2020

DOKTORA TEZİ

Reyhan ESKİYURT

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MESLEKİ PERFORMANS KAYGI DÜZEYİ YÜKSEK HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE KLİNİK ÖNCESİ UYGULANAN BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YÖNELİMLİ SİMÜLASYON UYGULAMASININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Reyhan ESKİYURT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

MESLEKİ PERFORMANS KAYGI DÜZEYİ YÜKSEK HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNE KLİNİK ÖNCESİ UYGULANAN BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI YÖNELİMLİ SİMÜLASYON UYGULAMASININ ETKİSİNİN İNCELENMESİ

DOKTORA TEZİ

Reyhan ESKİYURT

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2020

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Mesleki Performans Kaygı Düzeyi Yüksek Hemşirelik Öğrencilerine Klinik Öncesi Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Yönelimli Simülasyon Uygulamasının Etkisinin İncelenmesi

Reyhan ESKİYURT

Doktora Tezi
10.09.2020

Tez Danışmanı
Dr.Öğretim Üyesi Hilal TÜZER
İkinci Tez Danışmanı
Prof.Dr. Melih ELÇİN

Jüri Üyeleri
Doç.Dr. Sena KAPLAN
Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ
Doç.Dr. Satı DİL
Dr.Öğretim Üyesi Hilal TÜZER
Dr.Öğretim Üyesi Bahar İNKAYA

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

Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN
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.
10.09.2020

Reyhan ESKİYURT

TEŞEKKÜR

Tez danışmanlarım olarak çalışmamıza olan değerli katkılarından dolayı Sayın Dr.Öğretim Üyesi Hilal TÜZER ve Sayın Prof.Dr. Melih ELÇİN'e,

Tez izleme komitesi jüri üyeleri olarak çalışmamıza verdikleri değerli katkılarından dolayı Sayın Doç.Dr. Emine ÖKSÜZ ve Sayın Doç.Dr. Sena KAPLAN'a,

İhtiyacım olan her anımda süpervizyonluk, uzman görüşü, nitel ve nicel veri analizlerinin değerlendirilmesi konusunda desteklerini esirgemeyen değerli hocalarıma,

AYBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün idari birimlerinde görevli personellerine,

Tezin farklı uygulama aşamalarında yer alarak enerjileriyle, coşkularıyla, bilimsel meraklarıyla, sevgi ve saygılarıyla çalışmamın her anını anlamlı kılan değerli AYBÜ Hemşirelik Bölümü 2019 yılı mezunu öğrencilerimize ve AYBÜ Hemşirelik Bölümü 2019-2020 yılı girişli öğrencilerimize,

2013 yılında başladığım ve bu çalışma ile tamamladığım, lisansüstü eğitimim boyunca yaşadığım her şeye ve tanıdığım herkese,

Kıymetli aileme ve benim için çok önemli olan tüm dostlarıma,

Sonsuz teşekkürler.

İÇİNDEKİLER

ÖZET iv

ABSTRACT vi

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ viii

ŞEKİLLER DİZİNİ ix

TABLOLAR DİZİNİ x

1. GİRİŞ 1

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi 1

1.2. Araştırmanın Amacı 7

1.3. Araştırmanın Hipotezleri 7

2. GENEL BİLGİLER 8

2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu 8

2.1.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanı Kriterleri 10

2.1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Özellikleri 11

2.1.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı 12

2.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nedenleri 13

2.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Yaşama Olan Etkileri 16

2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavi Yöntemleri 17

2.1.7. Bilişsel Davranışçı Kuram 17

2.1.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun Bilişsel Modeli 18

2.1.9. Sosyal Kaygıda Temel Bilişsel Davranışçı Teknikler 22

2.1.10. Sosyal Kaygının Bilişsel Davranışçı Terapisiyle İlgili Araştırma Sonuçları 24

2.2. Hemşirelik ve Mesleki Performans Kaygısı 27

2.3. Sağlık Alanında Simülasyon Uygulamaları 34

2.3.1. Simülasyonun Tanımı ve Sınıflandırılması 34

2.3.2. Simülasyonun Kullanım Alanları 36
2.3.3. Sağlık Hizmet Sunumu ve Kalite Çalışmalarında Simülasyonun Yenilikçi Yeri 37
2.3.4. Standart Hastalar 39
3. MATERYAL VE YÖNTEM 42
3.1. Araştırmanın Modeli 42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 45
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 45
3.4. Veri Toplama Araçları 48
3.4.1. Nitel Verilerin Toplanması 48
3.4.2. Nicel Verilerin Toplanması 50
3.5. Araştırmanın Uygulanması 51
3.5.1. Hazırlık Süreci 51
3.5.2. Eylem Araştırması Süreci 53
3.6. Araştırmanın Etik Yönü 54
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri 55
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 56
3.8.1. Nicel verilerin değerlendirilmesi 56
3.8.2. Nitel verilerin değerlendirilmesi 57
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği 59
4. BULGULAR 60
4.1. Problemin Ortaya Konmasına İlişkin Bulgular 60
4.1.1. Hemşirelik Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Bulguları 60
4.1.2. Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin Bulguları 65
4.1.3. Hemşirelik Dördüncü Sınıf ve Birinci Sınıf Öğrencilerinin Bulgularının Karşılaştırılması 70
4.2. Eylem Planının Uygulanmasına İlişkin Bulgular 72
4.2.1. Müdahale Grubunun Bulguları 72

4.2.2. İzleme İlişkin Bulgular 84
5. TARTIŞMA 90
5.1. Problemin Ortaya Konmasına İlişkin Bulguların Tartışılması 90
5.2. Eylem Planının Uygulanması ve İzleme İlişkin Bulguların Tartışılması 95
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 102
7. KAYNAKLAR 105
8.EKLER 126
Ek-1. Etik Kurul İzni 126
Ek-2. Kurum İzinleri 127
Ek-3**.** Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Kullanım İzni 130
Ek-4. Aydınlatılmış Onam Formu 131
Ek-5**.** Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği 132
Ek-6. Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi Örnek Maddeler 134
Ek-7. Araştırmacının Bilişsel Davranışçı Terapiler Eğitimi Belgelerinden Örnekler 135
Ek-8. Simülasyon Eğitimi Katılım Belgesi 137
Ek-9. Ek Tablolar 138
Ek-10. Simülasyon Senaryosu Örneği 146
Ek-11.Özgeçmiş 148

ÖZET

Mesleki Performans Kaygı Düzeyi Yüksek Hemşirelik Öğrencilerine Klinik Öncesi Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Yönelimli Simülasyon Uygulamasının Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışma, mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik uygulama öncesi uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış, niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı eylem araştırması deseninde yürütülmüştür.

Araştırmanın farklı aşamalarında çalışma grubunu, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde kayıt yaptırmış hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri (n=121), 2019-2020 eğitim öğretim yılı güz döneminde kayıt yaptırmış hemşirelik birinci sınıf öğrencileri (n=140) ve müdahale grubu öğrencileri (n=9) oluşturmuştur. Nitel veri toplama yöntemi olarak bireysel gözlem, görüşme ve doküman/metin içeriği analizi; nicel veri toplama aracı olarak da Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ve Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi kullanılmıştır. Çalışmanın uygulaması hazırlık aşaması ve eylem araştırması sürecinden oluşmaktadır. Hazırlık aşaması simülasyon senaryosu oluşturma, veri toplama formlarının hazırlanması, eğitim ortamı ve teknik donanımın değerlendirilmesini içermektedir. Eylem araştırması süreci problemin ortaya konması, eylem planının uygulanması ve izleme bölümlerinden oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan hemşirelik birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yaş ortalaması sırasıyla 18.58±1.02 ve 22.24±1.03'dür. Çalışma grubuna ise yaş ortalaması 18.78±0.83 olan 7 kadın (%77.8), 2 (%22.2) erkek olmak üzere toplam 9 öğrenci katılmıştır.

Hemşirelik birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puanı ortalaması sırasıyla 86.75±19.90 ve 83.34±17.34'dür. Öğrencilerin mesleki

performans kaygısı yaşama durumunun sınıf düzeyine bağlı olmadığı bulunmuştur (χ_p^2=1.110; p=0.292).

Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek olarak değerlendirilen hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine (n=9) bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesi uygulanmıştır. Görüşmeler her bir birey için haftada bir kez 40-45 dakika, toplam 12 oturum olarak yapılmıştır. Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesi sürecinde çalışma grubunun üç farklı zamanda LSKÖ'den elde edilen puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu (χ^2 =16.22, p<0.05), LSKÖ puanlarının ön teste göre, son testte ve izleme testinde daha da düştüğü bulunmuştur.

Bu sonuçlara göre, ilk kez uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin mesleki performans kaygı düzeyinin azaltılmasında etkili ve kalıcı bir yöntem olduğu söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel davranışçı terapiler, hemşirelik öğrencileri, mesleki performans kaygısı, simülasyon

ABSTRACT

Investigation of the Impact of Cognitive Behavioral Oriented Preclinical Simulation on the Nursing Students with High Level of Professional Performance Anxiety

This study was planned to examine the impact of cognitive behavioral oriented preclinical simulation on the nursing students with high level of professional performance anxiety, and was conducted in an action research pattern in which quantitative and qualitative methods were used together.

At the various stages of the research, the study groups were the fourth grade nursing students (n = 121) who registered in the spring term of 2018-2019 academic year, the first grade nursing students (n= 140) and intervention group (n = 9) registered in the fall semester of 2019-2020 academic year in Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Health Sciences Nursing Department. Individual observation, interview and document / text content analysis were used as the qualitative data collection method; and Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS) and Anxiety Symptoms Checklist were used as quantitative data collection tools. The implementation of the study consisted of the preparation phase and the action research process. The preparation phase included creating a simulation scenario, preparing data collection forms, evaluating the training environment and technical equipment. The action research process consisted of revealing the problem, implementation of the action plan and monitoring.

The average age of first and fourth grade nursing students participating in the research was 18.58±1.02 and 22.24±1.03 respectively. Nine students participated in the intervention group; 7 female (77.8%) and 2 (22.2%) male, with an average age of 18.78 ± 0.83.

The mean total score of the LSAS of the first and fourth grade nursing students was 86.75±19.90 and 83.34±17.34. It was revealed that students' levels of professional performance anxiety did not depend on the grade level (χ_p^2=1.110; p=0.292).

Cognitive behavioral oriented simulation was used as the intervention to the students (n=9) whose professional performance anxiety levels were high. Individual interviews were conducted, each 40-45 minutes long once a week, for a total of 12 sessions. In the process of cognitive behavioral oriented simulation, there was a statistically significant difference between the scores of the intervention group obtained from LSAS at three consequent measurements: pretest, posttest and follow-up test (χ^2 =16.22, p<0.05).

According to these results, it can be concluded that the very first intervention of cognitive behavioraloriented simulationis an effective and long lasting method in reducing the level of professional performance anxiety.

Keywords: Cognitive behavioral therapies, nursing students, professional performance anxiety, simulation

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AYBÜ	: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DSM	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı/ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
IBM SPSS	: Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp
LSKÖ	: Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
SS	: Standart Sapma

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1. DSM' de Sosyal Anksiyete Bozukluğu 9

Şekil 2.2. Sosyal anksiyete bozukluğunun yaşama olan etkileri..... 16

Şekil 2.3. Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modeli 19

Şekil 3.1. Çalışmamızın eylem araştırması süreci 43

Şekil 3.2. Çalışma akış şeması 46

Şekil 3.3. Nitel verilerin değerlendirilmesi 57

Şekil 4.1. Müdahale grubunun kaygı düzeyleri puanlaması 82

Şekil 4.2. Müdahale grubunun LSKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki değişim 87

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 3.1. Bilişsel davranışçı yönelimli görüşme sürecinin içeriği 49
Tablo 4.1. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puan ortalamasının dağılımı 61
Tablo 4.2. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin, simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı yaşama durumu 62
Tablo 4.3. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin, simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı 64
Tablo 4.4. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puan ortalamasının dağılımı 65
Tablo 4.5. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin, simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı yaşama durumu 67
Tablo 4.6. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin, simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı 69
Tablo 4.7. Öğrencilerin LSKÖ'ne ilişkin puan ortalamalarının dağılımı..... 70
Tablo 4.8. Öğrencilerinin mesleki performans kaygısı yaşama durumunun karşılaştırılması 71
Tablo 4.9. Müdahale grubunun LSKÖ ilişkin ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımı 73
Tablo 4.10. Müdahale grubunun temaları 75
Tablo 4.11. Müdahale grubunun kaygı düzeyi puanlaması dağılımı..... 81
Tablo 4.12. Müdahale grubunun LSKÖ puanlarının ön test, son test ve izleme testi puan ortalamalarının dağılımı 85
Tablo 4.13. LSKÖ ön test ve son test puanları sonuçları 86
Tablo4.14. LSKÖ ön test ve izleme test puanları sonuçları..... 86

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İnsanın temel duygularından biri olan kaygı nedeni belirsiz bir korku olarak tanımlanmakla birlikte yaşam boyu deneyimlenen, koruyucu ve uyumsal bir işleve sahiptir (1). Kaygı bozuklukları işlev kaybına neden olan kaygı ve kaçınma davranışları ile kendini göstermektedir. Günümüzde kaygıyla ilgili çoğu teori ve araştırma, "anksiyete bozuklukları" başlığı altında bulunan bir takım spesifik kaygı alt tipleri olduğunu kabul etmektedir (2). İnsanların sosyal durumlarda korku yaşaması olarak tanımlanan sosyal kaygı bozukluğu bu spesifik kaygı alt tiplerden biridir (3).

Sosyal kaygı bozukluğu utanmanın meydana gelebileceği, korkunun veya kaygının gerçek tehditle orantılı olmadığı bir veya daha fazla sosyal durumun sürekli korkusu olarak tanımlanmaktadır (3,4). Kaygı başkalarının inceleme ve olumsuz değerlendirmeleri sonucunda utanç, aşağılanma ve mahcup olma duygularına yol açacak olan korkudan kaynaklanmaktadır (2). Sosyal kaygısı olan bireyler, korkuya neden olan sosyal durumlardan kaçma davranışı gösterebilir veya yoğun kaygı yaşayarak buna katlanabilirler (4). Sosyal durumların sayısı, tipi, kaçınma durumu, işlevsellik düzeyi ve bireysel özelliklere ilişkin farklılıkların bulunması sosyal kaygının alt tiplerini meydana getirmektedir. Sosyal durumların bir ya da ikisinden korku duyup kaçınma için "özgül tip" veya "performans tipi" sosyal kaygı, birçok sosyal ortamdan korkma ve kaçınmalar için "yaygın tip" sosyal kaygı ifadeleri kullanılmaktadır (2-5).

Sosyal kaygı bozukluğu'nun en yaygın görülen ikinci psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmekte olup, 12 aylık prevelansının %6.8 ve ömür boyu prevelansının %12.1 olduğu saptanmıştır (6). Amerika'da yaşayan yetişkinlerin tahmini %12.1'inin yaşamlarının bir döneminde sosyal kaygı bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir (7). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında yetişkinlerin son 12 ayda %1.8'nin sosyal kaygı yaşadığı saptanmıştır (8). Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmalarda bu oranın %9.8-22.0 arasında olduğu belirtilmektedir (9,10).

Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmaların sonuçları ruhsal bozuklukların semptomlarında genel bir artış olduğunu göstermektedir (7,11,12). Akademik alanda yaşanan stresin öğrenciler için önemli bir psikososyal zorluk olduğu belirtilmektedir. ACHA (American College Health Association, 2017)'nın 37638 üniversite öğrencisinin katılımı ile yapmış olduğu çalışmanın verilerine göre, üniversite öğrencilerinin %31.7'si stres, %25.1'i kaygı ve %16.8'i depresyon nedeniyle son 12 ay içerisinde bireysel akademik performanslarının düştüğü saptanmıştır. Öğrencilerin %2.3'ünün ise sosyal kaygı nedeniyle tedavi olduğu belirtilmektedir (7). Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir diğer çalışmada, öğrencilerin yaygın öğrenme ortamlarında yaşadıkları sosyal kaygı incelenmiştir. Öğrenciler sunum, grup çalışması ve teorik ders saatlerinde sosyal kaygının eşlik ettiğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte öğrenciler sosyal kaygı nedeniyle sosyal çevrede yalnızlık, huzursuzluk, çekingenlik ve ilişki kurma zorluğu gibi durumlar yaşadıklarını belirtmişlerdir (13).

Hemşirelik gibi mesleki uygulama becerileri gerektiren alanlarda eğitim gören üniversite öğrencilerinin de yüksek düzeyde sosyal kaygı yaşadığı saptanmıştır (14-16). Teorik ve klinik eğitimden oluşan hemşirelik eğitiminin amacı teorik bilgilerin klinik uygulamaya aktarılmasını sağlamaktır (17). Bireysel stresörlere ek olarak hemşirelik eğitim programı, ilk kez klinik ortamda bulunma ve klinik performans becerilerinin de önemli stresörler olduğu saptanmıştır (18). Sosyal kaygı, hemşirelik öğrencilerinin mesleki performansının azalmasına neden olup klinik ortamdaki hasta bakımını ve bakımın niteliğini olumsuz etkileyebilmektedir (19). Szpak ve Kameg (2011), öğrencilerin daha az kaygı hissederlerse hastalarla daha etkili terapötik iletişim kuracaklarını, bunun sonucunda da hasta bakım çıktılarının gelişeceğini belirtmektedir (20).

Hemşirelik öğrencilerinin çoğu sınıfta öğretilenleri gerçek klinik uygulamalara aktarmanın zorluğundan etkilenmektedir. Başarısızlık korkusu, değerlendirilme, gözlemlenme ve yeterliliklerinin sorgulanması, klinik alanda performanslarını etkileyen en kaygı verici durumlar olarak sıralanmaktadır. Klinik durumlarda hemşirelik öğrencileri için performans kaygısı başarılı klinik işleyiş için ciddi bir engel oluşturmaktadır. Kaygının düzeyi arttıkça değerlendirme koşulları altında klinik olarak performans gösterme yeteneği azalmaktadır. Bu süreç, yetersiz

öğrenme deneyimleriyle sonuçlanarak öğrencilerin eğitim programında başarısız olma olasılığını arttırmaktadır. Literatür incelendiğinde sadece stres etkenini azaltmaya veya başa çıkma becerilerini arttırmaya yönelik çalışmaların genellikle etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Yeniden değerlendirmeyi içeren stratejiler diğer yaklaşımların biri ya da her ikisi ile birleştirildiğinde, etkinlikleri daha tutarlı kanıtlar ortaya koymaktadır (21-23).

Hemşirelik eğiticileri, öğrencilerin -duyguların kaynağını araştırmaksızın- sınavlar, klinik uygulamalar veya simülasyon gibi çeşitli öğrenme ortamlarında gergin, huzursuz, stresli veya kaygılı olduğunu gözlemleyebilmektedirler (18). Kaygının ortaya konacağı ya da belirlenebileceği zaman ve ortam, hemşirelik öğrencileri için klinik uygulama dönemleri ve performans ortamları olan gerçek sağlık hizmet ortamları, performans objesi ise gerçek hastalardır. Bu kaygıların sağlık hizmet sunumu içinde gerçek hastalarla etkileşim sırasında ortaya çıkmasını beklemek hasta güvenliği ve hümanistik yaklaşım açısından kabul edilemez bir durumdur, bu süreçte hastaların olumsuz etkilenmesi ya da zarar görmesi geri dönülemez kayıplara yol açacaktır.

Bu noktadan hareketle hemşirelik öğrencilerindeki mesleki performans kaygısının sağlık hizmet ortamlarına çıkmadan ve hastalarla temas etmeden önce ortaya konabileceği ve tüm bu süreçte hiçbir hastanın etkilenmeyeceği bir yaklaşım olarak simülasyon ortamları ve uygulamaları önerilmektedir.

Mesleki performans kaygısı saptanan öğrencilerin ise klinik döneme geçmesi beklenmeden durumlarına yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır. Böylece performans kaybı yaşaması neredeyse garanti olan bu öğrencilerin yol açabileceği hizmet niteliği kaybının önüne geçilerek hastaların etkilenmesi önlenmelidir.

Bu duruma çözüm olarak hemşirelik öğrencilerinin stres ve anksiyete yönetimine yönelik yapılan müdahaleler arasında başa çıkma tepkileri ve stresörlerin yeniden değerlendirilmesine yönelik müdahaleler önerilmektedir (21, 24). Sosyal kaygı bozukluğu için tedavi kılavuzları psikoterapinin kabul edilebilir müdahaleler arasında olduğunu göstermektedir (25). Yapılan bir meta analiz çalışmasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin sosyal kaygıda etkili bir tedavi yöntemi olduğu

belirtilmektedir (26). Carpenter ve arkadaşları (2018), bilişsel davranışçı terapinin anksiyete ile ilişkili bozukluklar için etkinliğini incelemek amacıyla yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozukluklarının tedavisinde orta derecede etkili olduğunu belirtmektedirler (27).

1960'ların başında Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bu modelde tedavi, bir bilişsel formülasyona, belirli bir rahatsızlığı nitelendiren davranış stratejilerine ve inançlara dayanmaktadır (28). Bilişsel model, bireyin duygu durumunu ve davranışlarını etkileyen işlevsiz düşüncenin tüm psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu savunmaktadır. Bireyler düşüncelerini daha gerçekçi bir yolla değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygu durumlarında ve davranışlarında iyileşme yaşanmaktadır. Bilişsel faktörlerin sosyal kaygıda rol oynadığı ve sosyal kaygısı olan bireylerin; sosyal veya performans ile ilgili durumlardan önce, sırasında ve sonrasında kendilerinin yeterli perfomans gösteremediğine ilişkin düşüncelere sahip olduğu bildirilmektedir. Davranışçı uygulamalarda ise yüzleştirme yöntemi kullanılmaktadır. Yüzleştirme sosyal kaygısı olan bireyin korku veya sıkıntı ortaya çıkaran bir duruma ya da uyarana maruz kalması olarak tanımlanabilmektedir (2, 4). Maruz bırakmada, kaçınma belirtileri ve bireylerin sosyal durumlarla yüzleştiklerinde hissettikleri yoğun sıkıntı hedef alınmaktadır. Bu müdahale ile sosyal ip uçları ve korku tepkisi arasındaki bağlantıyı zayıflatarak bireylerin çekindikleri utanma ve küçük düşmenin genellikle gerçekleşmeyeceği sonucuna ulaşılmaktadır (2,4,25,26).

Mesleki performans kaygısı yaşayan hemşirelik öğrencileri başta olmak üzere eğitimlerinin gereği olarak sağlık hizmet sunumu içinde yer alacak tüm sağlık bilimleri alanındaki öğrenciler için bilişsel davranışçı terapilerin davranışçı uygulamalarını hayata geçirmenin zorluğu ortadadır. Bireyi korku ve sıkıntı ortaya çıkaran durum ya da uyaranla yüzleştirmek sağlık hizmet sunumunda hasta ve diğer sağlık çalışanları ile etkileşim kurarken, hastalara bakım sunarken gerçekleşmek durumundadır. Sağlık hizmeti içinde hastalarla yaşanan maruziyet istenmedik sonuçlar doğurabilir, hastaların etkilenmesine yol açabilir. O nedenle maruziyetin gerçek ortama benzeyen, öğrencinin kendini gerçek dünyada hissedebileceği ve gerçeğe benzer deneyimler yaşayabileceği ortamlarda gerçekleşmesi hem birey hem

de sağlık hizmet ortamındaki hastalar ve sağlık çalışanları açısından daha güvenli bir yaklaşım olacaktır.

Sağlık bilimleri alanındaki eğitimlerde ve sağlık hizmet sunumlarında son 50 yıldır kullanılmakta olan simülasyon teknikleri bilişsel davranışçı terapilerin böylesine uygulama zorluğu yaşandığı durumlar için bir çözüm olabilecektir. Gaba (2004), simülasyonu "rehberler eşliğinde tamamıyla interaktif bir şekilde, gerçek dünyanın mevcut yönlerinin benzerini yaparak ya da çağrıştırarak gerçek deneyimlerin etkisini artırma veya değiştirme" olarak tanımlamaktadır (29). Simülasyonların gerçek durumlara benzerliğini artıran düşük teknolojik özelliklere sahip manken/maketlerden, sağlıklı bir birey tarafından hasta rolünün canlandırıldığı standart hasta uygulamalarına kadar farklı birçok çeşidi bulunmaktadır (29-31).

Simülasyon bir faaliyet veya sistemin bir diğeri tarafından taklit edilmesi veya temsil edilmesidir. Simülasyonlar, gerçek yaşam ortamlarında insan davranışlarını anlamamıza da katkıda bulunmaktadır. Sağlık alanında simülasyon uygulamalarının ana amacı, hasta güvenliğini iyileştirme hedefiyle eğitim, değerlendirme, araştırma ve sağlık sistemi entegrasyonunu sağlamaktır (24).

Ağırlıklı olarak eğitim alanında kullanımını gördüğümüz simülasyon yöntemleri, araştırma, kalite güvencesi ve özellikle son yıllarda hizmet sunumunun bir parçası olarak tanı ve tedavi yaklaşımlarının yürütülmesi ve desteklenmesinde de kullanılmaktadır. Kullanılma amacına ve içeriğine göre farklı simülasyon teknikleri tercih edilebilmekte, kimi zaman düşük ya da orta gerçeklikli bir simülasyon uygulaması öne çıkarken kimi zaman sanal ya da artırılmış gerçeklik kullanım alanı bulabilmektedir. Gerçek yaşam kesitlerinin simüle edilmesi, insan etkileşiminin yoğun yaşanması ve bağlamlı girişimsel yaklaşımların kullanılması hedeflenen durumlar için yüksek gerçeklikli simülatörler ve/veya standart hastaların yer aldığı simülasyon uygulamaları önerilmektedir.

Standart hastalar, insan etkileşimi deneyiminin olduğu gerçekçi bir senaryo sunarak öğrenciyi aktif öğrenime dahil etme fırsatı sağlamaktadır (32). Hemşirelik eğitiminde standart hastaların kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalarda öğrencilerin bilgi ve performans, problem çözme becerisi, öz yeterlilik, öğrenme memnuniyeti,

eleştirel düşünme becerisi, baş etme becerisi, kişiler arası ilişkiler ve multidisipliner işbirliğinin artmasında ve gelişmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (33, 34). Joo ve arkadaşlarının çalışmasında (2015), simülasyon eğitiminde standart hastaların kullanılmasının, öğrencilerin özgüven, iletişim becerileri ve klinik karar verme becerilerinin geliştirilmesinde etkili olduğu bulunmuştur (35).

Öğrenciler simülasyon temelli eğitimden hatalarını keşfederek ve onları nasıl doğru yapacaklarını öğrenerek yararlanmaktadırlar (36). Simülasyon uygulamasına katılan bireyler duygularını ifade etme, düşüncelerini keşfetme ve davranışlarına neyin yol açtığına ilişkin derin bir içgörü kazanabilmektedirler (37-40).

Simülasyon yöntemlerinin ve özellikle de standart hastaların yoğun olarak kullanıldığı eğitim alanındaki bu deneyim ve birikim, elde edilen yararlar ve kazanımlardan güç alarak simülasyon uygulamalarının insan etkileşimi üzerine kurulu başka bir alana transfer edilmesi ve sağlık hizmet sunumunun bir aracı, kolaylaştırıcısı haline getirilmesi planlanmıştır. Mesleki performans kaygısı yaşayan hemşirelik öğrencilerine gerçek çalışma ortamı, sağlık çalışanları ve gerçek hastalarla karşılaşmadan çalışma ortamına benzeyen koşulları sunan, öğrencilerde duruma maruz kalma deneyimini yaşatan güvenli ortamlar simüle sağlık hizmet alanları ve standart katılımcılar (hem hasta hem de sağlık çalışanını canlandıran) kullanılarak ilk kez oluşturulmuştur.

Mesleki performans kaygısı yaşayan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerini azaltmak için; gerçek klinik ortamları öğrencilerin kaygı düzeylerine göre düzenlemek, hasta bireylerin veya sağlık personellerinin tutum ve davranışlarını kontrol etmek, müdahale etmek veya takip etmek etkili bir çözüm değildir.

Bu araştırmada öğrencilerin hem tanılanabilmesi hem de hastalar açısından güvenli bir ortamda BDT alabilmesi için simülasyon uygulamalarından yararlanılması tanımlanan problemin bir çözümü olarak önerilmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma mesleki performans kaygı düzeyi yüksek olan hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisini incelenmek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

$H_{0\text{-}1}$: Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile birinci sınıf öğrencileri arasında mesleki performans kaygı düzeyi arasında fark yoktur.

$H_{1\text{-}1}$: Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile birinci sınıf öğrencileri arasında mesleki performans kaygı düzeyi arasında fark vardır.

$H_{0\text{-}2}$: Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile son test puanları arasında fark yoktur.

$H_{1\text{-}2}$: Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile son test puanları arasında fark vardır.

$H_{0\text{-}3}$: Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile izleme testi puanları arasında fark yoktur.

$H_{1\text{-}3}$: Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile izleme testi puanları arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

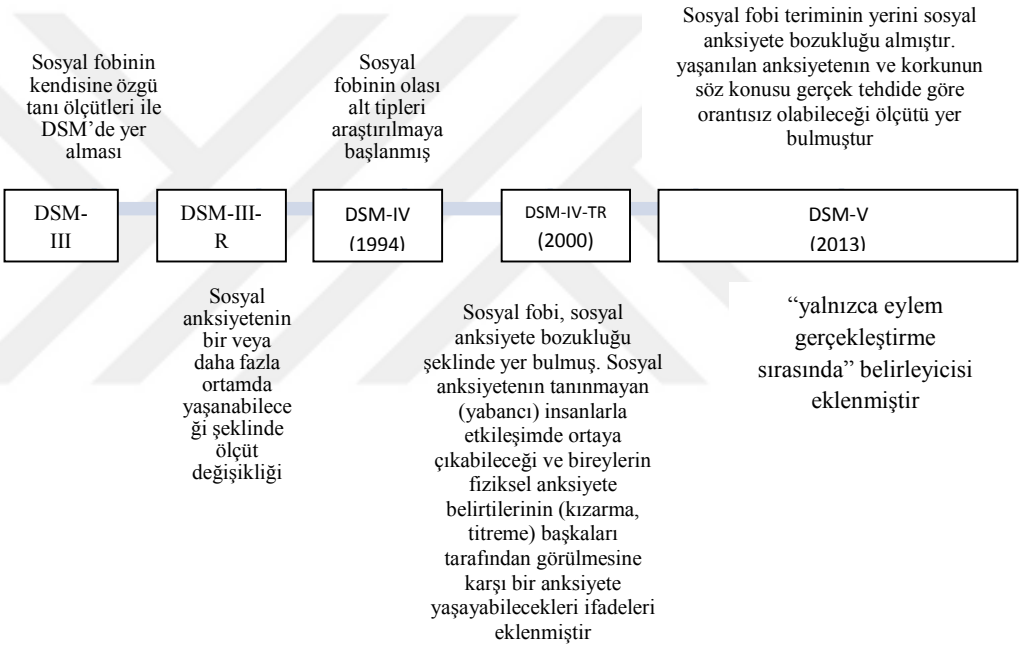
2.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), rezil olma veya utanmanın meydana gelebileceği bir veya daha fazla sosyal durumdan kaynaklanan aşırı ve kalıcı bir korku olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte diğerleri tarafından olumsuz değerlendirilme korkusunu da içermektedir (2, 3).

Tipik sosyal durumlar etkileşim, gözlem ve performans içeren sosyal durumlar şeklinde kümelenmektedir. Sosyal durumlara örnek olarak; telefonda arkadaşlar ile konuşmak, sohbetlere katılmak, yeni insanlarla tanışmak, diğer bireyler sınıfta otururken içeriye girmek, insanların önünde yemek ve içmek, sınıftan çıkabilmek için öğretmenden izin istemek, sınıfta bir soru sormak veya cevaplamak, bir spor yapmak, diğer bireylerin önünde dramada yer almak ya da dans gösterisi yapmak, sınıfta sunum yapmak, gözlendiği sırada çalışmak, genel tuvaletleri kullanmak, bir dükkandan eşya satın almak şeklinde sıralanabilmektedir. İnsanların çoğu bu sosyal durumlardan bazılarıyla ilgili kaygı hissetmektedir (2, 4, 26).

Kaygı utanç, aşağılanma ve mahcup olma duygularına yol açacak olan başkalarının inceleme ve olumsuz değerlendirme korkusundan kaynaklanmaktadır (2). SAB olan bireyler bu tür sosyal durumlarla karşılaştıklarında söyleyecekleri veya yapacaklarının utanma veya aşağılanmalarına neden olacağına, kaygılarının bu ortamlarda fark edileceğiyle ilgili endişe duymaktadırlar. SAB olan bireyler ya kendilerine kaygı veren bu sosyal durumlardan kaçınmakta ya da belirgin bir sıkıntıya katlanarak bu durumları yaşamaktadırlar (4). SAB'da ortak tema sosyal ortamlarda kötü performans sergileme korkusu olup bireyler utanma veya rezil olma ile ilgili kaygı duyduğunda fizyolojik belirtiler meydana gelebilmektedir. Bu fizyolojik belirtiler kalp çarpıntısı, terleme, kızarma ve el titremesi şeklinde olabilmektedir. SAB yaşayan bireyler bu fizyolojik belirtilerini ve kaygılarını gerçekte olduğundan daha abartılı değerlendirmekte ve red edilmeye karşı aşırı duyarlı olmaktadırlar (41). Bu nedenle, SAB bireylerin yaşam kalitesi ile mesleki, akademik ve sosyal boyutta işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir (2-4).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM) ilk ve ikinci baskılarında diğer tüm fobiler ile aynı başlık altında sosyal fobi olarak yer almaktadır. DSM-III'te kendine özgü tanı kriterleri ile sosyal fobi, başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden çok durumdan sürekli ve gerçeğe uygun olmayan korku duyması ve bu durumdan kaçınması olarak tanımlanmaktır. DSM-IV'te tanı ölçütleri netleştirilmiştir. Bireyin belirgin anksiyete belirtileri göstermesinden korkması koşulu eklenmiştir. DSM-V'te ise sosyal fobi isim değişikliği ile sosyal anksiyete bozukluğu olarak tanımlanmıştır (5, 41).



Şekil 2.1. DSM' de Sosyal Anksiyete Bozukluğu (5, 41).

2.1.1. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tanı Kriterleri

Sosyal ya da performans gerektiren ortamlarda yaşanılan anksiyetenin sosyal anksiyete bozukluğu tanısı alabilmesi için gerekli olan ölçütler DSM-V'de belirtilmektedir.

A. Kişi, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da anksiyete yaşar. Örnekler arasında toplumsal etkileşimler (örn. Karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. Yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn, Bir konuşma yapma) vardır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilebilecek bir şekilde davranmaktan ya da anksiyete duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkaları tarafından dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da anksiyete doğurur.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da anksiyete ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da anksiyete, söz konusu toplumsal ortamlarda çekinilen duruma ve toplumsal-kültürel bağlama göre orantısızdır.

F. Korku, anksiyete ya da kaçınma sürekli bir durumdur, 6 ay veya daha uzun sürer.

G. Korku, anksiyete ya da kaçınma klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

H. Korku, anksiyete ya da kaçınma bir maddenin (örn. Kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, anksiyete ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, anksiyete ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı düzeydedir.

Belirleyici: Yalnızca Eylem Gerçekleştirme Sırasında: Korku toplum içinde konuşma ya da performans sergileme ile sınırlıysa (42).

Sosyal durumların sayısı, tipi, kaçınma durumu, işlevsellik düzeyi ve bireysel özelliklere ilişkin farklılıkların bulunması sosyal kaygının alt tiplerini meydana getirmiştir. Sosyal durumların bir ya da ikisinden korku duyup kaçınma için "performans tipi" sosyal kaygı, birçok sosyal ortamdan korkma ve kaçınmalar için "yaygın tip" sosyal kaygı ifadeleri kullanılmaktadır (3, 26, 43).

Powell (2004), performans kaygısını, yalnızca belirli durumlarda ve bir uyarana tepki olarak ortaya çıkarak bireyin bir görevi yürütme kapasitesini ciddi şekilde tehlikeye atan güçlü korkular olarak tanımlamaktadır (44). Bir grup insanın dikkatinin odağı olma deneyimine sahip olan herhangi birisinde oluşabilmektedir. Bir bireyin gözlenme ve değerlendirme korkusu ve başkalarıyla etkileşime girme korkusu varsa, bu durum performans kaygısı olarak adlandırılmaktadır. Bu, genel kaygı eğilimlerini temsil eden sürekli kaygılardan farklıdır (45).

2.1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Özellikleri

Korkulan bir sosyal durumla karşılaştığında, sosyal kaygısı olan bireyler aşağıdakilerden bazılarını tecrübe edebilmektedirler (2, 25, 26, 43):

Olumsuz düşünceler

Sosyal kaygısı olan bireyler kendileri ve başkalarının kendilerine nasıl tepki vereceği hakkında olumsuz düşüncelere sahip olma eğilimindedirler. "Söyleyecek hiçbir şeyim yok."; "Diğerleri garip olduğumu düşünecek." Sosyal kaygısı olan

bireyler dikkatlerini sosyal durumlar sırasında kendilerine odaklama eğilimindedirler. Performanslarına, ne kadar endişeli hissettiği ve göründüğüne odaklanmaktadırlar. Örneğin, "Aptalca bir şey söyleyeceğim"; "Endişeliyim ve diğerleri fark edecek"; "Benden hoşlanmayacaklar"; "Diğerleri benim aptal olduğumu düşünecek" (2, 25, 26, 43).

Fiziksel belirtiler

Sosyal kaygısı olan bireyler genellikle kızarma veya titreme gibi gözle görülebilen anksiyete belirtileri konusunda kaygı duymaktadırlar. Örnekler: kalp çarpıntısı, mide ağrısı, titreme, boğulma hissi, terleme, kızarma, titreme, ağız kuruluğu, nefes darlığı, bulantı, baş dönmesi, bayılma hissi, bulanık görme, vb. (2, 25, 26, 43).

Kaçınma ve güvenlik davranışları:

Sosyal kaygısı olan bireyler genellikle sosyal durumlardan kaçınmaya veya kaçmaya çalışmaktadırlar. Sosyal durumlara girerlerse, daha az endişeli hissetmek veya kendilerini utanç veya olumsuz değerlendirmelerden korumak için bir şeyler yapma eğilimindedirler. Örnekler: Kaçınma (partiye gitmeme), korkutucu bir sosyal durumdan kaçma (partiyi erken terk etme) veya güvenlik davranışları (alkol almak, sessiz kalmak ve göz teması kurmamak) (2, 25, 26, 43).

2.1.3. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı

Sosyal kaygının ikinci en yaygın psikiyatrik bozukluk olduğu belirtilmekte olup, 12 aylık prevelansının %6.8 ve ömür boyu prevelansının %12.1 olduğu saptanmıştır (6). İnsanların %13'ünün sosyal kaygı nedeniyle yaşamlarının bir döneminde sıkıntı yaşayabilecekleri ileri sürülmektedir (46). National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) sonuçlarına göre; Amerikalı yetişkinlerin tahmini %12.1'inin yaşamlarının bir döneminde sosyal anksiyete bozukluğu yaşadığı belirtilmektedir. Anksiyete bozuklukları en yaygın ruhsal hastalıklar olup yaklaşık olarak yetişkinlerin %30'unu yaşamlarının bir döneminde etkilemektedir. Herhangi bir yılda, sosyal kaygı bozukluğuna sahip Amerika'da yaşayan yetişkinlerin tahmini

oranı %7-9 şeklinde bulunmuştur (7). Avustralya Ulusal Ruh Sağlığı ve Refahı Araştırması, yetişkinlerin %8.4'ünün yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğunun kriterlerini karşılayacağını bulmuştur. Diğer bir deyişle ifade edilecek olursa, 12'de bir veya yaklaşık 1.3 milyon Avustralyalı'nın etkilenebileceği anlamına gelmektedir (47). Dünya Sağlık Örgütü Dünya Ruh Sağlığı (WMH) Araştırma Girişimi, çeşitli ülkelerde SAB epidemiyolojisini araştırmak için önemli bir fırsat sunmaktadır. Stein ve arkadaşları (2017), bu verilere dayanarak SAB'ın epidemiyolojini değerlendirmişlerdir. Sosyal anksiyete bozukluğunun yaşam boyu prevelansı yaklaşık olarak tüm ülkelerde %4 olarak bulunmuş olup ülkelerin gelir düzeylerine göre bu oran sırasıyla: yüksek düzey geliri olan ülkelerde %5.5, orta düzey geliri olan ülkelerde %2.9 ve düşük düzey geliri olan ülkelerde %1.6 olarak bulunmuştur. SAB'ın yaygınlık oranı en yüksek olan ülkeler Amerika ve Batı Pasifik, en düşük olan ülkeler ise Afrika ve Doğu Akdeniz olarak belirlenmiştir. Bu farklılık gelir düzeyi ve bölgesel dağılım ile açıklanmaktadır (48). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasına göre erişkinlerde sosyal fobi görülme sıklığının son 12 ayda %1.8 olduğu belirtilmektedir (8).

Sosyal anksiyete bozukluğu tipik olarak yetişkinlikten önce başlamaktadır. En sık ergenlik döneminde ortaya çıkmakta olup başlangıç ortalama 13 yaş olarak belirtilmektedir (6). Ergenlik yıllarından itibaren insidans artabilmektedir. Bu yoğun başlangıç döneminden sonra, yeni vakalar yaklaşık 25 yaşından sonra oldukça nadir görülebilmektedir (49). SAB'ın başlangıç yaşı dağılımı ülkelerin gelir düzeyine göre farklılık göstermekle birlikte tüm ülkelerde SAB'ın başlaması için risk süresi geç ergenlik döneminden 40'lı yaşların başlarına kadar değişmektedir. SAB'ın yaşam boyu risk faktörlerinin başlangış yaşının erken olması, kadın cinsiyeti, işsizlik, bekar olmak, eğitim düzeyinin düşük olması ve gelir düzeyinin düşük olması ile ilişkili olduğu saptanmıştır (48).

2.1.4. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Nedenleri

SAB'ın gelişme riskini artıran bir takım biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler belirtilmektedir. SAB'ın erken risk faktörleri arasında genetik yatkınlıklar ve mizaç yaygın olarak kabul görmektedir. Bununla birlikte, erken bilişsel önyargıların, olumsuz sosyal ya da yaşam deneyimlerinin, ebeveyn/çocuk

ilişkilerinin ve akranlarla olan ilişkilerin önemli etkilerinin olduğu ileri sürülmektedir (50).

SAB'ı olan ebeveynlerin çocuklarının sosyal anksiyete bozukluğu yaşama riski önemli ölçüde artmaktadır (51). Araştırmalar, iki özdeş ikizin iki özdeş olmayan ikizden daha fazla kaygı sorununa sahip olma ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu da, sosyal anksiyetede genetiğin rolünün olabileceğini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda sosyal anksiyetesi olan bireylerin birinci derece akrabalarının normal kontrollerin akrabalarına oranla yaklaşık 3 katı oranda sosyal anksiyete tanı ölçütlerini karşıladıklarını bulmuşlardır (4, 52).

Scaini ve arkadaşlarının (2014), meta-analiz çalışmasında çocuklarda ve yetişkinlerde sosyal anksiyete belirtileri ile katılım ve paylaşılan çevre gibi faktörlerin SAB üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. SAB'ın gelişmesinde kalıtımın tahmini etkisinin 0.13 ile 0.60 arasında değişmekte olduğu belirtilmekte olup meta-analiz çalışmasında 0.41 olarak bulunmuştur. Sosyal anksiyete bozukluğuna neden olan diğer bir etkenin çevresel faktörler olduğu belirtilmektedir. Bu meta-analiz çalışmasında, paylaşılmayan çevresel faktörlerin genetiğe ek olarak, 0.54 olarak tahmin edilen (0.31 - 0.78 arasında değişen) bir katkısı olduğu bulunmuştur (53).

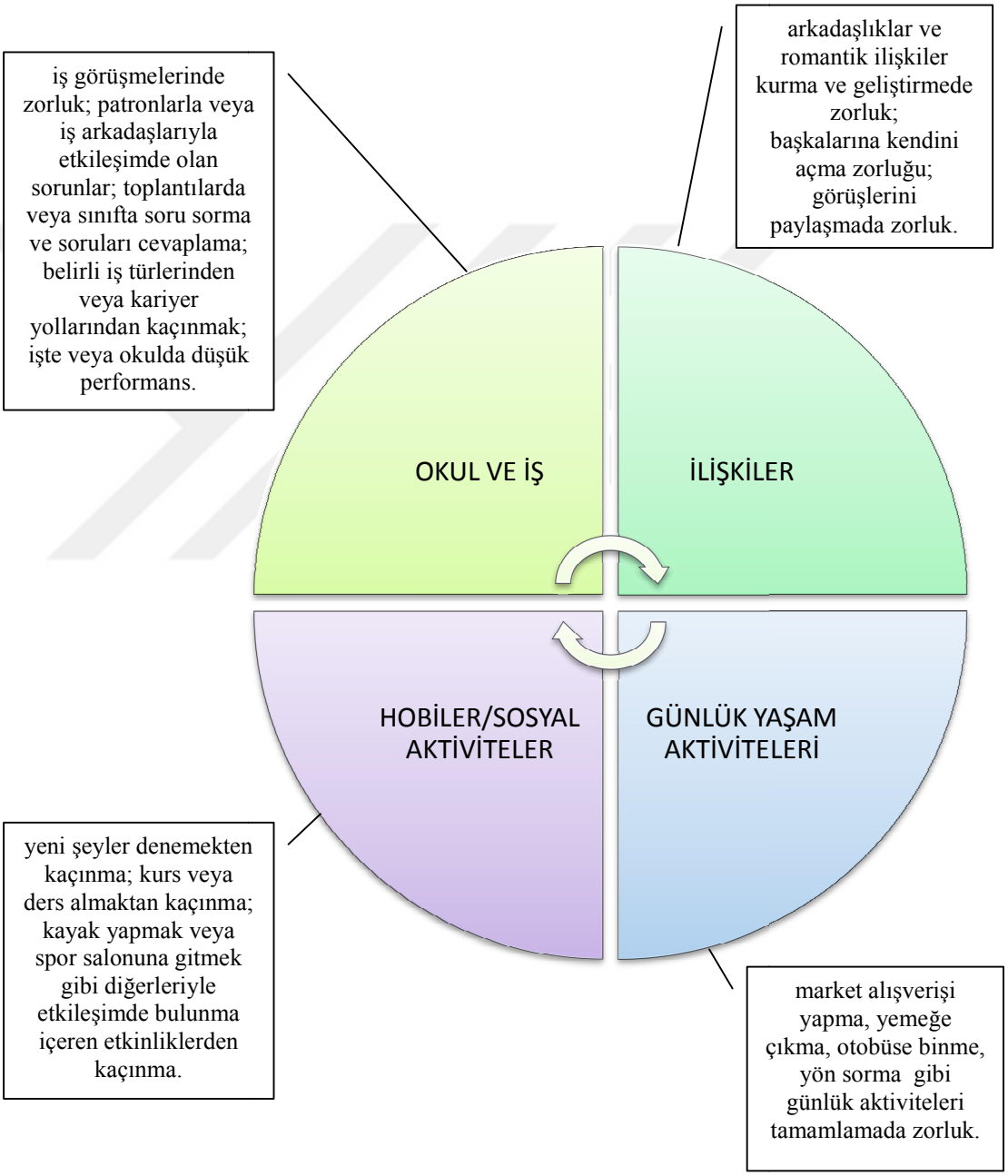
Erken yaşamda sosyal olarak travmatik olaylar (zorbalık, ailevi istismar veya bir performans sırasında toplum önünde utanma) sosyal kaygı bozukluğu olan bireyler tarafından sıklıkla bilidirilmektedir (54). Bazı çalışmalarda sosyal anksiyete durumunun gelişiminde toplumsal durumlarda korkudan kaçınmanın ebeveyn modellemesi ve aşırı korumacı bir ebeveynlik tarzıyla ilişkilendirilmektedir (55).

Bugüne kadar yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında sosyal anksiyete bozukluğu olan yetişkinlere tehdit edici uyaranlar sunulduğunda beyinlerinin belirli bölümlerinde (amigdala, insula ve dorsal anterior cingulate-anksiyete düzenlemesinde rol alan tüm yapılar) farklı aktivasyonların olduğunu göstermektedir (56). Sosyal değerlendirilme tehlikesi, sosyal kaygısı olan bireyin nörobiyolojik ve bilişsel süreçlerinde değişikliklere yol açabilmektedir. Sosyal kaygısı olan bireyler sosyal değerledirilme durumlarında veya sosyal değerlendirilme tehdidi ile ilgili uyaranlar üzerine düşündüklerinde daha fazla amigdala aktivasyonu sergilemektedirler (57, 58). Yapılan çalışmalarda SAB olan

bireylerin disfonksiyonel prefrontal korteks aktivitesi, disfonksiyonel amigdala bağlantısı, frontal ve limbik alanlar arasında disfonksiyonel bağlantı ve diğer beyin bölgelerindeki işlevsiz aktivite gibi bir dizi başka anormal beyin aktivitesi sergilediği saptanmıştır (57-60).

2.1.5. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Yaşama Olan Etkileri

Sosyal anksiyete bozukluğu, önemli yetersizlik ve güçsüzlük ile ilişkili olmayan normal utangaçlık ile karıştırılmamalıdır. Zaman zaman sosyal durumlarda endişeli hissetmek normal kabul edilebilmektedir. Sosyal kaygı çok yoğunlaştığında veya çok sık meydana geldiğinde bir problem olabilmekte ve bir bireyin hayatının birçok yönünü etkileyebilmektedir (2, 4, 25, 43).



Şekil 2.2. Sosyal anksiyete bozukluğunun yaşama olan etkileri (2, 4, 25, 43).

2.1.6. Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Tedavi Yöntemleri

Anksiyete bozuklukları genellikle psikoterapiler, ilaç tedavisi veya her ikisi ile birlikte tedavi edilmektedir. Yapılan çalışmalar SAB'ın tedavisinde ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapinin etkili olduğunu göstermektedir (61). SAB'ın tedavisinde ilaçların daha hızlı etkilere sahip olabileceği, bilişsel davranışçı müdahalenin etkilerinin daha uzun sürebileceği belirtilmektedir. Tedavi kılavuzları genellikle ya ilaç tedavisi ya da bilişsel davranışçı terapinin sosyal kaygı bozukluğu için kabul edilebilir ilk müdahaleler olduğunu göstermektedir (25).

2.1.7. Bilişsel Davranışçı Kuram

1960'ların başında Aaron T. Beck tarafından, "bilişsel terapi" olarak adlandırılan bir psikoterapi formu geliştirilmiştir. Bilişsel terapi, depresyon için yapılandırılmış, kısa süreli, şimdiki zaman odaklı olan ve mevcut sorunları çözmeye ve işlevsiz düşünce ve davranışı değiştirmeye yönelik bir psikoterapi olarak tasarlanmıştır (62). Beck modelinden alınan bilişsel davranışçı terapinin tüm şekillerinde; tedavi, bir bilişsel formülasyona, belirli bir rahatsızlığı nitelendiren davranış stratejilerine ve inançlara dayanmaktadır (25).

Bilişsel model, bireyin duygu durumunu ve davranışlarını etkileyen işlevsiz düşüncenin tüm psikolojik bozukluklarda yaygın olduğunu savunmaktadır. Bireyler düşüncelerini daha gerçekçi bir yolla değerlendirmeyi öğrendiklerinde, duygu durumlarında ve davranışlarında iyileşme yaşanmaktadır. Bilişsel psikoterapiler bilgi işleme modeline dayanmakta olup psikolojik sorunlarda bilişsel işlevlere vurgu yapmaktadır. Bilişsel işlevler, kişinin kendisi, çevresi, yaşantıları ve geleceğiyle ilgili algıları, anlamlandırmaları, yorumları, düşünceleri ve değerlendirmelerini içermektedir. Bilişsel kuram, olayların kendisinden ziyade olayların algılanma ve yorumlanma tarzına önem vermektedir. Bilişsel süreçler, kişinin olayları algılaması, değerlendirmesi, ardından aralarındaki ilişkiyi saptayarak öngörmesiyle, bireyin çevresine uyum sağlamasına yardımcı olmaktadır. Bilişsel kuram, bireyin yaşantılarını yorumlama biçiminin duyguları ve eylemleri üzerine önemli bir etkisi olduğu varsayımına dayanmaktadır (63).

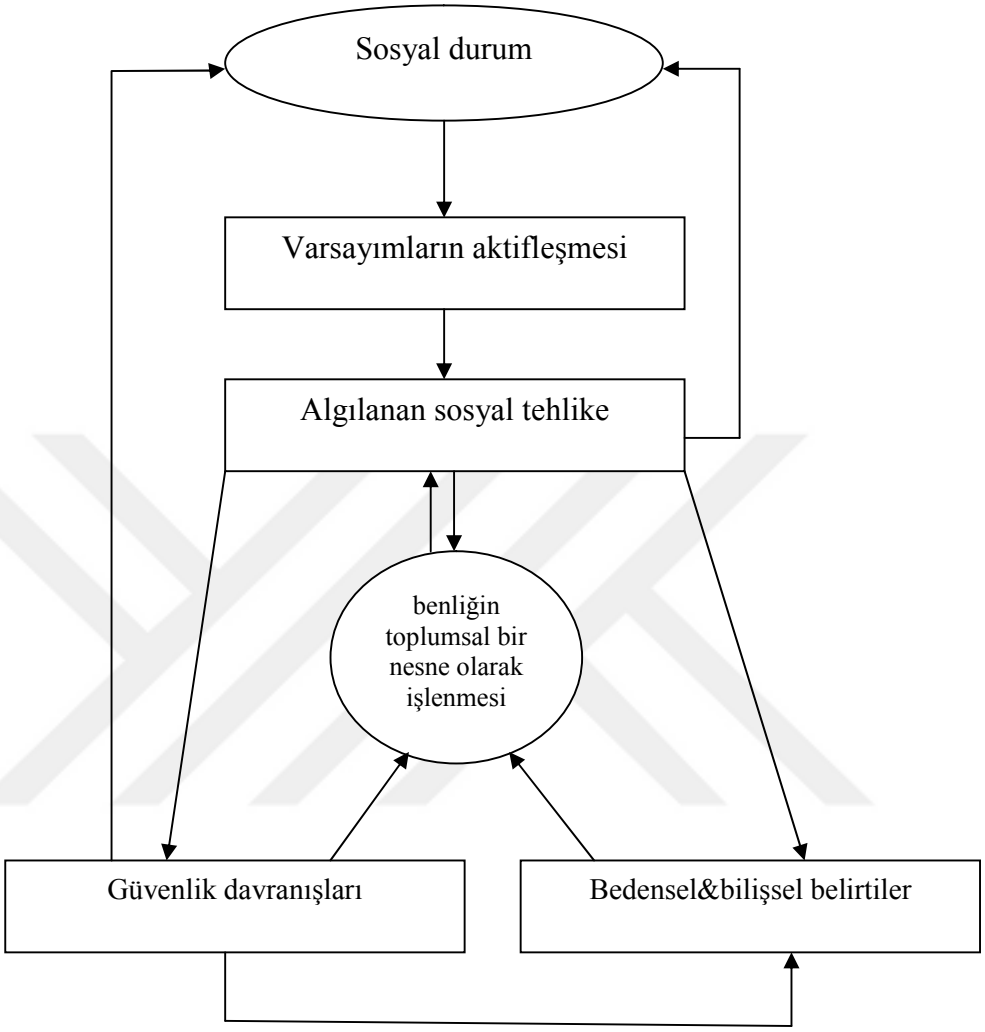
Bilişsel terapi duygusal bir sorun yaşandığı durumlarda bunun kişinin yaşadığı olay, içinde bulunduğu ortamla ilgili olabileceği gibi kişinin bilişsel sistemiyle de ilgili olabilceğini öne sürmektedir. Ruhsal rahatsızlık durumlarında ortam ve durumla duygusal tepkilerin orantısızlaştığı göz önüne alındığında bilişsel etkenlerin ne kadar güçlü etkilerinin olduğu anlaşılabilmektedir (4, 63).

2.1.8. Sosyal Anksiyete Bozukluğu'nun Bilişsel Modeli

Sosyal anksiyete bozukluğunun kuramsal açıklaması, bu bozukluğa özgü üç özelliği içermektedir. Birincisi utanma ve mahcup olma duyguları genellikle kaygıdan ziyade sosyal bir karşılaşmadan kaynaklanan baskın olumsuz duygular olarak tanımlanmaktadır. İkincisi, sosyal durumlarla ilişkili yoğun kaygı genellikle kaygıyı gizlemeye yönelik girişimleri ve otomatik engelleyici davranışları ortaya çıkarmaktadır. Üçüncüsü, sosyal kaygısı olan bireyler, başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmekten kaçınmak için kaygıyı gizlemeleri gerektiğine inandığı için kaygının kendisi ikincil bir tehdit haline gelebilmektedir (2).

Sosyal açıdan endişeli bireylerin düzenli olarak sosyal etkileşimlerle karşı karşıya kalmasına rağmen ve bu deneyimlerin büyük çoğunluğu da tehlikesiz olsa bile, sosyal kaygılarının sürdüğünü açıklamaya çalışan bir dizi bilişsel model geliştirilmiştir (26, 64-66). Bunlar tipik olarak performans başarısızlığı ve olumsuz değerlendirme korkusu ve dikkati kendine odaklamak şeklinde iki sorunlu özelliği vurgulamaktadır. Clark ve Wells (1995), tarafından oluşturulan sosyal anksiyetenin bilişsel modeli ve tedavi programı üç faktör ileri sürmektedir. Birincisi, sosyal çevre ve kendisi hakkındaki negatif inançları ile ilgili olup bu negatif inançlar sosyal veya performans durumlarındayken tehdit duygusunu harekete geçirmektedirler. İkincisi, güvenlik davranışlarının kullanımı ile ilgili ve üçüncüsü, sosyal bir nesne olarak benliğin işlenmesi ile ilgili olarak açıklanmaktadır. İkinci ve üçüncü faktörler sosyal kaygı ve olumsuz inançların sürdürülmesinde rol oynamaktadırlar (26).

Bilişsel model Şekil 2.3.'de sunulmaktadır.



Şekil 2.3. Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modeli (26).

SAB'da bilişsel modelin bileşenleri; negatif inançlar, güvenlik davranışları, benliğin toplumsal bir nesne olarak işlenmesi ve beklenti kaygısı ve olay sonrası işlemlemeyi içermektedir.

Negatif inançlar

Sosyal kaygısı olan bireyler başkalarına iyi bir izlenim bırakmanın son derece önemli olduğuna inanmaktadırlar. Bununla birlikte, bu bireyler bunu yapabilme

yeteneklerinden de şüphe etmektedirler. Sosyal kaygısı olan bireyler belirli sosyal durumlarda tehdit altında olduklarına inanmalarını sağlayan, kendileri hakkında ("sıkıcıyım", "her zaman ilginç bir şey söylemeliyim", "eğer sessizsem, diğerleri benim sıkıcı olduğumu düşünecekler") ve sosyal çevreleri ("diğer insanlar beni reddedecek") hakkında varsayımlarda bulunmaktadırlar (2-4, 26).

Sosyal kaygısı olan bireyler sosyal bir durumla karşı karşıya kaldıklarında, kendileri ve durum hakkındaki olumsuz inançları tetiklenmekte ve bu da bir tehlike hissine yol açmaktadır. Ardından, kapalı bir sistem yaratan bir dizi bilişsel, duyuşsal ve somatik tepkiler meydana gelmektedir. Bu sistem, objektif, dışsal ve büyük olasılıkla onaylayıcı olmayan bilgilerin hariç tutulması için içsel duygu ve düşüncelerden doğrulayıcı kanıtlar çizmektedir. Bu kapalı sistemin sürdüren kilit süreçler şunlardır: (1) güvenlik davranışlarının kullanılması, (2) benliğin sosyal bir nesne olarak değerlendirilmesi ve dikkatin içe yoğunlaştırılması (3) öncesi ve sonrası durumu işleme (2-4, 26).

Güvenlik davranışları

Güvenlik davranışları, korkulan bir sonucun ortaya çıkmasını önlemek için insanların yapmaya çalıştığı şeyler olarak açıklanmaktadır. Eğer korkulan sonuçlar gerçeğe uygunsa güvenlik davranışları anlamlıdır; yağmur yağdığında ıslanmamak için şemsiye almak gerçeğe uygun bir güvenlik davranışına örnek olarak verilebilir Ancak, eğer korku gerçeğe uygun değilse güvenlik davranışları bir sorun olabilmektedir. Korku gerçeğe uygun olmadığı zaman güvenlik davranışlarının olumsuz sonuçlarından biri, bireyin korkulan sonucun gerçekleşmesinin muhtemel olmadığını keşfetmesini engellemesidir. Bu durumun sosyal anksiyeteli bireyler tarafından kullanılan hemen hemen bütün güvenlik davranışları için geçerli olduğu belirtilmektedir. Sosyal anksiyeteli bireyler tarafından yaygın olarak kullanılan güvenlik davranışlarına örnekler arasında göz teması kurmaktan kaçınmak, daha az konuşmak, çok fazla soru sormak, konuşma konularını önceden hazırlamak, kendini denetlemek, uyuşturucu madde veya alkol kullanmak ve çok fazla makyaj yapmak sayılabilir (2-4, 26).

Güvenlik davranışları kavramı, sosyal kaygısı olan bireylerin kısıtlanmış ya da çekingen davranışlarının anlaşılması konusunda farklı bir bakış açısı sunmaktadırlar. Geleneksel olarak bu davranışlar, insanların sosyal becerilerinin olmadığının bir işareti olarak yorumlanmaktadır. Ancak, bireylerin endişeli olmadıklarında sosyal becerilerinde eksiklik göstermedikleri belirtilmektedir. Performanstaki herhangi bir eksiklik, büyük ölçüde endişeli oldukları durumlarla sınırlı gibi görünmekte olup; bu durum bilgi ya da yetenek eksikliğinin bir işaretinden ziyade kaygı tepkisi olduklarını göstermektedir. Görünen sosyal beceri eksiklikleri aslında gözlemlenebilir güvenlik davranışları gibi görünmektedir (67, 68).

Benliğin toplumsal bir nesne olarak işlenmesi

Sosyal bir durumla karşı karşıya kaldıklarında, bireyler dikkat odağını dış çevrelerden nasıl bir izlenim bıraktıklarını ayrıntılı olarak izlemek için kendilerine kaydırmaktadırlar. Ancak bu kendini gözlem üç nedenden dolayı yardım edici olmamaktadır. Birincisi, korkulan anksiyete tepkilerinin farkındalığını arttırmaktadır. İkincisi, bireyin durum ve başkalarının ne yaptığını işleme yeteneğini engellemektedir. Üçüncüsü ve çok önemlisi, sosyal kaygılı bireyler, bu bilgiyi (içsel olarak üretilen), başkalarına nasıl göründüklerine dair bir izlenim yaratmak için kullanmakta olup başkalarının onları nasıl gördüğünü tahmin etmektedirler. Bu, bireyin nasıl göründüğünün "hissedilmiş hali" dir; "Endişeli hissediyorum, o halde endişeli görünüyor olmalıyım". Ayrıca, örneğin "kırmızı domates gibi", bireyin nasıl bir izlenimi olduğuna dair görüntüler de eşlik etmektedir. Bireyin kendi bakış açısından ziyade, görüntüler sanki seyircinin bakış açısından kişiyi görüyormuş gibi olmaktadır (2-4, 67, 68).

Beklenti kaygısı ve olay sonrası işleme

Sosyal kaygısı olan bireylerin çoğu sosyal bir durum bekletisi içinde olduğunda yüksek düzeyde kaygı yaşamaktadırlar. Durumdan önce, ne olacağını detaylı olarak gözden geçirmektedirler. Bu durum kaygı ve olumsuz düşüncelerin çoğalmasını tetiklemektedir. Bunlar genellikle karşı konulamaz ve durdurulamaz olarak deneyimlenir ve bireyin sosyal olayı tamamen terk etmesine yol açmaktadır.

Eğer bireyler sosyal duruma gitmeyi başarırlarsa, etkinliğin öncesinde ve sırasında olumsuz düşünceler hakim olmaktadır (2-4, 26).

Sosyal bir durumdan ayrıldıktan hemen sonra bir miktar rahatlama olsa da, çoğu insan olumsuz düşüncelerin ve sıkıntıların sürdürdüğünü belirtmektedir. Olay/durum ve etkileşimler detaylı bir şekilde gözden geçirilmektedir. Bu işlem sonrası inceleme olaydan sonra günler ve bazen haftalarca devam etmektedir (2-4, 26).

Sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel davranışçı müdahalesi (SAB-BDT), Clark ve Wells (1995)'in sosyal anksiyete bozukluğunun bilişsel modeline dayanmakta olup bir çok öğeyi içermektedir (26).

1) Bireyin olumsuz düşünceleri, kendiyle ilgili görüntüleri, dikkat odağı, güvenlik davranışları ve anksiyete belirtilerini kapsayan bireye özgü bilişsel modelin geliştirilmesi.
2) Kendine odaklanmış dikkat ve güvenlik davranışlarının olumsuz etkilerini göstermek.
3) Kendiyle ilgili olumsuz değerlendirmeleri düzeltmek için video geribildiriminin yapılması.
4) Dış dikkat odağı eğitiminin verilmesi.
5) Sosyal durumlarda dikkat odağı dışarıya verilerek ve güvenlik davranışları bırakılarak bireyin olumsuz inançlarının test edilmesi için uygulamaların yapılması.
6) Korkulan sonuçla ilgili diğer insanların görüşlerini keşfetmek için anket yapılması.

2.1.9. Sosyal Kaygıda Temel Bilişsel Davranışçı Teknikler

BDT seanslarında sokratik sorgulama ve yönlendirilmiş keşif, davranış deneyleri ve video geribildirimi sıklıkla kullanılmaktadır.

Sokratik Sorgulama ve Yönlendirilmiş Keşif

Sokratik yöntem, bilgiyi soru sorarak öğretme yöntemidir. Soruna yönelik sorulan sorularla ulaşılmak istenilen sonuç veya bilgi açığa çıkarılmaktadır. Kişide var olanı ortaya çıkarmaya dayalı olarak yerinde sorularla, hem bireyin merakı uyandırılır hem de kişi bildiklerinden yola çıkarak bilmediklerini öğrenebilir. Bireyin o anda farkındalık alanında olmayan bilgiyi açığa çıkarmak amaçlanmaktadır. Bireyin dikkatini bu bilgi üzerinde toplamasını sağlayacak sorular yöneltilmektedir. Bu sürece yönlendirilmiş keşif denilmektedir. Yöneldirilmiş keşif sırasıyla; bireyin sorununun dinlenmesi ve sorunuyla ilgili düşüncesinin-inancının yansıtılması, uygun sorularla yeni bilgilerin farkındalık alanına getirilmesi, açığa çıkan bilginin özetlenmesi ve yeni bilginin eski inançla karşılaştırılarak eski inancın yeniden değerlendirilmesi aşamalarından oluşmaktadır (2-4, 63).

Örnek sorular:

Sorun ne?; Niye sorun?; Sorunu ne oluşturuyor?; Ne kadar kötü?; Ne kadar süredir?; Tamamıyla geçtiği oluyor mu?; Bu durumun bir örneğini anlatır mısınız?; En son ne zaman böyle bir durum yaşadınız?

Davranış deneyleri

Sosyal kaygısı olan bireylerin bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarında, bireyler korkulan ve kaçınılan sosyal durumlar ve etkileşimler ile sistematik olarak yüzleştirilmek için desteklenmektedirler. Davranış deneyleriyle korkulan ve kaçınılmış durumlara maruz kalma gerçekleştirilmektedir. Davranışsal deneylerde, neler olabileceği ve başkalarının nasıl tepki verebileceği ile ilgili tahminler yapılmakta ve bu tahminler, korkulan durumlarla yüzleşerek, dikkati dışarıya odaklayarak, güvenlik davranışlarını bırakarak ve sonra insanların tepkileri test edilmektedir. Daha sonra birey aslında korkulan sonucu yapabilmekte ve etkilerine bakabilmektedir (2-4, 63).

Video geribildirimi

Video geribildirimi an'a-odaklı bir teknik olup bireylerin, başkalarına nasıl göründükleri hakkında daha gerçekçi bir görüş elde etmelerine, güvenlik davranışlarının başkalarına nasıl göründüğüne dair içgörü kazanmalarına ve çarpık negatif beden imajlarını yeniden değerlendirmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır (2-4, 63).

Video geri bildirimi kullanıldığında, video kaydının nasıl yapıldığına, bireyin kayda başlamadan önce nasıl hazırlandığına ve videonun daha sonra nasıl izlendiğine ve tartışıldığına dikkat etmek gerekmektedir. Bu özelliklerin her birine uygun bir dikkat gösterilmesiyle, sosyal kaygılı bireylerin kendi olumsuz algılarını aşmaları çoğu zaman mümkün olmaktadır (2-4, 63).

2.1.10. Sosyal Kaygının Bilişsel Davranışçı Terapisiyle İlgili Araştırma Sonuçları

Sosyal kaygının tedavisinde en yaygın ilaç tedavileri (seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) ve monoamin oksidaz inhibitörleri), davranışçı ve bilişsel davranışçı terapiler (BDT) kullanılmaktadır. Her bir tedavinin kısa dönemde spesifik etkileri bulunmakla birlikte uzun dönemde, bazı çalışmalarda farmakolojik tedaviler için nüks oranlarının psikolojik tedavilerden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (25, 43).

Zhang ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan bir meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı müdahalelerin anksiyete bozuklukları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde bir etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (69). Carpenter ve arkadaşları (2018), bilişsel davranışçı terapinin, randomize plasebo-kontrollü çalışmalara dayanan anksiyete ile ilişkili bozukluklar için etkinliğini incelemek amacıyla yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında 41 araştırmayı değerlendirmişlerdir. Çalışmanın bulguları, bilişsel davranışçı terapinin anksiyete bozukluklarının tedavisinde plaseboyla karşılaştırıldığında orta derecede etkili bir tedavi olduğunu göstermektedir (27). Mayo-Wilson ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen meta-analiz çalışmasında, yetişkinlerde sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde en etkili müdahale yöntemini belirlemek ve bu müdahaleleri

karşılaştırmak amaçlanmıştır. Sosyal kaygı bozukluğu olan bireylerin çoğu akut tedaviden sonra bazı semptomları yaşamaya devam ettiklerini belirtmiş olsalarda, bulgular sosyal kaygı bozukluğunun tedaviye iyi yanıt verdiğini doğrulamaktadır. Bireysel bilişsel davranışçı psikoterapinin plasebo ilaçlara göre daha etkili olduğu saptanmış olup psikolojik müdahaleler arasındaki karşılaştırmalarda bireysel bilişsel davranışçı psikoterapinin psikodinamik psikoterapiler ve diğer psikolojik terapilere (kişilerarası terapiler, mindfulness ve destekleyici terapiler) göre daha etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (61).

Clark ve arkadaşları (2006), tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmaya sosyal kaygısı olan 62 kişi katılmıştır. Katılımcılar bilişsel terapi (n=21), maruz kalma-uygulamalı gevşeme (n=21) veya bekleme listesi (n=20) gruplarına tabakalı rastgele yöntemle atanmıştır. Tedavi süreci haftalık 14 seanstan oluşmakta olup ilk 3 aylık takipte 3 destek seansı yapılmıştır. Değerlendirmeler tedavi/beklemeden öncesi, tedavi/beklemeden sonrası, 3 aylık izlem ve 1 yıllık izlem şeklinde planlanmıştır. Çalışma bulguları, bilişsel terapi ve maruz kalma-uygulamalı gevşeme yöntemlerinin sosyal kaygının için etkili tedavi olduğunu göstermiş olup her iki tedavi yönteminin kontrol edilen etki büyüklüklerinin büyük olduğunu bulmuştur. İki yöntemin karşılaştırılmasının sonucunda, sosyal kaygı ölçümlerinde bilişsel terapinin maruz kalma-uygulamalı gevşeme yönteminden üstün olduğu elde edilmiştir (70).

Stangier ve arkadaşları (2011), çalışmalarında sosyal kaygı bozukluğunun bireysel bilişsel terapi, kişilerarası psikoterapi ve bekleme listesi kontrol gruplarında kısa ve uzun vadede etkinliği karşılaştırılmıştır. Çalışmada 254 birey değerlendirilmiş, 117'si sosyal kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılamış olup randomizasyon için uygun bulunmuştur. Çalışmanın tedavi ve bekleme bölümlerini 106 birey tamamlamıştır. Tedavi 16 haftalık bireysel görüşmeler şeklinde yürütülmüştür. Tedavinin bitiminden 2 ay sonra bir destek seansı önerilmiştir. Bekleme listesi kontrol grubu 20 haftalık bekleme süresinden sonra tedavi edilmiştir. Çalışmanın bulguları bilişsel terapi ve kişilerarası psikoterapinin sosyal kaygı bozukluğu için etkili tedaviler olduğunu göstermektedir. Her bir tedavi, bekleme listesi kontrol grubuyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde daha büyük iyileşme ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte ölçüm sonuçlarında bilişsel terapinin kişilerarası

psikoterapiye göre istatistiksel olarak daha iyi perfomans gösterdiği ve önemli bir avantajının olduğu bulunmuştur (71).

Huang ve arkadaşları (2018), tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında üniversite öğrencileri arasındaki yaygın ruhsal bozukluklar için yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla 51 tane randomize kontrollü çalışma incelenmiştir. Üniversite öğrencileri arasında depresyon ve anksiyete bozukluklarının etki büyüklüğü orta düzeyde bulunmuştur. Bilişsel davranışçı terapinin depresyon ve anksiyete bozukluğu için etkili bir müdahale yöntemi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmada incelenen makalelerden 6 tanesi sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerini içermektedir. Sosyal kaygının müdahalelerinde algı/dikkat değiştirme, farkındalık ve bilişsel davranışçı grup terapisi yöntemleri kullanılmıştır (72).

Bjornsson ve arkadaşları (2011), çalışmalarında sosyal kaygı bozukluğunda bilişsel davranışçı grup terapisi müdahalesini grup psikoterapi müdahalesiyle karşılaştırmışlardır. Randomize kontrollü olarak yürütlen çalışmaya sosyal kaygısı olan 45 üniversite öğrencisi katılmıştır. Sekiz hafta ve 2 saat süren seanslara 5-7 arasında katılımcı olacak şekilde gruplar oluşturulmuş olup her bir müdahale için dört grup oluşturulmuştur. Çalışma bulguları her iki müdahale yönteminin de sosyal kaygı bozukluğunda etkili olduğunu göstermiştir (73).

Warnock-Parkes ve arkadaşları (2017), sosyal kaygısı olan bireylere yönelik uyguladıkları bilişsel davranışçı terapi müdahalesinde video geribildirimi kullanmanın etkisini değerlendirmişlerdir. Çalışmanın bulguları sosyal kaygının bilişsel davranışçı terapisinde video geribildiriminin bireyin kendisiyle ilgili olumsuz algılarını değiştirmek için oldukça etkili bir müdahale olduğunu ve ilerleyen haftalarda sosyal kaygı puanlarının anlamlı olarak düşmesiyle ilişkisi olduğunu göstermiştir (74).

McManus ve arkadaşları (2009), tarafından yapılan çalışmada sosyal kaygısı için bilişsel terapi alan 34 birey randomize kontrollü olarak gruplara (müdahale grubu n=20; klinikte izlenen grup n=14) ayrılmış her bir katılımcı bireysel bilişsel terapi tedavisi almıştır. Çalışma bulguları video geribildiriminin sosyal kaygının tedavisinde terapötik etkiye sahip olduğunu göstermiştir (75).

2.2. Hemşirelik ve Mesleki Performans Kaygısı

Hemşirelik uzun süreli stres düzeyleri ile zorlu bir meslek olup artmış stres hemşirelik okullarında başlayabilmektedir (18). Lisans hemşireliği eğitim programı, hemşirelik öğrencilerini karmaşık sağlık sistemlerinde hemşirelik görevlerini uygun şekilde yerine getirmeye hazırlamaktan sorumlu olup bu programlar aynı zamanda mesleki hemşire rolüne başarılı bir geçiş sağlamaktadır. Hemşire öğrencilerin ve klinikte sağlık hizmeti veren hemşirelerin hastaların klinik ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri için klinik yeterliliklere sahip olması gerekmektedir (76). Klinik eğitim ve teorik eğitim, öğrencilerin deneyimlerinde önemli bir rol oynamaktadır.

Bir hemşirelik programına kabul edildikten sonra, yoğun ders yükü, sınavlar ve rekabetçi bir ortamda yüksek dereceli bir ortalamaya ulaşmak gibi durumlar öğrencilerin yüksek düzeyde endişe ve stres yaşamalarına neden olabilmektedir (16, 18). Hemşirelik öğrencileri için ilk kez klinik ortamda bulunmak ve klinik performans becerilerini sergilemenin önemli stresörler olduğu belirtilmektedir (24, 77, 78). Buna ek olarak; uygulama için hazır bulunmadığını hissetmek, hata yapmaktan korkmak, acı ve ızdıraba tanık olmak, kişilerarası iletişimde sorun yaşamak, gözlemlenmek ve değerlendirilmek, hekimler ile iletişim kurmak ve hastane ortamına aşina olmamak gibi durumlar da hemşirelik öğrencileri arasında strese neden olan faktörler olarak sıralanabilmektedir (16). Yapılan çalışma sonuçları, psikolojik faktörlerin hemşirelik öğrencilerinin yeterliliğinin gelişimini ve klinik öğrenme çıktılarını etkilediğini göstermektedir (79, 80).

Ruh sağlığı problemlerinin üniversitesi öğrencileri arasında arttığı depresyon, anksiyete ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğunun en yaygın sorunlar olduğu belirtilmektedir (7, 43). American College Health Association (ACHA, 2017)'nın 37638 üniversite öğrencisinin katılımı ile yapmış olduğu anket çalışmasının verilerine göre, üniversite öğrencilerinin %31.7'si stres, %25.1'i anksiyete ve %16.8'i depresyon nedeniyle son 12 ay içerisinde bireysel akademik performanslarının düştüğü saptanmıştır. Aynı çalışmanın verileri, üniversite öğrencilerinin %45.1'inin şiddetli düzeyde anksiyete yaşadığını, son bir yıl içinde erkeklerin %11.0'inin, kadınların ise %26.2'sinin anksiyete; erkeklerin %1.0'i, kadınların %1.3'ünün fobi nedeniyle bir profesyonel birey tarafından tanı veya tedavi aldığını sunmaktadır. Anksiyete bozuklukları içinde sınıflandırılmakta olan sosyal

kaygı, hemşirelik öğrencilerini etkileyen ruhsal problemler arasında yer alabilmektedir (7).

Üniversite öğrencileri arasında sosyal kaygının yaygınlığının incelendiği çalışmaya 413 öğrenci katılmıştır. Sosyal kaygı belirtilerine sahip 82 (%19.8) öğrenciyle yapılan görüşme sonucunda; 39'unun (%9.4) ömür boyu sosyal kaygı kriterlerini, 35'inin (%8.5) 12 aylık sosyal kaygı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (81). Hindistanda yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %30'unun hafif düzeyde sosyal kaygı yaşadıkları belirlenmiş olup şiddetli sosyal kaygının akademik performansı olumsuz yönde etkilediği ve düşük akademik performansa yol açtığı sonucuna ulaşılmıştır (82). Jun ve Lee (2017) tarafından yürütülen çalışmada ise, hemşirelik öğrencilerinin sosyal kaygı puan ortalaması 5 puan üzerinden 2.79 olarak bulunmuştur. Sosyal kaygı ile özyılmazlık ve problem çözme becerileri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (15). 787 üniversite öğrencileriyle yürütülen bir diğer çalışmada, öğrencilerin yaygın öğrenme durumlarında yaşadıkları sosyal kaygı incelenmiştir. Katılımcılar sunum (%80), grup çalışması (%25-26) ve ders sırasında (%14-26) sosyal kaygının eşlik ettiğini ifade etmişlerdir. Bununla birlikte katılımcılar sosyal kaygı nedeniyle sosyal çevrede yalnızlık, huzursuzluk, çekingenlik ve ilişki kurma zorluğu gibi durumlar yaşadıklarını bildirmişlerdir (13).

Ülkemizde üniversite öğrencilerinde sosyal kaygının yaygınlığını belirlemek ve akademik başarı ile yaşam kalitesine olan etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada öğrencilerin %20.9'unda son 1 yılda, %21.7'sinde ise yaşam boyu sosyal kaygı olduğu saptanmıştır. Son 1 yılda sosyal kaygısı olanların %74.6'sını, yaşam boyu görülenlerin ise %76.5'ini performans tipi sosyal kaygı oluşturmaktadır. Performans tipi sosyal kaygısı olanlarda en sık kaygılandıran sosyal durumlar seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak ve önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak olarak belirlenmiştir. Sosyal kaygısı olmayanların yaşam kalitesi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (9). Üniversite öğrencileri ile yürütülen çalışmaların sonuçları sosyal kaygının yaygın olduğunu ve bireyleri hem sosyal hem de performans gerektiren durumlarda olumsuz yönde etkileyebildiğini göstermektedir.

Kişilerarası ve klinik etkileşim becerilerinin sosyal kaygı ile ilişkilendirilebileceğini belirtmektedir (84). Hemşirelik öğrencileri sıklıkla yabancı

klinik ortamlara maruz kalmakta ve hastalar, hastaların aileleri, hemşireler, yöneticiler ve diğer sağlık profesyonelleri gibi farklı durumlarda birçok kişiyle karşılaşmaktadırlar. Çeşitli sosyal durumlarda sık sık yeni ilişkiler kurma ihtiyacı, hemşirelik öğrencileri arasında mesleki performans kaygısı potansiyelini artırabilmektedir (15). Bu kaygı, bir kişi büyük gruplarla veya klinikte küçük gruplarla veya otorite figürleriyle etkileşime girdiğinde de yaşanabilmektedir. Yapılan çalışmalarda komplike hastaların bakımından sorumlu olmanın hemşirelerde klinik performans kaygısı yaşamalarına yol açtığı bulunmuştur (85, 86). Klinikte çalışan hemşireler ve eğitimciler tarafından gözlemlenildiğinde gerçek hasta bakım aktivitelerinin ve klinik sorumlulukların zamanında tamamlanmasının etkilendiği bildirilmektedir.

Kaygı düzeyi yüksek olan öğrencilerin, geçmiş performansları ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olduğu belirtilmektedir. Öğrenciler kendilerinin düşük sosyal yeterliliğe sahip olduklarına inanmakta ve kendilerini güvenli hissetmedikleri sosyal durumlardan kaçınarak kaygıları ile etkisiz bir şekilde baş etmektedirler (87). Kaygının çeşitli ruh sağlığı problemlerine neden olduğu, sosyal uyumu, akademik başarıyı olumsuz etkilediği ve klinik becerilerde düşük performansa yol açtığı saptanmıştır (19, 87, 88).

Kaygı düzeyinin artması ile bireyler sersemlik, bulanık görme, uyuşma, seyirme, adalelerde gerginlik, boğulma ve nefes darlığı gibi duyumlar yaşabilmektedirler. Bu bireylerin sahip olduğu bilişsel özellikler; performans ile ilgili durumlardan önce, sırasında ve sonrasında kendilerinin yeterli perfomans gösteremediği, anksiyete belirtilerinin dışarıdan fark edileceği ve başkalarının kendilerini yargıladığına ilişkin düşünceler şeklinde olabilmektedir (63).

McGraw ve arkadaşları (2013), öğrencilerin kaygıya verdiği fizyolojik tepkilerin büyük olasılıkla davranışsal veya bilişsel tepki seçeneklerinin gelişmemiş veya yetersiz olduğu veya durumun yeni, yoğun ve öngörülemeyen olduğu zaman muhtemel olduğuna dikkat çekmektedir (89). Kaygı genellikle bilişsel işlevler üzerindeki olumsuz etkilerle ilişkilendirilmektedir (24, 63). LeBlanc (2009), yüksek sesler, rahatsız edici ekip üyeleri ve bir grubun önünde performans göstermekten dolayı yaşanılan sosyal kaygı gibi durumlarda temel görev ile çevresel uyaranlar

arasında dikkatin bölünmesiyle bilişsel bozulmanın en üst düzeye çıkabileceğini öne sürmektedir. Bu nedenle, kaygı yalnızca gerçekçi klinik ortamlara sınırlı olarak maruz kalan deneyimsiz öğrenciler arasında özellikle akut olabilmektedir (90).

413 hemşirelik öğrencisiyle yapılan bir araştırmada, öğrenciler klinik ortamlarda strese yönelik birincil katalizörlerden birinin personel ve/veya hastalar önünde azarlama korkusuna yol açan deneyimsizlik olduğunu belirtmişlerdir (91). Sosyal değerlendirilme kaygısı, öğrencilerin neden böyle bir stres yaşadıklarına dair bir fikir vermektedir. Önceki araştırmalar, sosyal benliği koruma motivasyonunun fiziksel benliği koruma isteğinden farklı olmadığını göstermektedir (92). Bunun sonucunda, bireyler çevrelerini sosyal iyilik tehditlerine karşı gözlemlemekte ve bu tehditlere göre tepki verebilmektedirler. Rohleder ve arkadaşları (2007), bireylerin aşağıdaki durumlarda algılanan sosyal-değerlendirme tehditlerine tepki verme ihtimalinin daha yüksek olduğunu öne sürmektedir:1) Açık ve önemli bir amaç aranır; 2) durum bireysel özellik veya beceri gösterilmesini gerektirir; 3) bu özellik veya beceri başkaları tarafından değerlendirilir; ve 4) hedefe ulaşmak bireyin tamamen kontrolünde olmayan faktörler tarafından engellenmiş olabilmektedir. Sınırlı deneyime sahip olan ve klinik ortamlara maruz kalan öğrenciler, bu ölçütlerin her birini yaşayabilmektedirler. Bununla birlikte, öğrencilerin kontrol edilemeyen ortamlarda gerçek hastalar üzerinde çalışmanın zorluğuyla da mücadele etmesi gerekmektedir (93).

Klinik alandaki araştırmalar, hemşirelik öğrencilerinin öğrenmeyi, klinik performansı, karar verme ve eleştirel düşünmeyi ciddi şekilde etkileyen değerlendirilme kaygısı yaşadıklarını göstermektedir (86, 94). Yüksek düzeyde endişe, öğrenmeye engel olup klinik uygulamalar sırasında öğrencilerin daha az performans göstermeleriyle sonuçlanabilmektedir (94, 95).

Birçok hemşirelik öğrencisinin teorik bilginin klinik pratikle birleştirilmesi sürecinde yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları belirtilmektedir (96-98). Sınıfta öğretilenler ile gerçek klinikte uygulananlar arasındaki köprüyü geçmenin zorluğu öğrencilerin kaygı düzeyini etkilemektedir. Yapılan araştırmalar, öğrencilerin klinik ortamda, öğrenciden ziyade sorumlu hemşire olarak görülmesinden dolayı klinik alanda sınıfta olduğundan daha fazla endişe duyulduğunu ortaya koymaktadır. Test

kaygısı, başarısızlık korkusu, değerlendirilme ve gözlemlenme ve yeterliliklerinin sorgulanması, klinik alanda performanslarını etkileyen en kaygı verici durumlar olarak sıralanabilmektedir. Klinik durumlarda hemşirelik öğrencileri için performans kaygısı başarılı klinik işleyiş için ciddi bir engel oluşturabilmektedir. Anksiyetenin düzeyi arttıkça değerlendirme koşulları altında klinik olarak performans gösterme yeteneği azalabilmektedir. Bu süreç, yetersiz öğrenme deneyimleriyle sonuçlanabilmekte ve öğrencilerin eğitim programında başarısız olma olasılığını arttırabilmektedir (96-98).

Oermann ve arkadaşları (2015), hemşirelik eğitim programı sırasında, bazı öğrencilere, yeterlilik seviyesine ulaşma fırsatları sağlanamadığını ileri sürmektedir. Klinik becerilerdeki yetersizlik duygularının, hemşirelik öğrencilerinin mesleğe yaklaşımlarını etkileyebileceği belirtilmektedir (98). Bu tür duyguların oluşumunun tipik olarak mezuniyetten önce meydana geldiği ve hemşirelik öğrencileri arasında endişe ve strese yol açtığı ifade edilmektedir (99). Yetersizlik duygusu öğrencilerin hemşirelik mesleğini erken bırakmalarına, performans memnuniyetsizliğine ve bakım kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (100). Performans kaygısının olası olumsuz sonuçları, bu akademik ve duygusal zorlukları yaşayan üniversite öğrencilerinin kaygılarını giderebilecek erişilebilir psikolojik müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Hemşirelik eğiticilerinin, öğrencilerin hissettiği kaygıyı azaltmanın anahtarı olduğu bu sıkıntılı deneyimi ortadan kaldırmak veya çözmek için stratejiler geliştirmeleri gerektiği belirtilmektedir (78). Açıkça görülmekle birlikte, hemşirelik eğitimi sürecinin başlarında etkili stres yönetimi müdahalelerine ihtiyaç duyulmasına rağmen, 1981'den 2008'e kadar müdahale çalışmalarının sistematik bir incelemesinde, Galbraith ve Brown (2011), hemşirelik öğrencilerinin stres düzeyini yönetmek için etkili müdahaleleri tanımlayan yeterli kanıtı bulamamıştır (101).

Mezun olduktan sonra da hemşirelik öğrencilerinin kaygı nedeniyle sıkıntı yaşamaya devam ettikleri belirtilmektedir. Hemşirelerin mesleğin ilk yıllarında yoğun yıpranma yaşadıkları ve kurumdan ayrılma oranının %28 olduğu saptanmıştır (18, 102). Sağlık bakım hizmetlerinin hızlı bir şekilde gelişmeye ve ilerlemeye

devam etmesi, hemşireler ve hemşirelik öğrencileri için yeni stresörler olarak eklenebilmektedir (24).

Hemşirelik okullarında stresi ve kaygıyı yönetmenin en etkili yöntemlerini belirlemenin, eğitim sırasında optimum öğrenmeyi sağlamak ve öğrencilerin çalışma ortamına başarılı bir şekilde geçişini sağlamak için önemli olduğu belirtilmektedir (18, 78). Kaygının düzeyi ve uzun süreli stresörlere maruz kalmanın öğrenme sürecini, baş etme becerilerini ve akademik performansı etkilediği belirtilmektedir (103). Literatür incelendiğinde, sadece stres etkenini azaltmaya veya başa çıkma becerilerini arttırmaya yönelik çalışmaların genellikle etkili olmadığı sonucuna varılmış olup yeniden değerlendirmeyi içeren stratejilerin diğer yaklaşımlardan biri ya da her ikisi ile birleştirildiğinde, etkinliklerinin daha tutarlı kanıtlar ortaya koyduğu bulunmuştur.

Turner ve McCarthy (2017), tarafından yapılan sistematik literatür inceleme çalışmasında lisans hemşirelik öğrencilerinin stres ve anksiyete yönetimine yönelik yapılan müdahaleler incelenmiştir. 2009 ile 2015 yılları arasında yapılan 26 müdahale çalışmasının incelendiği çalışmada, müdahaleler sırasıyla; stresörlerin sayısını veya yoğunluğunu azaltmaya yönelik çalışmalar, başa çıkma tepkilerine odaklı çalışmalar ve stresörlerin yeniden değerlendirilmesine yönelik çalışmalar şeklinde sınıflandırılmaktadır (21).

Stresörlerin sayısını veya yoğunluğunu azaltmaya yönelik çalışmalarda müfredatın düzenlenmesi ve simülasyon eğitimi tekniklerinin kullanıldığı müdahaleler yer almaktadır. Standart hastalar kullanılarak yapılan simülasyon temelli oryantasyon eğitimi müdahalesinin sonucunda hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin durumluluk kaygılarının azaldığı, memnuniyet ve özgüvenin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (31). Onovo'nun (2013) çalışmasında, simülasyon laboratuvarı uygulamasından sonra hemşirelik öğrencilerinin kaygılarının azaldığı, klinik becerileri uygulama ve karar verme ile ilgili özgüvenlerinin arttığı bulunmuştur (39). Crytzer'ın (2011) çalışmasında ise, yüksek gerçeklikli evde bakım simülasyonu müdahalesiyle öğrencilerin kaygı, özgüven ve klinik performansları incelenmiştir. Simülasyon uygulamasına katılmayan öğrenciler katılanlara göre daha yüksek düzeyde kaygı ve daha az özgüven yaşadıklarını belirtmelerine rağmen, simülasyon

müdahalesinin kaygı, özgüven ve klinik performans ile ilgili sonuçlarında anlamlı bulgular elde edilememiştir (40).

Başa çıkma tepkilerine odaklı çalışmalarda, stresin sonuçlarını hafifletmek için kullanılan fizyolojik veya psikolojik başa çıkma yöntemleri veya stres yönetimi stratejileri yer almaktadır. Sanat terapisinin stres yönetimi ve öz bakımı geliştirirken gevşeme, öz farkındalık ve güçlenmeyi arttırdığı bulunmuştur (104). Hayvan destekli yapılan müdahalenin sonuçları öğrencilerin kaygı düzeylerinin düşmesinde anlamlı bulunmamıştır (105). Gevşeme tekniklerinin kullanıldığı çalışmada öğrencilerin durumluluk ve süreklilik kaygı puanlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (106). Biyofeedback destekli gevşeme eğitimi müdahalesinin bir veya daha fazla stres göstergesi (solunum hızı veya nabız hızı gibi) üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiler gösterdiği, ancak müdahalenin test kaygısı puanlarını azaltmadığı saptanmıştır (107). Hemşirelik birinci ve son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamalardan önce kaygılarını azaltmak için uygulanan güdümlenmiş görsellik müdahalesinin gruplar arasında kaygının azalmasında anlamlı bir değişime yol açmadığı bulunmuştur (108). Bir odada sınava giren öğrencilere aromaterapi müdahalesi uygulanmış ve müdahaleden sonra öğrencilerin kaygı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (109). Baş etme becerilerini geliştirmek için durumsal farkındalık eğitimi ve simülasyon eğitiminin birlikte kullanıldığı çalışmada, durumsal farkındalık seviyesi algı, anlama ve yansıtma olmak üzere üç düzeyde tanımlanmıştır. Stres, durumsal farkındalığın üç düzeyi ve fizyolojik stres yanıtları (kalp hızı gibi) arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir. Uygulanan müdahale sonucunda stres seviyelerinde anlamlı bir değişiklik bulunmamış olup müdahalenin anlama ve fizyolojik stres yanıtları üzerinde olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır (110).

Stresörlerin bilişsel yeniden değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmalarda; "Yeni bilişler ve bilgileri" birleştirmek ve değerlendirmek için "deneyimlerle ilgili duyguları ve tutumları" incelerken önceki bir deneyime tekrar bakmayı ifade eden yansıtıcı müdahaleler kullanılmıştır. Yansıtıcı müdahalelerin öğrencilerin klinik ortamdaki stres etkeni ve duygusal zorluklarla ilgili başa çıkma kabiliyetlerini arttırdığını ve öğrencilerin iyilik haline olumlu katkıda bulunabileceği sonucuna ulaşılmıştır (111, 112). Bazı çalışmalarda iki veya daha fazla müdahale

birlikte kullanılmış olup öğrencilerin özyeterlilik, özgüven, baş etme becerileri, stresörlerin yeniden değerlendirilmesi becerisinin geliştiği, kaygı düzeylerinin ise azaldığı bulunmuştur (113-116).

2.3. Sağlık Alanında Simülasyon Uygulamaları

Sağlık alanında simülasyonların ana amacı, hasta güvenliğini iyileştirme hedefiyle eğitim, değerlendirme, araştırma ve sağlık sistemi entegrasyonunu sağlamaktır. Bu amaçların her biri rol yapma, düşük ve yüksek teknoloji araçlarının birlikte kullanılmasıyla karşılanabilir. Simülasyonlar ayrıca, gerçek yaşam ortamlarında insan davranışlarını anlamamıza da katkıda bulunmaktadır (24).

2.3.1. Simülasyonun Tanımı ve Sınıflandırılması

Gaba (2004), simülasyonu "rehberler eşliğinde tamamıyla interaktif bir şekilde, gerçek dünyanın mevcut yönlerinin benzerini yaparak ya da çağrıştırarak gerçek deneyimlerin etkisini artırma veya değiştirme" olarak tanımlamaktadır (29). Simülasyon hemşirelik eğitiminde öğrenmeyi desteklemek ve performans becerilerinin değerlendirilmesi şeklinde kullanılmaktadır (31-33, 117). Simülasyon, öğrencilere güvenli ve ihtiyaca göre düzenlenebilen ve gerçekçi bir klinik bakım ortamında hemşirelik bakımı yapma imkanı sağlayarak teori ve klinik uygulama arasındaki boşluğu doldurmaktadır. Simülasyonun bir eğitim aracı olarak kullanılması hemşirelik eğitiminde giderek daha fazla yaygınlaşmaktadır (118).

Genellikle, bir grup öğrenci rol yapma, aktörler veya sabit vücut modellerini içerebilecek simülasyon deneyimlerinde görevler gerçekleştirmekte veya bakım sağlamaktadırlar. Bir simülasyon deneyimi, gerçek dünyadaki klinik durumları tekrarlamak için ön bilgilendirme, "hasta" olarak çeşitli semptomlar sergilemek üzere programlanmış bir manken (orta veya yüksek gerçeklikli) senaryosu ve çözümleme olmak üzere üç aşamadan oluşmaktadır. Ön bilgilendirme aşamasında öğrencilere simülasyon laboratuarı ve ortamda bulunan ekipmanlar tanıtılmakta ve öğrencilerin soruları yanıtlanmaktadır. Simülasyon senaryo uygulaması aşamasında, eğitimciler tarafından belirlenen becerileri kazandırmak amacıyla öğrenciler uygulama yapmaktadırlar. Çözümleme aşamasında ise simülasyon deneyimi sonrası

öğrenenlerin deneyimleri rehber eşliğinde tartışılmaktadır (29-31, 117). Simülasyon senaryoları, katılımcılar görevi veya beceriyi yapıncaya kadar tekrarlanabilmektedir. Çözümleme ise eğiticilere ve öğrencilere deneyimlerini paylaşmaları ve tartışmaları için bir zaman sunmaktadır. Hasta sonuçlarını araştırmak ve kritik karar vermeyi gözden geçirmek için harcanan bu zaman, öğrencinin öğrenmesine önemli bir katkı sağlamaktadır (36).

Simülasyon, hemşirelik öğrencilerine medikal cerrahi, pediatrik ve gebelik ile ilgili ders içeriğini öğretmek için yaygın olarak kullanılırken, simülasyonun psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği gibi spesifik alanlarda uygulanması ve etkinliği hakkında daha az şey bilinmektedir (117). Hemşirelik öğrencileri için psikiyatri ve ruh sağlığı hemşireliği dersinin içeriğini öğretmek bir takım zorluklar içerebilmektedir. Bu zorluklar arasında hasta korkusu, kaygı, ruhsal hastalıkların yeterince anlaşılmaması, ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik önyargılar, damgalama ve uygun klinik ortamların yetersiz olması sayılabilir. Psikiyatri ve ruh sağlığı öğretimi için simülasyon uygulamaları, öğrencilere hemşirelik becerilerini kontrollü bir çevrede uygulama fırsatı sunmaktadır. Psikiyatri ve ruh sağlığı simülasyon uygulamalarının, terapötik iletişim becerileri, eleştirel düşünme, özgüven ve risk değerlendirmesini geliştirmek için uygulanabilir ve etkili olduğu gösterilmiştir (119, 120).

Hemşirelik eğitiminde, öğrencilere bilgi ve beceri kazandıran simülasyonların basitten karmaşığa doğru, gerçek durumlara benzerliğini artıran farklı bir çok çeşidi bulunmaktadır. Simülasyon manken veya senaryonun gerçeklik düzeyine göre tanımlanmaktadır. Hayden'in simülasyon sınıflaması üçe ayrılmaktadır (117, 121).

Düşük (Task trainers) gerçeklikli simülasyon: Belirli psikomotor becerilerin gelişmesi için tasarlanmış bir mankenin bölümünü içermektedir. Örneğin, intravenöz katater yerleştirme becerisini geliştirmek için kullanılan kol mankeni.

Orta-gerçeklikli (Medium-fidelity) simülasyon: Hasta bakım senaryolarında göğüs kafesi yükselmesi olmaksızın solunum sesleri gibi insan özelliklerine sahip tam vücutlu hasta simülatörlerinin kullanımını içermektedir.

Yüksek-gerçeklikli (High-fidelity) simülasyon: Standart hastalar ve yüksek gerçeklikli simülatörleri içermektedir.

Smiley (2019), tarafından yürütülen çalışmada hemşirelik programlarında simülasyonun kullanımı ve mevcut durumunu belirlemek ve simülasyonun kullanımı ile ilgili herhangi bir gelişmeyi tanımlamak amaçlanmıştır. Bu kapsamda Amerika'da bulunan hemşirelik okullarına (n=3568) mail yoluyla ulaşılmış olup okulların 902'si çalışmaya katılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, hemşirelik programlarının çoğunda simülasyon uygulamaları klinik uygulama saatlerinin yerini alırken; Lisans programlarının %77.8'inde, sertifikalı hemşirelik programlarının %79.9'unda klinik uygulama saatlerinde simülasyon 1:1 oranında kullanıldığı belirtilmektedir. Yüksek gerçeklikli simülasyon kullanımının 2017 yılında hemen hemen tüm lisans dersleri için arttığı bulunmuştur. Yüksek gerçeklikli simülasyon uygulamaları içinde yer alan standart hasta uygulamasının kullanımının %42.3'den (2010 yılında), %63.2'ye (2017 yılında) yükseldiği ve hemşirelik programlarında kullanılan simülasyon tipleri içinde %63.2'lik bir oranla en çok kullanılan yöntem olduğu dikkati çekmektedir (121).

2.3.2. Simülasyonun Kullanım Alanları

Simülasyon bir faaliyet veya sistemin bir diğeri tarafından taklit edilmesi veya temsil edilmesidir. Tüm bu etkinlikler arasındaki bağlantı, basitten karmaşığa bir durum veya sürece karşılık gelir. Sağlık alanında simülasyon uygulamalarıyla sağlık hizmetlerinin güvenliğini, etkililiğini ve verimliliğini artırmak amaçlanmaktadır. Bilgi teknolojileri ve biomühendislikte yaşanan gelişmeler simülasyonun sağlık alanında kullanımına olanak sağlamaktadır. Simülasyon sağlık alanında eğitim, araştırma, değerlendirme ve sağlık bakım hizmetlerinde kullanılmaktadır (24):

Simülasyonun eğitim alanında kullanımı: Simülasyon eğitimi, teorik eğitim ile gerçek klinik deneyimler arasında bir köprü sağlamaktadır. Sağlık mesleklerinde eğitim alan öğrenciler klinik becerilerini gerçeklik düzeylerine göre çeşitli simülasyon uygulamalarına katılarak geliştirmektedirler. Simülasyon

uygulamalarıyla eğitim sürecindeki öğrencilerin, sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliği sağlanmaktadır (24).

Simülasyonun değerlendirme alanında kullanımı: Simülasyon temelli değerlendirme, hem iyileştirme için "düşük riskli" öğrenmeyi hem de yetkinliği belirlemek için "yüksek riskli" değerlendirmeyi ifade etmektedir. Çoktan seçmeli testler ve sözlü sınavlar, bilgi ve beceriyi değerlendirmek için kullanılan geleneksel yöntemlerdir. Teknoloji, gerçek görevlerin doğru bir şekilde simüle edilebileceği noktaya geldiğinde, yeterliliğin gerçekten gösterilmesi, etkili değerlendirmenin vazgeçilmez bir parçası haline gelmektedir (24).

Simülasyonun araştırma alanında kullanımı: Simülasyona dayalı araştırmanın amaçları eğitim ve değerlendirmeden farklıdır. Araştırmacılar belirli bir olayın neden olduğunu anlamaya çalışırken, olayı aynı ve/veya farklı klinisyenlerle simüle etmeleri gerekmektedir. Bu duruma yüksek riskli ilaçların verilmesi veya gelişmiş canlandırma yöntemlerinin kullanılması için yeni prosedürlerin simüle edilmesi örnek olarak verilebilir. Bir soruyu farklı açılardan ele alabilmek için farklı simülasyon türleri birleştirilebilir. Araştırmalar iki temel ihtiyaç alanına da hitap etmektedir. Gerekli araştırmalarla cevaplanacak birinci soru, "Simülasyon aracı geçerli mi?", ikinci bir soru ise “Simülasyon aracı yararlı mı?”" dır (24).

Simülasyonun sağlık bakım hizmetleri alanında kullanımı: Sistem entegrasyonu, simülasyonun kurumsal sağlık eğitimi ve sunum sistemlerine entegrasyonunu ifade etmektedir. Simülasyon temelli süreçler, kalite değerlendirme mekanizmaları içerdiğinden hasta güvenliğini kolaylaştırmaktadır. Simülasyon temelli yaklaşımlar, kurumsal süreçlerin yanı sıra bireylerin ve ekip performansının değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır (24).

2.3.3. Sağlık Hizmet Sunumu ve Kalite Çalışmalarında Simülasyonun Yenilikçi Yeri

Sağlık alanında simülasyon, hasta bakımının süreçlerini ve sistemlerini değerlendirmek amacıyla eğitimde kullanılmaktadır. Literatür simülasyon uygulamalarının sağlık hizmet sunumu alanında da etkili bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin kolaylaştırılması ve bakımın kalitesinin

artırılması kapsamında sağlık kurumları, klinik departmanlar ve hasta akışı süreçlerini sanal ortamlar ve canlı simülasyon uygulamaları gibi çeşitli simüle edilmiş koşullar altında test etmektedirler. Sağlık tesislerinin bir tıbbi simülasyon tekniği kullanılarak ortamın canlı (fiziksel) testinin, mimari planlardan gerçek dünyadaki verimli ve etkili hasta bakımına kadar olan boşluğu doldurmak için en iyi yaklaşım olduğu belirtilmektedir (122). Bununla birlikte yeni açılacak sağlık kurumlarının sistem ve süreçlerinin test edilmesinde simülasyon uygulamalarının etkili olduğu ileri sürülmektedir. Simülasyonların gerçek hasta bakımı sırasında tespit edilebilecek gizli güvenlik tehditlerini belirlemede, acil, akut ve ayakta tedavi için operasyonel hazırlığı doğrulamada, disiplinler arası ekiplerin dinamikleri, rol tanımları, iletişim ve liderliği analiz etmede etkili olduğu bulunmuştur (123).

Kaliteli sağlık hizmeti sunumunu artırmak için bir diğer yöntem senaryo temelli simülasyon uygulamalarının hastanedeki departmanların etkileşimleri ve/veya ekip performansının analizinde kullanılmasıdır. Sağlık hizmet sistemleri, insanların ve süreçlerin etkileşimlerinden oluştuğundan yapılan simülasyon uygulamalarından olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Hastaneler arası hasta nakli simülasyon uygulaması örneğinde multidisipliner bir ekipten oluşan süreç doktorlar tarafından gerçek zamanlı tıbbi kontrol, alımdan geri aramaya kadar sevk kabiliyeti, iletişim ve çok disiplinli yönlendirmeyi içermektedir (124).

Simülasyon sağlık hizmeti sunumunda cerrahi, pediatri, psikiyatri gibi oldukça geniş bir yelpazede tanı, tedavi ve rehabilitasyon sürecinin farklı aşamalarında kullanılmaktadır (124-129):

Simülasyon, cerrahi alanında kompleks anatomik yapıların ve nadir görülen patolojinin preoperatif kavranışını iyileştirmek için, anatomi ve patolojiye uyacak şekilde yeterli doğrulukta bir simülasyon platformunun oluşturulması şeklinde kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan simülasyon platformları arasında üç boyutlu (3D) yazıcı modelleri ve sanal gerçeklik yer almaktadır. Kashikar ve arkadaşları (2019), çalışmalarında temporal kemik cerrahisi öncesi planlama ve prova sürecinde sanal gerçeklik simülasyonunun kullanılmasının cerrahın güvenini artırdığını ve ameliyathane sürelerinin kısaldığını belirtmektedir. Sanal gerçeklik simülasyonunun kullanılması hastaya özel veriler üzerinde birkaç farklı yaklaşımın keşfedilmesine izin vererek potansiyel olarak hasta sonuçlarını iyileştirebilmektedir (125).

Cerrahi simülatörler, cerrahlara gerçek ameliyattan önce bir cerrahi düzeltme manevrasının anında yanıtını simüle etmek için bir araç sağlamaktadırlar. Omurga cerrahisi simülatörleri farklı cerrahi stratejilerin sonuçlarının tahmin edilmesi için preoperatif planlamaya yardımcı olması amacıyla kullanılmaktadır. Omurga cerrahisi simülatörlerinin cerrahın belirli bir implantın güvenliğini ölçme, kemik-implant reaksiyon kuvvetlerini (yoğunluk ve oryantasyon) ve çekme kuvvetlerinin değerini bildirmede uygulanabilir olduğu belirtilmektedir (126).

Jager ve arkadaşları (2015), çalışmalarında inme nedeniyle caddeyi güvenli bir şekilde geçeceğine karar vermekte zorlanan bireylerde sanal gerçeklik ve sürücü simülatörlerinin etkili, uygulanabilir ve kullanılabilir olduğunu ifade etmektedirler (127).

Eijlers ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında sanal gerçeklik müdahalesinin pediatrik hastaların tıbbi işlemler sırasında ağrı ve kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (128).

Maples-Keller ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise sanal gerçeklik müdahalesinin özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir (129).

2.3.4. Standart Hastalar

"Programlanmış hastalar" kavramı ilk kez 1960'larda Barrows ve Abrahamson tarafından kullanılmıştır. "Standart hastalar" kavramı ise 1990'ların başında Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp uzmanlık eğitiminde (*United States Medical Licensure Examination*) resmi olarak kullanılmıştır. O zamandan beri, standart hastaların hemşirelik ve tıp programlarında kullanımı giderek artmıştır (1130-131).

Standart hasta, simüle edilmiş senaryolarda bir hastalığı standart bir şekilde sunmak için eğitilmiş bireyler olarak tanımlanmaktadır (132). Standart hastalar, standart hasta prensiplerine göre uzman kişiler tarafından eğitilmektedirler (133).

Simülasyon temelli öğrenmede standart hastalar hemşirelik öğrencilerinin teknik ve teknik olmayan becerilerinin gelişmesi için eğitsel bir yöntem olarak kullanılmaktadır (134). İyi eğitim almış bir standart hastanın hemşirelik öğrencilerinin özgüvenini arttırdığı, problem çözme, eleştirel düşünme ve klinik değerlendirme gibi becerilerini geliştirdiği belirtilmektedir. Bununla birlikte öğrencilere etkili geribildirimler de sağlamaktadırlar (130-134).

Çalışmalarda hemşirelik eğitiminde standart hastaların kullanımının gerçekçi ve zorlu bir öğrenme ortamı sağlayarak öğrencilerin bilgi ve performans düzeyi, problem çözme becerisi, öz yeterlilik, öğrenme memnuniyeti, eleştirel düşünme becerisi, baş etme becerisi, kişiler arası ilişkiler ve multidisipliner işbirliğinin artmasında ve gelişmesinde etkili olduğu bulunmuştur (32-35, 131). Lisans ve lisansüstü hemşireler için terapötik iletişim becerilerinin artırılması veya geliştirilmesi ile ilgili eğitim programlarında standart hastaların kullanımının değerlendirildiği çalışmalarda ise, öğrencilerin memnuniyet, kendine güven, iletişim becerilerinin geliştiği bununla birlikte iletişim sırasında kaygının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (136).

Simülasyon temelli öğrenmede standart hastaların kullanılmasının hemşirelik öğrencilerinin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme çıktılarına olan etkisinin incelendiği bir metaanaliz çalışmasında etki büyüklükleri sırasıyla bilgi kazanımında 0.38, iletişim becerilerinde 1.86, öz yeterlilikte 0.61, motivasyonel öğrenmede 0.77 ve klinik yeterlilikte 0.72 olarak bulunmuştur. Bununla birlikte simülasyon temelli öğrenmede standart hastaların kullanılmasının eleştirel düşünme (0.75) ve öğrenme memnuniyetinde (0.43) anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Genel olarak, standart hastaları kullanan simülasyon temelli öğrenmenin bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanları üzerinde yararlı etkileri olduğu ortaya çıkmıştır (134).

Andrea ve arkadaşlarının (2017), çalışması standart hastaların kullanılmasının, klinik ortamda hastalarla çalışırken öğrencilerin güven, iletişim becerileri ve klinik karar verme becerilerini arttırmada yararlı olup olmayacağını belirlemek amacıyla nicel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Çalışmaya sağlığın değerlendirilmesi sınıfının birinci dönem hemşirelik öğrencileri (n=80) katılmıştır. Çalışmanın sonucunda öğrenciler dinlemeyi, tekrar etmeyi ve yavaşça hastayla konuşmayı öğrenmişlerdir. Standart hastalar öğrencilere resmi olmayan bilgilere ve

hassas konulara nasıl geçiş yapılacağı ile ilgili rehberlik önermişlerdir. Bu çalışmanın sonuçları standart hastaların kullanılmasının, hastanın sağlık öyküsünü alırken öğrencilerin güven düzeyleri, iletişim becerileri ve klinik karar verme becerilerini artırdığını göstermektedir (137).

Eun-Ho Ha (2018) çalışmasında, simülasyon temelli öğrenmede standart hastalar ile ilgili hemşirelik öğrencilerinin deneyimlerini incelemiştir. Çalışmaya katılanlar, standart hastalarla çalışmanın hasta bireylerin ihtiyaçlarını anlamak için gerçekçi bir ortamda terapötik iletişim ve baş etme becerilerini uygulamalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte standart hastalar hemşirelik öğrencilerine, öğrenci-hasta etkileşimi yoluyla hastaların şikayetlerini ve kaygılarını nasıl ele alabileceklerini öğretebilmektedir. Çalışmaya katılan hemşirelik öğrencileri, standart hastaların öğrencilerin performansları hakkında yapıcı geri bildirim vermelerinin gerekli olduğunu belirterek standart hastaların; eleştirel düşünmeyi geliştirebileceği, özgüveni arttırabileceği ve hemşirelik öğrencilerinin esnekliğini artırabileceğine inandıklarını belirtmişlerdir (138).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

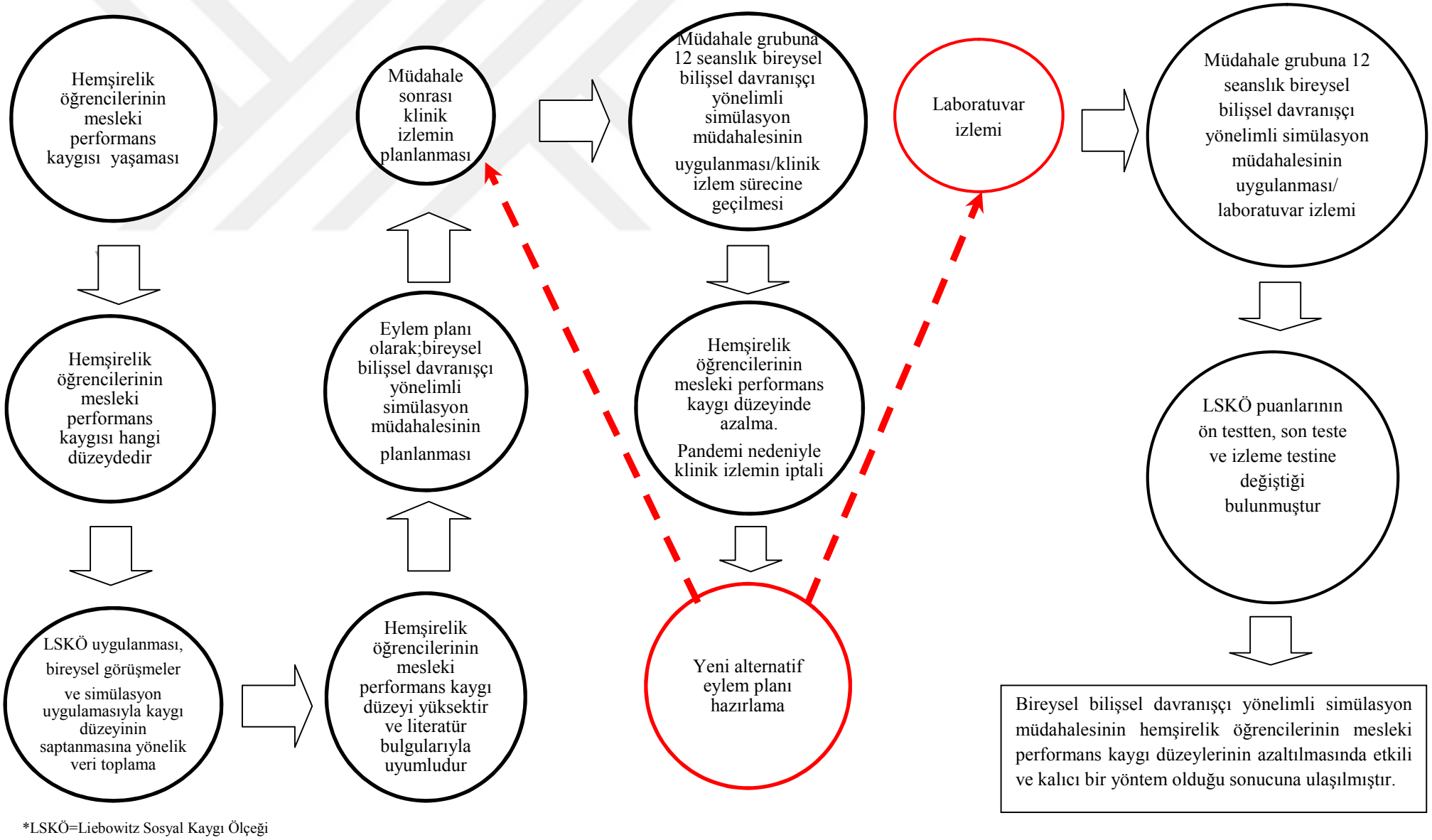
3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışma, mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik uygulama öncesi uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi amacıyla planlanmış, niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı eylem araştırması deseninde yürütülmüştür.

Eylem araştırması uygulamada ortaya çıkan sorunların anlaşılmasına ve çözülmesine yönelik olarak uygulayıcıların tek başlarına veya bir araştırmacı ile birlikte uygulama sürecini çalışmalarını içermektedir. Araştırma sonuçlarının uygulamaya aktarılmasını kolaylaştıran bir araştırma yöntemi olup araştırmacının veriye yakın olması ve süreci yakından tanımasını sağlamaktadır (139).

Eylem araştırması süreç odaklı yürütülmektedir. Belirli bir sürecin kendi ortamı içinde uzun bir süre çalışılması ve odaklanılan soruna ilişkin veri toplanması gerekmektedir. Bununla soruna ilişkin gelişmeler, değişimler ve ortamda yer alan bireylerle etkileşimler ayrıntılı ve derinlemesine anlaşılabilmektedir. Sorunun anlaşılmasıyla çözüm seçenekleri ortaya çıkabilmektedir. Çözümün uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi eylem araştırması süreci içinde yer almaktadır (139), (Bkz. Şekil 3.1).

Bu çalışmada mesleki performans kaygı düzeyi yüksek olması nedeniyle klinikte kişilerarası ilişkiler ve klinik becerileri uygulama sırasında sorun yaşayacağı tespit edilen hemşirelik öğrencileri yer almıştır. Mesleki performans kaygı probleminin çözümü için araştırmacının bir çözüm önerisinin olması, eğitim-öğretim ortamında bu önerisini uygulayarak ve geliştirerek değişiklik yapmak istemesi ve araştırmacının aynı zamanda uygulayıcı olmasından dolayı bu çalışma eylem araştırması olarak desenlenmiştir.



*LSKÖ=Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği

Şekil 3.1. Çalışmamızın eylem araştırması süreci.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Laboratuvarı'nda Mart 2019-Mart 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamız Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Laboratuvarı'nda yürütülmüştür. Simülasyon Laboratuvarında çeşitli açılardan dijital kayıt alan kameralar bulunmaktadır. Simülasyon Laboratuvarı hastane koşullarında bir hasta odasında bulunması gereken tüm materyal ve donanıma sahip olarak düzenlenmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni ilk aşamada Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde kayıt yaptırmış hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri (n=121) ve ikinci aşamada 2019-2020 eğitim öğretim yılı güz döneminde kayıt yaptırmış hemşirelik birinci sınıf öğrencileridir (n=140). İlk iki aşamada örneklem yapılmaksızın tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın müdahale boyutunda ise ikinci aşamadaki araştırma evreni üzerinden amaçlı örnekleme yöntemlerinden ölçüt örnekleme ile belirlenen müdahale grubu öğrencileri (n=9) araştırma örneklemini oluşturmuştur.

İlk aşamada hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin 97'si (%80.16) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Simülasyon laboratuvarında standart hasta ile senaryo eşliğinde birebir görüşme şeklinde olan simülasyon uygulamasına ise 83 öğrenci (%68.59) katılmıştır.

İkinci aşamada hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin 137'si (%97.85) çalışmaya katılmayı kabul etmiştir. Simülasyon laboratuvarında standart hasta ile senaryo eşliğinde birebir görüşme şeklinde olan simülasyon uygulamasına 101 öğrenci (%72.14) katılmıştır.

Araştırmanın müdahale boyutu için simülasyon uygulaması sonrasında öğrenciler (n=101) ile bireysel görüşmeler yapılmıştır. Değerlendirmeler sonrasında 28 öğrenci belirlenerek bireysel ön görüşmeler için davet edilmiştir. Ön görüşmeler tamamlandıktan sonra çalışma kriterlerini karşılayan (örneklem) 9 öğrenci müdahale grubuna dahil edilmiştir (Bkz. Şekil 3.2).

Müdahale grubuna dahil edilme kriterleri;

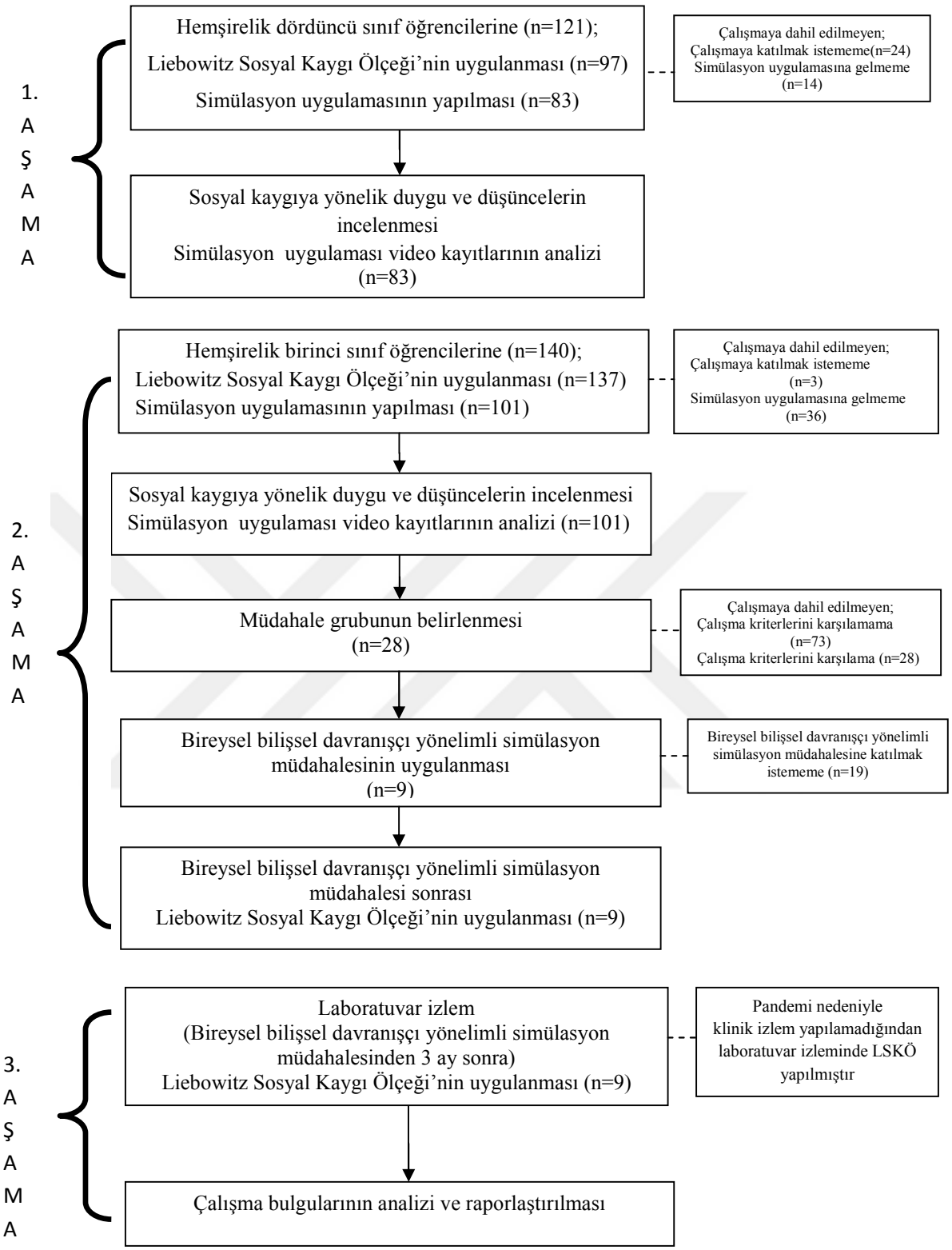
Hemşirelik öğrencilerinin;

- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Türkçe dilini okuma, dinleme, yazma, konuşma ve anlama becerisine sahip olması,
- Sağlık meslek liselerinden mezun olmamış olması,
- Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği puanının 55 ve üzerinde olması,
- Performans uygulama öncesi, sırasında ve sonrasında kendilerinin yeterli perfomans gösteremediği, anksiyete belirtilerinin dışarıdan fark edileceği ve başkalarının kendilerini yargıladığına ilişkin düşüncelere sahip olması,
- Anksiyetenin fiziksel, duygusal veya bilişsel özelliklerine sahip olması.

Müdahale grubuna dahil edilmeme kriterleri;

Hemşirelik öğrencilerinin;

- Sosyal anksiyete bozukluğu dışında herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olması,
- Sahip olduğu ruhsal hastalık nedeniyle ilaç tedavisinin olması.



Şekil 3.2. Çalışma akış şeması.

3.4. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada, problemi daha ayrıntılı tanımlamak ve problemin çözümüne yönelik öneriler elde etmek amacıyla veri çeşitlemesi stratejisi kullanılmıştır. Bu strateji ile elde edilen verilerin geçerliliğinin güçlendirilebileceği ve sonuçların anlamlılığının gelişeceği düşünülmektedir. Bu nedenle nitel veri toplama yöntemi olarak bireysel gözlem, görüşme ve doküman/metin içeriği analizi; nicel veri toplama aracı olarak da Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi kullanılmıştır.

3.4.1. Nitel Verilerin Toplanması

Nitel araştırmalarda genellikle gözlem, görüşme ve döküman analizi gibi veri toplama yöntemleri kullanılmaktadır. Veri toplama sürecinde farklı yöntemlerin birlikte kullanılması verilerin geçerliğini ve güvenilirliğini artırabilmektedir. Gözlem herhangi bir ortamda çalışmaya katılan bireylerin tutum ve davranışlarını gözlemlemek amacıyla kullanılmaktadır. Görüşme tekniği, çalışmaya katılan bireylerin belirlenen araştırma konusu hakkında deneyimleri, tutumları, düşünceleri, yorumları ve algıları gibi gözlenemeyen bilgilerine erişme olanağı sağlamaktadır. Doküman/metin içeriği analizi olguyla ilgili bilgileri içeren yazılı belgelerin ayrıntılı olarak incelenmesini ve bu bilgilerden yeni bir bütünlük oluşturulmasını içermektedir (139).

Bu çalışmada gözlem tekniği bireysel görüşmeler ve simülasyon uygulamalarından, görüşme tekniği çalışmaya katılan bireylerin algıları, tepkileri ve deneyimlerinden, doküman/metin analizi tekniği simülasyon uygulamaları sırasında kaydedilen video görüntüleri, görüşme ses kayıtları ve çalışmaya katılan bireylerin deneyimlerini yazdıkları belgelerden veri toplamak amacıyla kullanılmıştır.

Bireysel görüşmeler bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yürütülmüştür. Görüşmeler haftada bir kez 40-45 dakika, toplam 12 oturum olarak yapılmıştır (Bkz. Tablo 3.1). Görüşmeler süresince Academy of Cognitive Therapy (ACT) tarafından bilişsel terapist olarak sertifika sahibi olmuş iki alan uzmanından süpervizyonluk alınmıştır.

Tablo 3.1. Bilişsel davranışçı yönelimli bireysel görüşme sürecinin içeriği.

1.oturum	Görüşme sürecine yönelik bilgilendirmelerin yapılması ve danışanın danışmaya uygunluğunun ve motivasyonunun belirlenmesi
2.oturum	Değerlendirme ve sorunun kavramsallaştırılması Amaç belirleme
3.oturum	Psikoeğitim; sosyal kaygının bilişsel modelinin sunulması
4.oturum	Bireysel formülasyonun oluşturulması • *Olumsuz otomatik düşünceler* • *Öz-farkındalığın içeriği* • *Güvenlik davranışları* • *Kaygı Semptomları*
5.oturum	Güvenlik davranışları eğitimi/ Simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilen uygulamalar
6.oturum	Güvenlik davranışları eğitimi/ Simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilen uygulamalar
7.oturum	Dikkat eğitimi
8-11. oturum	Spesifik olumsuz düşünceleri test etmeye yönelik simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilen uygulamalar
12.oturum	Değerlendirme ve sonlandırma

Bireysel Oturumlarının Bileşenleri

1. Duygu durum kontrolü: Bireyin genel olarak kendisini nasıl hissettiğini sorgulamak.

2. Hafta içi önemli olaylar: Bireyi halen etkileyen, önemli bir olay yaşayıp yaşamadığını öğrenmek.

3. Önceki oturumla bağlantı kurma: Bir önceki görüşmede konuşulanları hatırlatmak.

4. Uygulama (ödev) kontrolü: Bir önceki görüşmede uygulama olarak verilenlerin yapılıp yapılmadığını kontrol etmek.

5. Gündem belirleme: Görüşmede hedeflenen amaçları belirlemek.

6. Gündem maddelerinin ele alınması: Gündem maddelerini bilişsel tekniklerle işlemek.

7. Ödev verme: Ortaya çıkan bilişsel değişikliği yaşantıyla desteklemek amacıyla uygulamalar planlamak.
8. Oturumun özetlenmesi: Görüşmenin önemli konularını içeren genel bir özetleme yapmak.
9. Geribildirim: Bireyden görüşme ile ilgili değerlendirme yapmasını istemek (2, 4, 25, 63)

3.4.2. Nicel Verilerin Toplanması

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ): Sosyal durumlarla bağlantılı olarak kaygı ve kaçınmanın şiddetini belirlemek amacıyla Liebowitz ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama çalışmaları Soykan, Özgüven ve Gençöz (2003) tarafından yapılmıştır (140). Ölçek 24 maddeden oluşmakta olup kaygı ve kaçınma olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Toplam ölçek puanı 48-192 arasında değişmektedir. Alınan puanın yükselmesi sosyal kaygı düzeyinin ve kaçınma davranışının şiddetlendiğini göstermektedir. Kesme puanı ölçeğin alt boyutları için 25, ölçeğin toplam puanı için 50 olarak bulunmuştur (140). Kaygı puanı, sosyal etkileşim içeren ya da performans gerektiren durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygının şiddetini kapsamaktadır. Kaçınma puanı ise, sosyal etkileşim içeren ya da performans gerektiren durumlarda kalmaktan duyulan korku ya da kaygı sonucunda bu durumlardan kaçınma sıklığını kapsamaktadır. Ölçeğin, test tekrar test güvenirlik katsayısı r= .97 bulunmuştur. Sosyal kaygı alt ölçeğinin Cronbach Alfa Değeri, r= .96, sosyal kaçınma alt ölçeğinin Cronbach Alfa Değeri, r= .95 bulunmuştur. Ölçeğin bütünün Cronbach Alfa Değeri, .98'dir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri .92 ila .81 arasındadır (140). Bu çalışmada cronbach alfa katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır. Ulaşılan bu değerler ölçekten elde edilen puanların güvenilir olduğunu göstermektedir (Bkz. EK-5).

Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi: Çalışmaya katılan bireylerin simülasyon uygulaması sırasında yaşadıkları anksiyete bulgularını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup bedensel, duygusal ve bilişsel anksiyete belirtilerinden oluşmaktadır (26, 43, 63). Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi hazırlandıktan sonra beş uzman görüşüne sunulmuş ve uzmanların önerileri

doğrultusunda düzenlenmiştir (Bkz. EK-6). Çalışmaya katılan bireylerin anksiyete belirtileri araştırmacı tarafından simülasyon uygulamasından hemen sonra birebir görüşme, gözlem ve simülasyon uygulama videoları izlenerek değerlendirilmiştir.

Simülasyon uygulaması sırasında bireylerin davranışları video kayıt görüntüleri izlenerek araştırmacı ve araştırma ekibinden bağımsız ACT tarafından bilişsel terapist olarak sertifika sahibi olmuş bir alan uzmanı tarafından izlenerek kaygı belirtileri açısından değerlendirilmiştir. Araştırmacılar arasındaki uyumu belirlemek üzere doğrusal ağırlıklandırılmış kappa istatistiği kullanılmıştır. Gözlemciler arasındaki uyum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Bkz. EK-9).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Çalışmanın uygulaması hazırlık ve eylem araştırması sürecinden oluşmaktadır. Hazırlık süreci; simülasyon senaryosu oluşturma, veri toplama formlarının hazırlanması, eğitim ortamı ve teknik donanımın değerlendirildiği ön uygulamayı içermektedir.

Eylem araştırması süreci problemin ortaya konması, eylem planının uygulanması ve izleme bölümlerinden oluşmaktadır.

3.5.1. Hazırlık Süreci

Öncelikle simülasyon uygulamalarında kullanılacak, klinik ortam ve durumları içeren senaryolar oluşturulmuştur (Bkz Ek-10). Simülasyon uygulamaları sırasında öğrencilerde gözlenebilecek belirtilerin izlenebilmesi için literatürle uyumlu ve uzman görüşleri alınarak Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi geliştirilmiştir (Bkz. Ek-6). Sonrasında da simülasyon uygulamasını gerçekleştirmeden önce ön uygulama yapılarak simülasyon senaryolarının ve kontrol listesinin test edilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda; çalışmanın uygulama aşamasına geçilmesinden önce Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik Bölümünde 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde öğrenim gören ve ön uygulamaya katılmaya gönüllü olan birinci sınıf (n=5) ve üçüncü sınıf (n=5) öğrencileriyle birlikte simülasyon laboratuvarında ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında;

- Standart hastalarla prova yapılmış,
- Senaryonun ve kontrol listesinin anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği test edilmiş,
- Tıbbi cihaz ve malzemeler ile kamera, bilgisayar ve klima gibi elektronik ekipmanının kullanımı değerlendirilmiş,
- Uygun video kaydının yapılabilmesi için kamera açıları tespit edilmiş,
- Simülasyon uygulamasını etkileyebilecek durumların tespiti sağlanmıştır (sıcaklık, gürültü, kameranın açıları gibi).

Ön uygulama sonrasında simülasyon müdahalesine ilişkin eğitim ortamı, teknik donanım, standart hastalar, senaryolar ve kontrol listesi açısından herhangi bir düzeltmeye gerek olmamıştır.

Eylem araştırması sürecinde yer alan ve simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilmesi planlanan uygulamalardan önce aşağıdaki adımlar izlenmiştir.

1. Öğrenciler, standart hastalar, doktorlar ve hemşirelerin hangi tarih ve saatte simülasyon laboratuvarında bulunacaklarıyla ilgili listelerin oluşturulması,
2. Simülasyon uygulamasından önce ve sonra öğrenci etkileşimini engellemek için öğrencilerle bireysel görüşmelerin yapılacağı toplantı odalarının hazırlanması,
3. Öğrenciler simülasyon laboratuvarına gelmeden önce standart hastalar, doktorlar ve hemşirelere senaryo hakkında bilgi verilmesi,
4. Öğrencilere simülasyon laboratuvarının fiziki özellikleri ve tıbbi ekipmanın kullanımı hakkında bilgi verilmesi,
5. Öğrencilere senaryonun okunması ve beceri yönergesinin açıklanması,
6. Öğrencilerin sorularının yanıtlanması.

3.5.2. Eylem Araştırması Süreci

Çalışmanın birinci aşaması (Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri)

Çalışmanın birinci aşaması 29 Nisan-06 Mayıs 2019 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde öğrenim gören dördüncü sınıf öğrencilerine Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Mesleki performans kaygısına neden olan olumsuz bilişlerin saptanması ve kaygı düzeyinin belirlenebilmesi için öğrenciler Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Laboratuvarında standart hasta ile senaryo çerçevesinde birebir görüşme gerçekleştirmişlerdir (Bkz. EK-10). Simülasyon senaryosu sosyal kaygıya neden olabilecek hasta, hasta yakını, doktor ve hemşirenin bir araya geldiği multidisipliner bir ekipten oluşturulmuştur. Simülasyon uygulamasından hemen sonra öğrencilerin mesleki performans kaygıları ve anksiyete belirtilerinin değerlendirildiği 10-15 dakikalık birebir görüşmeler ile çözümleme oturumu yapılmıştır.

Çalışmanın ikinci aşaması (Hemşirelik birinci sınıf öğrencileri)

Çalışmanın ikinci aşaması 30 Eylül-30 Aralık 2019 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü 2019-2020 eğitim öğretim yılı güz döneminde öğrenim gören birinci sınıf öğrencilerine Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği uygulanmıştır. Mesleki performans kaygısına neden olan olumsuz bilişlerin saptanması ve kaygı düzeyinin belirlenebilmesi için öğrenciler Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Mesleklerarası Eğitim ve Simülasyon Laboratuvarında standart hasta ile senaryo çerçevesinde birebir görüşme gerçekleştirmişlerdir. Senaryo içeriği oluşturulurken hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin mesleki bilgi ve beceri düzeyleri göz önünde bulundurulmuştur. Simülasyon senaryosu sosyal kaygıya neden olabilecek hasta, hasta yakını, doktor ve hemşirenin bir araya geldiği multidisipliner bir ekipten oluşturulmuştur. Simülasyon uygulamasından hemen sonra öğrencilerin mesleki performans kaygıları ve anksiyete belirtilerinin

değerlendirildiği 10-15 dakikalık birebir görüşmeler ile çözümleme oturumu yapılmıştır.

Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek olarak değerlendirilen öğrenciler bir sonraki aşama olan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesi için davet edilmişlerdir. Bu müdahale süreci 07 Ekim-30 Aralık 2019 tarihlerini içermektedir. Bireysel görüşmeler bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yürütülmüştür. Görüşmeler her bir birey için haftada bir kez 40-45 dakika, toplam 12 oturum olarak yapılmıştır (Bkz. Tablo 3.1). Görüşmeler süresince *Academy of Cognitive Therapy* (ACT) tarafından bilişsel terapist olarak sertifika sahibi olmuş iki alan uzmanından süpervizyonluk alınmıştır.

Müdahale grubuna katılan öğrenciler 2019-2020 eğitim öğretim yılı bahar dönemi 21 Şubat- 13 Mart 2020 tarihlerinde dört hafta (toplam 32 saat) laboratuvar uygulamasına katılmışlardır. Her bir laboratuvar grubu 20-25 tane öğrenci ve bir öğretim elemanından oluşmaktadır. Laboratuvar uygulamasında teorik derste öğrenilen bilgiler (bireysel hijyen, enfeksiyon kontrolü, ilaç uygulamaları, solunum gereksinimi, beslenme gereksinimi, steril eldiven giyme, kan alma, vb.) eğitim materyali (simülasyon maketleri) veya akranlar aracılığıyla bireysel olarak grup önünde uygulanmaktadır. Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinden 3 ay sonra ve dört haftalık laboratuvar uygulamasının sonunda müdahale grubunda yer alan öğrencilerin sosyal kaygı düzeylerini değerlendirmek amacıyla LSKÖ (izleme testi) uygulanmıştır. Laboratuvar uygulamalarından sonra öğrenciler ile kaygı düzeyinin değerlendirmesi amacıyla görüşmeler yapılmıştır.

Müdahale grubuna katılan öğrenciler 2019-2020 eğitim öğretim yılı bahar döneminde teorik derste edindikleri bilgileri gerçek klinik ortamda pandemi nedeniyle uygulayamadığından araştırmanın 3.aşamasında yer alan klinik izlem sonrası Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nin uygulanması basamağı yapılamamıştır.

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın etik olarak uygulanabilmesi için, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulundan 15.03.2019 tarih ve 2019-88

araştırma kodlu karar alınmıştır (Bkz. EK-1). Ayrıca Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'ndan öğrencilerin çalışmaya katılması ve eğitim ortamlarının kullanımı, ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan eğtitim ortamlarının kullanımı ile ilgili idari izinler alınmıştır (Bkz. EK-2). Çalışmada yararlanılan Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'nin kullanılabilmesi için gerekli izin alınmıştır (Bkz. EK-3).

"Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi ve "Özerkliğe Saygı" ilkesi kapsamında, çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmış ve çalışma kapsamına alınan kişilerin istekli olmalarına dikkat edilmiştir. Çalışmayı kabul eden öğrencilere çalışmanın amacı, çalışmada sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman ve yapması gerekenler konusunda açıklama yapılmış olup gönüllü olur formu onamları alınmıştır (Bkz. EK-4). Öğrencilerin çalışmaya katılımları ders programları dikkate alınarak planlanmıştır. Öğrencilerin eğitim ve öğretim süreci etkilenmemiştir. Araştırmacının, öğrencilerin teorik dersleri ve klinik uygulamalarında herhangi bir sorumluluğu olmadığından çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Kaygı yaşayan veya farklı psikiyatrik sorunları olduğunu düşünen ancak bu çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılamayan öğrencilere araştırmacıdan veya farklı merkezlerden yardım isteyebilecekleri konusunda bilgi verilmiştir.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Çalışmanın bağımsız değişkenleri;

- Yaş
- Cinsiyet
- Hangi sınıfta öğrenim gördüğü

Çalışmanın bağımlı değişkenleri;

- LSKÖ toplam puan ortalaması

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Nicel verilerin değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından bilgisayar programına aktarılarak bilgisayar ortamında analiz edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin sayısal değerlerinin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile incelenmiş olup normal dağılım göstermediği belirlenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde ortanca (minimum; maksimum) kullanılarak ek bilgi olarak ortalama±standart sapma değerleri verilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin LSKÖ puanlarının en düşüğü, en yükseği, ortancaları, ortalama ve standart sapması tanımlayıcı istatistik tabloları olarak gösterilmiştir.

LSKÖ skorlarının bağımsız ikili gruplarda (hemşirelik birinci sınıf ve hemşirelik dördüncü sınıf) farklılığının incelenmesinde Mann Whitney U yöntemi kullanılmıştır. Bağımsız ikili gruplarda kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bireysel bilişsel davranışçı yönelimli müdahalenin uygulanmasına katılan bireylerin LSKÖ ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile LSKÖ ön test, son test ve izleme testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olup olmadığı ise Friedman Testi ile değerlendirilmiştir. Tekrarlı ölçümlerde anlamlı fark bulunması durumunda ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmeli sonuçlar yorumlanmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçların uygulamadaki anlamlılığını değerlendirmek için etki büyüklüğü ölçümlerinden yararlanılmıştır. Etki büyüklüğünü hesaplamak amacıyla $r=|z|/(\sqrt{n})$ formülü kullanılmıştır.

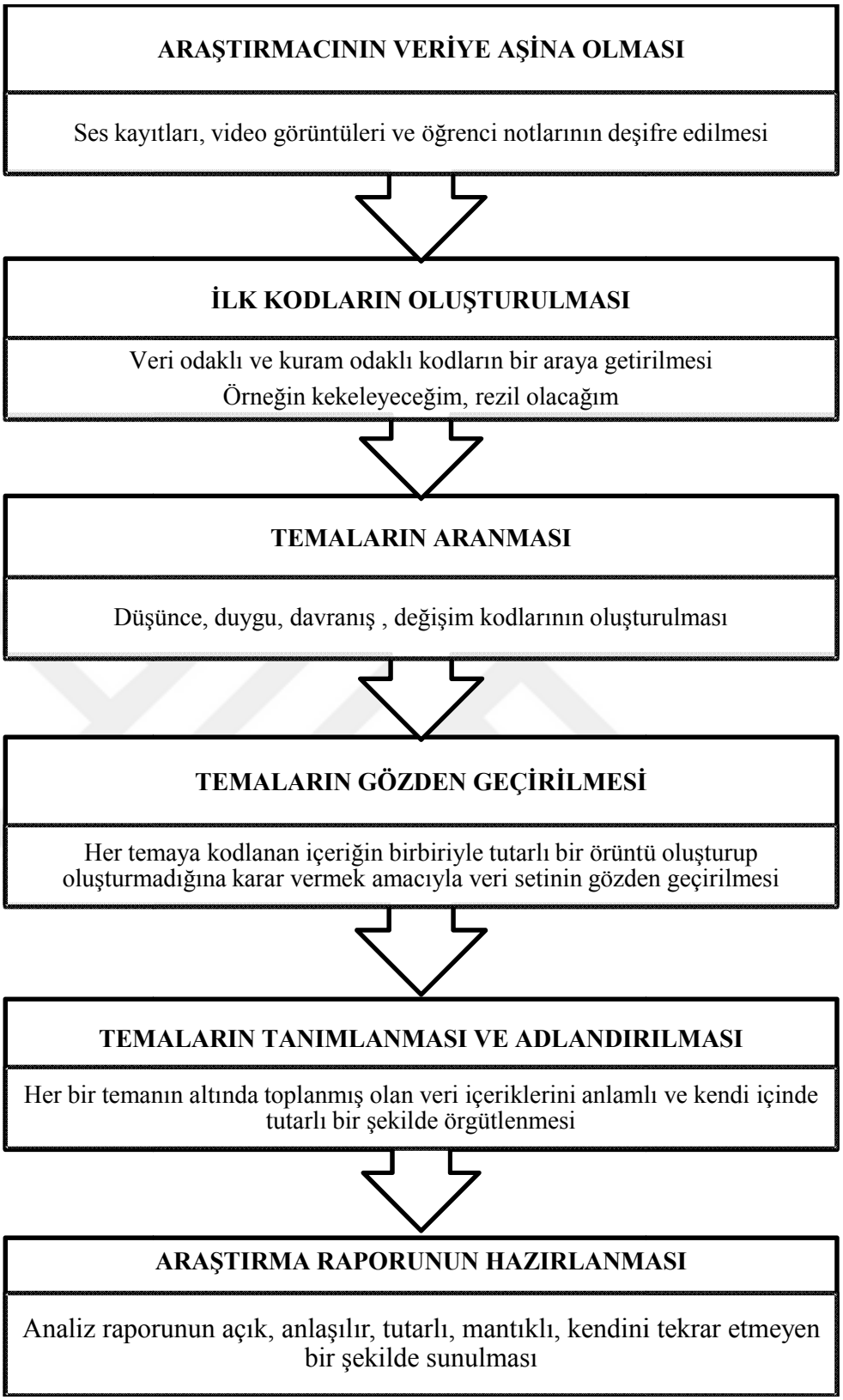
Etki büyüklüğü değerleri (r) sırasıyla;

- 0.20 ve altındaysa küçük (düşük),
- 0.20-0.80 arasındaysa orta,
- 0.80 ve bu değerin daha üstündeyse büyük (geniş) düzeyde bir etki olarak yorumlanmaktadır .

3.8.2. Nitel verilerin değerlendirilmesi

Nitel verilerin analizi; verilerin kodlanması, temaların bulunması, kodların ve temaların düzenlenmesi ve bulguların tanımlanması ve yorumlanması aşamalarından oluşmuştur. Bu kapsamda tematik analiz kullanılmıştır. Tematik analiz, verilerdeki örüntüleri (temaları) belirleme, analiz etme ve raporlama için kullanılan bir yöntemdir. Tematik analizde amaç toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. Süreç, analizi yapan kişinin, verinin içerisindeki anlam örüntülerini fark etmesi ve aramaya koyulmasıyla başlar. Sürecin son noktası ise verideki içerik ve anlam örüntülerinin (temaların) raporlanması aşamasıdır (139, 141). Tematik analiz; araştırmacının veriye aşina olması, ilk kodların oluşturulması, temaların aranması, temaların gözden geçirilmesi, temaların tanımlanması ve adlandırılması ve araştırma raporunun oluşturulması aşamalarını içermektedir (Bkz. Şekil 3.3).

Nitel araştırmalarda geçerlik, çalışma kapsamında ele alınan problemin tarafsız bir şekilde çözümlenmesiyle; güvenirlik ise araştırmanın tutarlılığıyla sağlanmaktadır. Bu kapsamda çalışmaya katılan öğrencilerin sorunla ilgili ifade ettikleri duygu ve düşüncelerinin sistematik olarak incelenebilmesi için bireysel görüşmelerin ses kayıtlarından elde edilen veriler yazıya aktarılmıştır. Özgünlüğün geçerliğini artırmak için çalışmaya katılan bireylerin ifadelerinin bir kısmı doğrudan yazılarak araştırma bulgusu olarak sunulmuştur. Verilerin analizi araştırmacı ve bilişsel terapist olan bir alan uzmanı tarafından yapılmıştır. Verilerin son hali ise bilişsel davranışçı terapiler alanında uzman üç farklı araştırmacı ile nitel araştırmalar ve istatistik alanında uzman bir öğretim üyesi tarafından değerlendirilmiştir.



Şekil 3.3. Nitel verilerin değerlendirilmesi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Bu araştırma kapsamında çalışmaya katılan öğrencilerin bireysel görüşme randevuları ders programlarını aksatmayacak şekilde planlanmıştır. Çalışma grubunu oluşturan bireylerin mesleki performansa yönelik kaygı durumları bireysel görüşmelerde ele alınmıştır. Çalışmaya katılan bireylerle birlikte sosyal ortamlarda yaşanılan kaygı durumlarına yönelik müdahalelerin tez çalışma süreci tamamlandıktan sonra ele alınması planlanmıştır. Çalışmanın uygulaması iki farklı kurumda yürütülmüş olup çalışma grubunu klinik deneyimi olmayan ve belirli sosyal ortamlarda kaygı yaşadığını beyan eden hemşirelik birinci sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulguların sonuçları benzer özelliklere sahip üniversite öğrencilerine genellenebilir.

Pandemi nedeniyle öğrencilerin uygulamalı dersleri sadece laboratuvar ortamında gerçekleştirerek klinik uygulamaya gidememesi bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4. BULGULAR

Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan bilişsel-davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi amacıyla niceliksel ve niteliksel yöntemlerin birlikte kullanıldığı eylem araştırması deseni biçiminde yürütülen çalışmanın bulguları bu bölümde sunulmaktadır.

4.1. Problemin Ortaya Konmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde problemin ortaya konmasına yönelik çalışma sürecinde toplanan bulgular verilmiştir. Elde edilen bulgular;

- Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin bulguları,
- Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bulguları,
- Hemşirelik dördüncü sınıf ve birinci sınıf öğrencilerinin bulgularının karşılaştırılması olmak üzere üç alt bölümde incelenmiştir.

4.1.1. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin bulguları;

- Bireysel özelliklere ilişkin bulgular,
- Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puanı ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde 1-4 şiddet puanına göre değerlendirilen maddelerin dağılımına ilişkin bulgular,
- Mesleki performans kaygısı yaşama durumuna ilişkin bulgular,
- Kaygı belirtilerinin dağılımına ilişkin bulgular,
- Video görüntülerine ilişkin bulgular olmak üzere beş alt bölümde incelenmiştir.

Bireysel özelliklere ilişkin bulgular

Araştırmaya yaş ortalaması 22.24±1.03 olan 78 kadın (%80.4), 19 (%19.6) erkek olmak üzere toplam 97 hemşirelik dördüncü sınıf öğrencisi katılmıştır.

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Toplam Puanı ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde 1-4 Şiddet Puanına Göre Değerlendirilen Maddelerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin (n=97), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ortalaması 83.34±17.34 olup, ölçeğin alt boyutlarından kaygı toplam puanı ortalaması 44.14±9.43, kaçınma toplam puanı ortalaması 39.20±8.71 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımı (n=97).

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları	**$\overline{X}$±SS**	**Ölçeğin Min-Max**
Liebowitz kaygı toplam puanı	44.14±9.43	28.0-73.0
Liebowitz kaçınma toplam puanı	39.20±8.71	24.0-71.0
Liebowitz toplam puanı	83.34±17.34	52.0-144.0

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde yer alan ifadelere verilen yanıtlar incelendiğinde, hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerini en sık kaygılandıran sosyal durumlar önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak (n=81, %83.5), seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (n=70, %72.2), dikkatleri üzerinde toplamak (n=46, %47.4), romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak (n=52, %53.6), gözlendiği sırada çalışmak (n=41,%42.3) ve yetenek, beceri ya da bilginin sınanması (n=53, %54.6) şeklinde bulunmuştur (Bkz. EK-9).

Mesleki Performans Kaygısı Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular

Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile simülasyon uygulaması sonrasında yapılan birebir çözümleme görüşmesinde öğrencilerin %34.9'unun (n=29) mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı yaşama durumu (n=83).

Mesleki performans kaygısı yaşama durumunu değerlendirmek için sorulan sorular	**Mesleki performans kaygısı yaşama**	
	Evet n (%)	**Hayır n (%)**
Tanımadığınız kalabalık bir grubun önünde temel hemşirelik uygulamaları yapmak sizi kaygılandırır mı? Temel hemşirelik uygulamalarını yaparken gözlenmek sizi kaygılandırır mı? Simülasyon uygulaması sırasında yaşadığınız bu durum klinikte yaşadığınız durumlar ile benzer miydi? Simülasyon uygulaması sırasında yaşadığınız kaygıyı, daha önceki klinik deneyimlerinizde de yaşadınız mı?*	29 (%34.9)	54 (%65.1)

* Mesleki performans kaygısı yaşama durumunu değerlendirmeye yönelik sorulan örnek çözümleme soruları

Mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ortalaması 90.14±17.55 olup, ölçeğin alt boyutlarından kaygı toplam puanı ortalaması 47.76±9.78, kaçınma toplam puanı ortalaması 42.38±8.65 olarak bulunmuştur

Kaygı Belirtilerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin tanımadığı kalabalık bir grup önünde ve gözlendiği sırada temel hemşirelik uygulamaları yaparken en sık yaşadıkları anksiyete belirtileri kalp atım hızında artma (n=45, %54.2), sıcak basması (n=32, %38.6), huzursuzluk (n=32, %38.6), terleme (n=29, %34.9), dikkat dağınıklığı (n=24, %28.9), kaslarda gerginlik (n=21, %25.3), unutkanlık (n=19, %22.9), titreme (n=18, %21.7) ve solunum hızında ve derinliğinde artma (n=18, %21.7) olarak bulunmuştur (Bkz. EK-9).

Video görüntülerine ilişkin bulgular

Video görüntülerinden elde edilen bulgular sosyal beceriler ve mesleki beceriler olmak üzere iki ana tema altında gruplandırılmıştır (Bkz. Tablo 4.3).

Sosyal beceriler;

- Selam vermek,
- Kendini tanıtmak,
- İletişimi sonlandırabilmek (“iyi günler”, “geçmiş olsun” gibi ifadeler kullanma),
- Göz teması kurmak,
- Ses tonu,

Mesleki beceriler;

- Yapılacak işlemi açıklamak,
- Hasta birey ile iletişim kurmak (hasta bireye ismi ile seslenme/hastaya dokunma),
- Doktor, hemşire veya hasta yakını ile iletişim kurmak,
- Yapılan işlemlerin sonuçları hakkında bilgi vermek,
- Yapılan işlemleri hemşire gözlem formuna kayıt etmek şeklinde oluşturulmuştur.

Tablo 4.3. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı (n=83).

Temalar	Kodlar	Özelliklerin durumu	
		Var n (%)	Yok n (%)
Sosyal Beceriler	Selam vermek	69 (83.1)	14 (16.9)
	Kendini tanıtmak	34 (41.0)	49 (59.0)
	İletişimi sonlandırabilmek ("iyi günler", "geçmiş olsun" gibi ifadeler kullanma)	57 (68.7)	26 (31.3)
	Göz teması kurmak	48 (57.8)	35 (42.2)
	Ses tonu	17 (20.5)	66 (79.5)
Mesleki Beceriler	Yapılacak işlemi açıklamak	57 (68.7)	26 (31.3)
	Hasta birey ile iletişim kurmak (hasta bireye ismi ile seslenme/hastaya dokunma)	39 (47.0)	44 (53.0)
	Doktor, hemşire veya hasta yakını ile iletişim kurmak	38 (45.8)	45 (54.2)
	Yapılan işlemlerin sonuçları hakkında bilgi vermek	52 (62.7)	31 (37.3)
	Yapılan işlemleri hemşire gözlem formuna kayıt etmek	74 (89.2)	9 (10.8)

Video görüntüleri izlenen öğrencilerin selam verme, kendini tanıtma, yapacağı işlemi açıklama, hasta bireye ismi ile seslenme veya dokunma, doktor, hemşire, hasta yakını ile iletişimi başlatma, temel hemşirelik uygulamalarının sonucu hakkında bilgi verme, yaptığı uygulamaların sonucunu kayıt etme ve "iyi günler", "geçmiş olsun" gibi ifadeler kullanarak iletişimi sonlandırabilme gibi sosyal becerilere sahip olduğu, bununla birlikte kaygı yaşayan öğrencilerin kısık sesle konuştuğu, göz iletişimi kurmadığı, kendiliğinden iletişimi başlatamadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bkz. Tablo 4.3).

4.1.2. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin bulguları;

- Bireysel özelliklere ilişkin bulgular,
- Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puanı ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde 1-4 şiddet puanına göre değerlendirilen maddelerin dağılımına ilişkin bulgular,
- Mesleki performans kaygısı yaşama durumuna ilişkin bulgular,
- Kaygı belirtilerinin dağılımına ilişkin bulgular,
- Video görüntülerine ilişkin bulgular olmak üzere beş alt bölümde incelenmiştir.

Bireysel özelliklere ilişkin bulgular

Araştırmaya yaş ortalaması 18.58±1.02 olan 121 kadın (%88.3), 16 (%11.7) erkek olmak üzere toplam 137 hemşirelik birinci sınıf öğrencisi katılmıştır.

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Toplam Puanı ve Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde 1-4 Şiddet Puanına Göre Değerlendirilen Maddelerin Dağılımına İlişkin Bulgular

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=137), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ortalaması 86.75±19.90 olup, ölçeğin alt boyutlarından kaygı toplam puanı ortalaması 44.84±11.04, kaçınma toplam puanı ortalaması 41.91±10.05 olarak bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamasının dağılımı (n=137).

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları	**$\overline{X}$±SS**	**Ölçeğin Min-Max**
Liebowitz kaygı toplam puanı	44.84±11.04	27.0-77.0
Liebowitz kaçınma toplam puanı	41.91±10.05	25.0-78.0
Liebowitz toplam puanı	86.75±19.90	54.0-155.0

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde yer alan ifadelere verilen yanıtlar incelendiğinde, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerini en sık kaygılandıran sosyal durumlar önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak (n=106, %77.4), seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak (n=79, %57.7), dikkatleri üzerinde toplamak (n=57, %41.6), romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak (n=66, %48.1), gözlendiği sırada çalışmak (n=55,%40.2) ve yetenek, beceri ya da bilginin sınanması (n=53, %38.7) şeklinde bulunmuştur (Bkz. EK-9).

Mesleki Performans Kaygısı Yaşama Durumuna İlişkin Bulgular

Hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile simülasyon uygulaması sonrasında yapılan birebir çözümleme görüşmesinde öğrencilerin %27.7'sinin (n=28) mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=101), simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı yaşama durumu.

Mesleki performans kaygısı yaşama durumunu değerlendirmek için sorulan sorular	**Mesleki performans kaygısı yaşama**	
	Evet n (%)	**Hayır n (%)**
Tanımadığınız kalabalık bir grubun önünde temel hemşirelik uygulamaları yapmak sizi kaygılandırır mı? Temel hemşirelik uygulamalarını yaparken gözlenmek sizi kaygılandırır mı? Simülasyon uygulaması sırasında yaşadığınız bu durum daha önce yaşadığınız durumlar ile benzer miydi? Simülasyon uygulaması sırasında yaşadığınız kaygıyı, daha önceki deneyimlerinizde de yaşadınız mı?*	28 (%27.7)	73 (%72.3)

* Mesleki performans kaygısı yaşama durumunu değerlendirmeye yönelik sorulan örnek çözümleme soruları

Mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ortalaması 101.36±18.73 olup, ölçeğin alt boyutlarından kaygı toplam puanı ortalaması 52.96±11.07, kaçınma toplam puanı ortalaması 48.39±9.58 olarak bulunmuştur.

Kaygı Belirtilerinin Dağılımına İlişkin Bulgular

Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerin tanımadığı kalabalık bir grup önünde ve gözlendiği sırada temel hemşirelik uygulamaları yaparken en sık yaşadıkları anksiyete belirtileri kalp atım hızında artma (n=64, %63.4), sıcak basması (n=44, %43.6), titreme (n=41, %40.6), el ve ayak parmaklarında soğuma (n=29, %28.7), solunum hızında ve derinliğinde artma (n=27, %26.7), huzursuzluk (n=25, 24.8), terleme (n=21, %20.8), kaslarda gerginlik (n=18, %17.8), dikkat dağınıklığı (n=17, %16.8), unutkanlık (n=17, %16.8), ortamdan kopma hissi (n=12, %11.9) ve felaketleştirme düşünceleri (n=12, %11.9) olarak bulunmuştur (Bkz. EK-9).

Video görüntülerine ilişkin bulgular

Video görüntülerinden elde edilen bulgular sosyal beceriler teması altında gruplandırılmıştır (Bkz. Tablo 4.6).

Sosyal beceriler;

- Kendiliğinden iletişimi başlatmak (Selam vermek, kendini tanıtmak veya bulduğu sonucu söylemek),
- Sağlık profesyonelinin sorduğu sorulara yanıt vermek,
- İletişimi sonlandırabilmek (“iyi günler”, “geçmiş olsun” gibi ifadeler kullanma),
- Göz teması kurmak, şeklinde oluşturulmuştur.

Tablo 4.6. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=101), simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı.

Tema	Kodlar	Özelliklerin Durumu	
		Var n (%)	Yok n (%)
Sosyal Beceriler	Kendiliğinden iletişimi başlatmak (selam vermek, kendini tanıtmak veya bulduğu sonucu söylemek)	12 (11.9)	89 (88.1)
	Sağlık profesyonelinin sorduğu sorulara yanıt vermek (sonucu kaç buldunuz?)	95 (94.1)	6 (5.9)
	İletişimi sonlandırabilmek ("iyi günler", "geçmiş olsun" gibi ifadeler kullanma)	10 (9.9)	91 (90.1)
	Göz teması kurmak	22 (21.8)	79 (78.2)

Video görüntüleri izlenen katılımcıların selam verme, kendini tanıtma veya yapacağı işlemi açıklama gibi teknikleri kullanarak kendiliğinden iletişimi başlatma (n=12, %11.9), hemşirelik uygulamaları sırasında göz teması kurabilme (n=22, %21.8) ve "iyi günler", "geçmiş olsun" gibi ifadeler kullanarak iletişimi sonlandırabilme (n=10, %9.9) gibi sosyal becerileri değerlendirilmiştir. Temel hemşirelik uygulamalarının sonucu hakkında bilgi edinme sağlık profesyonelinin sorduğu sorulara yanıt verilmesiyle (sonucu kaç buldunuz?) elde edilmiş olup cevap oranı %94.1 (n=95) bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.6).

Katılımcıların hemşirelik uygulamasını sürdürdükleri sırada hasta birey veya odada bulunan diğer bireyler ile göz teması kurmadığı, konuşmadığı, işlemi çok hızlı yaptığı, işlemin sonucunu beklerken bedenini küçülttüğü, odada bulunan bireylerle yüz yüze bakmadığı ve odadan hızlı bir şekilde ayrıldığı sonucuna ulaşılmıştır.

4.1.3. Hemşirelik dördüncü sınıf ve birinci sınıf öğrencilerinin bulgularının karşılaştırılması;

- Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması,
- Mesleki performans kaygısı yaşama durumunun karşılaştırılmasına ilişkin bulguları içermektedir.

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4.7'de çalışmanın birinci aşamasında yer alan hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile ve çalışmanın ikinci aşamasında yer alan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının dağılımı karşılaştırmalı olarak yer almaktadır.

Tablo 4.7. Öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği'ne ilişkin puan ortalamalarının dağılımı ($n_{birincisınıf}$=137, $n_{dördüncüsınıf}$=97).

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve alt ölçekleri	**1. sınıf**		**4. sınıf**		**Analiz[&]**
	$\overline{X}$±SS*	**min-max (medyan)**	**$\overline{X}$±SS**	**min-max (medyan)**	
Liebowitz kaygı toplam puanı	44.84±11.04	27.0-77.0 (43.00)	44.14±9.43	28.0-73.0 (42.00)	z= -0.25 p= 0.797
Liebowitz kaçınma toplam puanı	41.91±10.05	25.0-78.0 (42.00)	39.20±8.71	24.0-71.0 (38.00)	z= -1.98 **p= 0.048**
Liebowitz sosyal kaygı toplam puanı	86.75±19.90	54.0-155.0 (85.00)	83.34±17.34	52.0-144.0 (81.00)	z= -1.21 p= 0.225

*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma/ [&]: Mann Whitney U testi sonucu

Tablo 4.7 incelendiğinde; hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin Liebowitz sosyal kaygı toplam puanı ortalaması X=86.75±19.90, hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin Liebowitz sosyal kaygı toplam puanı ortalaması X=83.34±17.34'dür. Öğrencilerin Liebowitz sosyal kaygı toplam puanı ile ölçeğin alt boyutu Liebowitz kaygı toplam puanı birinci sınıf ve dördüncü sınıf değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiş ($p>0.05$) olup ölçeğin bir diğer alt boyutu Liebowitz kaçınma toplam puanı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$), (Bkz. Tablo 4.7).

Mesleki performans kaygısı yaşama durumunun karşılaştırılması

Tablo 4.8'de hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile birinci sınıf öğrencilerinin mesleki performans kaygısı yaşama durumu karşılaştırmalı olarak sunulmaktadır.

Mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanan dördüncü sınıf öğrencileriyle birinci sınıf öğrencilerinin arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre mesleki performans kaygısı yaşama durumu sınıf düzeyine bağlı değildir ($\chi_p^2=1.110$; $p=0.292$), (Bkz. Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Öğrencilerin mesleki performans kaygısı yaşama durumunun karşılaştırılması ($n_{birincisınıf}=101$, $n_{dördüncüsınıf}=83$).

Grup		**Mesleki performans kaygısı yaşama**		**Toplam**	**Test Sonucu***	
		Evet	**Hayır**		**χ_p^2**	**p**
	1.sınıf	28 %27.7	73 %72.3	101 %100.0	1.110	0.292
	4.sınıf	29 %34.9	54 %65.1	83 %100.0		
Toplam		57 %31.0	127 %69.0	184 %100.0		

*Pearson Chi-Square testi sonucu

4.2. Eylem Planının Uygulanmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde eylem planının uygulanmasına yönelik çalışma sürecinde toplanan bulgular verilmiştir. Elde edilen bulgular;

- Müdahale grubunun bulguları,
- İzleme ilişkin bulgular olmak üzere iki alt bölümde incelenmiştir.

4.2.1. Müdahale grubunun bulguları

Bu bölümde bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesine ilişkin bulguların sonuçları verilmiştir. Elde edilen bulgular;

- Bireysel özelliklere ilişkin bulgular,
- Müdahale grubunun Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular,
- Müdahale grubunun nitel bulguları olmak üzere üç alt bölümde incelenmiştir.

Bireysel özelliklere ilişkin bulgular

Müdahale grubuna yaş ortalaması 18.78±0.83 olan 7 kadın (%77.8), 2 (%22.2) erkek olmak üzere toplam 9 öğrenci katılmıştır.

Müdahale grubunun Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular

Tablo 4.9’da müdahale grubunun ön test ve son test Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ)'ne yönelik puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.9. Müdahale grubunun Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğine ilişkin ön test ve son test puan ortalamalarının dağılımı (n=9).

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları	**Ön Test**		**Son Test**		**İstatistiksel Analiz**	**Etki Büyüklüğü**
	$\overline{X}$±SS	**Min-max (medyan)**	**$\overline{X}$±SS**	**Min-max (medyan)**		
Kaygı toplam puanı	52.78±2.27	46.00-68.00 (51.00)	37.89±1.58	31.00-45.00 (37.00)	z= -2.66; **p=0.008**	r= 0.88
Kaçınma toplam puanı	49.78±2.62	41.00-64.00 (46.00)	37.89±1.97	33.00-50.00 (35.00)	z= -2.54; **p=0.011**	r=0.84
Liebowitz toplam puanı	102.56±4.54	92.00-129.00 (97.00)	75.78±3.33	66.00-94.00 (72.00)	z= -2.66; **p=0.008**	r= 0.88

*LSKÖ Puanları İçin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır ($p<0.05$).
*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma
*r=Cohen d etki büyüklüğü

Tablo 4.9 incelendiğinde; müdahale grubunu oluşturan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) kaygı alt boyutu ön test (52.78±2.27) ve son test (37.89±1.58) toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($z=-2.66$, $p<0.05$). Ön test puanlarının, son test puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Var olan bu farklılığın etki büyüklüğü $r= 0.88$ olarak hesaplanmıştır.

Müdahale grubunu oluşturan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) kaçınma alt boyutu ön test (49.78±2.62) ve son test (37.89±1.97) toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($z=-2.54$, $p<0.05$). Ön test puanlarının, son test puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Var olan bu farklılığın etki büyüklüğü $r= 0.84$ olarak hesaplanmıştır.

Müdahale grubunu oluşturan öğrencilerin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği (LSKÖ) ön test (102.56±4.54) ve son test (75.78±3.33) toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($z=-2.66$, $p<0.05$). Gözlenen farkların ön test puanları lehinde olduğu katılımcıların ön test puanlarının, son test puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Var olan bu farklılığın etki büyüklüğünün hesaplanması sonucunda $r= 0.88$ değerine ulaşılmıştır.

LSKÖ ön test-son test ölçümlerine dayalı olarak, yapılan müdahalenin etki büyüklüğünün geniş düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlara göre, bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı olarak uygulanan bireysel danışmanın, çalışmaya katılan bireylerin sosyal kaygılarının azalmasında etkili olduğu söylenebilir.

Müdahale grubunun nitel bulguları

Müdahale grubunu oluşturan bireylerin simülasyon uygulamalarından elde edilen verilerinin analizi sonucunda *"Düşünce", "Duygu", "Davranış"* ve *"Değişim"* şeklinde dört farklı tema ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Müdahale grubunun temaları (n=9).

Temalar	**Kodlar**	**Özelliklerin Dağılımı (n=9)**
Düşünce	Kekeleyeceğim	7
	Konuşamayacağım, cümle kuramayacağım	3
	Yanlış bir şey söylersem	6
	Titreyeceğim (ses, el, bacak)	6
	Saçmalayacağım	1
	Takılacağım, duraksayacağım	1
	Söyleyeceklerimi unutacağım	3
	Rezil olacağım, küçük düşeceğim	4
	Doktor, hasta, hasta yakını beni uyaracak	2
	Kızaracağım	3
	Nefesim kesilecek	1
	Bana gülecekler	1
	Hastanın sorduğu soruya cevap veremeyeceğim	3
	Bana acıyacaklar	1
	Söyleyeceklerimi karıştıracağım	2
Duygu	Heyecan	9
	Utanma	2
	Korku	2
	Tedirginlik	1
Davranış	Dikkati eğitime vermek	7
	Dikkati eğitime verememek	2
	Hastanın sorduğu soruya cevap verememek	1
	Göz teması kurmak	2
	Hızlı konuşmak	1
	Eğitimi doğru vermek	1
	Kekelemek	1
	Titremek (ses, el, bacak)	2
Değişim	Düşüncem gerçekleşmedi	9

Müdahale grubunu oluşturan bireylerin simülasyon uygulamalarından elde edilen verilerinin analizi sonucunda *"Düşünce", "Duygu", "Davranış"* ve *"Değişim"* şeklinde dört farklı tema ortaya çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.10).

Düşünce teması altında: Kekelersem (n=7), yanlış bir şey söylersem (n=6), titreyeceğim (n=6) ve rezil olacağım, küçük düşeceğim (n=4) gibi kodlar yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.10). Müdahale grubunda yer alan bireylerin kodlara ilişkin verdikleri bir takım yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

K1: (…..) "Ya yanlış bir şey söylersem. Hasta soru sorduğunda bilemeyeceğim, saçmalayacağım."

K2: (…..) "Eğitimi anlatırken, duraksarım ve takılırım. Kesin tekliycem. İçeriye izlemeye sonradan katılan olursa duraksayıp diyeceklerimi unutabilirim. El ve kol hareketlerimi çok kullanırım. Söyleyeceklerimi toparlayamamak ve hızlı konuşmaktan nefesim kesilir."

K3: (…..) "Bana bakacaklar. Yanlış bir şey söylersem ve kekelersem rezil olacağım."

K4: (.….) "Ya kekelersem, ya konuşamazsam. Yanlış bir şey söylersem" (.….) "rezil olurum."

K5: (.….) "Kekelerim, yanlış anlatabilirim. Titrerim. Kızarırım. Bana gülerler. Dalga geçecekler, rezil olacağım."

K6: (.….) "Ne konuşacağım. Titreyeceğim, kızaracağım. Kekeleyeceğim." (.….) "Cümle kuramayacağım, rezil olacağım."

K7: (.….) "İnsanların beni eleştirmesinden, yanlış bir şey söylemekten ve söyleyeceklerimi karıştırmaktan korkuyorum."

K8: (.….) "Eğitimin sırasını şaşırırsam. Kekeleyeceğim. Hastanın sorduğu soruyu cevaplayamazsam. Sesim titrek çıkabilir. Ellerim titrer."

K9: (.….) "Sıralamayı unutabilirim. Kafamı pek kaldırmadan anlatabilirim. Yapamayacağım. Unutacağım, kekeleyeceğim." (.….) "Bana acıyacaklar."

Duygu teması altında: Heyecan (n=9), utanma, (n=2), korku (n=2) ve tedirginlik (n=1) gibi kodlar yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.10). Müdahale grubunda yer alan bireylerin kodlara ilişkin verdikleri bir takım yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

K1: (…..) "Hasta soru sorduğu zaman heyecanlanacağım."

K2: (…..) "Üzerimde gözler varken her zaman tedirgin olurum."

K4: (.….) "Heyecanlanırım, stres olurum."

K5: (.….) "Üzerime odaklanan göz sayısı arttıkça kaygım artacak. Doktor yanlış anlatıyorsun diye uyarırsa utanırım."

K7: (.….) "Utandığım anlaşılır."

K8: (.….) "Yanlış bir şey söyleyeceğim korkusuyla kekeleyebilirim."

Davranış teması altında: Dikkati eğitime vermek (n=7), göz teması kurmak (n=2), titremek (ses, el, bacak) (n=2), hızlı konuşmak (n=1) ve kekelemek (n=1) gibi kodlar yer almaktadır (Bkz. Tablo 4.10). Müdahale grubunda yer alan bireylerin kodlara ilişkin verdikleri bir takım yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

K1: (…..) "Dikkatimi hastaya vermeye çalıştım. Hasta soru sorduğu zaman heyecanlanıp bilemedim. Yine de tahminimden iyi geçti. Tahminimdeki gibi kötü sonuçlanmadı."

K2: (…..) "Dikkatimi eğitime verip anlatabildim. Olaya ve ne anlatacağıma odaklandım. Tekledim ama bunun büyük bir sorun olduğunu düşünmüyorum. (…..) İçeri doktor ve hemşireler girdiğinde panik olmadım. Takılmadım. Olabildiğince herkesle göz temasına geçmeye çalıştım. Hastaya sorusu olup olmadığını sorabildim. Bu bana özgüven getirdi."

K3: (…..) "Dikkatimi dışarıya odakladım. Kafamda kurduğum şeyler aslını yansıtmadı. Rezil olmadım."

K4: (.….) "Heyecanlandım. Sıcak bastı. Bacağım titredi. Ben hiç konuşamazsam diye düşünüyordum ama konuşabildim. Dikkatimi hastaya ve konuya verdim. Hastaya anlatacağım konuyu anlatmaya devam ettim. Biraz utandım."

K5: (.…) “Dikkatim kendimden ziyade dışardaydı. Tahminlerimde büyük oranda yanıldım.”

K6: (.…) “Dışaraya odaklanmaya çalıştım ama odağım kendimdeydi. Hayal ettiğim gibi olmadı. Kekelemedim. Rezil olmadım.”

K7: (.…) “Dikkatim tamamen bendeydi. Hastayla çok az göz teması kurdum. Biraz hızlı konuşup hemen odadan çıkmak istedim. Birazda söyleyeceklerimi karıştırdım. Tahminim kısmen doğruydu.” (.…) “Bu sefer, bir önceki denemelerime göre daha iyiydi. Mümkün olduğunca hasta ile göz teması kurmaya birebir anlatmaya çalıştım. Odağım olabildiğince dışardaydı. Anlatacaklarımı biraz hızlı anlatmam dışında iyiydi. Tahminlerim yanlış çıktı.”

K8: (.…) “Dikkatim hasta üzerindeydi. Kekeledim. Eğitimi doğru verdiğimi düşünüyorum. Kekeleme hariç tahminlerim doğru değildi.”

K9: (.…) “Performansım %70. Korktuğum gibi olmadı. Ellerim uygulama bittikten sonra titredi. Yüzüm bu sefer daha az kızardı. Sadece bir ara unutacak gibi oldum.”

Değişim teması altında: Düşüncem gerçek olmadı (n=9) kodu yer almaktadır (Bkz.Tablo 4.10). Müdahale grubunda yer alan bireylerin koda ilişkin verdikleri bir takım yanıtlar aşağıda yer almaktadır.

K1: (…..) “Ne söyleyeceğim, ne yapacağım gibi düşünmek yerine yapacağım işe ve dışa odaklandığım zaman heyecanımı yenip kendimi daha rahat ifade edebiliyorum. Dikkatler üzerimde toplanınca heycanlanıp sorulara yanıt veremeyebiliyorum. Bunu olağan kabul edip kendimi alıştırmalıyım.” (…..) “Düşündüğüm gibi kötü sonuçlanmadı.”

K2: (…..) “Zihnime çok odaklanmadığımda daha iyi olduğunu gördüm. Kendime değil yapacağım işe odaklanırsam gayet rahat anlatabiliyormuşum, kendimi ifade edebiliyormuşum.” (…..) “Kendime odaklanmazsam işime odaklanırsam çok daha başarılı olduğumu anladım. İnsanların beni anlaması ve güvenmesi özgüven getirdi. Kendime güvenir ve yararlı olmaya odaklanırsam herşey daha rahat oluyor.” (…..) “Tahminlerim tutmadı.”

K3: (…..) “Kafamda oluşturduklarım ile gördüklerim, yaşadıklarım aynı değil.” (…..) “Aslında insanların etrafındaki olup bitenlerle yeterince ilgilenmediklerini ve insanların bana dikkat etmediğini fark ettim. Kendime odaklanmadığımda kaygım daha az oluyor. Zihnimdeki gibi olmuyor.”

K4: (.….) “Her zaman aklımdan geçtiği gibi olmuyormuş. Düşündüklerimin olmadığını öğrendim. Ben aklımdan kötü şeyler geçirdiğim için kaygımın fazla olduğunu ama gerçekte öyle olmadığını öğrendim.”

K5: (.….) “Düşüncelerimiz üzerine yoğunlaşmamalıyız. Düşündüklerimiz gerçek olmuyor.” (.….) “Biz ne kadar kendimize yoğunlaşsak da boşu boşuna kendi kendimize stres yapmış oluyoruz. Dışarıya odaklanmamız gerekiyor.”

K6: (.….) “Hissettiğim ile dışardan görünen aynı değilmiş. Düşündüğüm gibi olmuyor. Uygulama yapmadan önce düşünceye olan inancım %100’dü. Ama düşündüklerimin gerçekleşmediğini görünce inancım %60’a düştü. Toplum önünde olacağım zaman aklımdan geçen düşüncelerin aslında gerçekleşmediğini bu yüzden düşüncelerimin beni çok etkilememesi gerektiğini öğrendim. Sosyal etkileşimlerde odağımın kendi üzerime değilde o an olay neyse ona odaklanırsam daha rahat olacağımı öğrendim. Kendimi kasıp kaçtıkça daha kötü olduğunu ve bana deneyim kazandıracak şeylerden eksik kaldığımın farkına vardım.”

K7: (.….) “Dışardan baktığımda hayal ettiğim kadar kötü görünmüyorum. Kızarmıyorum. İnsanlar utanmamı ve heyecanımı çok normal karşılıyor.” (.….) “İnsanlarla göz teması kurmaktan kaçınmamalıyım. Böylece utandığım ve heycanlandığım daha az belli olur. Mümkün olduğunca olaylar öncesi kendimi daha az yargılamalıyım. Çünkü insanlar bu konuda beni benim kadar ciddi yargılamıyorlar. Bu durum benim kendimi kötü hissedip gerilmeme sebep oluyor.”

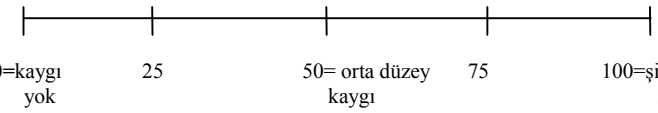
K8: (.….) “Zihnimde olanlarla gerçekte olanlar aynı değil. Yaptığım güvenlik davranışları beni strese sokuyormuş, şimdi yapmamaya çalışıyorum. Kendi zihnimde düşündüklerimle dışardan göründüğüm aynı değilmiş.” (.….) “Geliştirmek için kaçındığım işleri gerçekleştirebilirim. Böylece düşündüğüm gibi olup olmadığımı uygulayarak öğrenirim.”

K9: (.…) “Zihnimdeki gibi olmadı. Yapabildiğimi anladım. Sözcükleri unutmadım. Tahmin ettiğim gibi olmadı. Benim kendime olan güvenim rahatım ne kadar çoksa karşımdakilerin de öyle olduğunu gördüm. Bir şey yaparken insanların yüz ifadelerine bakıp ne durumda olduğumu anlayabiliyorum. Bu bazen tedirgin ediyordu. Ama şimdi daha temkinli davranmama neden oluyor. Bu konuda biraz geliştiğimi hissediyorum.”

Müdahale grubunda yer alan bireylerin yanıtları incelendiğinde; simülasyon uygulamaları öncesi kaygı veren durumlar ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip oldukları görülmektedir. Bu olumsuz düşünceler kekeleyeceğim, rezil olacağım, küçük düşeceğim, hasta bana soru sorduğunda bilemezsem, eğitimi anlatırken unutacağım şeklinde olup eşlik eden duygu kaygı, heyecan, tedirginlik, utanma ve korku olarak belirtilmiştir. Uygulama sırasında bireylerin dikkat odağının eğitim ve dış çevrede olduğu, olumsuz düşünceler ve kaygı düzeyinin bekledikleri gibi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Müdahale grubunda yer alan bireylerin bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin uygulanması sonucunda zihinde olan düşüncelerin dış gerçeğe dönüşmediğini, zihinde olan düşünce ile gerçekte olanların birbirinden farklı olduğunu öğrendikleri görülmektedir.

Tablo 4.11' de müdahale grubunun simülasyon uygulamaları öncesinde ve sonrasında kaygı düzeylerini değerlendirmeye ilişkin yapmış oldukları puanlamaların dağılımı yer almaktadır.

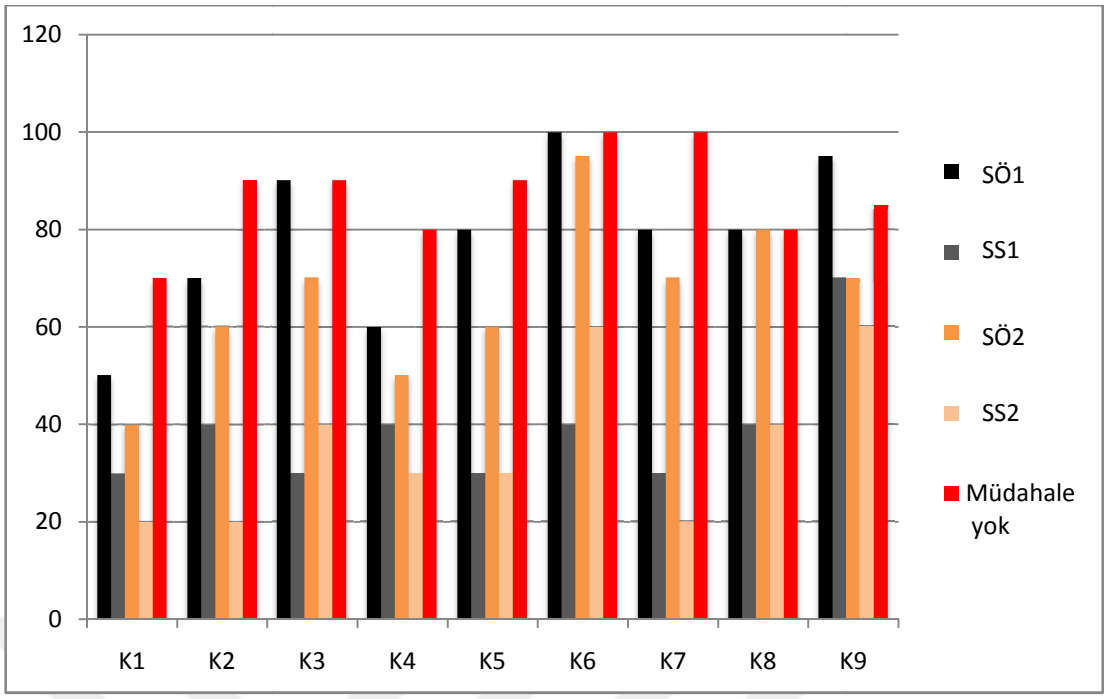
Tablo 4.11. Müdahale grubunun kaygı düzeyi puanlaması dağılımı (n=9).



***100 üzerinden puanlayınız.**

Katılımcı	Simülasyon uygulamaları (S.U.)	S.U. öncesi kaygı düzeyi	S.U. sonrası kaygı düzeyi	Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamalarına katılmasaydı kaygı düzeyi
K1	S.U.1	50	30	70
	S.U.2	40	20	
K2	S.U.1	70	40	90
	S.U.2	60	20	
K3	S.U.1	90	30	90
	S.U.2	70	40	
K4	S.U.1	60	40	80
	S.U.2	50	30	
K5	S.U.1	80	30	90
	S.U.2	60	30	
K6	S.U.1	100	40	100
	S.U.2	95	60	
K7	S.U.1	80	30	100
	S.U.2	70	20	
K8	S.U.1	80	40	80
	S.U.2	80	40	
K9	S.U.1	95	70	85
	S.U.2	70	60	

*K=Katılımcı; S.U.=Simülasyon uygulamaları



*K= Katılımcı; SÖ= simülasyon uygulaması öncesi; SS= simülasyon uygulaması sonrası

Şekil 4.1. Müdahale grubunun kaygı düzeyleri puanlaması (n=9).

Müdahale grubunu oluşturan bireylere; *"Eğer bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılmamış olsaydınız, aynı durum sizi nasıl etkilerdi?"* sorusu yöneltilmiştir.

K1: (…..) "Kaygım içerde yüz üzerinden 50'ye kadar çıktı. Sıcak bastı. Kekelemedim ama birazcık tekledim. Performansım 60 ya da 70 ama daha iyi olabilirdi. Hasta odaklıydım. Bu çalışmaya katılmamış olsaydım daha kötü olurdu, kaygım 70'e kadar çıkardı. Ne yapacağımı bilemezdim."

K2: (…..) "Bu çalışmaya katılmamış olsaydım, kaygım rahat 90 olurdu. Sakin kalabildiğimi göremeyecektim."

K3: (.….) "Bu gerçek klinikte olsaydı ağlardım herhalde. Kaygım 90 olurdu. Yapmak istemezdim."

K4: (.….) "Bacağım titredi. Hasta tekrar gösterir misiniz dediğinde içeriye doktorlar gelmişti, sıcak bastı heyecanlandım." (.….) "Bu uygulamaya katılmamış olsaydım ve böyle bir durumu hastanede yaşasaydım kaygım daha

fazla olurdu, 80 olurdu. Kızarmış olduğumu düşünür daha çok heyecanlanırdım.”

K5: (.…) “İçeriye (hasta odası) ilk girdiğimde içerde sadece hasta ve hasta yakını vardı. O zaman biraz rahattım. Doktor ve hemşireler içeriye girdikten sonra kaygım biraz çıktı. İçerde kaygım en fazla 80’e kadar çıktı, sonra rahatladım. Kalabalık bir ortam beni dinlediği için.” (.…) “Bu uygulamaya katılmamış olsaydım sürekli kaçınırdım.”

K6: (.…) “Doktor olmasaydı daha rahat olurdum. Bu uygulamaya katılmamış olsaydım ve hastanede benzer bir durumu yaşasaydım yapamazdım, bir köşeye saklanırdım. Yanımda bir arkadaşımla yapardım ya da hocaya siz de benimle gelin derdim.”

K7: (…..) “Eğitim verirken göz teması kurduğumu düşünüyorum,bu benim için büyük başarıydı. Simülasyon uygulamaları iyiydi. Simülasyon uygulamaları benim için heyecanlıydı, performansım 100 üzerinden %70 olurdu.” (…..) “Hızlı hızlı aceleci konuştuğum için heyecanlı olduğum ve acemi olduğum anlaşılmıştır ama kendimi geri çekmeden hastaya temas etmeye çalıştım. Bu uygulamayı almadan klinik ortama gitmiş olsaydım hastaya birşeyler anlatırken göz temasını zor kurardım. Çünkü normalde de heyecanlandığım zaman çok fazla etrafı izliyorum. Normalde böyle bir şey olsa yani böyle bir çalışma yapacağız, katılmak zorunlu değil denilse, kesinlikle katılmam. Çünkü zaten normal hayatımda kaçmaya çalıştığım bir şey, çok zor yaparım.” (…..) “Hiç tanımadığım insanların içine girmek gitmek isteyeceğim, yaşamak isteyeceğim bir ortam değil, yapmazdım. Sadece klinik ortam olarak değil bu süreç günlük hayatta da işe yarıyor. Daha rahat gibi” (…..)

K8: (…..) “Yaptığımı düşünüyorum, güzeldi, memnun oldum. Kaygım içerde en fazla yüz üzerinden 60’a kadar yükseldi (Simülasyon uygulamaları öncesi beklenen kaygı 80). Klinik uygulamalar öncesi böyle bir uygulamaya katılmasaydım ve benzer bir durumu hastanede yaşasaydım kaygım 80 olurdu. Hiç tanımadığım bir ortama gireceğim için fazlasıyla heyecanlanırdım.”

K9: (.....) “Ben böyle bir uygulamaya maruz kaldığım için çok mutluyum. Daha iyi hissettim, etkisi olmuş müdahalelerin. Bu uygulamaya katılmamış olsaydım ve hastanede benzer bir durumu yaşasaydım korkardım. Hasta odasına gireceğim, ne olacak. Telaşa kapılırdım. Kaygım daha yüksek olurdu, 85 olurdu.”

Müdahale grubunda yer alan bireylerin kaygı puanlaması ve yanıtları incelendiğinde; birinci simülasyon uygulaması öncesi kaygı düzeyi puanlamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulaması sonrasında bireyler kaygı düzeylerinin azaldığı yönünde ifadelerde bulunmuşlardır. Öğrenciler bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılmamış olsalardı, gerçek klinik koşullarında benzer bir durum ile karşılaştıklarında kaygı düzeylerinin daha yüksek olacağını ve kaygı veren bu durumdan kaçınacaklarını belirtmişlerdir (Şekil 4.1 ve Tablo 4.11).

4.2.2. İzleme İlişkin Bulgular

Tablo 4.12’da Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği’nin (LSKÖ) ön test, son test ve izleme testine yönelik puan ortalamalarının dağılımı ve test puanları arasında farklılık olup olmadığını gösteren Friedman Testinin sonuçları yer almaktadır.

Tablo incelendiğinde üç farklı zamanda LSKÖ’den elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (χ^2 =16.22, $p<0.05$). LSKÖ puanlarının ön testten, son teste ve ondan da izleme testine değiştiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Müdahale grubunun LSKÖ puanlarının ön test, son test ve izleme testi puan ortalamalarının dağılımı (n=9).

Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği ve Alt Boyutları	**Ön Test**		**Son Test**		**İzleme Testi**		**İstatistiksel Analiz***
	$\overline{X}$±SS	**Min-max (medyan)**	**$\overline{X}$±SS**	**Min-max (medyan)**	**$\overline{X}$±SS**	**Min-max (medyan)**	
Kaygı toplam puanı	52.78±2.27	46.00-68.00 (51.00)	37.89±1.58	31.00-45.00 (37.00)	32.22±5.16	24.00-42.00 (31.00)	$\chi 2$= 18.00; **p=0.001**
Kaçınma toplam puanı	49.78±2.62	41.00-64.00 (46.00)	37.89±1.97	33.00-50.00 (35.00)	32.89±4.70	28.00-42.00 (30.00)	$\chi 2$= 14.22; **p=0.001**
Liebowitz toplam puanı	102.56±4.54	92.00-129.00 (97.00)	75.78±3.33	66.00-94.00 (72.00)	65.11±9.74	52.00-84.00 (62.00)	$\chi 2$= 16.22; **p=0.001**

*LSKÖ Puanları İçin Friedman Testi kullanılmıştır ($p<0.05$).
*Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma

Var olan farklılıkların hangi ölçümler arasında olduğunu belirlemek için post-hoc Bonferroni düzeltmeli Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi yapılmıştır.

Tablo 4.13. LSKÖ ön test ve son test puanları sonuçları.

Son Test–Ön Test	**n**	**Sıra Ortalaması**	**Σ sıra**	**z**	**p**	**r**
Negatif sıra	9	5.00	45.00	-2.66	**0.008**	0.88
Pozitif sıra	0	0.00	0.00			
Eşit	0					
Toplam	9					

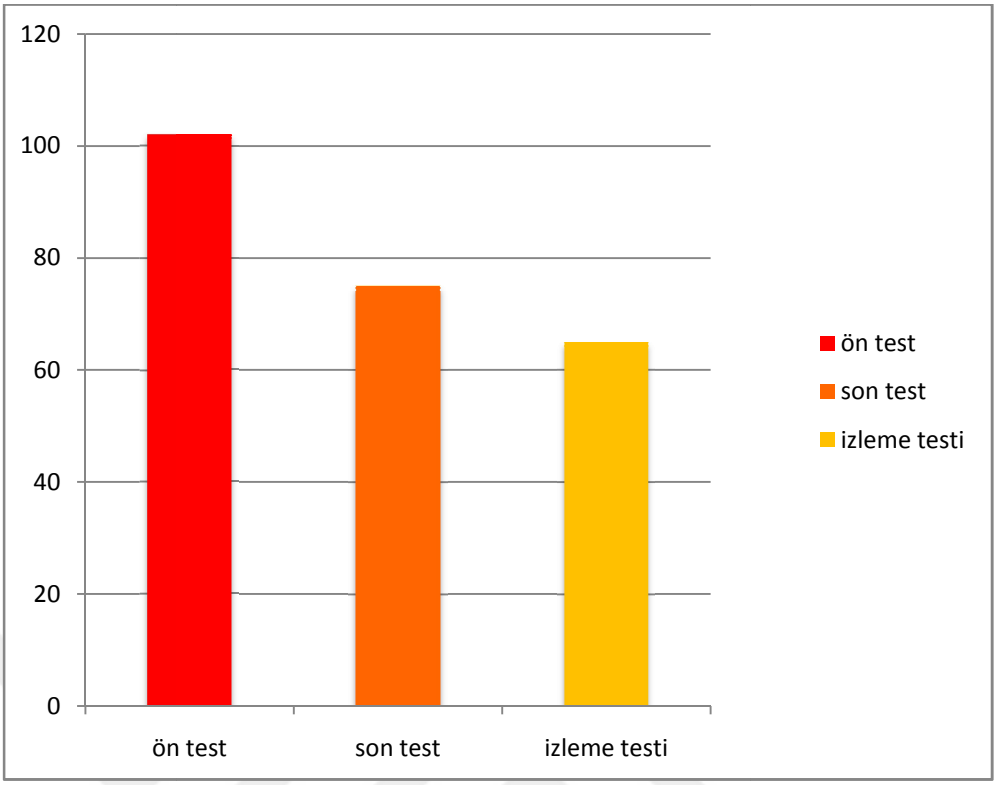
*p<0.05, ** Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Tablo 4.14. LSKÖ ön test ve izleme test puanları sonuçları.

İzleme Test–Ön Test	**n**	**Sıra Ortalaması**	**Σ sıra**	**z**	**p**	**r**
Negatif sıra	9	5.00	45.00	-2.66	**0.008**	0.88
Pozitif sıra	0	0.00	0.00			
Eşit	0					
Toplam	9					

*p<0.05, ** Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

Tablo 4.13 ve Tablo 4.14 incelendiğinde müdahale grubuna katılan bireylerin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi sonuçlarına göre son test ve ön test puanları ile, izleme testi ve ön test puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($z=-2.66$, $p<0.05$; $z=-2.66$, $p<0.05$;). Farkların ön test puanları lehine olduğu, bireylerin ön test puanlarının son test puanlarına ve izleme testi puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan bu sonuçların etki büyüklükleri 0.88 olarak hesaplanmış olup bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının yüksek düzeyde etkili olduğu söylenebilir.



Şekil 4.2. Müdahale grubunun LSKÖ toplam puan ortalamaları arasındaki değişim.

Müdahale grubunda yer alan bireyler, eğitim öğretim müfredatında yer alan mesleki derslerini almışlardır. Teorik ve uygulama bölümlerinden oluşan bu derslerde amaç teorik derste edinilen bilgilerin uygulama laboratuvarında mesleki beceriye aktarılmasını sağlamaktır.

Müdahale grubunda yer alan bireylerle laboratuvar uygulamalarının sonunda bireysel görüşmeler yapılarak yaşadıkları deneyimi paylaşmaları istenmiştir.

> K1: (…..) "Biraz yoruldum ama güzeldi. Uygulama öncesi kaygım olmadı. Sizinle görüşmeler yapmamış olsaydık, simülasyonda uygulamalar yapmamış olsaydık heyecan olurdu, hatta hiç konuşamazdım. Hoca bana söz vermedikçe, sen gel demedikçe bir şey yapamazdım. Ama şimdi örnekler de bile gönüllü oldum. Direk çıktım, yaptım. Çok güzeldi. Görüşmelerimiz işe yaramış."

K2: (…..) “Laboratuvar uygulamalarını oldukça rahat geçirdim. Zaman zaman gerildiğim, kaygı duyduğum oldu ama aklıma diğer arkadaşlarımında benmile aynı seviyede olduğu, kimsenin yadırganamayacağı geldikçe rahatladım. Hatta en önemli uygulamalarda bile bir çok arkadaşımın eli ayağına dolaşırken benim ellerim bile titremedi…Sizinle görüşmelere yapmasaydım hocalarımdan sürekli kaçardım bana soru sormasınlar diye. Ama tam tersi dah girişken hissettim kendimi.”

K3: (…..) “Sizinle olan görüşmelerimizden sonra daha fazla kendime güvenim arttı. Laboratuvar uygulamasında heyecanım vardı ama sonra yatıştı. Uygulama için çıkanları gözlemledim. Onların da eli titriyordu, onlarda heyecanlanıyordu. Bu doğal. Hoca beni çıkardığında yaptım, güzel yaptım, hoca beğendi. Beni izleyen biri heyecanlandığımı anlamazdı. Sizinle daha önce görüşmemiş olsaydım daha kötü olurdu, içime kapanırdım, insanlarla konuşmazdım.”

K4: (…..) “Laboratuvar uygulaması öncesi kaygım olmadı. Eğer bireysel görüşmeler ve simülasyon uygulamaları olmasaydı farklı olurdu. Stres olurdum, heyecan olurdu. Kötü olurdum. Şimdi kaygımı puanlayacak olursam 10-20 arası ama uygulamalar olmasaydı 70-80 arası olurdu. Günlük hayatımda da etkilerini görüyorum.”

K5: (…..) “Laboratuvar uygulamasında hoca, “sen kalk, yap” dediğinde biraz heyecan oluyor ve ellerim titriyor. Ama çok az. Eğer bireysel görüşmeler ve simülasyon uygulamaları olmasaydı bu daha fazla olurdu. 100 üzerinden 70 kaygım olurdu, ama şimdi 30 civarında.”

K6: (…..) “Kendim uygulamalar için istekli olmuyorum. Ama hoca seçtiği zaman da çıkıp yapabiliyorum.”

K7: (…..) “Laboratuvar uygulamasında mümkün olduğunca kendimi çok geri çekmemeye çalışıyorum. Hoca uygulamada benim yapmamı söyledi, o sırada biraz hafif heyecanlandım, sıcak bastı ama yaptım. Kendime hep şunu diyorum: Ben kendimi dışardan izledim ve hayalimdeki gibi kötü durmuyorum.”

K8: (…..) “Uygulama derslerinde elbette biraz heyecan yaşadım. Fakat sizinle yaptığımız görüşmeler sayesinde heyecanımı oldukça aza indirdiğimi düşünüyorum. Heyecanlı olduğum durumlarda sizinle konuştuklarımız aklıma geliyor. Bu sayede heyecanımı fazlasıyla yatıştırabiliyorum. Sizinle görüşmeler yapmasaydım kafamda kurguladığım bir takım düşünceler yüzünden oluşan özgüven kaybı ve heyecan hayatımı, başarılarımı olumsuz yönde sürükleyebilirdi. Uygulama derslerinde sadece sessizce izleme ve uygulama yapmaktan kaçınmama sebep olurdu. Bu nedenle görüşmelerimiz heyecanımı en aza indirdi ve özgüvenimin yerine gelmesinde yardımcı oldu.”

K9: (…..) “Eğer sizinle hiç görüşme yapmadan laboratuvar uygulamasına gelmiş olsaydım, neyi niçin yaptığımı bilmiyor olacaktım.”

Müdahale grubunda yer alan bireylerin yanıtları incelendiğinde; bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin izlem sürecinde de etkili olduğu görülmektedir. Uygulanan müdahalenin sonuçlarının sadece mesleki hayatı değil aynı zamanda sosyal hayatı da olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, çalışmadan elde edilen bulguların literatür bilgileri doğrultusunda tartışılması yer almaktadır. Tartışmanın başlıkları;

- Problemin Ortaya Konmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
- Eylem Planının Uygulanması ve İzleme İlişkin Bulguların Tartışılması

şeklinde sıralanmaktadır.

5.1. Problemin Ortaya Konmasına'na İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde mesleki performans kaygısı olan öğrencilere bilişsel davranışçı yönemli simülasyon uygulaması başlamadan önce hemşirelik öğrencilerinin mevcut kaygı durumunu belirlemek için yapılan uygulamalar sunulmuştur. Bunlar hemşirelik birinci sınıf ve dördüncü sınıf öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeylerinin puan ortalamalarının dağılımı ve simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilen uygulamalarda ortaya çıkan kaygı belirtilerinin tartışılmasını içermektedir.

Çalışmamıza katılan hemşirelik birinci sınıf ve dördüncü sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puan ortalamaları benzer düzeyde bir dağılım göstermiş ($p>0.05$) olup hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puanı ortalaması $X=86.75\pm19.90$, hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puanı ortalaması $X=83.34\pm17.34$'dür. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinde mesleki performans kaygısı yaşama %34.9 (n=29) oranında, birinci sınıf öğrencilerinde %27.7 (n=28) oranında saptanmıştır. İki grup arasında mesleki performans kaygısı açısından fark yoktur ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.7 ve Tablo 4.8). Çalışmamızın sonuçları hemşirelik öğrencilerinin mesleki perfomans kaygısının eğitim öğretim süreci, teorik bilgi ve klinik deneyim gibi faktörlerle değişmediğini göstermektedir. Bu sonuçlarla çalışmamızın $H_{0\text{-}1}$ *"Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencileri ile birinci sınıf öğrencileri arasında mesleki performans kaygı düzeyi arasında fark yoktur."* hipotezi kabul edilmiştir.

Sosyal kaygının yaygınlığı ülkemizde ve diğer ülkelerde farklı örneklem büyüklüğünde yapılan çalışmalarda çeşitli ölçeklerle değerlendirilmiş olup sosyal kaygı düzeylerinin dağılımları rakamsal olarak farklı şekillerde ifade edilmiştir. Yücens ve Üzer'in (2018) 392 tıp fakültesi öğrencisiyle yaptığı çalışmada, öğrencilerin sosyal kaygı düzeyleri Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyal kaygı toplam puan ortalaması 77.6±17.7 olarak bulunmuştur (142). Bella ve Omigbodun'un (2009) üniversite öğrencileri arasında sosyal kaygının yaygınlığını inceledikleri çalışmaya 413 öğrenci katılmıştır. Sosyal kaygı belirtilerine sahip 82 (%19.8) öğrenciyle yapılan görüşme sonucunda; 39'unun (%9.4) ömür boyu sosyal kaygı kriterlerini, 35'inin (%8.5) 12 aylık sosyal kaygı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (81). Thorisdottir ve arkadaşlarının (2018), çalışmasına katılan 45 üniversite öğrencisinin sosyal kaygı düzeyleri Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğiyle değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan üniversite öğrencilerinin sosyal kaygı puan ortalaması 75.47±24.04 olarak bulunmuştur (143). Ghezelbash ve arkadaşları'nın (2015) çalışmasına 400 hemşirelik öğrencisi katılmış olup hemşirelik sınıfları arasında sosyal kaygı puan ortalamaları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır (144). Üniversitelerin farklı bölümlerinde eğitim gören bireylerin sosyal kaygı yaşama oranları çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir (82, 145-147). Sosyal kaygının yetişkinlikten önce başladığı ve en sık ergenlik döneminde ortalama 13 yaşında ortaya çıktığı belirtilmektedir. Sosyal kaygı ile ilgili yaşanan durumların bireylerde üniversite eğitimi başlamadan önce mevcut olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelik öğrencilerini en sık kaygılandıran sosyal durumlar önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak, seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak, dikkatleri üzerinde toplamak, romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak, gözlendiği sırada çalışmak ve yetenek, beceri ya da bilginin sınanması şeklinde bulunmuştur. Çalışma bulgularımızda tanımlanan kaygı veren durumlar hemşirelik eğitimi müfredatı kapsamında incelendiğinde sınıf içi teorik eğitim, laboratuvar ve klinik uygulamalar sırasında öğrencilerin sıklıkla maruz kalacakları ortamlar olabilmektedir. Bu ortamlara; sınıf ortamında soru sormak veya sorulan sorulara cevap vermesi için seçilmek, ders kapsamında verilen ödevleri sınıf ortamında kalabalık gruplara sözel olarak sunmak, ders başladıktan sonra sınıfa girmek, laboratuvar uygulamalarında

eğiticiler ve akranlar tarafından gözlemlenmek, klinik ortamda hasta bireylere eğitim vermek, hasta bireye bakım verdiği sırada klinikte çalışan sağlık profesyonelleri tarafından gözlemlenmek, klinik ortamda tanımadığı kişilerle tanışmak, konuşmak veya talepte bulunmak örnek olarak verilir.

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerini en sık kaygılandıran sosyal durumlar seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak, önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak, dikkatleri üzerinde toplamak, romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak, bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak, gözlendiği sırada çalışmak, yetenek, beceri ya da bilginin sınanması, fikir ayrılığını ifade etmek, kalabalık bir odaya girmek şeklinde bulunmuştur (9, 13, 81, 148). Çalışma sonuçlarında belirtilen ve sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerinin kaygılanmasına yol açan durum ve ortamlar çalışma bulgularımız ile benzer özellik göstermektedir.

Klinik uygulamalar hemşirelik öğrencileri tarafından hemşirelik müfredatının en çok kaygı yaratan yönlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Klinik uygulamalar ile ilgili yaşanan kaygının öğrenmeyi ve klinik becerilere yönelik performansı olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (14, 149). Wang ve arkadaşları (2019), Kanada'da bir üniversitede hemşirelik son sınıf öğrencilerinin klinik uygulamada kaygı yaşamasına neden olan durumlar: eğiticiler tarafından gözlemlenmek, beceri ve yeteneğe yönelik değerlendirilmek, hasta, hasta yakını ve sağlık personeli ile konuşmak, hastaya eğitim vermek, hata yapmaktan korkmak, hastaya bakım vermek ve klinik uygulamanın ilk günü şeklinde sıralanmaktadır. Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin klinik deneyime sahip olmasına rağmen temel hemşirelik uygulamaları sırasında ve klinik ortamda mesleki performans kaygısı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır (150). Melo ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında beceri ve yetenekle ilgili öz güven eksikliğinin klinik ortamda kaygıya neden olduğu belirtilmiştir (151). İncelenen çalışma sonuçları klinik deneyim süresinin mesleki performans kaygı düzeyinin azalmasını etkilemediğini göstermektedir. Klinik ortamda kaygının ortaya çıkmasında bireysel, çevresel ve sosyal özellikler gibi çeşitli faktörler etkili olabilmektedir.

Simülasyon uygulamaları sırasında öğrencilerin mesleki performans kaygısı yaşamasına neden olan durumlar; simülasyon boyunca izlenmek, akranlarının önünde "performans" gerçekleştirmek, simülasyonda performansının yetersiz olduğunu hissetmek ve hasta odasında kişi sayısının artması şekilde sıralanmaktadır (37, 152). MacLean ve arkadaşları (2019), yüksek gerçeklikli simülasyon uygulamaları sırasında hemşirelik öğrencilerinin öğrenme deneyimlerini inceledikleri çalışmalarında, öğrenciler kaygı ve stresi öğrenmeyi engelleyen zorluklar olarak tanımlamışlardır. Bir öğrenci kaygı nedeniyle normal bir şekilde yapabildiklerini yapamadığını ve düzgün bir şekilde düşünemediğini ifade etmiştir. Başka bir öğrenci ise akranları ve eğitimciler tarafından gözlemlenmenin kaygı yaşamasına neden olduğunu "kendi güvenliğinizi sağlamak için çok uğraşıyorsunuz çünkü insanların sizi seyrettiğini biliyorsunuz. İnsanların sizi yargılamadığını ve değerlendirmediğini bilseniz bile hala yargılanma unsuru söz konusudur." şeklinde tanımlamıştır (153). İncelenen araştırmaların sonuçları çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte olup en sık karşılaşılan kaygılı durumun performansa yönelik uygulamaların sergilendiği sırada olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin hem klinik uygulamalar hem de simülasyon uygulamaları sırasında multidisipliner ekip ile iletişim kurmak, performansa yönelik uygulamalar yapmak, okuldaki eğiticileri tarafından değerlendirilmek veya akranları tarafından gözlenmek gibi durumlara maruz kalmanın kaygı düzeylerinin yükselmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeyi yükseldiğinde ortaya çıkan kaygı belirtilerini saptayabilmek için simülasyon laboratuvarında tanımadığı kalabalık bir grup önünde ve gözlendiği sırada temel hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin en sık yaşadıkları kaygı belirtileri kalp atım hızında artma, sıcak basması, huzursuzluk, terleme, dikkat dağınıklığı, kaslarda gerginlik, unutkanlık, titreme ve solunum hızında ve derinliğinde artma olarak bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin simülasyon uygulamalarının video kayıtları mesleki performans kaygısı açısından izlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik uygulamasını sürdürdükleri sırada hasta birey veya odada bulunan diğer bireyler ile göz teması kurmadığı, konuşmadığı, işlemi çok hızlı yaptığı, işlemin sonucunu beklerken bedenini küçülttüğü, odada bulunan bireylerle yüz yüze bakmadığı ve odadan hızlı bir şekilde ayrıldığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3 ve Tablo 4.6).

Yapılan çalışmalarda kaygı düzeyi yüksek olan üniversite öğrencilerine kaygı anında eşlik eden fiziksel semptomlar kızarma, titreme, kalp atım hızında yükselme, terleme, baş dönmesi, unutkanlık, mide bulantısı, mide ağrısı ve idrar yapma isteği olarak bulunmuştur (148, 154-156). Goff'un (2011), çalışmasında ise hemşirelik öğrencilerinin kaygıya yönelik duygusal tepkileri kaygı ve korku, davranışsal tepkileri ağlama ve çabuk öfkelenme, fizyolojik tepkileri yorgunluk ve terleme olarak belirlenmiştir (77). Russell ve Topham'ın (2012) çalışmasında öğrenciler topluluk önündeki performansları sırasında dikkat çekmemek için göz teması kurmadıklarını belirtmişlerdir (13). Kaygı bireyde bilişsel, fiziksel ve davranışsal boyutta değişiklikler meydana getirebilmektedir. Literatür incelendiğinde kaygının mesleki performans uygulamaları sırasında hemşirelik öğrencilerinin sık karşılaştığı bir problem olduğu, öğrencilerin performanslarını ve uygulama sonuçlarını olumsuz etkilediği görülmektedir. Çalışmamızın bulguları incelenen araştırmaların sonuçları ile benzerlik göstermekte olup hemşirelik öğrencilerinin tanımadığı kalabalık bir grup önünde gözlendiği sırada temel hemşirelik uygulamaları yapmasının mesleki performans kaygısı yaşanmasına ve anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Kaygı, sosyal ve bilişsel işlevselliği olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Daha önce yapılan çalışmalara göre, sosyal kaygı, çeşitli ruh sağlığı sorunlarına neden olabilmekte ve sosyal uyum ve başarıyı bozabilmektedir (82, 87). Sosyal veya performans ile ilgili durumlarda yaşanan kaygı ile baş etmek için yapılan davranışlar dikkat çekmemek için sözel iletişim kurmamak, göz iletişimi kurmamak, anksiyeteye neden olan durumlardan kaçınmak şeklinde olabilmektedir (26, 87, 157).

Literatür incelendiğinde mesleki performans kaygısı yaşayan hemşirelik öğrencilerinin klinik ortamda kızgınlık, öfke, çaresizlik, geri çekilme, kaçınma, kliniği terk etme, kendini teselli etme, ağlama gibi çeşitli davranışsal tepkiler sergilediği görülmektedir (45, 155, 158). Yapılan bir çalışmada kaygı yaşayan öğrencilerin topluluk önünde sözel sunum yapmamak için görev dağılımında literatür araştırmasını tercih ettikleri, sözel iletişim kurmamak için konuşmaya istekli kişiler ile arkadaş grubu içinde oldukları ve sınıf ortamında dikkat çekmemek için öğretmen ile göz iletişimi kurmadıkları bulunmuştur (13).

Hemşirelik öğrencilerinin sosyal kaygı ve problem çözme becerileri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (15). Sosyal veya performansa yönelik durumlar sırasında yaşanan kaygı ile başetmede yapılan yöntem genellikle kaçınma davranışları şeklinde olup bu kaçınma davranışları kaygıyı azaltmamakla birlikte sorunun devam etmesine neden olmaktadır. Sosyal kaygısı yüksek olan öğrencilerin sosyal kaygısı olmayan öğrencilere göre sosyal ilişkilerde daha kötü performans gösterdikleri belirtilmektedir. Sosyal kaygısı yüksek olan öğrencilerin huzursuz göründüğü (kıpır kıpır, yerinde durumama), kısa konuştuğu, arkadaşlarıyla olan iletişimde pasif olduğu, sesin kalitesi, volümü ve tonunun zayıf olduğu saptanmıştır (87).

Çalışmalar incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin hem simülasyon ortamında hem de klinik ortamda kaygı düzeyleri yükseldiğinde göğsünde ağırlık, kalp atım hızında artma, terleme, titreme, vb., gibi çeşitli fizyolojik semptomların eşlik ettiği görülmektedir. Öğrencilerin kaygıya olan tepkileri bireysel özelliklerinden dolayı farklılık gösterebilmekte ancak kaygı yaşama durumunun eğitim süreci ve klinik deneyimden etkilenmediği görülmektedir. Çalışmamızda da öğrencilerin hemşirelik uygulamaları sırasında benzer kaygı belirtileri yaşadıkları bulunmuştur. Klinik ortamda hemşirelik öğrencileri kaygıya neden olan durumlarda kaçınma davranışları yapabilmektedirler. Çalışmamız kapsamında simülasyon ortamının fiziksel özelliğinden dolayı öğrenciler kaçınma davranışında bulunamamışlardır. Bununla birlikte hemşirelik uygulamalarını hızlı hızlı yapmaları, odada bulunan diğer kişilerle göz teması kurmamaları veya iletişim kurmamaları, uygulamaya katılmada önceliği diğer arkadaşlarına vermeleri gibi davranışları ortamdan bir an önce uzaklaşmaya çalışma şeklinde yorumlanabilir.

5.2. Eylem Planının Uygulanması ve İzleme İlişkin Bulguların Tartışması

Bu bölümde mesleki performans kaygısı yüksek olan ve bireysel bilişsel davranışçı yönemli simülasyon uygulaması programına katılan hemşirelik öğrencilerinin bulgularının tartışması yer almaktadır.

Çalışmamızda mesleki performans kaygısı yüksek olan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerine kaygının yönetilmesinde bir çözüm önerisi olarak klinik öncesi uygulanan bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin etkisi incelenmiştir. Müdahale grubunu oluşturan öğrencilerin LSKÖ ön test ve son test toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.9). Öğrencilerin ön test puanlarının, son test puanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgulardan elde edilen sonuçlar mesleki performans kaygısı yüksek olan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinde bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı olarak uygulanan bireysel danışmanın etkili olduğunu göstermektedir. Müdahaleden 3 ay sonra yapılan izleme çalışmasında LSKÖ puanlarının ön testten, son teste ve ondan da izleme testine değiştiği görülmektedir (Bkz. Tablo 4.12). Bu sonuçlar bireysel bilişsel davranışçı yönemli simülasyon müdahalesinin etkisinin sürdüğünü ve kalıcı olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlarla çalışmamızın $H_{1\text{-}2}$ *"Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile son test puanları arasında fark vardır."* ile $H_{1\text{-}3}$ *"Bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasına katılan hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyi ön test puanları ile izleme testi puanları arasında fark vardır."* hipotezleri kabul edilmiştir.

Sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerine uygulanan bilişsel davranışçı müdahale çalışmaları incelendiğinde çalışmamızla benzer sonuçlar görülmektedir. Avşar'ın (2019) sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerine bireysel bilişsel davranışçı müdahalelerine dayalı uygulamasının sonucunda öğrencilerin kaygı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı; 3 ve 6.aylık izlem sonuçlarında bireysel bilişsel davranışçı müdahalenin etkisinin devam ettiği bulunmuştur (159). Salzer ve arkadaşlarının (2018), çalışmasında bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı yardım alanların sosyal kaygı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı 6 ve 12. ay izlem sonuçlarında farklılık olmadığı iyileşmelerin izlemde sabit kaldığı sonucuna ulaşılmıştır (160). Kurtoğlu çalışmasında (2019) sosyal kaygısı olan üniversite öğrencilerine bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı grupla psikolojik danışma programı uygulamıştır. Deney grubunda yer alan öğrencilerin ön test, son test ve izleme testi kaygı puanları arasında anlamlı bir fark olduğu ve deney grubunun sosyal anksiyete puanlarının ön-teste göre azalma gösterdiği saptanmıştır (161).

Neufeld ve arkadaşları'nın (2020) çalışmasında sosyal kaygısı olan bireyler üç gruba ayrılmıştır. Birinci gruba bireysel bilişsel davranışçı terapisi, ikinci gruba bilişsel davranışçı grup terapisi uygulanmış olup üçüncü grup bekleme listesi kontrol grubundan oluşmaktadır. Çalışmaya katılan bireylerin bekleme listesi kontrol grubuna göre ön test ve son test puanları arasında anlamlı bir fark olduğu hem bireysel bilişsel davranışçı terapisinin hem de bilişsel davranışçı grup terapisinin sosyal kaygı semptomlarının azalmasında etkili olduğu bulunmuştur (162).

Sosyal kaygısı olan bireylere yönelik yapılan müdahalelerin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında bireysel bilişsel davranışçı müdahalelerin destekleyici terapiler, kişilerarası psikoterapiler ve psikodinamik psikoterapilere göre daha büyük bir etkisi olduğu bulunmuştur (61). Benzer şekilde anksiyete tedavisinde destekleyici psikoterapilerin etkinliğinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapi, problem çözme terapisi, motivasyonel görüşme ve çözüm odaklı kısa terapi yöntemleri değerlendirilmiştir. Bilişsel davranışçı terapinin anksiyeteyi tedavi etmek için en yaygın kullanılan, incelenen ve desteklenen psikososyal müdahalelerden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (69). Carpenter ve arkadaşlarının (2018) meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapinin sosyal kaygı bozukluklarında etkili bir tedavi yöntemi olduğu saptanmıştır (27).

Mörtberg ve arkadaşlarının (2007) randomize kontrollü çalışmasında sosyal kaygıda bireysel bilişsel terapi, bilişsel grup terapisi ve sosyal kaygının medikal tedavisi yöntemleri karşılaştırılmıştır. Araştırmada yapılan tekrarlı ölçümlerin sonucunda tüm yöntemlerde anlamlı gelişmeler gözlenmiş olup bireysel bilişsel terapinin diğer yöntemlere göre daha üstün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (163). Cuijpers ve arkadaşlarının (2016) meta-analiz çalışmasında bilişsel davranışçı terapinin sosyal kaygının tedavisinde etkili bir yöntem olduğu ve yüksek etki büyüklüğüne sahip olduğu bulunmuştur (164). Yapılan araştırmalar çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte olup bilişsel davranışçı terapi yönteminin kaygı bozukluklarının tedavisinde olumlu sonuçları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tedavi olmaksızın, sosyal kaygı semptomlarının kötüleşebileceği ve kendiliğinden bir iyileşme eğilimi göstermediği belirtilmektedir (165).

Sosyal kaygının bilişsel davranışçı müdahalesi değerlendirilme korkusunu tetikleyen işlevsiz biliş ve davranış biçimlerinin etkileşimini ana hatlarıyla açıklayan modellerden oluşmaktadır. Sosyal kaygısı olan bireyler dikkatlerini olumsuz değerlendirileceği ve yetersiz/kötü performans göstereceğiyle ilgili işaretlere daha fazla vermektedirler. Bireylerin dikkatleri kaygıya yol açan durumlarda diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceği ile ilgili tekrarlı düşüncelere, kızarma ve terleme gibi belirtilere veya sosyal yetersizlikleriyle ilgili endişelere odaklanabilmektedir. Sosyal kaygılı bireyler her türlü değerlendirilmekten hatta olumlu değerlendirilmekten bile korkmaktadırlar. Performanslarıyla ilgili işlevsiz standartları ile (örneğin, bir konuşmada asla bir duraklama olmaması gerektiği) sert ve eleştirel öz yargılarının birleşmesi sonucunda, sosyal kaygılı bireyler zihinlerindeki standartları karşılayamadıklarına inanarak diğerleri tarafından olumsuz değerlendirildiklerine karar vermektedirler. Sonuç olarak, bu durum kalp atımında hızlanma ve terleme gibi fizyolojik semptomları, kaçma ve kaçınma gibi davranışsal semptomları ve olumsuz bilişsel semptomları şiddetlendirmektedir. Bununla birlikte, sosyal kaygılı bireyler genellikle olumsuz değerlendirmenin felakete yol açacak sonuçlarına inanırlar ve sosyal etkileşim sona erdikten sonra bile varsayılan başarısızlıklarını analiz etmektedirler. Bu kısır döngü, kaçınma davranışlarını pekiştirerek bireylerin olumsuz değerlendirilmelerinin olası olmadığını ve bir sosyal hata yapmanın veya birisinin sosyal performansından dolayı kötü düşünmesinin genellikle "dünyanın sonu" olmadığını öğrenmesini önlemektedir. Sosyal kaygının bilişsel davranışçı müdahalesinde amaç bireyin bilişsel yeniden yapılandırmasını sağlamak olup bu kapsamda yardım edici olmayan inançlar test edilmektedir. Çalışmamızda mesleki performans kaygısı yaşayan bireyler olumsuz düşünce, duygu ve davranış bağlantısını kurabilmesi için seans içinde ve simülasyon laboratuvarında çeşitli uygulamalara katılmışlardır. Uygulamalar öncesi kaygı veren durumlar ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip oldukları ve kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Müdahalenin sonucunda zihinde olan düşüncelerin dış gerçeğe dönüşmediğini, zihinde olan düşünce ile gerçekte olanların birbirinden farklı olduğunu öğrendikleri görülmektedir (Bkz. Tablo 4.10 ve Tablo 4.11).

Konu ile ilgili incelenen araştırmaların sonucunda sosyal kaygının bilişsel davranışçı müdahalelerinin kaygının azalmasında ve bilişsel yeniden yapılandırmada etkili olduğu görülmektedir (166, 167). Leichsenring ve arkadaşlarının (2013)

çalışmasında bilişsel terapi müdahalesi sonrası sosyal kaygısı olan bireylerin kaygı puanlarının anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (160). Orr ve Moscovitch'ın (2010;2013) çalışmalarının sonucunda bilişsel hazırlık ve video geribildiriminin olduğu müdahalelerden sonra kaygının anlamlı düzeyde azaldığı saptanmıştır (169, 170). Harvey ve arkadaşlarının çalışmasında (2000), sosyal kaygılı bireylerin kendini algılama ve performans değerlendirme ile ilgili puanlarının geliştiği saptanmıştır (171). Schreiber ve arkadaşlarının (2015) çalışmasının sonucunda sosyal kaygının bilişsel ve davranışsal müdahalelerden sonra anlamlı düzeyde azaldığı bulunmuştur (172). Rodebaugh ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ise kendi performanslarıyla ilgili olumsuz düşünceleri olan sosyal kaygılı bireylerin bilişsel ve davranışsal müdahalelerden sonra performans algılarının geliştiği ve kaygı düzeylerinin de azalmış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (173). Nilsson ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında sosyal kaygılı bireylerin bilişsel ve davranışsal müdahalelerden sonra kendileriyle ilgili olumsuz değerlendirme skorları ve performans kaygılarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (174). Sosyal kaygının bilişsel davranışçı müdahalelerine dayalı olarak yürütülmüş olan çalışmalar incelendiğinde bireylerin sosyal kaygılarının, performans kaygılarının ve kendileri ile ilgili olumsuz değerlendirmelerinin azaldığı görülmektedir.

Literatür simülasyon temelli öğrenmenin hemşirelik öğrencilerinin bilgi düzeyi ve klinik becerilerini artırdığını belirtmektedir. Simülasyon uygulamalarının etkinliğini artıran en önemli faktör öğrencilere tehdit edici olmayan bir ortam sunarak tekrarlı uygulama fırsatı sağlamasıdır (37).

Klinik uygulamalar öncesi kaygı düzeyi yüksek öğrencilerin kaygı nedeni hemşirelik becerilerinde yetersizlik veya hasta bireye zarar verme korkusu olarak açıklanmaktadır. Sosyal kaygı düzeyi yüksek bireyin kaygı nedeni ise rezil olacağım, kızaracağım şeklinde olumsuz düşünceler olabilmektedir. Sosyal kaygının doğası gereği gözlendiği sırada hemşirelik uygulamaları yapması istenen birey ya çalışmalara katılmamakta ya da yüksek düzeyde yaşadığı kaygı nedeniyle istenilen performansı gösterememektedir. Literatürde mesleki performans kaygısı yaşayan öğrencilerin belirlenmesi ve müdahalesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamaktadır. Ancak bir simülasyon tekniği olan sanal gerçeklik ağrı, kaygı, fobi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi alanlarda tedaviyi yürütme ve uygulama

aracı olarak kullanılmaktadır (123, 128, 129, 175, 176). Eijlers ve arkadaşlarının (2019), çalışmasında sanal gerçeklik müdahalesinin pediatrik hastaların tıbbi işlemler sırasında ağrı ve kaygı düzeyini azaltmada etkili olduğu belirtilmektedir (128). Maples-Keller ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise sanal gerçeklik müdahalesinin özgül fobi ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarının azalmasında etkili olduğunu göstermektedir (129). Çalışmaların sonuçları simülasyonun sadece sağlık profesyonellerinin eğitimi amacıyla kullanılmadığını, simülasyonun sağlık bakım hizmetlerine entegre edilmesiyle hasta bakım sonuçlarının değerlendirilmesinde de kullanımının arttığını göstermektedir. Simülasyonun sağlık bakım hizmetlerine entegrasyonu, bakım süreçlerinin yeniden tasarlanması yoluyla bakımın kalitesini ve hasta sonuçlarını iyileştirmektedir.

Bilişsel hazırlık ve simülasyon uygulamalarıyla zenginleştirilerek düzenlenen davranış müdahaleleri sosyal kaygılı bireylerin kendileri ile alakalı yeni bilgileri işlemlemesinde ve kodlamasında yardımcı olabilmektedir. Bilişsel ve davranışsal müdahaleler bireye kaygı veren spesifik sosyal durumlar veya etkileşimlere göre düzenlenmektedir. Çalışmamız kapsamında hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin mesleki performans kaygısına özgü bilişsel ve davranışsal müdahaleleri simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilmiştir. Hemşirelik gibi sağlık profesyonellerinin sahip olduğu teorik bilginin pratik bilgiye dönüşmesinde ve mesleki becerilerinin gelişmesinde önemli bir yeri olan simülasyon uygulamaları çalışmamızda mesleki performans kaygısı olan öğrencilerin gerçek klinik öncesi olumsuz düşüncelerinin test edildiği bir ortam sunmuştur. Çalışmamızda simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilen ve temel hemşirelik tekniklerine dayalı mesleki uygulamalar sırasında sosyal/performans kaygısı olan bireylerin olumsuz bilişlerinin ve kaygı düzeylerinin gerçek ortamda olduğu gibi aktifleştiği görülmüştür. Çalışmamızda yenilikçi bir yaklaşımla BDT'yi uygularken bir araç olarak kullandığımız simülasyon tekniğinin (standart hastalar) literatür ile uyumlu biçimde etkin çalıştığı ve olumlu etkileri olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda, mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik uygulamalar öncesi uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının öğrencilerin kaygı düzeyi, performans düzeyi, kendini

değerlendirme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi düşünce, duygu ve davranışsal sonuçlarının literatür ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu çalışma mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür.

6.1. Sonuçlar

- Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puanı ortalaması X=86.75±19.90, hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin LSKÖ toplam puanı ortalaması X=83.34±17.34'dür. Öğrencilerin Liebowitz sosyal kaygı toplam puanı ile ölçeğin alt boyutu Liebowitz kaygı toplam puanı birinci sınıf ve dördüncü sınıf değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklar tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

- Mesleki performans kaygısı yaşadığı saptanan dördüncü sınıf öğrencileriyle birinci sınıf öğrencilerinin arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuca göre mesleki performans kaygısı yaşama durumu sınıf düzeyine bağlı değildir ($\chi_p^2=1.110$; $p=0.292$).

- Müdahale grubunu oluşturan öğrencilerin LSKÖ ön test (102.56±4.54) ve son test (75.78±3.33) toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu görülmektedir ($z=-2.66$, $p<0.05$). Gözlenen farkların ön test puanları lehinde olduğu katılımcıların ön test puanlarının, son test puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur. Var olan bu farklılığın etki büyüklüğünün hesaplanması sonucunda r= 0.88 değerine ulaşılmıştır.

- Üç farklı zamanda LSKÖ'den elde edilen puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($\chi^2=16.22$, $p<0.05$). LSKÖ puanlarının ön testten, son teste ve ondan da izleme testine değiştiği saptanmıştır.

- Çalışmaya katılan bireyler bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı bireysel görüşmelerin sonucunda kaygı düzeylerinin azaldığı yönünde ifadelerde bulunmuşlardır. Bilişsel davranışçı müdahalelere dayalı bireysel görüşmeler ve simülasyon laboratuvarında yapılan uygulamalara katılmamış olsalardı, gerçek klinik koşullarında benzer bir durum ile karşılaştıklarında kaygı düzeylerinin daha yüksek olacağını ve kaygı veren bu durumdan kaçınacaklarını belirtmişlerdir.

- Nitel verilerden elde edilen bulguların çalışmanın nicel verilerini desteklediği bulunmuştur.

6.2. Öneriler

- Mesleki performans kaygısı olan hemşirelik öğrencilerinin yaygınlığının yüksek olduğu sonucundan yola çıkarak bu tür öğrencilerin klinik uygulamalara çıkmadan önce belirlenmesi,

- Mesleki performans kaygısı yaşayan öğrencilerin belirlenmesinde kaygının bilişsel, duyuşsal ve davranışsal gözlemlenebilir belirtileri hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığın artırılması,

- Mesleki performans kaygısı yaşayan öğrencilerin klinik uygulamalara çıkmadan önce belirlenebilmesi için gerekli ölçek uygulamaları ve bireysel görüşmelerin yapılmasının ardından performans kaygısı hakkında psikoeğitimin yapılması ve bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahaleleri hakkında bilgilendirilmesi,

- Performans kaygısı yaşayan öğrencilerin klinik uygulamalara çıkmadan önce mesleki performans kaygı düzeyini belirleyebilmek için simülasyon laboratuvarlarında gerçek klinik senaryo ve standart hastalar eşliğinde bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin yapılması,

- Mesleki performans kaygısı yaşayan öğrencilerin kaygı düzeylerinin azaltılmasında bilişsel davranışçı müdahalelerin uygulanması ve hasta birey ile öğrencinin güvenliğini sağlayabilmek için, müdahalenin simülasyon laboratuvarında gerçekleştirilmesi,

- Mesleki performans kaygısı yaşayan öğrencilerin kaygı düzeylerinin azaltılmasında bireysel bilişsel davranışçı yönelimli simülasyon müdahalesinin farklı merkezlerde ve daha çok sayıda öğrenci ile yapılarak kanıt değeri yüksek genellebilir sonuçların elde edilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Morris TL. Childhood anxiety disorders: etiology, assessment, and treatment in the new millennium, *Current Psychiatry Reports*, 2001, 3:267-272.

2. Clark DA, Beck AT. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*, New York, The Guilford Press, 2010:332-388.

3. Hofmann SG, DiBartolo PM. *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives,* 2nd ed. London, Academic Press, 2010:395-422.

4. Leahy RL, Holland SJ. Sosyal Fobi. İçinde: Depresyon ve Anksiyete Bozukluklarında Tedavi Planları ve Girişimleri, Aslan S, Türkçapar H, Köroğlu E, (Çeviri editörü). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, 1. Baskı, Ankara, HYB Basım, 2009:135-166.

5. Eldoğan D. Sosyal anksiyete bozukluğunun alt tipleri: Heterojen bir tanı kategorisi, *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 2018, 10(2):202-217.

6. Kessler RC, Chiu WT, Demler OV, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, *Arch Gen Psychiatry,* 2005, 62(6):617-627.

7. American College Health Association. American College Health Association–National College Health Assessment II: Reference Group Executive Summary Fall 2017. Hanover, MD: American College Health Association; 2018.

8. Kılıç C. Türkye ruh sağlığı profili:erişkin nüfusta ruhsal hastalıkların yaygınlığı, ilişkili faktörler, yetiyitimi ve ruh sağlığı hizmeti kullanımı sonuçları, Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, 1998.

9. Gultekin BK, Dereboy İF. The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students, *Turk Psikiyatri Derg.*, 2011, 22(3):150.

10. İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi Mediko-Sosyal Merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyo-demografik özellikleri, *Anatolian Journal of Psychiatry,* 2004, *5*:222-230.

11. Storrie K, Ahern K, Tuckett A. A systematic review: students with mental health problems-a growing problem, *Int J of Nurs Pract.,* 2010, 16:1-6.

12. LeViness P, Bershad C, Gorman K. The association for university and college counseling center directors annual survey, *The Association for University and College Counseling Center Directors,* 2017.

13. Russell G, Topham P. The impact of social anxiety on student learning and well-being in higher education, *J Ment Health*, 2012, 21(4):375-385.

14. Timmins F, Corroon AM, Bryne G, Mooney B. The challenge of contemporary nurse education programmes. Perceived stressors of nursing students: mental health and related lifestyle issues, *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2011, 18(9):758–766.

15. Jun WH, Lee G. The role of ego-resiliency in the relationship between social anxiety and problem solving ability among South Korean nursing students, *Nurs Educ. Today*, 2017, 49:17-21, doi:10.1016/j.nedt.2016.11.006

16. Chernomas WM, Shapiro C. Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students, *Int. J. Nurs. Educ. Scholarsh*, 2013,10(1):255-266, doi.org/10.1515/ijnes-2012-0032.

17. Karaöz S. Hemşirelikte klinik öğretime genel bir bakış ve etkin klinik öğretim için öneriler, *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,* 2003,5(1):15-21

18. Crary P. Beliefs, behaviors, and health of undergraduate nursing students, *Holist. Nurs. Pract.*2013, 27(2):74-88. doi.org/10.1097/HNP. 0b013e318280f75e.

19. Cheung RYM, Au TKF. Nursing students' anxiety and clinical performance, *J Nurs Educ.,* 2011,50:286-289, doi:10.3928/01484834-20110131-08.

20. Szpak JL, Kameg KM. Simulation decreases nursing student anxiety prior to communication with mentally ill patients, *Clin. Simul. Nurs.,* 2013, 9(1):e13-e19, doi:10.1016/j.ecns.2011.07.003.

21. Turner K, McCarthy VL. Stress and anxiety among nursing students: A review of intervention strategies in literature between 2009 and 2015, *Nurs Educ Pract.,* 2017, 22:21–29, doi: 10.1016/j.nepr.2016.11.002.

22. Reeve KL, Shumaker CJ, Yearwood EL, Crowell NA, Riley JB. Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences, *Nurs Educ. Today,* 2013, 3(4):419-424, doi:10.1016/j.nedt. 2012.11.009.

23. Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: Quantitative systematic review, *J. Adv. Nurs.*, 2011, 67(4):709-721, doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05549.x.

24. About Simulation. https://www.ssih.org/About-SSH/About-Simulation. 24 Ağustos 2020

25. NICE Social anxiety disorder: Recognition, assessment and treatment. Clinical guideline 159. http://www.nice.org.uk/guidance/cg159. 02 Ağustos 2019.

26. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR (eds). *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, New York, Guilford Press, 1995:69-93.

27. Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, Powers MB, Smits J, Hofmann SG. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials, *Depress anxiety*, 2018, 35(6):502-514, doi:10.1002/da.22728.

28. Beck AT. *Cognitive Therapy and The Emotional Disorders*, New York, NY, International Universities Press,1976

29. Gaba DM. The future vision of simulation in health care, *Qual Saf in Health Care,* 2004,13(Suppl 1):2-10. doi.org/10.1136/qshc.2004.009878.

30. Cant RP, Cooper SJ. Simulation-based learning in nurse education: A systematic review, *J. Adv. Nurs.,* 2010, 66(1):3-15.

31. Dearmon V, Graves RJ, Hayden S, Mulekar MS, Lawrence SM, Jones L, Smith KK, Farmer JE. Effectiveness of simulation-based orientation of baccalaureate nursing students preparing for their first clinical experience, *J. Nurs. Educ.,* 2013, 52(1):29-38, doi:10.3928/01484834-20121212-02.

32. Webster D. Using standardized patients to teach therapeutic communication in psychiatric nursing, *Clin. Simul. Nurs.,* 2014, 10:81-86, doi:10.1016/j.ecns.2013.08.005.

33. Tuzer H, Dinc L, Elcin M. The effects of using high-fidelity simulators and standardized patients on the thorax, lung and cardiac examination skills of undergraduate nursing students, *Nurs Educ. Today,* 2016, 45:20-125, doi:10.1016/j.nedt.2016.07.002

34. Donovan LM, Mullen KL. Expanding nursing simulation programs with a standardized patient protocol on therapeutic communication, *Nurs Educ. Pract.,* 2019, 38:126-131, doi:10.1016/j.nepr.2019.05.015.

35. Joo GE, Sohng KY, Kim HJ. 2015. Effects of a standardized patient simulation program for nursing students on nursing competence, communication skill, selfefficacy and critical thinking ability for blood transfusion, *J. Kor. Acad. Fundam. Nurs.*, 2015, 22:49-58, doi:10.7739/jkafn.2015.22.1.49.

36. Loomis AL. The Impact of Debriefing for Meaningful Learning on Knowledge Development, Knowledge Retention, and Knowledge Application among Baccalaureate Nursing Students, University of Northern Colorado, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2018.

37. Horsley TL, Wambach K. Effect of nursing faculty presence on students' anxiety, self-confidence, and clinical performance during a clinical simulation experience, *Clin Simul Nurs.,* 2015, 11:4-10, doi:10.1013/jecns.2014.09.012.

38. Liaw SY, Scherpbier A, Rethans JJ, Klainin-Yobas P. 2011. Assessment for simulation learning outcomes: a comparison of knowledge and self reported confidence with observed clinical performance, *Nurs Educ. Today*, 2012, 32(6): e35-e39, doi:10.1016/j.nedt.2011.10.006.

39. Onovo GN. Human Patient Simulations: Evaluation of Self-efficacy and Anxiety in Clinical Skills Performance, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2013.

40. Crytzer ML. The Effect of High-fidelity Home Health Simulations on Nursing Students' Clinical Performance, Loyola University Chicago, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2011.

41. Dilbaz N. Sosyal anksiyete bozukluğu:Tanı, epidemiyoloji, etiyoloji, klinik ve ayırıcı tanı, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2000, 2:3-21.

42. American Psychiatric Associattion. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, *(DSM-5)*, Washington, DC APA, 2013.

43. The National Institute of Mental Health (NIMH). Social Anxiety Disorder. https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/social-anxiety-disorder.shtml. 02 Ağustos 2019

44. Powell DH. Treating individuals with debilitating performance anxiety: An introduction, *J Clin Psychol.*, 2004, 60(8):801-808.

45. Washington GT. Performance anxiety in new graduate nurses: Is it for real?, *Dimens Crit Care Nurs.,* 2012, 31(5):295-300.

46. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States, *Int J Meth Psych Res.,* 2012, 21(3):169-184.

47. The Conversation. Explainer: what is social anxiety disorder?. How common is SAD? https://theconversation.com/explainer-what-is-social-anxiety-disorder 36601. 2 Ağustos 2019

48. Stein DJ, Lim CC, Roest AM, Jonge PD, Aguilar-Gaxiola SA, Al-Hamzawi AO, Scott KM. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the world mental health survey initiative, *BMC Medicine,* 2017, 15(1);143, doi: 10.1186/s12916-017-0889-2.

49. Heimberg RG, Stein MB, Hiripi E, Kessler RC. Trends in the prevalence of social phobia in the United States: A synthetic cohort analysis of changes over four decades, *Eur Psychiat.,* 2000, 15(1):29-37.

50. Wong QJJ, Rapee RM. The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model, *J Affect Disorders,* 2016, 203:84-100, doi: 10.1016/j.jad.2016.05.069.

51. Elizabeth J, King N, Ollendick TH, Gullone E, Tonge B, Watson S, Macdermott S. Social anxiety disorder in children and youth: A research update on aetiological factors, *Counselling Psychology Quarterly,* 2006,19(2):151-163, doi: 10.1080/09515070600811790.

52. Merikangas KR, Lieb R, Wittchen HU, Avenevoli S. Family and high risk studies of social anxiety disorder, *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 2003, 417:28-37, doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s417.5.x

53. Scaini S, Belotti R, Ogliari A. Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data, *J Anxiety Disord.,* 2014, 28(7):650-656, doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002

54. Erwin BA, Heimberg RG, Marx BP, Franklin ME. Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder, *J Anxiety Disord.,* 2006, 20(7):896-914, doi: 10.1016/j.janxdis.2005.05.006

55. Lieb R, Wittchen HU, Höfler M, Fuetsch M, Stein MB, Merikangas KR. Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: A prospective-longitudinal community study, *Arch Gen Psychiat.,* 2000,57(9):859-866.

56. Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder, *Am J Psychiat.,* 2001, 158(10):1558-1567, doi:10.1176/appi.ajp.158.10.1558

57. Ding J,Chen H, Qiu C, Liao W, Warwick JM, Duan X, Zhang W, Gong Q. 2011.Disrupted functional connectivity in social anxiety disorder: A resting-state fMRI study, *J. Magn. Reson.Imaging,* 2011, 29(5):701-711.

58. Pannekoek JN, Veer IM ,vanTol MJ, van der Werff SJA, Demenescu LR, Aleman A, van der Wee NJ. Resting-state functional connectivity abnormalities in limbic and salience networks in social anxiety disorder without comorbidity, *Eur. Neuropsychopharmacol,* 2013, 23(3):186-195,doi: 10.1016/j.euroneuro.2012.04.018.

59. Baur V, Brühl AB, Herwig U, Eberle T, Rufer M, Delsignore A, Jäncke L, Hänggi J. Evidence of frontotemporal structural hypoconnectivity in social anxiety disorder: A quantitative fiber tractography study, *Hum.Brain Mapp.,* 2013, 34(2):437-446, doi: 10.1002/hbm.21447.

60. Klumpp H, Angstadt M, Phan KL. Insula reactivity and connectivity to anterior cingulate cortex when processing threat in generalized social anxiety disorder, *Biol.Psychol.,* 2012, 89(1):273–276, doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.10.010.

61. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranezouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling P. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis, *The Lancet Psychiatry,* 2014,1(5):368-376, doi:10.1016/S2215-0366(14)70329-3

62. Beck AT. Thinking and depression: II. theory and therapy, *Arch Gen Psychiat.,* 1964,10 (6):561-571, doi:10.1001/archpsyc.

63. Türkçapar MH. *Bilişsel Terapi: Temel İlkeler ve Uygulama,* 11. Baskı. HYB Basım Yayın, Ankara, 2018.

64. Heimberg RC, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In:Hofmann SG, DiBartolo PM (eds.). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives,* 2nd ed. San Diego, CA: Elsevier, 2010:395-422.

65. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications, *Cog. Behav. Therapy,* 2007, 36(4):193-209, doi: 10.1080/16506070701421313.

66. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia, *Behav. Res. Ther.,* 1997, *35*(8):741-756. doi:10.1016/S0005-7967(97)00022-3.

67. Hirsch C, Meynen T, Clark D. Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions, *Memory,* 2004, 12(4):496-506, doi:10.1080/09658210444000106.

68. Plasencia ML, Alden LE, Taylor CT. Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder, *Behav. Res. Ther.,* 2011, 49(10):665-675, doi: 10.1001/archpsyc.55.1.56.

69. Zhang A, Franklin C, Jing S, Bornheimer LA, Hai AH, Himle JA, Kong D, Ji Q. The effectiveness of four empirically supported psychotherapies for primary care depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis, *J Affect Disord.*, 2019, 245:1168-1186, doi: 10.1016/j.jad.2018.12.008.

70. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, Wild J. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial, *J Consult Clin Psychol.,* 2006, 74(3):568-78, doi:10.1037/0022-006X.74.3.568.

71. Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: A randomized controlled trial, *Arch. Gen. Psychiat.,* 2011,68(7), 692-700, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.67.

72. Huang J, Nigatu YT, Smail-Crevier R, Zhang X, Wang J. Interventions for common mental health problems among university and college students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *J Psychiatr Res.,* 2018, 107:1-10, doi:10.1016/j.jpsychires.2018.09.018.

73. Bjornsson AS, Bidwell LC, Brosse AL, Carey G, Hauser M, Mackiewicz Seghete KL, Schulz-Heik RJ, Weatherley D, Erwin BA, Craighead WE. Cognitive-behavioral group therapy versus group psychotherapy for social anxiety disorder among college students: A randomized controlled trial, *Depress Anxiety.*, 2011, 28(11):1034-1042, doi: 10.1002/da.20877.

74. Warnock-Parkes E, Wild J, Stott R, Grey N, Ehlers A, Clark DM. Seeing is believing: Using video feedback in cognitive therapy for social anxiety disorder, *Cogn. Behav. Pract.*, 2017, 24(2):245–255, doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.007.

75. McManus F, Clark DM, Grey N, Wild J, Hirsch C, Fennell M, Manley J. A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia, *J Anxiety Disord.,* 2009, 23(4):496-503, doi:10.1016/j.janxdis.2008.10.010

76. Shahsavari H, Parsa Yekta Z, Houser ML, Ghiyasvandian S. Perceived clinical constraints in the nurse student - instructor interactions: A qualitative study, *Nurs Educ. Pract.,* 2013, 13(6):546-552, doi: 10.1016/j.nepr.2013.05.006.

77. Goff AM. Stressors, academic performance, and learned resourcefulness in baccalaureate nursing students, *Int J Nurs Educ Scholarsh.,* 2011, 8(1):1-20, doi:10.2202/1548-923X.2114.

78. Reeve KL, Shumaker CJ, Yearwood EL, Crowell NA, Riley JB. Perceived stress and social support in undergraduate nursing students' educational experiences, *Nurs Educ. Today,* 2013, 3(4):419-424, doi:10.1016/j.nedt. 2012.11.009.

79. Liao RX, Liu YH. The impact of structural empowerment and psychological capital on competence among Chinese baccalaureate nursing students: a questionnaire survey, *Nurs Educ. Today,* 2016, 36:31-36.

80. Park YS, Kwon Y. Ego resilience, problem solving process and clinical practice competency in nursing students, *J. Korean Acad. Soc. Nurs. Educ.*, 2013, 19(3):341-350, doi:10.5977/jkasne.2013.19.3.341.

81. Bella TT, Omigbodun OO. Social phobia in Nigerian university students: Prevalence, correlates and co-morbidity, *Soc. Psych. Psych. Epid.*, 2009, 44(6): 458-463, doi: 10.1007/s00127-008-0457-3.

82. Sharma R, Sharma P. A correlational study to assess the relation of anxiety and social phobia with academic performance of students in a selected nursing college, Ludhiana, Punjab, *Int. J. Nurs. Educ.*, 2015, *7*(2):26.

83. Jun WH, Lee G. The role of ego-resiliency in the relationship between social anxiety and problem solving ability among South Korean nursing students, *Nurs Educ. Today*, 2017, 49:17-21, doi:10.1016/j.nedt.2016.11.006

84. Lau Y. Factors affecting the social problem-solving ability of baccalaureate nursing students, *Nurs Educ. Today,* 2014, 4(1):121-126, doi:10.1016/j. nedt.2012.10.010.

85. Everhart B, Slate M. New graduates in the burn unit*,Crit Care Nurs Clin North Am.,* 2004, 16(1):51-9, doi:10.1016/j.ccell.2003.09.006.

86. Reddish MV, Kaplan LJ. When are new graduate nurses competent in the intensive care unit?, *Critical Care Nursing Quarterly,* 2007, 30:199-205.

87. Kuder BN, Grover RL. Social anxiety, observed performance, and perceived social competencies in late-adolescent friendships, *Psi Chi J. Psychol. Res.*, 2014, 19(1):10–19.

88. Buckner JD, Bernert RA, Cromer KR, Joiner TE, Schmidt NB. Social anxiety and insomnia:The mediating role of depressive symptoms, *Depress. Anxiety,* 2008,25(2):124-130, doi:10.1002/da.20282.

89. McGraw L, Out D, Hammermeister J, Ohlson C, Pickering M, Granger D. Nature, correlates, and consequences of stress-related biological reactivity and regulation in Army nurses during combat casualty simulation, *Psychoeuroendocrinology,* 2013, 38:135-144.

90. LeBlanc V. The effects of acute stress on performance: implications for health professions education, *Acad. Med.,* 2009, 84 (10): 25–33.

91. Lindop E. Individual stress among nurses in training: why some leave while others stay, *Nurs Educ. Today*, 1991, 11(2):110–120, doi:10.1016/0260-6917(91)90146-2.

92. Dickerson S, Kemeny M. Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research, *Psychol. Bull.*, 2004, 130:255-391.

93. Rohleder N, Beulen S, Chen E,Wolf J, Kirschbaum C. Stress on the dance floor: The cortisol stress response to social-evaluative threat in competitive ballroom dancers, *Personal. Soc. Psychol. Bull.,* 2007, 33(1):69-84.

94. Sulliman WA, Halabi J. Critical thinking, self-esteem, and state anxiety of nursing students, *Nurs Educ. Today,* 2007, 27:162-168.

95. Sprengel AD, Job L. Reducing student anxiety by using clinical peer mentoring with beginning nursing students, *Nurs Educ.,* 2004, 29:246-250.

96. Kim KH. Baccalaureate nursing students' experiences of anxiety producing situations in the clinical setting, *Contemp Nurse.,* 2003;14(1):145-155.

97. Edelman M, Ficorelli C. A measure of success: Nursing students and test anxiety*, J Nurses Staff Dev.,* 2005, 21:55-59, doi:10.1097/00124645-200503000-00004.

98. Oermann MH, Molloy MA, Vaughn J. Use of deliberate practice in teaching in nursing, *Nurs Educ. Today,* 2015, 35(4):535-536.

99. Gaberson KB, Oermann MH. *Clinical Teaching Strategies in Nursing*, 3rd ed. New York, Springer Publishing Company, 2010.

100. Kenny P, Reeve R, Hall J. Satisfaction with nursing education, job satisfaction, and work intentions of new graduate nurses, *Nurs Educ. Today*, 2016, 36:230-235.

101. Galbraith ND, Brown KE. Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: Quantitative systematic review, *J. Adv. Nurs.*, 2011, 67(4):709-721, doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05549.x.

102. Li Y, Jones CB. A literature review of nursing turnover costs, *J. Nurs. Manag.,* 2013, 21(3):405-418, doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01411.x.

103. Hughes BM. Study, examinations, and stress: Blood pressure assessments in college students, *Educ. Rev.,* 2005, 57:21-36, doi:10.1080/0013191042000274169.

104. Hensel D, Bradburn TC, Kelly A, Manahan I, Merriman H, Metzinger F, Moore H. Student impressions of an art therapy class, *J. Holist. Nurs.,* 2012, 30(4):264-269, doi:10.1177/0898010112455947.

105. Young JS. Pet therapy: Dogs de-stress students, *J. Christ. Nurs.,* 2012, 29(4):217-221. doi:10.1097/CNJ.0b013e31826701a7

106. Malinski VM, Todaro-Franceschi V. Exploring co-meditation as a means of reducing anxiety and facilitating relaxation in a nursing school setting, *J. Holist. Nurs.,* 2011, 29(4): 242-248, doi:10.1177/0898010111398334.

107. Prato CA, Yucha CB. Biofeedback-assisted relaxation training to decrease test anxiety in nursing students, *Nurs. Educ. Perspect.,* 2013, 34(2):76-81, doi:10.5402/2012/827972.

108. Pare JM. Effects of Guided Imagery on the Level of Stress Experienced by Pre-licensure Baccalaureate Nursing Students Engaged in Clinical Learning Experiences, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2014.

109. Johnson C. The Effect of Diffused Aromatherapy on Test Anxiety Among Baccalaureate Nursing Students, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2013.

110. Irani FS. The Relationships Among Personality, Stress, and Situation Awareness: The Effect of Situation Awareness Training, Auburn University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2008.

111. Manning A, Cronin P, Monaghan A, Rawlings-Anderson K. Supporting students in practice: An exploration of reflective groups as a means of support, *Nurs Educ. Pract.,* 2009, 9(3):176-183, doi:10.1016/j.nepr.2008.07.001.

112. Rees KL. The role of reflective practices in enabling final year nursing students to respond to the distressing emotional challenges of nursing work, *Nurs Educ. Pract.,* 2013, 13(1):48-52, doi:10.1016/j.nepr.2012.07.003.

113. O'Brien DA. Using Mindfulness Meditation Intermixed with Humor to Reduce Anxiety Among Nursing Students during Clinical Practice, Capella University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2013

114. Ganzer CA, Zauderer C. Structured learning and self-reflection: strategies to decrease anxiety in the psychiatric mental health clinical nursing experience, *Nurs. Educ. Perspect.* 2013, 34(4):244-247, doi:10.5480/1536-5026-34. 4.244.

115. Schwarze MJ. Assessing the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy in Individual Sessions in Reducing Self-reported Stress and Increasing Self-reported Mindfulness Levels of a Nursing Student, North Carolina State University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral dissertation, 2012.

116. Capp SJ, Williams MG. Promoting student success and well-being: A stress management course, *Holist. Nurs. Pract.,* 2012, 26(5):272-276, doi:10. 1097/HNP.0b013e318263f32a.

117. Hayden J, Smiley R, Alexander M, Kardong-Edgren S, Jeffries P. The NCSBN national simulation study: A longitudinal, randomized, controlled study replacing clinical hours with simulation in prelicensure nursing education, *JNR.,* 2014, 5(2 Supplement):1-64, doi:10.1016/s2155-8256(15)30062-4.

118. Yuan HB, William BA, Fang JB, Ye QH. A systematic review of selected evidence on improving knowledge and skills through high-fidelity simulation, *Nurs Educ. Today,* 2012, 32(3):294-298, doi:10.1016/j.nedt.2011.07.010.

119. Brown AM. Simulation in undergraduate mental health nursing education: a literature review, *Clin. Simul. Nurs.,* 2015,11:445–449. Doi:10.1016/j.ecns.2015.08.003.

120. Vandyk AD, Lalonde M, Merali S, Wright E, Bajnok I, Davies B. The use of psychiatryfocused simulation in undergraduate nursing education:a systematic search and review, *Int. J. Ment. Health Nurs.,* 2018, 27(2):514-535. doi:10.1111/inm.12419.

121. Smiley RA. Survey of simulation use in prelicensure nursing programs: Changes and advancements, 2010-2017, *Journal of Nursing Regulation,* 2019, 9(4):48-61.

122. Barlow M, Dickie R, Morse C, Bonney D, Simon R. Documentation framework for healthcare simulation quality improvement activities, *Adv Simul (Lond).*, 2017, 2:19. doi:10.1186/s41077-017-0053-2

123. Kaba A, Barnes S. Commissioning simulations to test new healthcare facilities: a proactive and innovative approach to healthcare system safety, *Adv Simul (Lond).*, 2019, 4:17. doi:10.1186/s41077-019-0107-8

124. Bender GJ. In situ simulation for systems testing in newly constructed perinatal facilities, *Semin Perinatol*, 2011, 35(2):80-83. doi:10.1053/j.semperi.2011.01.007

125. Kashikar TS, Kerwin TF, Moberly AC, Wiet GJ. A review of simulation applications in temporal bone surgery, *Laryngoscope Investig Otolaryngol*, 2019,4(4):420-424. doi:10.1002/lio2.277

126. Aubin CE, Labelle H, Chevrefils C, Desroches G, Clin J, Eng AB. Preoperative planning simulator for spinal deformity surgeries, *Spine (Phila Pa 1976)*, 2008, 33(20):2143-2152. doi:10.1097/BRS.0b013e31817bd89f

127. Jäger M, Nyffeler T, Müri R, Mosimann UP, Nef T. Adapting a driving simulator to study pedestrians' street-crossing decisions: a feasibility study, *Assist Technol*, 2015, 27(1):1-8. doi:10.1080/10400435.2014.929193

128. Eijlers R, Utens EMWJ, Staals LM, et al. Systematic review and meta-analysis of virtual reality in pediatrics: effects on pain and anxiety. *Anesth Analg*., 2019, 129(5):1344-1353. doi:10.1213/ANE.0000000000004165.

129. Maples-Keller JL, Yasinski C, Manjin N, Rothbaum BO. Virtual reality-enhanced extinction of phobias and post-traumatic stress, *Neurotherapeutics*, 2017,14(3):554-563. doi:10.1007/s13311-017-0534-y

130. Shankar PR, Dwivedi NR. Standardized patient's views about their role in the teaching-learning process of undergraduate basic science medical students*, J. Clin. Diagn. Res.,* 2016, 10(6): JC01–5, doi:10.7860/JCDR/2016/18827.7944.

131. Webster D, Seldomridge L, Rockelli L. Making it real: using standardized patients to bring case studies to life, *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.,* 2012, 50:36-41, doi:10.3928/02793695-20120410-06.

132.Koo L, Layson-Wolf C, Brandt N, Hammersla M, Idzik S, Rocafort PT, Tran D, Wilkerson RG, Windemuth B. Qualitative evaluation of a standardized patient clinical simulation for nurse practitioner and pharmacy students, *Nurs Educ. Pract.,* 2014, 14(6):740-746, doi:10.1016/j.nepr.2014.10.005

133.Schram AP, Mudd S. Implementing standardized patients within simulation in a nurse practitioner program, *Clin. Simul. Nurs.,* 2015, 11:208-213, doi:10. 1016/j.ecns.2015.02.002.

134.Oh PJ, Jeon KD, Koh MS. The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis, *Nurs Educ. Today,* 2015, 35(5):e6–e15, doi:10.1016/j.nedt.2015.01.019.

135.Cato M. Nursing student anxiety in simulated settings: A mixed methods study, Portland State University, ProQuest Dissertations Publishing, Doctoral Dissertation, 2013

136.MacLean S, Kelly M, Geddes F, Della F. Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review, *Nurs Educ. Today,* 2017, 48:90-98, doi:10.1016/j.nedt.2016.09.018.

137.Andrea J, Kotowski P. Using standardized patients in an undergraduate nursing health assessment class, *Clin. Simul. Nurs.,* 2017, 13(7):309-313, doi:10.1016/j.ecns.2017.05.003.

138.Ha EH. Experience of nursing students with standardized patients in simulation based learning: Q-methodology study, *Nurs. Educ. Today,* 2018, 66:123-129, doi:10.1016/j.nedt.2018.04.023

139.Yıldırım A, Şimşek A. *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri,* 11. Baskı. Seçkin Yayınevi, Ankara, 2018

140.Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz social anxiety scale: The Turkish version, *PsycholRep,* 2003, 93(3 Pt 2):1059-69.

141. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology, *Qual Res Psychol.,* 2006, 3(2):77-101.

142. Yücens B, Üzer A. The relationship between internet addiction, social anxiety, impulsivity, self-esteem, and depression in a sample of Turkish undergraduate medical students, *Psychiatry Res.,* 2018*,* 267:313-318, doi:10.1016/j.psychres.2018.06.033.

143. Thorisdottir AS, Tryggvadottir A, Saevarsson ST, Bjornsson AS. Brief report: Sudden gains in cognitive-behavioral group therapy and group psychotherapy for social anxiety disorder among college students, *Cogn Behav Therapy,* 2018, 47(6):462-469, doi:10.1080/16506073.2018.1466909.

144. Ghezelbash S, Rahmani F, Peyrovi H, Imamloo M. Social anxiety in nursing students of tehran universities of medical sciences, *Research and Development in Medical Education,* 2015, 4(1): 85-90, doi:10.15171/rdme.2015.014.

145. Honnekeri BS, Goel A, Umate M, Shah N, De Sousa A. Social anxiety and Internet socialization in Indian undergraduate students: An exploratory study, *Asian J Psychiatr.,*2017, 27:115-120, doi: 10.1016/j.ajp.2017.02.021.

146. Norton AR, Abbott MJ. The efficacy of imagery rescripting compared to cognitive restructuring for social anxiety disorder, *J Anxiety Disord.,* 2016, 40:18-28, doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.009.

147. Ye H. Impact of Mindfulness-based stress reduction (MBSR) on students' social anxiety: A randomized controlled trial, *NeuroQuantology,* 2017, 15(4):101-06, doi: 10.14704/nq.2017.15.4.1134

148. Dell'Osso L, Abelli M, Pini S, Carlini M, Carpita B, Macchi E, Gorrasi F, Mengali F, Tognetti R. Dimensional assessment of DSM-5 social anxiety symptoms among university students and its relationship with functional impairment, *Neuropsychiatr Dis Treat,* 2014, 16(10):1325-1332, doi:10.2147/NDT.S59348

149.Jimenez C, Navia-Osorio PM, Diaz CV. Stress and health in novice and experienced nursing students, *J. Adv. Nurs.* 2010,66 (2):442-455, doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05183.x.

150.Wang AH, Lee CT, Espin S. Undergraduate nursing students' experiences of anxiety-producing situations in clinical practicums: A descriptive survey study, *Nurs Educ. Today,* 2019, 76:103-108, doi: 10.1016/j.nedt.2019.01.016.

151.Melo K, Williams B, Ross C. The impact of nursing curricula on clinical practice anxiety, *Nurs Educ. Today,* 2010, 30(8):773-778, doi:10.1016/j.nedt.2010.02.006.

152.Najjar RH, Lyman B, Miehl M. Nursing students' experiences with high-fidelitysimulation, *Int.J.Nurs.Educ.Scholarsh.,* 2015, 12(1):1-9, doi:10.1515/ijnes-2015-0010.

153.MacLean H, Janzen KJ, Angus S. Lived experience in simulation: Student perspectives of learning from two lenses, *Clin Simul Nurs.,* 2019, 31(C):1-8, doi.org/10.1016/j.ecns.2019.03.004.

154.Afolayan JA, Donald B, Onasoga O, Babafemi A, Juan A. Relationship between anxiety and academic performance of nursing students. Niger Delta University, Bayelsa State, Nigeria, *Advances in Applied Science Research*, 2013, 4(5):25-33.

155.Labrague LJ. Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school, *Health Sci J,* 2014, 7(4):424-435.

156.Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*, 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall, 2011:157-180.

157.Leigh E, Clark DM. Cognitive therapy for social anxiety disorder in adolescents: A development case series, *Behav. Cogn. Psychoth.,* 2016, 44(1):1-17, doi:10.1017/s1352465815000715.

158.Chan CKL, So WKW, Fong DYT. Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice, *J Prof Nurs.*, 2009, 25(5): 307-313, doi:10.1016/j.profnurs.2009.01.018.

159. Avşar V. Bilişsel Davranışçı Terapiye Dayalı Bireysel Psikolojik Danışmanın Sosyal Kaygı, Özyeterlik ve Psikolojik İyi Oluş Üzerindeki Etkisi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Doktora Tezi, Ankara: Ankara üniversitesi, 2019.

160. Salzer S, Stefini A, Kronmüller KT, Leibing E, Leichsenring F, Henningsen P, Peseschkian H, Reich G, Rosner R, Ruhl U, Schopf Y, Steinert C, Vonderlin E, Steil R. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in adolescents with social anxiety disorder: Amulticenter randomized controlled trial, *Psychother Psychosom,* 2018, 87(4):223-233, doi: 10.1159/000488990.

161. Kurtoğlu M. Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi'nin Sosyal Anksiyete Bozukluğu Olan Üniversite Öğrencilerinde Anksiyete, Ruminasyon ve Öz-Şefkat Düzeyleri Üzerindeki Etkisi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora Programı, Doktora tezi, Gaziantep: Hasan Kalyoncu Üniversitesi, 2019.

162. Neufeld CB, Palma PC, Caetano K, Brust-Renck PG, Curtiss J, Hofmann SG. A randomized clinical trial of group and individual cognitive-behavioral therapy approaches for social anxiety disorder, *Int J Clin Hlth Psyc.,* 2020, 20(1):29-37, doi:10.1016/j.ijchp.2019.11.004

163. Mortberg E, Clark DM, Sundin O, Aberg WA. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial, *Acta Psychiatr Scand,* 2007, 115:142-54, doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x.

164. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence, *World psychiatry*, 2016, 15(3):245-258. doi:10.1002/wps.20346.

165. Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler R. Social fears and social phobia in the USA: Results from the national comorbidity survey replication, *Psychol Med.,* 2008, 38:15-28, doi:10.1017/S0033291707001699.

166.McMillan D, Lee R. A systematic review of behavioral experiments vs. exposure alone in the treatment of anxiety disorders: A case of exposure while wearing the emperor's new clothes?, *Clin Psychol Rev.,* 2010, 30:467-478, doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.003.

167. Kaczkurkin AN, Foa EB. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence, *Dialog Clin Neurosci*, 2015, 17:337-346.

168. Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Hüsing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V, Stangier U, Strauss B, Stuhldreher N, Tefikow S, Teisman T, Willutzki U, Wiltink J, Leibing E. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: A multicenter randomized controlled trial, *Am J Psychiatr.,*2013, 170(7):759-67, doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12081125.

169.Orr EMJ, Moscovitch DA. Learning to re-appraise the self during video feedback for social anxiety: Does depth of processing matter?, *Behav Res Ther,* 2010, 48:728-37, doi:10.1016/j.brat.2010.04.004.

170.Orr EMJ, Moscovitch DA. Physical appearance anxiety impedes the therapeutic effects of video feedback in high socially anxious individuals, *Behav Cogn Psychother.,* 2014, 42(1):92-104, doi: 10.1017/S1352465812001038.

171.Harvey AG, Clark DM, Ehlers A, Rapee RM. Social anxiety and self-impression: Cognitive preparation enhances the beneficial effects of video feedback following a stressful social task, *Behav Res Ther.,* 2000, 38(1):1183-1192, doi:10.1016/s0005-7967(99)00148-5

172.Schreiber F, Heimlich C, Schweitzer C, Stangier U. Cognitive therapy for social anxiety disorder: the impact of the “self-focused attention and safety behaviours experiment” on the course of treatment, *Behav Cogn Psychother.,* 2015, 43(2):158-66. doi:10.1017/S1352465813000672

173. Rodebaugh TL, Heimberg RG, Schultz LT, Blackmore M. The moderated effects of video feedback for social anxiety disorder, *J Anxiety Disord.,* 2010, 24(7):663-71, doi: 10.1016/j.janxdis.2010.04.007.

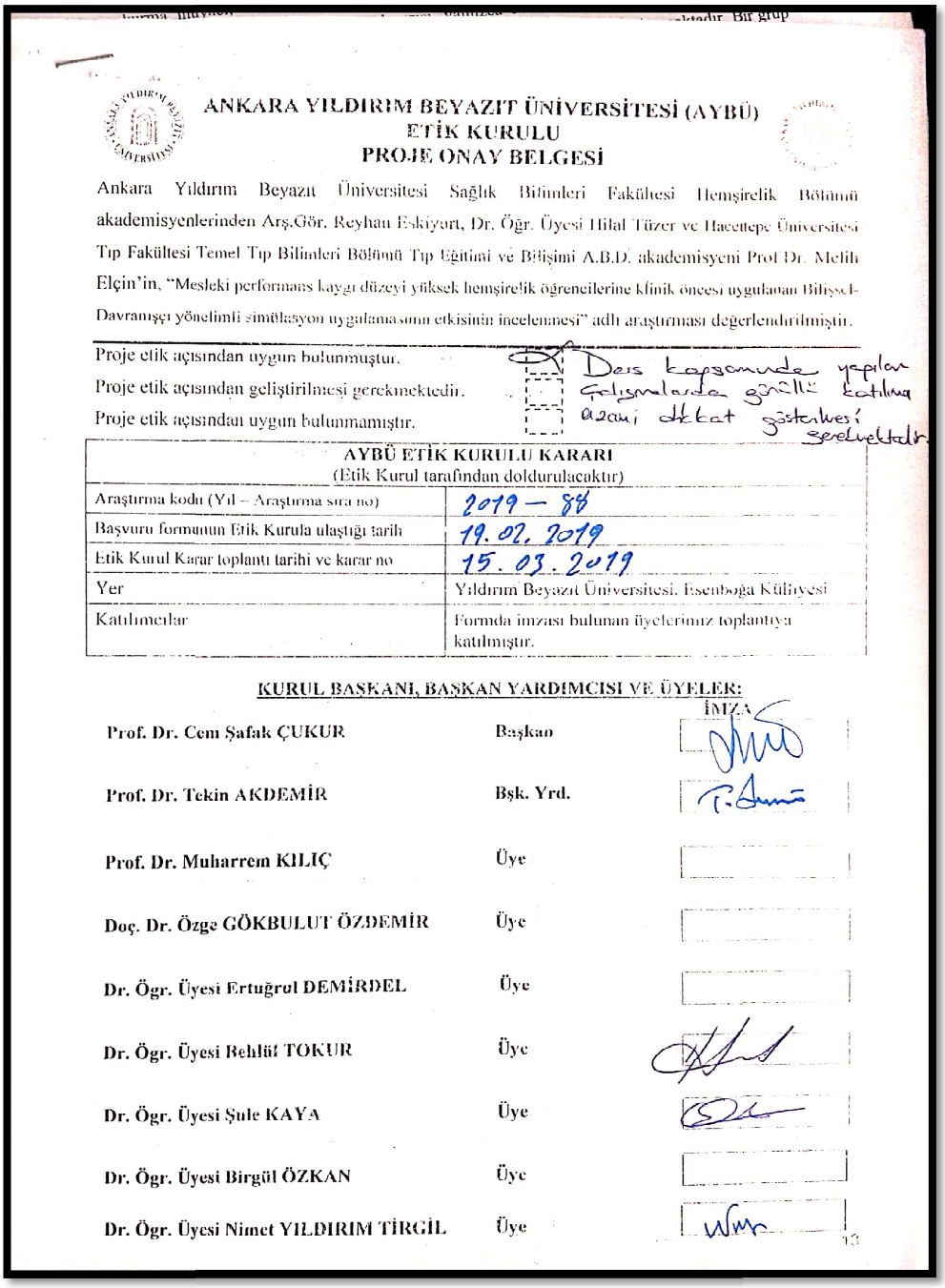
174. Nilsson JE, Lundh LG, Faghihi S, Roth-Andersson G. The enhancement of beneficial effects following audio feedback by cognitive preparation in the treatment of social anxiety: A single-session experiment, *J Behav Ther Exp Psychiatry,* 2011, 42(4):497-503, doi: 10.1016/j.jbtep.2011.05.004.

175. Carl E, Stein AT, Levihn-Coon A, et al. Virtual reality exposure therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized controlled trials, *J Anxiety Disord*., 2019, 61:27-36. doi:10.1016/j.janxdis.2018.08.003

176. Boeldt D, McMahon E, McFaul M, Greenleaf W. Using virtual reality exposure therapy to enhance treatment of anxiety disorders: ıdentifying areas of clinical adoption and potential obstacles, *Front Psychiatry*, 2019, 10:773. doi:10.3389/fpsyt.2019.00773

8.EKLER

Ek-1. Etik Kurul İzni



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü akademisyenlerinden Arş.Gör. Reyhan Eskiyurt, Dr. Öğr. Üyesi Hilal Tüzer ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel Tıp Bilimleri Bölümü Tıp Eğitimi ve Bilişimi A.B.D. akademisyeni Prof.Dr. Melih Elçin'in, "Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan Bilişsel-Davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir.

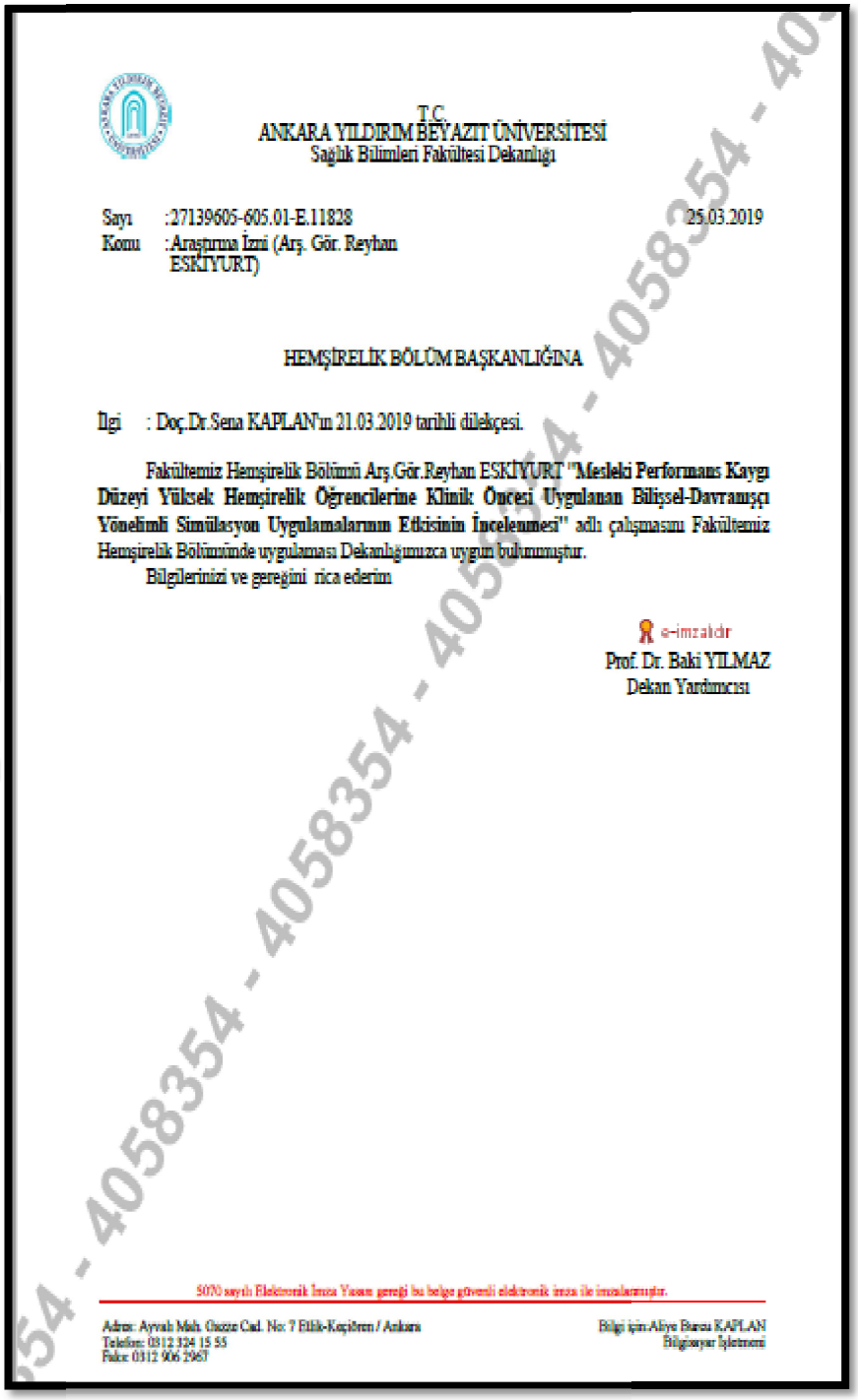
Proje etik açısından uygun bulunmuştur. ☒ Ders kapsamında yapılan çalışmalarda gönüllü katılıma azami dikkat gösterilmesi sorumluluktadır.
Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. ☐
Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. ☐

AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2019 – 88
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	19.02.2019
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	15.03.2019
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Başkan	
Prof. Dr. Tekin AKDEMİR	Bşk. Yrd.	
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye	
Doç. Dr. Özge GÖKBULUT ÖZDEMİR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Behlül TOKUR	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Şule KAYA	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Birgül ÖZKAN	Üye	
Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	Üye	

Ek-2. Kurum İzinleri



T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 27139605-605.01-E.11828 25.03.2019
Konu : Araştırma İzni (Arş. Gör. Reyhan ESKİYURT)

HEMŞİRELİK BÖLÜM BAŞKANLIĞINA

İlgi : Doç.Dr.Sena KAPLAN'ın 21.03.2019 tarihli dilekçesi.

Fakültemiz Hemşirelik Bölümü Arş.Gör.Reyhan ESKİYURT "**Mesleki Performans Kaygı Düzeyi Yüksek Hemşirelik Öğrencilerine Klinik Öncesi Uygulanan Bilişsel-Davranışçı Yönelimli Simülasyon Uygulamalarının Etkisinin İncelenmesi**" adlı çalışmasını Fakültemiz Hemşirelik Bölümünde uygulaması Dekanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim

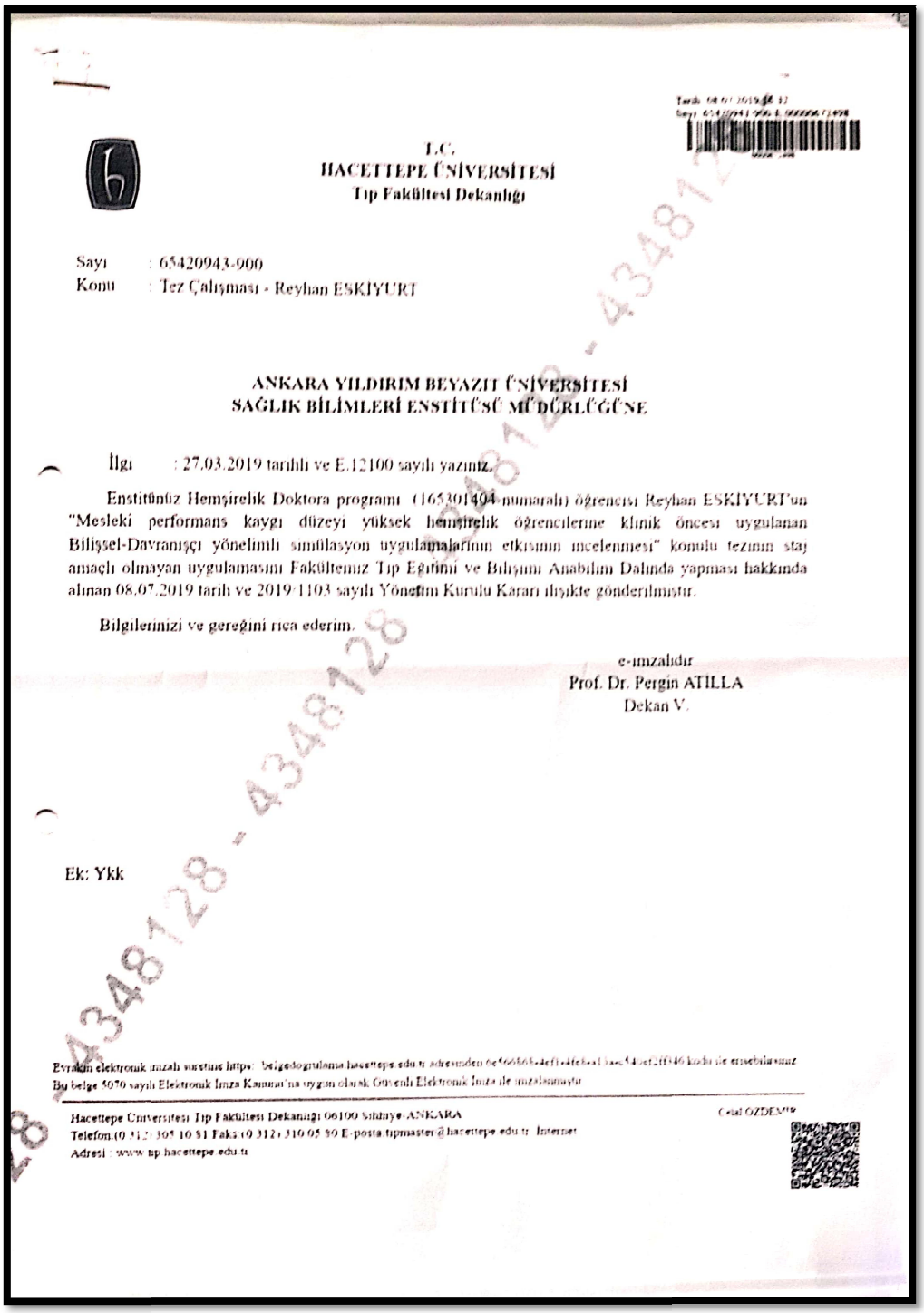
e-imzalıdır
Prof. Dr. Baki YILMAZ
Dekan Yardımcısı

5070 sayılı Elektronik İmza Yasası gereği bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Adres: Ayvalı Mah. Gazze Cad. No: 7 Etlik-Keçiören / Ankara
Telefon: 0312 324 15 55
Faks: 0312 906 2967

Bilgi için:Aliye Barcu KAPLAN
Bilgisayar İşletmeni

4058354 - 4058354 - 4058354 - 4058354 - 405



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 65420943-900
Konu : Tez Çalışması - Reyhan ESKİYURT

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27.03.2019 tarihli ve E.12100 sayılı yazınız.

Enstitünüz Hemşirelik Doktora programı (165301404 numaralı) öğrencisi Reyhan ESKİYURT'un "Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan Bilişsel-Davranışçı yönelimli simülasyon uygulamalarının etkisinin incelenmesi" konulu tezinin staj amaçlı olmayan uygulamasını Fakültemiz Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalında yapması hakkında alınan 08.07.2019 tarih ve 2019/1103 sayılı Yönetim Kurulu Kararı ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Pergin ATILLA
Dekan V.

Ek: Ykk

Evrakın elektronik imzalı sureti https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr adresinden [illegible] kodu ile sorgulanabilir.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 06100 Sıhhiye-ANKARA
Telefon:(0 312) 305 10 91 Faks (0 312) 310 05 30 E-posta:tipmaster@hacettepe.edu.tr İnternet Adresi : www.tip.hacettepe.edu.tr

Celal OZDEMİR

43481128 - 43481128

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı,
YÖNETİM KURULU KARARI

Toplantı Sayısı	Karar Sayısı	Karar Tarihi
26	2019/1103	08.07.2019

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora programı (165301404 numaralı) öğrencisi Reyhan ESKİYURT'un "Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan Bilişsel-Davranışçı yönelimli simülasyon uygulamalarının etkisinin incelenmesi" konulu tezinin staj amaçlı olmayan uygulamasını Fakültemiz Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalında yapabilmesi hakkındaki ilgili Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 27.03.2019 tarih ve 12100 sayılı yazı ve Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Başkanlığının 18.04.2019 tarih ve 557637 sayılı yazıları incelendi; adı geçenin söz konusu çalışmayı yapması uygun görüldü.

T.C.

ASLI GİBİDİR

Züfiye AYDOĞMUŞ
Fakülte Sekreteri

Ek-3. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği Kullanım İzni



Tülin Gençöz <tgencoz@metu.edu.tr>

Alıcı: ben

Merhabalar,

Ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeği ve makaleyi ekte yolluyorum. "Korku/Anksiyete" ve "Kaçınma" için tüm maddeler ayrı ayrı toplanıyor; ancak bu 2 alt-ölçek korelasyonu yüksek olduğu için ikisinin toplamı "toplam sosyal kaygı" puanı olarak da kullanılabiliyor.

İyi calismalar dileklerimle,

Prof. Dr. Tülin Gençöz
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü
Orta Doğu Teknik Üniversitesi
06800 Ankara
TURKIYE

T: +90 312 210 7341
F: +90 312 210 3703

2 Ek

Ek-4. Aydınlatılmış Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Reyhan Eskiyurt tarafından yürütülen "Mesleki performans kaygı düzeyi yüksek hemşirelik öğrencilerine klinik öncesi uygulanan Bilişsel-Davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının etkisinin incelenmesi" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

Araştırmanın Amacı:Bu çalışma Bilişsel Davranışçı yönelimli simülasyon uygulamasının hemşirelik öğrencilerinin mesleki performans kaygı düzeyine olan etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bilişsel-davranışçı yönelimli simülasyon programı sonrası mesleki performans kaygısı yüksek olan hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinin azalması amaçlanmaktadır. Kaygı düzeyi azalan öğrencilerin öz yeterlilikleri ve iletişim becerilerinin artacağı bununla birlikte klinik performanslarının gelişeceği düşünülmektedir. Bunun sonucunda multidisipliner ekip çalışması becerilerinin gelişerek sağlık hizmetlerinin sunumunda bakım kalitesinin artacağı beklenmektedir.
Araştırmanın İçeriği:Simülasyon üniversite öğrencileri için öğrenme fırsatları sağlayan bir eğitim yaklaşımı olarak tanımlanmaktadır. Simülasyon uygulaması ile öğrenme deneyiminin en kritik ve ayrılmaz bölümü çözümleme aşaması olup öğrenciler hatalarını keşfederek nasıl doğru yapacaklarını öğrenmektedirler. Simülasyon eğitiminin, mesleki performansı arttırırken aynı zamanda kavramsal bilgileri desteklediği, hemşirelik öğrencilerinin anksiyetelerinin azaltılmasında da etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir. Sağlık bakımının sunulduğu çevre hemşireler ve hemşirelik öğrencileri için stresör olarak algılanabilmektedir. Hemşirelik okullarında kaygıyı yönetmede en etkili metodun tanımlanarak optimum öğrenme ve kalıcı eğitimin sağlanması ve öğrencilerin çalışma ortamına başarılı olarak hazırlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

a. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma X Tez çalışması
b. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 20 ay
c. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 250
d. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı simülasyon laboratuvarında Mart 2019-Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülecektir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası: [redacted]

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin;
Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

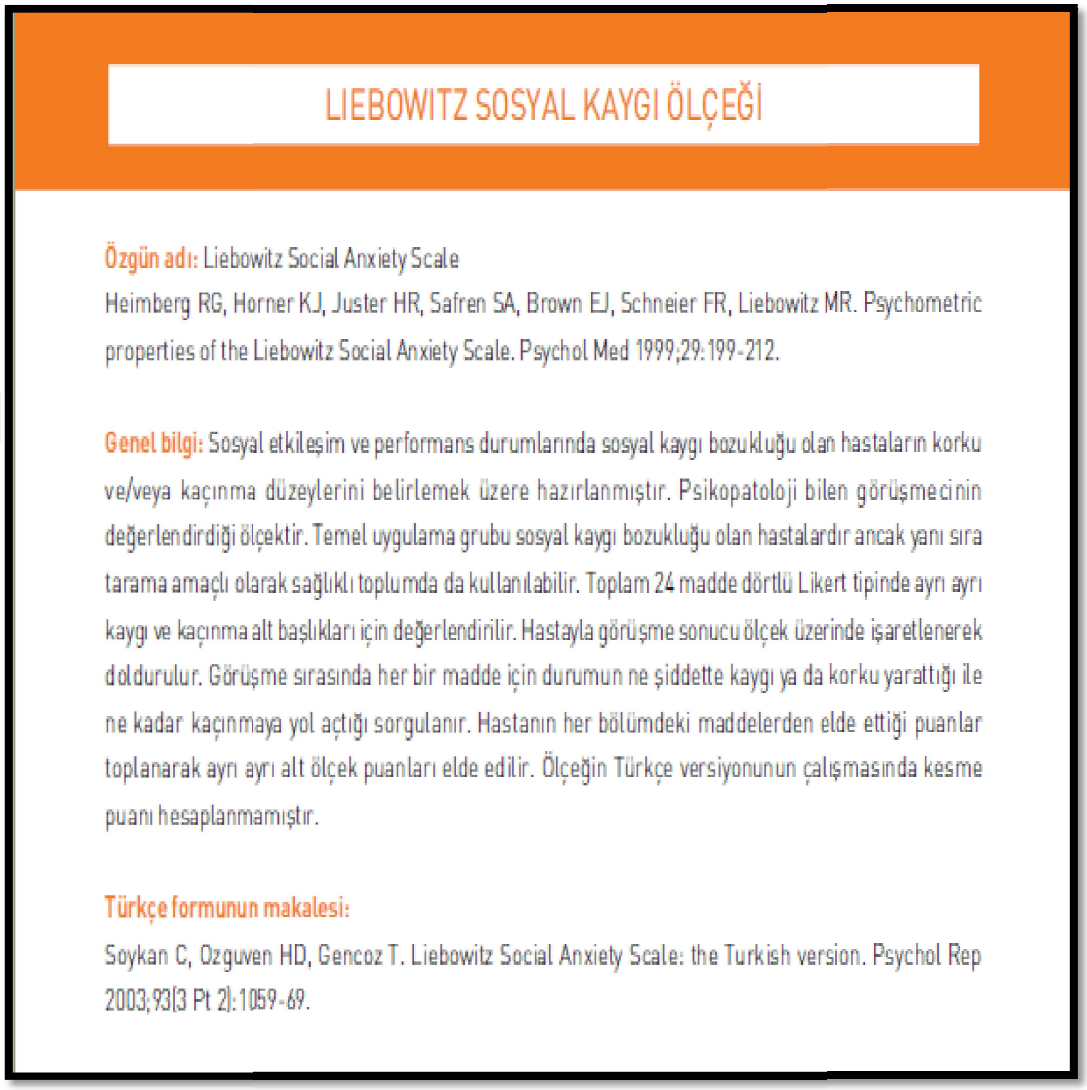
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Not: *Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.*

Araştırmacının
Adı-Soyadı:Reyhan Eskiyurt
İmzası:

EGEBAYEK
Form 2
Y.T. / REV. : 01.2013/ 00

Ek-5. Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği



LIEBOWITZ SOSYAL KAYGI ÖLÇEĞİ

Özgün adı: Liebowitz Social Anxiety Scale

Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Safren SA, Brown EJ, Schneier FR, Liebowitz MR. Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. Psychol Med 1999;29:199-212.

Genel bilgi: Sosyal etkileşim ve performans durumlarında sosyal kaygı bozukluğu olan hastaların korku ve/veya kaçınma düzeylerini belirlemek üzere hazırlanmıştır. Psikopatoloji bilen görüşmecinin değerlendirdiği ölçektir. Temel uygulama grubu sosyal kaygı bozukluğu olan hastalardır ancak yanı sıra tarama amaçlı olarak sağlıklı toplumda da kullanılabilir. Toplam 24 madde dörtlü Likert tipinde ayrı ayrı kaygı ve kaçınma alt başlıkları için değerlendirilir. Hastayla görüşme sonucu ölçek üzerinde işaretlenerek doldurulur. Görüşme sırasında her bir madde için durumun ne şiddette kaygı ya da korku yarattığı ile ne kadar kaçınmaya yol açtığı sorgulanır. Hastanın her bölümdeki maddelerden elde ettiği puanlar toplanarak ayrı ayrı alt ölçek puanları elde edilir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun çalışmasında kesme puanı hesaplanmamıştır.

Türkçe formunun makalesi:

Soykan C, Ozguven HD, Gencoz T. Liebowitz Social Anxiety Scale: the Turkish version. Psychol Rep 2003;93(3 Pt 2):1059-69.

LIEBOWITZ SOSYAL KAYGI ÖLÇEĞİ

LIEBOWITZ SOSYAL FOBİ BELİRTİLERİ ÖLÇEĞİ

Lütfen aşağıdaki formu dikkatle okuyun.
Sol kolondaki durumlarda duyduğunuz kaygının şiddetine göre 1 ile 4 arasında puan verin. Sağ kolonda aynı durumlar tekrar sıralanmıştır. Bu defa bu durumlardan kaçınıyorsanız kaçınmanın şiddetine göre yine 1-4 arasında puan verin. Herhangi biri geçen hafta içinde gerçekleşmemişse puanlamayı hastanın bu durum karşısında vereceği tepki konusundaki ifadesine göre yapın. Puanlamayı aşağıdaki tariflere göre yapın.

Kaygı	Kaçınma
1. Yok ya da çok hafif	1. Kaçınma yok ya da çokender
2. Hafif	2. Zaman zaman kaçınırım
3. Orta derecede	3. Çoğunlukla kaçınırım
4. Şiddetli	4. Her zaman kaçınırım

Kaygı Puanı	Kaçınma Puanı
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak.	2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak.
3. Dikkatleri üzerinde toplamak	3. Dikkatleri üzerinde toplamak
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek
7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	7. Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak
8. Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	8. Satın aldığı bir malı, ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi
10. Gözlendiği sırada çalışmak	10. Gözlendiği sırada çalışmak
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak
12. Bir eğlenceye gitmek	12. Bir eğlenceye gitmek
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	15. Gözlendiği sırada yazı yazmak
16. Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak	16. Çok iyi tanımadığı biriyle telefonda konuşmak
17. Umumi yerlerde yemek yemek	17. Umumi yerlerde yemek yemek
18. Evde misafir ağırlamak	18. Evde misafir ağırlamak
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek
21. Umumi telefonları kullanmak	21. Umumi telefonları kullanmak
22. Yabancılarla konuşmak	22. Yabancılarla konuşmak
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak
24. Umumi tuvalette idrar yapmak	24. Umumi tuvalette idrar yapmak

Ek-6. Anksiyete Belirtileri Kontrol Listesi Örnek Maddeler

Bedensel Kaygı Belirtileri	**Belirtilerin Varlığı**
Kalp atım hızında artma	
Ağız kuruluğu	
Titreme	
Duygusal Kaygı Belirtileri	
Huzursuzluk	
Öfke	
Bilişsel Kaygı Belirtileri	
Unutkanlık	
Felaketleştirme düşünceleri	

Ek-7. Araştırmanın Bilişsel Davranışçı Terapiler Eğitimi Belgelerinden Örnekler



BDPD
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

Katılım Belgesi

Sayın *Reyhan Eskiyurt*

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Eylül 2014 – Mart 2015 tarihleri arasında düzenlenen, 50 saatlik Bilişsel ve Davranışçı Terapi Kuramsal Eğitimine katılmıştır.

(Eğitimin İçerdiği Konular: *Bilişsel Terapinin Kuram Ve Temel İlkeleri, Bilişsel Davranışçı Kişilik Kuramı, Depresyon, Panik Bozukluk, Özgül Fobi, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Sosyal Fobi, Sınav Anksiyetesi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Somatoform Bozuklukların Bilişsel Davranışçı Kuram Ve Terapileri, BDT'nin Çocuklarda ve Ergenlerde Uygulamaları.)*

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge No: 2014/182

İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ , NUMARA: 21/375 (3. KAT), ÇANKAYA
ANKARA-TURKEY

www.bilisseldavranisci.org • e-mail: bdpdernek@yandex.com Tel:+90 5442242601



BDPD
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

Katılım Belgesi

Sayın ***Reyhan Eskiyurt***

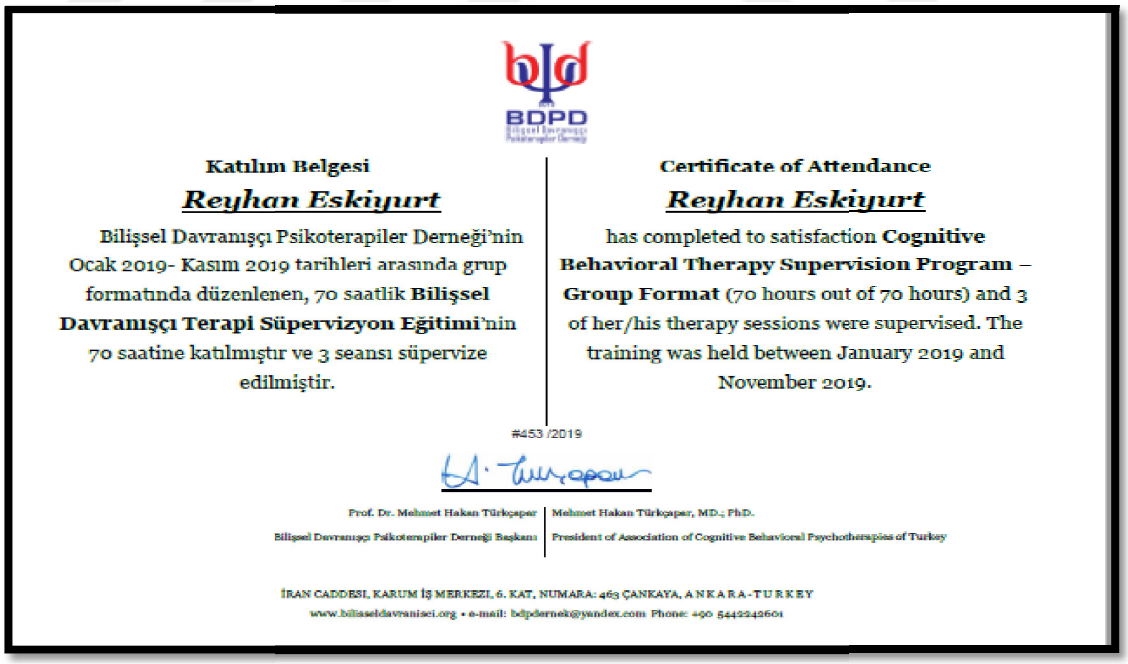
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Eylül 2015 – Aralık 2015 tarihleri arasında düzenlediği, 30 saatlik Beceri Eğitimi ve Süpervizyon Uygulaması'na katılmıştır.

*(**Eğitimin İçerdiği Konular:** Sorun Saptama, Amaç Belirleme, Bilişsel Modeli Sunma, Gündem Belirleme, Kesitsel Formülasyon Yapma, Düşünceye Müdahale Etme, Ödev Düzenleme, Davranış Deneyleri, Maruz Bırakma Programlama, Derine İnme, İnançları Saptama, Değiştirme, Alternatif İnanç Geliştirme.)*

Prof. Dr. M. Hakan Türkçapar
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı

Belge No: 2015/347

İRAN CADDESİ, KARUM İŞ MERKEZİ , NUMARA: 21/375 (3. KAT), ÇANKAYA
ANKARA-TURKEY
web sitesi: www.bilisseldavranisci.org e-posta: bdpdernek@yandex.com Tel: +90 544 224 2601



BDPD
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği

Katılım Belgesi

Reyhan Eskiyurt

Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği'nin Ocak 2019- Kasım 2019 tarihleri arasında grup formatında düzenlenen, 70 saatlik **Bilişsel Davranışçı Terapi Süpervizyon Eğitimi**'nin 70 saatine katılmıştır ve 3 seansı süpervize edilmiştir.

Certificate of Attendance

Reyhan Eskiyurt

has completed to satisfaction **Cognitive Behavioral Therapy Supervision Program – Group Format** (70 hours out of 70 hours) and 3 of her/his therapy sessions were supervised. The training was held between January 2019 and November 2019.

#453 /2019

Prof. Dr. Mehmet Hakan Türkçapar | Mehmet Hakan Türkçapar, MD., PhD.
Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği Başkanı | President of Association of Cognitive Behavioral Psychotherapists of Turkey

İRAN CADDESI, KARUM İŞ MERKEZI, 6. KAT, NUMARA: 463 ÇANKAYA, ANKARA-TURKEY
www.bilisseldavranisci.org • e-mail: bdpdernek@yandex.com Phone: +90 5442242601

Ek-8. Hemşirelikte Simülasyon Eğitimi Katılım Belgesi



KOÇ
ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU

KATILIM BELGESİ

Sayın REYHAN ESKİYURT

Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nda 10-12 Şubat 2016 tarihleri arasında düzenlenen **"Hemşirelikte Simülasyon Eğitimi"** ne katılmıştır.

Prof. Dr. Lale BÜYÜKGÖNENÇ
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Direktörü

CamScanner ile tarandı

Ek-9. Ek Tablolar

Tablo 1. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin (n=83), simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı.

Temalar	**Kodlar**	**Kappa**	**Std hata**	***P****
Sosyal Beceriler	Selam vermek	0.508	0.093	<0.05
	Kendini tanıtmak	0.769	0.072	<0.05
	İletişimi sonlandırabilmek ("iyi günler", "geçmiş olsun" gibi ifadeler kullanma)	0.472	0.082	<0.05
	Göz teması kurmak	0.376	0.075	<0.05
	Ses tonu	0.489	0.125	<0.05
Mesleki Beceriler	Yapılacak işlemi açıklamak	0.594	0.088	<0.05
	Hasta birey ile iletişim kurmak (hasta bireye ismi ile seslenme/hastaya dokunma)	0.731	0.074	<0.05
	Doktor, hemşire veya hasta yakını ile iletişim kurmak	0.357	0.100	<0.05
	Yapılan işlemlerin sonuçları hakkında bilgi vermek	0.394	0.092	<0.05
	Yapılan işlemleri hemşire gözlem formuna kayıt etmek	0.711	0.109	<0.05

*Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin (n=83), simülasyon uygulaması video görüntüleri için gözlemciler arası uyumluluk

Tablo 2. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=101), simülasyon uygulaması video görüntülerinden elde edilen bulguların dağılımı.

Temalar	Kodlar	Kappa	Std hata	*P**
Sosyal Beceriler	Kendiliğinden iletişimi başlatmak (selam vermek, kendini tanıtmak veya bulduğu sonucu söylemek)	0.520	0.097	<0.05
	Sağlık profesyonelinin sorduğu sorulara yanıt vermek (sonucu kaç buldunuz?)	0.387	0.173	<0.05
	İletişimi sonlandırabilmek (“iyi günler”, “geçmiş olsun” gibi ifadeler kullanma)	0.535	0.121	<0.05
	Göz teması kurmak	0.930	0.029	<0.05

*Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=101), simülasyon uygulaması video görüntüleri için gözlemciler arası uyumluluk

Tablo 3. Simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı (n=29) yaşayan hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği puan dağılımı.

Sıra Numarası	Kod	Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puanı	Liebowitz kaygı toplam puanı	Liebowitz kaçınma toplam puanı
1.	28	74	37	37
2.	27	84	44	40
3.	37	90	47	43
4.	89	79	39	40
5.	101	90	46	44
6.	115	86	46	40
7.	55	61	31	30
8.	66	94	52	42
9.	95	100	56	44
10.	77	80	42	38
11.	5	80	46	34
12.	8	77	38	39
13.	6	74	40	34
14.	19	118	57	61
15.	16	104	53	51
16.	45	85	49	36
17.	44	108	63	45
18.	42	93	52	41
19.	24	126	70	56
20.	94	87	50	37
21.	97	91	49	42
22.	69	92	43	49
23.	85	144	73	71
24.	109	77	40	37
25.	90	74	37	37
26.	11	75	40	35
27.	84	103	56	47
28.	105	75	39	36
29.	74	93	50	43

Tablo 4. Simülasyon uygulaması sırasında mesleki performans kaygısı (n=28) yaşayan hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği puan dağılımı.

Sıra Numarası	Kod	Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeği toplam puanı	Liebowitz kaygı toplam puanı	Liebowitz kaçınma toplam puanı
1.	22	75	41	34
2.	24	116	66	50
3.	25	96	51	45
4.	40	131	74	57
5.	41	85	40	45
6.	47	99	44	55
7.	57	97	53	44
8.	58	127	75	52
9.	60	90	47	43
10.	68	102	53	49
11.	71	105	48	57
12.	72	84	41	43
13.	77	92	46	46
14.	78	92	51	41
15.	81	129	68	61
16.	85	107	65	42
17.	86	97	46	51
18.	88	107	54	53
19.	89	113	61	52
20.	96	92	49	43
21.	98	78	46	32
22.	101	97	54	43
23.	104	92	46	46
24.	108	75	38	37
25.	118	155	77	78
26.	121	101	49	52
27.	126	82	42	40
28.	128	122	58	64

Tablo 5. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin (n=97), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde değerlendirdikleri maddelerin dağılımı.

Kaygı	n(%)	Kaçınma	n(%)
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	81 (83.5)	**1.** Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	53 (54.6)
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	70 (72.2)	**2.** Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	35 (36.1)
3. Dikkatleri üzerinde toplamak	46 (47.4)	**3.** Dikkatleri üzerinde toplamak	30 (30.9)
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	52 (53.6)	**4.** Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	38 (39.2)
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	14 (14.4)	**5.** Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	8 (8.2)
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	7 (7.2)	**6.** Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	4 (4.1)
7.Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	21 (21.6)	**7.** Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	7 (7.2)
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	9 (9.3)	**8.** Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	11 (11.3)
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	16 (16.5)	**9.** Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	11 (11.3)
10. Gözlendiği sırada çalışmak	41 (42.3)	**10.** Gözlendiği sırada çalışmak	23 (23.7)
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	12 (12.4)	**11.** Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	4 (4.1)
12. Bir eğlenceye gitmek	6 (6.2)	**12.** Bir eğlenceye gitmek	4 (4.1)
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	15 (15.5)	**13.** Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	15 (15.5)
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	53 (54.6)	**14.** Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	25 (25.8)
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	22 (22.7)	**15.** Gözlendiği sırada yazı yazmak	14 (14.4)
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	11 (11.3)	**16.** Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	7 (7.2)
17. Umumi yerlerde yemek yemek	6 (6.1)	**17.** Umumi yerlerde yemek yemek	4 (4.1)
18. Evde misafir ağırlamak	5 (5.2)	**18.** Evde misafir ağırlamak	4 (4.1)
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	4 (4.1)	**19.** Küçük bir grup faaliyetine katılmak	4 (4.1)
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	4 (4.1)	**20.** Umumi yerlerde bir şeyler içmek	2 (2.1)
21. Umumi telefonları kullanmak	5 (5.2)	**21.** Umumi telefonları kullanmak	4 (4.1)
22. Yabancılarla konuşmak	6 (6.2)	**22.** Yabancılarla konuşmak	7 (7.2)
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	27 (27.8)	**23.** Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	19 (19.6)
24. Umumi tuvalette idrar yapmak	20 (20.6)	**24.** Umumi tuvalette idrar yapmak	30 (30.9)

Tablo 6. Hemşirelik dördüncü sınıf öğrencilerinin (n=83), simülasyon uygulaması sırasında yaşadıkları kaygı belirtilerinin dağılımı.

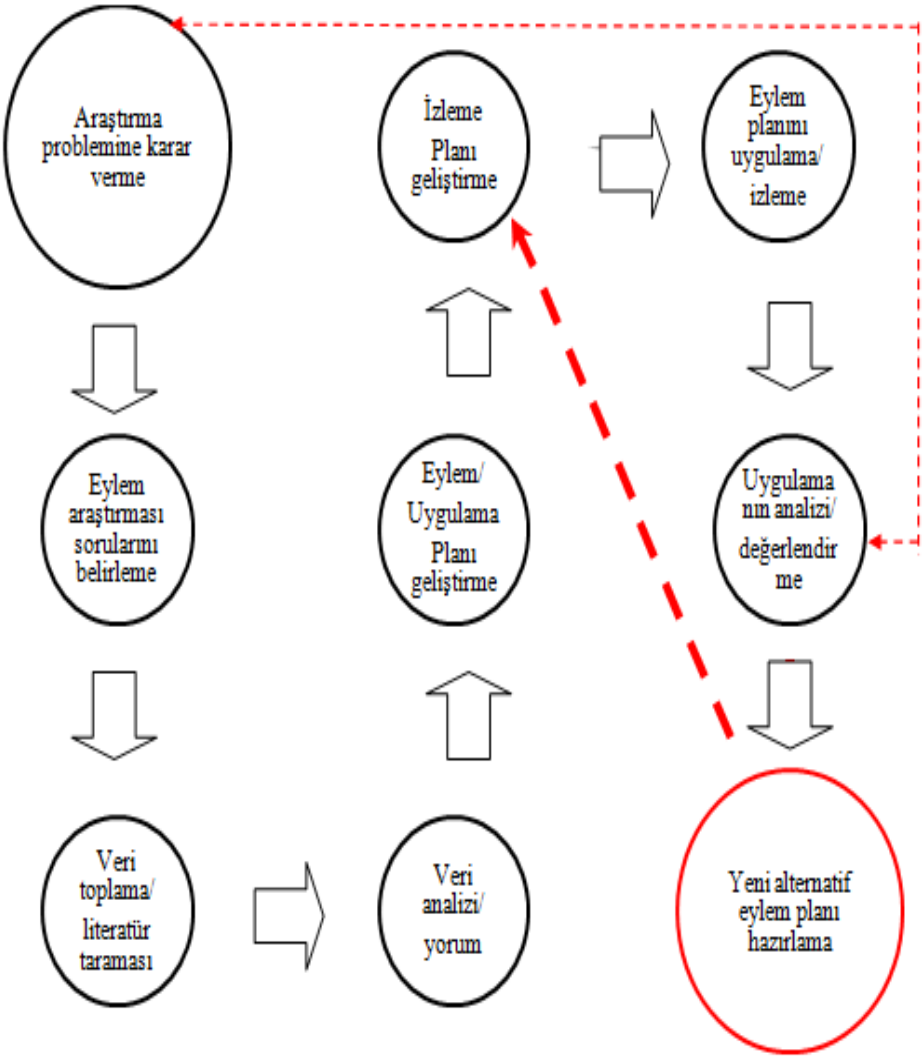
Bedensel Kaygı Belirtileri	**Belirtilerin Varlığı n (%)**
Kalp atım hızında artma	45 (54.2)
Ciltte solma ve soğuklaşma	5 (6.0)
El ve ayak parmaklarında soğuma	6 (7.2)
El ve ayak parmaklarında uyuşma	2 (2.4)
El ve ayak parmaklarında karıncalanma	3 (3.6)
Solunum hızında ve derinliğinde artma	18 (21.7)
Nefes darlığı	1 (1.2)
Kaslarda gerginlik	21 (25.3)
Kaslarda seğirme	1 (1.2)
Karında baskı hissi	4 (4.8)
Baş dönmesi	0 (0.0)
Bulanık görme	0 (0.0)
Ateş basması	26 (31.3)
Terleme	29 (34.9)
Ağız kuruluğu	7 (8.4)
Titreme	18 (21.7)
Sıcak basması	32 (38.6)
Soğuk basması	3 (3.6)
Göz bebeklerinin büyümesi	0 (0.0)
Duygusal Kaygı Belirtileri	
Boğulma hissi	0 (0.0)
Göğüste ağrı ve daralma hissi	3 (3.6)
Ortamdan kopma hissi	6 (7.2)
Sersemlik	3 (3.6)
Huzursuzluk	32 (38.6)
Yorgunluk	1 (1.2)
Öfke	1 (1.2)
Bilişsel Kaygı Belirtileri	
Dikkat dağınıklığı	24 (28.9)
Unutkanlık	19 (22.9)
Felaketleştirme düşünceleri	5 (6.0)

Tablo 7. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=137), Liebowitz Sosyal Kaygı Ölçeğinde değerlendirdikleri maddelerin dağılımı.

Kaygı	n(%)	Kaçınma	n(%)
1. Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	106 (77.4)	**1.** Önceden hazırlanmaksızın bir toplantıda kalkıp konuşmak	83 (60.6)
2. Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	79 (57.7)	**2.** Seyirci önünde hareket, gösteri ya da konuşma yapmak	58 (42.3)
3. Dikkatleri üzerinde toplamak	57 (41.6)	**3.** Dikkatleri üzerinde toplamak	46 (33.6)
4. Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	66 (48.1)	**4.** Romantik veya cinsel bir ilişki kurmak amacıyla birisiyle tanışmaya çalışmak	60 (43.8)
5. Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	21 (15.4)	**5.** Bir gruba önceden hazırlanmış sözlü bilgi sunmak	16 (11.7)
6. Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	19 (13.9)	**6.** Başkaları içerdeyken bir odaya girmek	8 (5.8)
7.Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	25 (18.2)	**7.** Kendisinden daha yetkili biriyle konuşmak	12 (8.8)
8. Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	17 (12.4)	**8.** Satın aldığı bir malı ödediği parayı geri almak üzere mağazaya iade etmek	12 (8.8)
9. Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	28 (20.4)	**9.** Çok iyi tanımadığı birisine fikir ayrılığı veya hoşnutsuzluğun ifade edilmesi	19 (13.9)
10. Gözlendiği sırada çalışmak	55 (40.2)	**10.** Gözlendiği sırada çalışmak	35 (25.5)
11. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	14 (10.2)	**11.** Çok iyi tanımadığı bir kişiyle yüz yüze konuşmak	15 (10.9)
12. Bir eğlenceye gitmek	12 (8.8)	**12.** Bir eğlenceye gitmek	12 (8.8)
13. Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	34 (24.8)	**13.** Çok iyi tanımadığı birisinin gözlerinin içine doğrudan bakmak	27 (19.7)
14. Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	53 (38.7)	**14.** Yetenek, beceri ya da bilginin sınanması	27 (19.7)
15. Gözlendiği sırada yazı yazmak	30 (21.9)	**15.** Gözlendiği sırada yazı yazmak	20 (14.6)
16. Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	25 (18.2)	**16.** Çok iyi tanımadığı bir kişiyle telefonla konuşmak	15 (10.9)
17. Umumi yerlerde yemek yemek	18 (13.2)	**17.** Umumi yerlerde yemek yemek	18 (13.2)
18. Evde misafir ağırlamak	11 (8.0)	**18.** Evde misafir ağırlamak	9 (6.6)
19. Küçük bir grup faaliyetine katılmak	15 (11.0)	**19.** Küçük bir grup faaliyetine katılmak	11 (8.0)
20. Umumi yerlerde bir şeyler içmek	11 (8.0)	**20.** Umumi yerlerde bir şeyler içmek	9 (6.6)
21. Umumi telefonları kullanmak	19 (13.9)	**21.** Umumi telefonları kullanmak	19 (13.9)
22. Yabancılarla konuşmak	22 (16.0)	**22.** Yabancılarla konuşmak	18 (13.1)
23. Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	33 (24.0)	**23.** Satış elemanının yoğun baskısına karşı koymak	26 (19.0)
24. Umumi tuvalette idrar yapmak	31 (22.7)	**24.** Umumi tuvalette idrar yapmak	33 (24.1)

Tablo 8. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin (n=101), simülasyon uygulaması sırasında yaşadıkları kaygı belirtilerinin dağılımı.

Bedensel Kaygı Belirtileri	**Belirtilerin Varlığı n (%)**
Kalp atım hızında artma	64 (63.4)
Ciltte solma ve soğuklaşma	10 (9.9)
El ve ayak parmaklarında soğuma	29 (28.7)
El ve ayak parmaklarında uyuşma	8(7.9)
El ve ayak parmaklarında karıncalanma	10 (9.9)
Solunum hızında ve derinliğinde artma	27 (26.7)
Nefes darlığı	3 (3.0)
Kaslarda gerginlik	18 (17.8)
Kaslarda seğirme	7 (6.9)
Karında baskı hissi	8 (7.9)
Baş dönmesi	1 (1.0)
Bulanık görme	2 (2.0)
Terleme	21 (20.8)
Ağız kuruluğu	7 (6.9)
Titreme	41(40.6)
Sıcak basması	44 (43.6)
Soğuk basması	4 (4.0)
Göz bebeklerinin büyümesi	0 (0.0)
Duygusal Kaygı Belirtileri	
Boğulma hissi	2 (2.0)
Göğüste ağrı ve daralma hissi	4 (4.0)
Ortamdan kopma hissi	12 (11.9)
Sersemlik	16 (15.8)
Huzursuzluk	25 (24.8)
Yorgunluk	1 (1.0)
Öfke	0 (0.0)
Bilişsel Kaygı Belirtileri	
Dikkat dağınıklığı	17 (16.8)
Unutkanlık	17 (16.8)
Felaketleştirme düşünceleri	12 (11.9)



Şekil 1. Eylem araştırması süreci (139).

Ek-10. Simülasyon Senaryosu Örneği

TERMİNAL DÖNEMDEKİ HASTA BİREYİN SENARYOSU

Senaryo adı	Terminal dönemdeki hasta
Hedef grup	4. sınıf hemşirelik öğrencileri
Amaç	Terminal dönemdeki hasta bireye doktor, hemşire, hasta yakının önünde temel hemşirelik müdahalelerini yapabilme
Hedefler	• Temel hemşirelik becerilerini kullanarak hemşirelik uygulamlarını başlatma, hastanın şikayetlerini değerlendirme, uygun yaklaşımda bulunma ve hemşirelik uygulamlarını sonlandırma • Terminal dönemde olan hastanın belirti ve bulgularını gözlemleme • Terapötik iletişim tekniklerine uygun tedavi ekibi ve hasta yakını ile görüşme yapma

VAKA İLE İLGİLİ BİLGİLER

Hasta özellikleri

Hasta Adı- Soyadı: E.Ö.

Yaş: 58 **Cinsiyet:** Erkek **Medeni Durum:** Evli **Çocuk Sayısı:**4

Tıbbi Tanı: Akciğer Kanseri, Beyin metastazı, Karaciğer metastazı

Yaşadığı Yer: Ankara

Hastaneye Geliş Şekli: 02.06.2018 tarihinde saat 04.00 civarında Acil Servisten Dahiliye kliniğine yatışı yapılmıştır.

Bilgi alınan kişi: N.Ö. (eşi)

Hastalık öyküsü: Hasta E.Ö'ya 2017 ocak ayında akciğer kanseri tanısı konulmuştur. Sonrasında kemoterapi, radyoterapi ve beyin metastazı nedeniyle iki kez beyin cerrahi girişimi yapılmıştır. Son 8 aydan beri palyatif bakım, onkoloji servisi gibi kliniklerde yatarak tedavi almaktadır. 8 gün önce taburcu edilen hasta ateş yükselmesi ve bayılma şikayetleri ile acil servise getirilmiştir. Son 15 gündür oral yiyecek ve sıvı alımı azalmıştır. Hastanın femoral bölgede katateri, prezervatif idrar sondası mevcuttur.

15 gündür yemek yemesi, su içmesi azalmış. İlaçlarını içerken yutmakta zorluk çekmeye başlamış. Karnında (abdomende) şişliği (ödemi) artmış ve sarılık görülmeye başlanmış.

Oda Düzeni: Temel hemşirelik uygulamaları hasta odasında gerçekleştirilecektir. Hasta yatağında olup, kendisine Intravenöz %0.9 Serum Fizyolojik hidrasyona yönelik takılmıştır.

GENEL GÖRÜNÜM	TEDAVİ
• Oral kapalı • Oral mukoz membranda değişiklik, • Sağ kolunun üzerine yatıyor, • Gözleri açık, sözel uyarana yanıt yok. Bilinç kapalı, hasta koopere değil. • Ağzından nefes alıp veriyor, Takipne, Solunum sayısı 38 dakika • Nazal kanül ile 2 lt/dk'dan oksijen tedavisi alıyor, Satürasyon 94. • Ateş, 38.3^{o}C, Nabız, 140 dk, Kan basıncı: 90/60 mmhg • Femoral katater (Sağ bacakta), • Bacaklarda trokanter bölgelerinde kızarıklık, • Prezervatif sonda, idrar rengi koyu sarı, yoğunluğu artmış, konsantre, • Abdomende ödem, • Ciltte sarılık • Diyare	Pulmicort nebul 2x1 Rontokol nebul 4x1 Clexane 0.6 ml 2x1 Panto flakon 1x1 Dekort 4 mg ampul 2x1 Equiceft 1 gr flakon 2x1

ÖĞRENCİLER İÇİN BECERİ YÖNERGESİ

Hasta odasında doktor, hemşire, hasta yakını bulunmaktadır. Tedavi ekibi hasta değerlendirmesine devam ederken sizin hasta bireyin odasına girip hasta bireye;

-Vital bulguların ölçülmesi,

-Nazal kanül ile 2 lt/dk'dan oksijen tedavisini kontrol ederek/başlatarak Satürasyon değerlendirilmesi,

yapmanız beklenmektedir.

Hasta bireye yapılacak müdahalenin süresi 5-10 dakikadır.

Hedefler:

1- Temel hemşirelik becerilerini kullanarak, hastanın genel durumunu değerlendirme, uygun yaklaşımda bulunma ve hemşirelik uygulamasını sonlandırma

2- Terminal dönemde olan hastanın belirti ve bulgularını gözlemleme

3- Terapötik iletişim tekniklerine uygun tedavi ekibi ve hasta yakını ile görüşme yapma

Simülasyon uygulamasında hemen sonra öğrenciler ile mevcut durum ile ilgili düşünce ve duygularını paylaşabilecekleri çözümleme görüşmesi yapılacaktır. Her görüşme sonrasında öğrencilerin mesleki performansa yönelik kaygı düzeyi değerlendirilecektir.

Çözümleme oturumunda yöneltilecek sorular: (örnek maddeler)

1. Kendinizi nasıl hissediyorsunuz.
2. Temel hemşirelik müdahalelerini yaparken neler hissettiniz?
3. Ekip önünde hemşirelik müdahalelerini yaparken sizi rahatsız eden bir şey oldu mu?