TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIP FAKÜLTESİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL TANECİKLİK DÜZEYLERİ İLE HASTA-HEKİM GÖRÜŞMELERİNDEKİ PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZLEM TANRIÖVER
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TIP FAKÜLTESİ STAJYER ÖĞRENCİLERİNİN DUYGUSAL TANECİKLİK DÜZEYLERİ İLE HASTA-HEKİM GÖRÜŞMELERİNDEKİ PERFORMANSLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZLEM TANRIÖVER
DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
PROF. DR. MEHMET ALİ GÜLPINAR
TIP EĞİTİMİ DOKTORA PROGRAMI

İSTANBUL- 2023

	DOKTORA **TEZ ONAY FORMU**	

BEYAN

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

Özlem TANRIÖVER

TEŞEKKÜR

Yazdığım bu üçüncü tezimde, öncelikle doktora eğitimi sürecinde bizleri konfor alanımızdan çıkmaya zorlayan ve değişim için cesaretlendiren, tezimin hazırlanma süreci boyunca, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, sabırla yol gösteren, akademik bilgisi ile beni zenginleştiren, tezimin hazırlanması esnasında yaptığı aktif girişimler ile beni destekleyen, tez danışmanım, çok değerli hocam Prof. Dr. M. Ali Gülpınar'a ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndaki tüm hocalarıma, tüm destek ve cesaretlendirmeleriniz için minnettarım.

Doktora eğitimi sürecinde ve öncesinde de yüksek lisans yaparken öğrencilik hayatımı kolaylaştıran, tüm zorluklarda destek olan, yol gösteren çok değerli hocalarım Prof. Dr. Melda Karavuş ve Prof. Dr. Pınar Ay'a,

Doktora eğitimi sürecinde ve öncesinde de yüksek lisans yaparken mükemmel iletişim becerileri ve organizasyon yeteneğini kullanarak bana her konuda olduğu gibi tez sürecimde de destek olan Prof. Dr. Seyhan Hıdıroğlu'na, bu süreçte birlikte çalışmaktan büyük mutluluk duyduğum tüm yeteneklerini ve yaratıcılığını benim tezime de destek olmak için kullanan Asist. Dr. Şükran Peker'e,

Yüksek lisans ve doktora yapma konusunda beni teşvik eden ve destekleyen Yeditepe Ünivesitesi Tıp Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Sina Ercan'a,

Asistanlık döneminden itibaren kendisine her konuda danıştığım ve arkamda desteğini her zaman çok hissettiğim çok değerli hocam Prof. Dr. Nesrin Karamustafalıoğlu'na,

Doktora eğitimim sırasında kendisini tanımaktan büyük mutluluk duyduğum, tez yazım sürecinde en başından sonuna kadar bana daima her konuda destek olan değerli dostum Dr. Öğr. Üyesi Dilek Kitapçıoğlu'na sonsuz teşekkür ederim.

Çalışmamın veri toplama sürecinde organizasyon yeteneklerini en iyi şekilde kullanan ve uygulama sürecindeki yardımları için Yasin Delibaş'a ve bu tez çalışmasında onlar olmasa asla yapılamazdı diyebileceğim tüm katılımcı öğrencilere isimlerini tek tek sayamasam da ayrı ayrı teşekkür ediyorum, klinikte hasta-hekim görüşmesinin yanı sıra hergün günde 5 defa ne hissettikleri soruldu ve tüm samimiyetleri ile cevap verdiler.

Doktora eğitimim süresince bana güç veren, teşvik eden ve destek olan sevgili eşime, bütün bir sene ders çalışarak benim de çalışmamı sağlayan oğluma ve aileme teşekkür ederim.

Prof. Dr. Özlem Tanrıöver

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR LİSTESİ ..... **i**
ŞEKİL LİSTESİ ..... **ii**
TABLO LİSTESİ ..... **iii**
1. ÖZET **1**
2. SUMMARY **2**
3. GİRİŞ ve AMAÇ **3**
4. GENEL BİLGİLER **8**
4.1. Eğitim ve Sağlık Bakım Süreçlerinde Duygular 8
4.2. Duyguya İlişkin Yaklaşımlar ve Kuramlar 8
4.3. Eğitim Süreçlerinde Duygular 10
4.4. Sağlık Bakım Süreçlerinde Duygular 11
4.5. Duygusal Taneciklik 11
4.5.1. Duygusal taneciklikle ilişkili farklı yapılar ve kavramlaştırmalar 12
4.5.2. Duygusal yetkinlik 13
4.5.3. Duygu farklılaşması 13
4.5.4. Duygusal yetkinlik olarak "taneciklik" 14
4.5.5. Duygusal tanecikliğin teorik temelleri 15
4.5.5.1. Duygusal tanecikliğe ilişkin genel çerçeve: 15
4.5.5.2. Duygusal tanecikliğe ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeveler: 15
4.5.6. Duygusal tanecikliğin ölçülmesi 17
4.5.7. Duygusal taneciklikle ilgili araştırmalar 18
4.5.7.1. Yaş ve duygusal taneciklik 18
4.5.7.2. Duygusal taneciklik ve zihinsel sağlık arasındaki ilişki 20
4.5.7.3. Strese karşı bir tampon olarak duygusal taneciklik 23
4.5.7.4. Duygu düzenleme ve iyi oluş için duygusal tanecikliğin işlevselliği 24
4.6. Hasta-Hekim Görüşmesi/ Etkileşimi 25
4.6.1. Hasta merkezli bütüncül yaklaşım 28
4.6.2. Hasta-hekim görüşmelerinin gözlem ve değerlendirilmesi 30
4.6.3. Gözlem ve değerlendirme araçları 31
4.7. Duygular, Duygusal Taneciklik ve Hasta-Hekim Görüşme Süreçleri ile İlgili Araştırmalar 32

5. GEREÇ ve YÖNTEM 34
5.1. Araştırma Deseni 34
5.2. Araştırma Süreci 35
5.3. Tez Öncesi Çalışmalar 35
5.4. Tez Çalışması 36
5.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması 36
5.6. Klinik Dönem Öğrencilerin Hasta Hekim Görüşme Performanslarının Değerlendirilmesi 38
5.7. Verilerin Analizi 40
6. BULGULAR 43
6.1. Katılımcıların Özellikleri 43
6.2. Öğrencilerin Son İki Haftadaki Baskın Duyguları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri 44
6.3. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performansları 46
Scree Plot 48
6.4. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeyleri Ortalama Puanları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performans Puanları Arasındaki İlişki 58
7. TARTIŞMA ve SONUÇ 64
7.1. Klinik Dönem Öğrencilerinin Duyguları Ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri 64
7.1.1. Klinik dönem öğrencilerin duyguları 65
7.1.2. Klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri 67
7.1.3. Klinik eğitim döneminde öğrencilerin hasta-hekim görüşmesine ilişkin iş başında performansa dayalı değerlendirmeler 70
7.1.4. Hasta-hekim görüşmesi ve mini klinik sınav değerlendirme 71
7.1.5. Hasta-hekim görüşmesi ve profesyonellik mini değerlendirme 74
7.2. Klinik Dönem Öğrenenlerinin Duygusal Nitelikleri İle Mini-Cex Ve P-Mex İle Yapılan Performans Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki 77
7.3. Klinik Dönem Öğrencilerinin Duygu Düzeyleri ile Mini-Cex ve P-Mex ile Yapılan Performans Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki 77
7.3.1. Klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri ile Mini-CEX ve P-MEX ile yapılan performans değerlendirmeleri arasındaki ilişki 80
7.4. Kısıtlılıklar 83
7.5. Sonuç ve Öneriler 84

8. KAYNAKLAR 86
9. ÖZGEÇMİŞ 103
10. BİLİMSEL FAALİYETLER 103
11. EKLER 104

KISALTMALAR LİSTESİ

CFA : Doğrulayıcı faktör analizi (Confirmatory factor analysis)

CFI : Karşılaştırmalı ft indeksi (Comparative ft index)

COSMIN : Sağlık ölçüm araçlarının seçimi için fikir birliğine dayalı standartlar (Consensus-based standards for the selection of health measurement instruments)

DÖM : Deneyim Örnekleme Metodu

DTD : Duygusal taneciklik düzeyi

EMA : Ekolojik anlık değerlendirme

HHI : Hasta hekim iletişim

ICC : Sınıf içi korelasyon (Intraclass Correlation)

MAI : Meslekler arası ilişkiler

Mini-CEX : Mini-Klinik Değerlendirme (Mini-clinical evaluation exercise)

MÜTF : Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

P-MEX : Profesyonellik Mini Değerlendirme (Professionalism Mini-evaluation Exercise)

PSDK : Porfesyonelliğe sığmayan davranışlardan kaçınma

RDB : Reflektif deneyim ve beceriler

RMSEA : Yaklaşımın ortalama karekök hatası (Root mean square error of approximation)

TLI : Tucker-Lewis endeksi (Tucker-Lewis index)

YÜTF : Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa Numarası

Şekil 1. Mini-CEX İçin Dirsek Grafiği 48
Şekil 2. Mini-CEX İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi 49
Şekil 3. P-MEX İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi 50

TABLO LİSTESİ

Sayfa Numarası

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri 43

Tablo 2. Tıp Fakültesi Klinik Dönem Öğrencilerinin Baskın Duyguları ve "Duygusal Taneciklik Düzeyleri" 44

Tablo 3. Tıp Fakültesi Klinik Dönem Öğrencilerinin Özelliklerine Göre "Duygusal Taneciklik Düzeyleri" Açısından Değerlendirilmesi 45

Tablo 4. Mini-CEX İçin Faktör Yükleri 46

Tablo 5. Açıklanan Varyans 47

Tablo 6. Bartlett Küresellik Testi 47

Tablo 7. KMO Örneklem Yeterliği Ölçülmesi 47

Tablo 8. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndisleri 48

Tablo 9. Uyum Değerleri ve Yorumları 50

Tablo 10. P-MEX için Güvenirlik Analizleri 51

Tablo 11. Mini-CEX İçin Geçerlik Güvenirlik Sonuçları 52

Tablo 11. 1. Öğrencilerin Sınıflarına Göre Mini Klinik Sınav Değerlendirme Sorularının Medyan Puanlarının Karşılaştırılması 52

Tablo 11. 2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Mini Klinik Sınav Değerlendirme Sorularının Medyan Puanlarının Karşılaştırılması 52

Tablo 12.1. Öğrencilerin Sınıflarına Göre P-MEX Soruları Medyan Puanlarının Karşılaştırılması 53

Tablo 12.2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre P-MEX Soruları Medyan Puanlarının Karşılaştırılması 54

Tablo 13. Mini-Klinik Değerlendirme Formu (Mini-CEX) Maddeleri İçin Ortalama Puan ve %95 Güven Aralığı (GA) 55

Tablo 14. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Performanslarının Mini-Klinik Değerlendirme Formu (Mini-CEX) ile Değerlendirilmesine İlişkin Sayı ve Yüzde Dağılımları 55

Tablo 15. Profesyonellik Mini Değerlendirme Formu (P-MEX) Maddeleri İçin Ortalama Puan ve % 95 Güven Aralığı 56

Tablo 16. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Performanslarının Profesyonellik Mini Değerlendirme Formu (P-MEX) ile Değerlendirilmesine İlişkin Sayı ve Yüzde Dağılımları 57

Tablo 17. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeylerinin Katılımcıların Özelliklerine Göre Dağılımı.....59
Tablo 18. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....59
Tablo 19. Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri (DTD) ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puanların Korelasyonu.....60
Tablo 19a. Vakıf Üniversitesitesi'nde Eğitim Gören Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu 60
Tablo 19b. Devlet Üniversitesitesi'nde Eğitim Gören Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu 61
Tablo 20a. Faz 2 Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri Ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....62
Tablo 20b. Faz 3 Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....62
Tablo 21a. Kadın Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri Ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....63
Tablo 21b. Erkek Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu.....63

1. ÖZET

Tezin başlığı : Tıp Fakültesi Stajyer Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri İle Hasta-Hekim Görüşmelerindeki Performansları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi
Öğrencinin Adı Soyadı : Dr. Özlem Tanrıöver
Danışmanın Adı Soyadı : Prof. Dr. Mehmet Ali Gülpınar
Programın Adı : Tıp Eğitimi Doktora Programı

Amaç: Bu tez çalışmasında tıp fakültesi öğrencilerinin negatif ve pozitif duygu düzeyleri ve duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşmelerinde hasta merkezli bütüncül yaklaşım sergileme düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem:
Öğrenenlerin negatif ve pozitif duygu düzeyleri Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS) ile, duygusal taneciklik düzeyleri ise deneyim örnekleme metodu ile belirlenmiş olup, ardından hasta hekim görüşmeleri araştırmacılar tarafından hazırlanan gözlem ve değerlendirme formu kullanılarak (Mini-CEX ve P-MEX) değerlendirilmiştir.

Bulgular:
Tez çalışmasına toplam 82 öğrenci katılmıştır. Bu öğrencilerin % 43,9'u (n=36) erkek ve median yaş 24'dür (min 21-max 30). Pozitif DTD'leri düşük olanlar % 71,60 (n=58), yüksek olanlar ise % 28,40 (n=23) olarak bulunmuştur. Öte yandan negatif DTD'leri düşük olanlar % 50,60 (n=41), yüksek olanlar ise % 49,40 (n=40)'tır. Öğrenenlerin pozitif duygu puan ortalamaları ile Mini-CEX ve P-MEX puan ortalamaları arasında "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde pozitif yönlü korelasyon bulunurken; negatif duygu puan ortalaması ile Mini-CEX arasındaki pozitif yönlü ilişki "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde idi.

Sonuç: Bu tez çalışmasında, öğrenenlerin negatif ve pozitif duygu puan ortalamaları veya DTD'leri ile mini-CEX total puanları ve P-MEX alt boyutlarından elde edilen puanlar arasındaki korelasyonlar çoğunlukla pozitif yönlü "zayıf ama dikkate alınması gerekir" ile "kabul edilebilir-orta" düzeylerde bulundu. Bu bulgular, duyguların tıp eğitimi süreçlerinde açıkça yansıtılmasının ve öğrencilerin mesleki gelişimleri ve iyilik hallerinin bir parçası olarak duyguların incelikli bir şekilde ifade edilmesinin önemine işaret etmektedir.

Anahtar kelimeler: Duygusal taneciklik, hasta hekim görüşmesi, hasta merkezli bakım, işbaşında/klinikte gözlem ve değerlendirme, tıpta profesyonellik.

2. SUMMARY

Title of Thesis: "The Evaluation of the Relationship Between Emotional Granularity Levels of Medical Students and their Performances during Patient-Physician Interviews"
Student Name, Surname: Dr. Özlem Tanrıöver
Supervisor Name: Prof. Dr. M. Ali Gülpınar
Program Name: Medical Education

Objective: In this thesis, it was aimed to compare the emotional granularity levels of medical students and the level of patient-centered/holistic approach in patient-physician interviews.
Material and Methods: Positive and negative emotions were assessed by PANAS and the emotional granularity levels of the students were determined by the experience sampling method, and then the patient-physician interviews were evaluated using the modified observation form prepared by the researchers (with reference to the Mini-CEX and P-MEX observation forms). Finally, the relationship between students' emotional granularity and patient-centered communication was determined.
Results: A total of 82 students participated in the thesis study. 43.9% (n=36) of these students were male, and the median age was 24 (min 21-max 30). Those with low Positive Emotional Granularity Levels were found to be 71.60% (n=58), and those with high levels of 28.40% (n=23). On the other hand, those with low Negative Emotional Granularity Levels were 50.60% (n=41), and those with high levels of 49.40% (n=40). "While there was a 'weak but worth considering' positive correlation between learners' positive emotion scores and the average Mini-CEX and P-MEX scores, the positive relationship between negative emotion scores and Mini-CEX was 'weak but worth considering'.
Conclusion: In this thesis study, the correlations between learners' average negative and positive emotion scores or DTDs and the total scores from Mini-CEX and the scores obtained from P-MEX sub-dimensions were mostly found to be weak but worth considering, and acceptable to moderate in a positive direction. These findings underscore the importance of explicitly incorporating emotions in medical education processes and expressing emotions in a nuanced manner as a part of students' professional development and well-being."
Keywords: Emotional granularity, patient physician interview, patient-centered care, work-based assessment, professionalism in medicine.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Tıp eğitimi, öğrencileri zorlu ve yüksek riskli bir alanda profesyonel hayata hazırlayan benzersiz bir öğrenme sürecini ve kültürünü temsil eder. Bu süreç, belirlenmiş tıbbi görevler üzerinden etkili iletişim ve ekip çalışması, prosedürel beceriler, uzman bilgisi/karar verme ve profesyonellik dâhil olmak üzere karmaşık ve çeşitli yeterliklerin kazanılmasını gerektirir. Tıp eğitimi sürecinin bu özelliği, hem öğrenciler hem de eğiticiler için, diğer öğrenme bağlamlarına kıyasla daha geniş ve yoğun duyguların ortaya çıkama potansiyelini beraberinde getirir.

Tıp fakültesi öğrencileri tıp eğitimleri boyunca yoğun duygusal durumlara maruz kalırlar (Ofri, 2013). Gerek klinik eğitim gerekse sağlık bakım süreçlerine ilişkin deneyimler aynı zamanda birer duygusal deneyim olarak yaşanır. Klinik eğitim dönemlerinde öğrenciler, görev ve rol tanımlarında belirsizlikler, çatışmalar, ikilemlerle karşı karşıya kalırlar. Görevlerin rutin bir parçası olarak hastalıklara, acılara ve ölümlere tanık olurlar. Araştırmalar, duyguların hasta ve hekimlerde karar verme, bilgiyi işleme gibi düşünsel süreçleri ve hasta-hekim karşılaşmalarında ortaya çıkan kişilerarası süreçleri etkilediğini ortaya koymuştur. Bu bağlamda, duyguları farkedebilmek, anlayabilmek ve düzenleyebilmek, tıbbi karar verme ve kişilerarası ilişkiler dahil olmak üzere tıp öğrencilerinin klinik eğitim süreçlerini ve bu süreçlerde sergiledikleri performanslarını etkileyen önemli bir özellik olarak kabul edilir (Croskerry ve ark., 2008). Bununla birlikte, literatürde tıp fakültesi öğrencilerinin veya uzmanlık öğrencilerinin duygularla başa çıkmada ve ifade etmede geliştirmesi gereken yeterliklere işaret eden yayınların sayısı sınırlıdır (Cherry ve ark., 2012; Satterfield ve ark., 2007; Shapiro, 2011).

Klinik eğitimler sırasında tıp fakültesi öğrencilerinin duygusal deneyimleri birkaç nedenden dolayı kritik öneme sahiptir. Öğrenme süreçleri bilişsel, metabilişsel süreçlerin yanısıra duygusal ve motivasyonel süreçlerle iç içe yürümektedir. Duyguların motivasyonel ve bilişsel süreçler üzerinde önemli etkileri vardır (Pekrun ve ark., 2002). Buna ek olarak, duygular tıp fakültesi öğrencilerinin profesyonel kimlik gelişim süreçlerinin de önemli bileşenlerinden biridir (Dornan ve ark., 2015; Helmich ve ark., 2012; Helmich ve ark., 2014). Yine, eğitimde yaşanan zorlu deneyimler, yüksek stres ve kaygı, empatinin azalmasına, duyguların körelmesine ve sonuç olarak tükenmişliğe yol açabilmektedir (Lee ve ark., 2008; Paro ve ark., 2014; Romani ve ark., 2014; Soler ve ark., 2008). Tüm bu nedenlerle, kişinin kendi duygularının farkında olması, vereceği duygusal tepkileri düzenlemesi ve başa çıkmasında önemli bir etkendir. Duygusal farkındalıktaki incelik bu süreçleri daha derinlikli hale getirebilmektedir. Eğitim süreçlerine bu yöndeki becerilerin dâhil edilmesi, öğrencilerin hem

eğitim hem de profesyonel yaşamdaki, duygusal iyilik hali de dâhil olmak üzere genel olarak iyilik hallerini (well-being) geliştirebilecektir. Bu nedenle tıp eğitiminde duygusal deneyimlere ve düşünümlerine yönelik etkinliklere çok büyük ihtiyaç vardır (Post, 1997; Thommasen ve ark., 2001).

Duygusal yeterlik, duyguları anlama, deneyimleme ve düzenleme becerilerini içerir (Hoemann ve ark., 2020; Zeidner ve ark., 2012). Duygusal taneciklik (emotional granularity), duygusal yeterliliğin belirleyici bir yönüdür. Duyguları daha incelikli ve bağlama özgü bir şekilde derinlikli deneyimleme yeteneğini ifade eder (Barrett ve ark., 2001; Lee ve ark., 2017). Duygusal taneciklik, duyguları hassas ve incelikli bir şekilde deneyimleme yeteneğidir. Duygusal deneyimlerin, "duygusal ve sosyal iyilik hali ile birlikte kendi karmaşıklık (complexity) durumu" (Kashdan ve ark., 2015; Lindquist ve ark., 2008) ve bağlamsallığı içinde düşünümsel olarak tecrübe edilmesidir. Yüksek tanecikli bireyler duygusal deneyimlerinde daha ince ayrımlar yaparken, daha düşük olanlar bunu yapmakta zorlanırlar. Örneğin, taneciklikte daha yüksek olanlar, öfkeli hissetmeyi, korkulu, bitkin veya yalnız hissetmek gibi diğer olumsuz duygulardan ayırt edebilirler. Buna karşılık, duygusal taneciklikte daha düşük olanlar, fazla ayrım yapmadan yaşadıklarını iyi veya kötü gibi daha genel hislerle deneyimlerler. Kesitsel çalışmalardan elde edilen kanıtlar, duygusal tanecikliğin faydalı olduğunu göstermektedir. Özellikle olumsuz duyguların daha ayrıntılı deneyimleri, daha iyi başa çıkma ve zihinsel sağlık ile tutarlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur (Kashdan ve ark., 2015; Smidt ve ark., 2015).

Artan kanıtlar, duyguları ifade etmedeki bireysel farklılıkların duyguları düzenleme (Barrett ve ark., 2001), agresif davranışları azaltma (Pond ve ark., 2012) ve ruh sağlığı açısından (Demiralp ve ark., 2012; Kashdan ve ark., 2015) önemini ortaya koymaktadır. Örneğin, araştırmalar duygusal tanecikliği yüksek, duygularını farklılaştırılmış/ incelikli ve spesifik olarak yaşayan bireylerin, daha fazla duygu düzenleme becerisine sahip olduğunu göstermektedir (Barrett ve ark., 2001). Bu kişiler duygusal tanecikliği düşük olanlara kıyasla stres karşısında daha fazla dayanıklılık (resilience) gösterebilmektedirler (Tugade ve ark., 2004).

Tıp fakültesi öğrencileri tıp eğitimleri boyunca, özellikle klinik eğitimleri sırasında, yoğun duygusal durumlarla karşılaşmakta ve deneyimler yaşamaktadırlar. Bu deneyimler sırasında öğrenenler hem kendilerinin hem de hastalarının yoğun duyguları ile yüzleşmekte ve bu yüzleşmelerin beraberinde getirdiği duygusal yüklerde baş etmeye çalışmaktadırlar. Araştırmalar duyguların hasta ve hekimlerde karar verme ve bilgi işleme süreçleri ile hasta-

hekim ilişkisinde kişilerarası tutumları etkilediğini ortaya koymuştur (Isen ve ark., 1991; Oatley , 2006). Tüm bunlar göz önüne alındığında, şaşırtıcı bir şekilde, öğrencilerin klinik eğitim ortamlarında duygularını nasıl ve ne kadar incelikli ifade ettikleri, kendilerinin veya hastalarının duygularını nasıl tanıyıp yönettikleri hakkında literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Meitar ve ark., 2009).

Dünyada, sağlık bakım süreçlerinde "hasta merkezli bütüncül bakım" yaklaşımı yönünde bir vurgu söz konusudur (Mayer ve ark., 1999). Hasta merkezli bütüncül bakım, hastanın bilgi edinme ihtiyacını ele alan, hastayı bedensel, psikolojik ve sosyo-kültürel boyutlarıyla bir bütün olarak gören, sağlık bakım süreçlerine uyumu destekleyen ve hekim-hasta ilişkisinde karşılıklı etkileşimi benimseyen çok boyutlu bir kavramdır (Stewart, 2001). Ancak, sağlık bakımına ilişkin bu yaklaşıma rağmen, uygulamada gerek sağlık bakım, gerekse klinik eğitim süreçleri daha çok teknik ve bilişsel/metabilişsel boyutları üzerinden yaşanmakta; deneyimin duygusal ve anlamsal boyutu atlanabilmektedir. Hatta bu boyutlar çeşitli gerekçelerle sağlık bakım süreçlerinin dışında tutulabilmektedir. Örneğin sağlık profesyonelleri arasında, profesyonelliğe ilişkin "profesyonellik duyguları sürece katmamaktır" şeklindeki yanlış bir kanı yaygın olarak görülebilmektedir.

Doktorlarla ilgili şikâyetlerin çoğu, klinik yeterliliklerden çok, zayıf hasta-hekim etkileşimi ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerinde iletişim dahil genel olarak etkileşimi geliştirmek günümüz sağlık politikalarının ve eğitim de dahil olmak üzere tüm sağlık uygulamaların en önemli konularından biridir (Howie ve ark., 1999). Hasta-hekim süreçlerinin ve etkileşimlerinin önemli boyutlarından birisi duygulardır. Hastanın duygularını değerlendirme ve farklılığını anlama, hastadan alınan öykünün kalitesini ve tanının doğruluğu artırmaktadır. Eğer hekimler hastaların sağlık bakım süreçlerindeki duygularını ve tedavilere veya yaşam tarzı önerilerine verdikleri duygusal yanıtları anlayabilirlerse hastaların tedaviye uyum da dahil olmak üzere tüm sağlık süreçlerinde sergiledikleri katılımları ve uyumlarını daha iyi kavrayabileceklerdir.

Sağlık profesyonelleri için hem kendinin hem de karşısındakinin duygularını anlama ve yönetme becerisi hasta merkezli bütüncül bakımı geliştirmek, hekim-hasta ilişkisinin kalitesini ve hasta memnuniyeti artırmak için oldukça önemlidir. Ancak literatürde sağlık bakım süreçlerinde yaşanan duygulara, bu duyguların nasıl deneyimlendiğine ve sonuçlarının neler olduğuna dair yeterli kanıt bulunmamaktadır.

İnsani, duygusal ve kültürel açıdan duyarlı olan hasta merkezli bütüncül sağlık bakım sürecinin önemli bir özelliği, hekimin, terapötik ilişki içerisinde, ortaya çıkan duyguları incelikli olarak farketme, yorumlama ve düzenleme becerisine sahip olmasıdır. Bu yaklaşımda, karşı karşıya

olunan sağlık sorununa, biyomedikal açıdan olduğu kadar insani ve sosyo-kültürel bakış açısıyla da yaklaşabilmek önemlidir. Hastalık/rahatsızlık algısının ve davranışının hastanın kişiliği, kültürel arka planı, yaşam evresi ve öyküsü, mevcut sağlık ve bakım durumuna tepkisi, maneviyatı, aile öyküsü ve aile dinamikleri ile ilgili olarak değişkenlik göstermekte oluşu; sağlık bakım süreçlerinde duygusal, insani ve sosyokültürel bağlamın hekim tarafından anlaşılmasının gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, çalışmalar hekimlerin hasta perspektifini anlama ve hasta merkezli bütüncül bakım sağlama yeterliklerinde büyük bir değişkenlik olduğunu, bu noktada kabul edilebilir bir vasatın yakalanamadığını göstermektedir (Britten ve ark., 2000; Hall ve ark., 2009; Stewart, 2001; Wald ve ark., 2010).

Hasta merkezli bütüncül bakım sağlama konusundaki bu değişkenliğe olası bir açıklama, hekimlerin kişisel özelliklerinde farklılıklar olmasıdır. Bireyin bu kişisel özelliklerinden birisi de duygusal taneciklik düzeyileridir (DTD'leri). Bu durum, sağlık bakım süreçlerinde gözlenen değişkenliğin en azından bir kısmını açıklayabilir ve bu farklılıkların ortaya konmasında kanıta dayalı verilere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu tez çalışmasında tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerinin negatif ve pozitif duygu düzeyleri ile, duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşmelerinde hasta merkezli bütüncül yaklaşım sergileme düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde tezin araştırma problemleri ve alt problemler şu şekilde tanımlanmıştır:

1. Tıp Fakültesi klinik dönem öğrencileri negatif ve pozitif duygu düzeyleri ile duygusal taneciklik düzeyleri açısından nasıl bir profil sergilemektedir?
2. Pozitif ve negatif duygu düzeyleri ile hasta-hekim görüşmelerinde sergiledikleri performans düzeyleri arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
    a. Öğrencilerin pozitif duygu düzeyleri ile hasta-hekim görüşmesine ilişkin modifiye görüşme formları Mini Klinik Değerlendirme (Mini-CEX) ve Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX) kullanılarak elde edilen puanları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
    b. Öğrencilerin negatif duygu düzeyleri ile hasta-hekim görüşmesine ilişkin modifiye görüşme formları Mini-CEX ve P-MEX kullanılarak elde edilen puanları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
3. Farklı duygusal taneciklik düzeylerine sahip klinik dönem öğrencilerinin hasta-hekim görüşmelerinde sergiledikleri performans düzeyleri arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

a. klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşmesine ilişkin modifiye görüşme formu Mini-CEX kullanılarak elde edilen toplam puanları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?
b. klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşmesine sırasındadaki profesyonelliğe ilişkin modifiye görüşme formu P-MEX kullanılarak elde edilen toplam puanları ve alt boyutlara ait puanları arasında nasıl bir ilişki bulunmaktadır?

Bu tez çalışmasında, araştırma problemleriyle ortaya konan sorulara cevap bulmak için öncelikle tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerin duygusal taneciklik düzeyleri belirlenmiştir. Sonrasında, öğrencilerin hasta ile yaptığı görüşmeleri araştırmacılar tarafından modifiye edilen İşbaşında gözlem ve değerlendirme araçlarından ikisi, Mini-CEX ve P-MEX araçları ile değerlendirilmiştir. El edilen bu veriler üzerinden öğrencilerin duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta merkezli bütüncül görüşme performansları arasındaki korelasyon değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu çalışma klinik eğitim süreçlerinde, hasta-hekim görüşmelerinde ortaya çıkan duygular, bu duyguların ne kadar incelikli bir şekilde farkına varıldığı, yönetildiği ve duygusal deneyiminin inceliklilik durumun öğrencilerin hasta-hekim görüşme performanslarıyla ilişkisi ile sınırlıdır. Farklı tıp fakültelerinde, klinik öncesi ve klinik eğitim dönemi öğrencileriyle yapılacak benzer çalışmalarla, duygusal taneciklik konusu kanıta dayalı olarak daha açık bir şekilde ortaya konabilecektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Eğitim ve Sağlık Bakım Süreçlerinde Duygular

Eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde duygular oldukça önemli bir rol oynar. Hem eğitim hem de sağlık alanında, bireylerin duyguları, duygusal durumları, öğrenme ve iyileşme süreçlerini etkileyebilir. Duygular insan deneyiminin önemli bir parçasını oluşturan karmaşık (içsel, sosyokültürel) durumlardır. Duygular genellikle belirli bir olay, deneyim veya düşünceye yanıt olarak ortaya çıkarlar ve fizyolojik, bilişsel, psikolojik, sosyal ve davranışsal bileşenleri içerirler. Duygular, insanların kendilerini ifade etmelerine, çevreleriyle etkileşime girmelerine, kararlar almalarına, anlamlar oluşturmalarını ve kendilerini inşa etmelerine yardımcı olurlar (Ryff ve ark., 2001).

Ayrıntılı açıklamalarla devam etmeden önce, aşağıda konuyla ilgili bazı önemli kavramların tanımları verilmiştir (Ryff ve ark., 2001).

Duygusal durumlar: Bireyin mutluluk, üzüntü, öfke, korku gibi anlık duygusal durumlarını ifade eder.

Duygu durumları: Çökkün, endişeli gibi bireyin uzun süreli duygusal durumları ifade eder.

Duygusal deneyim: Duygusal deneyim, bireyin içeriği, yoğunluğu, niteliği, süreçleri, sonuçları ile duyguları nasıl deneyimlediğini ifade eder. Bir olayı nasıl hissettiğimiz ve anlam yüklediğimiz, duygunun ne kadar güçlü ve baş edilebilir olduğu ve sürecin nasıl yaşandığı bu kavramla ilişkilidir.

4.2. Duyguya İlişkin Yaklaşımlar ve Kuramlar

Duyguya ilişkin yaklaşım ve kuramlar incelendiğinde, zaman içinde yaklaşım ve kuramların biyolojik, bedensel (fizyolojik, bedensel tepkiler), evrimsel, davranışsal, bilişsel, içsel (içsel yapılandırmalar) olandan daha bir ilişkisel/etkileşimsel ve sosyokültürel olana, sosyokültürel yapılandırmacı anlayışa, düşünümsel ve eleştirel yaklaşıma doğru dönüştüğü görülmektedir. Duygular ve duygusal deneyimler, zamanla, daha bir sosyokültürel çerçevede, kendi ilişkiselliği, bağlamsallığı ve tarihselliği içinde açıklanmaya başlanmıştır. Yaşanan bu sürece rağmen dünyada baskın olan anlayışın hala biyolojik ve bilişsel olana doğru olduğu; beden-beyin/zihin, içsel/dışsal, bireysel/toplumsal gibi ikilikler üzerinden ilerleyen düşünce tarzının devam ettiği söylenebilir. Ancak son yıllarda sinirbilim (duyuşsal sinirbilim, sosyal bilişsel sinirbilim) çalışmalarında etkisiyle duyguyu ikilikler (biyolojik/bedensel-sosyokültürel

bireysel/içsel-ilişkisel/etkileşimsel, bireysel yapılandırma-sosyokültürel yapılandırma) üzerinden, birini daha bir birinci/esas süreçler gibi tanımlayan keskin yaklaşımlar belirli bir oranda çözülmeye başlamıştır (Barrett 2015; Boddice, 2017; Ekman, 1999).

Bu iki uçu örnekler üzerinden açmak konuyu daha açık bir şekilde olarak ortaya koyacaktır. Örneğin Temel Duygular Kuramında (Basic Emotions Theory), evrensel duyguların olduğunu ve bunların doğuştan ve biyolojik olarak belirlendiğini, bu duyguların özel yüz ifadeleri ve fizyolojik tepkilerle ilişkili olduğunu öne sürülür. İlk olarak psikolog Paul Ekman ve meslektaşları tarafından geliştirilen Temel Duygular Kuramı, evrensel ve belirgin yüz ifadelerine sahip bir dizi temel veya esas duygunun varlığını önerir (Ekman, 1999). Temel duyguların klasik örnekleri mutluluk, üzüntü, öfke, korku, şaşkınlık ve iğrenme gibi duygulardır ve bunlar tüm kültürlerde aynı şekilde tanınır ve ifade edilir (Ekman, 1999). James-Lange Kuramına göre, duygular fizyolojik tepkilerin sonucunda ortaya çıkar. Önce vücut fizyolojik olarak tepki verir, ardından bu fizyolojik tepkiyi fark ederek duyguyu deneyimleriz. Cannon-Bard Kuramına göre ise, fizyolojik tepkiler ve duygusal deneyim ayrı ayrı ortaya çıkar. Bir olaya karşı duygusal tepkimiz ve fizyolojik tepkimiz aynı anda gerçekleşir. İki Faktörlü Kuram (Schachter-Singer Kuramı), duygusal deneyimi, hem fizyolojik tepkiler hem de çevresel faktörler tarafından etkilenen süreçler şeklinde ele alır. Duyguları evrimsel olarak gelişmiş adaptasyonlar olarak gören Evrim Psikolojisi Kuramına göre ise duygular insanların hayatta kalma ve üreme şansını artırmak için ortaya çıkmışlardır (Confer ve ark., 2010).

Duyguları daha çok sosyokültürel, ilişkisel, bağlamsal çerçevede ele alan ve psikolojik, sosyokültürel yapılandırmalar gören kuramlar arasında, örnek olarak Barett'in Yapılandırılmış Duygu Kuramı verilebilir. Duygulara yapılandırmacılık çerçevesinde bakan bu kuram, onları sabit, temel varlıklardan ziyade yapılandırılmış olaylar olarak varsayar (Barrett 2015). Duyguları anlamayı ve açıklamayı bilişsel, sosyal ve kültürel faktörlerin etkileşimine dayandırır. Duygusal deneyimleri ve ifadesini, bireyin düşünceleri, inançları, değerleri, çevresi ve kültürel bağlamı gibi unsurlarla birleştirir. Sosyokültürel yapılandırmacı kuramların ortak noktası, duygusal deneyimlerin karmaşık bir yapıya sahip olduğunu ve bireyin düşünceleri, değerleri, çevresi ve kültürel bağlamı tarafından şekillendiği yönündeki vurgulardır.

Kuramlarda yaşanan bu dönüşüm, duygulara ilişkin söylemin farklılaşmasında da kendini gösterir. Çalışmalar duygu ile ilgili dört farklı söyleme işaret etmektedir (Ajjawi ve ark., 2022). Duyguyu "fizyoloji" üzerinden ele alan söylemde duygu; içsel, biyolojik süreçler olarak ele alınır. Duyguyu "beceri" olarak gören ikinci söylemde, duygu daha çok bilişsel süreçler olarak çerçevelenmekte ve duygusal düzenleme becerileri (duygu yönetimi, duygu düzenleme,

duygusal zeka) odağı üzerinden gidilmektedir. İlk iki söylem positivist, davranışsal ve bilişsel yaklaşımlarla birlikte duyguyu daha çok bireysel süreçler, bireysel tepkiler, davranışlar veya bireysel/içsel yapılandırmalar şeklinde ele alırken üçüncü ve dördüncü söylemle bu yaklaşım ilişkisel ve sosyokültürel olana, sosyal yapılandırmacılığa doğru kayar. Duyguyu "düşünümsel pratik" olarak çerçeveleyen üçüncü söylemde odak bireysel olandan ilişkisel, toplumsal ve kişilerarasına (bireysel ve bireylerarası birliktelik) doğru yön değiştirir. Duyguyu "sosyokültürel mediator" olarak ele alan dördüncü söylemde sosyal ilişkiler odağının yanısıra kültürel, bağlamsal ve politik olana vurgu güçlenmiş; profesyonel/meslek toplukları ile birlikte, profesyonel çevre/ekosistem (profesyonel topluluklardaki duygusal iklim, kültürel iklim, ilişkisel iklim, hiyerarşi ve güç, habitus vb) bağlamında ele alınmaya başlanmıştır.

Bu yaklaşım ve kuramlar, duyguların nasıl ortaya çıktığı, nasıl deneyimlendiği ve nasıl işlendiği/yapılandırıldığı konularında farklı perspektifler sunar. Duyguların karmaşıklığı, çok boyutluluğu ve bağlamasallığı, bu alandaki araştırmaların ivme kazanarak devam etmesinin gerekliliğine işaret etmektedir.

4.3. Eğitim Süreçlerinde Duygular

Duyguların eğitim süreçlerinde yeri çok boyutludur. Bunlar, motivasyon ve ilgiden başarı duygusuna bağlılıktan kaygıya kadar geniş bir yelpazeye sahiptir (Boekaerts, 2007).

Motivasyon ve ilgi: Eğitim süreçlerinde duygular, öğrencilerin öğrenmeye karşı motivasyonunu ve ilgisini etkileyebilir. Öğrencilerin pozitif duyguları (ilgi, merak) öğrenmeye olan isteklerini artırabilirken, olumsuz duygular (sıkılma, kaygı) öğrenme süreçlerini ve performanslarını olumsuz etkileyebilir.

Başarı duygusu: Başarı deneyimleri, öğrencilerde gurur ve memnuniyet duygularını uyandırabilir. Bu duygular, özsaygıyı artırabilir ve öğrencinin kendine olan güvenini, öz-yeterliklerini pekiştirebilir.

Bağlılık ve ilişkiler: Öğrenme süreçleri, öğrenenlerin birbirleriyle ve eğiticilerle ilişkilendikleri sosyalleşme süreçleridir. Bu süreçte öğrenci-eğitici veya öğrenci-akran ilişkileri, aynı zamanda bir duygusal ortam oluşturup olumlu ve olumsuz duyguları ortaya çıkarabilir. Örneğin sevgi, empati ve anlayış temelli ilişkiler, eğitim ortamında olumlu bir duygusal atmosfer oluşturacak, bağlılık d0uygusunu güçlendirecektir.

Stres ve kaygı: Sınavlar, sunumlar gibi performans beklentileri öğrencilerde stres ve kaygı yaratabilir. Eğitim süreçlerinde baş edilmeyen zorluklarla birlikte ortaya çıkan aşırı kaygı,

yıkıcı bir duygusal ortam oluşturarak öğrenenlerin öğrenmelerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

4.4. Sağlık Bakım Süreçlerinde Duygular

Duygular söz konusu olduğunda benzer çok boyutluluk sağlık bakım süreçleri için de geçerlidir. Sağlık bakım süreçlerini de, ortaya çıkardığı duygusal ortamıyla birlikte olumlu, olumsuz çok sayıda duygu eşlik etmektedir (Kozlowski ve ark., 2017).

Hastalık ve endişe: Hastaların sağlık durumuyla ilgili yaşadığı endişe, korku ve belirsizlik duyguları yaygındır. Bu duygular, hekimle etkileşimi, tedavi uyumunu etkileyebilir ve iyileşme sürecini olumsuz etkileyebilir.

Empati ve destek: Sağlık çalışanlarının hastalara gösterdiği empati ve duygusal destek iyileşmelerini teşvik edebilir. Hasta kendini anlaşılmış ve değerli hissederse, motivasyonu artabilir.

Ağrı ve rahatsızlık: Fiziksel rahatsızlıklar ve ağrı, hastaların duygusal durumunu etkileyebilir. Kronik ağrı, depresyon ve anksiyeteye yol açabilir.

Umutsuzluk ve mücadele: Ciddi sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireylerde umutsuzluk hissi yaygın olabilir. Sağlık profesyonelleri, hastaların umutlarını canlı tutmada önemli bir rol oynar.

İyileşme ve memnuniyet: İyileşme süreci olumlu duyguları tetikleyebilir. Hastaların sağlık durumlarında iyileşme görmeleri, mutluluk ve memnuniyet duygularını artırabilir.

4.5. Duygusal Taneciklik

Bazı insanlar duygusal deneyimlerini daha kesin ve incelikli ifadeler kullanarak kolayca dile getirirler. Örneğin, "hüsrana uğramış" hissettikleri zaman ile "hayal kırıklığına uğramış" hissettikleri zamanı birbirinden ayırabilirler. Ancak diğerleri bu tür ince ayrımlar yapmakta zorlanır ve bunun yerine hislerini "iyi" veya "kötü" gibi daha kaba ifadelerle dile getirirler. Bu bireysel farklılık, duygusal taneciklik (emotional granularity) veya duygu farklılaşması (emotion differentiation) olarak adlandırılır. Çeşitli araştırmalar, duygusal taneciklik düzeyi yüksek olan kişilerin daha iyi zihin sağlığa sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Hoemann ve ark., 2020; Kashdan ve ark., 2015; O'Toole, 2020; Seah ve ark., 2022; Smidt ve ark., 2015; Thompson ve ark., 2021). Yetişkin örneklemlerinde yapılan çalışmalarda, negatif duygularını daha incelikli ifade edebilenlerin, (duygusal taneciklik puanları negatif duygularını ifade etmede daha yüksek olanların) olumsuz durumlara karşı daha sağlıklı ve daha etkili tepkiler verebildiğini göstermiştir (Barrett ve ark., 2001; Kalokerinos ve ark., 2019; Kashdan

ve ark., 2010; Ottenstein ve ark., 2020; Pond ve ark., 2012; Tugade ve ark., 2004; Zaki ve ark., 2013). Yine, duygusal taneciklik puanlarının depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, şizofreni, otizm ve sınırda kişilik bozukluğu gibi çeşitli psikopatolojilerle ilişkili olduğu bulunmuştur (Decker ve ark., 2008; Demiralp ve ark., 2012; Dixon-Gordon ve ark., 2014; Erbas ve ark., 2013; Kashdan ve ark., 2015; Kimhy ve ark., 2014; Mikhail ve ark., 2020; Tomko ve ark., 2015).

Çocukluk boyunca insanlar yavaş yavaş duygu kelimelerini tanımlamayı, duygusal yüz ifadeler0ini doğru bir şekilde etiketlemeyi, bağlamsal ortamlardan belirli duygusal tepkileri tahmin etmeyi ve duygusal tepkilerini yönetmeyi öğrenirler (Baron-Cohen ve ark., 2010; Lagattuta ve ark., 2021; Nook ve ark., 2020; Silvers ve ark., 2017; Widen, S. C., 2013). Kişinin kendisinin ve başkalarının duygularını kavramsallaştırma becerileri, ergenliğe doğru olgunlaşmaya devam ederek uzun süreli bir gelişim gösterir (Dumontheil ve ark., 2010; Nook ve ark., 2018) ve ergenlik, nöral, hormonal ve sosyal değişimlerin çocukluğa kıyasla artan stres ve olumsuz duyguya yol açtığı bir yaşam dönemidir (Larson, ve ark., 1993; Larson ve ark., 2002; Romeo ve ark., 2006; Steinberg, 2015) . Çocukluktan ergenliğe geçişlerde hem önemli duygusal değişimlerin hem de psikolojik gelişimin oluşması nedeniyle, gençlerin duygusal deneyimlerini en iyi nasıl yönetebileceklerini ve hayatlarının bu dönemini sağlıklı bir şekilde nasıl yönlendirebileceklerinin net bir şekilde anlaşılması zorunludur. Bu, duygusal süreçlerdeki normatif değişikliklerin ergenlikte kendilerini nasıl ifade ettiklerine dair içgörü sağlayabileceğinden, duygusal taneciklik gelişiminin daha iyi anlaşılmasını son derece önemli hale getirir. Böyle bir içgörü daha sonra gençliği psikopatolojiden koruyan psikolojik müdahalelere de rehberlik edebilir. Bu sosyal ve duygusal geçişler ile, bu çalışmalarda ergenlik psikopatolojinin başlangıcı için artan bir risk dönemi olarak kabul gördüğü için 13-18 yaş aralığı hedeflenmiştir (Larson ve ark., 1993; Larson ve ark., 2002; Romeo ve ark., 2006; Steinberg, 2015).

4.5.1. Duygusal taneciklikle ilişkili farklı yapılar ve kavramlaştırmalar

Literatürde var olan duygu yapılarının çeşitliliği göz önüne alındığında, duygusal taneciklik ile ne demek istendiğini tanımlamak ve mevcut tez çalışmasının kapsamını özetlemek önemlidir. Alan, duygusal deneyimin yönlerinin bireyler arasında nasıl farklılaştığını değerlendirmeye çalışan çok çeşitli yapılar ve kavramlaştırmalar üretmiştir. Örnek olarak, duygu farkındalığı, duygusal zekâ, duygusal netlik, duygusal yoğunluk, duygusal karmaşıklık, duygusal dengesizlik, duyguları anlama, duygusal atalet, duygu soyutlama, aleksitimi ve duygusal çeşitlilik sıralabilir (Boden ve ark., 2013; Lane ve ark., 1992; Salovey ve ark., 2016; Sifneos,

1973; Waugh ve ark., 2011). Akademisyenler, bu farklı yapıları organize etmenin yollarını tartışmaktadırlar (Gruhn ve ark., 2013; Thompson ve ark., 2021). Bazıları bunların anlamlı bir şekilde "duygusal yetkinlik" çerçevesine entegre edilebileceklerini savunurlar (Hoemann ve ark., 2020). Diğerleri ise farklı yaklaşımları değerlendirmektedir.

4.5.2. Duygusal yetkinlik

Grühn ve arkadaşları (2013), bu terimleri daha geniş bir anlam bağlamında ele alarak, duygusal yetkinliğin farklı yönlerini anlamak için kullanmanın faydalı olabileceğini öne sürmüş; duygusal yetkinliği anlamak için birden fazla alt bileşeni içeren bir yaklaşım benimsemişlerdirler. Bu alt bileşenler, duygusal farkındalık, duyguları yönetme becerisi, duygusal anlayış ve empati yeteneği gibi çeşitli yönleri içerir. Onlara göre, duygusal yetkinlik tek bir beceri veya özellik değil, geniş bir yelpazede farklı yetenekleri ve anlayışları içeren karmaşık bir yapıdır. Bu yaklaşımın faydaları şunlar olabilir:

***Kapsamlı anlayış*:** Duygusal yetkinliği birden fazla yönü ile ele almak, insanların duygusal zeka ve farkındalık alanlarındaki güçlü ve zayıf yönlerini daha iyi anlamayı sağlar. Bu da kişisel gelişimi ve iyileşmeyi destekler.

***Eşsiz bireysel farklılıklar*:** Her birey, duygusal yetkinliğin farklı yönlerinde farklı seviyelerde becerilere sahip olabilir. Bu yaklaşım, bireylerin güçlü yönlerini tanımlamalarına ve zayıf yönlerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

***Eğitim ve gelişim*:** Bu yaklaşım, eğitim ve gelişim programlarının, bireylerin eksik olduğu veya geliştirmek istediği alanlara odaklanmasını sağlar. Bu şekilde, kişilerin duygusal yetkinliklerini artırmalarına yardımcı olunabilir.

***Çeşitlilik ve değişkenlik*:** Farklı bağlamlarda, farklı becerilerin daha baskın olabileceği durumlar vardır. Bu yaklaşım, duygusal yetkinliğin çeşitliliğini ve değişkenliğini dikkate alarak daha gerçekçi bir perspektif sunar.

Grühn ve arkadaşlarının bu yaklaşımı, duygusal yetkinliği çok boyutlu bir yapı olarak anlamak gerektiğini vurgular (Gruhn ve ark., 2013). Bu da, bireylerin duygusal deneyimlerini daha iyi anlamalarına, geliştirmelerine ve çeşitli durumlarla daha etkili bir şekilde başa çıkmalarına yardımcı olabilir (Gruhn ve ark., 2013).

4.5.3. Duygu farklılaşması

Bu konuda bir diğer kavramlaştırma “duygu farklılaşması (emotion differentiation)”dır. Duygusal karmaşıklık ve farklılaşma üzerine yapılan araştırmalarda, insanların duygularını

farklılaştırma ve tanımlama yeteneklerinde farklılık olduğu kanıtlanmıştır. Bazı insanlar yüksek düzeyde duygusal ayrıntıya (taneciklik) sahip olabilir, yani geniş bir duygu yelpazesini ayırt edebilir ve detaylı bir şekilde tanımlayabilirken, diğerleri daha düşük düzeyde duygusal ayrıntıya sahip olabilir ve duygularını daha genel terimlerle (örneğin "kötü hissediyorum" yerine "üzgün, hayal kırıklığına uğramış ve sinirli hissediyorum") deneyimleyip etiketleyebilirler. Çalışmalar, duygusal taneciklik/farklılaşma düzeyi daha yüksek olan bireylerin daha iyi psikolojik ve sosyal işlevsellik gösterdiklerini, anksiyete ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğunu ve daha iyi kişilerarası ilişkilere sahip olduklarını göstermiştir. Aynı zamanda duygusal taneciklik düzeyi, sosyal ve duygusal esenlik ile de ilişkilidir ve duygu düzenlemede önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Barrett ve ark., 2001).

Tüm bu çıkarımlardan şunu söylemek mümkündür: bu yapılar hem genç hem de yetişkin örneklemlerde psikolojik sağlıkla ilişkilidir (Boden ve ark., 2013; Trull ve ark., 2015; Zeidner ve ark., 2012). Bu yapıların birbirleriyle ilişkisi ve nasıl geliştikleri soruları ilginç ve verimli araştırma konularıdır. Bu tez çalışmasının odağı “duygusal taneciklik”tir ve bu çerçevede, insanların duygusal deneyimlerini spesifik olarak nasıl ifade ettiklerini, araştıran çalışmalara odaklanılmıştır.

4.5.4. Duygusal yetkinlik olarak “taneciklik”

Duygusal taneciklik, kişinin duygularında incelikli ayrımlar yapma yeteneği olarak tanımlanabilir. Duygusal taneciklik, duygusal yetkinliğin bir yönüdür. Duyguları kesin ve bağlama özgü bir şekilde incelikli olarak deneyimleme yeteneğini ifade eder. Duyguları fark etme, anlama ve düzenleme gibi becerileri içerir ve bu noktalardaki yeterlikler duygusal deneyimlemenin niteliğini belirlerler. Dolayısıyla eğitim ve iş süreçlerinde önemli bir beceri olarak kabul edilmektedir. Duygusal tanecikliğin faydalarını gösteren kesitsel kanıtlar, duygusal tanecikliğin eğitim yoluyla nasıl geliştirilebileceği sorusunu gündeme getirmektedir (Barrett ve ark., 2001; Hoemann ve ark., 2020; Lee ve ark., 2017; Zeidner ve ark., 2012).

Kesitsel çalışmalardan elde edilen kanıtlar, duygusal tanecikliğin faydalı olduğunu göstermektedir. Özellikle olumsuz duyguların daha ayrıntılı/ incelikli deneyimlenmesi, zorluklarla daha iyi başa çıkma ve zihinsel sağlık düzeyleri ile tutarlı bir şekilde ilişkilidir (Kashdan ve ark., 2015; Smidt ve ark., 2015). Bu kanıtlar, duygusal tanecikliği bir beceri olarak kavramsallaştırmanın yanı sıra, yetişkinlerin bu uzmanlığı nasıl geliştirebilecekleri sorusunu gündeme getirmektedir. Modern yapılandırmacılık teorisindeki ve Budist gelenekteki ortak

teorik içgörülere dayanarak, Budizm kaynaklı farkındalık uygulamaların duygusal tanecikliği destekleyebileceğini ve bu hipotezin ampirik olarak test edilebileceği düşünülmektedir.

4.5.5. Duygusal tanecikliğin teorik temelleri

4.5.5.1. Duygusal tanecikliğe ilişkin genel çerçeve:

Duygusal taneciklik ile ilişkili iki yaklaşım/genel çerçeve yapılandırmacılık (psikolojik, sosyokültürel, nöroyapılandırmalar) ve Budist çerçevelerdir. Yapılandırmacı çerçevede konu daha çok duygusal boyutta ele alınmaktadır. Bu noktada, duygusal tanecikliğin yararlı bir beceri olduğu fikri psikoloji biliminde nispeten yakın zamanda ortaya çıkmıştır (Kashdan ve ark., 2015). Öte yandan Budist çerçeve konuyu daha farklı bir yaklaşımla, zihinsel durumlar ve "deneyimsel taneciklik" (experiential singularity) bağlamında ele almaktadır. Zihinsel durumların tanecikliğinin hem yararlı hem de eğitilebilir olduğunu benimsemektedir (Lama, 2020). Yapılandırmacı çerçeve büyük ölçüde son 150 yılda ampirik araştırmalar bağlamında ortaya çıkarken (Gendron ve ark., 2009), Budist çevre 2000 yıldan daha uzun bir süredir bilinmektedir. Bir söylemi diğerinin üzerine yükseltmekten kaçınmak için, tanecikliğin faydalarına ilişkin içgörülerin her çerçevede nasıl ortaya çıktığını göstererek başlamakta yarar vardır.

Budist çerçevede duygusal taneciklik yerine "deneyimsel taneciklik" sözkonusudur. "Duygu" Budist teorisyenler tarafından kullanılan üst düzey bir kategori değildir. Hatta aydınlanmış bir zihinsel durum duygulardan arınmayı gerektirir. Bundan dolayı onun yerine, "deneyimsel taneciklik kapasitesi" kullanılır. Kişinin zihinsel durumlarını dikkatli bir şekilde ayrıştırabilmesi olarak tanımlanabilecek bu beceri, erken Abhidharma ile başlayan meditatif uygulamalar tarafından geliştirilen oldukça değerli bir beceridir. Deneyimin tanecikli anlatımlarına yapılan bu vurgu, sıradan insanların deneyimin erişilebilir olağanüstü birçok yönünden büyük ölçüde habersiz oldukları veya yanlış deneyimledikleri anlayışından ortaya çıkar. Kişinin kendi deneyimine dair bu içgörü eksikliği acının kaynağı olarak görülür (Lama, 2020). Gelişmiş deneyimsel taneciklik, acıyı hafifletecek şekilde deneyime ilişkin içgörü sağlar ve aynı zamanda kişinin dikkat ve duygudurum gibi deneyimlerini daha dikkatli bir şekilde düzenlemesini sağlar (Anālayo, 2018; B., 2003; Lama, 2020).

4.5.5.2. Duygusal tanecikliğe ilişkin kavramsal ve kuramsal çerçeveler:

Yapılandırmacılık "ailesi" içinde duygusal tanecikliğe ilişkin birden fazla kuram bulunmaktadır (Barrett 2015). "Duygusal Yapılandırmacılık" yaklaşımının içinde yer alan bu kuramlar, özellikle Lisa Feldman Barrett ve James A. Russell tarafından geliştirilmiştir. Bu kuramlar,

duyguların nasıl oluştuğu, ifade edildiği ve anlamlandırıldığı gibi konularda farklı perspektifler sunar.

Duygusal yapılandırmacılık yaklaşımına göre duygular, bilişsel, dil, kültürel ve sosyal faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu yaklaşım duyguların nasıl inşa edildiği, deneyimlendiği ve ifade edildiği konusunda farklı kuramları içeren bir çerçevedir. Bu kuramlar aşağıda açıklanmıştır.

Kavramsal Eylem Kuramı (Conceptual Act Theory: CAT): Bu kurama göre, bireyin bir duyguyu deneyimlemesi için dağarcığındaki bilgileri kullanarak mevcut duygusal durumunu anlamlandırması gerekmektedir. Kavram bilgisi bir kişinin 'öfke,' 'iğrenme' 'korku,' vb. duygu kategorileri hakkında ne bildiğidir ve bu bilgi önceden kazandığı tecrübenin yanısıra kullandığı dile göre de şekillenmektedir (Barrett, 2006; Lindquist ve ark., 2015).

Bu kurama göre, duygular dışsal duyumlar (görsel, işitsel, dokunsal duyumlar vb.) ve içsel duyumların (hoş ve hoş olmayan ve yüksek veya alçak uyarandan oluşan bedensel duygular) kavram bilgisi ile entegrasyonunu gerektiren "kavramsal eylemlerdir" (Barrett, 2006, 2009). Örneğin, bir kişi hoş olmayan, çok uyarılmış bir duyguyu 'korku' olarak yaşayabilir, buradaki korku kavramının bilgisi kendisi için "öfke" veya diğer duygular hakkındaki bilgiden daha erişilebilir olabilir (Lindquist ve ark., 2008).

Yapılandırılmış Duygu Teorisi (Theory of Constructed Emotion): "Yapılandırılmış Duygu Teorisi" (Barrett, 2017) tanecikliğin işlevselliğini ele almaktadır. Şöyleki; birinin evinde bir yangın çıktığında korkmayı ve bir konuşma yaparken korkmayı düşünün. İlkinde, evden hızla kaçmak hayatı tehdit eden tehlikelerden kaçınmak için uygun ve gereklidir. Bununla birlikte, topluluk önünde konuşma bağlamında kaçma eylemi yararlı değildir. Etkili yanıt vermek için farklı durumlara uygun durum-bağımlı eylemler gereklidir (Barrett, 2013; Wilson-Mendenhall, 2017; Wilson-Mendenhall ve ark., 2013). Bu bağlamda, fizyolojik uyarılmayı, kaçınılması gereken bir tehdidin sinyali olarak algılamak yerine, bağlama özgü olarak o işle meşgul olmaya ve gerçekleştirmeye hazır olduğunun bir işareti olarak yorumlamak faydalıdır (Jamieson ve ark., 2018). Ayrıntılı, bağlama duyarlı işleme, duyguları başarılı bir şekilde düzenlemek için yapılan eylemler de dahil olmak üzere duruma uygun eylemlerde bulunmak için gereklidir (Aldao, 2013; Bonanno ve ark., 2013).

Değerlendirme Teorisi (Appraisal theory): Bu teori, duyguların bir durumu nasıl değerlendirdiğimize veya yargıladığımıza bağlı olarak ortaya çıktığını öne sürer. Başka bir deyişle, bir durumun kendisi duygusal bir tepki oluşturmaz, ancak durumun yargılamasına göre tepki veririz. Örneğin, ormanda bir ayı ile karşılaştığımızda, durumu tehlikeli olarak

değerlendirirsek korkabiliriz, ancak heyecan verici bir macera olarak değerlendirirsek sadece heyecanlanabiliriz. Değerlendirme teorisine göre, farklı insanlar, bireysel yargılamalarına bağlı olarak aynı duruma farklı duygusal tepkiler verebilirler. Değerlendirme teorisi, bireylerin olayları değerlendirmesi ve yorumlaması yoluyla duygusal tepkileri harekete geçiren bir odaklanma sunar ve bu teori öncelikle psikologlar Richard Lazarus ve Susan Folkman tarafından geliştirilmiştir (Lazarus, 1984). Onlar bu teoriyi stres ve başa çıkma bağlamında ele almış ve bireylerin durumları nasıl değerlendirdiği veya yorumladığının duygusal tepkilerine ve başa çıkma stratejilerine nasıl katkıda bulunduğunu vurgulamışlardır. Değerlendirme teorisi, duygusal tepkilere yol açanın olayın kendisi değil, bir bireyin olayın anlamını ve sonuçlarını nasıl değerlendirdiği olduğunu öne sürer. Bu teori, duygusal deneyimlerdeki bilişsel süreçleri anlamada etkili olmuştur (Lazarus, 1984).

Bilgi olarak duygular teorisi (Feelings-as-Information Theory): Bu teoride, kişiler herhangi bir durumu yargılarken subjektif deneyimlerin - duygular, hisler, metabilgi deneyimleri ve bedensel duyumlar dâhil - rolünü kavramlaştırır. Bu teoriye göre, insanlar duygularını bilgi kaynağı olarak kullanırlar ve farklı duygular farklı türde bilgi sağlar. Yargılamanın hedefi tarafından tetiklenen duygular geçerli bilgi sağlarken, başka bir etkenden kaynaklanan duygular bizi yanıltabilir. Duyguları bir bilgi kaynağı olarak kullanma, diğer bilgi kaynaklarını kullanma prensiplerine uyar. En önemlisi, insanlar duygularına başka bir kaynağa (doğru veya yanlış bir şekilde) atfettiklerinde duygularına güvenmezler, bu nedenle eldeki görev için bilgi değerlerini zayıflatırlar. Bir duygudan ne çıkaracaklarını belirlemek, duyguyu ne konuda kullanacakları epistemik soruya bağlıdır; bu nedenle duygulardan çıkarılan sonuçlar bağlama duyarlıdır ve esnek bir şekilde değişebilir. Duyguların yargılamanın temeli olmasının yanı sıra, duygular mevcut durumun doğası hakkında bize bilgi verir ve düşünce süreçlerimiz, durumsal gereksinimleri karşılamak üzere ayarlanmıştır (Schwarz ve ark., 1983).

4.5.6. Duygusal tanecikliğin ölçülmesi

Duygusal tanecikliğe ilişkin ilk araştırmalar, katılımcılardan her günün sonunda duygularını 5 puanlık bir ölçekte derecelendirmelerini ister (Barrett ve ark., 2001). Daha sonra duygu derecelendirmeleri arasındaki tüm ikili korelasyonların ortalaması hesaplanır. Bu yaklaşımın mantığı, duyguları belirli duygusal terimlerle kavramsallaştırmaya çalışan katılımcıların (etkilerini yalnızca "iyi" veya "kötü" olarak temsil etmek yerine) günler boyunca benzer duygusal durumları tutarlı bir şekilde belirlemeleridir. Örneğin, "kötü" bir günün sonunda, benzer şekilde yoğun korku, öfke ve üzüntü derecelendirmeleri yapacaklar ve "daha az kötü" bir günde, tüm bu duygular için biraz daha az yoğun derecelendirmeler yapacaklardır.

Duygusal tanecikliği değerlendirmek için hala yaygın olarak kullanılan bu yöntem zaman içinde geliştirilerek daha uygun hale getirilmiştir. Örneğin, Ekolojik Anlık Değerlendirme (Howie ve ark.) yöntemlerini kullanarak, katılımcıların her gün tamamladıkları duygu derecelendirmelerinin sayısı artırılmıştır. Yine zamanla, standartlaştırılmış görüntü setlerine yanıt olarak duygu derecelendirmelerinin yapıldığı yeni laboratuvar ölçümleri kullanılmıştır (Erbas ve ark., 2014; Nook ve ark., 2018). Ek olarak, ikili korelasyonlar yerine bizim tezimizde de kullanmış olduğumuz, sınıf içi korelasyonlar (ICC'ler) yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Kalokerinos ve ark., 2019). Bununla birlikte, bu yöntemlerin mantığı aynı kalmıştır. Bu mantığa göre örnekler arasında duygu derecelendirmelerindeki yüksek tutarlılık, kişinin duygulanımlarının zayıf bir şekilde farklılaştığını göstermektedir.

Araştırmacılar, mümkün olduğunda, bu yöntemleri "pozitif" ve "negatif" duyguların derecelendirilmesi için ayrı ayrı uygulamaktadırlar. Bu ayrım, pozitif duyguların farklılaşması (insanların mutluluk, şükran ve heyecan gibi duyguları spesifik olarak nasıl ayırt ettikleri) ve negatif duyguların farklılaşması (insanların üzüntü, öfke, korku ve iğrenme gibi duyguları spesifik olarak nasıl ayırt ettikleri) için ölçümlere imkan tanımaktadır. Bu noktada ölçüm sırasında, pozitif ve negatif duygu farklılaşması ayrı ayrı hesaplanır. Böylece her bir puanla, insanların benzer bir değeri paylaşan bir duygu sınıfındaki duyguları spesifik olarak nasıl tanımladığını gösterilebilir. Bazı araştırmalar hem pozitif hem de negatif duygular arasında bir ICC kullanarak genel farklılaşmayı araştırmışlardır. Daha yakın zamanlarda araştırmacılar insanların duyguları yalnızca kişi düzeyinde değil, an düzeyinde de spesifik olarak nasıl ayırt ettiğini ölçmek için yöntemler geliştirmişlerdir (Erbas ve ark., 2018; Tomko ve ark., 2015).

4.5.7. Duygusal taneciklikle ilgili araştırmalar

4.5.7.1. Yaş ve duygusal taneciklik

Duyguları spesifik olarak tanımlayabilmek, insanların onları yönetmesine yardımcı oluyorsa, bu duygusal becerinin geliştiği normatif yörüngeleri anlamak önemli hale gelmektedir. Aslında, gelişimsel psikopatolojinin çerçevesi (Cicchetti ve ark., 2002; Cicchetti ve ark., 2000; Sroufe ve ark., 1984) psikolojik bozuklukları anlamada ve önlemede dört temel adımı vurgular: (i) psikolojik süreçlerin tipik olarak yaş boyunca nasıl ortaya çıktığını belirlemek, (ii) bu normatif yörüngeler ile psikopatolojinin göstergesi olan yörüngeler arasındaki farkları belgelemek, (iii) bu farklı yörüngeleri üreten mekanizmaları aydınlatmak ve (iv) patolojik yörüngeleri sağlıklı gelişimle aynı hizaya getiren müdahaleler geliştirmek. Bugüne kadar, yayınlanan iki çalışma, duygusal tanecikliğin tipik gelişimsel yörüngesini araştırmıştır. Bu çalışmalardan biri negatif

duygusal tanecikliği değerlendirirken, diğeri hem pozitif hem de negatif duygusal tanecikliği değerlendirmiştir.

İlk çalışmada, 5-25 yaşları arasındaki 143 katılımcıdan oluşan bir kesitsel örneklemden negatif duygusal tanecikliğe ilişkin bir laboratuvar ölçümünü tamamlaması istenmiştir (Nook ve ark., 2018). Katılımcılar 20 olumsuz görüntüyü inceledimişler ve her görüntüye yanıt olarak ne kadar kızgın, üzgün, tiksintili, korkmuş ve üzgün hissettiklerini derecelendirmişlerdir. Öncesinde bu terimleri anlamayan katılımcıları dışlamak için bir duygu kelime dağarcığı testi kullanılmıştır (Nook ve ark., 2020). Çalışmada duygusal taneciklik puanları (yani, bu derecelendirmelerdeki sınıf içi korelasyonların tersi) ile yaş arasında ters-U ilişkisini ortaya çıkmıştır. Negatif duygusal taneciklik puanlarının, çocukluktan 15 yaşına kadar düştüğü ve genç yetişkinlikte tekrar yükselmeye başladığı görülmüştür. Şaşırtıcı bir şekilde, küçük çocukların olumsuz duyguları ayırt etmede ergenlerden daha iyi oldukları görülmüştür. Daha ileri analizler, çocukların daha büyük katılımcılara kıyasla bir seferde yalnızca bir duygu yaşadıklarını bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu eğilimin, duygusal taneciklik puanlarının neden çocukluktan 15 yaşına kadar düştüğünü istatistiksel olarak açıklar niteliktedir. Bu bulgu, çocukların duygularını birer birer rapor etme eğiliminde olduğunu gösteren önceki araştırmalarla benzerlik göstermektedir (Harter ve ark., 1987; Larsen ve ark., 2007; Wintre ve ark., 1994). Bu nedenle, sözkonusu çalışma, duygusal taneciklik için doğrusal olmayan bir gelişimsel yörüngeye ilişkin ilk kanıtları sağlamıştır.

Bu sonuçlar, 14-17 yaşları arasındaki 233 ergen üzerinde yapılan bir çalışmada kısmen tekrarlanmıştır (Starr ve ark., 2017). Bu çalışmada, katılımcıların yedi gün boyunca her gün dört istem aldığı ve onlardan beş olumsuz duyguyu (örn. endişeli, üzgün, sinirli, kızgın, yıpranmış) ve beş pozitif duyguyu (mutlu, gururlu, neşeli, canlı, heyecanlı) ne kadar güçlü hissettiklerini bildirmelerini isteyen 7 puanlık ölçeklerde bir DÖM yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada, ICC'ler yine negatif ve pozitif duygusal tanecikliği ölçmek için kullanılmıştır. Burada araştırmacılar, yaş boyunca yalnızca negatif duygusal taneciklik puanlarında anlamlı bir doğrusal düşüş bulmuştur. Pozitif duygusal taneciklik puanları da yaşla genel olarak negatif bir ilişki göstermiş ancak bu ilişkide istatistiksel olarak bir anlamlılık hesaplanmamıştır.

Bu iki çalışma farklı yöntemler kullanmış olsa da (laboratuvara karşı DÖM ölçümü ve genişe karşı dar yaş aralığı), genç bireylerin olumsuz duyguları aslında yaşlı bireylere göre farklı bir tarzda yapılandırdıklarına dair ilgi çekici bulgulara işaret etmiştir. Çocukların duygu kavramlarının yalnızca "olumlu mu yoksa olumsuz" mu olduğuna odaklanma eğiliminde oldukları ve duygu kavramlarındaki ek karmaşıklığın yaşla birlikte ortaya çıktığı

düşünüldüğünde, bu sonuçlar şaşırtıcı görünebilir (Morningstar ve ark., 2019; Nook ve ark., 2018; Pons ve ark., 2004; Widen ve ark., 2008). Bununla birlikte, çalışmalar, çocukların duyguları ayırt etme konusunda uzman oldukları yolundaki bir çıkarımdan daha karmaşık bir durumun varlığına işaret etmektedir. Bunun yerine, çocuklar, duygusal deneyimleri yetişkinlerden tamamen farklı şekillerde yapılandırabilmektedirler şeklinde bir açaklama daha uygun gözükmetedir. Çocuklar duyguları birer birer deneyimlediklerini bildirme eğilimindedir. Bu da potansiyel olarak duyguların birbirini dışlayan zihinsel durumlar olduğuna inandıklarını düşündürmektedir. Bu, duygusal tanecikliğin ölçülmesiyle ilgili önemli bir nüansı ortaya çıkarır. Hem çocuklar hem de yetişkinler aynı farklılaşma puanını elde edebilir, ancak bu puanı elde etmek için tamamen farklı "yollara" sahip olabilir. Çocuklar, aynı anda tek bir duyguyu onaylayarak ne hissettiklerini açıkça tanımlayabilirler. Ergenler ise bu iki gelişim sürecinin ortasında bir yerlerde görünmektedirler. Bu bulguların tümü, ergenlikte duyguları tanımlamayı daha zor hale getiren psikolojik süreçlerle örtüşüyor olabilir. Ancak yapılar arasındaki ilişkilerin yanı sıra bu gelişimsel değişimin duygu düzenleme ve ruh sağlığı üzerindeki aşağı yönlü etkilerini netleştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

4.5.7.2. Duygusal taneciklik ve zihinsel sağlık arasındaki ilişki

Farklı duygusal durumları tanımlama ve ayırt etme yeteneği, geniş bir kelime dağarcığı kullanarak ifade etme becerisi olarak duygusal taneciklik düzeyi, duygusal zekâ açısından önemli bir özelliktir. Yüksek duygusal taneciklik düzeyine sahip bireyler, duygularını düzenleme, etkili iletişim kurma ve sosyal etkileşimleri yönetme konusunda daha iyi bir performans göstermektedirler (Barrett ve ark., 2001; Kalokerinos ve ark., 2019; Kashdan ve ark., 2010; Ottenstein ve ark., 2020; Pond ve ark., 2012; Tugade ve ark., 2004; Zaki ve ark., 2013). Genel olarak, duygusal taneciklik düzeyi, duygusal zekâ açısından önemli bir özellik olup, bir dizi olumlu ruh sağlığı sonucu ve sosyal faydalarla ilişkilendirilmiştir.

Araştırmalar, duygusal taneciklik düzeyi yüksek olan bireylerin daha düşük depresyon, kaygı ve stres gibi daha iyi ruh sağlığı sonuçlarına sahip olduğunu göstermektedir. Örneğin, Kişilik ve Sosyal Psikoloji Dergisi'nde yayınlanan bir çalışmada, duygusal durumları daha iyi ayırt edebilen bireylerin, nörotizm ve duygusal zekâ gibi diğer faktörler kontrol altına alındığında, daha düşük seviyelerde kaygı ve depresyon yaşadıklarını bulunmuştur (Kashdan ve ark., 2015).

Psikosomatik Araştırmalar Dergisi'nde yayınlanan başka bir çalışmada, duygusal taneciklik düzeyinin, kalp atış hızı değişkenliği ve kortizol düzeyleri de dahil olmak üzere fizyolojik stres tepkilerinin daha düşük seviyeleriyle ilişkili olduğunu görülmüştür (Liu, 2017).

Yine, araştırmalar, duygusal taneciklik düzeyi yüksek olan bireylerin, sosyal etkileşimleri yönetme ve olumlu ilişkiler kurma konusunda daha iyi performans sergilediklerini göstermektedir. Örneğin, Emotion dergisinde yayınlanan bir çalışmada, duygusal durumları daha iyi ayırt edebilen bireylerde, pozitif sosyal etkileşimlerin ve daha fazla sosyal destek deneyimlemelerinin daha olası olduğunu bulunmuştur (Ford, 2018).

Erbaş ve arkadaşları (2013), duygusal tanecikliğin otizm spektrum bozukluğu (OSB) olan 18 ergen (15-19 yaş) ve 26 tipik gelişim gösteren ergen (15-18 yaş) arasında farklılık gösterip göstermediğini test etmişlerdir. Her iki grup da, katılımcılar 20 olumsuz görüntüye yanıt olarak 20 olumsuz duyguyu ne kadar güçlü hissettiklerini derecelendirmişler, olumsuz duygusal tanecikliğin laboratuvar temelli bir değerlendirmesini tamamlamışlardır. Sınıf içi korelasyonlardan hesaplanan duygusal taneciklik puanları, kontrollere kıyasla OSB'li katılımcılarda anlamlı derecede düşük hesaplanmıştır. Katılımcıların 20 duygu kelimesini kümeler halinde sıraladıkları ikinci bir ölçümde ise, deney grubunun kontrollere göre daha az yığın oluşturduğunu gösterilmiştir. Veriler daha az farklılaşma olduğunu göstermekle birlikte istatistiksel anlamlılık bulunamamıştır ($p= 0.06$). Sonuç olarak bu çalışma, OSB'li ergenlerde olumsuz duygusal tanecikliğin daha düşük olabileceğine dair ilk kanıtları sağlamıştır.

Bir dizi çalışma, gençlik döneminde duygusal tanecikliğin depresyon belirtileriyle nasıl ilişkili olduğunu incelemiştir. Lennarz ve arkadaşları (2018), 86 ergende hem pozitif hem de negatif duygusal tanecikliği değerlendirmiştir (72'si bir analiz alt kümesine dahil edilmiş, median yaş= 14). Katılımcılar DÖM ölçümlerini (toplam 44 bilgi istemi) iki hafta boyunca tamamlamış ve duygusal tanecikliğin puanlarını hesaplamak için ICC'ler uygulanmıştır. Negatif duygusal taneciklik puanları ile şu durumlar arasında negatif korelasyon görülmüştür: (i) DÖM dönemleri boyunca olumsuz etkinin ortalama yoğunluğu, (ii) örnekleme dönemleri arasındaki haftalarda olumsuz duyguları deneyimlemeye yönelik kişinin bildirdiği eğilim ve (iii) "sabit bir zihniyete" sahip olma. Buna karşılık, pozitif duygusal taneciklik puanları ile DÖM dönemlerinde yalnızca pozitif duyguların ortalama yoğunluğu arasında bir ilişki belirlenmiş ve bu ilişki, cinsiyet kontrol edildiğinde anlamsız hale gelmiştir. İlginç bir şekilde, ne pozitif ne de negatif duygusal taneciklik puanları, kişinin bildirdiği depresif semptomlarla ilişkili çıkmamıştır. Bu bulgunun olası açıklaması örneklemin semptomları nadiren onaylaması olabilir şeklinde yapılmıştır.

Nook ve arkadaşları (2020a) yaptıkları çalışmada hem katılımcı hem de ebeveyn ruh sağlığı ölçümleri ele alınmıştır. Negatif duygusal taneciklik puanları daha yüksek olan ergenlerin, önemli ölçüde daha az depresif semptomu onayladıkları görülmüştür(Starr ve ark., 2017).

Pozitif duygusal tanecikliğin puanları için de negatif, ancak anlamlı olmayan bir ilişki ortaya çıkmıştır. İlginç bir şekilde, pozitif ve negatif duygusal taneciklik puanları daha yüksek olan ergenler, ebeveynlerine göre daha az depresyonda olduklarını ve onlara daha güvenli bir şekilde bağlandıklarını bildirmişlerdir. Son olarak, ebeveynlerin ebeveynlik tarzına ilişkin kendi bildirimleri, negatif duygusal taneciklik puanları ile anlamlı bir şekilde ilişkili çıkmıştır. Öyle ki, daha az otoriter olan ebeveynlerin ergenlerinin daha yüksek negatif duygusal taneciklik puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Bu korelasyonel sonuçlardan nedensellik veya yönlülük çıkarsanamasa da, gençlik döneminde duygusal tanecikliğin aile ortamları bağlamında ortaya çıkabileceği; ebeveyn refahı ve ebeveynlik stillerinin ergen duygusal tanecikliğini şekillendirilebilen değişkenlerden birisi olabileceği ileri sürebilir.

Üç çalışma, duygusal tanecikliğin gençlerde içselleştirme semptomlarıyla nasıl ilişkili olduğunu araştırmıştır (Nook, 2021; Schreuder ve ark., 2020; Starr ve ark., 2017). Ayrıca duygusal tanecikliğin stresin etkisini tamponlayıp engellediğini test eden analizleri de içermektedir. Starr ve ark. tarafından yapılan çalışmada, 15-17 yaş arası 233 katılımcı, depresyon semptomlarını değerlendiren görüşmeleri tamamlamıştır (Starr ve ark., 2017). Değerlendirmeler hem duygusal tanecikliği değerlendirmek için kullanılan DÖM ölçümlerinden hemen önce (T1 olarak etiketlenmiş) hem de 1,5 yıl sonra (T2 olarak etiketlenmiş) gerçekleştirilmiştir. Negatif duygusal taneciklik puanları, 1,5 yıl sonra hem T1 depresyon semptomları hem de T2 depresyon semptomları ile anlamlı şekilde ilişkili çıkmıştır. Bununla birlikte, T1 depresyon puanları ve DÖM örneklemesinde onaylanan ortalama negatif etki kontrol edildiğinde, T2 semptomlarıyla ileriye dönük ilişkide anlamlılık ortadan kalkmıştır. Pozitif duygusal taneciklik puanları ise, her iki zaman noktasında da depresyon semptomlarıyla ilişkili çıkmamıştır.

Nook ve arkadaşları (2021) tarafından gerçekleştirilen, 14-17 yaşları arasındaki 30 ergen kız üzerindeki yoğun boylamsal çalışmada, laboratuvar tabanlı bir resim derecelendirme görevi kullanılarak değerlendirilen duygusal taneciklik ile depresyon ve anksiyete semptomlarının kendi bildirdiği ölçümleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Pozitif ve negatif taneciklik puanları, içselleştirme belirtileri ile negatif ilişkili çıkarken, kişiler arası düzeyde anlamlılık görülmemiştir. Son bulgu, çalışmanın kişiler arası etkilerden ziyade kişiler içindeki etkileri saptamak için optimize edilmiş olmasına ve katılımcı sayısının az olmasına bağlanmıştır.

Son olarak, Schreuder ve arkadaşları (2020), 15-18 yaşları arasındaki 401 katılımcıda bir yıllık bir süre boyunca duygusal taneciklik ile geniş psikopatoloji endeksleri arasındaki ileriye dönük ilişkileri incelemişlerdir. Çalışma süresinin başında ve sonunda psikolojik belirti tarama

listesini (SCL-90, The Symptom Checklist-90), uyguladıkları ve katılımcıları bu puanların nasıl olduğuna bağlı olarak "iyi" veya "kötü" prognoz olarak sınıflandırdıkları farklı bir psikopatoloji ölçüsü kullanmışlardır (Arrindell, 1986; Schauenburg ve ark., 1999). Altı günlük DÖM ile değerlendirilen negatif duygu farklılaşma puanlarının bir yıl sonraki prognozla anlamlı şekilde ilişkili olduğu, ancak ortalama negatif duygu kontrol edildikten sonra bu anlamlı ilişkinin ortadan kalktığı görülmüştür.

Bu çalışmalar, duygusal tanecikliğin gençlik ruh sağlığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Ancak, bu ilişkiyle ilgili bazı önmeli noktalar akılda tutulmalıdır. İlk olarak, psikopatoloji ile tüm ilişkiler sadece negatif duygusal taneciklikte vardır. Psikopatoloji ile pozitif duygusal taneciklik arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Bu nedenle, ruh sağlığı ile olumsuz duygusal taneciklik arasındaki ilişkinin daha net bir şekilde ortaya çıkması için daha fazla kanıta ihtiyaç vardır. Aslında, burada özetlenen kanıtlar, tanecikliğin ergenlikte yararlı olduğunu, ancak yetişkinliğe göre daha küçük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Yeni araştırmalarla ek veriler toplamanın ardından yapılacak bir meta-analiz, bu ilişkilerin istikrarını ve boyutunu tahmin etmede büyük ölçüde yardımcı olacaktır.

4.5.7.3. Strese karşı bir tampon olarak duygusal taneciklik

Uzun bilim tarihi, insanların mevcut başa çıkma kaynaklarını zorlayan beklenmedik ve/veya tehdit edici olaylarla karşılaştıkları durumlar olarak stresli yaşam deneyimlerini (Lazarus RS, 1984) yüksek psikopatoloji riskiyle ilişkilendirmiştir (Grant ve ark., 2006; Larson ve ark., 1993; McLaughlin ve ark., 2009; Michl ve ark., 2013). Eğer, duygusal taneciklik gerçekten duygu düzenlemesini kolaylaştırıyorsa, o zaman taneciklik özellikle duyguların yüksek olduğu stresli deneyimler sırasında bireyleri desteklemede yardımcı olacaktır. Yetişkinlerde duygusal tanecikliğe ilişkin görece erken dönem çalışmalar, duygusal taneciklik puanlarının, özellikle olumsuz duygular arttığında sağlıklı başa çıkma stratejileriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Kashdan ve ark., 2010; Zaki ve ark., 2013).

Star ve arkadaşları (2017), duygusal tanecikliğin stresin psikopatoloji üzerindeki etkisini iki düzeyde tamponlayıp koruma varsayımını test etmişlerdir. İlk olarak, duygusal tanecikliği değerlendiren DÖM yönteminde, katılımcılar aynı zamanda herhangi bir stresli olay yaşayıp yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Pressman ve arkadaşları (2005) stresli olayı, birkaç yaşam alanında günlük güçlükler olarak tanımlamakadır. Bu tanım çerçevesinde Star ve arkadaşları (2017), yukarıdaki çalışmada, hem pozitif hem de negatif duygusal taneciklik puanları ile stres etkenleri ve eşzamanlı depresif ruh hali bildirimleri (ortalama DÖM'de üzgün, umutsuz ve cesareti kırılmış hissetme derecesi) arasındaki ilişkiyi göstermiştir. Böylece, bu sonuçlar, tıpkı

yetişkin katılımcılarla yapılan iki çalışmada olduğu gibi, daha yüksek duygusal tanecikliğe sahip ergenlerin, düşük duygusal tanecikliğe sahip ergenlere kıyasla günlük stres faktörlerine tepki olarak daha az depresif hissettiklerini göstermektedir (Starr ve ark., 2017) Bu çalışma duygusal tanecikliğin ergenleri stresin zararlı etkilerinden koruduğuna dair kanıt sağlamıştır.

Bu sonuçlar, Nook ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada büyük ölçüde tekrarlanmıştır. Bu çalışmada, daha az sayıda katılımcıyı (n = 30) içeren, ancak denek içi izlemeyi büyük ölçüde artıran, bir yıl süren yoğun boylamsal bir tasarım kullanılmıştır. Starr ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmaya benzer şekilde, ölçümleri iki düzeyde yapılandırmışlardır. İlk olarak, katılımcılar yıl boyunca dört dalgaya bölünmüş, 12 haftalık DÖM örneklemesini tamamlamışlardır. Bu çalışmada laboratuvar temelli (DÖM tabanlı değil) duygusal taneciklik ölçümü kullanılsa da, hem pozitif hem de negatif duygusal taneciklik puanları ile algılanan stres ve depresif etkinin anlık derecelendirmeleri arasındaki eşzamanlı ilişki gösterilmiştir. İkinci olarak, araştırmacılar katılımcıların stresli yaşam olaylarına maruz kalma durumlarını ve depresyon ve anksiyete semptomlarını değerlendiren kişisel bildirim anketlerini kodlayıp, bu görüşmeleri her ay tamamlamışlardır. Bulgular, olumsuz duygusal taneciklik puanlarının, stresli yaşam olaylarına nesnel maruz kalma ile kaygı belirtileri arasındaki eşzamanlı ilişkiyi aylık düzeyde tamponladığını göstermiştir. Bu çalışma aynı zamanda duygularını daha iyi ayırt edebilen ergenlerin strese karşı daha dirençli göründüğünü bulmuştur.

4.5.7.4. Duygu düzenleme ve iyi oluş için duygusal tanecikliğin işlevselliği

Kashdan, Feldman Barrett ve McKnight'ın (2015) öne sürdüğü gibi, belirli, farklılaşmış duygu kelimelerinin kullanılması, duygu uyandıran bir olay hakkında önemli bilgiler aktarır. Bu bilgilere göre, duygusal deneyimlerini daha belirgin terimlerle etiketleyen bireyler, yoğun negatif duygularını daha etkili bir şekilde düzenleyebilmekte, kişisel çabalarını daha iyi sürdürebilmekte ve daha fazla iyilik hali elde edebilmektedir. Bu varsayımlar, insanların duyguları kendileri veya çevreleri hakkında bir bilgi kaynağı olarak kullandıklarını ve farklı duygu türlerinin farklı türde bilgiler sağladığını öne süren bilgi olarak duygular teorisi Schwarz ile uyumludur (Schwarz ve ark., 1983). Araştırmalar, duygulanım durumlarını tanımlayabildikleri daha yüksek özgüllük nedeniyle, yüksek duygusal tanecikli bireylerin daha ayrıntılı ve farklılaşmış bilgilere erişebildiklerini ve böylece yaşanan olaylara daha uyumlu ve yeterli tepkiler gösterebildiklerini ortaya çıkarmıştır (Barrett ve ark., 2001; Erbas ve ark., 2015; Kirby ve ark., 2014). Yine çeşitli araştırmalar, duygusal taneciklik düzeyi yüksek olan kişilerin daha iyi mental sağlığa sahip olma eğiliminde olduğunu göstermiştir (Hoemann ve ark., 2020;

Kashdan ve ark., 2015; O'Toole, 2020; Seah ve ark., 2022; Smidt ve ark., 2015; Thompson ve ark., 2021; Trull ve ark., 2015). Yetişkin örneklemlerinde yapılan çalışmalarda, duygusal taneciklik puanlarının yoğun negatif duygulara karşı daha sağlıklı ve daha etkili tepkilerle ilişkili olduğunu göstermektedir (Barrett ve ark., 2001; Kalokerinos ve ark., 2019; Kashdan ve ark., 2010; Ottenstein ve ark., 2020; Pond ve ark., 2012; Tugade ve ark., 2004; Zaki ve ark., 2013). Çalışmalarda duygusal taneciklik puanlarının çeşitli psikopatoloji formları (örneğin, depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, şizofreni, otizm ve sınırda kişilik bozukluğu) ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Decker ve ark., 2008; Demiralp ve ark., 2012; Dixon-Gordon ve ark., 2014; Erbas ve ark., 2014; Kimhy ve ark., 2014; Mikhail ve ark., 2020; Tomko ve ark., 2015). Örneğin Nook ve arkadaşları (2021) kişinin duygularını özel olarak tanımlama yeteneğinin uyumlu duygusal tepki vermeyi desteklediğini ve psikopatolojiye karşı koruduğunu öne sürmektedir.

4.6. Hasta-Hekim Görüşmesi/ Etkileşimi

Hasta-hekim görüşmesi, hekim ile hastanın yüz yüze veya sanal olarak gerçekleştirdiği etkileşimsel bir süreçtir. Bu görüşmeler, hastanın sağlık sorunlarını anlatması, bunların değerlendirilmesi, tanı konulması, tedavi planlanması ve sağlık hizmeti alması gibi bir dizi amaç için kullanılır. Bu tür görüşmelerde duygusal ve iletişimsel yönler önemlidir çünkü hasta sağlık durumuyla ilgili endişelerini, sorularını ve duygusal tepkilerini paylaşabilirken, sağlık profesyoneli de empati göstererek bilgi sağlar ve tedavi seçeneklerini tartışır. Hasta-hekim görüşmelerinin önemli yönleri şunlardır (Emanuel ve ark., 1992).

İletişim ve Bilgi Paylaşımı: Görüşmeler, hastanın sağlık durumu hakkında bilgi paylaşımını içerir. Hekim, hastaya teşhis ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, hasta da kendi semptomlarını, sorularını ve endişelerini aktarır.

Teşhis ve Tedavi Planlaması: Görüşmelerde hekim, hastanın semptomlarını ve tıbbi geçmişini değerlendirerek bir teşhis koymaya çalışır. Bu teşhis temelinde, uygun bir tedavi planı oluşturulur ve hastaya önerilir.

Hasta Eğitimi: Hekim, hastaya sağlık durumu, teşhis ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi verirken, hastanın da tedavi ve yönetim süreçlerine aktif olarak katılması teşvik edilir. Bu, hastanın kendi sağlık yönetimine daha iyi bir şekilde dahil olmasını sağlar.

Hasta Tercihleri ve Değerleri: Hasta-hekim görüşmeleri, hastanın kişisel tercihlerini, değerlerini ve yaşam tarzını dikkate alan bir yaklaşımı benimser. Bu, tedavi planının hastanın bireysel ihtiyaçlarına uyarlanmasına yardımcı olur.

İzleme ve Değerlendirme: Tedavi süreci boyunca düzenli görüşmeler yapılır ve hastanın ilerlemesi izlenir. Gerekirse tedavi planı revize edilir veya değiştirilir.

Hastanın Güçlendirilmesi: Görüşmeler, hastaların kendi sağlık durumlarını ve tedavi süreçlerini anlamalarını, yönetmelerini ve kontrol etmelerini teşvik eder.

Hasta-hekim görüşmesinin temel unsurları ise şu şekilde sıralanabilir (Fiscella ve ark., 2004):

Öykü alma ve değerlendirme: Hastanın tıbbi geçmişi, semptomları, rahatsızlıkları ve şikayetleri hakkında bilgi toplanır. Bu bilgiler, tanı koyma ve tedavi planlama sürecinde yardımcı olur.

***Dinleme ve iletişim*:** Hastanın anlatıları dikkatlice dinlenir ve sorular sorarak daha fazla bilgi alınır. İyi iletişim, hasta-hekim ilişkisinin temel bileşenlerinden biridir ve hastanın duygusal ihtiyaçlarını anlamaya yardımcı olur.

Empati ve destek: Sağlık profesyoneli, hastanın duygusal durumunu anlamaya çalışır ve içinde bulunduğu durum için empati gösterir. Bu süreçte, hastanın endişelerini, korkularını ve duygusal tepkilerini anlamak, hastanın güvenini artırır.

Bilgi sağlama: Hastaya sağlık durumu, tanı, tedavi seçenekleri ve olası sonuçlar hakkında bilgi verilir. Bu bilgiler, hem hastanın süreçte yaşadığı duygusal deneyimlerini etkiler hem de daha uygun kararlar almasına yardımcı olur.

Tedavi ve iyileşme planı: Hastanın ihtiyaçlarına göre bir tedavi veya iyileşme planı oluşturulur. Bu plan, ilaçlar, yaşam tarzı değişiklikleri, terapiler veya cerrahi müdahaleleri içerebilir ve bunların herbirine çeşitli duygular eşlik eder.

Soruların cevaplandırılması: Hastanın tedavi, yan etkiler veya hastalıkla ilgili herhangi bir konuda soruları olabilir. Sağlık profesyonelinin, hastanın bu sorularını anlayışla karşılaması ve olumsuz duygularını giderici açıklayıcı cevaplar sunması beklenir.

Hasta-hekim görüşmeleri, hastaların sağlık durumlarını anlamaya, doğru tedavi seçeneklerinin oluşturulmasına ve sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmalarına yardımcı olur. Ayrıca bu görüşmeler, hastaların duygusal ihtiyaçlarını da karşılamaya yöneliktir. Çünkü sağlık sadece fiziksel değil aynı zamanda duygusal, sosyal ve psikolojik boyutları da içerir.

Hasta-hekim görüşmesinin önemli bileşenlerinden birisi de iletişimdir. İletişim, insanların çevrelerindeki dünyayı anlamlandırmalarının bir yoludur. İletişim, iki veya daha fazla kişiyi içeren etkileşimli bir süreç olarak gerçekleşir. Sözsüz, sözlü, yüz yüze veya yüz yüze olmayan yöntemlerle gerçekleşebilir. Etkili iletişim, bir mesajın göndereni, mesajının amacını iletecek

şekilde gönderdiğinde ve bu mesajın alıcısı tarafından anlaşıldığında meydana gelir. Bu şekilde, mesajın hem göndereninden hem de alıcısından gelen ve her iki taraf arasında paylaşılan bir anlam yaratılır. Bu nedenle iletişim karşılıklı bir süreç olarak görülmektedir (Turabian, 2018). Literatürde, iletişimde başarılı olmak, kişisel deneyimlere dayansa da, eğitim süreciyle de geliştirilebilir olduğu gösterilmiştir (Batenburg ve ark., 2009). İletişim becerileri, uygun yöntem ve programların kullanılmasıyla, eğitim ve uygulama sürecinde kazanılabilen ve geliştirilebilen becerilerdendir (Hajek ve ark., 2000).

Sağlık literatüründe, klinisyenler arasındaki iletişim başarısızlıkları, sağlık hizmetlerinde hataların ve istenmeyen olayların en sık nedenidir. İletişim, hasta memnuniyetinde ve bakımla ilgili şikayetlerde önemli bir faktördür. Sağlık hizmetlerinde kaliteli bakım, ABD Tıp Enstitüsü tarafından 'güvenli, etkili, zamanında, verimli, adil ve hasta merkezli bakım' olarak tanımlanmıştır (Briere, 2001). Hasta merkezli bakım, 'bireysel hasta tercihlerine, ihtiyaçlarına ve değerlerine saygılı, duyarlı ve hasta değerlerinin tüm klinik kararlara rehberlik etmesini sağlayan bakım' olarak tanımlanmaktadır (Hellin, 2002; Turabian, 2018). Hasta merkezli bakımın ilkeleri ve uygulamaları için derinleşen kanıt tabanı, hastaların katılımının ve bu katılımının değerinin/yararının daha fazla tanınmasına ve buna daha fazla odaklanılmasına neden olmuştur. Bu noktada hastaların yaşadıkları sağlık deneyimleri hakkında araştırmalar yapılmaktadır. Bu araştırma konularnından bazıları şunlardır: Hastalara, sağlık profesyonelleri tarafından soru sorma fırsatı verilme ve kendi bakımlarına katılım düzeyleri ile nezaket gösterilip gösterilmemesi, saygıyla muamele edilip edilmemesi ve sağlık profesyonelleri tarafından dikkatle dinlenip dinlenmemesi gibi kişilerarası alanlardır (Bertakis ve ark., 2011).

Hastayı ve bilgilerini gerçek zamanlı görüşme süreçlerine dahil etmeye odaklanan yöntemler, birçok kişi tarafından, iyileştirilmiş sağlık sonuçlarının ilerlemesi, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olması ve gereken maliyetlerin azaltılması için çok önemli kabul edilir. Bir meslek olarak hekimlik, ağırlıklı olarak bireysel düzeyde hastalarla iletişim kurmayı ve onlarla ilişki kurmayı gerektirir. Hastane ortamında hekimler hasta ile ilgili birçok görevi, hasta başında hasta ile yüz yüze gelerek üstlenir. Bu anlar hasta merkezli olan hekim ile hasta arasında etkili etkileşimin oluşmasını kolaylaştırır. Fleischer ve arkadaşlarına (2009) göre, dinleme ve sorma şeklindeki dinleme davranışı aslında hasta-hekim ilişkisinin başlangıcıdır (Fleischer ve ark., 2009). McCabe ve arkadaşları (2002) da, sağlık profesyonellerinin hasta merkezli iletişimin bileşenleri olan 'samimilik, sıcaklık ve empati' gibi temel unsurlara sahip olmaları gerektirdiğini savunmaktadır. Ancak sağlık profesyonellerinin her zaman hasta merkezli bir şekilde iletişim kurmadıklarını gözlemlemişlerdir (McCabe, 2002; Yune ve ark., 2021).

Bir hastanın aldığı bakımın kalitesi kısmen doktorun iletişim becerilerine bağlıdır. Bilgilendirici, hastaya destek ve saygı gösteren ve hastanın bakıma katılımını kolaylaştıran doktorlar genellikle daha memnun, tedavi rejimlerine daha bağlı ve konsültasyondan sonra daha iyi sağlık deneyimleyen hastalara sahiptir (Kaplan ve ark., 1989). Bakım kalitesi, hekimlerin hastalarla ilgili algılarından da etkilenebilir. Örneğin, hekimlerin hastalarından hoşlanmaları, hastaların bakımdan memnuniyet dereceleri ve hekimin davranışlarını daha olumlu değerlendirmeleri ile ilişkilendirilmiştir (Hall ve ark., 1993). Ayrıca, hekimlerin iletişimi ve hasta algıları birbiriyle bağlantılı görünmektedir. Hekimler, saygı duydukları ve olumlu baktıkları hastalara karşı daha fazla bilgi sağlamış, daha fazla empati ve pozitif duygu göstermişlerdir (Levinson ve ark., 1995). Hekimlerin iletişimi ve algıları sonuçları etkilediği için, hekimlerin davranışlarındaki değişkenliği hesaba katmak ve farklı hekimlerin neden farklı hastalarla farklı şekillerde konuştuğunu anlamak kritik derecede önemlidir. Böyle bir anlayışla, araştırmacılar ve eğitimciler, iletişim ve sonuçları arasındaki ilişkileri etkili bir şekilde incelemek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmeye yönelik müdahaleler tasarlamak için daha iyi bir konuma sahip olacaklardır.

Hekim ve hasta arasındaki ilişki, iki katılımcının birbirlerine karşı iletişime dayalı tutumlarının ürünüdür (Krupat ve ark., 2000). Bu nedenle hekimin, hastası hakkındaki düşüncesi davranışı değiştirebilir (Street ve ark., 2007). Çünkü insanların davranışları, başkalarının yönelimlerinden ve algılarından etkilenir (Mcleod ve ark., 1973).

Hasta-hekim ilişkileri sosyo-kültürel ortama göre değişebilmekte ve tıbbi ortam da bu tür ilişkileri etkileyebilmektedir (Gupta ve ark., 2020; Kim, M.-J., 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde bireycilik, özerklik ve hizmet değerine dayalı işbirlikçi bir hasta-hekim ilişkisi hakimdir. Bununla birlikte, birçok Asya ülkesinde, hasta-hekim ilişkisi paternal ve hiyerarşik olabilmektedir (Nilchaikovit ve ark., 1993). Hekim, hastaların refahından sorumlu, onlarla ilgilenen, erdemli ve otoriter bir figür olarak görülebilmekte ve karşılığında yüksek düzeyde saygı görebilmektedir (Fritzsche ve ark., 2019).

4.6.1. Hasta merkezli bütüncül yaklaşım

"Hasta merkezlilik" terimi, üç temel değeri olan bir ahlaki çerçeveyi tanımlamak için kullanılır: (1) hastaların ihtiyaçlarını, isteklerini, bakış açılarını ve kişisel deneyimlerini dikkate almak; (2) hastaların tedavisiyle ilgili bilgi sağlamak ve hastalara bakımlarına katılma fırsatı sağlamak; (3) hasta-hekim ilişkisinde ortaklığı ve anlayışı geliştirmek (Epstein ve ark., 2005; Kim, M., 2009). Dünyadaki pek çok sağlık sistemi, daha fazla hasta merkezli bakıma ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır. Hasta merkezli bütüncül bakım, hastada bilgi edinme ihtiyacını

ele alan, hastayı bir bütün olarak gören, uyumu destekleyen ve hasta-hekim ilişkisini geliştiren çok boyutlu bir kavramdır. Hekimlerle ilgili şikâyetlerin çoğu, klinik yeterliliklerden çok zayıf hasta-hekim ilişkisi ile ilgilidir. Sağlık hizmetlerinde bu ilişkiyi geliştirmek günümüz sağlık politika ve uygulamalarının başında gelmektedir.

Hasta merkezli bütüncül yaklaşımın bazı temel özellikleri aşağıda sıralanmıştır:

Bireyselleştirilmiş bakım: Hastanın tıbbi durumunu anlamak için önce hasta ile etkili bir iletişim kurulur. Hastanın ihtiyaçları, tercihleri, yaşam tarzı ve kültürel değerleri göz önünde bulundurularak özelleştirilmiş bir bakım planı oluşturulur.

Tüm yönleriyle ele alma: Sağlık bakımı sadece fiziksel semptomlara odaklanmaz. Hastanın duygusal, sosyal ve ruhsal ihtiyaçlarına da dikkat edilir. Bu, hastanın genel sağlığını ve iyilik halini etkileyebilecek faktörlerin de ele alındığı anlamına gelir.

Hastanın güçlendirilmesi (Empowerment): Hasta merkezli yaklaşım, hastanın kendi sağlık yönetimine daha aktif bir şekilde katılmasını teşvik eder. Hastanın kendi sağlık durumu hakkında bilgi sahibi olması ve karar süreçlerine katılması önemlidir.

Ekip işbirliği: Hasta merkezli yaklaşım, farklı sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek hastanın bakımını koordine ettiği bir ekip çalışması gerektirir. Bu, tıbbi ve destek hizmetlerinin uyumlu bir şekilde sunulmasını sağlar.

Sürekli izleme ve değerlendirme: Hastanın durumu ve ihtiyaçları sürekli olarak izlenir ve değerlendirilir. Gerekirse bakım planı revize edilir ve güncellenir.

Hasta-hekim ilişkinin önemli bir boyutu duygulardır. Hastanın duygularını değerlendirme ve farklılığını anlama, öykü alma kalitesini ve tanının doğruluğunu artırmaktadır. Sağlık profesyonelleri için hastanın ve kendinin duygularını anlayabilme ve bu duyguları yönetme yeteneği hasta merkezli bakımının geliştirilmesi, hasta-hekim ilişkisinin kalitesinin artırılması ve hasta memnuniyet seviyesinin yükseltilmesi açısından oldukça önemlidir. Ancak literatürde sağlık bakım süreçlerinde duygulara ve bu duyguların nasıl ifade edildiğine dair sınırlı sayıda kanıt bulunmaktadır. İnsani ve duygusal açıdan duyarlı olan hasta merkezli bütüncül sağlık bakım sürecinin önemli bir özelliği, hekimin, terapötik ilişki içerisinde, ortaya çıkan duyguları yorumlama ve yönlendirme becerisine sahip olmasıdır. Bu yaklaşımda, karşı karşıya olunan sağlık sorununa, biyomedikal açı gibi dar bir çerçeveden bakmak yerine hastanın bakış açısını da dahil ederek biyopsikososyal açıdan bakarak bütüncül bir yaklaşım sergileyebilmek oldukça önemlidir. Hastalık/rahatsızlık algısının ve davranışının hastanın kişiliği, kültürel arka planı, yaşam evresi ve öyküsü, mevcut sağlık ve bakım durumuna tepkisi, maneviyatı, aile öyküsü ve

aile dinamikleri ile ilgili olarak değişkenlik göstermekte oluşu; sağlık bakım süreçlerinde, bu insani ve sosyokültürel bağlamın hekim tarafından anlaşılmasının gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte, çalışmalar hekimlerin hasta perspektifini anlama ve hasta merkezli bütüncül bakım sağlama yeterliklerinde büyük bir değişkenlik olduğunu göstermektedir (Howie ve ark., 1999). Hasta merkezli bütüncül bakım sağlama konusundaki değişkenliğe bir olası açıklama, bireyin kişisel özelliklerinde farklılıklar olmasıdır. Bireyin bu kişisel özellikleri arasında duygusal taneciklik düzeyi de sayılabilir. Bu durum, değişkenliğin en azından bir kısmını açıklayabilir. Ancak bu değişkenliğin ortaya konmasında kanıta dayalı verilere ihtiyaç duyulmaktadır.

Tıp fakültesi öğrencileri tıp eğitimleri boyunca yoğun duygusal durumlar yaşamaktadırlar. Hem kendilerinin hem de hastalarının yoğun duyguları ile yüzleşmek, fiziksel stres ve tanık oldukları zorlu klinik durumların tümü öğrenenlerde güçlü duygular yaratabilmektedir. Araştırmalar duyguların hasta ve hekimlerde karar verme, bilgi işleme ve hasta-hekim ilişkisinde kişilerarası tutumları etkilediğini ortaya koymuştur (Croskerry ve ark., 2008). Bu yüzden tıp fakültesi öğrencilerinin klinik dönemde duygusal taneciklik düzeylerinin değerlendirilmesi ve bunun hasta-hekim görüşmesinde nasıl bir etkisinin olduğunun ortaya konulması oldukça önemlidir. Bu çalışmada tıp fakültesi klinik dönemdeki öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşmelerinde hasta merkezli/ bütüncül yaklaşım sergileme düzeylerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

4.6.2. Hasta-hekim görüşmelerinin gözlem ve değerlendirilmesi

Tıp eğitimi perspektifinden hasta-hekim görüşmeleri, öğrenci ve genç hekimlerin mesleki becerilerini, iletişim becerilerini, hasta odaklı bakım yeterliklerini ve profesyonel tutum ve davranışlarını değerlendirmek için önemli bir bileşendir. Bu görüşmelerin gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi, tıp eğitim programlarında öğrencilerin gelişimini izlemeye, geri bildirim sağlamaya ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye yardımcı olur. Hasta-hekim görüşmelerini gözlemlemek ve değerlendirmek için genel bir yaklaşım olarak aşağıdaki yapının ve planlamanın oluşturulması önemlidir (Norcini 2003):

Gözlemin planlaması: Görüşmeleri gözlemlemeye karar vermeden önce, gözlemcilerin ne tür bilgilere ihtiyacı olduğu ve hangi becerileri değerlendireceği belirlenmelidir. Ayrıca, gözlem zamanı, ortam ve hasta-hekim etkileşiminin uygun bir şekilde yapılandırıldığından emin olunmalıdır.

Standartlaştırılmış görüşme: Görüşme süreci, yapılacak değerlendirmelerin geçerli ve güvenilir olması için belirli bir yapıya sahip olmalıdır. Standartlaştırılmış bir hasta-hekim

görüşme modeli ve kullanılan araçlar, etkileşimde ele alınacak temel unsurları belirlemek için kullanılabilir (örn. Mini-CEX, P-MEX vd.).

Gözlem: Gözlemciler, öğrenci veya genç hekimin hasta-hekim görüşmesini doğrudan izlerler. Gözlem sırasında, hasta-hekim etkileşimine dikkat edilir, iletişim becerileri, hasta merkezli bakım, klinik düşünme, empati ve profesyonellik gibi kritik unsurlar değerlendirilir.

Not almak: Gözlemci, görüşme sırasında dikkat çeken olumlu ve geliştirilmesi gereken alanları not alır. Bu notlar, gözlem sonrası geri bildirim sağlamak ve değerlendirme raporları oluşturmak için kullanılır.

Geribildirim sağlama: Gözlemciler, gözlem sonrasında öğrenci veya genç hekime yapıcı geribildirim sunarlar. Geribildirim, olumlu yönleri vurgulayarak ve geliştirilmesi gereken alanları belirterek yapılır. Ayrıca, öneriler ve eğitim ihtiyaçları da iletilir.

Refleksiyon: Bireysel veya grup refleksiyonu şeklinde olabilir. Somut ve gözlenen deneyimle ilgili önce öğrenci ve akranları, daha sonra eğitici refleksiyonda bulunur. Eğitici refleksiyonunu, önceden belirlenmiş ilgili yetkinlikler seçilerek hazırlanan değerlendirme formunu kullanarak yapar.

Değerlendirme araçları: Değerlendirme sürecini desteklemek için standartlaştırılmış değerlendirme araçları kullanılabilir. Bu araçlar, öğrenci ve genç hekimlerin performansını objektif bir şekilde değerlendirmeye yardımcı olur.

Uzun süreli değerlendirme: Hasta-hekim görüşmelerinin uzun süreli olarak değerlendirilmesi, öğrencilerin ve genç hekimlerin zamanla nasıl geliştiğini izlemeye yardımcı olur. Düzenli geribildirim oturumları ve eğitim programları, sürekli gelişimi destekler.

4.6.3. Gözlem ve değerlendirme araçları

Hasta-hekim görüşmelerini gözlemlemek ve değerlendirmek, tıp eğitiminde öğrenci ve genç hekimlerin mesleki gelişimine katkı sağlar ve daha etkili bir hasta bakımı sağlamaya yönelik eğitim hedeflerine ulaşmada önemli bir adımdır.

Tıp eğitimi perspektifinden hasta-hekim görüşmeleri sırasında işbaşında gözlem ve değerlendirme için (work-based assessment) kullanılanabilecek araçlar şunlardır:

Mini Klinik Değerlendirme (Mini-CEX): Mini klinik değerlendirme sırasında katılımcı, bir klinik ortamda (poliklinik, servis), gerçek bir hastayla etkileşime girer ve deneyimlediği bu süreç, sergilediği performansla birlikte bir gözlemci/eğitici tarafından bütüncül olarak değerlendirilir. Öğrenci bu süreçte öykü alma, fizik muayene gibi klinikte gerçekleştirmesi

gereken bazı görevleri yapar; kararlar verir ve bunları hasta ile paylaşır. Öğrenci-hasta karşılaşması poliklinikte veya serviste, ilk kez hasta karşılama şeklinde ve/veya daha önceden gelmiş hastanın takipleri gibi birçok farklı durumlarda gerçekleştirilebilmektedir. Bu araç, tıp öğrencilerinin ve genç hekimlerin klinik becerilerini, iletişim yeteneklerini, hasta odaklılıklarını ve profesyonelliğe yönelik yeterliklerini işbaşında gözlemlemek ve değerlendirmek için kullanılır. Bir gözlemci, öğrencinin veya genç hekimin bir hasta ile gerçekleştirdiği klinik etkileşimi doğrudan gözlemleyerek değerlendirme yapar (Norcini ve ark., 2003).

Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX): Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX), profesyonelliği değerlendirmek için mini-CEX formatında geliştirilmiş bir araçtır. Profesyonellik Mini Değerlendirme, Kanada'da Cruess ve ark. tarafından geliştirilmiştir (Cruess ve ark., 2006). (2006). P-MEX ölçeği, "doktor-hasta ilişkisi becerileri", "reflektif beceriler", "zaman yönetimi" ve "mesleklerarası beceriler" olmak üzere dört kategoride 24 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik- güvenirlik çalışması Taşçı ve ark. (2023) tarafından yapılmıştır (Tasci ve ark., 2023).

Bizim tez çalışmasında kullanmış olduğumuz ölçek katılımcıların profesyonelliğe yönelik yeterlikleri dört beceri kategorisinden oluşan 22 madde ile değerlendirilmektedir. Beceri kategorileri; "Hasta-hekim etkileşimi", "Reflektif deneyim ve beceriler", "Mesleklararası ilişkiler" ve "Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma" alt başlıklarından oluşmaktadır.

Bu araçlar, tıp eğitimi programlarında öğrenci ve genç hekimlerin klinik becerilerini, iletişim yeteneklerini ve profesyonelliklerini değerlendirmek ve geliştirmek için kullanılır. İşbaşında gözlem ve değerlendirme, gerçek hasta bakımı ortamında gerçekleştirildiği için öğrencilere ve genç hekimlere doğrudan geribildirim sağlama ve otantik olarak işbaşında uygulamalarını değerlendirme fırsatı sunar. Bu iki araç dışında gerçek veya simüle ortamlarda gerçekleşen hasta-hekim görüşmesinde kullanılan diğer araçlar mevcuttur.

4.7. Duygular, Duygusal Taneciklik ve Hasta-Hekim Görüşme Süreçleri ile İlgili Araştırmalar

Hekimler genellikle hem hastalardan hem de kendilerinden kaynaklanan duygularla baş etmek durumundadırlar. Ancak, araştırmalarda hasta-hekim görüşmesi sırasında ortaya çıkan yoğun duygular ve yönetimini çoğunlukla göz ardı edilmektedir. Genel olarak duygu ve hasta-hekim görüşmesine ilişkin araştırmalar hekimlerin duygularından ziyade hasta memnuniyeti üzerine odaklanmıştır. Bertakis, Roter ve Putnam (1991), hekim egemenliğinin olmadığı bir atmosferde psikososyal konular hakkında konuşmaya teşvik eden görüşmelerde hastaların memnuniyetinin

daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Psikososyal sorunlar için doktor danışmanlığı da hasta memnuniyeti ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Benzer şekilde, hastaların biyomedikal konular hakkında konuşması memnuniyetle negatif, psikososyal konular hakkında hasta konuşması ise pozitif olarak ilişkili bulunmuştur. Ayrıca, hekimler daha fazla konuşarak görüşmeye hakim olduğunda veya duygusal ton doktor hakimiyeti ile karakterize edildiğinde hastalar daha az tatmin olduklarını bildirmişlerdir. Bulgular, hastaların en çok doktor egemenliğinin olmadığı bir atmosferde psikososyal konular hakkında konuşmaya teşvik eden görüşmelerden memnun olduklarını göstermektedir.

Hekimler duygusal durumlar ortaya çıktığında bunu açıkça konuşmak yerine konuyu geçiştirmeyi, göz temasından kaçınmayı ve uzaklaşmayı tercih etmektedirler (Gaufberg ve ark., 2010). Aslında, Suchman ve arkadaşları (1997), hekimlerin hastanın belirttiği hem dolaylı hem de doğrudan duygu ifadelerinin kabul edilmeden geçmesine izin verdiğini ve bunun yerine önceki konuya, genellikle semptomların teşhis amaçlı araştırılmasına dönmeyi tercih ettiğini ortaya koymuştur.

Bu tez çalışması sırasında litaretürde tıp fakültesi öğrencilerinin hasta-hekim etkileşimindeki duygularını ve duygusal taneciklik düzeylerini araştıran başka bir çalışma bulunmamaktadır. Hasta-hekim ilişkisi üzerine yapılan araştırmalarda, daha çok ilişkileri etkileyen faktörler olan iletişim becerileri ve karşılıklı güvene odaklanılmıştır (Ju ve ark., 2017; Lee ve ark., 2013). Bu çalışmaların hasta-hekim ilişkisinin temel özelliklerini belirlemede sınırlılıkları vardır, bu nedenle, yeni araştırmalarla hasta-hekim ilişkisinin özelliklerini anlamak oldukça önemlidir. Eveleigh ve arkadaşları (2012)'nın çalışması hekimler ve hastalar arasındaki ilişkinin henüz tam olarak kavramsallaştırılmadığına dikkat çekmiştir. Özellikle tıp öğrencilerinin hasta-hekim ilişkisine ilişkin algılarını anlamak, sağlık hizmeti ortamındaki gelecekteki değişiklikleri tahmin edebilmeleri açısından kritik öneme sahiptir. Bu algı ve deneyimlerden birisi de duygularla ilişkili olandır. Bu açılardan bu tez çalışmasının özgün değer açısından literatüre çok boyutlu katkı sunacağını düşünülmektedir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırma Deseni

Bu tez çalışması kesitsel, gözlemsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Yöntem olarak, 1970'lerin sonunda psikolog Mihaly Csikszentmihalyi ve meslektaşı Reed Larson tarafından geliştirilen "Deneyim Örnekleme Metodu (DÖM, Experience Sampling Method) kullanılmıştır (Csikszentmihalyi ve ark., 1987). Deneyim Örnekleme Metodu, insanların doğal ortamlarındaki gerçek zamanlı deneyimleri ve davranışları hakkında veri toplamak için kullanılan bir araştırma yöntemidir. Katılımcılardan gün boyunca mevcut düşünceleri, duyguları, faaliyetleri ve çevreleri hakkında çok sayıda kısa rapor vermeleri istenir. Bu yöntem, araştırmacıların günlük yaşamın dinamikleri ve çeşitli faktörlerin insanların deneyimlerini nasıl etkilediği hakkında fikir edinmelerine yardımcı olur. Deneyim örnekleme yönteminin geçerliliği ve güvenilirliği de yine aynı araştırmacılar tarafından yapılmıştır (Csikszentmihalyi ve ark., 1987).

Evren ve örneklem: Tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleriyle hasta hekim görüşmeleri sırasında sergiledikleri performansları arasındaki ilişkinin ortaya konması amacıyla yapılan bu tez çalışmasına, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (YÜTF) ve Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi (MÜTF)'nden klinik dönem (4.-6.sınıf) öğrencilerinden gönüllü onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler dâhil edilmişlerdir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 42 öğrenci, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden 40 öğrenci, toplamda 82 öğrenci ile araştırma tamamlanmıştır. Örneklem seçilmemiş, gönüllü onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden öğrenciler bu tez çalışmasına dâhil edilmişlerdir. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden toplamda 46 öğrenci çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Bunlardan 40 öğrenci (4.sınıftan 6 kişi, 5. sınıftan 24 kişi ve 6. sınıftan 10 kişi) PIEL anketini tamamlamıştır. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden toplamda 52 Öğrenci çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Bunlardan 42 öğrenci (4. sınıftan 9 kişi, 5. sınıftan 10 kişi ve 6. sınıftan 23 kişi) PIEL anketini tamamlamıştır. Çalışmaya dâhil edilen öğrenciler ile 45-60 dakika görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmış ve onam formları alınmıştır.

Etik kurul onayı: Bu tez çalışması için Etik Kurul onayı, 06.12.19 tarihli toplantı ve 1036 numaralı dosya ile, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'dan alınmıştır (onay yazısı için bkz Ek 1).

5.2. Araştırma Süreci

Süreç, tez öncesi çalışmalar ve tez süreci olmak üzere iki aşamalı yürütülmüştür.

5.3. Tez Öncesi Çalışmalar

Tez için yapılan ön çalışmalar aşağıda sıralanmıştır:

Tezde kullanılacak duyguların belirlenmesi: Hasta-hekim görüşmesi yapılırken Türkçe'de ifade edilen duyguların ortaya çıkarılması amacı ile YÜTF ve MÜTF Fakültesi intörn hekimleri (24 kişi) ve MÜ Aile Hekimliği asistanları (15 kişi) ile toplam 6 odak grup görüşmesi yapıldı (odak grup görüşme soruları için bkz Ek 2). Toplam 6 odak grup görüşmesi sonucu çıkan duygular Atlas Ti ile analiz edildi ve kelime bulutu çıkarıldı (bkz Ek 3). Bu bulgular Uluslararası 94th European General Practice Research Network toplantısında sözel olarak sunuldu (bkz Ek 4). Uluslararası bir dergide (Primary Health Care Research and Development, Science Citation Index Expanded) özgün nitel araştırma makalesi olarak yayınlandı (bkz Ek 5).

Sonrasında odak grup görüşmelerinden elde edilen duygular PANAS ölçeği ile karşılaştırıldı ve valans-uyarılma açısından tekrar analiz edildi.

Öğrencilerin pozitif ve negatif duygularını ortaya koymak için Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS) anket formu kullanıldı (Ek-6). PANAS ölçeğinin kesme değeri bulunmayıp ölçekten alınacak toplam puan 10-50 arasında değişmektedir. Bu öz bildirim ölçeği Watson ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. Katılımcıların nasıl hissettiklerini ölçmek için kullanılır (Clark ve ark., 1988). Bu ankette farklı duyguları tanımlayan toplam 20 sıfat bulunmaktadır. Ölçek, 1 (çok az-hiç) ve 5 (çok fazla) olmak üzere beşli Likert tipi değerlendirmeye göre puanlanmaktadır. Böylece kişinin olumlu ya da olumsuz duygu alt ölçeklerinden aldığı puan 10 ile 50 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Gençöz (2000) tarafından yapılmıştır.

Duygusal taneciklik düzeyini belirlemek için kullanılacak platforma eklenecek pozitif ve negatif duyguların ifadeleri kültürlerin dil dağarcıklarına göre değişebileceği için araştırmada kullanılacak duygu yelpazesini belirlemek amacıyla şöyle bir yol izlenmiştir:

- Öncelikle intörnler ve aile hekimliği asistanları ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Odak grup sırasında hasta–hekim görüşmesi esnasında hissettikleri duyguları en geniş yelpazede aktarmaları istenmiştir.

- İkinci adımda duygusal taneciklik çalışmalarında kullanılan duygu ifadeleri taranmış ve odak grup görüşmelerine ortaya çıkan duygularla birlikte değerlendirilerek seçilen duygular mobil platforma aktarılmıştır.
- Son olarak, pilot uygulama yapılarak alınan geribildirimler doğrultusunda mobil uygulama son haline getirilmiştir.

Deneyim örnekleme metodunun oluşturulması: Bu metodun kullanılabilmesi için gerekli kullanım izinleri alındıktan sonra program (PIEL) indirildi (izinler ve programın arayüzü için Bkz Ek 7). Deneyim Örnekleme Metotunda kullanılacak anket soruları, literatürde bulunan sorular ile karşılaştırılarak belirlendi. Anket sorularının önce 2 kişi ile pilot çalışması yapıldı. Daha sonrasında pilot çalışmasına 5 intörn öğrenci ve 6 asistan hekim ile devam edildi ve geribildirimleri alındı. Pilot çalışma sonucu ekleme ve çıkartmalar yapılarak anket sorularına son hali verildi (Bkz Ek 8). Katılımcılar için, deneyim örnekleme metotunun nasıl kullanılacağını anlatan bir video çekildi (Bkz Ek 9).

Hasta-hekim görüşmeleri için kullanılacak formların düzenlenmesi: Araştırmaya katılan klinik dönem öğrencilerinin polikinikte hasta-hekim görüşme performanslarını değerlendirmek için iki farklı İşbaşında Gözlem ve Değerlendirme Aracı kullanıldı: Mini-Klinik Değerlendirme (Mini-CEX) ve Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX). MÜTF klinik eğitim süreçlerinde kullanılan bu araçlar ("Çerçeve Eğitim Programı- 2015 II. Versiyon," 2015), bu tez için yeniden düzenlendi. Maddelerinin bir kısmı araştırma kapsamında modifiye edildi (Bkz Ek 10 ve Ek 11).

5.4. Tez Çalışması

Tez sürecinde iki grup uygulama ile veriler toplandı. Hazırlanan mobil uygulama ile klinik dönem öğrencilerinin duygusal tanecik düzeyleri belirlendi. İşbaşında gözlem ve değerlendirme araçları ile öğrencilerin poliklinik ortamındaki hasta-hekim görüşme performanslarına ilişkin veriler toplandı.

5.5. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Negatif ve pozitif duygu düzeylerinin belirlenmesi: Pozitif ve Negatif Duygu Durum Ölçeği (PANAS) kulanılarak öğrenenlerin pozitif ve negatif duygu ölçeğinden aldıkları puanlar hesaplanmıştır. Pozitif ve Negatif Duygu ölçeğinden alınan puanlar ile elde edilen verilerin medyan ve çeyreklikler arası açıklığı değerlendirilmiş pozitif ve negatif puan karşılaştırmaları Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ile analiz edilmiştir.

Duygusal taneciklik düzeylerinin belirlenmesi: Gönüllü onam formunu doldurarak çalışmaya katılmayı kabul eden YÜTF ve MÜTF klinik dönem öğrencilerinden 4.-6. sınıf öğrencileri için "whatsapp" grupları kurulmuş ve çalışmanın amacı anlatılarak onam formları ile onamları alınmıştır ("WhatsApp,"). Çalışmaya katılan ve mobil uygulama (PIEL) ile veri toplanan öğrencilerin dağılımı şu şekildedir:

- Yeditepe Üniversitesi için 7 Whatsapp grubu kuruldu. Toplamda 46 öğrenci çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etti. Bunlardan 40 öğrenci (4.sınıftan 6 kişi, 5. sınıftan 24 kişi ve 6. sınıftan 10 kişi) PIEL anketini tamamladı.
- Marmara Üniversitesi için 8 Whatsapp grubu kuruldu. Toplamda 52 Öğrenci çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etti. Bunlardan 42 öğrenci (4. sınıftan 9 kişi, 5. sınıftan 10 kişi ve 6. sınıftan 23 kişi) PIEL anketini tamamladı.
- Bu şekilde MÜTF'den 42 öğrenci, YÜTF'den 40 öğrenci, toplamda 82 öğrenci ile araştırma tamamlandı.

Duygusal taneciklik düzeyi, katılımcıların zaman içinde tekrarlanan anlarda, mobil uygulama (PIEL) kullanarak işaretledikleri duygular üzerinden belirlenir. Katılımcıların, iki hafta süreyle (haftasonu dahil edilmeden toplamda 10 gün) uygulama üzerinden her gün, günde beş kez mobil uygulamada sıralanan pozitif ve negatif duygu deneyimlerini kendi kendine derecelendirmeleriyle ölçülür. Bu verilerden, bir sınıf içi korelasyon (ICC) kullanılarak duygusal taneciklik düzeyi tahmini çıkarılır. Bu yüzden, katılımcıların duygularını, belirli bir süre içinde bir ölçekte derecelendirmeleri ve bunu belirlenen aralıklarda birçok kez yapmaları gerekir. Bunun için literatürde "Deneyim Örnekleme Metodu" kullanılmaktadır (van Berkel ve ark. 2017). Bu metodda katılımcılar, cevaplarını bir laboratuarda değil de yaşadıkları gerçekçi ortamlarda işaretledikleri için toplanan bildirimler, katılımcıların doğal deneyim ve davranışlarının daha doğru bir gösterimini sağlar.

Deneyim örneklem metodu; aynı zamanda, literatürde, ayaktan değerlendirme, ekolojik anlık değerlendirme, günlük tarzı veriler veya yoğun boylamsal veriler gibi isimlerle geçmektedir. Aralarında bazı nüanslar olmakla beraber, bu yöntemlerin tümü, davranışı doğal/gerçekci bir ortamda ve neredeyse anlık, gerçek zamanlı olarak tekrar tekrar ölçme fikrine dayanmaktadır (Fahrenberg ve ark., 2007).

Bu tezde, belirlenen üçüncü araştırma problemini DÖM kullanarak test etmenin üç nedeni bulunmaktadır: Birincisi, DÖM gerçek/otantik ortamda duygusal süreçleri ölçmek için özellikle uygundur. Duyguların DÖM ile ölçülmesinin açıklanması için öncelikle duygunun tanımının yapılması gerekmektedir. Duygular, anlık değişebilen dinamik, geçici değişkenler olarak

tanımlanır ve bu da onları yoğun bir şekilde boylamsal olarak ölçmeyi gerekli kılar (Hamaker ve ark., 2015). Ayrıca, duygular çoğunlukla belirli bir nesne veya durum ile tetiklendiği için (durum/bağlam-bağımlılık) DÖM gibi, duyguları içinde bulunulan durumun özellikleri ile birlikte değerlendiren bir metodu tercih etmek daha uygundur (Frijda, 1986). Son olarak, DÖM'de olduğu gibi, duyguları yerinde ölçmek (in situ) ölçümü iyileştirir ve bellek hatalarını ve önyargıları azaltır.

Deneyim Örnekleme Metodu uygulanabilmesi için öğrenciler kendi kullandıkları mobil telefonlara araştırmacılar tarafından gösterilen uygulamayı (PIEL adlı bir platform) yüklemişler ve bu uygulama ile gönderilen sorulara 2-3 saatlik aralarla duygu durumlarını belirten girişler yapmışlardır. Öğrenciler belirlenen aralıklarda cep telefonlarına gelen bildirim sonrası PİEL'deki soruları cevaplamışlardır. Bildirimleri dolayısıyla veri girişleri için saat aralıkları şu şekilde düzenlenmiştir:

- ilk giriş: 09: 00-09:30
- ikinci giriş: 11:00-11:30
- üçüncü giriş: 14:00:14:30
- dördüncü giriş: 16:00-16:30
- beşinci giriş: 20:00-20:30

5.6. Klinik Dönem Öğrencilerin Hasta Hekim Görüşme Performanslarının Değerlendirilmesi

Klinik dönem tıp öğrencilerinin hasta hekim görüşmeleri esnasında sergiledikleri performanslarını değerlendirilebilmek için iki farklı araç kullanılmıştır. Bunlardan ilki olan Mini-CEX'te, öğrencilerin tıbbi bilgisi ile klinik karar verme, tanı koyma, öykü alma ve fizik muayene becerilerine odaklanılırken; P-MEX aracı ile değerlendirme, hasta ve hasta yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme de dahil olmak üzere profesyonelliğe yönelik yeterlikler üzerinden yapılmıştır.

Bu tez çalışmasında klinik dönem öğrencilerin hasta-hekim görüşme performanslarının değerlendirmek için MÜTF'de kullanılan Mini-CEX ve P-MEX formları modifiye edilerek kullanılmıştır (Ek 9,10). Araştırmaya katılan her öğrenci bir öğretim üyesi/eğitici tarafından bu iki form kullanılarak değerlendirilmiştir. Eğiticiler formu doldurmadan önce araştırmacı tarafından bilgilendirme yapılmıştır. Bilgilendirmede bu formların tez çalışması için kullanılacağı, öğrenciler hasta ile görüşme yaparken objektif bir şekilde puan verilmesi,

gözlemlenmeyen beceriler için puan verilmemesi ve en sonunda genel bir puan vermeleri istenmiştir.

Mini Klinik Değerlendirme (Mini-CEX): Mini klinik değerlendirme sırasında katılımcı, bir klinik ortamda (poliklinik, servis), gerçek bir hastayla etkileşime girer ve deneyimlediği bu süreç, sergilediği perfromansla birlikte bir gözlemci/eğitici tarafından bütüncül olarak değerlendirilir. Öğrenci bu süreçte öykü alma, fizik muayene gibi klinikte gerçekleştirmesi gereken bazı görevleri yapar; kararlar verir ve bunları hasta ile paylaşır. Öğrenci-hasta karşılaşması poliklinikte veya serviste, ilk kez hasta karşılama şeklinde ve/veya daha önceden gelmiş hastanın takipleri gibi birçok farklı durumlarda gerçekleştirilebilmektedir.

Öğrenci değerlendirilirken 9'lu ölçek içeren bir form kullanılır ve puanlar kendi içinde 1-3 yetersiz, 4-6 yeterli, 7-9 üstün performans gibi aralıklar şeklinde gruplandırılır. Değerlendirilen özelliklerden bazıları; öykü alma, fizik muayene, profesyonellik, klinik akıl yürütme, danışmanlık, organize olma, etkililiktir. Ayrıca, en sonunda genel performansı üzerinden bir değerlendirme daha yapılır. Öğrenci-hasta karşılaşmasına yaklaşık 15 dakika ayrılır. Sonrasında 5-10 dakika süresince geri bildirim verilir. Gözlemci, kullandığı forma yorumlarını yazar ve bu formu öğrenciyle paylaşır. Bu aracın psikometrik niteliği iç tutarlılık çalışmaları mini-CEX'teki yetenek alanları üzerinden alınan Cronbach alfa değerlerinin 0,58 (Paravicini I, 2015) ile 0,97 (Fernández Gálvez, 2011) arasında değiştiğini gösterilmiştir. Çalışmaların çoğunda Cronbach alpha değeri 0,9'a yakın veya daha yüksek bir katsayı olarak hesaplanmıştır. Cronbach alpha'da kabul edilebilir değer 0,7'nin üzeridir ve iki çalışma bu değerin altında bir katsayı hesaplamıştır (Eriksen ve ark. 2009'da 0,64 ve Paravicini ve Peterson 2015'te 0,58). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX): Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX), profesyonelliği değerlendirmek için mini klinik sınav değerlendirme (mini-CEX) formatında geliştirilmiş bir araçtır. Profesyonellik Mini Değerlendirme, Kanada'da Cruess ve ark. tarafından geliştirilmiştir (2006) (Cruess ve ark., 2006). P-MEX ölçeği, doktor-hasta ilişkisi becerileri, reflektif beceriler, zaman yönetimi ve meslekleraras beceriler olmak üzere dört kategoride 24 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik- güvenirlik çalışması Taşçı ve ark. (2023) tarafından yapılmıştır (Tasci ve ark., 2023).

Bizim tez çalışmasında kullanmış olduğumuz ölçek katılımcıların profesyonelliğe yönelik yeterlikleri dört beceri kategorisinden oluşan 22 madde ile değerlendirilmektedir. Beceri kategorileri; "Hasta-hekim etkileşimi", "Reflektif deneyim ve beceriler", "Mesleklararası

ilişkiler" ve "Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma" alt başlıklarından oluşmaktadır.

Her madde, 9 puanlık bir ölçekte derecelendirilmektedir; 1-3 yetersiz, 4-6 yeterli, 7-9 üstün performans anlamına gelir. İngilizce versiyonuna ek olarak formun Türkçe ve Japonca versiyonu da ayrıca iyi psikometrik özellikler göstermiştir (Tasci ve ark., 2023; Tsugawa ve ark., 2009).

Bu tezde kullanılan modifiye P-MEX ile katılımcıların profesyonelliğe yönelik yeterlikleri dört beceri kategorisinden oluşan 22 madde ile değerlendirilmiştir. Beceri kategorileri; "Hasta-hekim etkileşimi", "Reflektif deneyim ve beceriler", "Mesleklararası ilişkiler" ve "Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma" alt başlıklarından oluşmaktadır. Modifiye formların psikometrik niteliğine ilişkin veriler bulgular kısmında sunulmuştur.

5.7. Verilerin Analizi

Elde edilen verilerin hesaplanması ve analizi için kullanılan araçlar ve istatistiksel yöntemler aşağıda sunulmuştur.

Veriler	**Veri toplama araçları**	**İstatistiksel yöntemler**
Öğrencilerin negatif ve pozitif duygu düzeylerinin düzeylerinin belirlenmesi	Pozitif ve Negatif Duygu Durum Ölçeği (PANAS)	Pozitif ve Negatif Duygu ölçeğinden alınan puanlar ile elde edilen verilerin medyan ve çeyreklikler arası açıklığı değerlendirilmiş pozitif ve negatif puan karşılaştırmaları Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri ile analiz edilmiştir
Öğrencilerin duygusal taneciklik düzeylerinin belirlenmesi	Deneyim Örnekleme Metodu (Experience Sampling Method)	Sınıf içi korelasyon/intraclass correlation (ICC)
Hasta-hekim görüşmesinde öğrencilerin hasta merkezli bütüncül performanslarının değerlendirilmesi	Hasta-hekim görüşmesinin modifiye gözlem ve değerlendirme araçları ile değerlendirilmesi (Mini-CEX, P-MEX)	Modifiye gözlem ve değerlendirme araçlarının geçerlik, güvenirlik çalışması Cronbach alfa değerleri hesaplanarak yapılmıştır.
Öğrencilerin negatif ve pozitif duygu düzeyleri ve duygusal taneciklik düzeyleri ile hasta-hekim görüşme performansları arasındaki korelasyon	Yukarıdaki iki araç ile toplandı.	Pearson korelasyon kullanılmıştır.

Sınıf içi (intraclass) korelasyonu hesaplanması:

Veri toplama süreçleri yukarıda sıralanan aralıklarda iki hafta boyunca haftasonu dâhil edilmeden her gün yapılmış ve daha sonra sınıf içi (intraclass) korelasyonu (ICC) hesaplamak için yeterli zaman noktası elde edilmiştir. Önceki araştırmalarda olduğu gibi (Barrett ve ark., 2001), ICC'ler bir Fisher z dönüşümü kullanılarak normalleştirilmiştir. Daha sonra ters puanlanmıştır (−1 × ICC). Bu nedenle daha yüksek puanlar daha yüksek tanecikliği göstermektedir.

Korelasyon analizleri

Ölçekler arasındaki korelasyonu belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonucun +1 çıkması iki değişken arasında kuvvetli olumlu ilişkinin bulunduğunu, -1 ise kuvvetli olumsuz ilişkinin bulunduğunu gösterir. Korelasyon katsayısı 0 'a yaklaştıkça ilişkinin kuvveti zayıflar, sıfır ise iki değişken arasında doğrusal bir ilişkinin olmadığını gösterir.

***Modifiye gözlem ve değerlendirme araçlarının geçerlik, güvenirlik çalışması*:**

Gözlem ve değerlendirme araçlarının geçerlik ve güvenirlik çalışması, Cronbach Alpha, Kruskal –Wallis testi ve faktör analizleri ile yapıldı.

Faktör analizi: Açıklayıcı faktör analizi için Jamovi versiyon 2.2.5 Factor modülü ve doğrulayıcı faktör analizi için Jamovi versiyon 2.2.5 SEM modülü kullanıldı. Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında bir ölçeğin yapı geçerliliğine ilişkin veri elde etmek amacıyla en çok başvurulan yöntem faktör analizidir (Seçer, 2013). Açıklayıcı faktör analizi, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi, az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir (Büyüköztürk, 2008). Açıklayıcı faktör analizinde, faktör analizine uygunluğa bakmak için KMO ve Bartlett testleri kullanılmıştır. Temelde KMO değişkenler arasındaki korelasyon katsayının karesinin, yine değişkenler arasındaki kısmi korelasyon katsayının karesine oranıdır. KMO, 0 ila 1 arasında değer alır. KMO değerinin 0 olması kısmi korelasyon toplamlarının korelasyon toplamlarına göre yüksek olduğu anlamına gelir. Bu durum veri setinin faktör analizi için uygun olmadığı şeklinde yorumlanabilir. KMO değerinin 1'e yakın olması beklenir ve 0.90 üzeri mükemmel, 0.80 - 0.90 arası çok iyi, 0.70-0.80 arası iyi, 0.50-0.70 arası orta düzey olarak kabul edilir (Hutcheson, 1999). Elde edilen değerlerden yola çıkarak veriler üzerinde açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin faktörlerini belirlemek amacıyla en küçük artıklar (minimum residuals) analizi yapılmıştır. Faktör döndürme yöntemi olarak da oblimin kullanılarak faktör yükleri incelenmiştir.

Doğrulayıcı faktör analizi ile modelin yapı geçerliliğine bakıldı ve sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak için pek çok uyum indeksi kullanılmaktadır. Araştırmada alınan uyum değerleri aşağıda yorumlanarak raporlaştırılmıştır (Çelik, 2013; Kline, 2005; Schumacker, 2004; Şimşek, 2007).

Ayırıcılık geçerliği için testler (sınıflar arası fark): Modifiye gözlem ve değerlendirme araçlarının ayırıcılık geçerliği için Kruskal –Wallis testi ile sınıflar arasındaki farka bakılmıştır. Buna göre sınıf düzeyi arttıkça alınan puanlarda beklenildiği üzere artış tespit edilmiştir.

İç tutarlılık: Cronbach Alpha ile bakılmıştır.

6. BULGULAR

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular dört ana başlık altında ele alınmıştır. Bu başlıklar sırası ile "Katılımcıların Özellikleri", "Öğrencilerin Son İki Haftadaki Baskın Duyguları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri", "Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performansları" ve "Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeyleri Ortalama Puanları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performans Puanları Arasındaki İlişki"nin gösterilmesi şeklindedir.

6.1. Katılımcıların Özellikleri

Bu tez çalışmasına toplam 82 klinik dönem öğrencisi katılmıştır. Bu öğrencilerin % 43,9'u (n=36) erkek, % 56,1 (n=46) kadındır. Ortalama yaş 24'dür (min= 21, maks= 30). Öğrencilerden % 48,8 (n=40) vakıf üniversitesi tıp fakültesi, % 51,2'si (n=42) devlet üniversitesi tıp fakültesinden çalışmaya dâhil edilmişlerdir. Çalışma sırasında % 64,6'sı dahili, % 35.4'ü cerrahi bölümlerde staj eğitimi alan katılımcıların % 59,8'i Faz 2 eğitim dönemi öğrencisi idi. Öğrencilere ait sosyodemografik verilerle birlikte diğer özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Özellikleri

Değişkenler		**n**	**%**
Cinsiyet	Erkek	36	43,9
	Kadın	46	56,1
Üniversite	Vakıf	40	48,8
	Devlet	42	51,2
Eğitim dönemleri ve yılları	Faz 2 (4. ve 5. sınıflar)	49	59,8
	Faz 3 (6. sınıflar)	33	40,2
Kendini hekimlik mesleğine ait hissetme düzeyi	Ortalamadan az	9	11,0
	Ortalama	28	34,1
	Ortalamadan fazla	44	53,7
Yurtdışı eğitim planı	Var	44	62,0
	Yok	27	32,9
Mezuniyet sonrası plan	Kararsız/Birden fazla branş arasında kararsız	9	11,1
	Dahili branşlar	37	45,7
	Cerrahi branşlar	33	40,7
	Uzman hekim olmak istemiyor	2	2,5
Araştırma verilerinin toplanması sırasında bulunulan staj	Dahili	53	64,6
	Cerrahi	29	35,4

6.2. Öğrencilerin Son İki Haftadaki Baskın Duyguları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri

Tablo 2'de klinik dönem öğrencilerinin son iki haftadaki baskın duyguları ve "duygusal taneciklik düzeyleri"ne (DTD) ilişkin bulgular sunulmuştur. Buna göre; öğrencilerin yaklaşık 2/3'nü son iki haftada baskın olarak negatif duygular deneyimlediklerini belirtmişlerdir. Pozitif DTD'leri öğrencilerin %71,6'da (n=58) düşük olarak hesaplanırken negatif DTD'leri düşük olanlarla yüksek olanların oranları % 50'ye yakın çıkmıştır.

Tablo 2. Tıp Fakültesi Klinik Dönem Öğrencilerinin Baskın Duyguları ve "Duygusal Taneciklik Düzeyleri"

Değişkenler		**n**	**%**
Son 2 haftada hissedilen baskın duygu	Nötr hissetme	3	3,7
	Pozitif duygular	24	29,6
	Negatif duygular	48	59,3
	Hem pozitif hem negatif duygular	6	7,4
Pozitif duygusal taneciklik düzeyleri	Düşük	58	71,6
	Yüksek	23	28,4
Negatif duygusal taneciklik düzeyleri	Düşük	41	50,6
	Yüksek	40	49,4

Klinik dönem öğrencilerinin sosyodemografik ve diğer özelliklerine göre DTD'lerinin değerlendirilmesine ilişkin ayrıntılar Tablo 3'de gösterilmiştir. Buna göre erkek öğrencilerin %69,4'ü (n=25), kadın öğrencilerin %73,3'ü (n=33) düşük pozitif DTD'ne sahipken, vakıf ve devlet üniversiteleri ile Faz 2 ve Faz 3 eğitim dönemlerinde bu oran yaklaşık %70'leri bulmuştur. Öğrencilerin düşük ve yüksek negatif DTD'lerin cinsiyete, üniversiteye ve eğitim dönemlerine göre dağılımları % 46-55 arasında hesaplanmıştır. Pozitif ve negatif DTD'leri arasında cinsiyete, üniversiteye, eğitim dönemi ve yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Mezuniyet sonrası yurtdışı eğitim planı ve uzmanlık tercihi ile veri toplama sırasında devam edilen staj dikkate alındığında da benzer bir tablo ortaya çıkmıştır.

Tablo 3. Tıp Fakültesi Klinik Dönem Öğrencilerinin Özelliklerine Göre "Duygusal Taneciklik Düzeyleri" Açısından Değerlendirilmesi

		Pozitif Duygusal Taneciklik Düzeyleri					Negatif Duygusal Taneciklik Düzeyleri				
		Düşük		Yüksek		p	Düşük		Yüksek		p
Değişkenler		**N**	**%**	**N**	**%**		**n**	**%**	**n**	**%**	
Cinsiyet	Erkek	25	69,4	11	30,6	0,700[1]	17	47,2	19	52,8	0,585[1]
	Kadın	33	73,3	12	26,7		24	53,3	21	46,7	
Üniversite	Vakıf	28	71,8	11	28,2	0,971[1]	19	48,7	20	51,3	0,742[1]
	Devlet	30	71,4	12	28,6		22	52,4	20	47,6	
Faz	Faz 2	34	70,8	14	29,2	0,853[1]	23	47,9	25	52,1	0,558[1]
	Faz 3	24	72,7	9	27,3		18	54,5	15	45,5	
Sınıf	4. sınıf	13	86,7	2	13,3	0,256[1]	9	60,0	6	40,0	0,445[1]
	5. sınıf	21	63,6	12	36,4		14	42,4	19	57,6	
	6. sınıf	24	72,7	9	27,3		18	54,5	15	45,5	
Mezuniyet sonrası yurtdışı eğitim planı	Var	32	74,4	11	25,6	0,974[1]	25	58,1	18	41,9	0,264[1]
	Yok	20	74,1	7	25,9		12	44,4	15	55,6	
Mezuniyet sonrası uzmanlık tercihi	Kararsız/Birden fazla branş arasında kararsız	8	88,9	1	11,1	0,074[2]	5	55,	4	44,4	0,638[2]
	Dahili branşlar	28	77,8	8	22,2		18	50,0	18	50,0	
	Cerrahi branşlar	22	66,7	11	33,3		18	54,5	15	45,5	
	Uzman hekim olmak istemiyor	0	0,0	2	100,0 %		0	0,0	2	100,0	
Araştırma sırasında eğitim alınan staj	Dahili	39	73,6	14	26,4	0,587[1]	27	50,9	26	49,1	0,936[1]
	Cerrahi	19	67,9	9	32,1		14	50,0	14	50,0	
Kendinizi hekimlik mesleğine ait hissetme durumu	Ortalamadan az	4	44,4	5	55,6	0,131[1]	2	22,2	7	77,8	0,209[2]
	Ortalama	21	77,8	6	22,2		15	55,6	12	44,4	
	Ortalamadan fazla	33	75,0	11	25,0		24	54,5	20	45,5	
Son 2 haftadır hissedilen baskın duygu	Nötr hissetme	1	33,3	2	66,7	0,379[2]	1	33,3	2	66,7	0,202[2]
	Pozitif duygular	19	79,2	5	20,8		15	62,5	9	37,5	
	Negatif duygular	33	70,2	14	29,8		24	51,1	23	48,9	
	Hem pozitif hem negatif duygular	4	66,7	2	33,3		1	16,7	5	83,3	

[1]: Ki-kare testi; [2]: Fisher kesinlik testi yapılmıştır.

"Kendinizi hekimlik mesleğine ne ölçüde ait hissediyorsunuz?" sorusu öğrencilere 5'li likert şeklinde sorulmuş, elde edilen yanıtlar birleştirilerek 3'lü kategorizasyon yapılmıştır: ("ortalamadan az": 1-2, "ortalama": 3 ve "ortalamadan fazla": 4-5) olacak şekilde değerlendirilmiştir. Mesleğe aidiyeti ortalama ve ortalamadan fazla olanların %75,0 ve üzeri düşük pozitif DTD, yaklaşık % 55-56'sı düşük negatif DTD; ortalamanın altında aidiyet hissedenlerin % 55,6'si yüksek pozitif DTD, % 77,8'i yüksek negatif DTD'ye sahipti.

Öğrenciler anlık olarak 2 hafta boyunca duygularını mobil uygulama aracılığı ile bildirmişlerdir ve buna ek olarak genel bir soru olarak "Son 2 haftadır hissedilen baskın duyguları" sorulmuştur. Öğrenciler bu soruya "nötr hissetme", "pozitif duygular", "negatif duygular" ve

"hem pozitif hem negatif duygular" olarak cevap vermişlerdir. Baskın duygular dikkate alındığında, pozitif veya negatif duygular hissedenlerin % 70'den fazlasında düşük pozitif DTD, % 50'den fazlasında düşük negatif DTD; hem negatif hem de pozitif duygular hissedenlerin % 66,7'sinde düşük DTD, % 83,3'de yüksek negatif DTD hesaplanmıştır.

6.3. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performansları

Bu başlık altında ilk olarak öğrencilerin hasta-hekim görüşmesi sırasında performanslarını değerlendirmek üzere kullanılan mini-CEX ve P-MEX formlarının geçerlik-güvenirliği gösterilmiştir. Sonrasında öğrencilerin hasta-hekin görüşme performanslarına ilişkin bu formlardan elde edilen puanlar tablolar halinde sunulmuştur.

Mini-CEX için Açıklayıcı Faktör Analizi

Tablo 4. Mini-CEX İçin Faktör Yükleri

		Faktör	
		1	Uniqueness
E_8	Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	0.869	0.246
E_6	Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	0.852	0.274
E_10	Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	0.822	0.325
E_11	Görüşmeyi tamamlama	0.806	0.350
E_5	Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	0.800	0.359
E_4	Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	0.788	0.378
E_7	Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi	0.778	0.395
E_13	Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme, yürütme	0.761	0.420
E_9	Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	0.757	0.426
E_2	Öykü alma	0.706	0.501
E_3	Fizik Muayene	0.697	0.515
E_14	Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği	0.637	0.595
E_1	Görüşmeye Hazırlık	0.634	0.598
E_12	Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	0.493	0.757
Not: En küçük artıklar analizi ekstraksiyon yöntemi, 'oblimin' rotasyonla birlikte kullanıldı			

Paralel analiz ve dirsek plotu (scree plot) yöntemlerine göre tek faktörlü model uygun bulunmuştur (Şekil-1). Bu çerçevede faktör analizinde kullanılan en küçük artıklar analizi sonucunda faktör yükleri 0.493 ile 0.869 arasında değişmektedir. Bartlett testinin (Tablo 6) anlamlı olması ($p<0.001$) veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmketedir. Genel KMO değerinin ve bireysel KMO değerlerinin her birinin 0,8'in üzerinde olması (Tablo

7)örneklemin Mini-CEX'in faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir (Şekil-2). Elde edilen faktör yapısı veri setindeki değişimin %56'sını açıklamaktadır (Tablo 5). Ölçekteki maddelerin faktör yüklerinin 0,30 ve üzerinde olması (Seçer, 2013) ve açıklanan varyansın en az % 40 olması yeterli görülmektedir (Büyüköztürk, 2008; Balcı, 2009).

Tablo 5. Açıklanan Varyans

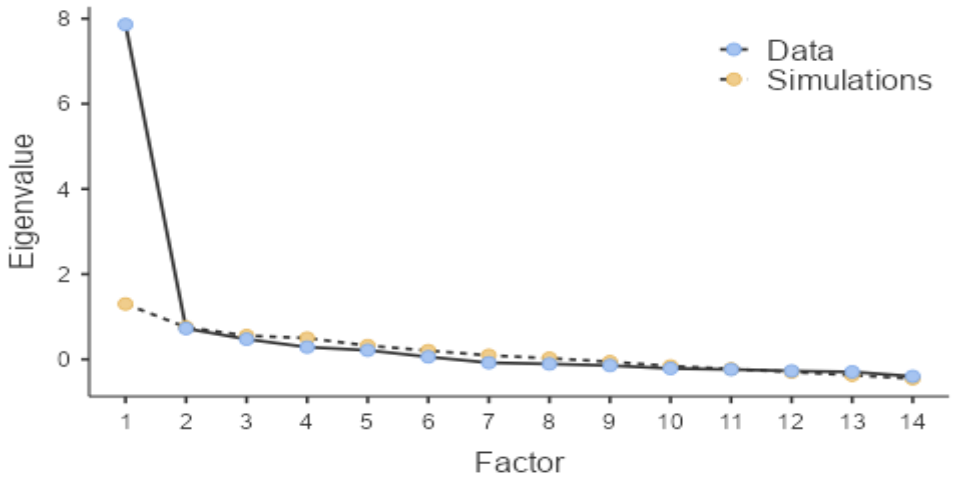
Factor	SS Loadings	% of Variance	Cumulative %
1	7.86	56.1	56.1

Tablo 6. Bartlett Küresellik Testi

χ^2	df	p
914	91	< .001

Tablo 7. KMO Örneklem Yeterliği Ölçülmesi

	MSA
Overall	0.877
E_1	0.925
E_2	0.875
E_3	0.885
E_4	0.854
E_5	0.883
E_6	0.907
E_7	0.932
E_8	0.876
E_9	0.875
E_10	0.902
E_11	0.853
E_12	0.665
E_13	0.878
E_14	0.908

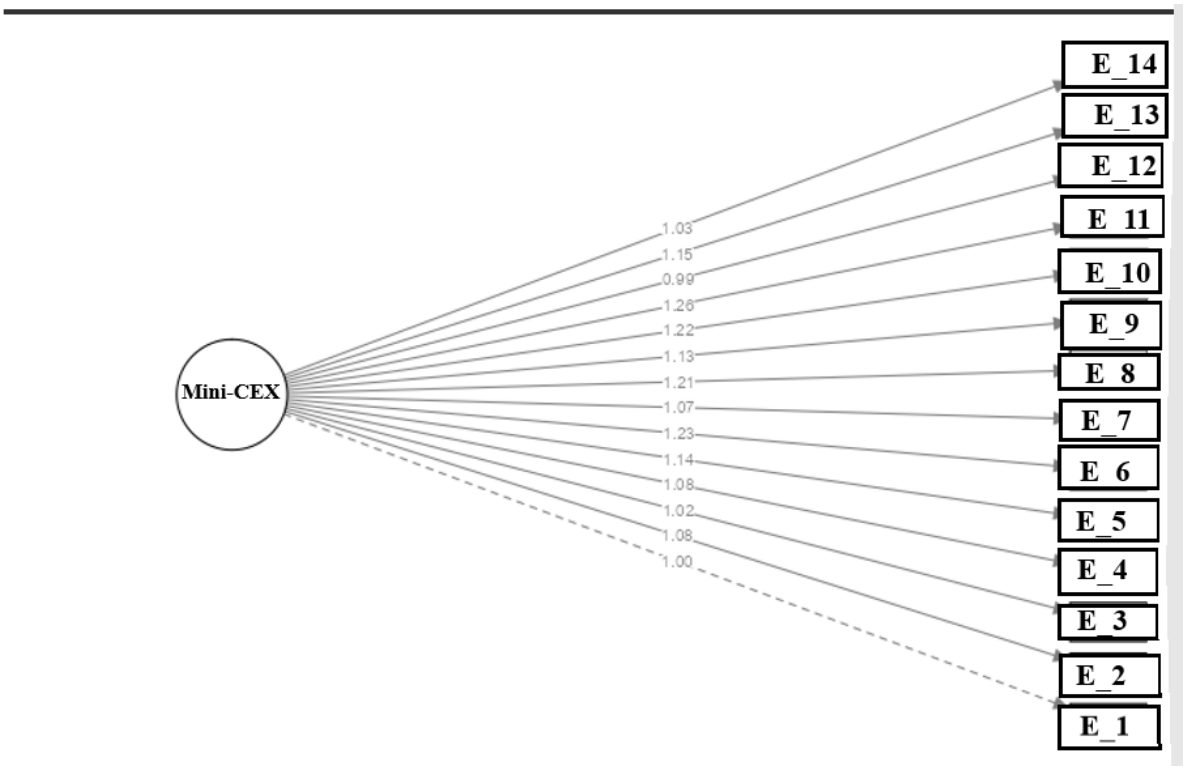


Şekil 1. Mini-CEX İçin Dirsek Grafiği

Mini-CEX için doğrulayıcı faktör analizi

Tablo 8. Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İyiliği İndisleri

	Model
Comparative Fit Index (CFI)	0.995
Tucker-Lewis Index (TLI)	0.994
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	0.994
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	0.989
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	0.837
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	0.987
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	0.995
Relative Noncentrality Index (RNI)	0.995



Şekil 2. Mini-CEX İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

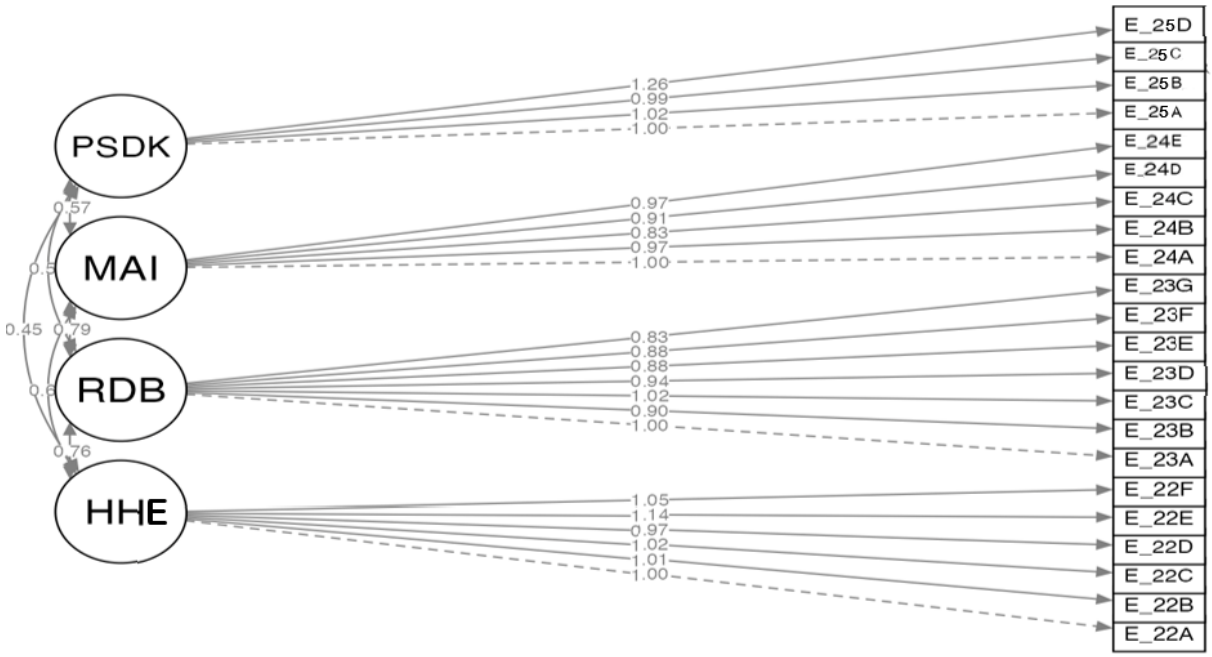
P-MEX için doğrulayıcı faktör analizi sonuçları

Profesyonellik Mini Değerlendirmenin maddeleri aşağıda sıralanmıştır.

Boyut Kod	Analiz Kodu	Boyut Maddeler
HHE-1	E_22A	Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme
HHE-2	E_22B	Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme
HHE-3	E_22C	Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma
HHE-4	E_22D	Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme
HHE-5	E_22E	Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma
HHE-6	E_22F	Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma
RDB-1	E_23A	Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma
RDB-2	E_23B	Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma
RDB-3	E_23C	Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme
RDB-4	E_23D	Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme
RDB-5	E_23E	Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma
RDB-6	E_23F	Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme
RDB-7	E_23G	Zor durumlarda itidalli davranma
MAİ-1	E_24A	Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma
MAİ-2	E_24B	Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme
MAİ-3	E_24C	Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma
MAİ-4	E_24D	Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma
MAİ-5	E_24E	Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma
MAİ-6	E_24F	Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma
PSDS-1	E_25A	İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma
PSDS-2	E_25B	İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma
PSDS-3	E_25C	Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma
PSDS-4	E_25D	Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme

Tablo 9. Uyum Değerleri ve Yorumları

İncelenen Uyum İndeksleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	Çalışmadaki Model	Karar
χ^2/sd	$0 \leq \chi^2/sd \leq 2$	$2 \leq \chi^2/sd < 5$	1,83	Mükemmel uyum
Standardized Root Mean Square Residual (SRMR)	-	*SRMR*<0.08	0,072	Kabul edilebilir uyum
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	-	*RMSEA*<0.08	*0,103*	*Uyumsuz*
Comparative Fit Index (CFI)	$0{,}95 \leq CFI \leq 1$	$0{,}90 \leq CFI \leq 0{,}95$	0,995	Mükemmel uyum
Tucker-Lewis Index (TLI)	$0{,}95 \leq TLI \leq 1$	$0{,}90 \leq TLI \leq 0{,}95$	0,994	Mükemmel uyum
Bentler-Bonett Non-normed Fit Index (NNFI)	$0{,}95 \leq NNFI \leq 1$	$0{,}9 \leq NNFI \leq 0{,}95$	0,994	Mükemmel uyum
Bentler-Bonett Normed Fit Index (NFI)	$0{,}95 \leq NFI \leq 1$	$0{,}9 \leq NFI \leq 0{,}95$	0,989	Mükemmel uyum
Parsimony Normed Fit Index (PNFI)	-	PNFI>0.5	0,865	Mükemmel uyum
Bollen's Relative Fit Index (RFI)	$0{,}95 \leq RFI \leq 1$	$0{,}90 \leq RFI \leq 0{,}95$	0,987	Mükemmel uyum
Bollen's Incremental Fit Index (IFI)	$0{,}95 \leq IFI \leq 1$	$0{,}90 \leq IFI \leq 0{,}95$	0,995	Mükemmel uyum
Relative Noncentrality Index (RNI)	$0{,}95 \leq RNI \leq 1$	$0{,}90 \leq RNI \leq 0{,}95$	0,995	Mükemmel uyum



Şekil 3. P-MEX İçin Doğrulayıcı Faktör Analizi

PSDK: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan kaçınma; MAI: Meslekler arası ilişkiler
HHE: Hasta hekim etkileşimi; RDB: Reflektif deneyim ve beceriler

Tablo 10. P-MEX için Güvenirlik Analizleri

Ölçek	Cronbach's aplha	McDonald's ω	Madde çıkarıldığında	Cronbach's alpha	McDonald's ω
HHE	0,927	0,931	E_22A	0.918	0.921
			E_22B	0.908	0.914
			E_22C	0.913	0.919
			E_22D	0.922	0.926
			E_22E	0.906	0.908
			E_22F	0.919	0.923
RDB	0,882	0,901	E_23G	0.911	0.915
			E_23F	0.863	0.891
			E_23E	0.864	0.887
			E_23D	0.853	0.878
			E_23C	0.849	0.868
			E_23B	0.862	0.884
			E_23A	0.848	0.875
MAI	0,820	0,849	E_24A	0.739	0.783
			E_24B	0.779	0.828
			E_24C	0.847	0.855
			E_23D	0.768	0.808
			E_23E	0.792	0.827
PSDK	0,722	0,827	E_25A	0.871	0.881
			E_25B	0.587	0.762
			E_25C	0.617	0.715
			E_25D	0.615	0.772

Güvenirlik-Geçerlik Analizleri

PSDK: Porfesyonelliğe sığmayan davranışlardan kaçınma; MAI: Meslekler arası ilişkiler
HHI: Hasta hekim iletişim; RDB: Reflektif deneyim ve beceriler

İç tutarlılık: Cronbach Alpha değerleri

Mini CEX için Cronbach alpha değeri 0,94 iken, P-MEX için bu değer 0,95 olarak hesaplanmıştır. P-MEX alt boyutları için Hasta-hekim etkileşimi 0.92, Reflektif deneyim ve beceriler için 0,88, Mesleklararası ilişkiler 0,82, Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma 0,72 olarak bulunmuştur.

Yapı geçerliliği: Ayırıcılık Geçerliği (Farklı yetenek seviyeleri arasındaki ayrım)

Tablo 11.1'de öğrencilerin sınıflarına göre mini-CEX'ten elde edilen medyan puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Burada beklenildiği üzere sınıf düzeyi yükseldikçe alınan puanlarda artış saptanmış ve bu da bize mini-CEX'ten edinilen puanların sınıflar arası farkı belirttiğini ve dolayısı ile ayırıcılık geçerliği olduğunu göstermiştir.

Tablo 11. Mini-CEX İçin Geçerlik Güvenirlik Sonuçları

Tablo 11. 1. Öğrencilerin Sınıflarına Göre Mini Klinik Sınav Değerlendirme Sorularının Medyan Puanlarının Karşılaştırılması				
	Sınıf			
Beceri Kategorisi	**4**	**5**	**6**	**P[1]**
Görüşmeye hazırlık	8	7	8	0,209
Öykü alma	8	8	8	0,461
Fizik Muayene	7	8	8	0,207
Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	7	8	8	0,031*
Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	7	7	8	0,002*
Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	6	7	8	0,015*
Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi	6	7	8	0,015*
Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	6	8	8	0,012*
Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	7	8	8	0,634
Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	7,5	8	8,5	0,008*
Görüşmeyi tamamlama	7,5	8	8	0,326
Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	7,5	8	8	0,058
Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme, yürütme	7	7	8	0,236
Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği	7	8	8	0,032*
[1]Kruskal-Wallis Testi, *p<0,05				

Tablo 11.2'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre mini-CEX'de sıralanan becerilerin medyan puanlarının karşılaştırılması verilmiştir. Alınan puanlarda kadın-erkek öğrenciler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 11. 2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre Mini Klinik Sınav Değerlendirme Sorularının Medyan Puanlarının Karşılaştırılması			
	Cinsiyet		
Beceri Kategorisi	Kadın	Erkek	**p[1]**
Görüşmeye hazırlık	8	7	0,278
Öykü alma	8	8	0,254
Fizik Muayene	8	8	0,389
Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	8	7,5	0,488
Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	8	8	0,931
Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	7	7	0,658
Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi	8	6	0,194
Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	8	7	0,203
Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	8	7	0,125
Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	8	8	0,431
Görüşmeyi tamamlama	8	8	0,052
Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	8	8	0,277
Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme, yürütme	8	7	0,431
Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği	8	8	0,319
[1]Mann Whitney U Testi			

Tablo 12.1'de P-MEX için ayırıcılık geçerliği sonuçları gösterilmiştir. Tablo 12.1'de öğrencilerin sınıflarına göre P-MEX'ten elde edilen medyan puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Genel değerlendirme dikkate alındığında sınıf düzeyi yükseldikçe alınan puanlarda

artış saptanmıştır. Ancak bu durum alt boyutlar ve becerilerde sadece üç beceride görülmüştür. Genel değerlendirmedeki durum bize P-MEX'ten edinilen puanların sınıflar arası farkı belirttiğini ve dolayısı ile ayırıcılık geçerliği olduğunu göstermiştir.

Tablo 12.1. Öğrencilerin Sınıflarına Göre P-MEX Soruları Medyan Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar ve Beceri Kategorileri	**Sınıf**			**p[1]**
	4	5	6	
Hasta-hekim etkileşimi: Hekim olarak görüşme sırasında;				
Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme	8	8	8	0,643
Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme	8	8	8	0,500
Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma	8	8	8	0,261
Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme	8	8	8	0,983
Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma	8	8	8	0,889
Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma	8	8	8	0,950
Reflektif deneyim ve beceriler: Hekim olarak görüşme sırasında;				
Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma	8	8	8	0,586
Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma	8	8	9	**0,034***
Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme	8	8	8	0,187
Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme	8	8	8	0,604
Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma	8	8	8	0,470
Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme	7	8	8	0,083
Zor durumlarda itidalli davranma	7	8	8	**0,009***
Mesleklararası ilişkiler: Hekim olarak görüşme sırasında;				
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma	8	8	8	0,517
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme	8	8	8	0,251
Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma	7	8	8	**0,043***
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma	8	8	8	0,347
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma	8	8	8	0,680
Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma: Hekim olarak görüşme sırasında;				
İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma	8	8	8	0,612
İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma	8	8	9	0,628
Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma	8	8	9	0,397
Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme	8	8	8	0,325
Genel değerlendirme	7	8	8	**0,017***

[1]Kruskal-Wallis, *p<0,05

Tablo 12.2'de öğrencilerin cinsiyetlerine göre P-MEX'ten elde edilen medyan puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 12.2. Öğrencilerin Cinsiyetlerine Göre P-MEX Soruları Medyan Puanlarının Karşılaştırılması			
Alt boyutlar ve Beceri Kategorileri	**Cinsiyet**		
	Kadın	Erkek	**p[1]**
Hasta-hekim etkileşimi: Hekim olarak görüşme sırasında;			
Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme	8	8	0,165
Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme	8	8	0,124
Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma	8	8	0,183
Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme	8	8	**0,016***
Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma	8	8	**0,027***
Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma	8,5	8	0,149
Reflektif deneyim ve beceriler: Hekim olarak görüşme sırasında;			
Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma	8	8	0,197
Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma	8	8	0,103
Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme	8	8	0,570
Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme	8	8	0,294
Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma	8	8	0,082
Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme	8	8	0,246
Zor durumlarda itidalli davranma	8	8	0,109
Mesleklararası ilişkiler: Hekim olarak görüşme sırasında;			
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma	8	8	0,164
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme	8	8	**0,020***
Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma	8	8	0,297
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma	8	8	0,201
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma	9	8	**0,006***
Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma: Hekim olarak görüşme sırasında;			
İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma	8	8	**0,047***
İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma	8,5	8	0,778
Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma	8	8	0,731
Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme	8	8	0,157
Genel değerlendirme	8	8	0,082
[1]Mann Whitney U testi * p<0,05			

Hasta-Hekim Görüşme Performans Puanları

Tablo 13'de öğrencilerin Mini-Klinik Değerlendirme Formu (Mini-CEX) ile hasta hekim görüşmesi sırasındaki performanslarına ilişkin veriler, formdaki her bir madde için ortalama puan ve %95 güven aralığı şeklinde gösterilmiştir. Buna göre; öğrenciler en yüksek puanı 7, 88 (% 95 GA: 7, 62-8,09) ile "Görüşmeyi tamamlama"; en düşük puanı "Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma" kategorisinden almışlardır (6, 63, %95 GA: 6, 12-7,14). Klinik karar vermeye yönelik diğer madde için de (ilaç dışı tedavi ve kontrol, izlem planı oluşturma) puanlar görece olarak daha düşük hesaplanmıştır. Genel değerlendirme puan ortalaması ise 7,67 (GA: 7,39-7,94) çıkmıştır.

Tablo 13. Mini-Klinik Değerlendirme Formu (Mini-CEX) Maddeleri İçin Ortalama Puan ve %95 Güven Aralığı (GA)

Beceri Kategorisi	**Ortalama puan**	**GA (%95)**
Görüşmeye Hazırlık	7,56	7,31-7,82
Öykü Alma	7,85	7,62-8,09
Fizik Muayene	7,55	7,24-7,86
Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	7,27	6,89-7,66
Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	7,36	7,01-7,71
Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	6,63	6,12-7,14
Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi	6,69	6,19-7,20
Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	7,03	6,58-7,48
Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	7,21	6,74-7,68
Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	7,64	7,27-8,01
Görüşmeyi tamamlama	7,88	7,64-8,12
Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	7,65	7,26-8,05
Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme ve yürütme	7,22	6,79-7,66
Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği	**7,67**	**7,39-7,94**

Tablo 14'de öğrencilerin hasta-hekim görüşmesi performanslarının mini-CEX ile değerlendirilmesine ilişkin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Mini-CEX değerlendirilmesinde puanlama şu şekilde kategorize edilmiştir: 1-2-3 puan; 'Beklentinin altında'; 4-5 puan 'Sınırda'; 6-7 puan;' Beklenti Düzeyi' ve 8 -9 puan; 'Üst Düzeyde'. Tüm becerilerde "beklentinin altında" performans gösteren öğrencilerin oranı %0-7,4 arasında "sınırda" performans gösterenlerin oranı ise 0-8,5 arasında değişmiştir. Bu iki performans düzeyinde daha yüksek oranlar görüşmeye hazırlık, tanıya yönelik işlemler ve klinik karar verme becerilerinde belirlenmiştir. Tüm becerilerde öğrencilerin % 24-6-37,8'i "beklenti düzeyi"nde, % 40,2-67,1'i "üst düzeyde" performans göstermiştir.

Tablo 14. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Performanslarının Mini-Klinik Değerlendirme Formu (Mini-CEX) ile Değerlendirilmesine İlişkin Sayı ve Yüzde Dağılımları

Beceri Kategorisi	**Değerlen-dirme dışı**	**Beklentinin altı**	**Sınırda**	**Beklenti düzeyinde**	**Üst düzeyde**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
Görüşmeye Hazırlık	3 (3,7)	0 (0)	6 (7,3)	31 (37,8)	42 (51,2)
Öykü Alma	4 (4,9)	0 (0)	3 (3,7)	20 (24,4)	55 (67,1)
Fizik Muayene	4 (4,9)	0 (0)	3 (3,7)	29 (35,4)	46 (56,1)
Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	4 (4,9)	2 (2,4)	6 (7,3)	27 (32,9)	43 (52,4)
Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	3 (3,7)	4 (4,9)	4 (4,9)	28 (34,1)	43 (52,4)
Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	6 (7,4)	5 (6,1)	7 (8,5)	31 (37,8)	33 (40,2)
Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi	6 (7,4)	6 (7,4)	5 (6,1)	28 (34,1)	37 (45,1)

Tablo 14 (Devamı)

Beceri Kategorisi	Değerlendirme dışı	Beklentinin altı	Sınırda	Beklenti düzeyinde	Üst düzeyde
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	4 (4,9)	5 (6,1)	5 (6,1)	25 (30,5)	43 (52,4)
Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	6 (7,4)	3 (3,7)	3 (3,7	25 (30,5)	45 (54,9)
Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	4 (4,9)	2 (2,4)	2 (2,4)	22 (26,8)	52 (63,4)
Görüşmeyi tamamlama	3 (3,7)	0 (0)	2 (2,4)	23 (28,0)	54 (65,9)
Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	5 (6,1)	1 (1,2)	0 (0)	21 (25,6)	55 (67,1)
Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme ve yürütme	6 (7,4)	1 (1,2)	4 (4,9)	30 (36,6)	41 (50,0)
1-2-3 puan; 'Beklentinin altında'; 4-5 puan 'Sınırda'; 6-7 puan;' Beklenti Düzeyi'; 8 -9 puan; 'Üst Düzeyde'					

Tablo 15'de Profesyonellik Mini Değerlendirme Formu (P-MEX) maddeleri için ortalama puan ve % 95 güven aralığı gösterilmiştir. Buna göre; öğrenciler en yüksek puanı (8,40, %95 GA: 8,26-8,54) ile "Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma" kategorisinden elde etmişlerdir. Öte yandan en düşük puanı "Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma" kategorisinden almışlardır (7,23, %95 GA: 6, 81-7,65). Genel değerlendirme puan ortalaması ise 7,87 (GA: 7,67-8,06) çıkmıştır.

Tablo 15. Profesyonellik Mini Değerlendirme Formu (P-MEX) Maddeleri İçin Ortalama Puan ve % 95 Güven Aralığı

Alt Boyutlar ve Beceri Kategorileri	Ortalama puan	% 95 güven aralığı
Hasta-hekim etkileşimi: Hekim olarak görüşme sırasında;		
Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme	7,79	7,54-8,05
Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme	7,93	7,69-8,17
Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma	7,97	7,76-8,18
Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme	7,93	7,70-8,16
Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma	8,07	7,88-8,26
Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma	8,11	7,89-8,33
Reflektif deneyim ve beceriler: Hekim olarak görüşme sırasında;		
Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma	7,93	7,71-8,15
Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma	8,07	7,86-8,29
Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme	7,80	7,56-8,04
Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme	7,87	7,61-8,13
Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma	8,02	7,72-8,32

Tablo 15 (Devamı)

Alt Boyutlar ve Beceri Kategorileri	Ortalama puan	% 95 güven aralığı
Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme	7,53	7,22-7,83
Zor durumlarda itidalli davranma	7,38	7,03-7,72
Mesleklararası ilişkiler: Hekim olarak görüşme sırasında;		
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya, karar vermeye açık olma	7,96	7,74-8,18
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme	7,69	7,39-7,98
Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma	7,23	6,81-7,65
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma	8,04	7,80-8,29
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma	8,20	8,03-8,37
Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma: Hekim olarak görüşme sırasında;		
İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma	8,05	7,78-8,31
İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma	8,37	8,22-8,53
Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma	8,40	8,26-8,54
Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme	8,36	8,23-8,49
Genel değerlendirme	**7,87**	**7,67-8,06**

Tablo 16'da öğrencilerin hasta-hekim görüşmesi performanslarının profesyonellik değerlendirme formu (P-MEX) ile değerlendirilmesine ilişkin sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. P-MEX değerlendirilmesinde puanlama şu şekilde kategorize edilmiştir: 1-2-3 puan; 'Beklentinin altında'; 4-5 puan 'Sınırda'; 6-7 puan;' Beklenti Düzeyi' ve 8 -9 puan; 'Üst Düzeyde'. Sadece üç beceride birer kişi "beklentinin altında" performans gösterirken tüm becerilerde "sınırda" performans gösterenlerin sayısı çoğunlukla 1-2 kişiyi geçmemiştir. İlk üç boyutta tüm becerilerde öğrencilerin % 14,6-39,0'ı, profesyonelliğe sığmayan davranışlar boyutunda üç beceride ise % 4,9-6.1'i "beklenti düzeyi"nde performans göstermiştir. Üst düzeyde performans sergileyen öğrencilerin oranı % 57,3-91,5 arasında çıkmıştır.

Tablo 16. Öğrencilerin Hasta-Hekim Görüşmesi Performanslarının Profesyonellik Mini Değerlendirme Formu (P-MEX) ile Değerlendirilmesine İlişkin Sayı ve Yüzde Dağılımları

Alt Boyutlar ve Beceri Kategorileri	Değerlen-dirme dışı	Beklentinin altı	Sınırda	Beklenti düzeyinde	Üst düzeyde
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Hasta-hekim etkileşimi: Hekim olarak görüşme sırasında;					
Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme	3 (3,7)	0 (0)	4 (4,9)	19 (23,2)	56 (68,3)
Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme	3 (3,7)	0 (0)	2 (2,4)	19 (23,2)	58 (70,7)
Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma	3 (3,7)	0 (0)	1 (1,2)	16 (19,5)	62 (75,6)
Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme	3 (3,7)	0 (0)	2 (2,4)	21 (25,6)	56 (68,3)

Tablo 16 (Devamı)

Alt Boyutlar ve Beceri Kategorileri	Değerlendirme dışı n (%)	Beklentinin altı n (%)	Sınırda n (%)	Beklenti düzeyinde n (%)	Üst düzeyde n (%)
Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	16 (19,5)	63 (76,8)
Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma	3 (3,7)	0 (0)	2 (2,4)	17 (20,7)	60 (73,2)
Reflektif deneyim ve beceriler: Hekim olarak görüşme sırasında;					
Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma	3 (3,7)	0 (0)	1 (1,2)	23 (28,0)	55 (67,1)
Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	19 (23,2)	60 (73,2)
Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	21 (25,6)	58 (70,7)
Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme	3 (3,7)	0 (0)	3 (3,7)	18 (22,0)	58 (70,7)
Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma	3 (3,7)	0 (0)	1 (1,2)	17 (20,7)	61 (74,4)
Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	32 (39,0)	47 (57,3)
Zor durumlarda itidalli davranma	4 (4,9)	0 (0)	1 (1,2)	23 (28,0)	54 (65,9)
Mesleklararası ilişkiler: Hekim olarak görüşme sırasında;					
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma	3 (3,7)	1 (1,2)	0 (0)	16 (19,5)	62 (75,6)
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme	3 (3,7)	0 (0)	2 (2,4)	17 (20,7)	60 (73,2)
Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma	4 (4,9)	1 (1,2)	2 (2,4)	22 (26,8)	53 (64,6)
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma	3 (3,7)	1 (1,2)	1 (1,2)	13 (15,9)	64 (78,0)
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	12 (14,6)	67 (81,7)
Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma: Hekim olarak görüşme sırasında;					
İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma	4 (4,9)	0 (0)	0 (0)	15 (18,3)	63 (76,8)
İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma	3 (3,7)	1 (1,2)	0 (0)	4 (4,9)	74 (90,2)
Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	5 (6,1)	74 (90,2)
Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme	3 (3,7)	0 (0)	0 (0)	4 (4,9)	75 (91,5)
1-2-3 puan; 'Beklentinin altında'; 4-5 puan 'Sınırda'; 6-7 puan;' Beklenti Düzeyi'; 8 -9 puan; 'Üst Düzeyde'					

6.4. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeyleri Ortalama Puanları ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Hasta-Hekim Görüşmesi Sırasındaki Performans Puanları Arasındaki İlişki

Bu son başlık altında öncelikle negatif ve pozitif duygu düzeyleri ile, sonrasında DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar ele alınmıştır. İlk olarak Tablo 17'de öğrencilerin pozitif ve negatif duygu düzeylerinin katılımcıların özelliklerine göre dağılımı gösterilmiştir. Daha sonra Tablo 18'de, öğrencilerin pozitif ve

negatif duygu düzeyleri ortalama puanları ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir.

Tablo 17. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeylerinin Katılımcıların Özelliklerine göre Dağılımı

Değişkenler		Pozitif Duygu		Negatif Duygu	
		n	Yüzde	n	Yüzde
Cinsiyet	Erkek	9	25,7	23	65,7
	Kadın	15	32,6	25	54,3
Okul Türü	Ozel Universite	10	25,6	22	56,4
	Devlet Universitesi	14	33,3	26	61,9
Sınıf	4. Sınıf	6	40,0	6	40,0
	5. Sınıf	11	32,4	18	52,9
	6. Sınıf	7	21,9	24	75,0
Eğitim dönemi	Faz 2	17	34,7	24	49,0
	Faz 3	7	21,9	24	75,0

Senthilnathan'ın (2019) sosyal bilim çalışmaları için, korelasyon katsayılarına göre korelasyon düzeyleri önerisi dikkate alındığında, Tablo 18'de görüldüğü gibi, pozitif duygu puan ortalaması ile Mini-CEX toplam puan ortalamaları ve P-MEX alt boyut puan ortalamaları, negatif duygu puan ortalaması ile Mini-CEX toplam puan ortalaması arasında "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Negatif duygu puan ortalaması ile P-MEX alt boyut puan ortalamaları arasındaki pozitif yönlü ilişki ise "çok zayıf, ihmal edilebilir" düzeyde bulunmuştur.

Tablo 18. Öğrencilerin Pozitif ve Negatif Duygu Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif Duygu	Negatif Duygu	Mini-CEX Toplam	Profesyonellik Mini Değerlendirme				
				HHE	RDB	MAİ	PSDS	P-MEX Toplam
Pozitif Duygu	—							
Negatif Duygu	0.007	—						
Mini-CEX Toplam	**0.297**	**0.221**	—					
HHE	**0.302**	0.136	0.861	—				
RDB	**0.275**	0.173	0.855	0.975	—			
MAİ	**0.253**	0.192	0.828	0.946	0.961	—		
PSDS	**0.246**	0.190	0.757	0.895	0.931	0.912	—	
P-MEX Toplam	**0.256**	0.079	0.589	0.667	0.711	0.662	0.483	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

Tablo 19'de öğrencilerin DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir. Buna göre negatif ve pozitif DTD'leri Mini-CEX toplam puan ortalamaları arasındaki ve pozitif DTD'leri P-MEX puan ortalamaları arasındaki pozitif yönlü korelasyonlar "çok zayıf, ihmal edilebilir" bulunmuştur. Negatif DTD ile P-MEX'in, HHE dışındaki üç alt boyut (RDB, MAİ, PSDS) puan ortalamaları arasındaki pozitif yönlü korelasyonlar ise "zayıf ama dikkate alınması gerekir" bulunmuştur.

Tablo 19. Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri (DTD) ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puanların Korelasyonu

	Pozitif DTD	**Negatif DTD**	**Mini-CEX Toplam**	**Profesyonellik Mini Değerlendirme**				
				HHE	**RDB**	**MAİ**	**PSDS**	**P-MEX Toplam**
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.315	—						
Mini-CEX Toplam	0.065	0.122	—					
HHE	0.132	0.185	0.861	—				
RDB	0.141	**0.220**	0.855	0.975	—			
MAI	0.163	**0.212**	0.828	0.946	0.961	—		
PSDS	0.149	**0.314**	0.757	0.895	0.931	0.912	—	
P-MEX Toplam	0.120	-0.040	0.589	0.667	0.711	0.662	0.483	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

Tablo 19a'da Vakıf Üniversitesitesi'nde (19a) ve Devlet Üniversitesitesi'nde (19b) eğitim gören öğrencilerin DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir. Buna göre, Vakıf Üniversitesi öğrencilerinde, sadece negatif DTD ile P MEX – PSDS alt boyutu puan ortalaması arasındaki korelasyon pozitif yönlü "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde bulundu. Diğerleri arasındaki "çok zayıf, ihmal edilebilir" düzeydeki ilişkilerin yer yer negatif yöne kaydığı görüldü.

Tablo 19a. Vakıf Üniversitesitesi'nde Eğitim Gören Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	**Negatif DTD**	**Mini-CEX Toplam**	**Profesyonellik Mini Değerlendirme**				
				HHE	**RDB**	**MAİ**	**PSDS**	**P-MEX Toplam**
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.179	—						
Mini-CEX Toplam	-0.202	0.118	—					
HHE	-0.020	0.125	0.835	—				
RDB	-0.029	0.174	0.830	0.980	—			
MAİ	0.054	0.145	0.813	0.948	0.959	—		
PSDS	-0.019	**0.228**	0.769	0.917	0.944	0.905	—	
P-MEX Toplam	0.161	0.240	0.461	0.590	0.585	0.521	0.474	—

Tablo 19b'de Devlet Üniversitesitesi'nde eğitim gören öğrencilerin negatif ve pozitif DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir. Buna göre öğrenelerin pozitif DTD ile Mini-CEX ve P-MEX alt boyutları puan ortalamaları arasındaki pozitif yönlü korelasyon "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde idi. Negatif DTD ile Mini-CEX arasındaki pozitif yönlü ilişki "çok zayıf, ihmal edilebilir"; P-MEX'in üç alt boyut puan ortalamaları arasındaki, "zayıf ama dikkate alınması gerekir", PSDS alt boyutu puan ortalaması arasındaki ise "kabul edilebilir-orta" düzeylerde bulundu.

Tablo 19b. Devlet Üniversitesitesi'nde Eğitim Gören Öğrencilerin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	**Negatif DTD**	**Mini-CEX Toplam**	**Profesyonellik Mini Değerlendirme**				
				HHE	**RDB**	**MAİ**	**PSDS**	**P-MEX Toplam**
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.422	—						
Mini-CEX Toplam	**0.290**	0.149	—					
HHE	**0.259**	**0.239**	0.908	—				
RDB	**0.283**	**0.266**	0.894	0.966	—			
MAİ	**0.261**	**0.274**	0.862	0.942	0.966	—		
PSDS	**0.306**	***0.394***	0.753	0.858	0.912	0.925	—	
P-MEX Toplam	0.088	-0.280	0.757	0.737	0.831	0.814	0.510	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

Tablo 20'de Faz 2 (20a) ve Faz 3 (20b) Öğrencilerinin DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu gösterilmiştir. Buna göre Faz 2 öğrencilerinin negatif DTD'leri ile Mini-CEX ve P MEX'in iki boyutu (HHE, RDB) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü, "çok zayıf, ihmal edilebilir", P MEX'in diğer iki boyutu (MAİ, PSDS) puan ortalamaları arasında ise "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde korelasyon bulundu. Negatif DTD ile Mini-CEX ve P-MEX'in iki boyutu (HHE, MAİ) arasındaki pozitif yönlü ilişkiler "zayıf ama dikkate alınması gerekir", P-MEX'in RDB ve PSDS alt boyutlarında ise "kabul edilebilir-orta" düzeyde idi. Faz 3 öğrencilerinden çoğu yerde ilişkinin yönü negatif yönlü idi; hatta pozitif DTD ile P MEX – PSDS, negatif DTD ile P MEX'in iki alt boyutu (HHE, RDB) arasında bu negatif yönlü ilişki "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde bulundu.

Tablo 20a. Faz 2 Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri Ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	**Negatif DTD**	**Mini-CEX Toplam**	**Profesyonellik Mini Değerlendirme**				
				HHE	**RDB**	**MAİ**	**PSDS**	**P-MEX Toplam**
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.274	—						
Mini-CEX Toplam	0.095	**0.227**	—					
HHE	0.162	**0.312**	0.877	—				
RDB	0.195	***0.351***	0.859	0.981	—			
MAİ	**0.238**	**0.332**	0.843	0.955	0.966	—		
PSDS	**0.226**	***0.446***	0.756	0.921	0.948	0.928	—	
P-MEX Toplam	**0.201**	0.027	0.488	0.586	0.648	0.614	0.335	—

Tablo 20b. Faz 3 Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	**Negatif DTD**	**Mini-CEX Toplam**	**Profesyonellik Mini Değerlendirme**				
				HHE	**RDB**	**MAİ**	**PSDS**	**P-MEX Toplam**
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.416	—						
Mini-CEX Toplam	0.019	-0181	—					
HHE	0.053	**-0.232**	0.731	—				
RDB	-0039	**-0.221**	0.771	0.905	—			
MAİ	-0.117	-0.191	0.644	0.832	0.884	—		
PSDS	**-0.203**	-0.158	0.758	0.548	0.695	0.673	—	
P-MEX Toplam	-0.022	-0.132	0.861	0.793	0.826	0.748	0.655	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

Tablo 21'de kadın (21a) ve erkek (21b) öğrencilerin DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puanların korelasyonu sunulmuştur. Buna göre, Faz 3 eğitim döneminde okuyan öğrenelerde olduğu gibi kadın öğrencilerinde de negatif DTD'leri ile Mini-CEX (zayıf ama dikkate alınması gerekir) ve P-MEX (çok zayıf, ihmal edilebilir) puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar negatif yönlü idi.

Tablo 21a. Kadın Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri Ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	Negatif DTD	Mini-CEX Toplam	Profesyonellik Mini Değerlendirme				
				HHE	RDB	MAİ	PSDS	P-MEX Toplam
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.271	—						
Mini-CEX Toplam	**-0.243**	-0.066	—					
HHE	-0.143	0.103	0.851	—				
RDB	-0.127	0.127	0.850	0.978	—			
MAİ	-0.046	0.087	0.831	0.963	0.972	—		
PSDS	-0.066	0.150	0.776	0.943	0.958	0.932	—	
P-MEX Toplam	0.076	-0.145	0.488	0.678	0.699	0.708	0.403	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

Erkek öğrencilerinde pozitif DTD'leri Mini-CEX ve P-MEX puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ilişkinin düzeyinin arttığı (kabul edilebilir-orta) görüldü. Yine öğrenenlerin negatif DTD ile P-MEX'in PSDS alt boyutu arasındaki pozitif yönlü ilişki "kabul edilebilir-orta" düzeyde hesaplanırken, Mini-CEX ve P-MEX'in diğer üç alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişkiler "zayıf ama dikkate alınması gerekir" düzeyde bulundu.

Tablo 21b. Erkek Öğrencilerinin Duygusal Taneciklik Düzeyleri ile Mini-CEX Ve P-MEX'ten Aldıkları Puan Ortalamalarının Korelasyonu

	Pozitif DTD	Negatif DTD	Mini-CEX Toplam	Profesyonellik Mini Değerlendirme				
				HHE	RDB	MAİ	PSDS	P-MEX Toplam
Pozitif DTD	—							
Negatif DTD	0.373	—						
Mini-CEX Toplam	***0.415***	**0.297**	—					
HHE	***0.401***	**0.256**	0.879	—				
RDB	***0.424***	**0.303**	0.863	0.971	—			
MAİ	***0.398***	**0.334**	0.825	0.919	0.943	—		
PSDS	***0.388***	***0.467***	0.729	0.817	0.883	0.875	—	
P-MEX Toplam	0.124	0.082	0.695	0.646	0.711	0.578	0.541	—

HHE: hasta-hekim etkileşimi, RDB: reflektif deneyim ve beceriler, MAİ: meslekler arası ilişkiler, PSDS: Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu tez çalışması, Türkiye'deki tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri açısından nasıl bir görünüş sergilediğini belirlemek ve bunu öğrencilerin hasta-hekim görüşmeleri esnasında sergiledikleri performans ile ilişkisini ortaya koymak amacıyla yapılan literatürdeki ilk çalışmadır. Tıp fakültesi klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri açısından nasıl bir görünüş sergilediğini belirlemek amacıyla yine litearatürde ilk defa, bu tezle tıp fakültesi öğrencilerinde "Deneyim Örnekleme Metodu" kullanılmıştır. Bu metot, insanların doğal ortamlarındaki gerçek zamanlı deneyimleri ve davranışları hakkında veri toplamak için kullanılan bir araştırma tekniğidir. Katılımcılardan gün boyunca mevcut düşünceleri, duyguları, faaliyetleri ve çevreleri hakkında çok sayıda kısa rapor vermeleri istenir ve bu bir mobil uygulama üzerinden yapılır.

Bu tez çalışmasında "Duygusal Tanecikliği" belirlemenin yanı sıra, öğrencilerin hasta-hekim görüşmeleri esnasında sergiledikleri performansı değerlendirmek amacıyla Mini-Klinik Değerlendirme (Mini-CEX) ve Profesyonellik Mini Değerlendirme (P-MEX) araçları kullanılmış ve bunların geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır.

Tüm bunlara ek olarak, tezin hazırlık aşamasında son sınıf öğrencilerinin ve asistanların klinik eğitimleri sırasında yaşadıkları duygusal deneyimleri bir ön çalışma ile araştırılmıştır. Ortaya çıkan duygular, mobil uygulamada sıralanacak duygu setini belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Aynı zamanda buradan elde edilen veriler niteliksel özgün araştırma makalesi olarak yayımlanmıştır (Tanriover ve ark., 2023).

Bu tez çalışmasından elde edilen bulgular ve bu bulgulara yönelik tartışmalar ve çıkarımlar üç ana başlık altında sunulmuştur. Bu başlıklar şunlardır: (1) Klinik dönem öğrencilerinin duyguları ve duygusal taneciklik düzeyleri, (2) Klinik eğitim döneminde öğrencilerin hasta-hekim görüşmesine ilişkin iş başında performansa dayalı değerlendirmeler, (3) Klinik dönem öğrencilerinin duygusal nitelikleri ile Mini-CEX ve P-MEX ile yapılan performans değerlendirmeleri arasındaki ilişki

7.1. Klinik Dönem Öğrencilerinin Duyguları Ve Duygusal Taneciklik Düzeyleri

Klinik eğitim süreçleri, eğitim ve sağlık bakım süreçlerinde yaşanan yoğun duygusal deneyimlerle birlikte yürüyen süreçlerdir. Dolayısıyla bu süreçlerin, içinde yaşandığı duygusal ortam, öğrenenlerin bunlarla nasıl ilişkilendiği, süreçte ortaya çıkan duygular ve sonuçları

dikkate alınarak araştırılması önemlidir. Bu tezin iki odağı klinik dönem öğrenenlerin süreçte yaşadığı baskın duyguları ve duygusal taneciklik düzeyleridir**.**

7.1.1. Klinik dönem öğrencilerin duyguları

Klinik eğitim, öğrencilerin, hasta ve yakınları başta olmak üzere diğer insanlarla etkileşime girdiği yoğun duygusal deneyim ve durumları içerir. Bu süreçte, hasta ve yakınlarıyla karşılaşmalar çeşitli duyguları da beraberinde getirir ve öğrenciler klinik eğitimleri boyunca olumlu ve olumsuz pek çok duyguyu deneyimlerler. Bu nedenle, tıp öğrencilerinin, kendi duygularınının yanı sıra hastalarının duygularının da farkında olmayı ve nasıl yöneteceklerini öğrenmeleri gerekir. Zira, olumsuz duyguların sorun yaratma olasılığı yüksektir ve öğrenme süreçlerini engelleyebilir. Literatür, öğrencilerin çoğunlukla duygusal açıdan zorlayıcı deneyimleri kendi başlarına yönetmeye çalıştıklarını göstermektedir. Öğrenciler duygusal durumlarla başa çıkmak için farklı başa çıkma stratejileri geliştirilebilmektedirler. Bazı öğrenciler duygularını kapatmaya çalışarak kendilerini deneyimden uzaklaştırabilirken; diğerleri duygulara kapılabilir ve bunları yönetmekte zorluk yaşayabilirler (Shapiro, 2011; Weurlander ve ark.).

Tezden elde ettiğimiz bulguları diğer yayınlarla birlikte tartışmadan önce klinik eğitimler sırasında, tıp fakültesi öğrencilerinin yaşadıkları duygusal deneyimlerin belirlenmesinin birkaç nedenden dolayı önem taşıdığını belirtmekte yarar vardır. İlk olarak, duygular motivasyonel ve bilişsel süreçler üzerinde önemli etkilere sahiptir (Pekrun ve ark., 2002). Öğrenme süreçlerinde, duyuşsal, motivasyonel ve bilişsel süreçlerin iç içeliği ile karşılıklı etkileşim ve dönüşümü söz konusdur. İkinci olarak, duygular öğrencilerin mesleki kimlik gelişimine, hekimlik kimliği oluşturma süreçlerine yardımcı olurlar (Dornan ve ark., 2015; Helmich ve ark., 2012; Helmich ve ark., 2014). Üçüncü olarak, duygusal yükleri ağır zorlu deneyimler, kişilerde yıkıcı sonuçlara neden olabilmektedir. Bu deneyimler sırasında yaşanan yüksek stres ve kaygı empatide azalmaya, duyguların körelmesine ve sonuç olarak tükenmişliğe yol açabilir (Lee, F. J. ve ark., 2008; Paro ve ark., 2014; Romani ve ark., 2014; Soler ve ark., 2008). Bu bağlamda, kendi duygularının farkında olmak ve bu duyguları incelikli alarak ifade edebilmek, duygular karşısında başa çıkmayı ve dayanıklılığı destekleyecektir. Bu beceriler, öğrenciler iyilik hallerini artırabilecektir. Bu nedenle, tıp eğitiminde duygusal deneyimleri belirlemek ve bu konuda başa çıkma stratejileri geliştirebilmek için çok büyük bir ihtiyaç bulunmaktadır (Post, 1997; Thommasen ve ark., 2001).

Klinik eğitim süreçlerinde duyguları anlamak ve düzenlemek, tıp öğrencilerinin bu süreçte yerine getirdikleri genel klinik performansı, tanı süreçlerini, tıbbi karar verme ve kişilerarası

ilişkileri ele almak için kritik bir özelliği sahiptir (Croskerry ve ark., 2008). Ancak, literatürde, sadece sınırlı sayıda yayınla, tıp öğrencilerinin duygularla başa çıkmada geliştirmesi gereken beceri setine olan ihtiyaçı ortaya konmuştur (Cherry ve ark., 2012; Satterfield ve ark., 2007; Shapiro, 2011).

Duyguların, öğrenme sürecinin temel bir unsuru olduğu; duygu, biliş ve davranış arasında ayrılmaz bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Hargreaves, 2000). Duyguların iyi yönetilirse, düşünme ve karar verme süreçlerinde destekleyici bir araç olarak hizmet edebileceği; tersi bir durumda duygunun, öğrenme sürecinde dikkat dağıtıcı olarak rol oynayabileceği ve öğrenmeyi kısıtlayabileceği dile getirilmektedir (Cleveland-Innes ve ark., 2012). Ancak, Artino ve ark. (2010) tarafından belirtildiği üzere, duygusal faktörler tıp eğitimi literatüründe yeterince çalışılmamış, neredeyse ihmal edilmiştir. Tıp eğitimi literatüründe, çalışmalar daha çok öğrenmenin bilişsel yönü üzerinedir ve bu yönüyle öğrenme süreçlerinde resim tüm boyutlarıyla, daha bütünlüklü bir şekilde yeterince ortaya konabilmiş değildir.

Üstelik klinik süreçlerde ve profesyonel kimlik oluşumunda duyguların ele alınışı sorunludur ve planlı ve örtük öğrenmeler ile öğrenenlere uygun olmayan mesajlar iletilebilmektedir. Örneğin çoğu klinisyen eğitici tarafından profesyonellik duyguları dışarıda tutmak, işe karıştırmamak ve bu şekilde kendini korumak şeklinde ifade edilebilmektedir. Klinik süreçlerde, klinik süpervizörler/eğiticiler duyguları ifade etmediğinde, öğrenenlerin veya hastaların duygusal tepkilerini açıkça fark etmediğinde, öğrenenlere örtük olarak verilen mesaj duyguların göz ardı edilmesi gerektiği ve bu süreçte duygusal tepkilerin istenmediği yönünde olabilecektir. Ayrıca, öğrenenler, klinik eğitim süreçlerinde duygusal açıdan yeterince destek alamamakta, hatta bu yöndeki girişimlerde, örneğin zayıf oldukları düşünülebileceği için, yardım ve destek arama konusunda isteksiz olabilmektedirler (Rhodes-Kropf ve ark., 2005).

Tıp öğrencilerinin eğitimlerinin büyük bir kısmını klinik ortamlarda geçirmekte olup, bu yerleştirmeler sırasında teorik bilgileri, pratik becerileri ve mesleki tutumları öğrenmeleri beklenmektedir. Klinik süreçlerdeki pek çok durum duygusal açıdan zorlayıcıdır ve öğrencilerin başa çıkabilmeleri ve duygularını yönetmeleri gerekir. Ayrıca kişinin kendisinin ve hastanın duygularının farkında olması ve uygun şekilde yönetmesi, iyi hasta bakımının bir parçasıdır. Öğrenciler kendilerinin ve başkalarının duygularını nasıl yöneteceklerini öğrenmezlerse, uzun vadede zihinsel yorgunluk ve hatta tükenmişlik yaşama riskiyle karşı karşıya kalabilirler (Shapiro, 2011). Dolayısıyla, duygusal açıdan zorlayıcı durumlarla başa çıkmayı öğrenmek, öğrencilerin eğitimleri sırasında geçirdikleri mesleki gelişimin de bir parçasıdır.

Duygular üzerine geniş bir tıp literatürü, birçok tıp öğrencisinin eğitimleri sırasında depresyon ve anksiyete ile sonuçlanan stresli durumlar yaşadığını göstermektedir. Ahmed (2009), yaptığı çalışmayla tıp öğrencilerinin önemli bir yüzdesinin depresyon ve anksiyete yaşadığını tespit etmiştir (Ali, 2009). Weurlander ve arkadaşları (2018), tıp ve hemşirelik öğrencilerinin, klinik süreçlerde hastaların hastalığı ve ölümüyle yüzleşmek, sağlık çalışanları arasındaki profesyonel olmayan davranışlarla karşılaşmak ve hasta tedavisine ilişkin ikilemler yaşamak gibi duygusal açıdan zorlayıcı durumlar yaşadıklarını bulmuştur. Doulougeri ve arkadaşları (2016), yaptığı çalışmayla tıp öğrencilerinin şok, utanç, üzüntü, öfke ve kaygı gibi zorlu durumlar ve olumsuz duygular yaşadıklarını ve bu süreçlerde dikkati dağıtma, bir göreve odaklanma, duygularını bastırma ve yeniden değerlendirme gibi duygu düzenleme stratejilerini kullandıklarını göstermiştir. Literature benzer şekilde, bizim çalışmamızda da, öğrencilere son iki haftada yaşadıkları baskın duygunun ne olduğu sorulduğunda, yarıdan fazlası (% 59,3'ü) negatif duyguya sahip olduğunu belirtmiştir. Pozitif duyguya sahip olanların oranı % 29,6'da kalmıştır.

Literatürde, duygularla öğrenme süreçleri ve kazanımlar arasındaki ilişkileri çalışan yayınların sonuçları konuyu açmak adına önmelidir. Bunların birinde, Hayat ve arkadaşları (2020), keyif, umut, gurur gibi olumlu duyguların akademik performansla pozitif yönde; öfke, kaygı, umutsuzluk, utanç, can sıkıntısı gibi olumsuz duyguların ise akademik performansla olumsuz yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Benzer şekilde, Chin ve arkadaşları (2017), öğrencilerin olumlu duyguları ile performansları arasında anlamlı bir ilişki bulmuşlardır. Pekrun ve arkadaşları (2002), zevk, umut ve gurur gibi olumlu, aktive edeci duyguların öğrencilerin ara sınav puanlarıyla anlamlı bir ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur. Genel olarak, araştırmalar, zevk, umut ve gurur gibi olumlu duyguların akademik başarının öncüleri olduğunu göstermiştir. Çalışmalara göre olumlu akademik duygular akademik performansı olumlu yönde yordamaktadır. Diğer taraftan, yapılan bazı yayınlarda, sıkıntı gibi hoş olmayan pasifize edeci duyguların öğrenci motivasyonunu azaltabileceği, veri işlemeyi bozabileceği, akademik başarıyı olumsuz yönde etkileyebileği gösterilmiştir (Pekrun ve ark., 2002). Genel olarak bu çalışmalar, olumlu ve olumsuz duyguların yaşanan öğrenme süreç ve sonuçları açısından önemine işaret etmektedir. Bizim çalışmanızda bulunan sonuç, yani öğrenenlerin yaklaşık 2/3'nün son iki haftadaki baskın duygusunun negatif olması, üzerinde durulması gereken önemli bir soruna işaret etmektedir.

7.1.2. Klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri

Duyguları son derece spesifik bir şekilde, incelikli olarak deneyimleme eğilimi, "duygusal taneciklik" (Barrett ve ark., 2001; Demiralp ve ark., 2012) veya "duygu farklılaşması" (Boden

ve ark., 2013; Kashdan ve ark., 2015) olarak tanımlanmaktadır. Duygusal taneciklik, bir bireyin duygusal deneyimlerinin farklı formları arasında ayrım yapma yeteneğine atıfta bulunur (Barrett ve ark., 2001). Duygusal taneciklikte yüksek puan alan bireyler duygularını farklılaştırarak, belirli ve bağlamsal bir şekilde etiketlerler. Aynı duygusal valansa sahip farklı duyguları net bir şekilde ayırt edebilme yetenekleri vardır. Örneğin, yüksek DTD gösteren bir kişi, yaşadığı duygusal deneyimi "üzgün" veya "öfkeli" olarak daha açık bir şekilde hissedebilir ve ifade edebilirler. Bunun aksine, DTD düşük olan bireyler aynı duygusal valansta olan duyguları ayırt etmekte zorlanırlar ve duygusal deneyimlerini daha az belirgin olan his ve ifadelerle yaşarlar. Üzgün veya öfkeli hissetme durumu yeterince farklılaşmış değildir. Ayrıca, benzer valansta olan duygular arasındaki ayrım güçlükleri, farklı valanslardaki duygular arasındaki daha büyük farklılıkların algılanması ile el ele gider (Barrett, 1998; Erbas ve ark., 2015). Bu nedenle, düşük taneciklik gösteren kişiler, duygusal deneyimlerini, ya olumlu ya da olumsuz olan, ara tonları olmayan, yeterince farklılaşmaşmamış kutupsal, iki parçalı deneyimler olarak yaşarlar.

Duygular arasındaki ayrımın bireysel farklılıklara bağlı olduğunu ve bazı rahatsızlıklarla ilişkili olduğunu (psikopatoloji için duyarlılık) korelasyonel çalışmalarla ortaya konmuştur. Örneğin, duygusal problemlerle ilişkili klinik bozuklukları olan bireyler, majör depresif bozukluk (Demiralp ve ark., 2012), sosyal anksiyete bozukluğu (Kashdan ve ark., 2015) ve borderline kişilik bozukluğu (Suvak ve ark., 2011) gibi, sağlıklı bireylere kıyasla daha düşük seviyelerde negatif DTD göstermişlerdir (Suvak ve ark., 2011) . Yine, sağlıklı bireylerde duygusal taneciklik düzeyi ile özgüven ve nörotisizm gibi özellikler arasında ilişkililer bulunmuştur (Erbas ve ark., 2014; Kashdan ve ark., 2015).

Duygusal deneyimlerdeki zenginliği, karmaşıklığı dikkatle algılamak ve ayırt etmek, psikoterapideki müdahalelerin temel bileşenlerinden biridir (Kashdan ve ark., 2015). Kişilerin duygusal taneciklik becerisi, negatif duyguları ve stresli deneyimleri dönüştürmelerine yardımcı olur ve duygu düzenleme sürecinin önemli bir bileşenidir. Araştırmalar, duygularını daha ayrıntılı bir şekilde deneyimleyen bireylerin, aşırı alkol tüketimi (Kashdan ve ark., 2010), saldırganlık (Pond ve ark., 2012) kendine zarar verici davranış (Zaki ve ark., 2013) gibi uygun olmayan öz-düzenleyici stratejilere başvurmayı daha az, reddedilme durumlarında ise daha az sinirsel reaktivite gösterdiklerini ortaya koymuştur (Kashdan ve ark., 2015). Genel olarak, duygusal tanecikliğin duygusal ve ruhsal iyi oluş hali üzerindeki merkezi rolüne rağmen, bireylerin duygusal taneciklik düzeyini değiştirebilecek faktörleri belirleyebilen araştırmalar yeterli değildir. Benzer bir durum, daha özelde, eğitim ve öğrenenlerin duygusal iyi oluşları

içinde geçerlidir ve bu yöndeki çalışmalara ihtiyaç vardır. Teorik olarak, farkındalık, duygusal taneciklik yeteneğiyle yakından ilişkilidir. Farkındalık temelli müdahaleler, insanları, duygular da dâhil içinde bulundukları zihinsel durumlarına dikkat etme ve onlarla birlikte anda kalma (değerlendirme veya değiştirme çabası olmadan) yönünde desteklerler. Zihinsel durumları tanımlama becerisini artıran ve onları daha doğru bir şekilde ifade edilmesine yardımcı olan bu perspektifin eğitim deneyimlerine yansıtılması önemlidir. Bu yönde yapılacak eğitim araştırmaları, müdahelelere kanıt sağlayacaktır.

Bu tez çalışmasında pozitif DTD'leri öğrenenlerin büyük çoğunluğunda (%71,6'da) düşük olarak gözlemlenirken, negatif DTD'leri düşük olanlarla yüksek olanların oranları, yaklaşık % 50 civarında, birbirine yakın çıkmıştır. Erkek ve kadın öğrencilerin büyük çoğunluğu (sırasıyla %69,4'ü ve %73,3'ü) düşük pozitif DTD'ne sahipken, vakıf ve devlet üniversiteleri ile Faz 2 ve Faz 3 eğitim dönemlerinde bu oran yaklaşık %70'leri bulmuştur. Öğrencilerin düşük ve yüksek negatif DTD'lerin cinsiyete, üniversiteye ve eğitim dönemlerine göre dağılımları % 46-55 arasında hesaplanmıştır. Pozitif ve negatif DTD'leri arasında cinsiyete, üniversiteye, eğitim dönemi ve yıllarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Mezuniyet sonrası yurtdışı eğitim planı ve uzmanlık tercihi ile veri toplama sırasında devam edilen staj dikkate alındığında da benzer bir tablo ortaya çıkmıştır. Bu bulgular önemlidir ve literatürdeki çalışmalarla birlikte düşünüldüğünde önemli noktalara işaret etmekdir. Örneğin yetişkin örneklemlerinde yapılan çalışmalarda, özellikle negatif duygularını daha incelikli ifade edebilenlerin, ki bu tezde negatif DTD'leri yüksek olan öğrenenlerin oranı oranı % 49,4 bulundu, olumsuz durumlara karşı daha sağlıklı ve daha etkili tepkiler verebildiğini gösterilmiştir (Barrett ve ark., 2001; Kalokerinos ve ark., 2019; Kashdan ve ark., 2010; Ottenstein ve ark., 2020; Pond ve ark., 2012; Tugade ve ark., 2004; Zaki ve ark., 2013). Bu bulgu, bir önceki bulgu ile birlikte düşünüldüğünde daha bir önem kazanmaktadır. Şöyle ki, bu çalışmada öğrenenlerin % 59,3'si son iki haftada yaşadıkları baskın duyguyu negatif duygular, % 7,4'ü hem negatif hem de pozitif duygular olarak tanımlamışlardır ve negatif DTD'leri yüksek olan öğrenenlerin oranı 49,4, pozitif DTD'leri yüksek olanların oranı ise % 28,4 çıkmıştır. Bu durum, klinik eğitim süreçlerinde ağılıklı olarak negatif duygular yaşayan öğrenenlerin DTD'nin geliştirilmesi noktasında desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Öğrenenlerin duygularını daha incelikli bir şekilde ifade etmelerine ihtiyaç varmış gibi durmaktadır. Bu sayede duygusal olarak zor durumlarla baş etmede, dayanıklılık geliştirmede ve duygusal iyi oluş hallerini arttırmada daha başarılı olabileceklerdir.

"Duygusal taneciklik" gibi yeni bir kavram üzerinden tasarlanan bu tezin, bu sonuçlarla, özgün değer açısından literatüre çok boyutlu katkı sunacağını düşünülmektedir. Dünyada ve ülkemizde eğitim süreçleri ve klinik süreçler ağırlıklı olarak bilişsel/metabilişsel ve teknik boyutlarıyla ele alınıp araştırılmakta; duygusal boyut yeterince araştırma konusu yapılmamaktadır. Oysa, tıp fakültesi öğrencileri tıp eğitimleri boyunca, özellikle klinik eğitimleri sırasında, yoğun duygusal durumlar ve deneyimler yaşamaktadırlar. Bu deneyimler sırasında öğrenciler hem kendilerinin hem de hastalarının yoğun duyguları ile yüzleşmekte; bu yüzleşmelerin beraberinde getirdiği yükler, tanık olunan zorlu klinik durumlar öğrenenlerde güçlü duygular yaratmaktadır. Ancak literatürde tıp fakültesi öğrencilerinin yaşadıkları bu yoğun duyguları nasıl ifade ettikleri üzerine yeterli çalışma yapılmamıştır. Ülkemizde tıp fakültesi mezununun mesleki anlamda yeterli donanıma sahip olması beklenmektedir. Ancak hekimin tek başına bilişsel ve teknik yeterliklerle donatılmış olması hasta-hekim ilişkisinin sağlıklı yürütülmesi için yeterli olmamaktadır. Hasta-hekim ilişkisi aynı zamanda duygusal deneyimlerin süreçleridir. Bu süreçte, hekimin doğru tanı koyması, uygun tetkikleri istemesi nihayetinde de doğru tedaviyi uygulayabilmesi için ilk aşamadan sonuna kadar hasta ile doğru iletişim kurma zorunluluğu vardır. Bunun önemli gereklerinden biri de bu süreçlerdeki duyguları incelikli olarak tanımak ve uygun bir şekilde düzenlemektir.

Bulgular, duygusal taneciklik, özellikle pozitif ve negatif duygusal taneciklik düzeylerinin, öğrencilerin klinik performansı ve profesyonellikleri üzerinde bir rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Aşağıda üçüncü başlık altında bu yöndeki bulgular tartışılmıştır. Ancak öncesinde, tartışmamın ikinci bölümünde, klinik eğitim döneminde öğrencilerin hasta-hekim görüşmesine ilişkin iş başında performansa dayalı değerlendirmeleri ele alınmıştır.

7.1.3. Klinik eğitim döneminde öğrencilerin hasta-hekim görüşmesine ilişkin iş başında performansa dayalı değerlendirmeler

Ölçmedeğerlendirme (ÖD), tıp eğitiminde merkezi bir rol oynar. Öğrencilerin ilerlemesini ve eğitim programı çıktılarına yönelik başarılarını takip ederek öğrenme sürecini tamamlar. Klinik eğitimde ÖD yöntemlerinin klinik uygulamaların içine entegre edilerek, performanslar üzerinden, hem gelişimi desteklemeye yönelik olarak süreç içinde, hem de karar vermeye yönelik olarak eğitim süreci sonunda yapılandırılması ve uygulanması önerilmektedir (Amin, 2012) . Bu amaçla birçok araç geliştirilmiştir. Çalışma ortamlarındaki öğrencilerin işbaşında, hasta-hekim görüşmesi sırasındaki bütüncül performansını değerlendirmek amacıyla en sık kullanılan değerlendirme araçlarından biri Mini-CEX, diğeri P-MEX olarak bilinir.

7.1.4. Hasta-hekim görüşmesi ve mini klinik sınav değerlendirme

Mini-CEX başlangıçta tıp alanında klinik yeterlikleri değerlendirmek için geliştirilmiş bir yöntem olarak ortaya çıkmıştır. Bu yöntem, klinik becerilerin gerçek bağlamlarda ve dinamizmle, yani "hasta başında" değerlendirilmesini amaçlamıştır. Geleneksel uzun vakalara göre daha kısa ve belirli becerilere odaklanarak, hastayla buluşma için özel becerilere vurgu yapmıştır. Bu eğitsel bir değerlendirme özelliğine sahip yöntemin daha güvenilir olabilmesi için birkaç değerlendirme anının yanı sıra deneyimli değerlendiriciler tarafından geri bildirim sağlanması gerekmektedir. Bu değerlendiriciler, puanlama standartları konusunda birbiri ile anlaşmış kişiler olmalıdır. Genellikle bir öğretim üyesi, stajyerlerin gerçek performansını gözlemleyerek çeşitli klinik becerilerini değerlendirir ve onlara geri bildirim sağlar (Norcini ve ark., 1995). Amerikan İç Hastalıkları Kurulu (ABIM) tarafından 1990'larda tanıtıldığından bu yana, mini-CEX tüm dünyada farklı popülasyonlar ve farklı bağlamlar için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Kapsamlı arama sonucunda, mini-CEX'in gelişimi desteklemeye yönelik hem de karar vermeye yönelik amaçlarla kullanımını raporlayan birçok makale bulunmuştur. Ancak bu raporlar, gerekli karşılaşmaların sayısı, değerlendiricilerin uzmanlık alanı ve değerlendirme formunun formatı gibi birçok yönüyle farklılık göstermektedir. Bu çalışmaların bazıları, psikometrik özellikler, eğitimsel sonuçlar ve kullanıcıların mini-CEX ile memnuniyeti gibi konulara odaklanmıştır.

Değerlendirme araçlarının tüm yönlerini keşfetmek için yaygın bir çerçeve, işlevsellik formülüdür. Bu çerçeve, geçerlik, güvenirlik, eğitimsel etki, kabul edilebilirlik ve değerlendirme aracının maliyetini içerir (Van Der Vleuten, 1996). Bu çerçeve, geleneksel psikometrik ölçütlerin (geçerlik ve güvenirlik) ötesinde ek kriterlerle daha kapsamlı bir formulasyon sağlamaktadır ve mini-CEX'in van der Vleuten'in işlevsellik formülü kapsamında ele alınması önemlidir. İlk makalelerde (Norcini ve ark., 1995) belirtildiği şekliyle mini-CEX'in orijinal formatı, dört yetenek alanından oluşuyordu; bunlar sırasıyla öykü alma, fizik muayene, klinik değerlendirme ve sentezleme ve insani niteliklerdir. ABIM daha sonra alanları gözden geçirdi ve nihai form tıbbi görüşme, fizik muayene, insani nitelikler/profesyonellik, klinik değerlendirme, danışmanlık ve düzenleme/verimlilikleri içeren bir yapıya kavuştu. Sonraki çalışmaların çoğu, 6 alanlı formu, kelime veya düzenleme konusunda herhangi bir değişiklik olmaksızın veya küçük değişikliklerle uygulamıştır.

Zaman içinde mini-CEX alanlarını çıkarma eklemeler yapılarak bu araçın uygulaması yangınlaşmıştır. Bu değişiklikler, ilgilenilen yeteneklere bağlı olarak farklı sayıda alan içererek şekilde yapılmıştır: Beş (Hatala ve ark., 2006; Ney ve ark., 2009), yedi, sekiz (Suhoyo ve ark.,

2014), dokuz (Weller ve ark., 2017; Weller, Jolly, ve ark., 2009), on (Weller ve ark., 2017; Weller ve ark., 2014) veya on üç (Castanelli ve ark., 2016). Zamanla eklenen alanlar, teknik ve prosedürel beceriler, hasta eğitimi, risk yönetimi, belgeleme ve ekip etkileşimi gibi alanları içermektedir. Bu tez çalışmasında kullanılan mini-CEX formu, hasta-hekim görüşümesi sırasındaki duygusal deneyimsel dikkate alınarak tez danışmanı tarafından modifiye edilmiş ve ortaya on üç maddeden oluşan bir form çıkmıştır (Bkz Ek 9). Mini-CEX formları, değerlendirme alanlarının yanısıra öğrencilerin performansının genel bir puanlamasını da içermektedir. Genel olarak puanlamada, 1, 2 ve 3 yetersiz olarak tanımlanırken, 4 sınırlı, 5 ve 6 tatmin edici ve 7, 8 ve 9 üstün performans olarak tanımlanmıştır. Bu çalışmada orijinal mini-CEX formatına uygun olarak, her yetenek alanını değerlendirmek için 9 puanlık bir Likert ölçeği kullanılmış; 0 puan ‘Değerlendirme dışı'; 1-3 puan 'Beklentinin altında'; 4-5 puan 'Sınırda'; 6-7 puan; 'Beklenti Düzeyi'nde ve 8-9 puan 'Üst Düzeyde' olarak değerlendirilmiştir.

İç tutarlılık çalışmaları mini-CEX'teki yetenek alanları üzerinden alınan Cronbach alfa değerlerinin 0,58 (Paravicini ve ark., 2015) ile 0,97 (Fernandez Galvez, 2011) arasında değiştiğini gösterilmiştir. Çalışmaların çoğunda Cronbach alpha değeri 0,9'a yakın veya daha yüksek bir katsayı olarak hesaplanmıştır. Cronbach alpha’da kabul edilebilir değer 0,7'nin üzeridir ve iki çalışma bu değerin altında bir katsayı hesaplamıştır (Eriksen ve ark. 2009'da 0,64 ve Paravicini ve Peterson 2015'te 0,58). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0,94 olarak bulunmuştur.

İçerik geçerliliğin değerlendirldiği üç çalışmada mini-CEX'lerin, vakaların ve gözlemlerin iyi bir içerik kapsamı sunduğunu bildirilmiştir. Beş iç hastalıkları uzmanlık programında yapılan bir çalışma, gözlemlerin "geniş bir yelpazeyi kapsadığını ve yaygın sorunları temsil ettiğini" bildirmiştir (Norcini ve ark., 1995). Hatala ve meslektaşları da, stajyerlerin geniş bir yelpazede yaygın sorunlar ve teşhisler üzerinde gözlemlendiğini göstermiştir (Hatala ve ark., 2006). Bu durumun iç hastalıkları alanını temsil ettiğini belirtmişlerdir. Başka bir çalışma, muayenelerin kardiyolojide geniş bir sorun yelpazesini kapsadığını göstermiştir (Alves de Lima ve ark., 2005).

Farklı yetenek seviyeleri arasındaki ayrım yönelik değerlendirmede (yapı geçerliliği), bazı çalışmalarda, öğrencilerin eğitim seviyeleri/yılları ile performansları, örneğin farklı eğitim yıllarındaki asistanlar performansları (Alves de Lima ve ark., 2005; Fernandez Galvez, 2011; Norcini ve ark., 1995; Weller ve ark., 2017) karşılaştırılmıştır. Diğerlerinde zaman içinde puanların değişimini, örneğin ardışık akademik dönemlerde, eğitim aylarında, yıllarında eğitim süresi boyunca puanların ilerlemesini izlenmiştir (Kogan ve ark., 2003; Norcini ve ark., 2003;

Olascoaga ve ark., 2019; Playford ve ark., 2013; Suhoyo ve ark., 2014). Çoğu çalışmada, eğitim düzeyi ile mini-CEX puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim olup olmadığı incelenmiş ve yetenek seviyelerinin artmasıyla, daha uzun eğitim süresi veya zaman içindeki ilerleme sonucu mini-CEX puanlarının önemli ölçüde arttığını kanıtlamıştır. Benzer şekilde, bu tez çalışmasında da öğrencilerin aldığı puanlar yıllara göre hesaplanmış ve klinik yıllar içinde alınan puanlarda artış gözlemlenmiştir. Öğrencilerin sınıflarına göre mini-CEX maddelerinin medyan puanlarının karşılaştırılmasında " "Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği" 7,67 (% 95 GA 7,39-7,94) idi. "Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği"medyan puanlar 4.sınıflar için 7, 5. Sınıflar için 8 ve intörnler için 8 olarak bulunmuştur (p=0,032). Özellikle bu artış "Klinik karar verme" maddelerinde belirgin olarak ortaya çıkmıştır. "Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma" medyan puanlar 4.sınıflar için 6, 5. Sınıflar için 7 ve intörnler için 8 olarak bulunmuştur (p=0,015). "Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi" medyan puanlar 4.sınıflar için 6, 5. Sınıflar için 7 ve intörnler için 8 olarak bulunmuştur (p=0,015). "Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma" medyan puanlar 4. sınıflar için 6, 5. Sınıflar için 7 ve intörnler için 8 olarak bulunmuştur (p=0,012). Bir diğer grup çalışmalarda, öğrenciler, bir kriter sınavındaki performanslarına göre iki veya daha fazla gruba ayrılarak bu gruplardaki öğrencilerin ortalama puanlarını karşılaştırılmış; mini-CEX'in ayırt etme yeteneğinin kabul edilebilir olduğu gösterilmiştir. Kogan ve meslektaşları "Yüksek Onur" alan öğrencilerin "Geçti" alanlardan daha yüksek puan aldığını göstermiştir (Kogan ve ark., 2003). Hatala ve meslektaşları (2006), Kanada Kraliyet Doktorları ve Cerrahlar Koleji (önce açık adı, RCPSC) İç Hastalıkları sınavını başarıyla geçen öğrencilerin ortalama genel klinik yetenek puanının başarısız olanlara göre önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermiştir (Hatala ve ark., 2006). Tüm bu çalışmalar, Mini-CEX'in yapısal geçeriliğini destekler niteliktedir.

Yapı geçerliliğine yönelik bir diğer değerlendirme faktör analizidir. Dört çalışmada faktör analizi gerçekleştirilmiş ve sonuçların tek bir faktör çözümünü doğruladığını belirttilmiştir (Berendonk ve ark., 2018; Cook ve ark., 2009; Hill ve ark., 2009; Olascoaga ve ark., 2019). Bir çalışma, yetenek alanlarının tek bir saf latent değişkeni yansıttığını ve puan varyansının %66,5'ini açıkladığını belirtmiştir (Hill ve ark., 2009). Başka bir çalışma, iki veri setine bakmış ve varyansın % 100'ünü açıklayan tek bir faktör çözümünün var olduğunu gözlemlemiştir (Cook ve ark., 2009). Bir diğer çalışmada faktör analizinde bulunan tek faktör varyansın % 67'sini açıkladığı bulunmuştur. Tüm yetenek alanlarının yüksek yükleme değerine sahip olduğu bulunmuş; değerler 0,58 ile 0,84 arasında değişmiştir (Olascoaga ve ark., 2019). İsviçre'de yapılan yeni bir çalışmada, bir temel faktörün denetleyici puanlarının varyansının % 56'sını

açıkladığını gösterilmiş ve bu tek faktör üzerindeki altı alanın yükleme değerleri 0,58 ile 0,84 arasında değiştiği görülmüştür. Bu tez çalışmasında, Mini-CEX'in faktör analizinde; paralel analiz ve dirsek plotu (scree plot) yöntemlerine göre tek faktörlü model uygun bulunmuştur. Bu çerçevede faktör analizinde kullanılan en küçük artıklar analizi sonucunda faktör yükleri 0,493 ile 0,869 arasında değişmektedir. Bartlett testinin anlamlı olması ($p<0,001$) veri setinin faktör analizine uygunluğuna işaret etmketedir. Genel KMO değerinin ve bireysel KMO değerlerinin her birinin 0,8'in üzerinde olması örneklemin Mini-CEX'in faktör analizi için yeterli olduğunu göstermektedir. Elde edilen faktör yapısı veri setindeki değişimin %56'sını açıklamaktadır. Ölçekteki maddelerin faktör yüklerinin 0,30 ve üzerinde olması (Seçer, 2013) ve açıklanan varyansın en az % 40 olması yeterli görülmektedir (Büyüköztürk, 2008).

Uygulamada, Mini-CEX ile gözlem ve değerlendirmede, ortalama gözlem süresini dakika olarak bildiren makalelerde, değerler 12,30 dk (Joshi ve ark., 2017) ile 46,5dk (Olascoaga ve ark., 2019) arasında değişmiştir. Ortalama geri bildirim süresine ayrılan süre ortalama değer ise 5,73 (Kogan ve ark., 2003) ile 20,1 (Weller, Jones, ve ark., 2009) arasında değişiyordu. Sadece altı makale toplam görüşme süresini bildirmiş, bu değerlerin 17,7 (Norcini ve ark., 1995) ile 31,50 (Norcini ve ark., 2003) arasında değiştiği görülmüştür. Bu tez çalışmamızda da gözlem süresi ortalama 10-15 dk, geribildirim ise 5-6 dk olarak gözlenmiştir. Yine bu çalışmada öğrencilerin Mini-CEX Formu maddeleri için ortalama puan ve % 95 güven aralığı da gösterilmiştir. Buna göre, en yüksek puan "Öykü Alma" kategorisinden elde edilmiştir ve bu puan 7,85 (% 95 GA: 7,62-8,09) olarak belirlenmiştir. En düşük puan ise "Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma" kategorisinden alınmıştır ve bu puan 6,63 (%95 GA: 6,12-7,14) şeklindedir. Genel değerlendirme puanı ise 7,67 (% 95 GA:7,39-7,94) olarak bulunmuştur. Mini-CEX ile ilgili önceki yayınlar, bizim bulgularımızdan farklı olarak profesyonellik için en yüksek derecelendirmeleri ve fizik muayene için en düşük derecelendirmeleri göstermiştir (Norcini ve ark., 2003). Klinik becerilerin değerlendirilmesinde iç hastalıkları asistanları için yaptığı çalışmada en düşük puanı fizik muayene becerileri (6,14±1,23), en yüksek puanı ise profesyonalizm (7,01±1,01) başlığında saptamıştır (13). Ney ve arkadaşlarının çalışmasında da en düşük puan fizik muayene becerileri (7,73±1,02), en yüksek puan profesyonalizm (8,41±1,66)'dir (Ney ve ark., 2009). Genel klinik yeterliliğe ilişkin ortalama puanlar ise, bu tez çalışmasında çıkan puana yakın çıkmıştır (Kogan ve ark., 2003; Norcini ve ark., 2003).

7.1.5. Hasta-hekim görüşmesi ve profesyonellik mini değerlendirme

Tıp öğrencilerinde profesyonellik, tıp alanında meslek etiğinden kültürel, insani değerlere, mesleki sınırlar, ekip çalışması ve liderlikten sürekli öğrenme ve gelişime açık olmaya kadar

birden fazla önemli unsuru içeren geniş ve çok boyutlu bir kavramdır. Tıp öğrencilerinin profesyonelliklerini geliştirmeleri, hem tıp mesleğine hem de hastalarına daha iyi hizmet etmelerine yardımcı olacaktır. Bu beceriler sadece tıp okulu yıllarında değil, tüm tıp kariyerleri boyunca önemlidir. Son on yılda tıp eğitimine ilişkin literatürün çoğu, uzmanlık eğitiminin ayrılmaz bir bileşeni olarak tıpta profesyonelliğin önemi üzerinde mutabakata varmıştır. Bu durum profesyonelliğe yönelik öğrenme, değerlendirme ve geri bildirim için evrensel olarak kabul edilmiş yöntem ve araç arayışlarını beraberinde getirmiştir (Shrank ve ark., 2004; Veloski ve ark., 2005).

Bir örnek vermek gerekirse, Roma Sapienza Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi, altı yıllık tıp eğitimi programı boyunca profesyonelliğin geliştirilmesine yönelik bir eğitim çerçevesi tasarlamış ve uygulamaya koymuştur. Profesyonelliğe yönelik 10 karmaşık yeterliliğin öğrenilmesini ve değerlendirilmesi için, P-MEX de dâhil olmak üzere, kısa hikayeleri, videolar, küçük grup eğitim oturumları ve profesyonellik anlatılarından oluşan bir portföyü içeren çoklu yöntem kullanmıştır. Diğer çalışmalar da, mini-CEX, P-MEX, çok kaynaklı geri bildirim, hasta görüş formları, kâğıt testleri, simülasyonlar, araştırma ölçümleri gibi öğrenme ve değerlendirmede çok yönlü yaklaşım önermektedir (Consorti ve ark., 2012; Wilkinson ve ark., 2009). Genel olarak profesyonelliğe yönelik değerlendirme, çoklu faktörlerin birleşiminden oluşur ve sadece tek bir yöntemle değil, çeşitli yöntemlerin bir araya getirilmesiyle daha kapsamlı ve doğru bir sonuca ulaşılmaya çalışılır.

Profesyonelliğe yönelik gözlem ve değerlendirme için ilk çalışma Kanada'da yapılmıştır. McGill Üniversitesi'ndeki araştırmacılar, tıp öğrencilerinin mesleki davranışlarını değerlendirmek için doksan iki McGill öğretim üyesi ve asistanının katılımıyla, profesyonelliğin niteliklerine ilişkin fikir birliği oluşturmuş ve profesyonelliği yansıtan 142 gözlemlenebilir davranış belirlenmiştir. Daha sonra bu 142 davranış, 24 davranışa yoğunlaştırılarak profesyonelliğin en fazla sayıda özelliğini değerlendirme potansiyeline sahip bir araç ortaya çıkmıştır. Seçilen bu 24 davranış mini-CEX formatına yerleştirilmiş ve bu şekilde, profesyonelliği değerlendirmek için mini-CEX formatında yeni bir araç olan P-MEX geliştirilmiştir. Kanada'da Cruess ve arkadaşları (2006) tarafından geliştirilen bu araçla, katılımcıların profesyonelliğe yönelik yeterlikleri dört beceri kategorisinden oluşan 22 madde ile değerlendirilmektedir. Beceri kategorileri; P-MEX ölçeği, doktor-hasta ilişkisi becerileri, reflektif beceriler, zaman yönetimi ve meslekler arası beceriler olmak üzere dört kategoride 24 maddeden oluşmaktadır.

Her madde, 1-3 yetersiz, 4-6 yeterli, 7-9 üstün performans anlamına gelecek şekilde, 9 puanlık bir ölçekte derecelendirilmektedir. Orijinal yapının doğrulayıcı faktör analizinde, 24 maddelik Türkçe ölçeğin ft goodness parametreleri şu şekilde hesaplandı: CFI=0,675, TLI=0,604, ve RMSEA=0,089 Cronbach's alpha puanı 0.844 olarak bulunmuştur (Tasci ve ark., 2023). İngilizce versiyonuna ek olarak formun farklı kültür ve dillerdeki versiyonları psikometrik nitelikleri açısından degerlendirilmiş ve bu versiyonlar da iyi psikometrik özellikler göstermiştir (Shrank ve ark., 2004; Tasci ve ark., 2023; Tsugawa ve ark., 2009; Veloski ve ark., 2005).

Mini-CEX'in bir modifikasyonu olan P-MEX aracı dünya çapında yaygın olarak kullanılmış ve geçerliliği ve güvenilirliği çeşitli kültürel arka planda kontrol edilmiştir. P-MEX'in Tayland versiyonundaki güvenilirliği ve geçerliliği, Bangkok, Tayland'daki 4.-6. sınıf diş hekimliği öğrencilerinde incelenmiştir. Kültürler arası büyük bir adaptasyon gerekmedi. Açımlayıcı faktör analizi, Cruess ve ark. ile tutarlı dört faktörlü bir yapı ortaya çıkardı (Cruess ve ark., 2006). Güvenilirlik yalnızca 0,833 olarak belirlenen Cronbach alfa ile değerlendirildi (Tsugawa ve ark., 2009).

Literatürde, geçerlilik kanıtlarını belirlemek için P-MEX'i kullanan araştırmalar yapılmıştır. Her ne kadar birincil kullanımı tıp öğrencileri üzerinde olsa da, Japonya'da yürütülen bir ilk pilot çalışma, dahiliye asistanlarını değerlendirmek için P-MEX'i kullanmıştır (Tsugawa ve ark., 2009). Ayrıca, Japonya bağlamında 16 yeni madde geliştirildi; P-MEX'e en çok uyan 4 öğe çıkarıldı. Bu yeni değerlendirme aracına 'J-MEX' (Japon Profesyonelliği Değerlendirme Alıştırması) adı verildi. Güvenilirliğin kanıtı, genelleştirilebilirlik teorisi testi ve karar çalışması yoluyla gösterilmiştir (Tsugawa ve ark., 2009). Ancak 0,8 güvenirlik katsayısına ulaşmak için 15 değerlendirme formunun doldurulması gerekmektedir.

Bu tez çalışması için, tez konusu olan duygular dikkate alınarak P-MEX modifiye edilmiştir. Bu düzenleme ile 22 maddeden oluşan dört boyutlu bir araç ortaya çıkmıştır. Yapılan analizlerde, P-MEX için Cronbach alpha değeri 0,95 olarak hesaplanmış; bu değer alt boyutlarda, Hasta-hekim etkileşimi için 0,92, Reflektif deneyim ve beceriler için 0,88, Mesleklararası ilişkiler için 0,82 ve Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma için 0,72 olarak bulunmuştur.

Ayrıca bu tezde öğrenenlerin sınıflarına göre P-MEX'ten elde edilen medyan puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Burada beklenildiği üzere sınıf düzeyi yükseldikçe alınan puanlarda artış saptanmış ve bu da bize P-MEX'ten edinilen puanların sınıflar arası farkı belirttiğini ve dolayısı ile ayırıcılık geçerliği olduğunu göstermiştir. P-MEX maddeleri

değerlendirildiğinde öğrenciler en yüksek puanı (8,40, GA: 8,26-8,54) ile "Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma" kategorisinden elde etmişlerdir. En düşük puanı "Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma" kategorisinden almışlardır (7,23, GA: 6, 81-7,65). Genel değerlendirme puan ortalaması ise 7,87 (GA: 7,67-8,06) çıkmıştır. Litaretürde yapılan diğer çalışmalar 5'li puanlama üzerinden yapılmıştır. Kanada ve Japonya'da yürütülen ortalama puanlar 3,23 ila 3,25 arasında değişmiştir. Taşcı ve ark. Yaptığı çalışmada ise ortalama puan literatürle uyumlu olarak 3,2 olarak bulunmuştur (Cruess ve ark., 2006; Tasci ve ark., 2023; Tsugawa ve ark., 2009).

Literatürde ve bu tez çalışmasında, Mini-CEX ve P-MEX ile ilgili ortaya çıkan bu bulgular dikkate alındığında, genel olarak Mini-CEX ve P-MEX'in ve daha özelde bu tez için düzenlenen iki aracının hasta-hekim görüşmesi sırasında öğrenenlerin sergilediği performansları değerlendirmek için psikometrik açıdan uygun araçlar olduğunu görülmektedir. Araçların psikometrik niteliklerindeki bu uygunluk tartışma üçüncü bölümünde ele alınacak bulguları ve yapılacak tartışmayı güçlendirir niteliktedir. Bu zeminde, aşağıda tartışmanın son bölümünde klinik dönem öğrencilerinin duygusal nitelikleri ile Mini-CEX ve P-MEX ile yapılan performans değerlendirme puanları arasındaki ilişki ele alınmıştır.

7.2. Klinik Dönem Öğrenenlerinin Duygusal Nitelikleri İle Mini-Cex Ve P-Mex İle Yapılan Performans Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Bu başlık altında öncelikle öğrenenlerin duygu düzeyleri ile, sonrasında ise DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki ele alınmıştır. Bu şekilde öğrenenlerin hasta hekim görüşmesinde sergiledikleri performanslar hem bilişsel ve mesleki/teknik hem de profesyonelliğe yönelik yeterlikler üzerinden değerlendirilerek, bu yeterliklerin duygularla ilişkisi incelenmiştir.

7.3. Klinik Dönem Öğrencilerinin Duygu Düzeyleri ile Mini-Cex ve P-Mex ile Yapılan Performans Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki

Tıp öğrencilerinin duyguları ve duygusal deneyimleri, tıp eğitimi sürecinin karmaşıklığı ve zorlukları nedeniyle oldukça önemli bir konudur. Tıp eğitimi, yoğun öğrenme, klinik deneyimler, hastalarla çalışma ve stresli durumlar gibi faktörlerle doludur. Bu süreçte tıp öğrencileri yapıcı veya yıkıcı çeşitli duygusal deneyimler yaşamaktadırlar. Yoğun ders programları, sınavlar, klinik rotasyonlar ve uzun çalışma saatleri tıp öğrencilerinin stres ve baskı hissetmelerine neden olabilmektedir. Yine klinikte hastalarla çalışırken, tıp öğrencileri hastaların duygusal deneyimleri ve zorlukları ile karşı karşıya gelebilmekte, bu deneyimlere empati ile yaklaşmaları beklenmektedir. Tüm bunlar, özellikle incelikli olarak farkedilmez,

ifade edilmez ve uygun bir şekilde yönetilemezse tıp öğrencilerinde ciddi duygusal yüklere neden olabilmektedir. O yüzden, klinik eğitim başta olmka üzere, öğrenenlerin eğitim süreçlerindeki duygusal deneyimlerini, pozitif ve negatif duygu düzeylerini belirlemek oldukça önemlidir. Bu farklı duygular farklı işlevlere hizmet eder ve genellikle öğrenme üzerinde zıt etkilere sahiptir. Fredrickson'a (2001) göre kaygı ve can sıkıntısı gibi negatif duygular öğrenen deneyimini kısıtlıyor, dayanıklılığı azaltıyor ve odağı daraltıyor. Öte yandan keyif gibi pozitif duygular ise deneyimi genişletir, geleceğin duygusal ve bilişsel yapısını oluşturur ve öğrencinin dayanıklılığını artırır. Tartışmanın ilk bölümünde bu yöndeki araştırmalar, bu tez çalışmasında ortaya çıkan durumla birlikte ele alınarak tartışılmıştır. Bu bölümde tartışma öğrenenlerin duygu düzeyleriyle performans puanları arasındaki ilişki ile sınırlandırılmıştır.

Öncelikle, beklendiği üzere, yapılan analizlerde Mini-CEX toplam puan ortalamaları ile P-MEX alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü çok güçlü korelasyon saptanmıştır. Mini-CEX ve P-MEX puan ortlamaları arasındaki pozitif yönlü çok güçlü korelasyon bize, öğrencilerin klinik becerilerinin ve profesyonelliğe yönelik değerlendirmelerinin birbiriyle ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Araştırmalar, klinik beceri öğretimlerinin öğrencilerin profesyonellik davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir (Yamani ve ark., 2010) ve erken klinik deneyimlerin öğrencilerin profesyonellik davranış algılarını şekillendirebileceğini belirtmektedir (Michalec ve ark., 2022). Bu noktada, Tsoumas ve arkadaşları (Tsoumas ve ark., 2007), profesyonelliğe yönelik tutum ve davranış gelişimini sağlıkla ilgili eğitimlere entegre etmek için bir eğitim programı modeli önerirken; Randolph (2003), bu yöndeki gelişimin öğrenciler için önemini tartışmaktadır. Genel olarak, makaleler, klinik becerilerin ve profesyonelliğe yönelik tutum ve davranışların yakından ilişkili olduğunu ve profesyonelliğe yönelik yeterliklerin bilinçli bir şekilde geliştirilmesinin tıp eğitiminde hem eğiticilere hem de öğrencilere fayda sağlayabileceğini önermektedir.

Literatürde, tıp eğitiminde öğrenenlerin duyguları ile klinik ortamlarda sergiledikleri performansları arasındaki ilişkiyi çalışan herhangi bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bu bulgular, bu yönde litaretüre sağlanan ilk bulgulardır.

Bulgular kısmında sunulduğu gibi bu çalışmada, ilk olarak ikinci araştırma problemi doğrultsunda, öğrencilerin pozitif ve negatif duygu düzeyleri ortalama puanları ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları performans puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir. Senthilnathan (Senthilnathan, 2019), sosyal bilim çalışmalarında korelasyon değerlerini yorumlamak için bulunduğu öneride, korelasyon katsayısının 0,20 ve düşük olduğu değeri zayıf, 0,20'den yüksek

0,35'den küçük değer aralığını "zayıf ama dikkate alınması gereken", 0,35 ve üzerini ile 0,50 küçük değer aralığını "kabul edilebilir-orta", 0,50 ve üzeri ile 0,70 küçük puan aralığını "güçlü" ve 0,70 ve üzerini "çok güçlü" ilişki olarak tanımlamıştır. Buna göre, öğrenenlerin pozitif duygu puan ortalaması ile Mini-CEX ve P-MEX'in dört alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişkiler pozitif yönde "zayıf ama dikkate alınması gereken" değerde bulunmuştur. Yine öğrenenlerin negatif duygu puan ortalaması ile Mini-CEX toplam puan ortalaması arasındaki korelasyon pozitif yönlü zayıf ama dikkate alınması gereken ilişki şeklinde bulunurken; negatif duygu puan ortalaması ile P-MEX dört alt boyutu puan ortalamaları arasındaki ilişkiler pozitif yönlü zayıf ilişki olarak saptanmıştır.

"Pozitif duygu puanı ortalaması" ve Mini-CEX ve P-MEX alt boyut puan ortalamaları arasındaki bu pozitif yönlü dikkate alınması gereken bu korelasyon, iki değişken arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü göstermektedir. Pozitif korelasyon, bir değişken arttığında diğerinin de arttığını gösteren bir ikişkidir. Daha yüksek pozitif duygu puanı ortalamalarına sahip olan tıp öğrencilerinin, hem Mini-CEX hem de P-MEX'de daha yüksek puanlar aldığını gösteren bu durumu birkaç şekilde yorumlamak mümkündür. Pozitif duygular, empati ve genel olarak olumlu bir tutumu beraberinde getirebilmektedir. Bundan dolayı daha pozitif duygulara sahip olan öğrenciler, klinik beceriler ve profesyonelliğe yönelik becerilerde daha iyi performans gösterebilir. Pozitif duygulara sahip olmak, hastalarla daha iyi ilişkiler kurmayı, daha etkin iletişimi, onların ihtiyaçlarını daha iyi anlamayı ve profesyonelliğe yönelik tutum ve davranışlarda daha iyi performans sergilemeyi sağlayabilir. Duygusal olarak iyi bir ruh hali, etkin iletişimin anahtarı olarak görülebilir. Daha pozitif bir duygu durumuna sahip olmak, öğrencilerin daha açık, anlayışlı ve etkili bir iletişim kurmalarına yardımcı olabilir. Yüksek pozitif duygu puanları, öğrencilerin motivasyonunu artırmış ve profesyonelliğe daha uygun olan bir hasta-hekim etkileşimi için çaba göstermelerine neden olmuş olabilir. Olumlu bir duygu durumu, öğrencilerin hastaları daha iyi anlamalarına ve onların duygusal durumlarına daha fazla duyarlılık göstermelerine yardımcı olmuş olabilir. Bu da hasta hekim görüşmesinin kalitesini artırabilir. Bu pozitif yönlü korelasyon bulguları, tıp eğitiminde duygusal durumun, etkin etkileşimin, iletişim becerileri ve profesyonelliğe yönelik becerilerin birbiriyle nasıl ilişkili olduğunu gösteriyor olabilir. Bu bulgu kullanarak tıp öğrencilerinin daha iyi iletişim becerilerine sahip olmalarını ve hastalarla daha iyi ilişkiler kurmalarını teşvik etmek için duygulara ilişkin eğitim ve destek programları geliştirilebilir. Ancak bu tartışmayı ilerletebilmek için bu yönde yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. Zira bu bulgular, literatürde bu yöndeki ilk bulgular olduğu için bir karşılaştırma ve tartışmayı açma ve daha bir kanıta dayalı ilerleme imkânı çok da mümkün olamamaktadır.

7.3.1. Klinik dönem öğrencilerinin duygusal taneciklik düzeyleri ile Mini-CEX ve P-MEX ile yapılan performans değerlendirmeleri arasındaki ilişki

Bu tezin üçüncü araştırma problemi, klinik dönem tıp öğrencilerin DTD'leri ile Mini-CEX ve P-MEX'ten aldıkları performans puanları arasında nasıl bir ilişkinin olduğunun ortaya konmasıdır. Tıp eğitiminde, öğrenenlerin duygusal taneciklik düzeylerini inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır ve bu açıdan elde edilen bulgular bu konuda ilk bulgular olma özelliğini taşımaktadır.

Yapılan analizlerde öğrenenlerin negatif ve pozitif DTD'leri ile Mini-CEX toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon bulunmuştur. Benzer durum, pozitif yönlü zayıf ilişki, pozitif DTD ile P-MEX'in dört alt boyut puan ortalamaları arasında da geçerlidir. Öğrenenlerin negatif DTD ile P-MEX'in Hasta-Hekim Etkileşimi alt boyut puan ortalaması arasındaki ilişkide poiztif yönlü ve zayıf çıkarken; diğer üç alt boyutu (Reflektif deneyim ve beceriler, Meslekleraras ilişkiler ve Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma) ve puan ortalamaları arasında ilişki "zayıf ama kabul edilmesi gereken" ilişki olarak belirlenmiştir.

Duygusal taneciklik düzeyi, öğrencilerin duygusal deneyimleri ne kadar incelikli olarak ifade ettiklerini ve dolaylı olarak, duygusal deneyimlerini ve bu sırada yaşadıkları zorlukları yönetme yeteneklerini ifade eder. Genel olarak bu bulgular, duygusal taneciklik düzeylerinin öğrenenlerin hasta hekim görümesi sırasında sergiledikleri performans arasında önemli bir ilişki olmadığını göstermektedir. Öğrenenlerin pozitif veya negatif DTD'lerinin düşük veya yüksek olması sergiledikleri performans düzeyi ile ilişkili değildir. Poziti yönlü ilişkinin sadece negatif DTD ile P MEX - Profesyonelliğe Sığmayan Davranışlardan Kaçınma alt boyutunda biraz daha güçlü çıkmış olması (r=0.314), yüksek negatif duygusal tanecikliğe sahip olan öğrenenlerin, profesyonellikle uyumsuz davranışlardan kaçınmada daha iyi bir beceri gösterme eğiliminde olabileçeğine işaret ediyor olabilir. Ancak literatürde bu yönde araştırmalar olmaması, bu noktada tartışmayı ilerletmeyi mümkün kılmamaktadır. Bu konuyle ilgili durumun tartışılabilmeisi için yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Bu ilişkiler, üniversinin türü, eğitim dönemi ve cinsiyete göre ayrı ayrı çalışıldığında ise tablonun şu şekilde değiştiği görülmektedir. Sadece devlet tıp fakültesinde okuyan öğrenenler dikkate alındığında, pozitif DTD ile Mini-CEX ve P-MEX puan ortalamaları arasındaki zayıf ilişkinin "zayıf ama kabul edilmesi gereken" ilişkiye yükseldiği görülmüştür. Negatif DTD ile P-MEX'in ilk üç boyutundaki ilişkinin gücü aynı kalırken, profesyonelik dışı davranışlardan sakınma alt boyutu ile olan ilişkinin gücü "kabul edilebilir – orta düzeyde" bir ilişkiye çıkmıştır. Vakıf üniversitesi tıp fakültesinde okuyan öğrenenlerde pozitif DTD ile Mini-CEX ve P-

MEX'in iki alt boyutunda (HHE, RDB) "zayıf ama dikkate alınması gereken" negatif yönlü ilişkiye doğru kaymıştır. Sadece Faz 2 eğitim döneminde okuyan öğrenenler dikkate alındığında pozitif DTD ile P-MEX'in iki alt boyutu (MAİ ve PSDS) puan ortalamaları arasındaki ilişkiler "zayıf"tan "zayıf ama kabul edilmesi gereken"e; negatif DTD ile Mini-CEX ve P MEX – HHE arasındaki ilişkiler "zayıf"tan "zayıf ama kabul edilmesi gereken"e, negatif DTD ile P-MEX iki alt boyutu (RDB ve PSDS) arasındaki ilişkiler ise "zayıf ama kabul edilmesi gereken"den "kabul edilebilir – orta" düzeye çıktığı görülmüştür. Faz 3'te okuyan öğrenenlerinde ilişkilerin yönü çoğu yerde negatife doğru kaymış hatta pozitif DTD ile P MEX-PSDS, negatif DTD ile P MEX'in iki boyutu (HHE ve RDB) arasındaki ilişkilerin güçü "zayıf ama dikkate alınması gereken" değerde bulunmuştur. Yine kadın öğrenenlerde pozitif DTD ile Mini-CEX (zayıf ama dikkate alınması gereken) ve P-MEX (zayıf) arasındaki ilişkiler negatif yöne kayarken; erkek öğrenenlerde pozitif DTD ile Mini-CEX ve P-MEX arasındaki ilişkiler "zayıf"tan "kabul edilebilir – orta" düzeye; negatif DTD ile Mini-CEX arasaındaki ilişki "zayıf"tan "zayıf ama dikkate alınması gereken"e, P MEX – PSDS arasındaki ilişki "zayıf ama dikkate alınması gereken"den "kabul edilebilir – orta" düzeye çıkmıştır.

Literatürde bu yönde bir araştırmaya rastlanılmadığı için bulgularla ortaya çıkan bu nisbeten gürültülü tabloyu, diğer araştırmalarının bulgularıyla karşılaştırma ve ortaya çıkan durumla ilgili tartışmayı netleştirerek yürütme şansı bulunmamaktadır. Ancak bulgular kendi içinde değerlendirildiği şu yönde açıklamalar ve spekülasyonlara gitmek mümkündür.

Vakıf üniversitesi tıp fakültesinde okuyanlara göre devlet üniversitesi tıp fakültesinde okuyan öğrenenlerin hem pozitif hem de negatif DTD ile hasta hekim görüşme performansları arasındaki pozitif yönlü daha güçlü ilişki bir yönüyle aldıkları eğitim parogramınınn kapsamındaki diğer yönüyle klinik deneyimlerindeki ve klinik eğitim ortamındaki farklıklarla açıklanabilir. Devlet tıp fakültesindeki öğrenenlerin Mini-CEX ve P-MEX kullanılarak değerlendirilen beceriler için daha zengin eğitim ve klinik deneyimler yaşamış olmalarına bağlı olabilir. Çünkü araştırmanın yapıldığı devlet tıp fakültesinin eğitim programında profesyonelliğe ilişkin program daha güçlüdür. Yine buradaki öğrenenlerin klinik eğitim döneminde hasta ile karşılaşmalarının ve klinik deneyimlerinin daha zengin olduğu ileri sürülebilir.

Faz 2 (yıl 4 ve yıl 5) ile Faz 3 (yıl 6, intörnlük) eğitim dönemi öğrenenleri arasındaki, Faz 2'te devam eden öğrenenler lehine olan pozitif yönlü daha güçlü ilişkiye yönelik yapılabilecek ilk açıklama klinik eğitim yıllarıyla birlikte öğrenenlerde duygusal deneyimleri ve düzeylerinde yaşanan kapanma ve zayıflama ile açıklanabilir. İntörnlük dönemiyle birlikte öğrenenler

kliniğin içine daha fazla girmekte, hekim gibi çalışmakta, hastalar, yakınları ve sağlık çalışanlarıyla duygusal olan da dahil olmak üzere daha yoğun deneyimler yaşamakta ve bu süreçlerde bocalamalar yaşamaktadırlar. Bu durum öğrenenlerde, bir kısmı olumlu olmayan, bir dizi duygusal cevabın ortaya çıkması ile sonuçlanmaktdır. Literatüre bakıldığında bu yöndeki etkilerden birisi empati ile ilişkilidir. Öğrenenlerin klinik rotasyonlara yeni başladıkları yıllarda hastalara karşı daha empatik olabildikleri; tıp eğitiminde empatinin yıllar içinde zamanla azalabildiği yönünde bulgular bulunmaktadır. Colliver (Colliver ve ark., 2010), kanıtların tıp eğitimi sürecinde empatinin azaldığı sonucunu desteklemediği ileri sürmektedir. Hojat ve arkadaşları (2004), tıp öğrencilerinin tıp fakültesini ilerledikçe daha alaycı hale geldiğini, bu durumun empatide bir azalmaya neden olabileceğini rapor etmiştir. Neumann (2011), tıp fakültesi ve uzmanlık dönemi boyunca empatinin azaldığını ve bu durumun profesyonellik hedefine ulaşmayı zayıflattığını ve sağlık hizmeti kalitesini tehlikeye atabileceğini rapor etmiştir. Diğer taraftan Costa ve arkadaşları (Costa ve ark., 2013), tıp öğrencilerinin empati puanlarının zaman içinde azalmadığını bulmuştur . Bu çalışmalar, eğitim süreçlerinin, klinik uygulama aşaması, "örtük", ve "planlı" eğitim programı ile öğrenmeleriyle neden olduğu sıkıntıların empati azalmasının temel nedenleri olduğunu öne sürmektedir. Ancak empati de dahil bu yönde yaşanan değişimleri açıklayabilmek için, katkıda bulunan faktörleri araştırmak ve dolayısı ile profesyonellik ile ilgili özdeğerlendirme yöntemlerinin geçerliliğini artırmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmalarla, fakültelerin, eğitim programlarının, klinik eğitim ortamlarının ve veri toplamada kullanılan araçların farklıklaşması ve zenginleşmesi mümkün olacak, konuyla ilgili sınırlı kanıt artmış olacaktır. Nitekim bu bulgular, aynı zamanda bu araştırmada kullanılan hem DTD'nin hem de klinik performansını değerlendiren araçların yapısı ve kapsamı ile sınırlıdır ve bu nedenlerle öğrenenlerin duygusal nitelikleriyle perfromansları arasındaki ilişki yeterince yansıtılmamış olabilir.

Benzer gerekçelerle erkek öğrenenlerle kadın öğrenenler arasındaki, erkeklerin lehine olan pozitif yönlü daha güçlü ilişkiye yönelik tartışmayı da ilerletmekte kolay gözükmektedir. Öncelikle, cinsiyetin duygusal deneyimler ve puanlar arasındaki ilişkiye nasıl etki ettiği karmaşık bir konudur ve bu sonuçlar farklı faktörleri yansıtabilir. Öğrenenlerin duygusal deneyimlerinin, klinik performans ve profesyonellikle nasıl etkileşime girdiğini anlamak için daha ayrıntılı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Örneğin, her ne kadar araştırmanın kapsamı farklı olsa da, bir çalışmada, bu tez çalışmasında elde edilen erkekler yönündeki duygusal niteliklere ilişkin bulguların tam tersi bir tablo ortaya

çıkmıştır. Cartwright (1972) yapmış olduğu bir çalışmada California Psikolojik Envanterinin sonuçlarına göre, kadın tıp öğrencilerinin kendilerini duyguları ve duyguları ifade etme konusunda erkeklerden daha istekli gördükleri bulunmuştur. Ayrıca kadın öğrencinlerin kendilerini hedeflerine tamamen bağlı ve nispeten onlardan memnun görme olasılığı erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır. Sorumluluk, sosyalleşme ve hoşgörüyü derecelendiren ölçeklerinde ve başarıyı ölçen üç ölçekten ikisinde kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almışlardır. Her iki testin sonuçları, kadın tıp öğrencilerinin erkek tıp öğrencilerine göre ilişki değerlerine daha fazla duyarlılık gösterme, duyguları daha genel olarak kabul etme ve ahlaki ve etik konularda daha fazla değer verme eğiliminde oldukları inancını doğrulamıştır (Cartwright, 1972).

Sonuç olarak, bu bulgular, öğrenenlerin duygusal nitelikleri ile hasta-hekim görüşmesi sırasında sergiledikleri performansları arasındaki ilişki anlamında önemlidir. Ancak, literatürde bu yönde çok sınırlı bulgu olduğundan durumu net olarak ele almak şimdilik mümkün olmamaktadır. Kültür de dahil olmak üzere farklı bağlamlarda farklı araştırıma problemeleri, desenler ve veri toplam araçlarıyla konunun detaylıca araştırılmasına gerek vardır. Bu tür araştırmalar, tıp eğitimi programlarının öğrencilerin hem duygusal sağlığını hem de profesyonellik becerilerini nasıl destekleyebileceğini anlamak için oldukça değerli olacaktır.

7.4. Kısıtlılıklar

Klinik eğitim süreçlerinde, hasta-hekim görüşmelerinde ortaya çıkan duygular, bu duyguların ne kadar incelikli bir şekilde farkına varıldığı, yönetildiği ve duygusal deneyiminin inceliklilik durumun öğrencilerin hasta-hekim görüşme performanslarıyla ilişkisini ortaya koymayı amaçlayanbu tez çalışması, öncelikle veri toplamak için kullanılan araçların yapısı, kapsamı ve boyutlarıyla sınırlıdır. İkinci olarak, uygulamanın yapıldığı iki tıp fakültesinin eğitim programları ile klinik eğitim ortamları ortaya çıkan bulgularda belirleyici olmuştur. Son olarak, bu konuya spesifik tıp eğitimi literetüründe bir çalışma olmaması bulguları yorumlamayı ve tartışması zorlaştırmıştır. Bundan dolayı, konuyla ilgili, farklı tıp fakültelerinde, klinik öncesi ve klinik eğitim dönemi öğrencileriyle yapılacak benzer çalışmalarla, duygusal taneciklik konusunun kanıta dayalı olarak daha açık bir şekilde ortaya konulmasında yarar vardır.

Bu sonuçları tartışırken dikkate almanız gereken bazı noktalar vardır. Bunlardan ilki kullanılan ölçüm araçlarıdır. Kullanılan ölçüm araçları ve bu araçların duygusal deneyimleri veya klinik performansı ne kadar yansıttığı önemlidir. Sonuçta ölçüm araçları ve bu ölçümleri yapan kişiler arasındaki farklar sonuçları etkileyebilmektedir. İkinci konu öğrenci profilidir. Devlet ve vakıf veya Faz 2 ve Faz 3 öğrencileri arasındaki farklı özellikler veya deneyimler sonuçları etkileyebilir. Öğrencilerin yaş, deneyim seviyesi, karşılaştıkları eğitim programları ve

yöntemleri gibi farklılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Sonuç olarak, bu bulguların anlamını daha iyi anlayabilmek için daha fazla araştırma yapılması gerekebilir. Her öğrenci grubu ve bağlamı farklıdır, bu nedenle sonuçları kendi bağlamı içinde değerlendirmek ve bir bağlamda ortaya çıkan bulguları genellemek önemlidir ve açıklama, yorumlama ve genellemelerde dikkatli olmayı gerektirir.

7.5. Sonuç ve Öneriler

Bu tez çalışmasında, klinik dönem öğrencilerin negative ve pozitif duygusal düzeyleri ile negative ve pozitif DTD'leri ortaya konmuş; sonrasında bu nitelikleri ile hasta-hekim görümesi sırasındaki performansları klinik ve profesyonelliğe yönelik yeterlikleri üzerinden ilişkilendirilmiştir. Klinik eğitim dönemi gerek egitim gerekse klinik deneyimlerle ilişki yoğun süreçlerdir. Bu süreç ve deneyimlerde önemli bir bileşen duygular ve duygusal deneyimlerdir. Ancak eğitim süreçlerinde duygusal deneyimler ve duygular yeterince dikkate alınmamakta, bu yönde yeterli araştırma yapılmamaktadır. Genel de duygusal deneyimeler daha özelde öğrenenlerin ve ğiticlein DTD'leri ile ilişkili nicel ve nitel desenli araştırmaların yapılması çok önemlidir. Bu tür araştırmalardan elde edilecek kanıtlarla eğitim süreçlerine bu yönde yapılacak müdahaleler yaşanan klinik eğitim deneyimleri hem klinik hem de profesyonelliğe yönelik boyutlarıyla daha etkin ve insanı kılabilecektir. Bu yönde sıralanabilecek somut önerilerden bazıları şunlardır:

Öğrenenlerin, eğiticilerin ve sağlık çalışanlarını duygusal deneyimleri, ve nitelikleri ile bu deneyimlerin içinde yaşandığı duygusal ortamı/iklimi ortaya koyacak nitel ve nicel araştırmaların artırılması önemelidir. Bu şekilde tıp öğrencilerinin duygusal sağlığı ve iyi oluşu, hem bireysel refahları hem de hastalarına en iyi şekilde hizmet verebilmeleri açısından desteklenmiş olacaktır. Üniversiteler öğrencilerine duygusal destek verebilecekleri kaynaklar ve programlar sunabileceklerdir. Bu destek, danışmanlık hizmetleri, duygusal zorluklarla başa çıkmayı öğreten atölyeler veya öğrenci destek grupları gibi çeşitli şekillerde olabilir. Diğer bir nokta, bu araştırmalardan elde edilecek kanıtlarla klinik öncesi ve klinik eğitim programlarının duygulara ve profesyonelliğe ilişkin bileşenlerinin güşlendirilmesi olacaktır. Eğitim programlarında bu yönde yapılacak iyileştirmlerle tıp öğrencilerinin, duygusal deneyimleri(ni) anlamak, duygusal taneciklik düzeylerini artırmak, yönetmek ve gerekirse destek almak için yeterli becerileri geliştirebilmeleri mümkün olacaktır. Öğrenelerin duygusal ihtiyaçlarına dikkat etmek, hem tıp eğitimi sürecini daha sağlıklı bir şekilde geçirmelerine hem de gelecekteki tıp kariyerlerinde daha iyi bir hasta bakımı sağlamalarına yardımcı olacaktır.

8. KAYNAKLAR

Ajjawi, R., Olson, R. E., & McNaughton, N. (2022). Emotion as reflexive practice: A new discourse for feedback practice and research. *Med Educ, 56*(5), 480-488. doi:10.1111/medu.14700

Aldao, A. (2013). The Future of Emotion Regulation Research: Capturing Context. *Perspect Psychol Sci, 8*(2), 155-172. doi:10.1177/1745691612459518

Ali, R. a. A., M.S. . (2009). The Impact of Reward and Recognition Programs on Employee's Motivation and Satisfaction: An Empirical Study. *International Review of Business Research Papers, 5*, 270-279.

Alves de Lima, A., Henquin, R., Thierer, J., Paulin, J., Lamari, S., Belcastro, F., & Van der Vleuten, C. P. (2005). A qualitative study of the impact on learning of the mini clinical evaluation exercise in postgraduate training. *Med Teach, 27*(1), 46-52. doi:10.1080/01421590400013529

Anālayo, B. (2018). Why Be Mindful of Feelings? *Contemporary Buddhism, 19*(1), 47-53. doi:10.1080/14639947.2018.1450958

Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (1986). *Manual for a Multidimensional Psychopathology Indicator (Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator)*: Lisse: Swets & Zeitlinger.

B., A. (2003). *Satipaṭṭhāna: The Direct Path to Realization*: United Kingdom: Windhorse Publications.

Baron-Cohen, S., Golan, O., Wheelwright, S., Granader, Y., & Hill, J. (2010). Emotion word comprehension from 4 to 16 years old: a developmental survey. *Front Evol Neurosci, 2*, 109. doi:10.3389/fnevo.2010.00109

Barrett, L. F. (1998). Discrete emotions or dimensions? The role of valence focus and arousal focus. *Cognition & Emotion, 12*(4), 579-599. doi:Doi 10.1080/026999398379574

Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Pers Soc Psychol Rev, 10*(1), 20-46. doi:10.1207/s15327957pspr1001_2

Barrett, L. F. (2013). Psychological Construction: The Darwinian Approach to the Science of Emotion. *Emotion Review, 5*(4), 379-389. doi:10.1177/1754073913489753

Barrett, L. F. (2017). The theory of constructed emotion: an active inference account of interoception and categorization. *Soc Cogn Affect Neurosci, 12*(1), 1-23. doi:10.1093/scan/nsw154

Barrett, L. F., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion, 15*(6), 713-724. doi:Doi 10.1080/02699930143000239

Barrett , R. (2015). *The psychological construction of emotion*. New York, NY, US: The Guilford Press.

Batenburg, V., & Smal, J. A. (2009). Does a communication course influence medical students' attitudes? *Medical teacher, 19*(4), 263-269. doi:10.3109/01421599709034203

Berendonk, C., Rogausch, A., Gemperli, A., & Himmel, W. (2018). Variability and dimensionality of students' and supervisors' mini-CEX scores in undergraduate medical clerkships - a multilevel factor analysis. *BMC Med Educ, 18*(1), 100. doi:10.1186/s12909-018-1207-1

Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *J Am Board Fam Med, 24*(3), 229-239. doi:10.3122/jabfm.2011.03.100170

Boddice, R. (2017). *Duygular Tarihi* (1st ed.): Manchester University Press.

Boden, M. T., Thompson, R. J., Dizen, M., Berenbaum, H., & Baker, J. P. (2013). Are emotional clarity and emotion differentiation related? *Cogn Emot, 27*(6), 961-978. doi:10.1080/02699931.2012.751899

Boekaerts, M. (2007). Understanding Students' Affective Processes in the Classroom. In *Emotion in Education* (pp. 37-56). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.

Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspect Psychol Sci, 8*(6), 591-612. doi:10.1177/1745691613504116

Briere, R. (2001). Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. In *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington (DC): National Academies Press (US)

Copyright 2001 by the National Academy of Sciences. All rights reserved.

Britten, N., Stevenson, F. A., Barry, C. A., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *Bmj, 320*(7233), 484-488. doi:10.1136/bmj.320.7233.484

Büyüköztürk, Ş. (2008). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Cartwright, L. K. (1972). Personality differences in male and female medical students. *Psychiatry Med, 3*(3), 213-218. doi:10.2190/u450-6nhc-mjle-hjw6

Castanelli, D. J., Jowsey, T., Chen, Y., & Weller, J. M. (2016). Perceptions of purpose, value, and process of the mini-Clinical Evaluation Exercise in anesthesia training. *Can J Anaesth, 63*(12), 1345-1356. doi:10.1007/s12630-016-0740-9

Cherry, M. G., Fletcher, I., O'sullivan, H., & Shaw, N. (2012). What impact do structured educational sessions to increase emotional intelligence have on medical students? BEME Guide No. 17. *Medical teacher, 34*(1), 11-19.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *J Consult Clin Psychol, 70*(1), 6-20. doi:10.1037//0022-006x.70.1.6

Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (2000). The past as prologue to the future: the times, they've been a-changin'. *Dev Psychopathol, 12*(3), 255-264. doi:10.1017/s0954579400003011

Clark, L. A., & Watson, D. (1988). Mood and the mundane: relations between daily life events and self-reported mood. *J Pers Soc Psychol, 54*(2), 296-308. doi:10.1037//0022-3514.54.2.296

Cleveland-Innes, M., & Campbell, P. (2012). Emotional Presence, Learning, and the Online Learning Environment. *International Review of Research in Open and Distributed Learning, 13*(4), 269-292. doi:DOI 10.19173/irrodl.v13i4.1234

Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research. *Acad Med, 85*(4), 588-593. doi:10.1097/ACM.0b013e3181d281dc

Confer, J. C., Easton, J. A., Fleischman, D. S., Goetz, C. D., Lewis, D. M., Perilloux, C., & Buss, D. M. (2010). Evolutionary psychology. Controversies, questions, prospects, and limitations. *Am Psychol, 65*(2), 110-126. doi:10.1037/a0018413

Consorti, F., Notarangelo, M., Potasso, L., & Toscano, E. (2012). Developing professionalism in Italian medical students: an educational framework. *Adv Med Educ Pract, 3*, 55-60. doi:10.2147/AMEP.S31228

Cook, D. A., & Beckman, T. J. (2009). Does scale length matter? A comparison of nine- versus five-point rating scales for the mini-CEX. *Adv Health Sci Educ Theory Pract, 14*(5), 655-664. doi:10.1007/s10459-008-9147-x

Costa, P., Magalhaes, E., & Costa, M. J. (2013). A latent growth model suggests that empathy of medical students does not decline over time. *Adv Health Sci Educ Theory Pract, 18*(3), 509-522. doi:10.1007/s10459-012-9390-z

Croskerry, P., Abbass, A. A., & Wu, A. W. (2008). How doctors feel: affective issues in patients' safety. *Lancet, 372*(9645), 1205-1206. doi:Doi 10.1016/S0140-6736(08)61500-7

Cruess, R., McIlroy, J. H., Cruess, S., Ginsburg, S., & Steinert, Y. (2006). The Professionalism Mini-evaluation Exercise: a preliminary investigation. *Acad Med, 81*(10 Suppl), S74-78. doi:10.1097/00001888-200610001-00019

Csikszentmihalyi, M., & Larson, R. (1987). Validity and reliability of the Experience-Sampling Method. *J Nerv Ment Dis, 175*(9), 526-536. doi:10.1097/00005053-198709000-00004

Çelik, H. E. v. Y., V. . (2013). *LISREL 9.1 ile Yapısal Eşitlik Modellemesi, Temel Kavramlar – Uygulamalar – Programlama*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Çerçeve Eğitim Programı- 2015 II. Versiyon. (2015). Retrieved from https://dosya.marmara.edu.tr/tip/E%C4%9Fitim/Mezuniyet%C3%B6ncesi/Mezuniyet_ncesi_T_p_E_itimi_er_eve_E_itim_Program_v_II.pdf

Decker, M. L., Turk, C. L., Hess, B., & Murray, C. E. (2008). Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord, 22*(3), 485-494. doi:10.1016/j.janxdis.2007.04.002

Demiralp, E., Thompson, R. J., Mata, J., Jaeggi, S. M., Buschkuehl, M., Barrett, L. F., . . . Jonides, J. (2012). Feeling blue or turquoise? Emotional differentiation in major depressive disorder. *Psychol Sci, 23*(11), 1410-1416. doi:10.1177/0956797612444903

Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., Weiss, N. H., & Rosenthal, M. Z. (2014). A Preliminary Examination of the Role of Emotion Differentiation in the Relationship between Borderline Personality and Urges for Maladaptive Behaviors. *J Psychopathol Behav Assess, 36*(4), 616-625. doi:10.1007/s10862-014-9423-4

Dornan, T., Pearson, E., Carson, P., Helmich, E., & Bundy, C. (2015). Emotions and identity in the figured world of becoming a doctor. *Med Educ, 49*(2), 174-185. doi:10.1111/medu.12587

Dumontheil, I., Houlton, R., Christoff, K., & Blakemore, S. J. (2010). Development of relational reasoning during adolescence. *Dev Sci, 13*(6), F15-24. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.01014.x

Ekman, P. (1999). *Basic emotions*: Sussex: John Wiley & Sons.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *Jama, 267*(16), 2221-2226. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799

Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med, 3*(5), 415-421. doi:10.1370/afm.348

Erbas, Y., Ceulemans, E., Boonen, J., Noens, I., & Kuppens, P. (2013). Emotion differentiation in autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 7*(10), 1221-1227. doi:10.1016/j.rasd.2013.07.007

Erbas, Y., Ceulemans, E., Kalokerinos, E. K., Houben, M., Koval, P., Pe, M. L., & Kuppens, P. (2018). Why I don't always know what I'm feeling: The role of stress in within-person fluctuations in emotion differentiation. *J Pers Soc Psychol, 115*(2), 179-191. doi:10.1037/pspa0000126

Erbas, Y., Ceulemans, E., Koval, P., & Kuppens, P. (2015). The role of valence focus and appraisal overlap in emotion differentiation. *Emotion, 15*(3), 373-382. doi:10.1037/emo0000039

Erbas, Y., Ceulemans, E., Lee Pe, M., Koval, P., & Kuppens, P. (2014). Negative emotion differentiation: its personality and well-being correlates and a comparison of different assessment methods. *Cogn Emot, 28*(7), 1196-1213. doi:10.1080/02699931.2013.875890

Fahrenberg, J., Myrtek, M., Pawlik, K., & Perrez, M. (2007). Ambulatory assessment-monitoring behavior in daily life settings - A Behavioral-Scientific challenge for psychology. *European Journal of Psychological Assessment, 23*(4), 206-213. doi:10.1027/1015-5759.23.4.206

Fernandez Galvez, G. M. (2011). [Assessment of clinical competence in a pediatric residency with the Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX)]. *Arch Argent Pediatr, 109*(4), 314-320. doi:10.5546/aap.2011.314

Fiscella, K., Meldrum, S., Franks, P., Shields, C. G., Duberstein, P., McDaniel, S. H., & Epstein, R. M. (2004). Patient trust: is it related to patient-centered behavior of primary care physicians? *Med Care, 42*(11), 1049-1055. doi:10.1097/00005650-200411000-00003

Fleischer, S., Berg, A., Zimmermann, M., Wüste, K., & Behrens, J. (2009). Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *Journal of Public Health-Heidelberg, 17*(5), 339-353. doi:10.1007/s10389-008-0238-1

Ford, B. Q., Gross, J. J., Gruber, J., & Krosch, A. R. . (2018). Affective forecasting and individual differences in emotional differentiation and reappraisal. *Emotion, 18*(4), 510-521.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Paris, France: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme.

Fritzsche, K., McDaniel, S. H., & Wirsching, M. (2019). *Psychosomatic medicine: an international guide for the primary care setting*: Springer.

Gendron, M., & Barrett, L. F. (2009). Reconstructing the Past: A Century of Ideas About Emotion in Psychology. *Emot Rev, 1*(4), 316-339. doi:10.1177/1754073909338877

Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., . . . Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: evidence of moderating and mediating effects. *Clin Psychol Rev, 26*(3), 257-283. doi:10.1016/j.cpr.2005.06.011

Gruhn, D., Lumley, M. A., Diehl, M., & Labouvie-Vief, G. (2013). Time-based indicators of emotional complexity: interrelations and correlates. *Emotion, 13*(2), 226-237. doi:10.1037/a0030363

Gupta, A., Goyal, N., Dudeja, P., & Singh, K. (2020). Medical Professionals and Patients: The Legal Relationship in India. *Medical Journal of Dr. D.Y. Patil University, 13*(1). Retrieved from https://journals.lww.com/mjdy/fulltext/2020/13010/medical_professionals_and_patients__the_legal.5.aspx

Hajek, P., Najberg, E., & Cushing, A. (2000). Medical students' concerns about communicating with patients. *Med Educ, 34*(8), 656-658. doi:10.1046/j.1365-2923.2000.00627.x

Hall, J. A., Epstein, A. M., DeCiantis, M. L., & McNeil, B. J. (1993). Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychol, 12*(2), 140-146. doi:10.1037//0278-6133.12.2.140

Hall, J. A., Roter, D. L., Blanch, D. C., & Frankel, R. M. (2009). Nonverbal sensitivity in medical students: implications for clinical interactions. *J Gen Intern Med, 24*(11), 1217-1222. doi:10.1007/s11606-009-1107-5

Hamaker, E. L., Ceulemans, E., Grasman, R. P. P. P., & Tuerlinckx, F. (2015). Modeling Affect Dynamics: State of the Art and Future Challenges. *Emotion Review, 7*(4), 316-322. doi:10.1177/1754073915590619

Hargreaves, A. (2000). Mixed emotions: teachers' perceptions of their interactions with students. *Teaching and Teacher Education, 16*(8), 811-826. doi:Doi 10.1016/S0742-051x(00)00028-7

Harter, S., & Buddin, B. J. (1987). Children's understanding of the simultaneity of two emotions: A five-stage developmental acquisition sequence. *Developmental Psychology, 23*(3), 388-399. doi:10.1037/0012-1649.23.3.388

Hatala, R., Ainslie, M., Kassen, B. O., Mackie, I., & Roberts, J. M. (2006). Assessing the mini-Clinical Evaluation Exercise in comparison to a national specialty examination. *Med Educ, 40*(10), 950-956. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02566.x

Hellin, T. (2002). The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia, 8*(3), 450-454. doi:10.1046/j.1365-2516.2002.00636.x

Helmich, E., Bolhuis, S., Dornan, T., Laan, R., & Koopmans, R. (2012). Entering medical practice for the very first time: emotional talk, meaning and identity development. *Medical education, 46*(11), 1074-1086. doi:10.1111/medu.12019

Helmich, E., Bolhuis, S., Laan, R., Dornan, T., & Koopmans, R. (2014). Medical students' emotional development in early clinical experience: a model. *Adv Health Sci Educ Theory Pract, 19*(3), 347-359. doi:10.1007/s10459-013-9477-1

Hill, F., Kendall, K., Galbraith, K., & Crossley, J. (2009). Implementing the undergraduate mini-CEX: a tailored approach at Southampton University. *Med Educ, 43*(4), 326-334. doi:10.1111/j.1365-2923.2008.03275.x

Hoemann, K., Wu, R., LoBue, V., Oakes, L. M., Xu, F., & Barrett, L. F. (2020). Developing an Understanding of Emotion Categories: Lessons from Objects. *Trends Cogn Sci, 24*(1), 39-51. doi:10.1016/j.tics.2019.10.010

Howie, J. G., Heaney, D. J., Maxwell, M., Walker, J. J., Freeman, G. K., & Rai, H. (1999). Quality at general practice consultations: cross sectional survey. *Bmj, 319*(7212), 738-743. doi:10.1136/bmj.319.7212.738

Hutcheson, G. (1999). *The Multivariate Social Scientist*. doi:10.4135/9780857028075

Isen, A. M., Rosenzweig, A. S., & Young, M. J. (1991). The influence of positive affect on clinical problem solving. *Med Decis Making, 11*(3), 221-227. doi:10.1177/0272989X9101100313

Jamieson, J. P., Crum, A. J., Goyer, J. P., Marotta, M. E., & Akinola, M. (2018). Optimizing stress responses with reappraisal and mindset interventions: an integrated model. *Anxiety Stress Coping, 31*(3), 245-261. doi:10.1080/10615806.2018.1442615

Joshi, M. K., Singh, T., & Badyal, D. K. (2017). Acceptability and feasibility of mini-clinical evaluation exercise as a formative assessment tool for workplace-based assessment for surgical postgraduate students. *J Postgrad Med, 63*(2), 100-105. doi:10.4103/0022-3859.201411

Ju, M., Hwang, J., Kim, J., & Kang, J. (2017). The Effect of Recorded Video Monitoring on Students' Self Reflection of Patient-Physician Interaction. *Korean Medical Education Review, 19*(2), 83-89. doi:10.17496/kmer.2017.19.2.83

Kalokerinos, E. K., Erbas, Y., Ceulemans, E., & Kuppens, P. (2019). Differentiate to Regulate: Low Negative Emotion Differentiation Is Associated With Ineffective Use but Not Selection of Emotion-Regulation Strategies. *Psychol Sci, 30*(6), 863-879. doi:10.1177/0956797619838763

Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware, J. E., Jr. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care, 27*(3 Suppl), S110-127. doi:10.1097/00005650-198903001-00010

Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2015). Unpacking Emotion Differentiation: Transforming Unpleasant Experience by Perceiving Distinctions in Negativity. *Current Directions in Psychological Science, 24*(1), 10-16. doi:10.1177/0963721414550708

Kashdan, T. B., Ferssizidis, P., Collins, R. L., & Muraven, M. (2010). Emotion differentiation as resilience against excessive alcohol use: an ecological momentary assessment in underage social drinkers. *Psychol Sci, 21*(9), 1341-1347. doi:10.1177/0956797610379863

Kim, M.-J. (2017). An Exploratory Study on the Meaning of'the Patient Trusts the Doctor'. *The Journal of the Korea Contents Association, 17*(6), 415-423.

Kim, M. (2009). Study on the factors influencing doctor's communication styles: individual characteristics and patient-centered trait. *Korean J Journal Commun Stud, 53*(3), 146-172.

Kimhy, D., Vakhrusheva, J., Khan, S., Chang, R. W., Hansen, M. C., Ballon, J. S., . . . Gross, J. J. (2014). Emotional granularity and social functioning in individuals with schizophrenia: an experience sampling study. *J Psychiatr Res, 53*, 141-148. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.01.020

Kirby, L. D., Tugade, M. M., Morrow, J., Ahrens, A. H., & Smith, C. A. (2014). Vive la différence: The ability to differentiate positive emotional experience and well-being. In *Handbook of positive emotions.* (pp. 241-255). New York, NY, US: The Guilford Press.

Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* New York: The Guilford Press.

Kogan, J. R., Bellini, L. M., & Shea, J. A. (2003). Feasibility, reliability, and validity of the mini-clinical evaluation exercise (mCEX) in a medicine core clerkship. *Acad Med, 78*(10 Suppl), S33-35. doi:10.1097/00001888-200310001-00011

Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., Rowley, J., & Sutherland, J. (2017). The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ, 17*(1), 255. doi:10.1186/s12909-017-1089-7

Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns, 39*(1), 49-59. doi:10.1016/s0738-3991(99)00090-7

Lagattuta, K. H., & Kramer, H. J. (2021). Advanced emotion understanding: Children's and adults' knowledge that minds generalize from prior emotional events. *Emotion, 21*(1), 1-16. doi:10.1037/emo0000694

Lama, D. (2020). *In the Mind* (J. T. Ed. Vol. 2): Compendium Selection Committee (United States: Wisdom Publications).

Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1992). Levels of emotional awareness: Implications for psychotherapeutic integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 2*(1), 1-18. doi:10.1037/h0101238

Larsen, J. T., To, Y. M., & Fireman, G. (2007). Children's understanding and experience of mixed emotions. *Psychol Sci, 18*(2), 186-191. doi:10.1111/j.1467-9280.2007.01870.x

Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and Storm and Stress in Early Adolescence - the Relationship of Negative Events with Dysphoric Affect. *Developmental Psychology, 29*(1), 130-140. doi:Doi 10.1037/0012-1649.29.1.130

Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Dev, 73*(4), 1151-1165. doi:10.1111/1467-8624.00464

Lazarus RS, F. S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.

Lee, F. J., Stewart, M., & Brown, J. B. (2008). Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Canadian family physician, 54*(2), 234-235.

Lee, J.-H., & Kim, C.-J. (2013). Effect of patient-centered communication of doctor on patient participation: focusing on moderating effect of trust. *The Journal of the Korea Contents Association, 13*(3), 278-286.

Lee, J. Y., Lindquist, K. A., & Nam, C. S. (2017). Emotional Granularity Effects on Event-Related Brain Potentials during Affective Picture Processing. *Front Hum Neurosci, 11*, 133. doi:10.3389/fnhum.2017.00133

Levinson, W., & Roter, D. (1995). Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med, 10*(7), 375-379. doi:10.1007/BF02599834

Lindquist, K. A., & Barrett, L. F. (2008). Constructing emotion: the experience of fear as a conceptual act. *Psychol Sci, 19*(9), 898-903. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02174.x

Lindquist, K. A., Satpute, A. B., & Gendron, M. (2015). Does language do more than communicate emotion? *Curr Dir Psychol Sci, 24*(2), 99-108. doi:10.1177/0963721414553440

Liu, S. H., Musekamp, G., Goyal, T. M., LeDoux, T. F., & Watkins, L. L. (2017). Emotional granularity and physiological stress responses: A preliminary investigation. *Journal of Psychosomatic Research, 103*, 87-90.

Mayer, T., & Cates, R. J. (1999). Service excellence in health care. *Jama, 282*(13), 1281-1283. doi:10.1001/jama.282.13.1281

McCabe, S. (2002). The nature of psychiatric nursing: the intersection of paradigm, evolution, and history. *Arch Psychiatr Nurs, 16*(2), 51-60. doi:10.1053/apnu.2002.32107

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., & Hilt, L. M. (2009). Emotion dysregulation as a mechanism linking peer victimization to internalizing symptoms in adolescents. *J Consult Clin Psychol, 77*(5), 894-904. doi:10.1037/a0015760

Mcleod, J. M., & Chaffee, S. H. (1973). Interpersonal Approaches to Communication Research. *American Behavioral Scientist, 16*(4), 469-499. doi:Doi 10.1177/000276427301600402

Meitar, D., Karnieli-Miller, O., & Eidelman, S. (2009). The impact of senior medical students' personal difficulties on their communication patterns in breaking bad news. *Acad Med, 84*(11), 1582-1594. doi:10.1097/ACM.0b013e3181bb2b94

Michalec, B., & Hafferty, F. W. (2022). Challenging the clinically-situated emotion-deficient version of empathy within medicine and medical education research. *Soc Theory Health, 20*(3), 306-324. doi:10.1057/s41285-021-00174-0

Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: longitudinal evidence in early adolescents and adults. *J Abnorm Psychol, 122*(2), 339-352. doi:10.1037/a0031994

Mikhail, M. E., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., & Klump, K. L. (2020). Low emotion differentiation: An affective correlate of binge eating? *Int J Eat Disord, 53*(3), 412-421. doi:10.1002/eat.23207

Morningstar, M., Venticinque, J., & Nelson, E. E. (2019). Differences in adult and adolescent listeners' ratings of valence and arousal in emotional prosody. *Cogn Emot, 33*(7), 1497-1504. doi:10.1080/02699931.2018.1561422

Ney, E. M., Shea, J. A., & Kogan, J. R. (2009). Predictive validity of the mini-Clinical Evaluation Exercise (mcex): do medical students' mCEX ratings correlate with future clinical exam performance? *Acad Med, 84*(10 Suppl), S17-20. doi:10.1097/ACM.0b013e3181b37c94

Nilchaikovit, T., Hill, J. M., & Holland, J. C. (1993). The effects of culture on illness behavior and medical care. Asian and American differences. *Gen Hosp Psychiatry, 15*(1), 41-50. doi:10.1016/0163-8343(93)90090-b

Nook, E. C. (2021). Emotion Differentiation and Youth Mental Health: Current Understanding and Open Questions. *Front Psychol, 12*, 700298. doi:10.3389/fpsyg.2021.700298

Nook, E. C., Sasse, S. F., Lambert, H. K., McLaughlin, K. A., & Somerville, L. H. (2018). The Nonlinear Development of Emotion Differentiation: Granular Emotional Experience Is Low in Adolescence. *Psychol Sci, 29*(8), 1346-1357. doi:10.1177/0956797618773357

Nook, E. C., Stavish, C. M., Sasse, S. F., Lambert, H. K., Mair, P., McLaughlin, K. A., & Somerville, L. H. (2020). Charting the development of emotion comprehension and abstraction from childhood to adulthood using observer-rated and linguistic measures. *Emotion, 20*(5), 773-792. doi:10.1037/emo0000609

Norcini, J. J., Blank, L. L., Arnold, G. K., & Kimball, H. R. (1995). The mini-CEX (clinical evaluation exercise): a preliminary investigation. *Ann Intern Med, 123*(10), 795-799. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00008

Norcini, J. J., Blank, L. L., Duffy, F. D., & Fortna, G. S. (2003). The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med, 138*(6), 476-481. doi:10.7326/0003-4819-138-6-200303180-00012

O'Toole, G. (2020). *Communication: Core Interpersonal skills for Healthcare*.

Oatley K, K. D., Jenkins JM. (2006). *Understanding Emotions* (2. ed.): Malden, Mass: Wiley-Blackwell.

Ofri, D. (2013). *What doctors feel: how emotions affect the practice of medicine*: Beacon press.

Olascoaga, A. C., & Riquelme, A. (2019). Aplicación longitudinal del Mini Clinical Examination (Mini-CEX) en médicos residentes. *Educación Médica, 20*, 25-28. doi:10.1016/j.edumed.2017.07.014

Ottenstein, C., & Lischetzke, T. (2020). Development of a Novel Method of Emotion Differentiation That Uses Open-Ended Descriptions of Momentary Affective States. *Assessment, 27*(8), 1928-1945. doi:10.1177/1073191119839138

Paravicini, I., & Peterson, C. K. (2015). Introduction, development, and evaluation of the miniclinical evaluation exercise in postgraduate education of chiropractors. *J Chiropr Educ, 29*(1), 22-28. doi:10.7899/JCE-14-14

Paro, H. B., Silveira, P. S., Perotta, B., Gannam, S., Enns, S. C., Giaxa, R. R., . . . Tempski, P. Z. (2014). Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PloS one, 9*(4), e94133.

Pekrun, R., Goetz, T., Titz, W., & Perry, R. P. (2002). Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational psychologist, 37*(2), 91-105. doi:Doi 10.1207/S15326985ep3702_4

Playford, D., Kirke, A., Maley, M., & Worthington, R. (2013). Longitudinal assessment in an undergraduate longitudinal integrated clerkship: the mini Clinical Evaluation Exercise (mCEX) profile. *Med Teach, 35*(8), e1416-1421. doi:10.3109/0142159X.2013.778392

Pond, R. S., Jr., Kashdan, T. B., DeWall, C. N., Savostyanova, A., Lambert, N. M., & Fincham, F. D. (2012). Emotion differentiation moderates aggressive tendencies in angry people: A daily diary analysis. *Emotion, 12*(2), 326-337. doi:10.1037/a0025762

Pons, F., Harris, P. L., & de Rosnay, M. (2004). Emotion comprehension between 3 and 11 years: Developmental periods and hierarchical organization. *European Journal of Developmental Psychology, 1*(2), 127-152. doi:10.1080/17405620344000022

Post, D. M. (1997). Values, stress, and coping among practicing family physicians. *Archives of family medicine, 6*(3), 252-255. doi:DOI 10.1001/archfami.6.3.252

Rhodes-Kropf, J., Carmody, S. S., Seltzer, D., Redinbaugh, E., Gadmer, N., Block, S. D., & Arnold, R. M. (2005). "This is just too awful; I just can't believe I experienced that...": medical students' reactions to their "most memorable" patient death. *Acad Med, 80*(7), 634-640. doi:10.1097/00001888-200507000-00005

Romani, M., & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine, 9*(1). doi:ARTN 23556

10.3402/ljm.v9.23556

Romeo, R. D., & McEwen, B. S. (2006). Stress and the adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci, 1094*, 202-214. doi:10.1196/annals.1376.022

Ryff, C. D., & Singer, B. (2001). *Emotion, Social Relationships, and Health*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Salovey, P., & Grewal, D. (2016). The Science of Emotional Intelligence. *Current Directions in Psychological Science, 14*(6), 281-285. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00381.x

Satterfield, J. M., & Hughes, E. (2007). Emotion skills training for medical students: a systematic review. *Med Educ, 41*(10), 935-941. doi:10.1111/j.1365-2923.2007.02835.x

Schauenburg, H., & Strack, M. (1999). Measuring psychotherapeutic change with the symptom checklist SCL 90 R. *Psychother Psychosom, 68*(4), 199-206. doi:10.1159/000012333

Schreuder, M. J., Groen, R. N., Wigman, J. T. W., Hartman, C. A., & Wichers, M. (2020). Measuring psychopathology as it unfolds in daily life: addressing key assumptions of intensive longitudinal methods in the TRAILS TRANS-ID study. *BMC Psychiatry, 20*(1), 351. doi:10.1186/s12888-020-02674-1

Schumacker, R. E., & Lomax, R.G. (2004). A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Fourth Edition. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling: Fourth Edition* (2nd ed. ed.).

Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, Misattribution, and Judgments of Well-Being - Informative and Directive Functions of Affective States. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(3), 513-523. doi:Doi 10.1037/0022-3514.45.3.513

Seah, T. H. S., & Coifman, K. G. (2022). Emotion differentiation and behavioral dysregulation in clinical and nonclinical samples: A meta-analysis. *Emotion, 22*(7), 1686-1697. doi:10.1037/emo0000968

Seçer, İ. (2013). SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi: Analiz ve raporlaştırma.

Senthilnathan, S. (2019). Usefulness of Correlation Analysis. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.3416918

Shapiro, J. (2011). Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine, 86*(3), 326-332.

Shrank, W. H., Reed, V. A., & Jernstedt, G. C. (2004). Fostering professionalism in medical education: a call for improved assessment and meaningful incentives. *J Gen Intern Med, 19*(8), 887-892. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.30635.x

Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom, 22*(2), 255-262. doi:10.1159/000286529

Silvers, J. A., Insel, C., Powers, A., Franz, P., Helion, C., Martin, R. E., . . . Ochsner, K. N. (2017). vlPFC-vmPFC-Amygdala Interactions Underlie Age-Related Differences in Cognitive Regulation of Emotion. *Cereb Cortex, 27*(7), 3502-3514. doi:10.1093/cercor/bhw073

Smidt, K. E., & Suvak, M. K. (2015). A brief, but nuanced, review of emotional granularity and emotion differentiation research. *Current Opinion in Psychology, 3*, 48-51. doi:10.1016/j.copsyc.2015.02.007

Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., . . . European General Practice Research Network Burnout Study, G. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract, 25*(4), 245-265. doi:10.1093/fampra/cmn038

Sroufe, L. A., & Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Dev, 55*(1), 17-29. doi:10.2307/1129832

Starr, L. R., Hershenberg, R., Li, Y. I., & Shaw, Z. A. (2017). When Feelings Lack Precision: Low Positive and Negative Emotion Differentiation and Depressive Symptoms in Daily Life. *Clinical Psychological Science, 5*(4), 613-631. doi:10.1177/2167702617694657

Steinberg, L. (2015). How to Improve the Health of American Adolescents. *Perspect Psychol Sci, 10*(6), 711-715. doi:10.1177/1745691615598510

Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *Bmj, 322*(7284), 444-445. doi:10.1136/bmj.322.7284.444

Street, R. L., Jr., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med, 65*(3), 586-598. doi:10.1016/j.socscimed.2007.03.036

Suhoyo, Y., Schonrock-Adema, J., Rahayu, G. R., Kuks, J. B., & Cohen-Schotanus, J. (2014). Meeting international standards: a cultural approach in implementing the mini-CEX effectively in Indonesian clerkships. *Med Teach, 36*(10), 894-902. doi:10.3109/0142159X.2014.917160

Suvak, M. K., Litz, B. T., Sloan, D. M., Zanarini, M. C., Barrett, L. F., & Hofmann, S. G. (2011). Emotional granularity and borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol, 120*(2), 414-426. doi:10.1037/a0021808

Şimşek, Ö. F. (2007). *Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş; Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları*. Ankara: Ekinoks.

Tanriover, O., Peker, S., Hidiroglu, S., Kitapcioglu, D., Inanici, S. Y., Karamustafalioglu, N., & Gulpinar, M. A. (2023). The emotions experienced by family medicine residents and interns during their clinical trainings: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev, 24*, e25. doi:10.1017/S1463423623000051

Tasci, A. I., Akdeniz, E., Gulpinar, M. A., Danacioglu, Y. O., Sari, E. E., Yasar, L., . . . Ferahman, S. (2023). Adaptation of the professionalism mini-evaluation exercise instrument into Turkish: a validity and reliability study. *BMC Med Educ, 23*(1), 698. doi:10.1186/s12909-023-04675-6

Thommasen, H. V., Lavanchy, M., Connelly, I., Berkowitz, J., & Grzybowski, S. (2001). Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Can Fam Physician, 47*(4), 737-744. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11340754

Thompson, R. J., Springstein, T., & Boden, M. (2021). Gaining clarity about emotion differentiation. *Social and Personality Psychology Compass, 15*(3). doi:ARTN e12584

10.1111/spc3.12584

Tomko, R. L., Lane, S. P., Pronove, L. M., Treloar, H. R., Brown, W. C., Solhan, M. B., . . . Trull, T. J. (2015). Undifferentiated negative affect and impulsivity in borderline personality and depressive disorders: A momentary perspective. *J Abnorm Psychol, 124*(3), 740-753. doi:10.1037/abn0000064

Trull, T. J., Lane, S. P., Koval, P., & Ebner-Priemer, U. W. (2015). Affective Dynamics in Psychopathology. *Emot Rev, 7*(4), 355-361. doi:10.1177/1754073915590617

Tsoumas, L. J., & Pelletier, D. (2007). Integrating professional behavior development across a professional allied health curriculum. *J Allied Health, 36*(4), e313-325. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19759999

Tsugawa, Y., Tokuda, Y., Ohbu, S., Okubo, T., Cruess, R., Cruess, S., . . . Fukui, T. (2009). Professionalism Mini-Evaluation Exercise for medical residents in Japan: a pilot study. *Med Educ, 43*(10), 968-978. doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03437.x

Tugade, M. M., Fredrickson, B. L., & Barrett, L. F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: examining the benefits of positive emotions on coping and health. *J Pers, 72*(6), 1161-1190. doi:10.1111/j.1467-6494.2004.00294.x

Turabian, J. L. (2018). Doctor-Patient Relationship in Pharmacological Treatment: Discontinuation and Adherence. *COJ Reviews and Research, 1*(5). doi:10.31031/cojrr.2018.01.000521

Van Der Vleuten, C. P. (1996). The assessment of professional competence: Developments, research and practical implications. *Adv Health Sci Educ Theory Pract, 1*(1), 41-67. doi:10.1007/BF00596229

Veloski, J. J., Fields, S. K., Boex, J. R., & Blank, L. L. (2005). Measuring professionalism: a review of studies with instruments reported in the literature between 1982 and 2002. *Acad Med, 80*(4), 366-370. doi:10.1097/00001888-200504000-00014

Wald, H. S., Reis, S. P., Monroe, A. D., & Borkan, J. M. (2010). 'The Loss of My Elderly Patient:' Interactive reflective writing to support medical students' rites of passage. *Med Teach, 32*(4), e178-184. doi:10.3109/01421591003657477

Waugh, C. E., Thompson, R. J., & Gotlib, I. H. (2011). Flexible emotional responsiveness in trait resilience. *Emotion, 11*(5), 1059-1067. doi:10.1037/a0021786

Weller, J. M., Castanelli, D. J., Chen, Y., & Jolly, B. (2017). Making robust assessments of specialist trainees' workplace performance. *Br J Anaesth, 118*(2), 207-214. doi:10.1093/bja/aew412

Weller, J. M., Jolly, B., Misur, M. P., Merry, A. F., Jones, A., Crossley, J. G., . . . Smith, K. (2009). Mini-clinical evaluation exercise in anaesthesia training. *Br J Anaesth, 102*(5), 633-641. doi:10.1093/bja/aep055

Weller, J. M., Jones, A., Merry, A. F., Jolly, B., & Saunders, D. (2009). Investigation of trainee and specialist reactions to the mini-Clinical Evaluation Exercise in anaesthesia: implications for implementation. *Br J Anaesth, 103*(4), 524-530. doi:10.1093/bja/aep211

Weller, J. M., Misur, M., Nicolson, S., Morris, J., Ure, S., Crossley, J., & Jolly, B. (2014). Can I leave the theatre? A key to more reliable workplace-based assessment. *Br J Anaesth, 112*(6), 1083-1091. doi:10.1093/bja/aeu052

Weurlander, M., Scheja, M., Hult, H., & Wernerson, A. *Emotionally challenging learning situations: medical students' experiences of autopsies*: Int J Med Educ. 2012 Mar 31;3:63-70. doi: 10.5116/ijme.4f75.fb65. eCollection 2012.

WhatsApp. Retrieved from https://tr.wikipedia.org/wiki/WhatsApp

Widen, S. C. (2013). Children's Interpretation of Facial Expressions: The Long Path from Valence-Based to Specific Discrete Categories. *Emotion Review, 5*(1), 72-77. doi:10.1177/1754073912451492

Widen, S. C., & Russell, J. A. (2008). Young children's understanding of others' emotions. In *Handbook of emotions, 3rd ed.* (pp. 348-363). New York, NY, US: The Guilford Press.

Wilkinson, T. J., Wade, W. B., & Knock, L. D. (2009). A blueprint to assess professionalism: results of a systematic review. *Acad Med, 84*(5), 551-558. doi:10.1097/ACM.0b013e31819fbaa2

Wilson-Mendenhall, C. D. (2017). Constructing emotion through simulation. *Curr Opin Psychol, 17*, 189-194. doi:10.1016/j.copsyc.2017.07.015

Wilson-Mendenhall, C. D., Barrett, L. F., & Barsalou, L. W. (2013). Neural evidence that human emotions share core affective properties. *Psychol Sci, 24*(6), 947-956. doi:10.1177/0956797612464242

Wintre, M. G., & Vallance, D. D. (1994). A Developmental Sequence in the Comprehension of Emotions - Intensity, Multiple Emotions, and Valence. *Developmental Psychology, 30*(4), 509-514. doi:Doi 10.1037/0012-1649.30.4.509

Yamani, N., Liaghatdar, M., Changiz, T., & Adibi, P. (2010). How Do Medical Students Learn Professionalism During Clinical Education? A Qualitative Study of Faculty Members' and Interns' Experiences. *Iranian Journal of Medical Education, 9*, 382-395.

Yune, S. J., Kang, S. H., & Park, K. (2021). Medical Students' Perceptions of Patient-Doctor Relationship in South Korea: Concept Mapping Analysis. *Front Public Health, 9*, 658220. doi:10.3389/fpubh.2021.658220

Zaki, L. F., Coifman, K. G., Rafaeli, E., Berenson, K. R., & Downey, G. (2013). Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behav Ther, 44*(3), 529-540. doi:10.1016/j.beth.2013.04.008

Zeidner, M., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2012). The Emotional Intelligence, Health, and Well-Being Nexus: What Have We Learned and What Have We Missed? *Appl Psychol Health Well Being, 4*(1), 1-30. doi:10.1111/j.1758-0854.2011.01062.x

9. ÖZGEÇMİŞ

10. BİLİMSEL FAALİYETLER

Makaleler

Hidiroglu S, Lüleci E, Karavus M, **Tanriover O**, Bayar ES, Karavus A. "The Awareness of Childhood Autism among Residents of Neuropsychiatric and Other Disciplines of a Research and Training Hospital in Istanbul, Turkey" J Pak Med Assoc. JPMA 68: 247; 2018

Comunoglu N, Kocak I, Saygi HI, Yener HM, Batur S, Demiray SB, Seckin I, **Tanriover O,** Comunoglu C. Dilated Minute Chambers in Laryngeal Vocal Fold Polyps: Histopathological and Ultrastructural Features. J Voice. 34(2):289-293; 2020.

Ozdemir-Ozenen, D., Ozcakir-Tomruk, C., Ozenen, G., Ozdemir-Karatas, M., **Tanriover, O.,** Sungurtekin-Ekci, E., & Tanalp, J. Competencies of Performance Appraisal in a Dentistry School: A 6-Year Study. SAGE Open, 10(3); 2020.

Gunalan E, Bakir BO, Bali R, **Tanriover O**, Gemici B. Evaluation of body mass index and related lifestyle factors among 14-17-year-old Turkish adolescents. North Clin Istanb. 29;8(3):226-235; 2021.

Cin P, **Tanrıöver Ö**, Yavuzer H, Erdinçler DS. Evaluation of malnutrition status and related risk factors in geriatric outpatient clinic. Nutr Res Pract.15(4):504-515; 2021.

Çakmak S, **Tanrıöver Ö**. Is obesity and body perception disturbance related to social media addiction among university students? J Am Coll Health. 14: 1-8; 2022.

Tanriover O, Hidiroglu S, Ay P, Cook RL. Do family physicians perceive electronic cigarette use as a harm reduction strategy for smokers? A survey from Istanbul. Prim Health Care Res Dev. 21;23:e15; 2022.

Ozdemir-Ozenen D, **Tanriover O**, Ozenen G, Ozdemir-Karatas M, Ozcakir-Tomruk C, Tanalp J. Dental Education for Prevention of Oral Cancer in Turkey: Needs for Changing the Curriculum. J Cancer Educ. 37(5):1496-1503; 2022

Baltacı, P, **Tanrıöver Ö,** Yavuzer H, Erdinçler DS, Eyupoglu OE. 'Evaluation of Diet Quality and Associated Factors in Geriatric Outpatients: A Cross-sectional Study'. 1 – 14; 2023.

DOKTORA TEZİ YAYINI:

Tanriover O, Peker S, Hidiroglu S, Kitapcioglu D, Inanici SY, Karamustafalioglu N, Gulpinar MA. The emotions experienced by family medicine residents and interns during their clinical trainings: a qualitative study. Prim Health Care Res Dev. 2023 Apr 5;24:e25. doi: 10.1017/S1463423623000051.

Tarandığı index: Science Citation Index Expanded

11. EKLER

EK 1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ONAYI

EK 2. ODAK GRUP GÖRÜŞME SORULARI

EK 3. ATLAS.Tİ İLE ANALİZ EDİLEN KELİME BULUTU

EK 4. ULUSLARARASI 94TH EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK TOPLANTISINDA SUNULAN SÖZEL SUNUM

EK 5. PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH AND DEVELOPMENT, SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED) ÖZGÜN NİTEL ARAŞTIRMA MAKALESİ

EK.6. POZİTİF VE NEGATİF DUYGU DURUM ÖLÇEĞİ (PANAS) TESTİ

EK 7. (PIEL) İZİNLER VE PROGRAMIN ARAYÜZÜ

EK 8. PIEL ANKET SORULARI

EK 9. DENEYİM ÖRNEKLEME METOTUNUN NASIL KULLANILACAĞINI ANLATAN POWER POINT SUNUM-BİR VİDEO

EK 10. MİNİ-KLİNİK DEĞERLENDİRME (Mini-CEX)

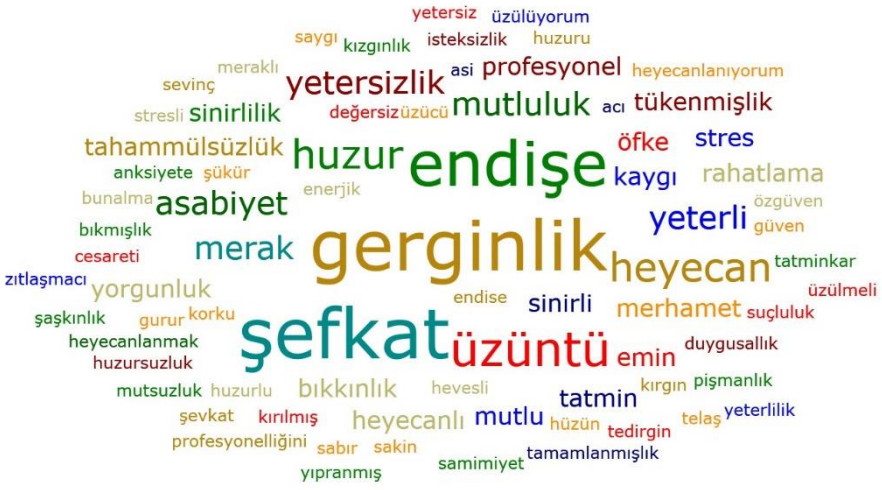
EK 11. PROFESYONELLİK MİNİ DEĞERLENDİRME (P-MEX)

EK 1. MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU ONAYI

EK 2. ODAK GRUP GÖRÜŞME SORULARI

1. Hasta-Hekim görüşmesi yaparken ne gibi duygular yaşıyorsunuz? Hasta–hekim görüşmesi esnasında hissettiğiniz duyguları en geniş yelpazede aktarabilir misiniz?
2. Hasta-Hekim görüşmesi yaparken duygularınıza hâkim olamadığınız oldu mu?
3. Hasta-Hekim görüşmesi sırasında duygularınızı kontrol etme durumunda kaldınız mı?
4. Duygusal olarak zorlandığınız durumlarla nasıl baş edebildiniz?

EK 3. ATLAS.Tİ İLE ANALİZ EDİLEN KELİME BULUTU



EK 4. ULUSLARARASI 94TH EUROPEAN GENERAL PRACTICE RESEARCH NETWORK TOPLANTISINDA SUNULAN SÖZEL SUNUM

EK 5. PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH AND DEVELOPMENT, SCIENCE CITATION INDEX EXPANDED) ÖZGÜN NİTEL ARAŞTIRMA MAKALESİ

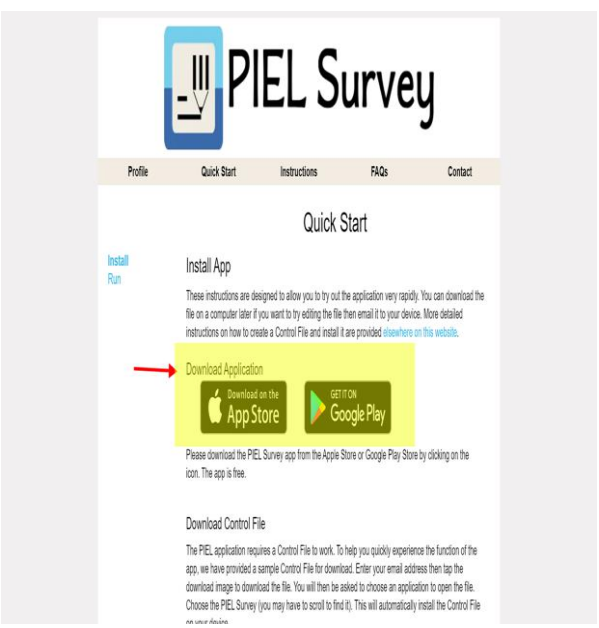
EK 6. POZİTİF VE NEGATİF DUYGU DURUM ÖLÇEĞİ (PANAS) TESTİ

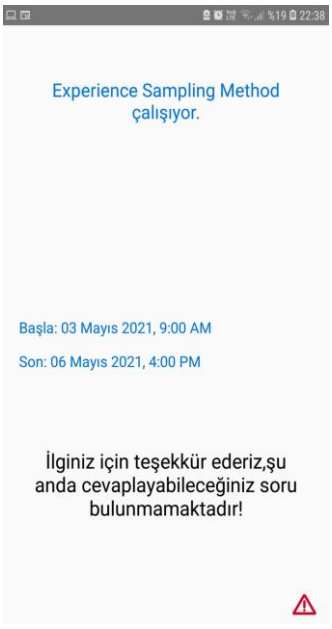
Bu ölçek farklı duyguları tanımlayan bir takım sözcükler içermektedir. **Son iki hafta** nasıl hissettiğinizi düşünüp her maddeyi okuyun. Uygun cevabı her maddenin yanında ayrılan yere **(puanları daire içine alarak)** işaretleyin. Cevaplarınızı verirken aşağıdaki puanları kullanın.

	1. Çok az veya hiç **2. Biraz** **3. Ortalama** **4. Oldukça** **5. Çok fazla**	**ÇOK AZ VEYA HİÇ**	**BİRAZ**	**ORTALAMA**	**OLDUKÇA**	**ÇOK FAZLA**
1	İlgili	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Sıkıntılı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Heyecanlı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Mutsuz	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Güçlü	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	Suçlu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Ürkmüş	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Düşmanca	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Hevesli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Gururlu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Asabi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Uyanık (dikkati açık)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Utanmış	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	İlhamlı (yaratıcı düşüncelerle dolu)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Sinirli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Kararlı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Dikkatli	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18	Tedirgin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Aktif	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Korkmuş	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

10 pozitif ve 10 negatif duygu ifadesinden oluşan 5-li Likert tipinde olan Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (PANAS) Watson, Clerk ve Tellegen (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 1=çok az/hiç, 2=biraz, 3=ortalama, 4=oldukça ve 5= çok fazla olmak üzere 5 farklı ifadeye göre maddeler cevaplandırılmaktadır. Her bir duygu için alınabilecek en az puan 10 en çok ise 50'dir. Clerk ve Tellegen (1988) ölçeğin iç geçerlilik kat sayılarını pozitif ve negatif duygu durum için sırasıyla .88, .85 olarak belirlerken test-tekrar test güvenirlik kat sayılarını her iki duygu durum için .47 olarak bulgulamıştır. Ölçeğin Türkiye geçerlilik güvenirlik çalışması 199 üniversite öğrenci üzerinde Gençöz (2000) tarafından yürütülmüş ve iç geçerlilik Cronbach alfa kat sayısı pozitif ve negatif duygular için sırasıyla .83 ve .86, test-tekrar test güvenirlik kat sayısı .40 ve .54 bulunmuştur.

EK 7. (PIEL) İZİNLER VE PROGRAMIN ARAYÜZÜ





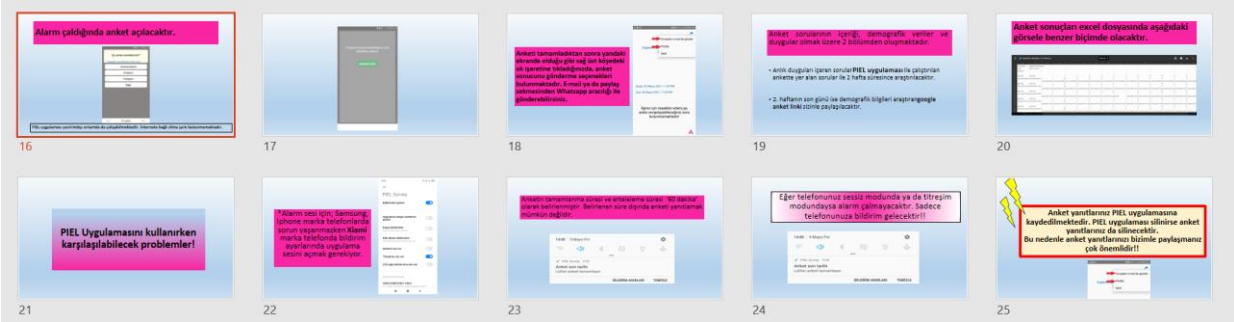
EK 8. PIEL ANKET SORULARI

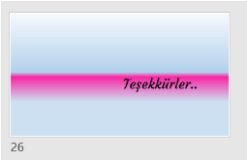
PİEL ANKET SORULARI	CEVAP ŞIKLARI
1. Cinsiyetiniz:	Kadın /Erkek
2. Yaşınız:	
3. Okulunuzun adı nedir?	Yeditepe Üniversitesi/ Marmara Üniversitesi
4. Kaçıncı sınıftasınız?|	4.sınıf/ 5. Sınıf/ 6. Sınıf
5.Şu anda hangi stajınızı yapıyorsunuz?|	1. Acil 2. Dahiliye 3. Pediatri 4. Aile Hekimliği 5. Halk Sağlığı 6. Psikiyatri 7. Cerrahi Branşlar 8. Seçmeli Staj 9. Diğer
6. Şu anda neredesiniz?	Hastanedeyim /Evdeyim /Yoldayım /Diğer
7. Eğer hastanedeyseniz,şu anda nerede bulunuyorsunuz?	Acil Poliklinik Servis Ameliyathane Sınıf Kütüphane Dinlenme Odası Kantin Yemekhane Diğer
8. Şu anda yaptığınız iş nedir?	Hasta-Hasta yakını görüşmesi Vizit Hastanın tedavi işlemleri Ders çalışma Yeme-içme aktivitesi Arkadaşlarımla konuşma-mesajlaşma Diğer
9.Şu anda kiminle birliktesiniz	Yalnızım Hoca ile Hasta-Hasta yakını ile Hemşire ile Diğer Personel ile Asistan ile İntern Hekim ile

Anketin devamında farklı duyguları tanımlayan birtakım sözcükler yer almaktadır. Bu duygularla ilgili şu anda nasıl hissettiğinizi işaretleyiniz					
	Çok az veya Hiç	Biraz	Ortalama	Oldukça	Çok fazla
İlgili					
Sıkıntılı					
Heyecanlı					
Mutsuz					
Güçlü					
Suçlu					
Ürkmüş					
Düşmanca					
Hevesli					
Gururlu					
Asabi					
Uyanık					
Utanmış					
İlhamlı					
Sinirli					
Kararlı					
Dikkatli					
Tedirgin					
Aktif					
Korkmuş					
Şefkatli					
Gergin					
Huzurlu					
Tükenmiş					
Tatmin olmuş					
Tahammülsüz					
Mutlu					
Yetersiz					
Rahatlamış					
Bıkmış					
Pişman olmuş					
Meraklı					

EK 9. DENEYİM ÖRNEKLEME METOTUNUN NASIL KULLANILACAĞINI ANLATAN BİR PPT/VİDEO







EK 10. MİNİ-KLİNİK DEĞERLENDİRME (Mini-CEX)

MİNİ KLİNİK SINAV DEĞERLENDİRME FORMU										
Stajyer / İntörn Öğrencinin Adı Soyadı										
Stajyer / İntörn Öğrencinin Cep Telefonu										
Ölçeğin Uygulanma zamanı	**Tarih: ../../202.** **Saat: :**									
Bulunduğu Staj / Program										
Bulunduğu Eğitim Dönemi/Sınıfı	④ ⑤ ⑥									
Olgunun Görüldüğü Klinik Ortam	❍ Poliklinik ❍ Acil ❍ Servis ❍ Diğer:									
Olgunun / Sorunun Karmaşıklık Düzeyi	❍ Düşük ❍ Orta ❍ Yüksek									
	❍ İlk tıbbı görüşme ❍Kontrol hastası ❍İzlem hastası									
Değerlendirme Ölçütleri (Yeterlikler)	**Değerlendirme dışı**	**Beklentinin altında**			**Sınırda**		**Beklenti düzeyinde**		**Üst düzeyde**	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Görüşmeye hazırlık	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Öykü alma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Fizik muayene	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Tanıya yönelik işlemler: uygun seçim ve uygun şekilde istekte bulunma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Klinik karar verme: tanı, ayrıcı tanı	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Klinik karar verme: ilaç tedavisi planı oluşturma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Klinik karar verme: ilaç dışı tedavi										
Klinik karar verme: kontrol, izlem planı oluşturma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍

Hasta ve hasta yakınlarını bilgilendirme, yönlendirme, danışmanlık verme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Kanıta dayalı iş yapma; bilgileri uygun şekilde kullanma, fazla/ taraflı çıkarımlardan kaçınma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Görüşmeyi tamamlama	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Verileri uygun şekilde kaydetme, raporlama	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Genel olarak başından sonuna kadar görüşme sürecini organize etme ve yürütme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Genel olarak sunulan klinik bakımının yeterliliği		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Değerlendirenin Adı Soyadı	
Bölümü:	**Görevi:**
Değerlendirme Tarihi:	**İmza:**
Gözlem ve değerlendirme süresi ……dk	**Geribildirim süresi** ……dk

Değerlendirenin Stajyer / İntörn Öğrenciye Yönelik Görüş ve Değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrenci Gelişim Planı

EK 11. PROFESYONELLİK MİNİ DEĞERLENDİRME (P-MEX)

PROFESYONELLİK MİNİ DEĞERLENDİRME FORMU	
Stajyer / İntörn Öğrencinin Adı ve Soyadı	
Bulunduğu Staj / Program	
Bulunduğu Eğitim Dönemi/Sınıfı	④ ⑤ ⑥
Ele Alınan Klinik Sorun / Olgu	
Olgunun Görüldüğü Klinik Ortam	❍ Poliklinik ❍ Acil ❍ Servis ❍ Diğer: …….
Olgunun / Sorunun Karmaşıklık Düzeyi	❍ Düşük ❍ Orta ❍ Yüksek
	❍ İlk tıbbı görüşme hastası ❍Kontrol hastası ❍İzlem

Değerlendirme Ölçütleri (Yeterlikler)	**Değer-lendirme dışı**	**Beklentinin altında**			**Sınırda**		**Beklenti düzeyinde**		**Üst düzeyde**	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Hasta-hekim etkileşimi: Hekim olarak görüşme sırasında;										
Hasta ve yakınlarının perspektifi önceleme, ihtiyaç ve beklentileri gözetme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hastayı sahiplenme, ilgi ve özen gösterme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hasta ve yakını ile iletişime açık olma, etkin iletişim kurma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hasta ve yakınının duygularını anlama ve uygun şekilde yönetme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hasta ve yakınlarına birey olarak görme, saygı duyma, karar süreçlerine katma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hasta ve yakınının bireysel ve kültürel dünyalarına, değerlerine özenli davranma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Reflektif deneyim ve beceriler: Hekim olarak görüşme sırasında;										
Mesleki yeterliklerinin ve sergilediği performansının farkında olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Kişi olarak kendi sınırlarının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Kendi duygu ve düşüncelerinin farkında olma ve yönetme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Yasal, etik ve mesleki sorumlulukları taşıma, en iyi şekilde yerine getirme ve gerektiğinde yardım isteme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Sergilediği performansıyla ilgili geribildirim almaya açık olma, gelişime açık olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Oluşan eksiklikleri, aksaklıkları, hataları sahiplenme; savunmacı davranış göstermeme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Zor durumlarda itidalli davranma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Mesleklararası ilişkiler: Hekim olarak görüşme sırasında;										

Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarıyla birlikte çalışmaya ve karar vermeye açık olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının duygularının farkında olma ve yönetme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Zor, çatışmalı ve belirsiz durumlarda itidalli davranma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Meslektaşlarının, diğer sağlık çalışanlarının mesleki ve bireysel sınırlarına saygılı olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Meslektaşları, diğer sağlık çalışanlarına yardıma ve desteğe açık olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Profesyonelliğe sığmayan davranışlardan sakınma: Hekim olarak görüşme sırasında;									
İşini aksatmama, gerektiğinde erişilebilir olma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
İnsani ve mesleki değerlerle bağdaşmayan tutum ve davranışlardan kaçınma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Hasta ve yakınlarına, sağlık çalışanlarına karşı rahatsız edici söz, tutum ve davranışlardan uzak durma	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Kurumun/birimin işleyiş süreçlerine, kurallarına saygı gösterme	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍	❍
Genel değerlendirme		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨

Değerlendirenin Adı Soyadı

Bölümü **Görevi**

Değerlendirme Tarihi **İmza:**

Gözlem ve değerlendirme süresi …… **……. dk** **Geribildirim süresi** …… **…….dk**

Değerlendirenin Stajyer / İntörn Öğrenciye Yönelik Görüş ve Değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrenci Gelişim Planı