için destek olmak ve bireyin yaşamış olduğu bu hastalık deneyiminden anlam bulmasına yardımcı olmaktır (3).

Hemşirenin mesleki sorumluluğu; bireyi tanımak, ihtiyaçlarını belirlemek, bu ihtiyaçlarını karşılayacak hemşirelik girişimlerini planlamak, bu girişimleri uygulamak ve sonunda, bireyin ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığının değerlendirmektir. Hemşire tüm bu basamakları yaparken elindeki en önemli aracı gözlem yeteneği ve iletişim becerisidir. Kullandığı iletişim tekniklerinin amacı ise; danışanın düşüncelerini, duygularını ve gereksinimlerini ifade etmesini kolaylaştırmaktır. Kullandığımız iletişim tekniği, bireyin duygu ve düşüncelerinden söz etmesini kolaylaştırıyorsa iletişim sürmektedir. İletişimi açık tutan bu tekniklere tedavi edici (terapötik) teknikler denir. Kullandığımız teknik hastanın kendini, duygu, düşünce ve gereksinimlerini anlatmasını engelliyor ve zorlaştırıyorsa, bu tekniklere tedavi edici olmayan (nonterapötik) teknikler denir (3).

2.4. İletişim Teknikleri

2.4.1. Tedavi Edici (Terapötik) Teknikler

Teröpatik iletişim hastanın gereksinimlerini karşılamaya odaklı, hasta ve hemşire arasında etkili bilgi alışverişini geliştirmek için kurulan kişilerarası etkileşim olarak tanımlanmaktadır (36). Tedavi edici iletişimde amaç hastaya en iyi bakımı verebilmek için etkili iletişimin en uygun yol olduğu düşünülmektedir. Yapılan uygulamaların etkili olabilmesi ve hastanın bilinçlenebilmesi için karşılıklı güven ve iş birliği önemlidir. Terapötik teknikleri kullanmanın temelinde tedavi sürecini hasta ile birlikte gerçekleştirerek hastadaki psikolojik yükü azaltmak gerekmektedir (3,36). Bu teknikler;

- **Gözlemleri iletmek:** Algılanan veya gözlemlenen şeylerin sözel olarak ifade edilmesidir. Hemşire her an hastayla ilgili birçok olguyu gözlemleme olanağına sahiptir. Bu gözlemler hasta ile ilgili veya durumla ilgili olabilir.

-"Bugün sıkıntılı görünüyorsunuz"
-"Bu sabah erken kalkmışsınız"
-"Az önce yakınınıza taburcu olmak istediğinizi söylüyordunuz, bu konuyla ilgili biraz konuşabilir miyiz?"

- Bu tekniğin faydalarına bakıldığında; öncelikle hastanın farkındalığı artmış olur ve kendisiyle ilgilenildiğini hisseder. Hastane ortamına uyum sağlaması kolaylaşan hastanın sağlık bakım davranışı da artar, böylece hemşirenin veri toplaması kolaylaşır ve gözden kaçan ayrıntıların fark edilmesi sağlanmış olur (36,37).

- **Soru Sorma:** İnsan ilişkilerinde soru sorma temel bir iletişim aracıdır. Teröpatik iletişimde soru sorma sanatı dinleme becerisi ve tepkisi olarak daha karmaşık bir role sahiptir. Soru sorma birçok amaç için kullanılabilmektedir. Bu amaçlar;

- Hastaya yardım edebilmek
- Bakımı planlayabilmek
- Geri bildirim almak

- Temel noktaları vurgulamak
- Farkındalığı arttırmak
- Öneri almak
- Toplanan bilginin doğruluğunu, geçerliliğini sağlama
- Sözlü ve sözsüz iletişimle ilgili oluşturulan varsayımları test etmeye yardım eder (36).

Açık uçlu sorular: Daha kompleks cevaplar verilebilen sorulardır. Hastanın kendisini rahat bir şekilde ifade edebilmesini sağlamaktadır yanıtlarına kısıtlama getirmez.

Kapalı uçlu sorular: "Evet", "hayır" ya da kısa tek kelimelik cevap verilen sorulardır. Genel ve belirsiz bir şekilde sunulan bilgileri daha belirgin hale getirmek amacıyla kullanılmaktadır.

Odaklı sorular: odaklanmış sorular, toplanan verilerin bazı bölümleri hakkında doğrudan sorulan açık uçlu soru tipleridir.

Sokratik soru sorma: Hasta ve hemşire arasındaki ortak ilişkinin kurulması açısından kullanışlı bir tekniktir ve birbirlerinin fikirlerini keşfetmelerine yardımcı olur. Bütün detaylar meydana çıkana kadar bir dizi sorgulamayı takip eden basit bir strateji kullanılır (36).

- **Konuşmayı cesaretlendirmek:** Özellikle ilişkinin başlangıç evresinde yararlı olmaktadır, kişinin konuşmasına destek verilmektedir (3).Bilginin açığa çıkmasına yardım etmekte ve karşılıklı olarak duygu ve düşüncelerin daha rahat paylaşılmasını sağlamaktadır. Pasif konumdaki hastanın aktif konuma geçerek iletişim becerisinin gelişmesine destek olur ve anlamayı geliştirir (37).

-"Devam edin"
-"Sonra ne oldu"
-"Hıhhı"

- **Kabullenici davranmak:** İnsanın en temel haklarından olan saygı görmenin bir göstergesi de ona karşı kabullenici tutum içinde olmaktır. Kabullenici davranmak demek bireyin yaptıklarını onaylamak veya düşüncelerine tamamen katılmak

anlamına gelmemektedir. Bireylerin hissettikleri duygular her ne ise**,** bunları hissetmeye haklarının olduğunu ve davranışlarını olduğu gibi kabul etmeyi içerir (3). Kabul gördüğünü hisseden hastada güven duygusu sağlanmış olur ve hemşire tarafından eleştirilmeyen hasta duygu ve düşüncelerini daha gerçekçi olarak paylaşabilir. Kabullenici tutum ortak paylaşımların gerçekleşmesini sağlar ve hasta-hemşire arasında hoşgörü ve saygıya dayanan bir iletişim gelişmesine neden olur ve böylece hastanın uyumu ve sağlık bakım davranışları da artar (37).

- **Duygulara yoğunlaşmak:** Hastane ortamına uyum sağlayamayan, kronik hastalığı bulunan ve umutsuzluk yaşayan hastalarda duygularına yoğunlaşmak daha etkili olmaktadır. Hemşirenin teşviki ile hastanın duygularının farkına varması sağlanır (3,37).

-Hasta: Her şey çok saçma ve anlaşılmaz
-Hemşire: Yaşadıklarınız sizi çok üzmüş sanırım.
-Hasta: Eşimin bu şekilde davranması, kazancını hep savurması ve biz yokmuşuz gibi davranması canımı çok sıkıyor.
-Hemşire: Bütün bu olanlar, sizi bunaltmış sanırım (37).

- **Açıklığa kavuşturmak:** Hastanın duygu ve düşünceleri net olarak anlaşılamadığında bunları ortaya çıkarabilmek için kullanılan bir tekniktir (37).

- "Ağrınız olduğunu ifade ediyorsunuz, bana tam yerini ve ne tarz bir ağrı olduğunu tarif edebilir misiniz?"
-"Anlatmak istediklerinizi tam olarak anlayamadım, size bu şekilde davranıyor olması size nasıl hissettirdi, duygularınızı daha açık ifade edebilir misiniz?"

- **Özetlemek:** Hemşire ve hasta arasında konuşulmakta olan konudaki ana konuların vurgulanmasıdır. Konuşulan konuların üzerinden bir kez daha geçilmesini sağlayarak anlaşılmayı arttırır.

-"Geçen görüşmemizde eşinizin sizi nasıl karşılayacağı ile ilgili endişeleriniz vardı"
-"Bugün üç temel nokta üzerinde durdunuz; bunlar ..."(37).

- **Dinlemek:** Tedavi edici ilişkinin ilk kuralı hastayı dinlemektir. Dinleme, söyleneni işitmekten öte anlatılmak istenen anlamı da fark edebilme eylemidir.

-Ön yargılar dinlememizi etkiler
-Endişe, korku gibi duygular ve ağrı gibi fizyolojik durumlar dinlemeyi engellemektedir. "Doktor ameliyat olacaksın dedi gerisini dinleyemedim".

- **Kapsamın yansıtılması**

-Hasta: "Odaya girdiğimde bayılacak gibi oldum. Oysa defalarca denemiştim, meğer hazır değilmişim.
-Hemşire: "Test yaptırmaya hazır olduğunuzu düşünüyordunuz, ama oraya gittiğinizde bunun için erken olduğunu gördünüz(3).

- **Duyguların yansıtılması:** Hastanın ifadelerinde belirtilen açık ve örtülü duyguların dile getirilmesidir (3).
-Hasta: "bütün bunlar olacak şey değil!"
-Hemşire: "Bütün bu olanlardan bunalmış gibisiniz."

- **Bilgi vermek:** Özellikle kliniğe yeni yatışta hastaların, hastane kuralları ve tedavi prosedürleri ile ilgili bilgi gereksinimleri bulunmaktadır. Bu bilgilerin uygun şekilde verilmesi bireyin ortama adaptasyonunu kolaylaştırmaktadır. Burada önemli olan hemşire bilgi vermeyle tavsiyede bulunmayı karıştırmamalıdır (3).

- **Kendi sözcükleri ile yinelemek**

-Hasta: Dün gece uyuyamadım, çünkü bugün olacağım ameliyatı düşünüyordum.
-Hemşire: Ameliyat olacağınız için endişelisiniz? (3)

- **Algıları kontrol etmek**

-"Gülümsüyorsunuz ama bana öfkelendiğinizi hissediyorum.
-"Sanki konuşmak istemiyor gibisiniz. Öyle mi?" (3)

- **Yapısallaştırmak:** Hemşire hastanın sorunların farkına varması ve başa çıkabilmesi için sorunlarını sıraya koymasına yardım eder (3).

- **Çelişkilere dikkat çekmek**

"Yani terfi edinceye dek aranızda böyle tartışmalar yaşanmıyor muydu? (3)

- **Geribildirim (Feedback)**

Yapıcı geribildirim özellikleri;

- Geribildirim hastanın kişiliği ile ilgili değil davranışı ile ilgilidir.
- Geribildirimde bulunurken; gözlediklerinizden çıkardığınız anlam veya yorumları değil gözlediğiniz davranışı vurgulayın.
- Geribildirimi yargılara değil tanımlara dayandırın.
- Aşırı genelleme yapan ifadeler kullanmayın.
- Şimdi ve burada ilkesi ile hareket edin.
- Tavsiye vermek yerine bilgi ve görüşlerinizi paylaşın.
- Kişiyi etki altına almaya çalışmayın.
- Yapabileceği şeyler üzerine odaklanmasını sağlayın.
- Hazır çözüm önerileri vermek yerine bireyin çözüm seçeneklerini kendisinin farkına varabilmesine yardımcı olun.
- Geribildirimi hastanın alabileceği ve yararlanabileceği miktarda sınırlayın
- Geri bildirimi uygun zaman da ve yerde verin.
- Geribildirim verirken söylenenlerin üzerinde durun.
- Geribildirim iletişimin açık olup olmadığını kontrol eder (3).

- **Bağlantı kurmak**

"Her iki çocuğunuzun da doğumundan sonra depresyon yaşamışsınız" (3)

- **Yüzleşmek**

Yapıcı yüzleşme için altı beceri;

1. Ben, benim, bana gibi kişisel ifadeler kullanılmalı (ben dili).
2. Hasta hakkında düşündüklerinizi veya hissettiklerinizi anlatan cümleler kullanılmalı.
3. Bireyin görünen davranışları tanımlanmalı.
4. Hissedilen duygunun adı söylenmeli.

5. “kendi sözcükleri ile tekrarlama” “Algıların kontrol edilmesi” gibi anlamayı amaçlayan iletişim teknikleri kullanılmalı.
6. Yapıcı geribildirim yeteneklerini kullanılmalı (3)

- **Yeniden yoğunlaşmak**

“Biraz önce kızınızı yuvaya göndereceğinizden söz ediyordunuz. Bu kararınızla ilgili düşüncelerinizin neler olduğunu merak ediyorum” (3)

- **Süreç**

“Bu oturumda, son beş dakikadan bu yana, ele alınması gereken çok önemli noktalar ortaya çıktı.”(3)

2.4.2. Tedavi Edici Olmayan (Nonterapötik) Teknikler

İletişimin etkili olmasında kişisel beceriler, nitelikler, psikolojik önyargılar ya da bilişsel durum etkili olabilmektedir. İletişim sürecinin tamamlanamaması veya başarısızlığı etkili olmayan iletişime ortam hazırlamaktadır. Etkili olmayan iletişim yöntemlerinin kullanılması kişinin kendisini anlaşılmamış hissetmesine neden olabilmektedir ve kendisini ifade etmesini engelleyebilmektedir (38).

- **Belirsiz güvenceler vermek**

“Her şey düzelecek”
“Her şey de bir hayır vardır” (3)

- **Belirsiz övgülerde bulunmak**

“Öyle iyi bir annesiniz ki, sizi sevmemesi imkansız” (3)

- **Onaylamak**

“Her zaman sözümüzü dinliyor ve itiraz etmiyorsunuz, sizden çok memnunuz” (3)

- **Moral verici konuşmalar, klişeler ve otomatik yanıtlar**
- **Teselli etmek**

- **Hemşirenin kendi yaşamından örnekler vermesi**
- **Nasihat vermek, ısrar ve ikna etmek**

“Sen en iyisi annene onunla birlikte oturamayacağını söyle”

- **Yargılamak, kınamak**

“Ayıp değil mi size, hiç yakıştıramadım”

- **Savunmak**

“Gece çalışan hemşire tek başına kırk hastanın hangi birine yetişsin”

- **Duyguları azımsamak**
- **Konu değiştirmek**

-Hasta: “Ölmek istiyorum”
-Hemşire: “Bu hafta sonu ziyaretçiniz geldi mi?”

Hemşire ulaşılabilir olursa hastayı dinler, sözlü ve sözsüz davranışlarındaki ipuçlarını değerlendirebilir, kendini onun yerine koyabilir ve onu anlama olanağı artar(3).

2.5. Etkili İletişim Engelleri

Hasta-Bakıcı Engelleri

Çevre: Gürültü, Mahremiyet eksikliği ve tedavi ekibi ve gelen ziyaretçileri üzerinde kontrol eksikliğinin olması

Korku ve Anksiyete: Yargılanma, Zayıf olma, Kırılma ve ağlama

Diğer Engeller: Duygularını açıklamada, ifade etmekte güçlükler, başkalarına güçlü görünme çabası

Sağlık Çalışanı Öğeleri

Çevre: İş yükünün fazla olması, zaman yetersizliği, destek eksikliği, ekip içi çatışmalar

Korku ve Anksiyete: Hastayla konuşarak onun anksiyetesini arttırmak veya zor sorulara maruz kalmak.

Diğer Engeller: Hastanın soruları ve duyguları ile başa çıkabilecek yeterli bilgi ve donanımda olmaması, kendi görevi olarak görmemesi (29).

2.6. İletişimde "Zor Hasta" Kavramı

İletişim, kişilerarası ilişkilerin temel öğesidir. Ancak zaman zaman kişilerarası süreçte iletişimi zorlaştıran durumlar yaşanmaktadır. İletişimi zorlayan durumların, hekim veya hemşire gibi sağlık profesyonellerinden ya da hastadan kaynaklanabileceği gibi, hastanın tedavisinin başarısızlığından, sağlık sistemindeki sorunlardan veya sosyal destek yetersizliklerinden de kaynaklanabildiği belirtilmiştir (1,3,28,35,39). Literatürde, iletişimi engelleyen davranışları olan hastalar "zor hasta" olarak tanımlanmaktadır (1, 35).

Literatürde zor hasta, sürekli talepte bulunan, hastalığından ziyade kazançlarının peşinde olan, agresif veya içedönük, tehlikeli, sürekli beklenti içinde olan, ağlayan ve iş birliği yapmayan, cinsel içerikli davranışlarda bulunan, konuşmayan, kural tanımayan, yalan söyleyen, inatçı, kışkırtıcı, kırıcı, hijyeni kötü olan, sağlık bakım davranışlarına uyum göstermeyen, hastalığını inkar eden bireyler olarak belirtilmektedir (1,35,40). Zor hasta davranışları hemşire-hasta etkileşimini ve muhtemelen, hemşirelik bakımının kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (41). Bu hastalar, sağlık çalışanlarında duygusal gerilim, tükenmişlik, hayal kırıklığı, öfke gibi olumsuz unsurları içeren duyguların yaşanmasına sebep olmaktadırlar. Hemen hemen her klinik ortamda zor hastalarla karşılaşmak mümkündür ve dolayısı ile, sağlık çalışanları arasında zor bir hasta ile etkileşimde bulunmuş olmak, ortak bir sorundur. Bu tür hastalardan sakınmak, uzak kalmak hastayı idare edebilmek için genellikle tercih edilen ancak etkili olmayan yoldur. Bu tür hastaların yönetiminde

davranışların sebeplerine inmek çok daha etkili bir yoldur (42). Hasta hemşire iletişimde sorun yaşanmaya başlandığı an hemşirenin sorunun kaynağını tespit etmeye çalışması ve sorunun hemşireden mi, hastadan mı ya da her ikisinden mi kaynaklandığını tespit etmesi sorunların çözümünde ve zor hastaların yönetiminde son derece önemlidir. Sürekli hemşire çağrı ziline basarak hemşireyi yanına çağıran bir hasta gerçekte güven sorunu yaşadığı için bu şekilde davranabilmektedir. Hastanın bu davranışının altında yatan gerçek sebebi değerlendirmeden harekete geçen hemşire hastanın bu davranışını yanlış yorumlayarak öfke duygusunun ortaya çıkmasına sebep olabilir. Durumu değerlendirmeden tepki vermek olumlu hemşire-hasta etkileşimini engelleyebilmekte ve hastanın aldığı bakımın kalitesini de azaltabilmektedir (41).

Zor hastalar hemşirenin güvenliğini tehdit edebilmekte ve iş ortamında hemşire için stres kaynağı haline gelebilmektedir (1,43). Hastalara istenen bakımı verebilmek ilgi, beceri ve güven gerektirmekte, ancak tedaviye direnen zor hastalar hemşirenin kendine olan güvenini ve profesyonel kimliğini zayıflatabilmekte ve zor geçen etkileşimler sebebiyle hemşireler kendilerini çaresiz, umutsuz, üzgün ve yetersiz hissedebilmektedirler (1).

Hekimler açısından bakıldığında ise zor hastalar adeta hekimin düşüncelerine saldırmakta, hekim için hayal kırıklığı, rahatsızlık, endişe kaynağı haline gelmekte (1,44), hekimler bu hastalarla etkileşim sonrası ciddi düzeyde stres yaşamaktadırlar (1,45). Hekimler zor hastalarla iletişimde hoşnutsuzluktan, korku ve ümitsizliğe kadar değişebilen duygular belirtmektedirler (1).

2.6.1. Zor Hasta Davranışlarına Müdahale

Kliniklerde karşılaşılan, hemşirenin fizyolojik ve psikolojik anlamda güçlük yaşamasına neden olan, tedaviyi ve etkili hemşirelik bakımını olumsuz etkileyen, zor hasta davranışlarına müdahalede bulunurken, dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Öncelikle hastanın hastalık tanısından oluşan ibaret bir varlık gibi değil, yardıma ihtiyacı olan bir birey olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Hastayı aktif şekilde dinlemek son derece önemlidir. Hastanın sözel olarak ifade ettiklerinin yanında sözsüz davranışlarına ve asıl ifade etmek istediklerinin ne olduğunu

anlayabilmek gerekmektedir. Bunun için hasta ile iletişimde iletişim tekniklerini doğru bir biçimde kullanarak hastanın kendisini uygun şekilde ifade etmesine olanak sağlanmalıdır. Ayrıca hastada anksiyete yaratan durumlar değerlendirilmeli ve uygun destek kaynakları araştırılarak, bu kaynaklardan faydalanabilmesi sağlanmalıdır (1,3,28).

Zor hasta davranışını yönetmede kullanılan en etkili yöntemlerden biri empati yapmaktır. Empatik olma yeteneği zor hasta ile karşılaşmayı ve iletişim kurulmasını kolaylaştırır. Hemşire- hasta ilişkisi açık ve anlaşılır bir çerçevede kurulursa etkili bir ilişki olur. Doğrudan konuşmak ve davranmak, uygun olduğu düşünülen durumlarda mizahı kullanmak, hastanın bakım ve tedavisinde hasta ve ailesiyle iş birliği yapmak hemşire- hasta ilişkisini olumlu etkilediği gibi hastanın bağımsızlaşmasını ve kendi bakımına katılmasını olumlu etkiler. Hastaya inanmak ve hastayla birlikte hazırlanacak gerçekçi bir bakım planı oluşturmak da sağlıklı bir ilişki geliştirilmesi ve sürdürülmesini etkiler (1).

Wolf ve Smith yaptıkları çalışmada hemşireler tarafından en çok hastanın bağımlılığına saygı gösterme, hastaya, hastanın ailesine saygı, samimiyet ve açıklıkla yaklaşma, asıl problem üzerine odaklanma, hastanın sözsüz ifadelerine de dikkat etme, hasta ve ailesi ile iletişim sırasında sabırlı olma ve empatik hareket etme gibi yöntemleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Bunların dışında, hastaya ne istediğini sorma, hastayla gerçek bilgileri paylaşma, hastanın ne yaşadığını ve hastalığıyla nasıl baş ettiğini anlamaya çalışma, ekip içi yardımlaşma, hastanın mental sağlığını değerlendirme, hastaya durumunu kontrol edebilmesi için yardım etme gibi birçok yöntemde hemşireler tarafından kullanılmaktadır (1).

Zor hasta ile iletişimde sağlık çalışanının öncelikle kendi duygularını tanıması gerektiği belirtilmektedir. Hekim/ hemşirenin kendi duygularının farkında olması zor hasta davranışına müdahalenin ilk ve en önemli adımı olarak değerlendirilmektedir. Hasta ile dürüstlük, empati ve güvene dayalı sağlıklı bir iletişim kurmak hastanın "zor hasta" olmasını önlemek için atılacak ilk adımdır (1,46).

2.7. Hemşirelik ve Öfke Kavramı

Bireylerin çalışma yaşantısından, çalışma yaşantısının da bireyleri etkilediği bilinen bir gerçektir. Çalışan bireylerin beden ve ruh sağlığını sürdürebilmesi, kişilerin çalışma yaşamının fizyolojik ve toplumsal kaynaklı zararlı etkilerden korunabilmesi, günümüzde bilimin temel amaçlarından biri olmuştur (47). İşyeri stresinin en yoğun yaşandığı yerlerden biri olan hastaneler, özellikle ekonomik yönden zayıf ve daha düşük statüde çalışanlar için engellenme ve kısıtlanmalarla doludur ve bu engellenmeler sonucu sıklıkla yaşanan en yoğun duygu öfkedir (14,48). Hemşirelik mesleği de öfke duygusunun sık hissedildiği mesleklerden birisidir. Hemşireler zaman zaman kendilerini yeterince ifade edemedikleri için öfke yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte çalışma koşulları, ücret yetersizliği, yönetimle ilgili yaşanan olumsuzluklar, ekip üyeleri arasındaki anlaşmazlıklar ve çatışmalar, hasta sayısının fazla olması, şiddet durumlarıyla karşılaşma, istenilen bakımın verilememesi hemşirelerin öfkelenmelerine neden olan diğer önemli unsurlardır (14,49,50).

Hemşirelerin cinsiyetleri gereği, toplumsal rolleriyle paralel olan öfke ifadelerinde; çekingen davranmakta ve öfkelerini yararlı kullanamamaktadırlar. Hatta öfkeleri, onlar için yıpratıcı olabilmektedir. Hemşireler bakımda, öfkenin sözel olarak ifade edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Ancak bunu genel yaşamları gibi mesleki yaşamlarında da etkin yapamadıklarında, profesyonellik gereği terapötik iletişimi yönetmekte zorlanmaktadırlar. Hemşireler öfkelerini, daha çok bastırmakta ve bastırdıkları hisleriyle baş etmeye çalışmaktadırlar. Bununla birlikte, bazı durumlarda açıkça öfke patlamaları yaşamakta veya sıklıkla öfkelerini dolaylı bir şekilde edilgen saldırgan davranışlarla ifade etme davranışı gösterebilmektedirler. Diğer taraftan öfkelerini hiçbir şekilde ifade etmediklerinde içlerinde tutmakta ve benliklerine yönlendirmek durumunda kalmaktadırlar (51).

Hasta bireylere yaklaşımda, hemşirelerin öncelikle kendi duygularını kabullenmesi, fark etmesi, duygularını kontrol ederek hastaya yardım için kullanması oldukça önemlidir. İş stresinin en yoğun yaşandığı kurumlardan biri olan hastanelerde sağlık personelinin hizmet verdikleri kişilere yönelik olarak,

kendilerinden beklenen çok sayıda olumlu özelliklerin yanı sıra, öfkelerini de doğru bir şekilde yönetebilmeleri beklenmektedir (52).

2.7.1. Öfke Nedir?

Türk Dil Kurumunun tanımına göre öfke engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap olarak tanımlanmaktadır (tdk.gov.tr E.T:07.02.2017). Öfke, kişinin doğasında var olan ve yaşamının ilk yıllarında gelişmeye başlayan, bireylerin günlük hayatı içerisinde sık sık oluşan, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere karşı gelişen doğal, evrensel, saldırganlık ve şiddet içermeyen, hayatı zenginleştiren, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan duygusal bir tepkidir (14,47,53-56). Farklı tanımlara göre ise öfke, duygusal bir tepki, bireyi uyaran bir işaret, yeni öğrenmeleri sağlamak için motivasyon kaynağı, kontrol edilemediği durumlarda hem kişi hem çevresi için zararlı olabilen bir duygu olarak da tanımlanabilmektedir (53,57,58).

Öfke duygusu da sevme, hoşlanma, nefret, korku gibi en temel duygulardan biridir (17,53,59) ve bireyden bireye farklılık gösterebilir. Bir kişi sırada beklerken öfkelenebilirken kendi iş performansı ile ilgili olumsuz eleştirileri sakince dinleyebilir. Diğer bir kişi ise sabırla sıra bekleyebilirken kendi iş performansı ile ilgili olumsuz eleştiriler karşısında aniden öfkelenebilir. Öfkeyi tetikleyen olaylar bireyin geçmişi ile bağlantılı olduğu kadar sahip olunan kurallar ve inançlar ile de bağlantılıdır (60).

Birey tehdit hissettiğinde, anksiyetesi artar, tehdidin özelliğine göre birey kendisini kızgın-kırgın-engellenmiş hisseder ve öfkelenir. Hissedilen tehdit edici durum, benlik saygısını zedeleyici nitelikte ya da karşı konulamayacak güçte ise, öfkenin şiddeti de artar. Öfke duygusunun açık bir şekilde doğrudan ifade edilmesi genellikle yıkıcı bir özellik olduğundan, bu duygu olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Oysa öfke, düşünülenin aksine olumsuz bir duygu değil, bireyi uyaran ve canlı kalmasını sağlayan bir duygu ifadesidir (51). Belirli sınırlar içinde yaşanan öfke, bireyin kendi varoluşunu sağlayabilmesi, kendisini tanıtabilmesi ve çevreye kabul ettirmesi, çevresinden saygınlık kazanması ve bu saygınlığı

sürdürebilmesi açısından hem geliştirici hem yapıcı rol üstlenmektedir (50,51). Novacoda öfkenin yararlı yanlarının olduğundan söz etmiştir. Novaco'ya göre, öfke kişiye enerji hissettirir. Hissettirdiği bu enerji ile bireyi harekete geçirir ve ortamı denetleme duygusu verir (47,61). Diğer taraftan öfke belki de en tehlikeli olabilen duygusal bir tepki olarak da tanımlanabilmektedir. Kontrol edilemeyen öfke hem birey hem de toplum üzerinde oldukça olumsuz etkiler yaratabilmektedir (53). Öfke duygusunun uygun bir şekilde kontrol edilememesi durumunda bireyde saldırgan davranışlar ortaya çıkmakta ve böyle bir durumda da kişiler arası ilişkilerde ve yaşam kalitesinde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Öfkeyi yaşayan için, öfkenin nasıl kontrol edileceği, öfkenin yöneldiği kişi içinse, bu öfkeyle nasıl başa çıkabileceği önemli bir problemdir. Duygusal, fizyolojik, bilişsel ve sosyal boyutlarda yaşanan öfkenin, yoğun ve istenmeyen etkileri göz önüne alındığında ciddi sorunlara kaynaklık ettiği görülmektedir. Uygun bir şekilde ifade edilemeyen öfkenin birçok olumsuz sonuçları olabilmektedir. Kontrolden çıkan öfke duygusu bireyler arasında problemli ilişkilere, eşler arasında boşanmalara, iş hayatında verimliliğin ve üretkenliğin azalmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta ciddi sorunlara ve kişilerin suç işlemelerine neden olabilmektedir (57).

Spielberger, yaşanan öfkeyi sürekli ve durumsal olarak iki boyutta ele almıştır. Durumsal öfke; engellenme ya da haksızlık yaşadığı düşüncesi karşısında bireyin yaşadığı gerilim, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin genellikle hangi sıklıkla yaşandığını ifade eden bir kavramdır (47). Sürekli öfke, çoğunlukla psikolojik, davranışsal ve fiziksel hastalık durumlarıyla ilişkili olup (62, 63), sürekli öfke düzeyleri yüksek olan bireylerin toplumsal yaşantılarla ilgili daha fazla hayal kırıklığı, kızgınlık duygusu ve tehdit algısı yaşadıkları belirtilmektedir. Sürekli öfke; ailede, iş yaşamında ve giderek toplumsal yaşamın her aşamasında kişiler arası ilişkileri bozabilmekte, insan ilişkilerinde ortaya çıkan problemlerin daha büyüyerek çözülemez duruma gelmesine sebep olabilmekte ve saldırgan tepkilere neden olmaktadır (63,64).

Öfke duygusu ile birlikte 5 boyut birbiriyle ilişkili ve eşzamanlı olarak aktif olur (63,65). Bu boyutlar:

Biliş: Kişinin o andaki düşünceleridir, örneğin reddedildiğini, engellendiğini, yetersiz olduğunu düşünmek gibi.

Duygu: Öfkenin yol açtığı fiziksel uyarılmadır. Kalbin hızlı çarpması, ateş basması, sık sık ve zor nefes alma, ağrılar gibi tepkiler görülebilir.

İletişim: Kişinin öfkesini çevresindekilere yansıtma biçimidir. Sözlü veya sözsüz mesajlarla çevremizi haberdar etmek, ses tonunun yükselmesi, öfkeli bir bakış veya kaçınma, ortamdan uzaklaşma davranışı gibi.

Etkileniş: Kişinin öfkeli olduğunda hayatı algılayış biçimidir. Kızgınlık, can sıkıntısı, bıkkınlık, isteksizlik, çaresizlik gibi duyguların yaşanması bu duruma örnek olarak verilebilir.

Davranış: Kişinin öfkeli olduğunda sergilediği davranışlardır. Bağırmak, eşyaları kırmak, duvarlara vurmak veya saldırgan davranışlarda bulunmak başlıca görülebilen davranışsal tepkilerdir.

2.7.2. Öfkenin İşlevleri

Öfke duygusu yapıcı bir şekilde ifade edildiği zaman, sağlıklı ve bireye enerji hissettiren bir duygudur. Öfkenin içe atılması veya uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, bireyin hem kendisine hem çevresine zarar verebilmektedir (51). Öfkenin işe yarar olup olmadığını belirlemede, yaşadığı öfke duygusunun bireyi istediği amaca ulaştırıp ulaştırmadığı ya da bireyde yenilgi duygusunu yaratıp yaratmadığı belirlenerek, öğrenilenlerin sentezlenmesi ve öfke hakkında anlamlı, kişisel bir felsefe oluşturulması gerektiği belirtilmektedir (66). Öfkenin sağlıklı şekilde ifade edilememesi durumunda, bireyin enerjisi tükenmekte, davranışlarını kontrol etmesi güçleşmektedir. İfade edilmemiş öfke, bireyin içten içe kızgınlık ve gücenme duymasına neden olabilmektedir. Bastırılmış öfke, psikosomatik reaksiyonlar ve depresyona zemin hazırlamakla birlikte, bireyin edilgen-saldırgan davranışlar geliştirmesine neden olabilmektedir. Bu durum, bireyin günlük yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkileyebilmektedir. (51,67).

Novaco (1975), öfkenin işlevlerini altı maddede toplamış, daha sonraki çalışmalar da bu sınıflamayı desteklemiştir (47,51,55,67). Öfkenin işlevlerine kısaca bakacak olursak;

1- *Öfke, Bireye Enerji Hissettirir;* Birey, öfkesinin farkına vardığında, enerjisini daha olumlu yönlere yöneltmekte ve üretmeye yönelik etkinliklerde kullanabilmektedir. Öfke yaratan durum ile ve yetersizlik durumlarıyla baş edebilmek ve hoş olmayan durumlardan kurtulmak için birey uygun davranış geliştirerek birey kendisini güçlü ve olaylara kontrol koyabilme duygusunu yaşayabilmektedir. Böylece bireyin benlik kavramının gelişimine olumlu katkı sağlamaktadır. Öfke, enerji hissettirme işlevi ile bireyi harekete geçirmektedir. Ortamı denetleme duygusu verir. Ayrıca öfkeyi ortaya çıkaran anksiyeteye tepki olarak, bireyin savunma mekanizmalarını uyarmaktadır. Bireyin kullandığı savunma mekanizmaları, öfke duygusu ile baş etmesi için yeterli olmadığında ise, yeni baş etme davranışlarının gerekliliğini hissettirmekte ve bireye değişim için gerekli olan güdülenmeyi sağlamaktadır.

2- *Öfke, Bir İşarettir;* Öfke, karşıdaki bireyi uyarmak için bir işaret olabilmektedir. Bireyin kırıldığı, incindiği, engellendiği veya bir şeylerin yolunda olmadığını göstermektedir. Öfke, karşılanmamış gereksinimleri anlatmakta ve "istediğimi elde edemiyorum" iletisini taşımaktadır.

3- *Öfke, Süregelen Davranışı Ortadan Kaldırır Veya Engeller;* Davranışın engelleyicisi olarak öfke, bireyi asıl amacından başka yöne yönlendirmektedir. Birey, yapması gereken asıl iş yerine, dikkatini başka bir yöne ya da nesneye yöneltmekte ve böylelikle kendisine ikincil bir kazanç sağlamaya çalışmaktadır.

4- *Öfke, Başkalarına Karşı Olumsuz Duyguların Açıklanmasını Kolaylaştırır;* Birey, öfkesini ifade ederken, bağırıp çağırıp söylenerek, diğerlerine karşı hissettiği olumsuz duyguları da ifade etme şansı yakalar. Sanılanın aksine öfkenin ifade edilmesi, karşı taraf ile ilişkileri zedelemekten çok ilişkiyi güçlendirdiği, ilişkinin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına yardımcı olduğu belirtilmektedir.

5- *Öfke Bir Savunmadır*; Öfke belli sınırlar içerisinde kişiliği koruma, saygınlık kazandırma ve bu saygınlığı sürdürme işlevine sahiptir. İlişkilerde ortaya çıkan çatışmaların bir ürünü olarak oluşan anksiyeteyi değiştirerek egoyu koruma görevi

görmektedir. Ayrıca, bireyin benlik sınırlarının ve benlik saygısının korunmasına, böylece sağlıklı ilişkiler kurulmasına yardımcı olmaktadır.

6- *Öfke Bir Haklılık Algısıdır;* Öfke bireyin, haklı olduğu, engellendiği ve adaletli olduğu duygusunu sürdürmesine olanak vermektedir. Böylece bireyin egosu da korunmuş olmaktadır.

Sonuç olarak öfke uygun olarak yönetilemediğinde; bireyin hem enerjisini tüketebilmekte hem de davranışlarını kontrol etmesini güçleştirerek kendisini zayıf hissetmesine neden olabilmektedir. Yaşanan kızgınlık, gücenme duyguları iletişimi olumsuz yönde etkileyerek kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, etkisiz baş etme yolları geliştirmeye ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir. Bastırılarak içe atılan öfke duygusu ise bireyde tansiyon dengesizlikleri, mide rahatsızlıkları, migren gibi psikosomatik hastalıklara ve depresyona neden olabilmektedir. Yaşanılan yoğun öfke duygusu uygun olmayan pasif- agresif davranışlara neden olabilmektedir (47,52,68). Öfkenin olumlu işlevleri olarak baktığımızda da birey, öfke sonucunda ortaya çıkan enerjiyi yapıcı olarak kullandığı zaman bireye hissettirdiği enerji ile kısa ve uzun vadeli amaçlarını gerçekleştirmesi için harekete geçmesin olanak sağlamaktadır. Karşılaşılan engeli aşmak ve istendik olmayan durumdan kurtulmak için bireyin uygun davranışlarla tepkide bulunmasını sağlayarak bireye güçlülük, üstünlük, olaylara kontrol koyabilme duygularını yaşatmaktadır. Bu da bireyin olumlu benlik kavramı geliştirmesinde önemli olabilmektedir. Ayrıca öfkeyi ortaya çıkartan anksiyeteye tepki olarak bireyin savunma mekanizmalarını uyarmaktadır. Bireyin sahip olduğu savunma mekanizmaları öfke duygusu ile baş etmesi için yeterli olmadığında ise, yeni baş etme davranışlarının gerekliliğini hissettirmekte ve bireye değişim için gerekli olan motivasyonu sağlamaktadır (52, 68).

2.7.3. Öfke İfade Biçimleri

Öfke duygusu, ifade edilme biçimine göre yorumlanmaktadır. Öfkenin nasıl ifade edildiği konusunda bireyler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, bazı bireyler öfkelerini içte tutarken, bazıları da dışa yönlendirmekte, bazı bireylerse çeşitli savunmalarla kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Her bireyin, sosyalleşme süreci içerisindeki kazanımlarıyla kendine özgü düşünce yapısı, kişilik özellikleri ve

durumsal koşullara uygun öfke ifade etme şekilleri gelişmektedir. Bu ifade şekilleri öfke-dışta, öfke-içte ve kontrol edilen öfke değişkenlerince ölçülmektedir (51).

2.7.3.1. Öfkenin İçe Yönelmesi

Bazı insanlar öfkelerini ifade etmekte çok zorlanmakta, sahip oldukları içsel kural ve engeller nedeniyle öfkeyi ifade etmeye engel koymaktadırlar (63). Öfkenin ifade edilmemesi, öfkeyi ortadan kaldırmaz, aksine bastırılan öfke beklenmedik bir anda daha kontrolsüz ve abartılı şekilde ifade edilebilmektedir (51). Açığa vurulmayan öfke bireyde fizyolojik etkilere yol açarak fiziksel sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Bu bireylerin önce öfkelerini tanımaları önemlidir. Öfkelerini içe yönelten bireylerin tepkileri genellikle, surat asma, küsme şeklinde olmakta ve düşüncelerinin okunmasını beklemektedirler. Öfke acı çekme ya da gücenme biçimine dönüşebilmektedir. Öfkenin içe yönelmesi stres, depresyon, ülser, kalp hastalıkları, yüksek tansiyon gibi hastalıklara yol açabilmektedir (63). Öfkenin içe yöneltilerek bastırılması, anlık olarak her ne kadar öfkeyi kontrol altına almaya yardımcı oluyor gibi görünse de sonuçları itibari ile bireye en fazla zarar veren öfke ifade tarzıdır (51,67).

2.7.3.2. Öfkenin Dışa Yönelmesi

Öfkenin sıkça sözel olarak ifade edilmesi ve kontrolsüz bir biçimde dışarıya salıverilmesidir. Öfkeleri dışa dönük bireyler çoğu zaman zorbaca davranışlar sergileyerek başkalarına zarar verici ve onları küçük düşürücü tarzda davranmaktadırlar. Öfke duygusu ortaya çıktığı anda, bazı bireyler tepkilerini fiziksel ya da sözlü saldırıda bulunarak ortaya koymaktadırlar (63).

2.7.3.3. Öfkenin Kontrol Edilmesi

Öfkenin kontrolü, zannedildiği gibi öfkenin bastırılması ya da tepki verilmemesi anlamına gelmemektedir. Spielberger'e göre öfkenin kontrol edilmesi öfkenin önce fark edilmesi daha sonra da bunu etkili bir biçimde ifade etme yollarını kullanmak şeklinde ifade edilmektedir. Bu durumda birey öfkenin ne olduğunu anlamakta ve onu nasıl yöneteceğini bilmektedir (63).

Öfke mantığa bürüme, bastırma, inkâr gibi savunma mekanizmaları ile de kontrol edilebilmektedir. Bu durumda birey başkalarına karşı sabırlı davranmakta, öfkesi kontrolden çıkmadan kendini durdurabilmekte, sakinleşme yollarını düşünmekte, hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışarak duygularını ve davranışlarını kontrol etmeye çalışmaktadır. Sakin ve sabırlı yaklaşım, iletişimi engelleyebilecek olan öfke ve gerginliği yatıştırdığı için yapıcı bir davranış olarak kabul edilmektedir. Öfkenin kısa süreli olarak mantığa bürüme, bastırma, inkâr gibi savunma mekanizmaları ile kontrol edilmesi o an için faydalı olabilmektedir, fakat birey duygu yoğunluğu azaldıktan sonra bu duygu tekrar ele alınmalıdır. İfade etme biçimi nedeni ile olumsuz olarak yorumlanan öfke duygusu için istenilen, bireyin öfkesini kontrol etmesi fakat sonrasında açıkça konuşarak sorunu çözümlemeye çalışmasıdır (51,67).

Öfke yönetiminin amacı, öfkenin sebep olduğu hem duygusal hem de fizyolojik canlanmayı azaltmaktır. Bireyi öfkelendiren olay ya da kişilerden tamamen kaçılamaya bilmekte ya da onları değiştirmek mümkün olamaya bilmektedir, ama tepkiler kontrol edilebilmektedir. Türk Psikoloji Bülteni (1999)'nde ise öfke yönetimi tekniklerinin amacı; "saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır" şeklinde tanımlanmıştır. Kısacası öfke yönetimi kavramı, öfkenin fiziksel, davranışsal ve sözel açıdan yanlış ve kontrolsüz ifadelerinden kaynaklanan sonuçlardan kurtulmak için öfkenin oluşmadan önce engellenmesini, oluşan öfkenin ise sağlıklı ve kontrollü bir şekilde ifade edilmesini öğreten kavramdır (69). Genel olarak öfke yönetiminde öfke kontrolünü sağlayan pek çok yöntem bulunmaktadır. Doğru yöntem seçimi kişiden kişiye değişmektedir. Doğru yöntemi belirlerken; kişinin kendi kişiliğine, yaşam tarzına uygun olanı seçmesi ve seçtiği yöntemi uygularken günlük yaşamında fazladan sıkıntı hissetmemesi göz önüne alınması gereken temel faktörlerdir (63,65). Soykan (2003: 23-24)'a göre öfkeyi denetlemeye yönelik öneriler şunlardır:

- ✓ Kendi öfkenizi tetikleyen durumları ve öfkenizin biçimini tanımlayın.
- ✓ Kendi kendinizi sakinleştirmeye yönelik egzersizleri düzenli olarak yapın.
- ✓ Derin nefes alın, nabız atışlarınızı ve nefesinizi kontrol altına alın.
- ✓ Kendinize, sizi sakinleştirecek cümleler söyleyin.

- ✓ Kendinizi, kontrol etme konusunda kararlı olun.
- ✓ Şiddete yönelik davranışları asla kabul edilebilir çözümler olarak değerlendirmeyin.
- ✓ Öfke duygusuna evet, ancak bu duyguyla davranmaya hayır, bağırmayın, vurmayın.
- ✓ Çevrenizdekileri, öfkelendiğinize ait bilgilendirin.
- ✓ Kendinize zaman tanıyın.
- ✓ Eğer mümkün ise kendinizi öfkeli olduğunuz ortamdan hemen uzaklaştırın ve sorunla, ancak kontrolünüzü yeniden kazandığınızda uğraşın.
- ✓ Problemi açıklığa kavuşturmaya çalışın ve çözümü aramaya odaklanın.
- ✓ Bol bol gülün ve espri yeteneğinizi kullanın olaya yeni bir bakış açısı ve yeni bir çerçeve kazandırın.
- ✓ Kişisel saldırılara cevap vermeyin kişiselleştirmekten kaçının.

Öfkeyi makul bir biçimde yönetmek için dört basamaklı bir yaklaşım izlenmektedir (69);

1.Öfkeyi kabul etmek: Öfkeyle başa çıkmanın ilk şartı kişinin öfkeli olduğunu kabul etmesi ve bunu kendi kendisine itiraf etmesidir. Kişi öfkeli olduğunu kabul etmezse esas önemli olanı, "öfkesinin gerçek sebebini" bulması mümkün olmayacaktır.

2.Öfkenin kaynağını bulmak: İkinci adım öfkenin kaynağını bulmaktır. Bazı durumlarda öfkenin kaynağı çok açık, bazen de çok belirsiz ve karışık olabilmektedir. Bazen de öfkenin nedeni çok güçlü ya da kişiye zarar verecek kimselere olabilmektedir. Böyle durumlarda öfkeyi o kişiye yöneltmek pek kolay olmamakta ve kişi öfkesini yöneltecek bir başka kaynak aramaya başlamaktadır.

3.Neden öfkeli olduğunu anlamak: Öfke buzdağının suyun üzerinde kalan bölümü gibidir. Dışta kalan öfkedir, ancak gerçek sebebi bulmak isteyen derinlere inmek zorunda kalabilmektedir. Bu da kolay değildir. Öfke kaynağının çok açık gözüktüğü birçok durumda bile, öfkenin gerçek sebebini bulmak bazen kolay olmamaktadır. Bazı insanların polise duydukları öfkenin arkasında, çocukluklarından başlayarak otoriteye karşı biriktirdikleri öfke saklı kalmaktadır.

4.Öfkeyle gerçekçi biçimde mücadele etmek: Öfkenin ifade edilmesi çoğu kez problemin çözümünü güçleştirmektedir. Öfkenin saklanması da karşı taraf için aynı ölçüde kışkırtıcı olabilmektedir. Öfke konusunda hatırlanması gereken iki önemli kurala değinmekte yarar olacaktır: Birincisi, karşıdaki kişi ne kadar kışkırtıcı olursa olsun, sükûneti kaybetmemektir. İkincisi, eğer bir saldırı ya da silahlı tehdit ile karşı karşıya kalınırsa, isteneni vermek ve o kişiyi öfkelendirmekten kaçınmaktır. Çünkü tehdit eden kişi heyecanla ve düşmanca duygularla saldırganlığını artırmaya fazlasıyla hazır olabilmektedir.

2.7.4. Öfke Kontrol Yöntemleri

2.7.4.1. Problemi Çözme

Bazen öfke duygularımız yaşamımızdaki gerçek ve kaçınılmaz sorunlardan kaynaklanıyor olabilmektedir. Kızgınlık duyguları böyle zamanlarda bu zorluklar karşısında yaşanan doğal ve sağlıklı duygulardır. Böyle durumlardaki en yararlı tutum; önce durumu değiştirip değiştiremeyeceğimizi araştırmaktır. Değiştirebileceğimiz bir şeyse çözüm yolları araştırılabilir. Değiştirilemeyecek bir durumsa, çözüm için uğraşmak yerine, yapılacak en iyi şey sorunla yüzleşmektir. Elinizden gelenin en iyisini yapmaya çalışmaktır. Yanıtları hemen bulamıyor, sonuca hemen ulaşamıyorsanız, kendinizi cezalandırmayın. Öfkelendiğimiz konu ile ilgili çıkmazları düşünmek, sadece öfkenin artmasına sebep olacaktır (65,68).

2.7.4.2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bu yöntem kısaca düşünme tarzını değiştirmek olarak tanımlanabilmektedir. Öfke zarar görme algısı ya da incinme algısı ve önemli kuralların ihlal edildiği inancı ile ilişkilidir. Haksızlığa uğradığımızı, gereksiz yere incitildiğimizi, ya da elde etmeyi beklediğimiz bir şeyin engellendiğini düşünürsek öfkeleniriz. Yani bireyi öfkeli yapan şey sadece acı ya da zarar değil kuralların ve beklentilerin ihlal edildiği düşüncesidir (60). Birey öfkeliyken kafasındaki düşünceler, gerçeği yansıtmaktan uzaktır. Olaylar genellikle abartılmış veya çarpıtılmış bir şekilde algılanmaktadır. Bu tür düşüncelerin fark edilmesi ve yerine daha mantıklı olanların yerleştirilmesi öfkeyi kontrolde etkili olabilmektedir. Farkında olmadan çok sık kullanılan ve bireyi

kızgınlık duygularına hazırlayan "asla" ya da "her zaman" gibi aşırı genelleme içeren sözcükler öfkeli bireyin zihninde sürekli dolaşmaktadır. Bu tür genelleme cümleleri bireyin yaşadığı öfke duygusunda haklı olduğu inancına kapılmasına yol açarak yargılamayı baştan yapmasına neden olmaktadır böylece yaşanan sorunun çözümüne de asla katkı sağlanamamaktadır. Oysa öfkelenildiğinde mantığa sığınabilir. Yaşamın iniş ve çıkışlarından birinin yaşadığını düşünmek daha dengeli bir bakış açısı yakalanmasına yardımcı olabilmektedir (65).

Öfke duygusu huzursuzluktan aşırı öfkeye kadarda uzanmaktadır. Belirli bir durumda ne kadar öfkelendiğimiz, olayın anlamını nasıl yorumladığımızdan etkilenmektedir (60). Bilişsel yöntem; öfkenin azaltılmasında düşünce-duygu ve davranış üçlüsüne müdahale etmektedir. Burada asıl yapılmak istenen öfke duygusunun yaşanmasına sebep olan gerçekten uzak ve fonksiyonel olmayan otomatik düşünceleri belirleyerek, bunları gerçekçi ve fonksiyonel olan alternatif düşüncelerle değiştirmek ve denetlemektir (68).

2.7.4.3. Mizah Kullanımı

Öfke yönetiminde mizahın kullanımı, yaşanan öfke yoğunluğunun azalmasına yardımcı olabilmektedir. Öncelikle daha sağlıklı bir bakış açısı sağlamaktadır. Mizahın olduğu yerde öfkenin bulunması çok da mümkün olmamaktadır. Mizah kullanımı sorunları gülerek geçiştirmek demek değildir. Tam tersine sorunlar ile yapıcı bir şekilde yüzleşebilmektir. Mizahı kullanırken alaycı ve aşağılayıcı mizahtan da kaçınmak gerekmektedir ki bu tür davranmakta sağlıksız öfke ifadesinin başka bir yoludur. Kızgınlık ve öfke ciddi duygulardır, ama incelendiğinde bireyleri güldürebilecek bazı düşüncelerle var oldukları da görülebilir (47,68,69).

2.7.4.4. Gevşeme

Yaşanan öfke duygusunu kontrol altına alabilmenin ve sakinleşmenin bir yolu da güzel ve sevdiğimiz şeyleri düşünerek, ya da en çok olmak istediğimiz yeri hayalimizde canlandırarak derin derin nefes almaktır. Burada alınan nefesin diyaframdan alınması son derece önemlidir. Nefes alıp ve verirken göğüs kafesinin değil, karnın şişirilmesi gerekmektedir. Ayrıca nefes alırken, kişinin içinden gevşe,

sakin ol gibi komutlar vermesi de faydalı olmaktadır. Yogo gibi kişinin zorlanmadan yapabileceği rahatlatıcı egzersizlerde kasların gevşemesine yardımcı olabilmektedir (69). Nabzın yavaşlaması, kan basıncının düşmesi, solunumun ve oksijen tüketiminin azalması, pupillerin küçülmesi, periferal sıcaklıkta artış kişinin rahatladığını gösteren fizyolojik ve bilişsel belirtilerdir. (70).

2.7.4.5. Etkili İletişim

Hararetli bir tartışma içine girildiğinde ilk yapılması gereken sakinliği korumaya çalışarak verilen tepkileri gözlemek olmalıdır. Akla ilk gelen şeyleri söylemek iletişimi olumsuz etkileyebilmektedir. Böyle davranmak yerine asıl söylemek istenileni düşünerek söylemek daha faydalı olmaktadır (68).

Sen Dili/ Ben Dili: Sen dili ile ifade edilen sözcükler dinleyiciyi suçlayan ve eleştiren tarzdadır. Dinleyicinin yanlış ve hatalı davrandığını belirtir. Ben dili ise konuşmacının sadece davranış karşısında ne hissettiğini yani duygularını ifade eder. Kesinlikle konuşulan kişiye karşı yargılayıcı bir tutum belirtmemekte ve dinleyicinin davranışlarında olumlu bir değişime yol açmaktadır. Sen dili konuşmacıya da dinleyiciye de yarar sağlamamakta aksine tarafların birbirlerine olan kızgınlıklarını tetikleyerek öfke duygusunun giderek artmasına neden olmaktadır. Ben dili ile iletilmek istenen mesajlar nettir ve kişi kendi duygu ve düşüncelerini karşısındakini tehdit etmeden bildirmektedir. (63)

Empatik Atılganlık: Empati iletişimin temel taşıdır. Kavram olarak empati, olayları karşımızdakinin penceresinden görmeye ve algılamaya çalışmak olarak tanımlanabilmektedir. İletişimde olduğumuz kişiye karşı duyarlı olmak empatide atılgan olma biçimini ifade etmektedir. Empatik atılganlık iki aşamalı bir süreçtir. İlk aşamasında, karşıdaki kişinin içinde bulunduğu durum ve duyguları anlaşılmaya çalışılmakta; ikinci aşamasında ise kişi kendi hakkını da kollayan bir biçimde, anladıklarını dile getirmekte ve yardım için harekete geçmektedir.

Kişilerarası iletişim: Kişilerin birbirlerine iletmek istedikleri duygu ve düşüncelerini karşılıklı olarak aktardıkları bir süreçtir. Saygılı olmak, kabullenici olmak, değer vermek ve benimsemek başarılı bir iletişimin ön koşullarını oluşturmaktadır.

2.8. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon

Teknolojinin hızlı gelişimine paralel olarak toplumun artan beklentisi ile birlikte sağlık uygulama alanlarında da bu amaca hizmet edebilmek için yeni eğitim yöntemleri kullanılmaya başlanmıştır (71). Toplumda artan ihtiyaçla paralel olarak hemşirelik mesleğinin rolleri de her geçen gün atmaktadır. Geçmişte sadece bakım ve konfor odaklı bir meslek iken, günümüzde hastalıkları önleme ve sağlığı yükseltme gibi primer roller üzerine yoğunlaşmıştır. Bu kapsamda hemşire bakım verici, karar verici, koruyucu, savunucu, yönetici, rehabilite edici ve eğitici rolleri üstlenmiştir. Dolayısı ile öğrencilerin eğitim içerikleri bilişsel, duyusal ve psikomotor öğrenme alanlarını kapsayacak şekilde düzenlenmektedir. Simülasyon eğitimi belirtilen tüm alanlarda bireyin gelişimine katkı sağladığı için hemşirelik eğitimi içinde gerekli hale gelmiştir (72-74).

Simülasyon, gerçek hayattaki işlevlerin, ilişkilerin, olayların, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanmakta ve "gerçek yaşama olan uygunluk" özelliği bulunmaktadır (75,76). Simülasyon aktiviteleri, insan dahil, hasta simülatörleri/mankenleri, standardize hasta rolünü oynayan insanlar, sanal hasta ve çevrelerin kullanıldığı bilgisayar odaklı modeller ile oluşturulmuş çeşitli mekanizmalar kurularak yapılmaktadır. Klinik bilgi ve becerileri artırma amaçlı, katılımcılar pasif olarak gözlemleyebilir veya simülasyon egzersizlerine aktif bir şekilde katılabilir (77). Hemşirelik eğitimlerinde model/maketlerin kullanımı klinik uygulama ve becerilerin geliştirilmesi amacı ile yüzyılı geçkin süredir kullanılmaktadır. Ayrıca ilk kez 1910 yılında üretilen Mrs. Chase adlı tam beden maketinin, hemşirelik eğitiminde en önemli beceri eğiticisi olduğu ifade edilmiştir. Düşük- yüksek gerçeklik düzeyinde mankenler hemşirelik eğitiminde, tüm çeşitleri ile uzun yıllardan beri kullanılmaktadır. Simülasyon uygulamalarındaki temel amaç, öncelikle hastaya zarar vermemektir. Öğrenci sayısının çokluğu, klinik olarak uygulama alanlarının yetersiz olması, nitelikli bir eğitim sağlamak amacıyla eğitim müfredatlarında simülasyon uygulamalarının eklenmesi kaçınılmaz olmuştur. Sonuç olarak simülasyon uygulamaları, gerçekçi bir klinik ortamda öğrencilere karmaşık öğrenme hedeflerini gerçekleştirme, yeterliklerini gösterme ve objektif olarak değerlendirilme olanağı verir. (74,78).

Eğitim ortamı olarak hastanelerdeki psikiyatri klinikleri gizlilik ve çevre sorunları nedeni ile öğrenciyi değerlendirebilmek ve bilgi becerilerini geliştirebilmek için eğitimciye yeterince gözlem yapma fırsatı verememektedir (76,79). Psikiyatrik simülasyon akut psikiyatrik hasta bakımında, hastaya verilen bakımın profesyoneller tarafından tartışılmasını, beklentilerin açıklanmasını, her öğrencinin verdiği bakımı gözlemleyebilmeyi, öğrencilerin güçlü ve zayıf yönlerini tespit ederek öğrenciyi güçlendirmeyi sağlamaktadır (76,80). Öğrenme hedeflerine uygun simülasyonlar kullanılarak hedefe daha uygun ulaşılmaktadır (20). Simülasyon uygulamaları, zorluk derecesine göre basitten başlayarak karmaşığa kadar çeşitlilik göstermektedir. Psikiyatri hemşireliği eğitiminde en yaygın kullanılan simülasyon teknikleri; standart hastalar, yüksek uyumlu insan simülasyonları, sanal gerçeklikler ve ses işiterek yapılan simülasyonlardır (20,75,76,81).

2.8.1. Eğitimde Standart Hastaların Kullanımı

İlk kez Howard Barrows tarafından programlanmış hasta olarak tanımlanan standart hasta terimi 1970'lerde Geoffrey Norman tarafından kullanıma sunulmuştur. Standart hastalar eğitimi alan bireylere güvenli ve kontrolü bir ortamda klinik ve kişilerarası iletişim becerilerini geliştirme fırsatı sunmaktadır. Standart hastalar bu konuda eğitim almış, kendilerine verilen senaryoyu gerçekçi bir biçimde sergileyebilen bireylerdir ve öğrenciler için oldukça güçlü bir öğretim yöntemidir (82). Simülasyon deneyimlerinde sıklıkla kullanılan bu yöntem, gerçek hayattaki klinik senaryolarını bireylere sunarak ve gerçeklik düzeyini artırarak, bireylerin güvenli ve tehditkâr olmayan bir çevrede karar verme, problem çözme ve iletişim becerilerini artırmaktadır (83, 84). Bu yöntemde öğrenciler hem hasta hem de hemşire rolünde oynayabilirler ve genellikle iletişim becerileri eğitiminde sıklıkla kullanılmaktadır (75).

Standart hasta yöntemi kullanılarak eğitim verilen bireylerde hasta ile karşılaştıkları zaman anksiyete duygusu daha az yaşanmakta ve kendilerine olan özgüvenleri olumlu yönde etkilenmektedir. Standart hasta eşliğinde eğitim alan öğrencilerin yapılan çalışmalarda hasta ile görüşme deneyimlerinin, hastaların şikayetlerini değerlendirebilme yetilerinin ve terapötik iletişim becerilerinin geliştiği, güven duygusunun arttığı, anksiyete düzeylerinin azaldığı bildirilmektedir (75,76)

Öğrenciler standart hasta senaryolarında hemşirenin yanı sıra hasta veya hasta yakınını da oynayabilmekte böylece hasta ve hasta yakınlarının neler hissedebileceğini de daha iyi tecrübe ederek empati becerilerini de geliştirebilmektedirler (76).

2.8.2. Yüksek Uyumlu İnsan Simülasyonlarının Kullanımı

Bu yöntemde öğrencinin gerçek iletişime girmesine olanak sağlayan, ileri teknoloji ile donatılmış mankenler kullanılmaktadır. Bu mankenler teknolojik açıdan son derece gelişmiş olup öğrenciye anında yanıt verebilmektedir (84). Yüksek uyumlu simülasyon uygulaması ile en başta risksiz ortamda öğrenme sağlanabilmektedir. Ayrıca interaktif öğrenme, uygulamaya karar verme ve gelişmiş değerlendirme becerisine sahip olma, geribildirim yapma, eleştiri yapma, ruh sağlığı kavramlarını anlayabilme ve standardize öğrenme yeteneğine sahip olma becerileri de arttırılabilmektedir. Simülasyonu durdurup yeniden başlatmaya karar verebilmede bu yöntemin avantajları arasındadır (85).

2.8.3. Sanal Gerçeklerin Kullanımı

Sanal gerçeklik uygulamaları ilk olarak 1993 yılında, ruhsal hastalıkların tedavisi ile birlikte kullanılmıştır. Özellikle savunma ve havacılık endüstrilerinde ve resim, eğlence gibi pek çok alanda kullanılabilmekte olan sanal gerçeklik uygulamaları sağlık çalışanlarının eğitimlerinde ve hastalıkların tedavi ve bakımlarında da artarak kullanılmaktadır (74,86). Gerçek yaşamdan vakalar temel alınarak oluşturulan senaryoların bulunduğu bilgisayar tabanlı interaktif bir simülasyon türüdür. Bilgisayar tabanlı sanal gerçeklik programları; gerçek ortamları taklit eden ve sanal obje ya da ortam sunan yüksek teknolojiyi kullanmaktadır. Sanal gerçeklik programları öğrencilerde iletişim becerilerini geliştirmeyi ve sağlığı değerlendirme yetisi kazandırmayı hedeflemektedir. Sanal gerçeklerin kullanımı kompleks yapısından ve çok yüksek olmasa da maliyetinden dolayı yaygın olarak kullanılamamaktadır. Ancak öğretim araçlarında kullanılan yöntemlerin ve teknolojinin gelişmesi ile birlikte bu yönteminde kullanımının giderek artması beklenmektedir (76).

2.8.4. Ses İşitmenin Kullanımı

Ses işitme simülasyonu işitme halüsinasyonları olan hastaların yaşadıklarını büyük oranda anlayabilmeyi sağlamak, farkındalığı arttırmak ve bakımlarında uygun tutumları geliştirebilmek amacı ile psikiyatri hemşireliği eğitimlerinde kullanılabilmektedir. Hastaların duyduğu sesler ile neler yaşadıklarını anlayabilme fırsatı sağlayan bu yöntem ile öğrencilerin empati becerileri de gelişebilmektedir (87).

2.8.5. Simülasyon Eğitiminde Çözümleme Aşaması (Debrifing)

Literatürde simülasyon temelli eğitimin en önemli basamağının çözümleme oturumu olduğu belirtilmektedir. Çözümleme oturumu simülasyonun uygulama aşaması tamamlandıktan hemen sonra gerçekleştirilmektedir. Çözümleme oturumunda eğitimci öğrencilerin sergiledikleri performansları adım adım tartışarak öğrencinin teorik bilgisinin iyice pekişmesini sağlar. Simülasyon eğitimi sırasında da öğrenme gerçekleşmektedir fakat en etkili ve kalıcı öğrenme çözümleme oturumu sırasındaki geribildirimler ile gerçekleşmektedir (88).

Simülasyon, öğrencilerin bireysel ya da gruplar halinde katıldığı ve eğiticiler tarafından gözlendiği bir aktivitedir. Senaryo uygulamasının hemen ardından bir çözümleme oturumu düzenlenir ve bu oturum sırasında, olgu baştan itibaren gözden geçirilerek analiz edilir, öğrenenin yansıtması ile diğer öğrenciler ve eğiticiden geribildirim alınır. Süreç, çıktılar ve senaryonun kliniğe nasıl uygulanacağı grup tarafından tartışılır, uygun eğitim noktaları gözden geçirilir (88). Öğrencilerin bilgi ve becerilerini artırmak için; benzer veya farklı klinik deneyimleri içeren simülasyonlarda; tartışma alanlarının oluşturulması, videoların tekrar izlenmesi, geri bildirimlerin yapılması, akranların ve eğitimcilerin değerlendirmeleri ile iç görülerinin geliştiği ifade edilmiştir. Öğrencilerin bu çalışmalar ile eksik yönlerini tamamlama fırsatlarının oluşması, bilgi ve becerilerinin artması kendilerine olan güveninde artmasını sağlamaktadır (76,89).

2.8.6. Simülasyon Eğitiminin Güçlükleri

Simülasyon eğitiminin faydaları ve eğitime kazandırdıkları yapılan çalışmalarla ortaya konmaktadır ancak faydalarının yanı sıra zayıf yönleri de bulunmaktadır. Öğrenciler açısından bakıldığında; simülasyonla oluşturulan gerçeğe yakın olarak düzenlenen laboratuvar ortamında öğrenci yeni tanıştığı bu uygulamayı yaparken heyecan ve anksiyete yaşayabilmekte, bu durum öğrencinin öğrenme sürecine olumsuz yönde etki edebilmektedir (73,90). Eğitim veren açısından bakıldığında ise; simülasyon eğitiminin amacına uygun olarak gerçekleştirilebilmesi ve gerçeği yansıtabilmesi için yazılacak olan senaryoların gerçek hastayı doğru bir şekilde yansıtabilmesi için uygun senaryoların oluşturulması ve eğitimlerin bu senaryolar üzerinden verilmesi gerekmektedir. Bu senaryoların oluşturulması eğitici açısından hem fazladan iş yükü hem de zaman açısından sıkıntı yaşatabilmektedir (73,91). Uygun çevre koşullarını sağlamak, gerekli maddi kaynakları sağlayarak laboratuvar şartlarını oluşturmak ve laboratuvarda kullanılan ekipmanların düzenli bakımını sağlayarak etkin bir şekilde kullanabilecek personel istihdamını ve onların düzenli aralıklarla eğitimlerini sağlamak ise kurum açısından yaşanan güçlüklerdir (73) .

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma çalışmakta olan hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen zor hasta ile iletişim becerileri ve öfke kontrolü eğitiminin etkinliğini değerlendirmek amacı ile ön test ve son test kontrol gruplu yarı deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Ankara ilinde yer alan bir eğitim araştırma hastanesinde yapılmıştır. Hemşirelerin teorik eğitimleri hastane içerisinde bulunan konferans salonlarında verilmiş olup simülasyon eğitimi de gerçeklik algısını arttırmak amacı ile uygun bir hasta odasında gerekli şartlar sağlandıktan sonra gerçekleştirilmiştir.

1898 yılında hizmete geçmiş olan hastane Türkiye'nin en büyük eğitim ve araştırma hastanelerinden biri olma özelliğini taşımaktadır. Hastane tüm cerrahi ve dahili branşları bünyesinde barındırmaktadır. 121 yatak yoğun bakımlara ait olup toplam 1010 yatağı bulunmaktadır. Hastanede 166'sı yoğun bakımlarda olmak üzere toplam 699 hemşire ve 14 ebe hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışan toplam 385 hemşire oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden 144 hemşireye ön test uygulaması yapılmıştır. Ön test uygulamasında öfke kontrol puanları en düşükten en yükseğe doğru sıralanmıştır. Randomizasyon süreci bu puanlara göre deney ve kontrol grupları belirlenmiştir. Çalışma kapsamında deney grubundaki öfke kontrol puanının 23,0±5, kontrol grubunda 20±4 tip I hata %5 tip II hata %20 değerleri kullanılarak yapılan hesaplamada her bir grupta 28 kişi bulunması gerektiği hesaplanmıştır. Olası kayıplarda göz önünde bulundurularak her bir grupta 30 kişinin bulunmasına karar verilmiştir.

Ön Test Çalışma Grubuna Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmaları
- Hastanenin cerrahi veya dahiliye kliniklerinden herhangi birinde çalışıyor olmaları

Çalışmamızın evrenini oluşturan 144 hemşirenin ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.1. Hemşirelerin ön test sonucunda SÖÖTÖ ve İBE toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı.

SÖÖTÖ'nin Alt Ölçekleri	X±SS (n=144)	Min (Min)*	Max (Maks)*
Sürekli öfke	17.18 ± 4.11	10 (10)	31 (40)
Öfke içte	14.54 ± 2.92	9 (8)	24 (32)
Öfke dışta	13.50 ± 2.98	8 (8)	25 (32)
Öfke kontrol	21.36 ± 3.74	8 (8)	32 (32)

İBE'nin Alt Ölçekleri	X±SS (n=144)	Min (Min)*	Max (Maks)*
İletişim Becerileri Envanteri	161.74±13.71	113 (45)	184 (225)
Zihinsel Alt Boyut	55.81±5.99	35 (15)	66 (75)
Duygusal Alt Boyut	52.72±5.34	33 (15)	64 (75)
Davranışsal Alt Boyut	53.20±4.98	40 (15)	65 (75)

*Min: Ölçekten alınabilecek minimum puan, *Maks: Ölçekten alınabilecek maksimum puan

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Ön test uygulaması sonuçlarına göre öfke kontrol puanlarının çalışmaya katılan diğer hemşirelerden daha düşük olması

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 60 kişi (30 deney, 30 kontrol) çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın deney ve kontrol grupları hemşirelerin çalışma yılları dikkate alınarak tabakalara ayrılmış ve tabakalı randomizasyon sınıflandırmasına göre deney ve kontrol grupları belirlenmiştir.

Ancak deney grubundan eğitimleri tamamlanan 30 hemşireden 4'ü simülasyon eğitimine katılamadığı için çalışma dışı bırakılmışlar ve deney grubu 26 kontrol grubu 30 olmak üzere toplam 56 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

Tablo 3.2. Deney ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlar Yönünden Karşılaştırılması.

Değişkenler	**Gruplar**		**Test**	**p**
	Deney Grubu (n=26)	**Kontrol Grubu** (n=30)		
	X±SS	X±SS		
Sürekli öfke	18.42±4.25	17.30±3.39	t=1.098	0.277
Öfke içte	14.69±2.70	13.90±2.30	t=1.181	0.243
Öfke dışta	14.42±3.26	14.03±3.05	Z=0.299	0.765
Öfke kontrol	19.88±3.15	19.46±2.72	t=0.532	0.597
İletişim Becerileri Envanteri	157.26±17.56	160.53±9.39	t=0.977	0.356
Zihinsel Alt Boyut	54.65±7.08	55.13±4.68	t=0.675	0.518
Duygusal Alt Boyut	51.26±6.72	51.56±5.10	Z=0.593	0.553
Davranışsal Alt Boyut	51.34±6.14	53.83±4.06	t=0.594	0.555

t=Bağımsız gruplarda Student t Testi; Z=Mann Whitney U Testi

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Hastanenin yoğun bakım servislerinde çalışıyor olmak.
- Psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmak.
- Acil serviste çalışıyor olmak.
- Yeni doğan ve çocuk hastalıkları kliniğinde çalışıyor olmak.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmamak.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu (EK-1)

Bu araştırmada, hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleki deneyimlerini belirlemeye yönelik olarak literatürden elde edilen bilgiler ışığında araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikler veri toplama formu kullanılmıştır. Bu formda hemşirelerin yaşları, medeni durumları, eğitim durumları, toplam çalışma süreleri vb. özellikleri sorgulanmıştır. Formda toplam 11 soru bulunmaktadır.

3.4.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) (EK-2)

Özgün ismi "The State-Trait Angera nd Anger Expression Scale" olan ve 1983 yılında Spielberger, Jacobs, Russel ve Crane tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Kadir Özer tarafından yapılmıştır (92). SÖÖTÖ, öfkenin yoğunluğu ve bir kişilik özelliği olarak öfkeye yatkınlık konusundaki bireysel farklılıkları değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Toplam 34 maddeden oluşmakta ve dörtlü Likert tekniği ile değerlendirilmektedir. İlk 10 madde Sürekli öfke alt ölçeğini ve 24 madde öfke ifade tarzı alt ölçeğini oluşturmaktadır. Öfke ifade tarz alt ölçeğinin ayrıca 3 ayrı alt ölçeği bulunmaktadır. 8 madde kontrol altına alınmış öfke, 8 madde dışa yöneltilen öfkeyi ve 8 madde de içe yöneltilen öfkeyi ölçmektedir. Ölçekte her madde olumlu ifade edilmektedir. Maddeler öfkenin yokluğundan değil varlığından hareket ederek ölçüm yapar (92,55). Bireyin değerlendirilmesinde kendisi için uygun gelen ifadelerden "sizi ne kadar tanımlıyor?" sorusuna yanıt olacak şekilde "hiç tanımlamıyor" yanıtından 1 puan, "biraz tanımlıyor" yanıtından 2 puan "oldukça tanımlıyor" yanıtından 3 puan ve "tümüyle tanımlıyor" yanıtından 4 puan elde edilir. Ölçekte ilk 10 madde sürekli öfke puanını verirken öfke ifade alt ölçeğinde 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 nolu maddeler içe yöneltilen öfke puanlarını, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 nolu maddeler dışa yöneltilen öfke puanlarını ve 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 nolu maddeler ise öfke kontrol puanlarını vermektedir. Ölçeğin alt ölçeklerinden alınabilecek puanlar sırası ile sürekli öfke 10-40; öfke içe 8-32; öfke dışa 8-32 ve

öfke kontrol 8-32 arasında değişmektedir. Sürekli öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Kontrol öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, Öfke Dışa ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca dışa yöneltilebildiğini ve Öfke İçe Alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu ifade etmektedir (55). Hemşirelik okulu, lise ve üniversite öğrencileri, yöneticiler ve nevrotik bireyleri kapsayan farklı örneklemler üzerinde yapılan çalışmalarda Sürekli öfke ölçeğinin güvenirlik katsayılarının α= 0,68ile 0,84 arasında değiştiği görülmüştür. Öfke içte/ Öfke dışta/ Öfke kontrol alt ölçeklerinin güvenirlilik katsayıları sırası ile α= 0,78; 0,62 ve 0,84 olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı sürekli öfke için α= 0,89; öfke dışta için α= 0,89; öfke içte için α=0,75 ve öfke kontrol için α=0,92 olarak bulunmuştur (55). Grup ya da bireysel olarak uygulanabilen ölçek, 13 yaşından itibaren ergenler ve yetişkinlerde kullanılabilmektedir.

3.4.3. Form 3. İletişim Becerileri Envanteri (İBE) (EK-3)

İBE, Balcı ve Ersanlı (1998) tarafından üniversite öğrencilerinin iletişim beceri düzeylerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Geliştirilmesi sırasında denemelik maddeler oluşturulmak amacıyla ilgili kaynaklar ve envanterler incelenmiş ve 100 üniversite öğrencisine "başkaları ile etkili bir iletişimi nasıl kurarsınız" sorusu sorulmuş, elde edilen cevaplar düzenlenerek 150 maddelik bir liste oluşturulmuş ve 205 kişilik bir grupta uygulanmıştır. Grubun %25'i tarafından kabul görmeyen maddeler elenerek madde sayısı 135'e indirilmiş ve oluşturulan liste yedi kişilik uzman görüşüne sunulmuştur. Uzmanlardan alınan görüşlere göre 32 madde daha elenerek madde sayısı 103'e indirilmiştir. Oluşturulan form 110 öğrenciye uygulanmış ve uygulama sırasında öğrencilerden açık ve anlaşılır olmayan maddelere soru işareti koymaları istenmiştir. Öğrencilerin %20'sinin soru işareti koyduğu maddeler elenerek 300 öğrenciye tekrar uygulanmış ve madde analizi yapılmıştır. Böylece 0,05 düzeyinde anlamlı olmayan 16 madde daha çıkarılarak 70 maddelik bir envanter hazırlanmıştır. Bu form 500 kişilik bir gruba tekrar uygulanmış ve faktör analizi yapılmıştır. Varimax yöntemi ile yapılan faktör analizi sonucunda, faktör yükü 0,30 üzerinde olan maddeler seçilerek üç faktörlü, 57 maddelik bir taslak hazırlanıp 220 öğrenciye tekrar uygulanmış ve madde analizi

yapılmıştır. Analiz sonucunda 0,05 düzeyinde anlamlı maddeler seçilerek her biri 15 maddeden oluşan üç faktörlü Likert tipi bir envanter haline getirilmiştir (93).

Ölçek davranışsal, bilişsel ve duygusal olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek toplam 45 maddeden oluşmaktadır. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Her boyuta giren maddeler aşağıda görülmektedir:

Zihinsel: 1,3,6,12,15,17,18,20,24,28,30,33,37,43,45

Duygusal: 5,9,11,26,27,29,31,34,35,36,38,39,40,42,44

Davranışsal: 2,4,7,8,10,13,14,16,19,21,22,23,25,32,41

Ölçek 5'li likert tipinde geliştirilmiştir. Ölçeğe verilen tepkiler; her zaman (5), genellikle (4), bazen (3), nadiren (2), hiçbir zaman (1) şeklinde düzenlemiştir. Ölçeğin genelinden alınabilecek en yüksek puan 225 veren düşük puan ise 45'dir. Ölçeğin 3, 5, 9, 10, 11, 16, 23, 24, 27, 29, 31, 32, 34, 35,37, 41, 42 maddeleri tersten puanlanmaktadır. Her alt boyut ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplam puanına bakılarak bireyin genel iletişim beceri düzeyi hakkında bilgi edinilebilir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, o bireyin iletişim beceri düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (93, 94). İletişim Becerileri Envanteri'nin toplam puanı ile her boyutun toplam puanları arasındaki korelasyon zihinsel alt boyutu için 0.85, duygusal alt boyutu için 0.73 ve davranışsal alt boyutu için 0,82 olarak bulunmuştur. Envanterin geçerlik çalışmasıyla ilgili olarak; Korkut (1996)'un geliştirdiği İletişim Becerileri Değerlendirme Ölçeği ile korelasyonu incelenmiştir. Yapılan geçerlik çalışmasındaki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı 0.70 bulunmuştur. (93,94).

3.4.4. Simülasyon Değerlendirme Formu (EK-4)

Simülasyon değerlendirme formu; 9'u test 3'ü açık uçlu soru olmak üzere toplam 13 sorudan oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların simülasyon eğitimine yönelik görüşlerini değerlendirmek amacı ile oluşturulan form araştırmacı yazar tarafından mevcut literatürden faydalanılarak geliştirilmiştir.

3.5. Uygulama Gereçleri

Verilerin toplanmasında öncelikli olarak eğitim esnasında kullanılan konferans salonu, projektör cihazı ve hemşirelere dağıtılan eğitim kitapçığı kullanılmıştır. Simülasyon uygulamasında senaryo aşaması için bir adet tek kişilik ve iki kısımdan oluşan hasta odası ile prebrifing aşaması için de ayrıca tek kişilik ikinci bir hasta odası kullanılmıştır. Senaryonun uygulandığı hasta odasına bir adet kamera ve ses kayıt cihazı önceden kurulmuştur. Standart hasta, hasta yatağı, nevresim takımı, yastık ve senaryonun içeriğine uygun olacak şekilde hastaya pozisyon verebilmek amacı ile ayrıca 3 yastık ve alçı atel kullanılmıştır. Ayrıca hasta pijaması, oksijen maskesi, hasta başı monitörü, idrar torbası, mavi intraket, flaster, serum seti ve bir adet 100 mL serum fizyolojik ile serum asma aparatı, hemşire gözlem formları kullanılmıştır.

3.6. Veri Toplama Yöntemleri

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ve anket ile toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Hazırlık Aşaması

Araştırmanın hazırlık aşaması, eğitim içeriğinin hazırlanması ve uzman görüşünün alınması, sosyo-demografik özellikler veri toplama formu, simülasyon senaryosunun hazırlanması ve uzman görüşünün alınması aşamalarından oluşmaktadır.

3.7.1. Zor Hastalar ile İletişimde Öfke Kontrol ve İletişim Becerileri Eğitim Programının Geliştirilmesi

Hazırlanan programın amacı öfke kontrol puanları diğerlerine göre düşük olan hemşirelere öfke kontrolü ve iletişim becerileri ile ilgili olarak teorik eğitim ve simülasyon eğitimi vererek zor hasta ile iletişimde hemşirelerin öfkelerini doğru şekilde kontrol edebilme becerilerini geliştirmeyi ve uygun iletişim tekniklerini kullanabilmelerini sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak ilgili literatürler ve tezler

taranmıştır. Ayrıca bu süre zarfında öfke kontrolü sertifika eğitimine kayıt olunmuş ve konuyla ilgili olarak "Stresle Baş Etme ve Öfke Kontrolü" serifikalı eğitim programı Dokuz Eylül Üniversitesinden alınmıştır. Alınan eğitim ve incelenen kaynaklar doğrultusunda Öfke kontrolü ve İletişim becerileri eğitim programı ve ayrıca eğitime katılan hemşirelere vermek üzere "Hemşireler İçin Geliştirilmiş İletişim Becerileri, Zor Hasta Algısı ve Öfke Yönetimi El Kitabı" araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.

El kitabının içeriğinde;

- Hemşirelik ve Öfke Kavramı
- Öfkenin İşlevleri
- Öfke İfade Biçimleri
- Öfke Yönetimi
- Derin Nefes Alma ve Gevşeme Egzersizlerinin öğretilmesi ve uygulanması
- Hemşirelik ve İletişim
- Hemşire Hasta İlişkisinde İletişimin amacı
- Tedavi Edici İletişim Teknikleri
- Tedavi Edici Olmayan İletişim Teknikleri
- İletişimde Zor Hasta Kavramı

Konu başlıkları bulunmaktadır. Hazırlanan eğitim içeriği alanlarında uzman 3 öğretim üyesine gönderilmiştir.

3.7.2. Uygulamanın Aşamaları

Araştırmanın uygulama aşaması 01 Mart 2017-09 Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Birinci aşama: Çalışmanın yürütüldüğü eğitim ve araştırma hastanesinin dahiliye ve cerrahi kliniklerinde çalışmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 144 hemşireye araştırmacı tarafından araştırmanın amacı ve nasıl yapılacağına ilişkin gerekli açıklamalar yapılmıştır. Araştırmacı tarafından Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği (SÖÖTÖ) ile iletişim becerileri envanteri (İBE) gönüllü olan katılımcılara birebir ve yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Katılımcıların iletişim bilgileri alınmış ve bir sonraki aşama ile ilgili olarak kendilerine bilgi verilmiştir.

İkinci aşama: 144 hemşirenin verileri SPSS 22.0 programına girilmiş katılımcıların SÖÖTÖ ve İBE ölçeklerinden aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Hemşirelerin SÖÖTÖ'nin alt ölçeği olan Öfke kontrol puanları düşükten yükseğe doğru sıralanmış power analizine göre belirlenen sayı doğrultusunda olası kayıplarda göz önünde bulundurularak 80 kişilik bir liste oluşturulmuştur. 80 kişi ile tek tek görüşülmüş ve çalışmanın ilerleyen aşamasına katılmayı kabul eden 60 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Belirlenen 60 kişi meslekte çalışma sürelerine göre tabakalara ayrılmış tabakalı randomizasyon sınıflandırmasına göre deney ve kontrol grupları belirlenmiştir. 11 Eylül 2017 itibarı ile grupların teorik eğitimine başlanmıştır. Teorik eğitimler Hemşireler İçin Geliştirilmiş İletişim Becerileri, Zor Hasta Algısı ve Öfke Yönetimi El Kitabına göre 6-7 oturum şeklinde yapılmıştır. Grupların eğitim gün ve saatleri katılımcıların çalışma programlarına göre ayarlanmıştır ve her bir oturum ortalama 25-40dk. sürmüştür. Eğitim sonunda hazırlanan el kitabından birer örnek katılımcılara verilmiştir. Deney ve kontrol grubunun eğitimleri ekim ayının ikinci haftasında, tamamlanmıştır. Kontrol grubuna eğitimin sonunda SÖÖTÖ ve İBE ölçekleri ikinci kez uygulanmıştır.

Tablo3.3. Hemşirelere verilen Eğitim Programının İçeriği, Oturum Sayı ve Süreleri.

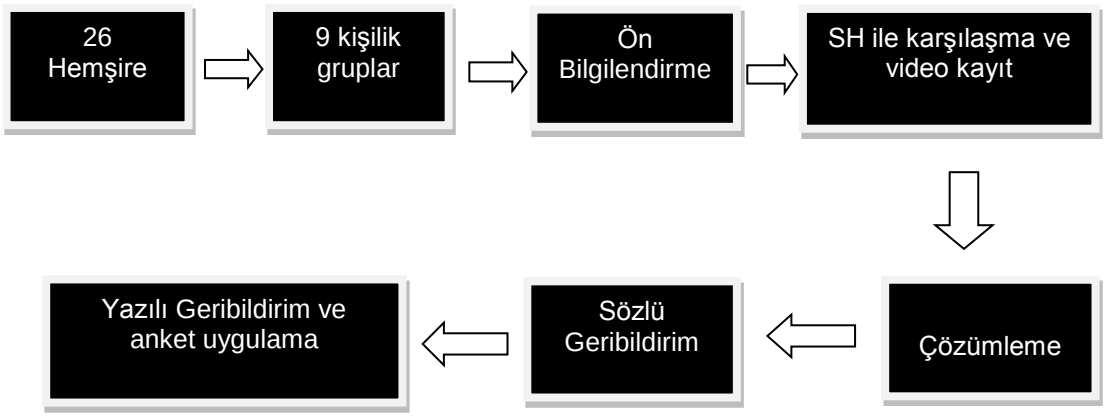
KONU BAŞLIĞI	**OTURUM/SÜRE**
Grup içi Tanışma	1. Oturum/ ortalama 30 dk.
Hemşirelerin Eğitimden Beklentisi	
1. Hemşirelik Mesleği ve Öfke Kavramı	
2. Öfkenin İşlevleri	2.Oturum/ ortalama 30 dk.
3. Öfke İfade Biçimleri	
4. Öfke İfade Biçimleri	3. Oturum/ ortalama 30 dk
5. Öfke Yönetimi	
6. Derin Nefes Alma ve Gevşeme Egzersizlerinin öğretilmesi ve uygulanması	4. Oturum/ ortalama 25 dk
7. Hemşirelik mesleği ve İletişim	5. Oturum/ ortalama 40 dk
8. Hemşire Hasta İlişkisinde iletişimin Amacı	
9. Tedavi edici iletişim Teknikleri	6.Oturum/ ortalama 30 dk.
10. Tedavi Edici Olmayan İletişim Teknikleri	
11. İletişimde Zor Hasta Kavramı	7. Oturum/ ortalama 30 dk
12. Geri bildirim ve değerlendirme	

Üçüncü aşama: Deney grubunda bulunan 30 hemşirenin teorik eğitimleri tamamlandıktan hemen sonra standart hasta eşliğinde simülasyon eğitimleri verilmiştir. Senaryo yazımı ile ilgili gerekli literatürler tarandıktan sonra araştırmacı

tarafından “Zor Hastayla İletişim (Sürekli istekleri olan talepkar hasta)” konulu senaryo oluşturulmuştur.

Oluşturulan senaryoda standart hasta 37 yaşında, biri 2 yaşında diğeri 6 yaşında olan 2 çocuk annesi olan ve aynı zamanda öğretmen olan bir bayanı canlandırmıştır. Geçirmiş olduğu araç içi tarik kazası sonucu pelviste kırığı, sağ ayak bileğinde kırıklı çıkığı olan ve aynı ayağın ilk iki parmağında ezilmeye bağlı olarak dolaşım bozukluğu gelişen sık dolaşım takibi olan hastanın aynı zamanda kostalarındaki ezilmeye bağlı solunum sıkıntısı mevcuttur. Pelvisteki kırığı nedeni ile en az 2 ay mutlak yatak istirahatinde olması gerekmektedir. Gündüz 08/17 şiftini rahat geçiren hastanın akşam şiftinde huzursuzlukları başlamıştır. Saatlik SPO2 takibi sebebi ile her saat başında nöbetçi hemşire yanına uğramakta ve vitallerini değerlendirmektedir. Ancak saat 21 den sonra bir saat içinde farklı mazeretlerle hemşireyi 3 kez yanına çağırmış ve çeşitli isteklerde bulunmuştur, senaryo hemşirenin hasta yakını tarafından tekrardan hasta odasına çağırılması ile başlamıştır.

Standart hastaya (SH) senaryo içeriği ile ilgili olarak uygulama öncesi yarım günlük bir eğitim verilmiştir. SH ile karşılaşmadan önce hemşireler ile brifing odasında ön görüşme yapılmış burada uygulamanın içeriği ve amacı hemşirelere anlatılmış, hazırlanan senaryo doğrultusunda hemşirelere SH’nin öyküsü anlatılmıştır. Her bir senaryo için 3 hemşire görüşmeye alınmış senaryoda 2 hemşire nöbete gelen hemşireyi canlandırmış bir hemşirede hasta yakını canlandırmıştır. Hemşireler SH ile 10-15 dk iletişimde bulunmuş ve her görüşme video kayıtları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. SH ile görüşmesini bitirenler gözlemci olarak diğer grubun senaryosunu izlemiştir ve her 3 senaryo sonunda ortalama 60-90 dk süren çözümleme (debrifing) aşaması gerçekleştirilmiştir. Senaryolar danışman öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından izlenmiş ve çözümleme aşamasında danışman öğretim üyesi ve araştırmacı tarafından hemşirelere geribildirim verilmiş, senaryo ile ilgili olarak hemşirelerin görüşleri hem sözlü hem de yazılı olarak alınmıştır.



Şekil 3.1. Standart Hasta Uygulama Akışı.

Dördüncü aşama: Tüm eğitimler tamamlandıktan 6 hafta sonra deney ve kontrol gruplarına 3. kez SÖÖTÖ ve İBE ölçekleri uygulanmıştır.

3.7.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelere araştırmaya başlamadan önce 8/10 oturum olarak eğitim verilmesi planlanmıştır. Eğitime katılacak olan hemşirelerin çalıştıkları birimlerdeki personel sayılarındaki yetersizlikler, bir kısmının gece çalışıyor olması veya planlanan eğitim günlerinde nöbetlerinin veya nöbet istirahatlarının olması sebebi ile eğitim gün ve saatleri planlandığı şekilde yürütülmesi güçleşmiş ve 6/7 oturumda eğitimleri tamamlanmıştır.

Deney grubunda ve kontrol grubunda 30 hemşire olacak şekilde planlama yapılmış ve teorik eğitimler o şekilde verilmiştir. Ancak simülasyon eğitimine 4 hemşire çeşitli nedenlerle katılamamış ve çalışma dışı bırakılmışlardır. Deney grubu 26, kontrol grubu 30 hemşire ile tamamlanmıştır.

Uygulamaya başlamadan önce teorik eğitimlerin deney ve kontrol gruplarına 10 ar kişilik gruplar halinde verilmesi planlanmış ancak hemşirelerin vardiya değişimlerindeki uygunsuzluklar nedeni ile grup sayıları 5 ila 7 arasında değişmiş, bu sebeple eğitim tekrarları planlanandan daha fazla yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi (AYBÜ) Sağlık bilimleri Enstitüsünden araştırmanın başlaması ile ilgili gerekli izin (21.10.2016.tarihli ve78033166/39 sayı no'lu) alınmıştır. Daha sonra AYBÜ Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu (SBEK) tarafından araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin (09.11.2016 tarihli ve 15/10 sayı no'lu) alınmıştır.

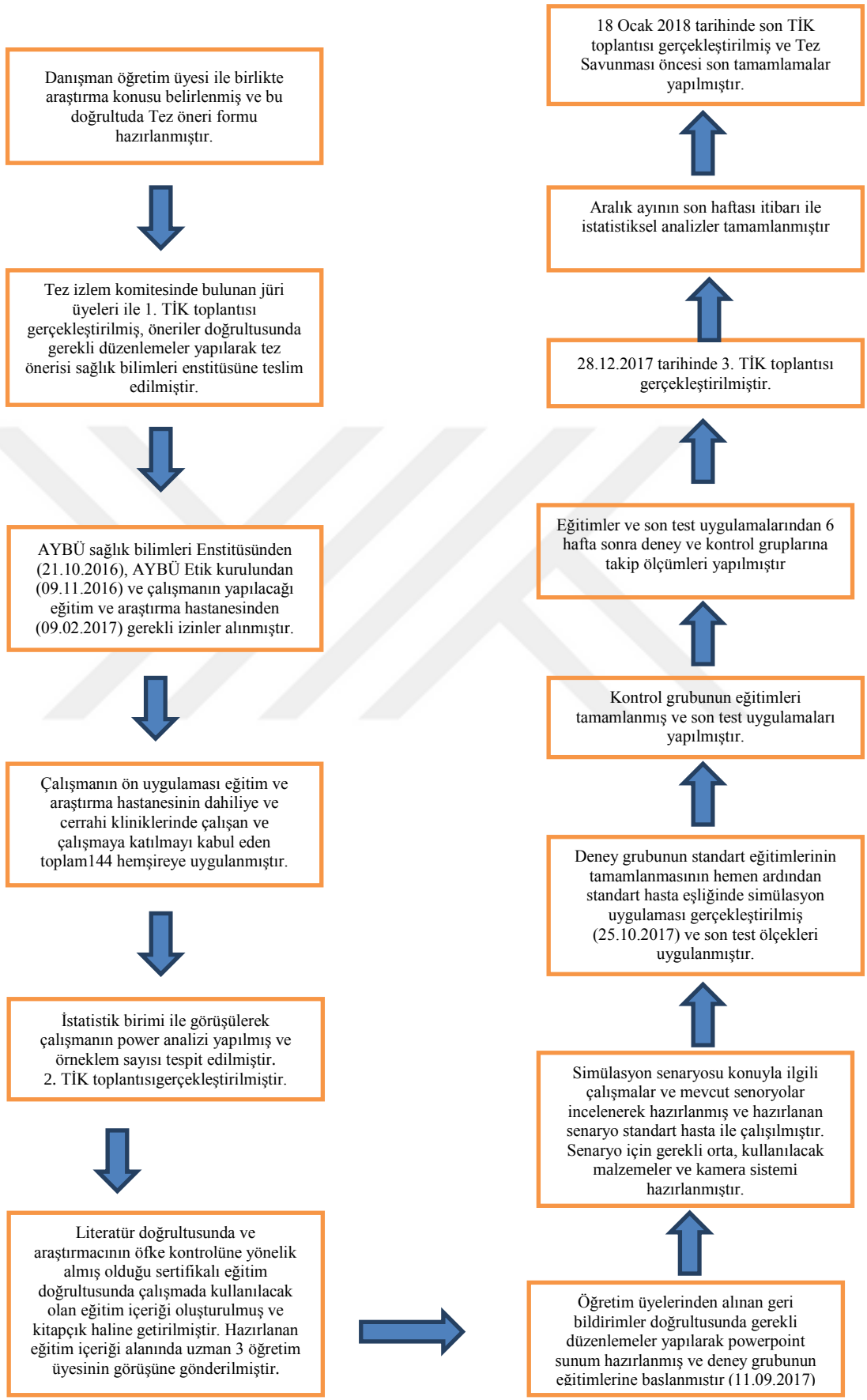
Araştırmanın yapılacağı eğitim ve araştırma hastanesinin bağlı bulunduğu genel sekreterlik ve hastanın bakım hizmetleri müdürlüğünden hemşirelere uygulamanın yapılması için yazılı izin alınmıştır (09.02.2017 tarihli ve 50687469-Hst.Ynt.Özl.İşl.-730.08.03 sayı no'lu).

Araştırmaya katılan hemşirelere araştırmanın amacı, uygulama yöntemi ve elde edilmesi planlanan sonuçlara ilişkin gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, araştırmanın yapılması için sözel onamları alınıp katılımcı onam formu imzalatılmıştır.

3.9. İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilirken tanıtıcı özelliklerin ifade edilmesinde yüzde ve sayı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnovtesti ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortalama ± standart sapma kullanılmıştır. Deney ve kontrol gruplarının sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmada deney ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, eğitim sonrası ve takip ölçümlerinin sonuçlarını değerlendirmek için tekrarlı ölçümlerde varyans analizi kullanılmış, ayrıca gruplar arasında fark olup olmadığını ortaya koyabilmek için de Bağımsız Gruplarda Student T Testi ile Mann Whitney U Testi, Anova, Kruskal Wallistesti ve Spearman korelasyon kullanılmıştır.

3.10. Araştırmanın Akış Şeması



4. BULGULAR

Çalışma iki aşamada uygulanmıştır. Çalışmanın birinci aşaması 144 hemşire ile yürütülmüş olup çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere sosyo-demografik verileri değerlendirme formu İBE ve SÖÖTÖ uygulanmıştır. Uygulama sonrası verilerin istatistiksel analizleri yapılmıştır. Çalışmanın ikinci aşamasında ise belirlenen çalışma gurubuna hazırlanan eğitimler verilmiş ve istatistiksel analizler yapılmıştır.

Çalışmamızın birinci aşamasına ait bulgular "Ön test grubunun sosyo-demografik verileri" ve "Ön test grubunun ölçeklerden aldıkları puanların ortalamaları" olacak şekilde yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci aşması olan müdahale aşamasına ait bulgular ise "deney ve kontrol gruplarına ait sosyo-demografik özellikler", "hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile ölçek puanlarının karşılaştırılması", "hemşirelerin eğitim öncesi, eğitim sonrası ve takip ölçümlerinin karşılaştırılması" olacak şekilde yer verilmiştir.

4.1. Çalışmanın Birinci Aşamasına Ait Bulgular

Tablo 4.1. Hemşirelerin sosyo-demografik verilerinin dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler	**Ön Test Grubu (n=144)**	
Cinsiyet	**n**	**%**
Kadın	144	100
Yaş		
20-29 yaş	29	20,1
30-39 yaş	64	44.4
40 yaş ve üzeri	51	35.4
Medeni Durum		
Evli	96	66.7
Bekar	48	33.3
Çocuk Sayısı		
Çocuğu Olmayan	53	36.8
1 Çocuk	36	25.0
2 Çocuk	51	35.4
3 Çocuk ve üzeri	4	2,8
Tablo 4.1' in devamı		
Aylık Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	33	22,9
Gelir Gidere Eşit	86	59.7
Gelir Giderden Fazla	25	17,4
Eğitim Durumu		
Lisans	105	72.9
Yüksek Lisans	93	27,1
Çalışma Şekli		
Sadece Gündüz Mesai	32	22,2
Karışık	102	70.8
Sadece Gece Nöbet	10	6,9
Aylık Fazla Mesai		
0	22	15,3
8/16 saat	58	40.3
24 saat ve üzeri	64	44.4
Çalıştığı Birimden Memnuniyeti		
Memnunum	97	67.4
Kısmen Memnunum	44	30.6
Memnun değil	3	2. 1
TOPLAM	**144**	**100**

Çalışmanın birinci aşaması olan ön testlerin yapıldığı hemşire grubuna ait bulgular tablo 4.1 de verilmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin tamamı kadın olup

%44,4'ü 30-39 yaş aralığındaydı. %66,7'si evli olup %35,4' ünde 2 çocuk bulunmaktaydı. %59,7 hemşirenin gelirleri ile giderlerinin eşit olduğu bulunmuştur. Eğitim durumlarına baktığımızda %72,9'u lisans mezunu olup diğerleri de yüksek lisans mezunu idi. %70,8 hemşire hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmakta olup %44,4'ü ayda 24 saat ve üzeri nöbet tutmaktaydı. %67,4 hemşire çalıştıkları klinikten memnun olduklarını belirtmiştir.

Tablo 4.2. Ön test sonucunda hemşirelerin SÖÖTÖ alt ölçek puan ortalamaları.

ÖLÇEKLER	X±SD (n=144)	Min (Min)*	Maks (Max)*
Sürekli Öfke	17.18 ± 4.11	10 (10)	31 (40)
Öfke İçte	14.54 ± 2.92	9 (8)	24 (32)
Öfke Dışta	13.50 ± 2.98	8 (8)	25 (32)
Öfke Kontrol	21.36 ± 3.74	8 (8)	32 (32)

*Min:Ölçekten alınabilecek minimum puan;*Maks: Ölçekten alınabilecek maximum puan

Tablo 4.2'de hemşirelerin SÖÖTÖ ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Sürekli öfke puan ortalamaları 17,18 ±4,11; içe yöneltilen öfke puan ortalamaları 14,54 ± 2,92; dışa yöneltilen öfke puan ortalamaları 13,50±2,98 ve öfke kontrolü puan ortalamaları da 21,36±3,74 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.3. Ön test sonucunda hemşirelerin İBE ve alt ölçek puan ortalamaları.

ÖLÇEKLER	X±SD (n=144)	Min (Min)*	Max (Maks)*
İletişim Becerileri Envanteri	161.74±13.71	113 (45)	184 (225)
Zihinsel Alt boyut	55.81±5.99	35 (15)	66 (75)
Duygusal Alt Boyut	52.72±5.34	33 (15)	64 (75)
Davranışsal Alt Boyut	53.20±4.98	40 (15)	65 (75)

*Min: Ölçekten alınabilecek minimum puan,*Maks: Ölçekten alınabilecek maximum puan

Tablo 4.3'de hemşirelerin İBE ve alt ölçek puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. İletişim toplam puan ortalamaları 161,74±13,71; zihinsel alt boyut puan ortalamaları 55,81±5,99; duygusal alt boyut puan ortalamaları 52,72±5,34 ve davranışsal alt boyut puan ortalamaları da 53,20±4,98 olarak bulunmuştur.

4.2. Çalışmanın İkinci Aşamasına Ait Bulgular

4.2.1. Deney ve Kontrol Grubundaki Hemşirelere Ait Sosyo-demografik Özellikler

Tablo 4.4. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı.

Tanıtıcı Özellikler	Deney Grubu(n=26) n	%	Kontrol Grubu (n=30) n	%	Testler	p
Yaş						
20-29 yaş	3	11.5	9	30	X2=2.830	0.243
30-39 yaş	15	57.7	14	46.7		
40 yaş ve üzeri	8	30.8	7	23.3		
Medeni Durum						
Evli	18	69.2	19	63.3	X2=0.216	0.642
Bekar	8	30.8	11	36.7		
Tablo 4.4'ün devamı						
Çocuk Sayısı						
Çocuğu Olmayan	8	30.8	13	43.3	X2=4.457	0.216
1 Çocuk	6	23.1	10	33.3		
2 Çocuk	10	38.5	7	23.3		
3 Çocuk ve üzeri	2	7.7	_	0		
Aylık Gelir Durumu						
Gelir Giderden Az	4	15.4	8	26.7	X^2=3.134	0.209
Gelir Gidere Eşit	15	57.7	19	63.3		
Gelir Giderden Fazla	7	26.9	3	10		
Eğitim Durumu						
Lisans	18	69.2	24	80	X2=3.620	0.306
Yüksek Lisans	8	30.8	6	20		
Çalışma Şekli						
Sadece Gündüz Mesai	6	23.1	3	10	X^2=2.515	0.284
Karışık	18	69.2	26	86.7		
Sadece Gece Nöbet	2	7.7	1	3.3		
Aylık Fazla Mesai						
Tam mesai	3	11.5	1	3.3	X^2=1.460	0.482
8/16 saat fazla mesai	11	42.3	13	43.3		
24 saat ve üzeri	12	46.2	16	53.3		
Çalıştığı Birimden Memnuniyeti						
Memnunum	20	76.9	16	53.3	X^2=3.757	0.153
Kısmen Memnunum	6	23.1	14	46.6		
Toplam	26	100	30	100		

X^2= Ki Kare

Deney ve kontrol gruplarında belirtilen tanımlatıcı özelliklere göre dağılımlar Tablo 4.4'de verilmiştir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin tümü kadındı. Deney

grubundaki hemşirelerin yaş ortalamaları 33,5±6,78, kontrol grubundaki hemşirelerin yaş ortalamaları 37,2±5,09 idi. Deney grubundaki hemşirelerin %69,2'si, kontrol grubundaki hemşirelerin %63,3'ü evliydi ve deney grubundaki hemşirelerin %69,2'sinin kontrol grubundaki hemşirelerinde %56,7'sinin en az bir çocuğu vardı. Deney grubunun %69,2'si kontrol grubunun %80'i lisans mezunu idi. Deney grubundaki hemşirelerin %69,2'si kontrol grubunun %86,7 si hem gece hem gündüz çalışmakta olup deney grubunun %46,2'si kontrol grubunun da %53,3'ü aylık olarak 24 saat ve üzeri mesai fazlası çalışmakta idi. Deney grubunun %76,9'u kontrol grubunun %53,3'ü çalışmakta oldukları birimlerden memnundu. Sosyo-demografik özellikler yönünden her iki grup arasında anlamlı bir bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.5. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile SÖÖTÖ'nin karşılaştırılması.

		n =56	Sürekli Öfke	Öfke içte	Öfke Dışta	Öfke Kontrol
			Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS	Ort ±SS
Yaş	20 _ 29	12	15.75±1.91	14.16±2.69	13.33±1.30	20.16±2.72
	30_39	29	17.93±3.95	14.20±2.67	13.93±3.79	19.62±3.17
	40 ve üzeri	15	19.26±4.16	14.46±2.16	15.46±2.41	19.33±2.63
	Test Değeri		F=3.057	F=0.063	X^2=7.356	F=0.271
	p		0.055	0.939	**0.025**	0.764
Medeni Durum	Evli	37	18.59±4.11	14.54±2.64	14.64±3.61	19.67±2.72
	Bekar	19	16.31±2.68	13.73±2.20	13.36±1.64	19.63±3.32
	Test Değeri		t=2.183	t=1.137	Z=-1.154	t=0.053
	p		**0.033**	0.261	0.248	0.958
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	21	16.90±4.26	13.90±2.32	14.09±3.04	19.71±3.13
	1	16	18.43±2.52	14.31±3.07	15.12±2.80	19.31±2.98
	2	17	18.35±4.38	14.58±2.39	13.58±3.65	19.94±2.83
	3 ve üzeri	2	18.00±2.82	15.00±0.00	13.50±0.70	19.50±2.12
	Test Değeri		F=0.639	F=0.285	X^2=4.660	F=0.127
	p		0.593	0.836	0.198	0.944
Aylık gelir	Gelir giderden az	12	19.08±5.07	14.66±3.08	15.00±4.57	19.41±3.52
	Gelir gidere eşit	34	17.47±3.26	14.38±2.30	14.14±2.74	19.23±2.65
	Gelir giderden fazla	10	17.50±4.00	13.40±2.50	13.50±2.32	21.40±2.59
	Test Değeri		F=0.827	F=0.777	X^2=0.640	F=2.291
	p		0.443	0.465	0.726	0.111
Eğitim Durumu	Lisans	42	17.45±4.04	14.21±2.21	14.85±3.54	19.90±2.93
	Yüksek lisans	14	18.92±2.89	14.42±3.34	14.00±2.99	18.92±2.81
	Test Değeri;t		t=1.258	t=0.274	Z=-1.100	t=-1.088
	p		0.214	0.785	0.271	0.281
Meslek süresi	0-10 yıl	13	15.69±2.25	13.76±2.61	13.15±2.23	20.30±2.98
	11-20 yıl	23	18.73±3.94	14.47±3.05	14.95±3.71	19.00±3.04
	21 yıl ve üzeri	20	18.15±4.10	14.35±1.69	14.05±2.79	20.00±2.69
	Test Değeri		F=2.946	F=0.339	X^2=3.095	F=1.050
	p		0.061	0.714	0.293	0.357
Çalışma Şekli	Gündüz Mesai	9	16.88±2.84	14.66±3.08	13.77±2.38	20.55±2.65
	Karışık	47	18.00±3.98	14.19±2.41	14.29±3.26	19.48±2.95
	Test Değeri		t=-0.796	t=0.516	Z=-0.214	t=1.006
	p		0.430	0.608	0.830	0.319
Memnuniyet	Memnun	36	17.66±3.76	14.30±2.92	14.30±2.98	19.77±2.70
	Kısmen Memnun	20	18.10±4.01	14.20±1.57	14.05±3.45	19.45±3.31
	Test Değeri;t		t=-0.403	t=0.175	Z=-0.363	t=0.400
	p		0.688	0.861	0.717	0.690
Aylık Nöbet Ortalaması	**r**	56	0.096	_0.261	0.007	0.015
	p		0.482	0.052	0.959	0.912

F= Anova; t= Bağımsız Gruplarda t Testi; Z= Man Whitney U Testi
X^2=Kruskal Wallis Testi; r =Korelasyon katsayısı

Tablo 4.5'de çalışma grubuna dahil edilen hemşirelerin sosyo-demografik verileri ile Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması verilmiştir. Hemşirelerin yaş değişkeni ile sürekli öfke ve öfke ifade

tarzı ölçeğinin alt gruplarından dışa vurulan öfke arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş arttıkça öfke dışta puanlarının da arttığını görüyoruz. Ayrıca sürekli öfke alt ölçek puanı ile de anlamlılık düzeyine çok yakın bir fark bulunmuştur ($p=0.055$). SÖÖTÖ'nin diğer alt ölçek puan ortalamaları ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin medeni durum değişkenleri ile sürekli öfke puanları arasındaki ilişkiye baktığımızda evli olan hemşirelerin sürekli öfke puanları bekar olan hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). SÖÖTÖ'nin diğer alt ölçek puanları ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Çocuk sayısı, aylık gelir, eğitim durumu, meslekte çalışma süreleri ve çalışma şekilleri, yaptıkları işten memnuniyet durumları değişkenleri ile sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.6. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile İBE'nin karşılaştırılması.

		n	İletişim Toplam	Zihinsel	Davranışsal	Duygusal
			Ort ± SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş	20 _ 29	12	176.50±25.72	61.00±9.71	60.25±9.19	46.75±7.78
	30_39	29	169.55±22.62	57.79±8.63	57.10±8.12	46.31±6.73
	40 ve üzeri	15	181.33±10.41	61.33±3.75	62.20±4.73	49.46±4.56
	Test Değeri;F		F=1.665	F=1.289	F=2.359	X^2=1.745
	p		0.199	0.284	0.104	0.418
Medeni Durum	Evli	37	173.81±22.40	59.35±8.68	58.86±8.29	47.32±6.71
	Bekar	19	174.94±18.98	59.57±6.52	59.68±7.00	47.10±6.25
	Test Değeri;t		t=-0.189	t=-0.100	t=-0.368	Z=-0.678
	p		0.851	0.920	0.714	0.498
Çocuk Sayısı	Çocuk yok	21	177.09±20.05	59.95±7.38	59.71±7.85	48.95±5.92
	1	16	183.12±11.87	62.87±6.63	62.25±4.53	49.18±4.10
	2	17	166.11±35.35	56.82±7.75	56.64±8.49	44.58±7.45
	3	2	141.00±21.13	48.50±14.84	49.50±14.84	36.50±3.53
	Test Değeri		F=4.169	F=3.250	F=2.692	X^2=8.625
	p		**0.010**	**0.029**	0.056	**0.035**
Aylık gelir	Gelir giderden az	12	169.50±22.67	57.33±7.57	57.41±8.99	46.66±7.03
	Gelir gidere eşit	34	174.88±20.05	60.05±8.06	59.20±7.72	47.26±5.85
	Gelir giderden fazla	10	177.50±24.18	59.80±8.44	61.00±6.97	47.90±8.46
	Test Değeri		F=0.427	F=0.524	F=0.565	X^2=1.445
	p		0.655	0.595	0.572	0.485
Eğitim Durumu	Lisans	42	172.21±22.26	58.38±8.03	60.64±5.69	48.28±5.22
	Yüksek lisans	14	180.14±16.64	62.57±7.10	58.64±8.42	14.85±3.54
	Test Değeri;t		t=1.221	t=1.737	t=0.825	Z=-0.513
	p		0.227	0.088	0.413	0.608
Meslek süresi	0-10 yıl	13	179.61±16.73	61.84±5.85	60.76±6.01	48.30±6.40
	11-20 yıl	23	174.43±18.35	59.08±7.57	59.13±6.18	47.86±5.91
	21 yıl ve üzeri	20	170.40±26.29	58.25±9.46	58.10±10.36	45.85±7.27
	Test Değeri		F=0.744	F=0.835	F=0.449	X^2=1.389
	p		0.480	0.439	0.641	0.499
Çalışma Şekli	Gündüz Mesai	9	172.66±25.59	59.11±9.17	60.00±7.84	45.77±8.75
	Karışık	47	174.48±20.48	59.48±7.81	58.97±7.90	47.53±6.06
	Test Değeri		t=-0.235	t=-0.129	t=0.356	Z=-0.269
	p		0.815	0.897	0.723	0.788
Memnuniyet	Memnun	36	174.00±23.26	59.58±9.04	59.22±8.51	46.86±6.51
	Kısmen Memnun	20	174.55±17.21	59.15±5.69	59.00±6.25	47.95±6.59
	Test Değeri		t=-0.092	t=0.194	t=0.101	Z=-0.567
	p		0.927	0.847	0.920	0.571
Aylık Nöbet Ortalaması	r	56	_0.068	_0.036	_0.073	_0.095
	p		0.620	0.790	0.591	0.485

F= Anova; t= Bağımsız Gruplarda t Testi; Z= Man Whitney U Testi
X^2=Kruskal Wallis Testi; r =Korelasyon katsayısı

Tablo 4.6'da çalışma grubuna dahil edilen hemşirelerin sosyo-demografik verileri ile İletişim becerileri envanterinden aldıkları puan ortalamalarının

karşılaştırılmaktadır. Çocuk sayısı değişkeninin İletişim becerileri envanteri alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. İletişim toplam puanlarında tek çocuğa sahip hemşirelerin iletişim toplam puanları 183.12±11.87 iken 3 ve üzerinde çocuğa sahip olan hemşirelerin iletişim puan ortalamaları 141.00±21.13 bulunmuş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Hemşirelerin yaş, medeni durum, aylık gelir, eğitim durumu, meslekte çalışma süreleri ve çalışma şekilleri, bulundukları birimden memnuniyet değişkenleri ile iletişim becerileri envanteri alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Hemşirelerin aylık tuttukları nöbet saatleri ile İBE'nin korelasyon katsayılarına baktığımızda İBE'nin alt ölçek puan ortalamaları ve iletişim toplam puan ortalamaları arasında zayıf bir ilişkinin olduğu ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

4.2.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi, Eğitim Sonrası ve Takip Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4.7. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin İBE'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Gruplar	**Zaman**	**İletişim Toplam X ± SS**	**Zihinsel Alt Boyut X ± SS**	**Davranışsal Alt Boyut X ± SS**	**Duygusal Alt Boyut X ± SS**
Deney	Eğitim Öncesi	171,23 ± 27,24[a]	58,65± 9,82[a]	57,69 ± 9,69[a]	46,69±7,93[a]
	Simülasyon EğitimiSonrası	182,46 ± 21,83[b]	62,34±7,28[b]	57,38 ±6,54[a]	58,57±8,46[b]
	Simülasyon Eğitiminden 6 hafta sonra	186,07 ± 19,79[b]	63,57±6,76[b]	62,30 ±6,81[b]	60,19±7,68[b]
Kontrol	Eğitim Öncesi	176,76 ± 13,88[a]	60,10±5,99[a]	60,40±5,62	47,73±5,04[a]
	Eğitim Sonrası	180,46 ± 18,12[a]	61,80±6,05[a]	57,73 ±5,86[a]	57,20±7,39b
	Eğitimden 6 hafta sonra	180,43 ± 18,36[a]	61,73±6,18[a]	61,50 ±6,96b	57,20±7,46b
Test		**F**	**F**	**F**	**F**
	Zaman	7,840	8,146	10,98	95,982
	Zaman+Grup	2,643	1,828	1,807	2,407
	p*	**0,003**	**0,003**	**<0,000**	**<0,000**
	p+	0,094	0,179	0,181	0,111

p= Ölçümler arası,*
p+=Grup ve ölçümler arası etkileşimi
(Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi)

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.7.'de deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve takip ölçümleri sonrası iletişim becerileri envanteri ve alt ölçek puan ortalamaları yer almaktadır. İBE' den aldıkları toplam puanlarında deney grubunda eğitimler arasında anlamlı bir fark varken ($p<0,05$) kontrol grubunda bir fark bulunamamıştır. Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. İBE puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ölçeğin zihinsel alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında deney grubunda eğitimler arasında anlamlı bir fark varken ($p<0,05$) kontrol grubunda bir fark bulunamamıştır. Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Zihinsel alt boyutu puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ölçeğin davranışsal alt boyutundan aldıkları toplam puan ortalamasında deney grubunda eğitimler arasında anlamlı bir fark varken ($p<0,000$) kontrol grubunda bir fark bulunamamıştır. Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Davranışsal alt boyutun puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ölçeğin duygusal alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında deney grubunda eğitimler arasında anlamlı bir fark varken ($p<0,000$) kontrol grubunda bir fark bulunamamıştır. Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrası ve eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Duygusal alt boyutu puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8. Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin SÖÖTÖ'den aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması.

Gruplar	Zaman	Sürekli Öfke X ± SS	Öfke İçte X ± SS	Öfke Dışta X ± SS	Öfke Kontrol X ± SS
Deney	Eğitim Öncesi	18.42±4.25[a]	14.69±2.70[a]	14.42±3.26 [a]	19.88±3.15[a]
	Simülasyon EğitimiSonrası	16.61±3.13	12.76±1.86[b]	12.88±2.10	22.76±3.77[b]
	Simülasyon Eğitiminden 6 hafta sonra	16.11±3.02[b]	13.19±2.17	12.76±2.10[b]	23.07±3.99[b]
Kontrol	Eğitim Öncesi	17.30±3.39[a]	13.90±2.30[a]	14.03±3.05[a]	19.46±2.72[a]
	Eğitim Sonrası	16.70±3.58[a]	13.80±2.45[a]	13.76±2.78 [a]	21.13±4.43
	Eğitimden 6 hafta sonra	16.66±3.35 [a]	14.20±2.18[a]	13.73±2.83[a]	21.93±3.92[b]
Test		**F**	**F**	**F**	**F**
	Zaman	6.655	3.776	4.271	20.423
	Zaman+Grup	2,333	3.992	2.08	0.511
	p*	**0.010**	**0.039**	**0.039**	**<0.001**
	p+	0.129	**0.033**	0.153	0.507

p= Ölçümler arası,*
p+=Grup ve ölçümler arası etkileşimi
(Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi)

Deney ve kontrol grubunu kendi içindeki çoklu karşılaştırma sonuçları alfabetik üst simgeler ile gösterilmiştir; aynı harfler ölçüm zamanları arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığını, farklı harfler ise bu gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmektedir.

Tablo 4.8.'de deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi, eğitim sonrası ve takip ölçümleri sonrası SÖÖTÖ ve alt ölçek puan ortalamaları yer almaktadır. Sürekli öfke puan ortalamalarında ölçümler arasında anlamlı fark bulunmuştur. Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Sürekli öfke puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ölçeğin öfke içte alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında hem deney hem kontrol gruplarında eğitimler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc

testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Öfke içte alt boyutu puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$).

Ölçeğin öfke dışta alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında hem deney hem kontrol gruplarında eğitimler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile eğitim sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Öfke dışta alt boyutu puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Ölçeğin öfke kontrol alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında hem deney hem kontrol gruplarında eğitimler arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Bu farkın nereden kaynaklandığını anlamak için yapılan bonferoni posthoc testinden farkın deney grubunda eğitim öncesi ile izlem sonrasından kaynaklandığı bulunmuştur. Öfke dışta alt boyutu puan ortalamalarının grup ve zaman etkileşimi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Deney grubundaki hemşirelerin simülasyonu değerlendirmeleri.

	Evet		**Hayır**		**Kısmen**	
	n(26)	**%**	**n(26)**	**%**	**n(26)**	**%**
Zor Hasta ile iletişimde öfke kontrolü ve iletişim becerilerinin geliştirilmesinde simülasyon eğitimi etkilidir	24	92.3	0	0	2	7.7
Simülasyon ile eğitim almaktan memnunum.	24	92.3	0	0	2	7.7
Simülasyon eğitimi ile gerçek hastaya daha iyi bakım verilebileceğini düşünüyorum	20	76.9	0	0	6	23.1
Simülasyon eğitiminden sonra aldığım teorik eğitimdeki bilgilerin daha kalıcı olduğunu düşünüyorum	22	84.6	0	0	4	15.4
Simülasyon uygulaması gerçeği yansıtıyordu.	22	84.6	0	0	4	15.4
Simülasyon uygulamasına aktif olarak katılmak öğreticiydi.	25	96.2	0	0	1	3.8
Senaryo gerçekçiydi.	24	92.3	0	0	2	7.7
Senaryo sonrası yapılan debrifing öğrenim açısından değerliydi.	25	96.2	0	0	1	3.8
Simülasyon eğitimi klinik beceri ve yeterliliklerin geliştirilmesinde etkilidir	23	88.5	0	0	3	11.5

Tablo 4.9'da standart hasta eşliğinde eğitim alan deney grubundaki hemşirelerin simülasyon değerlendirme formuna verdikleri cevapların dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi simülasyon eğitimine yönelik sorulan soruların hiçbirisine hemşireler olumsuz bildirimde bulunmamıştır. %96,2'lik bir evet cevabı ile hemşireler simülasyon uygulamasına aktif olarak katılımın öğretici olduğunu ve senaryo sonrasında yapılan debrifing aşamasının öğrenim açısından değerli olduğunu belirtmişler. Simülasyon eğitimi ile gerçek hastaya daha iyi bakım vereceğimi düşünüyorum sorusu ise %76,9'luk bir yüzde ile en düşük onay alan madde olmuştur.

Bulguların Kısa Bir Özeti

- Deney grubundaki hemşirelerin iletişim becerileri envanteri toplam puanlarında ve envanterin alt boyutlarından aldıkları puanların toplamlarında eğitim sonrası anlamlı düzeyde artış olmuştur.
- Deney grubunun iletişim toplam puanları ve alt ölçek puanlarında izlem ölçümlerinde de artışın devam etmekte olduğu görülmekte olup kontrol grubunun puanları son ölçümler ile yaklaşık bulunmuştur

- Deney grubundaki hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları puanların toplamlarında eğitim sonrası anlamlı düzeyde düşme öfke kontrol puanlarında ise artış olmuştur.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen iletişim becerileri ve öfke kontrolü eğitiminin hemşirelerin iletişim becerileri ile öfke ve öfke ifade tarzlarına olan etkisini belirlemek ve standart eğitim ile arasında fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular tartışılacaktır. Bulgular iki bölüm halinde tartışılacaktır. Birinci bölümde hemşirelerin iletişim becerileri envanter puanı sonuçlarına yönelik bulgular, ikinci bölümde ise Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ölçeğinden elde edilen bulgular tartışılacaktır.

5.1. İletişim Becerileri Envanterine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmada hemşirelere iki farklı yöntemle verilen iletişim becerileri ve öfke kontrolü eğitiminin, hemşirelerin iletişim becerileri ile öfke ve öfke ifade tarzları ölçek sonuçlarında etkili olacağı standart hasta ile verilen eğitimin ölçek puanlarında anlamlı düzeyde artışa sebep olacağı ön görülmüştür. Çalışmamızın sonuçlarına baktığımızda, hemşirelere verilen eğitimin deney ve kontrol gruplarının ölçek puanlarını yükselttiğini, deney grubundaki ölçek puan ortalamalarındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu görmekteyiz.

Bilindiği üzere hemşirelik mesleğinde en önemli faktörlerden birisi hemşirenin iletişim becerilerini etkili bir şekilde kullanabilmesi ve hastayı öncelikle doğru bir şekilde anlayabilmesi ve sonra da anlatmak istediklerini hastasına doğru bir şekilde ifade edebilmesidir. Burada, en önemli etmenlerden biri de hemşirenin kendini tanıması, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olabilmesidir (26). İletişim, birçok meslekte olduğu gibi hemşirelik mesleği için de tüm süreçlerin temelini oluşturur (95). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında hemşirelerin iletişim becerileri envanterinden aldıkları toplam puanların farklı meslek grupları ile yapılan çalışmaların sonuçlarına göre (96-98) daha yüksek değerlerde olduğu saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışma, Karadağ ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptıkları çalışma, Akgün Şahin ve ark. 2015 yılında yaptıkları çalışma, Şen ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışma ve Kaya'nın 2011 yılında yaptığı çalışmalarda ise hemşirelerin iletişim beceri puanlarının bizim çalışmamızın

sonuçları ile benzer şekilde yüksek bulunmuştur (95,99-102). Hemşirelerin iletişim beceri puanlarının diğer meslek gruplarına göre yüksek olması, çalışmaya katılan hemşirelerin lisans ve yüksek lisans mezunu olmaları ve üniversite eğitimlerinde ve mesleğe başladıktan sonra da düzenli olarak hizmet içi eğitimlerle iletişim derslerini alıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Akgün Şahin ve arkadaşları da yaptıkları çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça iletişim puanlarının da arttığını saptamışlar ve bu durumu üniversitelerde eğitim sürecinde verilen empati ve iletişim becerisine ait derslere önem verilmesine bağlamışlardır.

Çalışmada standart eğitimler deney gurubuna ve kontrol grubuna benzer ortamlarda ve eşit şartlarda verilmiştir. Deney ve kontrol grubunun eğitim öncesi ve eğitim sonrası iletişim becerileri envanterinden aldıkları puanlara bakıldığında eğitim öncesi deney grubunun iletişim toplam puanı 171.3±27.24 iken eğitim sonrası 182.46±21.48 ve 6 hafta sonra yapılan takip ölçümünde ise 186.07±19,79 olarak tespit edilmiştir. Deney grubunun iletişim envanterinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçeğin zihinsel, davranışsal ve duygusal alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları da ölçümler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu ortaya koymaktadır ($p<0,05$). Simülasyon eğitimi alan hemşirelerde iletişim becerileri puanlarının eğitimden sonrada yükselmeye devam ettiği görülmektedir. Davranış değişikliği gerçekleştirebilmek zaman isteyen bir durumdur ve çalışma sonuçları da gösteriyor ki uygun şekilde verilen eğitimlerden sonra bireylerde ortaya çıkan davranış değişiklikleri zamanla gelişmeye devam etmekte. Kontrol grubunun ise eğitim öncesi iletişim envanterinden aldıkları puanların ortalaması 176.76 ±13.88 iken eğitim sonrası 180.46 ±18.12 ve 6 hafta sonra yapılan takip ölçümünde ise 180.43±18,36 saptanmıştır. Alınan puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) Kontrol grubunun iletişim envanteri alt ölçek puanlarına baktığımızda zihinsel alt boyut puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken duygusal ve davranışsal alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelere verilen iletişim becerileri eğitimi her iki grubunda iletişim envanteri puanlarında artışa sebep olurken standart hasta eşliğinde verilen eğitim hemşirelerin ölçek puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($p<0,05$). Sonuçlara göre simülasyon eğitimi gibi bireylerin hem

görsel hem işitsel hem de davranışsal alanlarına müdahale eden çalışmaların klasik yönteme göre daha etkili olduğu görülmektedir. Yurt içinde yapılan çalışmaları incelediğimizde yapılan çalışmaların büyük ölçüde tanımlayıcı tarzda olduğunu, müdahale araştırmalarında ise kontrol gruplarına herhangi bir müdahale yapılmayıp deney gruplarına iletişim becerileri eğitiminin verildiğini ve sonuçların bu şekilde değerlendirildiği görülmektedir. Yurt içinde iletişim becerileri eğitiminin standart hasta eşliğinde verildiği herhangi bir çalışmaya yapılan literatür araştırmasında rastlanmamıştır. Yapılandırılmış iletişim becerileri eğitimlerinin verildiği çalışmalara baktığımızda, İldan Çalım 2014 yılında yapmış olduğu doktora tez çalışmasında "Travelbee kuramına Göre Verilen Kişilerarası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi"ni incelemiştir. Çalışmada toplam 16 ebeye 9 hafta boyunca iletişim becerileri eğitimi vermiştir. Çalışmasının sonucunda ebelerinin iletişim puanlarının eğitim sonrası artmış olmasına karşılık, artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını bulmuştur. Ancak, gözlenen iletişim becerileri gözlem formunda iletişim beceri davranışlarında anlamlı düzeyde artış tespit edilmiştir (24). 2008 yılında Ünal ve Öz "Onkoloji Hemşirelerinin Hastalarla İlişkilerini Geliştirmek İçin İletişim Becerileri Eğitim Programı: Bir Gözlem Çalışması" isimli müdahale çalışması yapmışlardır. Çalışmalarında toplam 36 hemşireyi dört gruba ayırmışlar ve her bir gruba haftada bir 1,5 saatlik toplam 9 hafta süren iletişim becerileri eğitimi vermişler ve çalışmanın sonunda hemşirelerin iletişim becerileri puanlarının anlamlı düzeyde yükseldiğini bulmuşlardır (103). 2005 yılında Korkut ve arkadaşları, yetişkinlere yönelik iletişim becerileri eğitiminin etkinliğine bakmak için toplam 16 kişiye 12 saatlik iletişim becerileri eğitimi vererek sonuçlarını değerlendirmiştir. Bu çalışmada da yetişkinlerin iletişim puanlarının eğitim sonrası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükseldiğini bulmuştur (104). Bizim çalışmamızda da hemşirelere iki farklı yöntemle iletişim becerileri eğitimi verildi ve her iki yöntem sonucunda da hemşirelere uygulanan ölçek puanlarında anlamlı düzeyde artış olduğunu tespit edildi. Dolayısı ile yurt içinde yapılan benzer çalışmaların sonuçları da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.

Yurt dışında standart hasta eşliğinde yapılan çalışmalara bakıldığında da benzer sonuçlar görülmektedir. Gaylle, 2015 yılında hemşirelik öğrencileri ile standart hasta eşliğinde çalışma yapmış ve çalışmasında hemşirelerin bilgi, anksiyete, teröpatik iletişim becerileri ve psikiyatrik semptomlarının değerlendirmelerini

incelemiştir. Ön test ve son test deneysel çalışma metodu ile yürütülen çalışmada standart hasta eşliğinde verilen eğitim sonrasında hemşirelik öğrencilerinin teröpatik iletişim becerileri puanlarında artış olduğunu ve nonteröpatik iletişim beceri puanlarında düşme olduğunu bulmuş ve puanlardaki değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır (105). Gaylle'nin yapmış olduğu bu çalışmanın sonuçları da bizim sonuçlarımız ile paralellik göstermektedir. 2017 yılında Andrea ve arkadaşları lisans eğitimi alan hemşirelik öğrencilerinde standart hasta kullanımının etkisini incelemişler ve onlarda benzer şekilde standart hasta kullanımının hemşirelerin iletişim becerilerini arttırdığını tespit etmişlerdir (83). 2017 yılında MacLean ve arkadaşları, iletişim becerilerini geliştirmede standart hastaların kullanımı ile ilgili bir araştırma yapmışlardır. Araştırmalarında 2006 ve 2016 yılları arasında yapılan 19 çalışmayı incelemişlerdir. Yapılan çalışmaların bir kısmı verilen iletişim programının etkinliğini değerlendirmek için yapılırken bir kısmında da direkt iletişim becerilerinin kazanılmasına yönelik çalışmalardan oluşmuştur. Sonuç olarak, iletişim becerilerini geliştirmede standart hasta kullanımının etkili bir yöntem olduğunu, ancak konu ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunduğunu ve çalışmaların çeşitlendirilerek arttırılması gerektiğini belirtmişlerdir (12).

Deney grubunda standart hasta ile eğitim alan hemşirelerin çözümleme aşamasının sonunda bu eğitim size ne kazandırdı sorusuna verdikleri yanıtlardan bazılarına baktığımızda, meslek hayatının 13. yılında olan bir hemşire hanım *"hastanın gerçek duygularına inemedim. Bana ilettiği bir sürü fiziksel sıkıntıları gerçekten var mıydı ya da niçin bu şekilde davranıyor, sorgulayamadım ve bunu burada arkadaşlarımı izlerken fark ettim. Bu açıdan bu çalışma ve özellikle çalışmanın bu aşaması benim için çok öğretici oldu"* ifadelerini kullandı. Meslek hayatında 22. yılı olan bir başka hemşire hanım ise "*fark ettim ki her sıkıntısında hastaya sürekli doktora soralım diyoruz ve kendimiz bir şeyler yapmaya çalışmıyoruz, bu belki işlerimizin yoğunluğundan ötürü belki de uğraşmak istememizden kaynaklanıyor, ancak bu şekilde davranmanın çok yanlış olduğunu gördüm. Böyle yaptıkça hemşire olarak sahada biz yokuz aslında, şu an diğer arkadaşlarımı izlerken bunu daha iyi fark ettim ve çok rahatsız oldum"* şeklinde düşüncelerini belirtti. Simülasyon eğitimin etkinliğine yönelik meslek hayatının 17. yılını çalışan bir başka hemşire hanım ise şu ifadeleri kullandı: *"açıkçası anlatılan slaytlardan aklımda çok ta bir şey kalmamıştı ve genelde bildiğim şeyler diye*

düşünmüştüm, ancak şu an burada yaptıklarımızdan sonra dinlediklerimizi çok da uygulamaya geçiremediğimizi gördüm. Hasta birçok sorunu peş peşe iletti ve ben hep fiziksel sorunlarına odaklandım, hastanın bana asıl anlatmak istediğini fark edemedim. En çok bildiğim empatiyi burada yapamadım, hastanın bana olan güvenini sağlayamadım ve onları şu an fark ettim. Gerçekten empati yapabilseydim hasta neden bu şekilde davranıyor, daha iyi anlayabilirdim. Bu açıdan, bu eğitimin slaytları dinledikten sonra burada uygulayarak gerçekleştirilmesinin çok daha kalıcı olduğunu düşünüyorum". Bir başka hemşire hanım ise "*hasta ile teröpatik iletişimde dokunmanın çok önemli olduğunu bildiğim halde, hastaya hiç dokunmadığımı fark ettim"* dedi. Hemşirelerin bu ifadeleri iletişim eğitiminde simülasyon eğitiminin ne derece etkili olduğunu ortaya koymaktadır, bizim çalışmamızı ve yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarını da destekler şekildedir.

5.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğine İlişkin Bulguları Tartışma

Öfke ifadesi insanın içinde bulunduğu gerginliği ve stresi dışa yansıtma biçimlerinden olup, stresli iş ortamında çalışan hemşirelerin profesyonel tutumlarını ve hemşirelik bakım davranışlarını, ayrıca teröpatik iletişim becerilerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (106). Son yıllarda artan teknoloji ve gelişmeler ile birlikte hastaların beklentilerinde de artış söz konusudur ve bu durum hastane ortamlarında rekabetin yanında, stresli çalışma ortamını da ortaya çıkarmaktadır. Stresin yoğun olduğu ortamlarda yaşanan en yoğun duygu ifadesi öfke olmaktadır (107). Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan farklı çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (14,17,106, 108).

Çalışmamızda hemşirelere verilen iletişim becerileri ve öfke kontrolü eğitiminde, deney grubunun sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt ölçek puan ölçümlerinde ortalamalar arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta alt ölçek puanları anlamlı düzeyde azalırken ($p<0.05$) öfke kontrol alt ölçek puanları da beklenildiği gibi anlamlı düzeyde yükselmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunun sonuçlarına bakıldığında hemşirelere verilen standart eğitimin

hemşirelerin sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun öfke kontrol alt ölçek puan ortalamasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark meydana gelmiştir ($p<0,001$). Sonuç olarak hemşirelerin öfke kontrol puan ortalamaları her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yükselmiştir ancak SÖÖTÖ'nin diğer alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öfke yönetiminde standart hasta ile verilen eğitimin daha etkili olduğu görülmektedir. Deney grubunda standart hasta ile eğitim alan bir hemşire hanım eğitimin çözümleme aşamasında bu eğitimde en çok neyin farkına vardınız sorusuna *"tamamen iş odaklı çalıştığımızı hastanın duygularına inemediğimizi fark ettim. Bu hastanın yerinde ben olsam, ayağımı kaybetme riskim olsa, solunum sıkıntım olsa ve evde de iki küçük çocuğum olsa eminim ki bende aynen bu hasta gibi, belki de daha fazla ajite olurdum. İletişimimde empati basamağını atladım maalesef, bu yüzden de hastaya öfkelendiğimi düşünüyorum, empati yapabilsem öfkelenmek yerine neden bu şekilde davranıyor diye durup düşünebilirdim"* şeklinde ifadede bulundu. Bu ifade de simülasyonun öfke yönetiminde etkili bir eğitim yöntemi olduğunu desteklemektedir.

Konuyla ilgili olarak öfke yönetimi eğitiminin verildiği müdahale çalışmalarını incelediğimizde, yurt içinde ve yurt dışında yapılan öfke yönetimi eğitimlerinde büyük çoğunlukla bilişsel davranışçı terapilerin kullanıldığını görmekteyiz. Yapılan literatür araştırmasında, öfke yönetimi eğitiminde standart hastaların kullanıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, çalışan hemşireler ile daha çok tanımlayıcı çalışmaların yapıldığı ve müdahale çalışmalarının ise öğrenci grupları ile üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Bu durumun, vardiyalı çalışma saatleri nedeni ile çalışan hemşirelere ulaşımında yaşanan güçlüklerden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Araştırmacılar tarafından geliştirilen yapılandırılmış eğitimlerin verildiği çalışmalar incelendiğinde 2017 yılında Gümüş Şekerci ve arkadaşları sekizinci sınıf öğrencileri üzerinde bilişsel davranışçı yaklaşıma göre uygulanan öfke kontrol programının etkinliğini araştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda öfke kontrol programının öğrencilerin öfke kontrollerini sağlamada etkili bir yöntem olduğu sonucuna varmışlardır (109). Kelleci ve arkadaşları 2014 yılında bilişsel davranışçı tekniklere dayalı olarak geliştirdikleri öfke yönetimi programının

lise öğrencileri üzerindeki etkinliğini araştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda bilişsel davranışçı tekniklere dayalı olarak oluşturulan öfke yönetimi programının öğrencilerin sürekli öfke düzeylerinin azalması, öfkelerini uygun şekilde ifade etmeleri ve öfkeyi kontrol etmeleri üzerinde etkili olduğunu tespit etmişlerdir (56). Bulut Serin ve Genç 2011 yılında öfke yönetimi eğitimi programının ergenlerin öfke denetimi becerilerine etkisini araştırmışlardır. Araştırmalarının sonucunda, grupla öfke yönetimi eğitimi programına katılan deney grubu öğrencilerinin sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta puanlarında anlamlı düzeyde azalma, öfke kontrol puanlarında ise anlamlı düzeyde artma olduğunu bulmuşlardır (110). Özkamalı ve Buğa2010 yılında yaptıkları çalışmada öfke denetimi eğitimi programının üniversite öğrencilerinin sürekli öfke düzeylerine etkisini incelemişler ve çalışmalarının sonucunda öfke denetimi eğitimi programının öğrencilerin sürekli öfke düzeylerini olumlu ve kalıcı yönde etkilediğini sonucuna varmışlardır (64). 2010 yılında yapılan bir başka çalışmada ise Sütçü ve arkadaşları ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmak için bilişsel davranışçı grup terapisinin etkinliğini araştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda hem ergenlerin hem de ergenlerin ebeveynlerinin bildirimlerine dayanan sonuçlarda ergenlerin sürekli öfkelerini ve saldırgan dışavurumlarını azaltmada ve öfke kontrolünü arttırmada etkili olduğunu bulmuşlardır (111). Yurt içinde yapılan incelediğimiz müdahale çalışmalarının sonuçlarına benzer şekilde bizim çalışmamızda standart hasta eşliğinde vermiş olduğumuz öfke yönetimi eğitimi programı hemşirelerin sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta puanlarını anlamlı düzeyde düşürürken, öfke kontrol puanlarını da anlamlı düzeyde arttırmıştır.

Yurt dışında yapılan çalışmalara bakıldığında, 2018 yılında yayınlanan Lee ve DiGiuseppe yapmış oldukları meta-analizde öfke ve saldırganlık yönetimi tedavilerini incelemişlerdir. Çalışmalarında öfke yönetimi tedavisinde kullanılan en yaygın uygulamanın ülkemizde de olduğu gibi bilişsel davranışçı terapiler ile uygulanan müdahale çalışmaları olduğu sonucuna varmışlardır. Meta-analizde bireylere uygulanan öfke ve saldırganlık tedavisi yöntemleri arasında bireylerin davranışlarına yönelik olan eğitim yöntemlerinin duygulara yönelik olan eğitim yöntemlerinden daha etkili olduğunu tespit etmişlerdir (112). Simülasyon eğitimlerinde de bireylerin duygularının yanında davranışları da değerlendirilmekte olup sergiledikleri davranışlar üzerinden eğitim yürütülmektedir. Simülasyon

eğitimin davranışa ve duygulara yönelik bir müdahale olduğu düşünüldüğünde, Lee ve DiGiuseppe'nin meta-analiz sonucu da bizim çalışmamızı desteklemektedir. 2014 yılında yapılan bir başka çalışmada Frazier ve Vela 2001-2013 yılları arasında yöntem olarak öfke yönetimi eğitiminin yapıldığı 21 müdahale çalışmasını incelemişlerdir. Yapılan çalışmaların 14'ü yetişkinler üzerinde,7'si ise adölesan bireyler üzerinde yapılmıştır. Çalışma sonucunda farklı popülasyonlarda da davranışçı terapinin öfke yönetiminde etkili olduğu sonucunu ortaya koymuşlardır (113). Valizadeh ve arkadaşları 2010 yılında 40 lise öğrencisi ile çalışma yapmışlar, çalışmalarında deney grubunda bulunan 20 öğrenciye 10 seanslık öfke yönetimi eğitimi verirken kontrol grubundaki 20 öğrenciye herhangi bir müdahalede bulunmamışlardır. Çalışmalarının sonucunda lise öğrencilerine verilen öfke yönetimi eğitiminin diğer çalışmalar ile benzer şekilde öğrencilerin öfke kontrolünde etkili bir yöntem olduğunu bulmuşlardır (114). Hemşirelik mesleğinin bilgi ve deneyimi, teori ve pratik uygulamalardan meydana gelmektedir. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ile birlikte yaşam standartları artmakta ve buna paralel olarak yaşam süresi uzamakta ve kronik hastalıkların sayısı da artmaktadır. Her gün çok sayıda hastanın tedavisine ve ihtiyaçlarına yetişmek zorunda kalan hemşireler, oldukça stresli ortamlarda öfkelerini doğru bir biçimde kontrol edebilmek zorundadırlar. Hemşirelerin bireysel gelişimlerinin yanı sıra, hasta memnuniyetinin artmasına da katkı sağlayacak olan teorik anlatımın yanında uygulamaya dayalı çalışmaların sayısının arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

- Deney ve kontrol grubunda yer alan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinden ölçek puanlarında etkili olan veriler incelendiğinde, hemşirelerin yaşları arttıkça sürekli öfke ve dışa vurulan öfke davranışlarında artış olduğu tespit edilmiştir.

- Evli olan hemşirelerin sürekli öfke puanları, bekar olan hemşirelere göre daha yüksek bulunmuştur.

- Hemşirelerin sahip oldukları çocuk sayısı arttıkça, iletişim becerileri puanlarının azaldığı saptanmıştır.

- Standart hasta eşliğinde verilen iletişim becerileri eğitiminin hemşirelerin iletişim toplam puan ortalamalarında ve zihinsel, duygusal ve davranışsal alt boyutların puan ortalamalarında anlamlı düzeyde artış sağladığı ve iletişim becerileri eğitiminde standart hasta ile verilen eğitimin klasik eğitimden daha etkili olduğu bulunmuştur.

- Standart hasta eşliğinde verilen öfke yönetimi eğitiminin, klasik yöntemle verilen eğitimden daha etkili olduğu tespit edilmiştir.

- SÖÖTÖ'nin öfke kontrol alt boyutundan aldıkları toplam puanlara bakıldığında, deney ve kontrol gruplarında verilen eğitimlerin etkili olduğu bulunmuştur.

Sonuç olarak, hemşirelere klasik yönteme ek olarak standart hasta eşliğinde verilen eğitimin öfke yönetimini sağlamada ve iletişim becerilerini geliştirmede daha etkili olduğu düşünülmektedir.

6.2. ÖNERİLER

Hemşirelere standart hasta eşliğinde verilen öfke yönetimi ve iletişim becerileri eğitiminin hemşirelerin becerilerini geliştirmede olumlu katkısının olduğu saptanan bu araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Uygulama ve davranışa yönelik olan simülasyon eğitimlerinin hem kalıcılığı sağlaması açısından hem grubun dinamikliğini sağlayabilmek açısından yaygınlaştırılması önerilmektedir.

- Hemşirelere hem kendilerini hem de diğer arkadaşlarını gözlemleyebilme ve yaptıkları yanlışları yerinde görüp tartışabilme fırsatı sunması açısından verilen hizmet içi eğitimlerinin içeriklerinin de simülasyonlar ile desteklenmesi önerilmektedir.

- Özellikle yurt içi literatüründe sınırlı sayıda çalışma bulunması sebebi ile literatüre katkı sağlayacak olan simülasyon eşliğinde yapılan müdahale çalışmalarının arttırılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Göral G. Hemşirelik ve Tıp Öğrencilerinin Zor Hasta Algısı ve Zor Hasta İle İletişimlerinin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Antalya: Akdeniz Üniversitesi 2011.

2. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, 2012, ss: 271-281.

3. Özcan A. Hemşire Hasta İlişkisi ve İletişim. Sistem Ofset Bas. Yay. San. Tic. Ankara, 2012

4. Yalçın N, Aştı T. Hemşire-hasta etkileşimi. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*2011, 19(1): 54-59

5. Akgün Çıtak E, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ. Bir üniversite hastanesinde hemşirelerin "zor hasta" olarak tanımladıkları hastalarla iletişim davranışlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2011, 1: 35-44.

6. Gorman LM. Davis Manuel of psychosocial Nursing in General Patient Care. F.A. Davis Company Philadelphia 1996, 39-51.

7. Wolf ZR, Smith GR. Strategies used by clinical nurse specialists in "difficult" clinician- patient situations. *Clinical Nurse Specialist,* 2007, 21(2):74-84.

8. Macdonald M. Origins of Difficlty in the Nurse-Patient Encunter. *Nursing Ethics* 2007, 14 (4).

9. Kennedy Sheldon L, Barrctt R, Ellington L. Difficult Comminication in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship,* 2006, 38:2, 141-147.

10. Koekkoek B, Meijel B, Hutschemaekers G. Difficult Patients in Mental Health Care: A Review. *Psychiatric Services.* 2006, 57 (6): 795- 802.

11. Essary AC. Symington L. How To Make The 'Difficult' Patienten Counter Less Difficult. *JAAPA,* 2005,18(5): 49–54.

12. MacLean S, Kelly M, Geddes F, Della P. 2017. Use of Simulated Patients to Develop Communications Skills in Nursing Education: An Integrative Review. *Nurse Education Today*2017, 48: 90–98.

13. Martin CT, Chanda N. Mental Health Clinical Simulation: Therpeutic Comminication. *Clinical Simulation in Nursing,* 2016, 12:209-214.

14. Baran M, Okanlı A. Hemşirelerin öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 18(1):43-49.

15. Bozkurt S. Çalışan ergenlerin öfke yönetiminde Roy adaptasyon kuramı temelli hemşirelik yaklaşımın etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2010.

16. Akdeniz M. Öfke kontrolü eğitiminin lise öğrencilerinin öfke kontrolü becerilerine etkisi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.

17. Kaya N, Kaya H, Yalçın Atar N, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A. Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Öfke ve Yalnızlık Özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi;*2012, 9 (2): 18-26.

18. Kameg KM, Mithell AM, Clochesy J, Howard VM, Suresky J. Communication and Human Patient Simulation in Psychiatric Nursing, *Issues in Mental Health Nursing,* 2009, 30:503–508.

19. Crider MC, Niesh SG. Integrating a Professional apprentice ship model with psychiatric clinical simulation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services,* 2011, 49(5): 42-49.

20. Guise V, Chambers M, Valimaki M. What can virtual patient simulation of fermental health nursing education? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 2012, 19, 410–418.

21. Szpak JL, Kameg KM. Simulation decreases nursing student anxiety prior to communication with mentally ill patients. *Clinical Simulation in Nursing,* 2013, 9(1), 13-19.

22. Brown AM. Simulation in undergraduate mental health nursing education: A literature review. *Clinical Simulation in Nursing,*2015,11(10): 445-449.

23. Gürhan N. Kişiler arası İletişim. İçinde: Gürhan N, Okanlı A (Editörler). *Yaşamın Sırrı İletişim,*1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2017:1-25.

24. İldan Çalım S. Travelbee Kuramına Göre Verilen Kişiler Arası İletişim Eğitiminin Ebelerin İletişim Becerilerine ve Annelerin Doğum Memnuniyetine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2014.

25. Yüksel E. İletişim Kuramları. Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Fakültesi Yayını; No:1763. Eskişehir, 2013.

26. Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı Çelik S, Aydın Avcı İ. Hemşirelerin İletişim Becerileri: Samsun İli Örneği. *Dicle Tıp Dergisi,* 2011, 38(1):49-56.

27. Keçeci A, Taşocak G. Öğretim elemanlarının iletişim becerileri: Bir sağlık yüksekokulu örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2009, 2: 131-136.

28. Terakye G. Hemşirelikte İletişim ve Hasta-Hemşire İlişkileri, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1994, 11- 107.

29. Bramhall E. Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard.* 2014, 29(14): 53-59.

30. Demirel Y. *Sağlık Hizmetlerinde Sağlıklı İletişim.* Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2016.

31. Budak F. Hemşirelikte İletişim ve Hasta-Hemşire İlişkisi. İçinde: Gürhan N, Okanlı A (Editörler) *Yaşamın Sırrı İletişim*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2017:210-234.

32. Üstün B. Çünkü iletişim çok şeyi değiştirir. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2005, 8(2): 88-94.

33. Voltan Acar N. *Yeniden Terapötik İletişim*. 13.Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, 2017.

34. Demir Ünal S. Onkoloji Hastaları ile Çalışan Hemşirelerin İletişim Becerilerine Yardım Becerileri Eğitiminin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2005.

35. Acar G, Buldukoğlu K. Öğrencilerin hastalarla iletişimde karşılaştıkları güçlükler ve zor hasta algıları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing*, 2016, 7(1):7–12.

36. Yılmaz S. Etkili İletişim Teknikleri. İçinde: Gürhan N, Okanlı A (Editörler). *Yaşamın Sırrı İletişim,*1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2017: 49-77.

37. Çam O, Dülgerlar Ş. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Tedavi Edici Temel Araçlar: Ortam ve İletişim. İçinde: *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği*, Çam O, Engin E. (Editörler), 1.Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık 2014: 157-178.

38. Ercan F, Karakaş M, Kaya HM. Etkili Olmayan İletişim Yöntemleri. İçinde: Gürhan N, Okanlı A (Editörler). *Yaşamın Sırrı İletişim,*1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevleri, 2017: 79-100.

39. White MK, Keller VF. Difficult clinician-patient relationships. *The Journal of Clinical Outcomes Management.*1998, 5(5):32-36.

40. Zoboli ELCP, Santos DV, Schveitzer MC. Difficult Patients in Primary Health Care: Between Care and Order. *Comunıcação Saúde Educação* 2016; 20(59):893-903.

41. Demiralp M. Hemşirelerin Zor Hasta Davranışlarına Tepkileri. İçinde: *Psikosoyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin,* Öz F, Demiralp M, (Çeviri Editörleri) *Psychosocial Nursing For General Patient Care,* Gorman LM, Sultan DF. 3. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2014: 33-42.

42. Çelik R. Zor hasta olgusu ve Isparta il merkezindeki hastaneler üzerinde bir çalışma. Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2012.

43. Bryan RA, Childers L. *Handling diffiicult patients.* HCproInc. United States. pp: 2004: 2-15.

44. Miksanek T. 2008. On Caring for Difficult Patients. *Health Affairs.* 2008, 27(5):1422-1428.

45. Schafer MD, Nowlis DP. Personality Disorders Among Difficult Patients. *Arch Fam Med.*1998, 7: 126–129.

46. Wasan AD, Wootton J, Jamison RN. Dealing with Difficult Patients in Your Pain Practice. *Regional Anesthesia and Pain Medicine.* 2005, 30(2):184-192.

47. İlhan HK. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi 2014.

48. Keskin G, Babacan Gümüş A, Engin E. Bir Grup Sağlık Çalışanında Öfke ve Mizaç Özellikleri: İlişkisel bir İnceleme. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi;* 2011, 24:199-208.

49. AikenLH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 2002, 288(16):1987-1993.

50. Fitness J. Anger in The Workplace: An Emotion Script Approach to Anger Episodes Between Workers and Their Superiors, Co-Workers And Subordinates, *Journal of Organizational Behavior,* 2000, s147–162.

51. Bayrı F. Hemşirelerin öfke ifade biçimleri ve genel sağlık durumları ile ilişkisinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi 2007.

52. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri: Öfke, 5.Basım, Zirve Ofset, Ankara, 1998.

53. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi;* 2003 11(2):19-27.

54. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,* 2009, 2(3):57-69.

55. Avcı D. Bilişsel davranışçı tekniklere dayalı öfke ile baş etme programının ergenlerin ruh sağlığına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2012.

56. Kelleci M, Avcı D, Erşan E. Doğan D. Bilişsel Davranışçı Tekniklere Dayalı Öfke Yönetimi Programının Lise Öğrencilerinin Öfke Ve Atılganlık Düzeylerine Etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi;* 2014, 15:296-303.

57. Tatlılıoğlu K, Karaca M. Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *International Journal of SocialScience*2013, 6(6): 1101-1123.

58. Lök N, Bademli K, Canbaz M. The Effects of Anger Management Education on Adolescents' Manner of Displaying Anger and Self-Esteem: A Randomized Controlled Trial. Archives of Psychiatric Nursing. https://doi.org./10.1016/j.apnu.2017.10.010.

59. Bayrı F, Kelleci M. Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2009, 1(2):65-70.

60. Greenberger D. Padesky CA. Evinizdeki Terapist. Çeviri Editörü: Armay Z. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul 2015.

61. Ulu S. Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2011.

62. Martin R, Watson D. Style of Anger Expression and Its Relation to Daily Experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*,1997, 23: 284-289.

63. Yüksel A. Hemşirelerin Öfke Düzeyi ve Verimliliğe İlişkin Tutumlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.

64. Özkamalı E, Buğa A. Bir öfke denetimi eğitimi programının üniversite öğrencilerinin sürekli öfke düzeylerine etkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2010, 6(2):50-59.

65. Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. *Başkent Üniversitesi, Pivolka Dergisi,*2004, (3)12: 8-10.

66. Burns D. İyi Hissetmek, Yeni Duygu durum Tedavisi, İçinde: *Bilişsel Davranışçı Terapiler Serisi-3*, Acar G. (Çeviri Editörü), İstanbul, Psikonet yayınları, 2015.

67. İmamoğlu S. Öğretmen Adaylarının Öfke ve Öfke İfade Tarzları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2003.

68. Sülün Ö. Futbol Hakemlerinin Öfke ve Kızgınlık Düzeyleri ile Empatik Eğilim Düzeylerinin Karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karaman: Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi, 2013.

69. Öztürk E. İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Öfke nedenleri ve Öfke Kontrol Yönetimleri (Elazığ İli Örneği), Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ: Fırat Üniversitesi, 2012.

70. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2007,8:132-139.

71. Lewis R, Strachan A, McKenzie Smith M. Is High Fidelity Simulation the Most Effective Methodforthe Development of Non-Technical Skills in Nursing? A Review of the Current Evidence. *The Open Nursing Journal*, 2012, 6;82-89.

72. Regan M, Onello R. Knowledge, Action And Reflection: A Theoretically Based Model for Use with High Fidelity Simulation in Nursing Education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 2013,3(7).

73. Göriş S, Bilgi N, Korkut Bayındır S. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2014; 4 (2): 25-29.

74. Sarıkoç G. Sağlık çalışanlarının eğitiminde sanal gerçekliğin kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2016; 13(1):11-15.

75. Şendir M. Kadın Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Simülasyon Kullanımı. *F.N. Hem. Derg,*2013 Cilt 21- Sayı 3: 205-212.

76. Özkan B, Günay Molu N. Psikiyatri Hemşireliği Öğretiminde Simülasyon Kullanım Modelleri. Mersin *Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi,* 2017;10(3):219-227.

77. Brown JF. Applications of Simulation Technology in Psychiatric Mental Health Nursing Education, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 2008, 15: 638–644.

78. Gaba D. The future vision of simulation on healthcare. *Qual Saf Health Care* 2004;13 (Supple 1):i2-i10.

79. Oudshoorn A, Sinclair B. Using Unfolding Simulations to Teach Mental Health Conceptsin Undergraduate Nursing Education. *Clinical Simulation in Nursing,* 2015;11(9):396-401.

80. Ellis DM, Brou R, King R, Tusa P. Psychiatric simulation on a budget. *Clinical Simulation in Nursing* 2015;11(11):469-471.

81. Guinness T.M. Simulation in psychiatric nursing education. Journal of Psychosocial Nursing 2011;49(5):9-10.

82. Sarmasoğlu Ş. Hemşirelik Eğitiminde Standart Hasta Kullanımının Öğrencilerin Psikomotor Beceri Geliştirme Süreçlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2014.

83. Andrea J, Kotowski P. Using Standardized Patients in an Under Graduate Nursing Health Assessment Class. *Clinical Simulation in Nursing*, 2017,13: 309-313.

84. Brown A.M. Simulation in Under Graduate Mental Health Nursing Education: A literatüre review. *Clinical Simulation in Nursing* 2015;11(10):445-449.

85. Kameg KM, Englert NC, Howard VM, Perozzi KJ. Fusion of psychiatric and medical high fidelity patient simulation scenarios: effect on nursing student knowledge, retention of knowledge, andperception. *Issues in Mental Health Nursing* 2013; 34:892-900.

86. El Tantawi MM, El Kashlan MK, Saeed YM. Assessment of the efficacy of second life a virtual learning environment in dental education. *Journal of Dental Education* 2012; 77(12):1639-1652.

87. Orr F, Kellehear K, Armari E, Pearson A, Holmes D. The distress of voice-hearing: The use of simulation for awareness, understanding and communication skill development in undergraduate nursing education. *Nurse Education in Practice* 2013; 13:529-535.

88. Tüzer H, Dinç L, Elçin M. Hemşirelik Lisans Eğitimi Simülasyon Uygulamalarında Çözümleme Sürecinin Önemi. *Turkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics*, 2017;3(1):23-7.

89. Schwindt R, Nelis A. Integrating simulation into a Reflection-Centered Graduate Psychiatric/Mental Health Nursing Curriculum. *Nursing Education Perspectives* 2015;36(5):326-329.

90. Rhodes M, Curran C. Use of the Human Patient Simulator to Teach Clinical Judgment Skills in a Baccalaureate Nursing Program. *Computers, Informatics, Nursing.* 2005; 23(5): 256-62.

91. Bremner MN, Aduddell K, Bennett DN, VanGeest JB. Theuse of human patient simulators best practices with novice nursing students. *Nurse Educator*. 2006; 31(4):170-4.

92. Özer AK. Sürekli Öfke (SL- Öfke) ve Öfke İfade Tarzı (Öfke Tarz) ölçekleri ön çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi,* 1994, 9(31), 26-35.

93. Ersanlı K, Balcı S. 1998. İletişim becerileri Envanteri Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2(10):7-12.

94. Duran S, Karadaş A, Kadder E. Hemşirelik öğrencilerinin tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2016, 7(3).

95. Akgün Şahin Z, Kardaş Özdemir F. Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin incelenmesi. *GOP Taksim EAH JAREN*, 2015,1(1):1-7.

96. Örücü E, Kıvrak O. Telekominikasyon sektöründe çalışan personelin İletişim Becerileri Düzeylerinin İncelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi* 2013, 20/1;15-29.

97. Dallı M, Ünlü Y, Pekel A. Spor yöneticiliği bölümü öğrencilerinin iletişim beceri düzeyleri ile girişimcilik düzeyleri arasındaki ilişki. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017, 5(58): 28-34.

98. Yıldız Y, Kurtuldu K. Müzik Öğretmeni Adaylarının İletişim Becerilerinin İncelenmesi: Karadeniz Teknik Üniversitesi Örneği. *Route Educational and Social Science Journal*, 2016, 3(3): 208-217.

99. Kaya N, Turan N, Kamberova HA, Cenal Y, Kahraman A, Evren M. Hemşirelik Öğrencilerinin Sanat Özelliklerine Göre İletişim Becerileri ve Sosyal Zeka Düzeyleri. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi;*2016, 13 (1): 50-58.

100. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve Hemşirelerin İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2015,17/1; 160-179.

101. Kaya F. Hemşirelerin İletişim ve Empatik Beceri Düzeyleri ile Hastaların Hemşirelik Bakımını Algılayışlarının Karşılaştırılması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2011.

102. Tiryaki Şen H, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ünüvar Ö. Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4(1): 13-20.

103. Ünal S, Öz F. Onkoloji hemşirelerinin hastalarla ilişkilerini geliştirmek için iletişim becerileri eğitim programı: bir gözlem çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi;* 2008, 52–67.

104. Korkut F. Yetişkinlere Yönelik İletişim Becerileri Eğitimi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,* 2005, 28: 143-149.

105. Gaylle D. Effects of a Mental-Health Clinical Simulation Experience Using Standardized Patients and Two Debrifing Styles on Prelicensure Nursing Students' Knowledge, Anxiety, and Therapeutic Comminication and Psychiatric Assessment Skills. University of San Francisco USF Scholarship Repository, Theses, Dissertations and Projects, 2015.

106. Kocatepe V, Uğur E, Karabacak Ü. Yoğun Bakım ve Palyatif Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Bakım Davranışları Arasındaki İlişki. *F.N. Hemşirelik Dergisi;* 2017, 25(1): 13-20.

107. Han A, Won J, Kim O, Lee SE. Anger Expression Types and Interpersonal Problems in Nurses. Asian Nursing Research. 2015, 9: 146-151.

108. Duran Ş, Hamamcı Z. Evlilik öncesi ilişki geliştirme programının romantik ilişkiler yaşayan üniversite öğrencilerinin iletişim becerileri, çatışma iletişim tarzları ve ilişki istikrarları üzerine etkisinin incelenmesi. *Aile ve Toplum* 2010.Yıl: 11 Cilt: 6 Sayı: 23 Ekim-Kasım-Aralık.

109. Gümüş Şekerci Y, Terzi H, Kitiş Y, Birimoğlu Okuyan C. Sekizinci Sınıf Öğrencilerine Bilişsel Davranışçı Yaklaşıma Göre Uygulanan Öfke Kontrol Programının Etkinliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi,* 2017, 10(4):201-207.

110. Bulut Serin N, Genç H. Öfke yönetimi eğitimi programının ergenlerin öfke denetimi becerilerine etkisi. *Eğitim ve Bilim*, 2011, 36(159); 236-254.

111. Tekinsav Sütçü S, Aydın A, Sorias O. Ergenlerde Öfke ve Saldırganlığı Azaltmak İçin Bilişsel Davranışçı Bir Grup Terapisi Programının Etkinliği. *Türk Psikoloji Dergisi,* 2010, 25 (66), 56-66.

112. Lee AH, DiGiuseppe R. Anger and Aggression Treatments: A Reviee of Meta-Analyses. *Current Opinion in Psychology*, 2018, 19:65-74.

113. Frazier SN, Vela J. Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Anger and Aggressive Behavior: A Review. *Aggression and Violent Behavior,* 2014, 19: 156-163.

114. Valizadeh S, Davaji RBO, Nikamal M. The Effectiveness of Anger Management Skills Training on Reduction of Aggression in Adolecents. *Procedia Social and Behavioral Sciences,* 2010, 5:1195-1199.

8. EKLER

EK-1. Sosyo-Demografik Özellikler Veri Toplama Formu

1. Doğum tarihiniz : …….
2. Cinsiyet : □Erkek □Kadın
3. Medeni durum : □Evli □□Bekar □Dul
4. Çocuğunuz var ise çocuk sayısı nedir? ……..
5. Aylık geliriniz nedir?

□Gelir giderden az

□Gelir gidere eşit

□Gelir giderden fazla

6. Eğitim durumunuz nedir?

□Doktora

□Yüksek lisans

□Lisans

□Ön lisans

□Lise

7. Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz? : ……
8. Bu klinikte kaç yıldır çalışıyorsunuz? : …….
9. Çalışma şekliniz nedir? : □ Sadece gündüz mesai

□ Gece nöbet ve gündüz mesai

□Sadece gece nöbet

10. Nöbet tutuyor iseniz aylık nöbet ortalamanız nedir? : ……

11. Şu anda çalıştığınız birimden memnun musunuz?

□Memnunum

□Kısmen memnunum

□Memnun değilim

EK-2. Sürekli Öfke Ve Öfke Tarzı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki hiç uygun değil, biraz uygun, oldukça uygun, tamamen uygun seçenekleri arasından sizi en iyi tanımlayanı seçerek işaretleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Her hangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

İFADELER	İfade Size ne kadar uygun?			
	Hiç	**Biraz**	**Oldukça**	**Tümü**
1.Çabuk parlarım (öfkelenirim)				
2.Kızgın mizaçlıyımdır				
3.Öfkesi burnunda bir insanım				
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim				
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir				
9.Engellendiğimde (yapmak istediğim şeyler engellendiğinde) içimden birilerine vurmak gelir.				
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde, çılgına dönerim.				

Herkes zaman zaman öfke ya da kızgınlık duyar. Ancak kişilerin öfkelendiklerinde verdikleri tepkiler farklıdır. Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duygunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Her hangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

İFADELER	İfade Sizin Tepkilerinize ne Kadar Uygun?			
	Hiç	**Biraz**	**Oldukça**	**Tümü**
11. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda öfkemi kontrol ederim				
12. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda öfkemi karşı tarafa gösteririm				
13. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda öfkemi içime atarım				
14. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, başkalarına karşı sabırlıyımdır				
15. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda,, somurtur ya da surat asarım				
16. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda,, insanlardan uzak dururum				

17. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, başkalarına iğneli sözler söylerim				
18. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, soğukkanlılığımı korurum				
19. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım				
20. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, için için köpürürüm ama göstermem				
21. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, davranışlarımı kontrol ederim				
22. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, başkalarıyla tartışırım				
23. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, içimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim				
24. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, beni çileden çıkaran şey her ne ise saldırırım				
25. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim				
26. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm				
27. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, belli ettiğimden daha öfkeliyimdir				
28. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim				
29. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, kötü şeyler söylerim				
30. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım				
31. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, içimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim				
32. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, sinirlerime hakim olamam				
33. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, beni sinirlendiren kişiye ne hissettiğimi söylerim				
34. Öfkelendiğimde ya da kızdığımda, kızgınlık duygularımı kontrol ederim				

EK-3. İletişim Becerileri Envanteri

Açıklama: *Aşağıda insan ilişkileriyle ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır.* ***Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin*** *size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler,* ***"Tam Benim Gibi (1), Biraz Benim Gibi (2), Kararsızım (3), Benim Gibi Değil (4), Benim Gibi Hiç Değil (5)"*** *karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.*

	1	2	3	4	5
1. İnsanları anlamaya çalışırım.					
2. İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim					
3. Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmekte zorluk çekmem.					
4. Konuşurken, etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5. Genelde eleştirilmekten hoşlanmam.					
6. Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
7. Kişilerin, anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
8. Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı vermek istemem.					
9. Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım.					
10. Başkaları konuşurken sabırlı olur, onların sözünü kesmem.					
11. İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.					
12. Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.					
13. Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem					
14. Konuşurken açık, sade ve düzgün cümleler kurarım.					
15. Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşmazsam bile fikirlerine saygı duyarım.					
16. İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.					
17. Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlenmeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.					
18. Yanlış tutum ve davranışlarımın kolaylıkla kabul ederim.					
19. Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.					
20. Dinleyenim anlamaz göründüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder, özetlerim.					

21. İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.					
22. Dinlerken, karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
23. Küs olduğum birisiyle barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinmem.					
24. Karşımdaki kişinin duygu ve düşünceleri bana ters düşse bile yargılamam.					
25. Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.					
26. Genellikle insanlara güvenirim.					
27. İletişim kurduğum kişinin karşı cinsten olmasından rahatsızlık duymam.					
28. Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.					
29. Özür dilemek bana zor gelir.					
30. Tartışma sonunda, savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul edebilirim.					
31. Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.					
32. İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.					
33. İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.					
34. Çevremdekiler, insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındalar.					
35. Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum.					
36. İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.					
37. Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.					
38. Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.					
39. Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım.					
40. İletişim kurduğum kimselerden bir şeyler verdiğimi hissederim					
41. İnsanlara cevaplamada zorlanacakları ani sorular yöneltmem.					
42. Beni rahatsız eden duygularımı iletmekte sıkıntı çekmem.					
43. Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.					
44. İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissederim.					
45. Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					

EK-4. Simülasyon Değerlendirme Formu

1. Zor Hasta ile iletişimde öfke kontrolü ve iletişim becerilerinin geliştirilmesinde simülasyon eğitimi etkilidir.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

2. Simülasyon ile eğitim almaktan memnunum.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

3. Simülasyon eğitimi ile gerçek hastaya daha iyi bakım verilebileceğini düşünüyorum

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

4. Simülasyon eğitiminden sonra aldığım teorik eğitimdeki bilgilerin daha kalıcı olduğunu düşünüyorum

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

5. Simülasyon uygulaması gerçeği yansıtıyordu.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

6. Simülasyon uygulamasına aktif olarak katılmak öğreticiydi.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

7. Senaryo gerçekçiydi.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

8. Senaryo sonrası yapılan debrifing öğrenim açısından değerliydi.

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

9. Simülasyon eğitimi klinik beceri ve yeterliliklerin geliştirilmesinde etkilidir

(a) Evet (b) Hayır (c) Kısmen

10. Klinik uygulama eğitimlerinin hemşirelik eğitiminde simülasyon yöntemi ile yapılmasına ilişkin ne düşünüyorsunuz?

11. Bu yöntemin eğitime avantajları nelerdir?

12. Bu yöntemin sizce dezavantajları nelerdir?

EK-5. Etik Kurul Onayı

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

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü akademisyenlerinden Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'ın, Hemşirelere zor hasta ile iletişim ve öfke yönetimi konusuna yönelik verilen eğitiminin simülatif hasta ile etkinliğinin değerlendirilmesi adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur.	☑
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir.	☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır.	☐

SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	384
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	21.10.2016
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	09.11.2016 – 15/10
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Cinnah Cad. No: 16 Çankaya / ANKARA
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	**Başkan**	
Doç. Dr. Musa AYGÜL	**Başkan Yardımcısı**	katılmadı
Prof. Dr. Şükrü ÖZEN	**Üye**	
Prof. Dr. Ergün ERASLAN	**Üye**	
Prof. Dr. Metin ÖZDEMİR	**Üye**	katılmadı
Doç. Dr. Rıza GÖKLER	**Üye**	
Doç. Dr. Tekin AKDEMİR	**Üye**	
Doç. Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM	**Üye**	

EK-6. Enstitü İzni

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO
21/10/2016	24	12

Enstitümüz Yönetim Kurulu 21/10/2016 Cuma günü saat 10:00'da, Enstitü Müdür Vekili Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER'in, 20/10/2016 tarih ve 78033166/391 sayılı toplantıya çağrı yazısına istinaden toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

GÜNDEM:

-Enstitümüz bünyesinde bulunan Hemşirelik Doktora Programına kayıtlı 135301406 numaralı öğrencisi Arzu AYDOĞAN'ın, Doktora Tez Öneri Formunun görüşülmesi.

KARAR NO 2016/24-12:

- Enstitümüz bünyesinde bulunan Hemşirelik Doktora Programına kayıtlı 135301406 numaralı öğrencisi Arzu AYDOĞAN'ın, Doktora Tez Öneri Formu, Tez İzleme Komitesince "Başarılı" bulunmuştur. Adı geçen öğrencinin **"HEMŞİRELERİN ZOR HASTA OLARAK TANIMLADIKLARI HASTALARA YÖNELİK İLETİŞİM ve ÖFKE YÖNETİMİ BECERİLERİ KONUSUNDA STANDART HASTA İLE VERİLEN EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ"** başlıklı doktora tez konusunun kabulüne, adı geçen öğrencinin tez yazımına başlamasına ve gereği yapılmak üzere Öğrenci İşleri Daire Başkanlığına bildirilmesine; toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

EK-7. Kurum İzni

T.bbiE

T.C.
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1.Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

TC.Sağlık Bakanlığı

09 Şubat 2017

39098845.

Sayı : 50687469-Hst.Ynt.Özl.İşl.-730.08.03-
Konu: Arzu AYDOĞAN-Anket İzni

ANKARA 1.BÖLGE KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİNE

İlgi : 20.01.2017 tarih ve 51700877-730.08.03 E-1081 sayılı yazı.

İlgi yazı ile bildirilen, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Doktora öğrencisi ve GEAH Ortopedi Kliniği Sorumlu Hemşiresi Arzu AYDOĞAN'ın doktora tez çalışması ile ilgili Hastanemizde anket yapma talebi incelenmiştir.

Yapılan değerlendirmeler sonucu yürütülecek çalışma kapsamında kurumumuzda çalışan hemşirelere eğitim verileceğinden, hem hasta hem de çalışan memnuniyetini arttıracağı ve kuruma hizmet kalitesi, etkinlik, verimlilik açısından yarar sağlayacağı değerlendirilmiştir.

Araştırma sonuç raporunun Hastanemiz Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne bildirilmesi koşuluyla araştırmanın yapılması Hastane Yöneticiliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Birgül ARMUTCU
Hastane Yöneticisi a.
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

EK-8. Onam Formu

Değerli Meslektaşım;

Bu çalışmada, hemşirelere zor hasta ile iletişim ve öfke yönetimi konusunda verilen eğitiminin simülatif hasta ile etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya yönelik olarak aşağıdaki sosyodemografik özellikleri içeren anket formu ve ölçekler hazırlanmıştır. Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilen sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmakta olup, kabul eden katılımcıların soruları içtenlikle yanıtlamaları ve iletişim bilgilerini belirtmeleri önemle rica olunur.

Ankete katıldığınız için teşekkür ederim.

Uzm.Hem. Arzu AYDOĞAN
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Psikiyatri Hemşireliği Doktora Öğrencisi

Katılımcının Adı ve Soyadı:
Tarih:
İmza:
İletişim Tel:

EK-9. Eğitim Kitapçığı

HEMŞİRELER İÇİN GELİŞTİRİLMİŞ İLETİŞİM BECERİLERİ ZOR HASTA ALGISI VE ÖFKE YÖNETİMİ EL KİTABI



HAZIRLAYAN
UZM. HEM. ARZU AYDOĞAN
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ AD.

ANKARA
2017

EK-10. Özgeçmiş

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Arzu AYDOĞAN
Doğum Tarihi	: 15.09.1980
Doğum Yeri	: Bornova
Medeni Hali	: Evli
Uyruğu	: Türkiye Cumhuriyeti
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara
Tel	:0 312 304 21 84
Fax	:
E-mail	:aaydogan80@gmail.com
EĞİTİM	
Lise	:Manisa/Turgutlu Niyazi Üzmez Süper Lisesi
Lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yüksek Lisans	: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Doktora	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	:57.25
ÜYE OLUNAN MESLEKİ KURULUŞLAR	
Psikiyatri Hemşireleri Derneği	
Ortopedi Hemşireleri Derneği	