

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**VETERİNER HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE SİMÜLASYON
TEMELLİ ÖĞRETİMİN KÖTÜ HABER VERME
BECERİSİNE ETKİSİ**

Aytaç ÜNSAL

**VETERİNER HEKİMLİĞİ TARİHİ VE DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. R. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL**

**ANKARA
2018**

ETİK BEYAN

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “*Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi*” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir ve hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma ve araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Aytaç ÜNSAL

Tarih: 26/9/2018

İmza



Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalında
Aytaç ÜNSAL tarafından hazırlanan
“Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme
Becerisine Etkisi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından
DOKTORA TEZİ olarak OY BİRLİĞİ
ile kabul edilmiştir.


Tez Savunma Tarihi: 26/9/2018



Prof. Dr. Melih ELÇİN
Hacettepe Üniversitesi
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Sevgi TURAN
Hacettepe Üniversitesi
Üye



Prof. Dr. R. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL
Ankara Üniversitesi
Raportör



Dr. Öğr. Üyesi Atilla ÖZGÜR
Ankara Üniversitesi
Üye



Doç. Dr. Begüm YURDAKÖK DİKMEN
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	ix
Şekiller	xi
Çizelgeler	xii
1.GİRİŞ	1
1.1. İletişim Kavramı	1
1.2. İnsan Hekimliğinde İletişim	3
1.3.Veteriner Hekimliğinde İletişim	8
1.4. Simülasyon Temelli Öğretim (STÖ)	15
1.5. Kötü Haber Verme Becerisi	24
1.6. Amaç	29
2.GEREÇ ve YÖNTEM	31
2.1. Gereç	31
2.1.1. Evren ve Örneklem	31
2.1.2. Araştırmanın Deseni ve Çalışma Grupları	31
2.1.3. Çalışmanın Süresi ve Çalışma Programı	32
2.1.4. Veri Toplama ve Ölçme Araçları ile Bu Araçların Geçerlik ve Güvenirlikleri	33
2.2. Yöntem	34
2.2.1. Pilot Uygulama	34
2.2.2. Asıl Çalışma	37
2.2.2.1. Simüle Hasta Sahibi (SHS) Seçimi ve Araştırmaya Dâhil Edilmesi	37
2.2.2.2. Standart/Simüle Hasta Kullanımı	39
2.2.2.3. Oyunlaştırma Yönteminin Uygulanması	39
2.2.2.4. Senaryoların Oluşturulması	40
2.2.2.5. Veri Toplama Süreci ve Çalışma Programı	41
2.2.2.6. Veri Analizi	45
2.2.2.7. Ölçme Araçlarının Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri	46
2.2.2.8. Çalışmanın Sınırlılıkları	48
3.BULGULAR	49
3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ÖT ve ST Puanlarına Etkisi	53
3.2. Deneysel Aşama ile İlgili Nicel Veriler	59
3.2.1. Düzeltilmiş Son Test Puanlarının Deney Gruplarına Göre Karşılaştırılması	59
3.2.2. Düzeltilmiş Son Test Puanlarının İki Ölçüm (ÖT- ST) Arasında Geçen	

Süreye Göre Karşılaştırılması	61
3.2.3.ÖT ve ST Görüşmelerinin Süresi	62
3.2.4.GGBF Maddelerinin Puanlanmasının ÖT ve ST Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	62
3.3. Deneysel Aşama ile İlgili Nitel Veriler	81
3.3.1. Odak Grup Görüşmeleri (OGG)	81
4.TARTIŞMA	88
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	95
4.2. GGBF Maddelerinin Puanlanmasının ÖT ve ST Puanlarına Göre Değerlendirilmesi	100
4.3. Simülasyon Temelli Öğretimin Değerlendirilmesi	112
4.3.1. Oyunlaştırma Yönteminin Değerlendirilmesi	112
4.3.2. Standart/Simüle Hasta Sahibi, Senaryo, Standart/Simüle Hasta (Hayvan), Simülatör vb. Öğelerin Değerlendirilmesi	114
4.3.3. Kötü Haber Verme Becerisinin Değerlendirilmesi	120
5.SONUÇ ve ÖNERİLER	124
5.1. Sonuç	124
5.2. Öneriler	126
ÖZET	128
SUMMARY	130
KAYNAKLAR	132
EKLER	144
Ek 1. İntörn Eğitimi Programına İletişim Becerileri Uygulamasının Eklenmesine Dair Yazı	144
Ek 2a. AÜVF Dölerme ve Suni Tohumlama AD ile Yapılan Protokol	145
Ek 2b. AÜVF Dölerme ve Suni Tohumlama AD ile Yapılan Protokol	146
Ek 3. Gözlemci Geri Bildirim Formu (GGBF)	147
Ek 4. Odak Grup Görüşmeleri (OGG) Soruları	148
Ek 5. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 10/3/2016 tarih ve 6/86 sayılı Kararı	150
Ek 6. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 13/6/2016 tarih ve 13/204 sayılı Kararı	151
Ek 7. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 3/10/2016 tarih ve 21/270 sayılı Kararı	152
Ek 8. HÜTF TEBAD Standart Hasta Programı Görevlendirme Protokolü	153
Ek 9. Ön Test ve Son Testte Kullanılan Senaryolar	154
Ek 10. Bilgilendirme ve Onam Formu	158
Ek 11. AÜVF Biyoistatistik AD ile Yapılan Protokol	159
Ek 12. GGBF Maddelerinin Ek Analizleri	160
Ek 13. Nitel Veriler	170
ÖZGEÇMİŞ	190

ÖNSÖZ

Veteriner hekimliğinde iletişim becerileri eğitimine farklı bir bakış açısı kazandırmak üzere yola çıkılan bu çalışmada; veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerilerinin geliştirilmesinde teorik eğitim, oyunlaştırma yöntemi ve SHS kullanımının etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışma, iki farklı deney grubu ve bir kontrol grubuyla yürütülmüştür. Tüm gruplara deney öncesinde ön test; deney sonrasında ise son test uygulanmıştır. Çalışmanın nicel verileri, 10 temel maddeden oluşan GGBF başlıklı kontrol listesiyle; nitel verileri ise katılımcılarla yapılan OGG ile toplanmıştır. Nicel verilere göre, STÖ'nün öngörülen düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı görülmeye rağmen; nitel verilere göre, katılımcıların genel olarak STÖ'den memnun kaldıkları ve bu yöntemin iletişim becerilerine katkı sağladığı bildirilmiştir. Bu amaca ulaşmak için etik kuralları gözeterek, objektif kriterlere dayanarak ve bilimsel gerçeklerden yola çıkarak çalışılmış ve veteriner hekimliğinde iletişim becerileri ve kötü haber verme becerisi eğitimi özelinde, STÖ'nün geliştirilerek eğitim programına dâhil edilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

İletişim becerileri ve deneyimle öğrenmeyle ilgili birçok kaynağın* gerek önsözünde gerekse içeriğinde, Konfüçyüs'ün aşağıdaki sözüne yer verilmiştir:

* DUDLEY F (2012). The Simulated Patient Handbook: A Comprehensive Guide For Facilitators And Simulated Patients. Radcliffe Publishing, London. x+223p. ISBN-13:978-1846619-454-2

GENTRY JW (1990). What is experiential learning?, Chapter 2, In: *Guide to Business Gaming and Experiential Learning*. pp9-20.

KURTZ S, SILVERMAN J, DRAPER J (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press, v+245p. ISBN: 1-85775-273-2

PROZESKY DR (2000). Communication and Effective Teaching. *Community Eye Health*, **13**(35):44-45.

RAUEN CA (2004). Simulation as a Teaching Strategy for Nursing Education and Orientation in Cardiac Surgery. *Critical Care Nurse*, **24** (3):46-51.

ROSENTHAL JS (2006). Active learning strategies in advanced mathematics classes. *Studies in Higher Education*, **20**(2): 223-228.

VAILLANCOURT R (2009). "I Hear and I Forget, I See and I Remember, I Do and I Understand". *Can J Hosp Pharm*, **62**(4):272-273.

“Duyarım ve unuturum. Görürüm ve hatırlarım. Yaparım ve anlarım.
(*I hear and I forget. I see and I remember. I do and I understand.*)”

Tezin sınırlılıkları olarak bahsedilen yetersizliklerin aşılması önkoşuluyla, iletişim becerileri eğitiminin geleneksel yöntemler yerine kişisel deneyimi temel alan yeni bir yöntemle verilmesi gerekliliği ile paralellik gösteren bu sözün, simülasyonun iletişim becerileri yönü ile ilgili yazılan kaynaklarda tesadüfen yer almadığını düşünmekteyim. Geleneksel olarak teorik bilgi aktarımı yöntemiyle “duyulan” bilgiler “unutulur”; görsel materyal kullanılarak öğretilen (“görülen”) bilgiler “hatırlanır” ve ancak deneyimle kazanılan “yapılan” beceriler “öğrenilir”. Dolayısıyla; teorik eğitim, önceden çekilmiş videolarla öğretim ve öğrencilerin SHS ile deneyimlerinin iletişim ve kötü haber verme becerilerine katkısı olabileceğini söylemek -bence- yanlış olmayacaktır. Bu “bence”den yola çıkarak; “merak ettiğim” konuyu araştırmak ve bir sonuca varmak üzere çıktığım bu uzun ve yorucu yolda beni yalnız bırakmayan, beni cesaretlendiren ve güç verenlere minnet borcumu sınırlı kelimelerle ifade etmeye çalışacağım.

Doğduğum günden bugüne; beni bilime, sanata, çevreye ve tüm canlılara saygılı bir birey olarak yetiştirmeye çalışsan, “iyi bir insan” olabilmek için kendilerini örnek aldığım *Annem Serap Ünsal* ve *Babam Ümit Ünsal*’a; tüm aile bireylerime ve dostlarıma sonsuz saygı, minnet ve şükranlarımı sunuyorum.

Tez çalışmam sırasında manevi desteklerini hep arkamda hissettiğim, Anabilim Dalımızdaki ailemin değerli üyeleri *Süleyman Geyikci*, *Saniye Er*, *Arş. Gör. Dr. Nigar Yerlikaya* ve Hocam *Dr. Öğretim Üyesi Atilla Özgür*’e emekleri için çok teşekkür ediyorum.

Tez sürecimde manevi desteğini esirgemeyen; veri analizi sürecinde Bağımsız Gözlemci olarak videoları objektif olarak değerlendirerek emek harcayan, Kırıkkale

Üniversitesi Veteriner Fakültesi Gıda Hijyeni ve Teknolojisi AD öğretim elemanı dostum *Arş. Gör. Dr. Gizem Çufaoğlu*'na katkıları için çok teşekkür ediyorum.

Lisansüstü eğitimimizin önemli bir kısmında farklı alanlarda birlikte yol aldığımız; pilot çalışmamı tamamlamamın akabinde, temel iletişim becerileri eğitimi almama vesile olan AÜ Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı öğretim elemanı *Arş. Gör. Dr. Gizem Aykaç*'a asıl çalışmama daha donanımlı başlamama olanak sağladığı için çok teşekkür ederim.

Nicel verilerimin istatistiksel analizlerini özveriyle yapan, her gün yeni bir soruyla ve analizle karşısına çıktığımda dahi aynı sıcaklıkla ve sakinlikle işini profesyonelce yaparak beni aydınlatan Fakültemiz Biyoistatistik AD öğretim elemanı dostum *Arş. Gör. K. Pınar Ambarcıoğlu*'na samimiyeti, yardımseverliği, ilgisi ve tezime sunduğu istatistik alanındaki katkıları için çok teşekkür ederim.

Simülasyon temelli öğretimle veteriner hekimliğini buluşturma fikrini ortaya çıkaran, seminerimin ve tezin konusuyla ilgili ilham aldığımız, tez sürecinde bana zaman ayırma nezaketi gösteren Hacettepe Üniversitesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD Öğretim Üyesi Hocam *Prof. Dr. Melih Elçin*'e şükranlarımı sunuyorum.

Veteriner Fakültesi birinci sınıf öğrencisi olarak 2007 yılında “*Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri*” dersinde ilk kez tanıştığım; lisans eğitimim boyunca gizlice takip ettiğim, lisansüstü eğitimime başlama sebebim olan; tezimin konusunu büyük bir bilimsel heyecanla bana bildiren; Danışmanım, rol modelim, Hocam *Prof. Dr. R. Tamay Başağaç Gül*'e bana değer verdiği, zaman ayırdığı, yol gösterdiği, beni her konuda cesaretlendirdiği ve bana güvendiği için şükranlarımı sunuyorum.

Bu tez, sizin sayenizde var...

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACGME	The Accreditaion Council for Graduate Medical Education
AD	Anabilim Dalı
AÜVF	Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi
BGGBF	Bağımsız Gözlemci Geri Bildirim Formu
CCG	The Calgary-Cambridge Guide
EAEVE	European Association of Establishments for Veterinary Education
GABNO	Genel Akademik Başarı Not Ortalaması
GGBF	Gözlemci Geri Bildirim Formu
GM	Görüşme Merkezi
HÜ	Hacettepe Üniversitesi
HÜTF TEBAD	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı
IHC	Institute for Healthcare Communication
İBL	İletişim Becerileri Laboratuvarı
NUVACS	The National Unit for the Advancement of Veterinary Communication Skills
OGG	Odak Grup Görüşmesi

OY	Oyunlaştırma Yöntemi
ÖT	Ön Test
SC	Standardized/Simulated Client
SH	Standart/Simüle Hasta
SHH	Simüle Hasta/Hayvan
SHS	Standart/Simüle Hasta Sahibi
SP	Standardized/Simulated Patient
ST	Son Test
STÖ	Simülasyon Temelli Öğretim
TYYÇ	Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi
UÇEP-2014	Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014
VEDEK	Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği
VHT&D	Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji
YOKS	Yapılandırılmış Objektif Klinik Sınavlar

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Görüşme Merkezi'nde SHS ile görüşme deneyimi	42
Şekil 2.2. Teorik eğitim görseli	44



ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. Türkiye’deki aktif veteriner fakültelerinin iletişim becerileri eğitim programları	16
Çizelge 2.1. Oturum takvimi	32
Çizelge 2.2. Deney grupları ve oturumlar	41
Çizelge 2.3. Puanlama güvenilirliği çalışmasının yapıldığı görüşmeler	47
Çizelge 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	50
Çizelge 3.2. ÖT puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması	53
Çizelge 3.3. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması	53
Çizelge 3.4. ÖT puanlarının katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin niteliğine göre karşılaştırılması	54
Çizelge 3.5. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yere göre karşılaştırılması	54
Çizelge 3.6. ÖT puanlarının katılımcıların değişim programlarından yararlanma durumuna göre karşılaştırılması	55
Çizelge 3.7. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların değişim programına katılım durumuna göre karşılaştırılması	55
Çizelge 3.8. ÖT puanlarının katılımcıların hayvan besleme durumuna göre karşılaştırılması	56
Çizelge 3.9. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların hayvan besleme durumuna göre karşılaştırılması	56

Çizelge 3.10. Katılımcıların ÖT puanlarının AÜVF'yi tercih sırasına göre karşılaştırılması	57
Çizelge 3.11. Katılımcıların düzeltilmiş son test puan ortalamalarının AÜVF'yi tercih sırasına göre karşılaştırılması	57
Çizelge 3.12. ÖT puanlarının katılımcıların klinik deneyimlerine göre karşılaştırılması	58
Çizelge 3.13. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların klinik deneyimlerine göre karşılaştırılması	58
Çizelge 3.14. ÖT puanlarının GABNO'ya göre karşılaştırılması	59
Çizelge 3.15. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının GABNO'ya göre karşılaştırılması	59
Çizelge 3.16. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının deney gruplarına göre karşılaştırılması	60
Çizelge 3.17. Deney A, Deney B ve Kontrol Grubundaki katılımcıların ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi	61
Çizelge 3.18. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının iki ölçüm (ÖT-ST) arasında geçen süreye göre karşılaştırılması	61
Çizelge 3.19. ÖT ve ST görüşme sürelerinin karşılaştırılması	62
Çizelge 3.20. Kadın ve erkek katılımcıların ÖT sürelerinin karşılaştırılması	62
Çizelge 3.21. GGBF'de yer alan maddelerin ÖT verilerinin tanımlayıcı istatistikleri	63
Çizelge 3.22. GGBF'de yer alan maddelerin ST verilerinin tanımlayıcı istatistikleri	64
Çizelge 3.23. Deney A Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi	65
Çizelge 3.24. Deney B Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan	

değişimlerinin değerlendirilmesi	66
Çizelge 3.25. Kontrol Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi	67
Çizelge 3.26. Madde 1'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	68
Çizelge 3.27. Cinsiyete göre Madde 1'in düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	68
Çizelge 3.28. Madde 2'nin gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	69
Çizelge 3.29. Cinsiyete göre Madde 2'nin düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	70
Çizelge 3.30. Madde 3'ün gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	71
Çizelge 3.31. Cinsiyete göre Madde 3'ün düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	71
Çizelge 3.32. Madde 4'ün gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	72
Çizelge 3.33. Cinsiyete göre Madde 4'ün düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	73
Çizelge 3.34. Madde 5'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	73
Çizelge 3.35. Cinsiyete göre Madde 5'in düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	74
Çizelge 3.36. Madde 6'nın gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	75
Çizelge 3.37. Cinsiyete göre Madde 6'nın düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	75

Çizelge 3.38. Madde 7'nin gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	76
Çizelge 3.39. Cinsiyete göre Madde 7'nin düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	77
Çizelge 3.40. Madde 8'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	77
Çizelge 3.41. Cinsiyete göre Madde 8'in düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	78
Çizelge 3.42. Madde 9'un gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	79
Çizelge 3.43. Cinsiyete göre Madde 9'un düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	79
Çizelge 3.44. Madde 10'un gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi	80
Çizelge 3.45. Cinsiyete göre Madde 10'un düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi	80
Çizelge 3.46. GGBF maddelerinin istatistiksel değerlendirilmesi	81
Çizelge 3.47. OGG'ye katılan katılımcı sayıları ve görüşme süreleri	82
Çizelge 5.1. Hipotezlerin değerlendirilmesi	124
Çizelge 5.2. STÖ'nün GGBF'ye göre kötü haber verme becerisine etkisinin değerlendirilmesi	125

1. GİRİŞ

1.1. İletişim Kavramı

Etimolojik açıdan “*ortaklaşa yapılan*” anlamını taşıyan iletişim (Latince- *communis*; İngilizce- *communication*) (Gürüz ve Temel Eğinli, 2014; Zıllıoğlu, 2014); Türkçe sözlüklerde (Dil Derneği, 2018; Püsküllüoğlu, 2015; TDK, 2011) “*duygu, düşünce veya bilgilerin akla gelebilecek her türlü yolla başkalarına aktarılması, bildirişim, haberleşme veya komünikasyon*” ifadesiyle tanımlanmaktadır. İletişim, bireyler arasındaki *bilgi alış verişinin yanı sıra kişi ya da grupların davranışlarını etkilemeye yönelik bir eylem* olarak da açıklanmaktadır (Gürüz ve Temel Eğinli, 2014). “*Shannon ve Weaver’ın iletişim modeli*”ne (Gürüz ve Temel Eğinli, 2014) göre literatürde (Gürüz ve Temel Eğinli, 2014; Güven, 2016; Kılınç, 2016; Kıray, 2017; Zıllıoğlu, 2014) iletişim; basitçe “*kaynaktan (göndericiden) alıcıya (hedefe) -bir kanal yoluyla- mesaj iletimi*”dir. Zıllıoğlu (2014), iletişimin yalnızca bir mesaj iletimi olmadığını; aynı zamanda bir etkileşim ve paylaşım süreci de olduğunu vurgulamış; toplumsal yaşamın temelini iletişime bağlamıştır.

Yaşamın temel koşulunun iletişim olduğu ve tüm canlıların (insanlar, hayvanlar, bitkiler ve diğer tek hücreli/çok hücreli organizmalar) içgüdüsel olarak¹ iletişim kurduğu bilinmektedir. İnsanlar; duygularının yanı sıra düşüncelerini, öğrendiği bilgileri, geçmişini ve gelecekte yaşanması öngörülen olayları da yorumlayarak bu bilgileri aktarma yoluyla iletişim kurma yetisine sahiptir. Hayvanlar ile insanların iletişim yöntemlerindeki temel farklardan biri, hayvanların beden dillerini (sesler, jest ve mimikler ile) kullanarak yalnızca duygularını (korku, sevgi, kızgınlık, haz vb.) ifade etmelerine rağmen; insanların ayrıca bir önerme dili geliştirerek çevresi hakkında simgesel düşünme sistemi yardımıyla konuşabilmesidir.

¹ Zıllıoğlu (2014); hayvanların iletişim sistemlerinin içgüdüsel olduğunu; iletişim becerisinin genetik olarak aktarıldığını, sonradan öğrenilemeyeceğini ve/veya değiştirilemeyeceğini bildirmektedir.

Dolayısıyla simgeler (semboller) aracılığıyla dil geliştirerek ve konuşarak duygu, düşünce ve birikim aktarılmasının yalnızca insan türüne özgü olduğu söylenmektedir (Zıllıoğlu, 2014).

Zıllıoğlu (2014) iletişimi; *kullanılan kodlara göre* sözlü, yazılı ve sözsüz iletişim olmak üzere üç ana gruba; *toplumsal ilişkiler sistemi olarak* ise kişiler arası iletişim, grup iletişimi, örgüt iletişimi, toplumsal iletişim olarak dört ana gruba ayırmıştır. Gürüz ve Temel Eğinli (2014) *etkileşimin niteliğine göre* iletişimi; tek yönlü ve çift yönlü olarak iki kategoriye ayırmaktadır. Tek yönlü iletişim, kaynağın alıcıya gönderdiği mesajla sınırlı iken; çift yönlü iletişimde, kaynağın mesajına ek olarak alıcının da kaynağa bir geribildirimde bulunması gerekmektedir. Dökmen (2016) ise; iletişim türlerini kişi içi (intrapersonal), kişilerarası (interpersonal), örgüt içi (organizational) ve kitle (mass media) iletişimi olarak dört başlıkta değerlendirmektedir. Kişi içi iletişim; kişinin iç dünyasıyla ilgili gözlem yapmasını; örgüt içi iletişim; hiyerarşik bir sistemde önceden belirlenen rollerin gerçekleşmesini; kitle iletişimi de mesajların geniş insan topluluklarına gönderilmesi ve yorumlanması sürecini ifade etmektedir. Kişiler arası iletişim ise kaynağının ve alıcısının insanlar olduğu iletişim türü olarak tanımlamaktadır.

Dökmen (2016); kişiler arası iletişimi, sözlü iletişim ve sözsüz iletişim olmak üzere iki ana başlıkta ele almakta; sözlü iletişimi dil ve dil ötesi olarak ikiye; sözsüz iletişimi ise yüz ve beden, bedensel temas, mekân kullanımı ve araçlar olmak üzere dört temel ögeye ayırmaktadır.

Kişiler arası iletişimin amaçları arasında; kişinin toplum içinde var olması, çevresi hakkında bilgi edinmesi, duygu-düşünce ve inançlarını paylaşması, farklı kişilerle ilişki kurması, birbirlerinin davranış-duygu veya düşüncelerini etkilemesi, birlikte eğlenmesi, danışmanlık yaparak yardım etmesi, kendilerine benzer kişilere yakınlık duyması, yeni roller kazanarak kimlik oluşturması, farklı kişilere ilgi duyması/göstermesi, kişinin duygusal tatmini için yatırım yapması ve kişinin ihtiyaçlarını gerçekleştirilmesi gibi fonksiyonlar yer almaktadır (Gürüz ve Temel

Eğimli, 2014). Zıllıoğlu (2014) bu amaçları, insanın çevresi üzerinde etkin olma isteği olarak özetlemiştir.

Gürüz ve Temel Eğimli (2014) ve Pease (2002)'e göre, sözsüz iletişimin etkisi konusunda öncü olan Albert Mehrabian, kaynaktan alıcıya gönderilen mesajın etkisinin %55'inin *sözel olmayan* öğelerden (fiziksel görünüş, yüz ve göz davranışı, beden hareketleri ve jestler, alan kullanımı, dokunma, çevre ve zaman vb.), %38'inin *sesli öğelerden* (sesin perdesi, şiddeti, tonu ve temposu vb.) ve yalnızca geriye kalan %7'sinin *sözel öğelerden* (yalnızca sözcüklerden) kaynaklandığını bildirmektedir. Kişiler arası iletişim sürecinde kaynaktan gönderilen mesajın alıcıya doğru aktarılabilmesi için sözlü ve sözsüz iletişim öğelerinin beraber kullanılmasının zorunlu olduğu bilinmektedir (Gürüz ve Temel Eğimli, 2014).

Hiyerarşik ilişkiler, kişinin toplumdaki rolü, içinde bulunulan çevre, kültür, eğitim düzeyi, meslek ve cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler, kişiler arası iletişimi belirleyici faktörler arasında yer almaktadır. Kaynağın ve alıcının ortak bir paylaşımında bulunmasını hedefleyen iletişimin, bazen sınır koyucu (paylaşılmak istenmeyen duygu, düşünce, bilgi vs.) özelliği de mevcuttur. Bu durumda iletişimle birlikte bireyler arasında uyum olduğu kadar çatışmaya da neden olan bir etkileşim kaçınılmazdır (Zıllıoğlu, 2014).

1.2. İnsan Hekimliğinde İletişim

Tıbbın evrimsel gelişimi içerisinde önceleri hekimin baskın karakter olarak yer aldığı hekim merkezli yaklaşım (Lloyd ve Bor, 2006) günümüzde yerini, hastayı merkeze alan (Lloyd ve Bor, 2006; Torun, 2015), karşılıklı katılıma ve çift yönlü iletişime dayanan bir yaklaşıma (Gordon ve Edwards, 2013) bırakmıştır.

Tıpta kurulan iyi iletişim; sağlık çıktılarını iyileştirerek hasta ile hekim arasındaki memnuniyeti pekiştirirken; iletişimdeki aksaklıklar ise hasta

memnuniyetsizliğine neden olabilmektedir (Tinga ve ark., 2001). Buckman (1992) da hasta ile hekim görüşmesindeki en büyük problemin, hekimin hastasını dinlediğini belli etmemesinden kaynaklanan hasta memnuniyetsizliği² olduğunu bildirmekte; hekimin hastasını dinlememesi, tıbbi terminoloji veya medikal jargon kullanması ve hastasını aşağılayarak konuşması gibi durumları, hasta memnuniyetsizliklerinin temel nedenleri arasında göstermektedir.

İletişim becerilerinin geliştirilmesiyle birlikte, sağlık ekibi çalışanları arasındaki iletişim eksikliğinden kaynaklanan malpraktis davaları azalırken (Barrows, 1987; Russell, 1994); sağlık çalışanı-hasta-hasta yakını arasında güvene dayanan bir ilişkinin kurulduğu, doğru teşhis ve daha uygun tedavi yöntemlerinin seçildiği, hastanın sağlık hizmetlerinden daha iyi yararlandığı ve tedaviden daha iyi sonuç alındığı görülmektedir (Gordon ve Edwards, 2013). İyi iletişim kuran hekimlerin de iyi bir mesleki tatmin yaşadıkları ve iş ortamından kaynaklanan stres faktörlerinin daha az olduğu bilinmektedir (Maguire ve Pitceathly, 2002).

Aspegren (1999)'e göre, klinik beceriler arasında önemli yer tutan (Desmond ve Copeland, 2010) iletişim becerileri, öğretilbilir ve öğrenilebilir olup (Aspegren, 1999; Desmond ve Copeland, 2010; Elçin ve ark., 2017; Englar ve ark., 2016; Kurtz ve ark., 1998; Lloyd ve Bor, 2006; Silverman ve ark., 1999) uygulamaya devam edilmediği takdirde kolayca unutulabilmektedir.

Buckman (1992), bir klinik görüşmede hasta ve hekim arasında geçen diyalogu;

- Dinlemek için hazırlanma: Giriş, el sıkışma, fiziksel koşulları iyileştirme, beden duruşu, dokunma/temas,

² Hasta memnuniyeti, sağlık alanında verilen hizmetler ile hastaların sağlık çalışanlarından beklentilerinin örtüşmesi olarak tanımlanmakta ve medikal bilgi ve beceriden iletişime kadar hemen her alanda subjektif olarak değerlendirilmektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikler hastanın algı ve memnuniyet düzeyini etkilemektedir (Torun; 2015).

- Soru sorma: Açık uçlu, kapalı uçlu sorular ve yanlı sorular (maskelenmiş ifadeler) ile hastadan bilgi toplama,
- Etkili dinleme-aktif dinleme: Hastayı konuşmaya teşvik etme, kısa sessizliklere tahammül etme, gömülü soruları dikkate alma,
- Duyma (dinlediğini belli etme): Hastanın ne söylediğinin gerçekten duyulduğunu belli etmek için önemli bir teknik olan tekrar etme, hastanın hekime anlattıklarını hekimin kendi sözcükleriyle ifade etmesi olarak tanımlanan açıklama ve hastanın söylediklerinin duyularak yorumlandığını gösteren refleksiyon,
- Cevap verme: Eksiksiz cevaplar, saldırgan/düşmanca cevaplar, peşin hükümlü cevaplar, güven verici/rahatlatıcı cevaplar ya da empatik cevaplar verme

olmak üzere beş bölüme ayırmaktadır. Görüşmeler sırasında ortaya çıkan tüm sessizliklerin ise aynı olmadığını ifade etmektedir. Hekim-hasta iletişimde oluşabilecek sessizlikleri üç kategoride değerlendiren Back ve arkadaşları (2009), “*invitational silence*” olarak adlandırdıkları sessizlik türünü; “*hekimin, hastası ile empati kurmasına ve hastanın hekimin söylediklerini düşünmesine ve/veya hissetmesine pozitif terapötik etkisi olan bir iletişim şekli*” olarak tanımlamaktadır. Bruneau (1973); susmayı; psikolinguistik susma, etkileşimsel susma ve sosyokültürel susma olarak üç kategoriye ayırmaktadır. Buckman (1992); görüşme sırasında oluşan kısa sessizliklerin; genellikle hastanın önemli bir şey düşünürken veya farklı duygular hissederken oluştuğunu ve bu sessizliklerin hekim tarafından tolere edilmesi (hoş görülmesi/tahammül edilmesi) gerektiğini bildirmiştir. Hekimin sessizliği ise hastaya hissettiği duygularını yansıtması için fırsat sunduğu anlamına gelmektedir.

İnsan hekimliğinde iletişim, 1980’li yıllara kadar mezuniyet sonrasında geliştirilmesi düşünülen bir beceri olarak görülmüştür. Kanada Tıp Birliği (*Canadian Medical Association*), iletişim becerilerinin eğitim-öğretim ve değerlendirilmesindeki gereksinimleri gidermek üzere 1992 yılında, gerçek veya standart hastalar (SH) ile deneyimsel öğrenme tekniğine dayalı çalışmalar yapmaya başlamıştır. Birleşik Krallık’taki tıp okulları da öğrencilerine hasta merkezli yaklaşımı öğretmek amacıyla

standartlar geliştirmiştir. Kalamazoo - Michigan’da 1999 yılında gerçekleştirilen bir konferansta; etkili hekim-hasta iletişiminin temel bileşenleri tanımlanmıştır. Birleşik Devletler’de Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (*The Accreditation Council for Graduate Medical Education-ACGME*) iletişimi; hekimlerin mesleklerini yapabilmeleri için zorunlu olan altı temel yeterlik arasında gstermektedir (Englar ve ark., 2016).

Frankel ve Stein (1999) tarafından geliştirilen Dört Alışkanlık (Klinik gürüşmeye davet - hastanın bakış açısını ortaya çıkarma -*empati kurma*- klinik gürüşmeyi sonlandırma) (Frankel, 2006) adı verilen yaklaşım; hekimlere doktor-hasta ilişkisini merkeze alan bir iletişim modeli kurma konusunda yardımcı olmaktadır. Yine, tıp hekimliğinde iletişim becerilerini geliştirmek üzere hazırlanan *The Calgary-Cambridge Guide* (CCG), alternatif bir yöntem olarak gürölmektedir. Bu yöntemle, hekim adaylarının mezuniyet sonrasında uygulayacakları kendi iletişim yöntemlerini oluşturmaları amacıyla 71 farklı klinik beceri tanımlanmıştır. CCG bir klinik gürüşmeyi; gürüşmeye başlama, hasta öyküsünü alma, fiziksel muayene, açıklama ve plan yapma ve gürüşmeyi sonlandırma olmak üzere beş ana bölüme ayırmaktadır (Kurtz ve ark., 1998; Silverman ve ark., 1999).

Bologna Süreci’ne üye olan ölkelerin yükseköğretim hedeflerine yönelik hazırlanan Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi (TYYÇ)’nin lisans eğitimini düzenleyen 6. Düzey yeterliklerine göre; Türkiye’de eğitim alan bir lisans öğrencisinin ilgili bilgi, beceriler ve yetkinlikler konusunda yeterli olması beklenmektedir. TYYÇ’de 6. Düzey için bildirilen ve dört ana kategoriye ayrılan yetkinlikler arasında “*İletişim ve Sosyal Yetkinlikler*” alt başlığının da yer aldığı gürölmektedir (TYYÇ, 2010).

Türkiye’de Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014 (UÇEP-2014); Hastalık-Durum-Semptom Listesi (407 madde), Beceriler Listesi

(152 madde) ve Tutum ve Davranışlar Listesi (26 madde) olmak üzere üç temel basamağı kapsamaktadır. Bu basamaklardan Beceriler Listesi; Uygulamalı Beceriler, Entelektüel Beceriler, İletişimsel Beceriler ve Bilgiye Erişme Becerileri alt başlıklarına ayrılmıştır. Adı geçen eğitim programı kapsamında yer alan Temel Hekimlik Uygulamaları Listesi'nde; tıp fakültesinden mezun olan bir hekimin uygulaması gereken altı temel beceriden ilk sırada öykü alma becerisine işaret edilmiştir (YÖK, 2014).

Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014'te hekimlik uygulamaları ve mesleksi becerilere yönelik eğitim, genel tıp alanına yönelik eğitim ve profesyonelliğe yönelik eğitim olmak üzere üç temel eğitim içeriği ile karşılaşmaktadır. Tıp eğitiminde iletişimin yeri ve önemi konusunda “*Profesyonelliğe yönelik eğitim*” içeriğinde iletişim becerileri, zor durumlarda iletişim, kişilerarası ilişkiler, ekip çalışması, hasta hakları, hekim sorumluluğu, hasta-hekim ilişkisi ile reflektif düşünme ve uygulama alt başlıklarına yer verilmiştir (YÖK, 2014).

Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği'nin hazırladığı Tıp Fakültesi Mezunları İçin Ulusal Yeterlikler Çerçevesi Önerisinde; tıp fakültesinden mezun olan bir hekimin sahip olması gereken yedi temel yeterlikten³ üçünde (ekip üyesi, danışman ve iletişimci rolleri) (YÖK, 2014) hekimin hastasıyla, meslektaşlarıyla ve sağlıklı bireylerle arasındaki ilişki, etkileşim ve iletişim üzerine yoğunlaşmıştır.

Türkiye'de insan hekimliğinde iletişim becerileri eğitimi ilk kez Hacettepe Üniversitesi (HÜ) Tıp Fakültesi (TF)'nde 2000 yılında verilmiştir (Elçin ve ark., 2014). Fakülte bünyesinde yine ilk olarak 2003 yılında SH ile iletişim becerileri ve yapılandırılmış objektif klinik sınavlar (YOKS) için eğitim ve değerlendirme merkezi kurulmuştur. Tıp fakülteleri arasında SH kullanımına yönelik yapılandırılmış ilk program, HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı (TEBAD) Standart Hasta

³ Hekimlik alanında uzman (profesyonel), sağlık savunucusu, ekip üyesi, danışman, yönetici-lider, bilim insanı, iletişimci.

Programı adıyla 2003 yılında uygulanmaya başlanmış; 2004-2005 eğitim öğretim yılından itibaren de üç yıllık dikey bir eğitimi kapsayan ve iletişim becerileri, mesleksi beceriler, etik ve profesyonel değerler, insan bilimlerinde tıp, kanıta dayalı tıp ve kliniğe giriş bölümlerinden oluşan İyi Hekimlik Uygulamaları programı faaliyete geçirilmiştir (Elçin ve ark., 2017).

Türk Tıp Eğitimi Derneği'nin verilerine göre 2018 yılı Haziran ayı itibariyle; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinin dışında Türkiye'nin farklı üniversitelerindeki 15 tıp fakültesinde⁴ yine HÜ Hemşirelik ve Diş Hekimliği Fakültelerinde (Türk Tıp Eğitimi Derneği; 2018) ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümünde (Anonim, 2017) lisans eğitiminde SH'lerden yararlanılmaktadır. Ankara Üniversitesinin Eczacılık ve Veteriner Fakültelerinde⁵ de iletişim becerileri özelinde SH ile görüşme araştırma/uygulamalarının ilk örnekleri vermeye başlanmıştır.

1.3. Veteriner Hekimliğinde İletişim

Veteriner hekimliği, hayvan ve hayvan sahibi olmak üzere iki işverene hizmet eden (Tannenbaum, 1995) ve doğası gereği iyi iletişim becerilerine gereksinim duyan bir meslektir. Veteriner hekim ile hastası arasında sözsüz ve tek yönlü; hasta sahibi arasında ise çift yönlü (Gürüz ve Temel Eğinli, 2014) iletişim söz konusudur. Bir veteriner hekimin hastası ile kuracağı iletişimde; ilişki/bağlantı kurma, yardım etme ve ihtiyaçları karşılama gibi temel maddeler amaçlanırken; hasta sahipleri ile olan ilişkilerinde bunlara ek olarak, hastasıyla ilgili karar verme aşamasında öğrenme/öğretme, etkileme, bilgi edinme ve paylaşma gibi roller de ön plana çıkmaktadır (Başagaç Gül, 2017).

⁴ Ege, İstanbul, Ankara, Akdeniz, Gazi, Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram TF, Yeditepe, Marmara, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa TF, Adnan Menderes, Çukurova, Erciyes, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi.

⁵ Türkiye'de veteriner hekimliği alanında SHS ve oyunlaştırma yöntemleri ilk kez Arş. Gör. Aytaç Ünsal'ın Prof. Dr. R. Tamay Başagaç Gül'ün danışmanlığında gerçekleştirdiği doktora tezinin intörn öğrencilerle yürütülen pilot çalışması kapsamında uygulanmıştır.

Meslektaşlar arası ilişkiler ile veteriner hekim-hasta-hasta sahibi ilişkisinin sağlıklı olarak sürdürülebilmesi; hem iyi klinik becerilerine hem de iyi iletişim becerilerine bağlıdır. Veteriner hekimler; hayvanlarla iletişimindeki sınırlılıklar nedeniyle hayvan sahipleri ile doğru iletişim kurmak zorundadır (Başagaç Gül, 2017). Veteriner hekimlerin hasta sahipleriyle kuracağı etkili bir iletişim; görüşme sırasındaki kesinlik, yeterlik, destekleyicilik ve hasta sahibi memnuniyeti üzerine inşa edilmelidir (Shaw ve Ihle, 2006).

Tinga ve ark. (2001); yeni mezunların, “*başarılı bir veteriner hekim*” tanımı yaparken; kişiler arası beceriler ve iletişim becerilerinin analitik ve teknik becerilerden daha önemli olduğunu vurguladıklarını nakletmektedir. Russel (1994); yeni mezunların, teknik becerilerle çok iyi donatıldıklarını ancak, iletişim ve kişiler arası beceriler açısından genelde yetersiz olduklarını bildirmektedir. Marsig (2004) ise başarılı veteriner hekimlerin, iletişim konusunda birer uzman olduklarına dikkat çekmektedir. Nitekim klinik ve teknik beceriler yönünden başarılı olarak mezun olan veteriner hekimlerin, mesleklerini uygularken hasta ve/veya hasta sahipleriyle yaşadıkları başarısız iletişim deneyimleri, mesleki kimliklerine zarar vermekte (Adams ve Kurtz, 2006); iletişimin eksikliğinde, veteriner hekim-hasta sahibi ilişkisi zarar görmektedir (Kogan, 2004).

Tüm veteriner hekimlerin etkili ve başarılı iletişim kurma yetisine gereksinim duyduklarını belirten Heath (1996), bu yetinin bazı yönlerinin doğuştan geldiğini ve fakat birçoğunun ise sonradan *-genç yaşta-* öğrenildiğini belirtmektedir. Adams ve Kurtz (2006), iletişim becerileri eğitiminin veteriner hekimliği eğitim öğretim programına dâhil olma zorunluluğunu; iletişim eksikliğinden kaynaklanan yanlış teşhis koyma, hasta sahibi memnuniyetsizliği, kötü geribildirimler ve hekim hatası gibi nedenlerle ilişkilendirmektedir. Shaw ve Ihle (2006), veteriner hekimliği eğitiminde, öğrencilerin klinik becerilerine ek olarak iletişim becerilerinin de geliştirilmesi için; eğitim programına iletişim becerileri ile ilgili teorik ders ve bu dersin uygulaması olarak da iletişim becerileri laboratuvarında standart hasta/hayvan (SHH)⁶ ve/veya

⁶ Bu kavram **2.2. Yöntem** başlığı altında tanımlanmıştır.

hasta sahipleri ile görüşme ve sonrasında geribildirim oturumlarının eklenmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Dünya’da tıp okullarının ardından; 1990’lı yıllarda veteriner okullarının eğitim programında da değişimler görülmeye ve yeni öğrenme stratejileri ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlamıştır. Veteriner hekimliğinde müşteri (hasta sahibi) beklentileri, memnuniyeti ve veteriner hekim-müşteri ilişkisiyle ilgili ulaşılabilen en eski yayınlar⁷ da yine bu dönemde yayımlanmıştır.

Ontario Veteriner Okulu’nun Müfredat Geliştirme Komitesi tarafından 1993 yılının Eylül ayında oluşturulmaya başlanan ve “DVM2000” olarak bilinen bir programda; veteriner hekimlerin hem meslektaşlarıyla hem de hasta sahipleri ve toplumun diğer üyeleriyle etkili bir biçimde iletişim kurması gerektiğinden bahsedilmektedir. Veteriner hekimlerin mesleki yeterliklerini geliştirmeyi hedefleyen bu programın “*kişiler arası iletişim becerileri*” bölümü, öğrencilerin etkin ve dikkatli bir şekilde dinlemeleri, iyi iletişim becerilerinin bileşenlerini başarıyla uygulamaları, takım çalışması yapabilmeleri, çatışmaları etkili bir biçimde yönetebilmeleri, yazılı ve sözlü olarak etkili iletişim kurabilmeleri ve iletişimin bileşenleri olan duyguların, düşüncelerin ve değerlerin önemini anlayabilmeleri üzerine kurgulanmıştır (DVM2000 Steering Group of Ontario Veterinary College, 1996). Bütün bu becerileri geliştirmek üzere 2000 yılının Eylül ayında Ontario Veteriner Okulu eğitim programına (Adams ve Kurtz, 2006) giren iletişim becerileri eğitimi kapsamında veteriner hekimliğinde SHH ve standart/simüle hasta sahibi (SHS) programı başlatılmıştır (Nogueira Borden ve ark., 2008). İçerik ve yöntem olarak insan hekimliğinde 1970’li yıllarda iletişim konusunda öncü olan Calgary Üniversitesi Tıp Fakültesi’nin eğitim programını temel alan Ontario Veteriner Okulu’nun iletişim becerileri programında; veteriner hekim-hasta sahibi iletişimi, etik, liderlik, veteriner

⁷ Case DB(1988). Survey of expectations among clients of three small animal clinics. *J Am Vet Med Assoc*, **192**(4):498-502.

Antelyes J(1991). Difficult clients in the next decade. *J Am Vet Med Assoc*, **198**(4):550-552.

Mendel E (1991). Friendly communication is key to effective client interactions. *J Am Vet Med Assoc*, **198**(10):1707-1708.

hekimliğinde takım iletişimi, çatışma çözümü ve insan-hayvan etkileşimi gibi konularda yeterlik sağlanması hedeflenmiştir. Söz konusu eğitim programı; sınıf içi etkileşimli dersler, küçük grup uygulamaları, oyunlaştırma ve video kaydına alınmış alıştırma izlenmesi; SHS, SHH, gerçek hasta sahibi ve gerçek hayvan kullanarak görüşme gibi yöntemleri içermektedir (Adams ve Kurtz, 2006).

İletişim becerilerinde SHS kullanımının yaygınlaşmaya başlamasıyla birlikte, yine Ontario'da Ekim 2005 - Nisan 2006 tarihleri arasında veri toplama aşaması yürütülen ve 2008 yılında yayımlanan bir araştırmada; SHH olarak kullanılan canlı hayvanların yanı sıra ilk kez “gizli standart müşteriler” ile de çalışılmıştır (Nogueira Borden ve ark., 2008).

Kanada'nın ardından, İngiltere ve İrlanda'da geçerli olmak üzere veteriner hekimliğinde iletişim becerileri eğitimine yön vermek için 2001 yılında temelleri atılan NUVACS (*the National Unit for the Advancement of Veterinary Communication Skills*) projesi kapsamında; Liverpool Veteriner Okulu'nun (Eylül 2000); Glasgow Üniversitesi Veteriner Fakültesi'nin (2000/2001) Cambridge Veteriner Okulu'nun (2001), The Royal (Dick) Veteriner Okulu'nun (2001/2002), Bristol Üniversitesi Veteriner Okulu'nun (2003) ve Royal Veteriner Okulu'nun eğitim programlarında iletişim becerileri eğitime de yer vermeye başlanmıştır (Gray ve ark., 2006).

Sağlık Hizmeti İletişimi Enstitüsü (*Institute for Healthcare Communication-IHC*) tarafından geliştirilen 16 farklı eğitim modülünden oluşan Veteriner Hekimliği İletişim Projesi; 2003 yılından itibaren Birleşik Devletler, Kanada, Avustralya, Portekiz, Japonya ve Güney Amerika'da yer alan 51 veteriner okulu ile paylaşılarak eğitim sistemine dâhil edilmiştir (IHC, 2018b).

Amerikan Veteriner Hekimleri Birliği Eğitim Kurulu (*American Veterinary Medical Association Council on Education*); Birleşik Devletler için “akredite veteriner okulların gereksinimleri” başlığı altında “Standart 11, Yeterlik Çıktıları

Değerlendirmesi” alt başlığı kapsamında yer verdiği dokuz farklı yeterlikten sekizincisini müşteri iletişimi ve etik davranma olarak belirlemiştir (AVMA, 2017).

Wisconsin-Madison Üniversitesi Veteriner Okulu’nda 2001 yılından itibaren uygulanan oyunlaştırmada; danışmanlık psikolojisi alanında yüksek lisans ve doktora eğitimi alan öğrenciler, üçüncü sınıf öğrencileri için hasta sahibi rolünü üstlenmişlerdir. Chun ve ark. (2009), deneyimleyerek öğrenmeyi hedefleyen ve meslekler arası ortak çalışma prensibini hayata geçiren bu yaklaşımı benzersiz olarak nitelemiştir.

Dünya Hayvan Sağlığı Örgütü (OIE) tarafından yayımlanan “*Veterinary Education Core Curriculum OIE Guidelines*” başlıklı rehber kitapçıkta (OIE, 2013), iletişim becerileri konusuna gerek veteriner okullarının temel eğitim programlarında gerekse mezunların ilk gün yeterliklerinde ayrı bir başlık olarak yer verilmiştir.

Avrupa Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları Birliği’nin (*European Association of Establishments for Veterinary Education-EAEVE*) 2016 yılında Uppsala’da belirlediği, yeni mezun veteriner hekimlerin sahip olması gereken becerileri tanımlayan *İlk Gün Yeterlikleri* listesinde (EAEVE, 2016) ise; iletişim ve veteriner hekim-hasta sahibi ilişkisini içeren aşağıdaki maddeler bildirilmiştir:

1. İlk Gün Yeterlikleri

Veteriner hekim;

1.1. Hastalarla, hasta sahipleriyle, toplumla ve çevreyle ilişkilerinde etik ve yasal sorumluluklarının farkında olur.

1.4. Hasta sahipleriyle, toplumla, meslektaşlarıyla, yetkili mercilerle uygun bir dil kullanarak etkili bir iletişim kurar.

1.22. Uygun anamnez alarak, başvuru alan teşhis hizmetleri ile işbirliği içinde çalışır ve açık bir iletişim kurar.

1.32. Ötanazi gerektiğinde; hayvan sahibinin ve diğer kişilerin duygularına hassasiyet göstererek, hayvana saygı duyarak uygun bir yöntemle gerçekleştirir ve işlemin güvenliğini dikkate alarak hayvan bedeninin uzaklaştırılmasında danışmanlık yapar.

Türkiye’de veteriner hekimliği alanında iletişim becerileri ile ilgili konulara ilk olarak veteriner hekimliğin ahlaki değerlerinin kodlandığı *Veteriner Hekim Andi’nda* (Anonim, 1981), Türk Veteriner Hekimleri Birliği Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Uygulama Yönetmeliğinin yürürlüğe konulmasıyla birlikte geçerliğini yitiren *Veteriner Hekimliği Deontoloji Yönetmeliği’nde* (Resmi Gazete, 1994) ve *Veteriner Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda* (TVHB, 2000) yer verilmiştir.

Türkiye’de 1981 yılından beri uygulanan ve zaman içerisinde güncellenen meslek yemininde (Başagaç Gül ve Özkul, 2006) yer alan “...*hasta sahiplerinin duygu ve düşüncelerine saygı duyacağıma...*” (TVHB, 2011) ifadesi; veteriner hekimin sözlü ve sözsüz iletişim becerileri ve empati yeteneği ile hasta sahibine aktarabileceği sosyal becerilerine işaret etmektedir (Başagaç Gül, 2017).

Türk Veteriner Hekimleri Birliği Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Uygulama Yönetmeliği’nin Deontoloji başlıklı Sekizinci Bölümünün 83. Maddesi “*hasta ve hasta sahibine özen gösterme*” konusuna ayrılmış ve veteriner hekimlerin hasta sahiplerinin üzüntü ve duygusallığını anlayışla karşılamak zorunda olduğu vurgulanmıştır. Aynı Yönetmeliğin Disiplin Cezaları’nı içeren Onuncu Bölümünde; veteriner hekimin hastasına ilgi göstermemesi ve/veya ilgisiz davranmasının Yazılı İhtar ile cezalandırılacağı hükme bağlanmıştır (Resmi Gazete, 2006).

Türk Veteriner Hekimleri Birliği tarafından yayımlanan Veteriner Hekimlik Meslek Etiği Kuralları’nda; veteriner hekimlerin mesleklerini uygulamaları sırasında bilgisizlik, deneyimsizlik veya ilgisizlik nedeniyle bir hayvana zarar vermelerinin veteriner hekimliğin kötü uygulanması (malpraktis) anlamına geldiği (Madde 13) bildirilmektedir. “*Hasta Haklarına Saygı*” başlıklı 21. Madde’de ise veteriner

hekimlerin, hastalarının sağlık durumlarıyla ilgili kararları alırken uymak zorunda oldukları hasta (sahibi) hakları (bilgilenme hakkı, aydınlatılmış onam hakkı, tedaviyi kabul veya red hakkı) ile ilgili kurala yer verilmiştir. Madde 26, veteriner hekimin; hasta hayvanın sağlık durumu, klinik belirtiler, hastalığın tanısı, tedavi seçenekleri, tedavide başarı-başarısızlık oranı, tedavinin süresi ve nasıl yürütüleceği gibi hastayı ve hasta sahibini doğrudan ilgilendiren konulara yönelik bilgilendirme yükümlülüğü ile aydınlatılmış onama; Madde 29 ise ücretlerle ilgili bilgilendirmeye ayrılmıştır. Madde 27’de ise hasta sahibinin bilgilendirilmeme hakkına ilişkin olarak veteriner hekimin tutumundan söz edilmektedir. Madde 31’e göre; hasta sahiplerinin istedikleri takdirde hastaları ile ilgili tıbbi kayıt ve belgeleri veteriner hekimden isteme hakkı da mevcuttur (TVHB, 2000).

Türkiye’de veteriner hekimliği alanında 1990’lı yıllardan itibaren meslek mevzuatında düzenlenen ve etik kodlarda yer verilen iletişim becerileri konusu akademik düzeyde ilk kez Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi (AÜVF)’nde 2003-2004 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında birinci sınıflara yönelik olarak “*Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri*” adı altında bir seçmeli dersin eğitim programına eklenmesiyle ele alınmıştır (Başagaç Gül, 2017). AÜVF Dekanlığının 20.06.2018 tarihli ve 5116 sayılı resmi yazısına istinaden ECCVT tarafından onaylanan ilk gün yeterlikleri ile Bologna Bilgi Sisteminde yer alan program yeterlikleri değerlendirilmiş ve Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji (VHT&D) AD’nin Fakülte Dekanlığına hitaben 27.06.2018 tarihli ve 6467 sayılı resmi yazısı (Ek 1) ile, “*İletişim Becerileri*” isimli uygulamanın Türkiye’de ilk kez intörn eğitimi programına eklendiği görülmüştür. Türkiye’de veteriner hekimliğinde eğitim süreci ile paralel olarak, iletişim becerileri alanında ulaşılabilen ilk akademik alıřma⁸ ise 2004 yılında yayımlanmıştır.

Ağustos 2018 tarihi itibariyle eğitim-öğretim faaliyetlerini sürdüren 24 veteriner fakültesinin eğitim programları; temel iletişim becerileri, iletişim teknikleri, meslekler arası iletişim, veteriner hekim-hasta ve hasta sahibi etkileşimi konularını

⁸ Yerlikaya H (2004). Veteriner Hekimliğinde İletişim Becerileri, *Vet. Hek. Der. Derg.*, **75**(4):46-49.

içeren dersler açısından değerlendirildiğinde; 11 fakültede ilgili konuların, veteriner hekimliği ve toplum ilişkilerine ilişkin konuları içeren derslerde verildiği ve iki fakültede iletişim teknikleriyle ilgili derslerin olduğu saptanmış; 11 fakültede ise iletişim ve/veya veteriner hekimliği ve toplum ilişkileri özelinde seçmeli veya zorunlu dersin bulunmadığı belirlenmiştir (Çizelge 1.1.)⁹. Diğer yandan, tıp fakülteleri için hazırlanan çekirdek eğitim programının bir benzeri veteriner fakülteleri için henüz mevcut olmamakla birlikte; Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (VEDEK) tarafından belirlenen “11 Temel Standart”ın¹⁰ eğitim programıyla ilgili dokuzuncusu kapsamında anamnez alınması ve hasta sahipleriyle etkili iletişim kurulması konularında eğitim programının öğrencilere bilgi sahibi olma fırsatı sunması gerektiğine dikkat çekilmiştir (VEDEK, 2017). Ağustos 2018 verilerine (VEDEK; 2018) göre, AÜVF, İstanbul, Uludağ, Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi (30 Eylül 2015 tarihinden itibaren 7 yıl süreyle); Adnan Menderes Üniversitesi Veteriner Fakültesi (30 Aralık 2016 tarihinden itibaren 7 yıl süreyle) ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Veteriner Fakültesi (16 Şubat 2018 tarihinden itibaren 2 yıl süreyle şartlı olarak) VEDEK tarafından akredite edilmiştir.

1.4. Simülasyon Temelli Öğretim (STÖ)

Türk Dil Kurumu (2011) ve Dil Derneği'nin (2018) Türkçe sözlüklerinde “benzetim” olarak geçen simülasyonun etimolojik kökeni Latince'deki “benzer” anlamına gelen “*similis*”e dayanmaktadır (Ören ve ark., 2017). Sağlık alanında verilen

⁹ Çizelge verileri, Fakültelerin kurumsal web sayfalarında yer alan 2017-2018 Eğitim Öğretim Yılı Güz ve Bahar Yarıyıllarına ait ders programları, sınav takvimleri ve Bologna süreci kapsamında hazırlanan ders içerikleri incelenerek ve Öğrenci İşleri Birimi personeliyle telefonla görüşülerek elde edilmiştir.

¹⁰ Bahsedilen standartlar, VEDEK'in 11 Temmuz 2017 tarih ve 2017/3 sayılı Yönetim Kurulu Kararıyla kabul edilmiştir.

Çizelge 1.1. Türkiye’deki aktif veteriner fakültelerinin iletişim becerileri eğitim programları

Fakülte Adı	Ders Adı	Statü	Dönem	Süre
Ankara Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	2nci s0mestr	45 dk
Fırat Üniversitesi VF	Veteriner Hekimlik ve Halkla İlişkiler	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk
İstanbul Üniversitesi VF	İletişim Teknikleri	Seçmeli	2nci s0mestr	45 dk
Uludağ Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk
Selçuk Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk
Yüzüncü Yıl Üniversitesi VF	-			
Kafkas Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	2nci s0mestr	45 dk
Adnan Menderes Üniversitesi VF	-			
Dicle Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkisi	Seçmeli	5nci s0mestr ve sonrası	45 dk
Erciyes Üniversitesi VF	-			
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi VF	-			
Kırkkale Üniversitesi VF	-			
Mustafa Kemal Üniversitesi VF	-			
Harran Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	2nci s0mestr	45 dk
Afyon Kocatepe Üniversitesi VF	-			
Ondokuz Mayıs Üniversitesi VF	Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri	Seçmeli	3ncü s0mestr	45 dk
Atatürk Üniversitesi VF	-			
Balıkesir Üniversitesi VF	Beden Dili ve İletişim Teknikleri	Seçmeli	2nci s0mestr	45 dk
Cumhuriyet Üniversitesi VF	Veteriner Hekimlik ve Halkla İlişkiler	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk
Bingöl Üniversitesi VF	Veteriner Hekimlikte Halkla İlişkiler	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk
Aksaray Üniversitesi VF	-			
Namık Kemal Üniversitesi VF	-			
Çukurova Üniversitesi Ceyhan VF	-			
Siirt Üniversitesi VF	Veteriner Hekim Toplum İlişkileri	Seçmeli	1nci s0mestr	45 dk

eğitimde simülasyon kullanımının öğrenci, hasta ve eğitimci açısından çeşitli yararları bulunmaktadır. Simülasyon temelli öğretim, öğrencilere hata yapma korkusundan uzak, gerçek hastalara psikolojik ve/veya fiziksel zarar vermeden, defalarca uygulama yaparak öğrenme olanağı sunmaktadır. Bu özelliklerinin yanı sıra simülasyon ile yalnızca öğrencilerin öğrenmeleri değil; aynı zamanda performanslarının nesnel olarak değerlendirilmesi de mümkün olmaktadır (Mıdık ve Kartal, 2010).

Alinier (2007); tıpta eğitim amacıyla kullanılan simülasyon yöntemlerini beş farklı seviyede değerlendirmiş ve bu sınıflandırmaya aşağıda yer verilmiştir:

- Seviye 0: Kağıt ve kalem kullanılarak oluşturulan simülasyonlar,
- Seviye 1: 3-D modeller, düşük gerçeklikli simülasyonlar, parça görev öğreticileri,
- Seviye 2: Görüntüye dayalı simülatörler, bilgisayar temelli simülatörler, simülasyon yazılımları, videolar, sanal gerçeklik veya cerrahi simülatörler,
- Seviye 3: Simüle hastalar ve/veya gerçek hastalarla yapılan oyunlaştırma,
- Seviye 4: Orta uyumlu bilgisayar kontrollü hasta simülatörleri,
- Seviye 5: Yüksek uyumlu simülasyonlar.

Mıdık ve Kartal (2010); A. Ziv'in simülasyon ve simülatörleri, düşük teknoloji simülasyonlar (üç boyutlu organ modelleri, temel plastik mankenler, hayvan modelleri, insan kadvraları, SH görüşmeleri) ve yüksek teknoloji simülasyonlar (görüntüye dayalı simülatörler, gerçekçi-yüksek uyumlu girişimsel simülatörler, gerçekçi yüksek teknoloji interaktif insan simülatörü, sanal gerçeklik ve dokunmatik sistemler) olarak iki ana gruba ayırdığını bildirmektedir.

Maran ve Gravin (2003) ise, sağlık alanında kullanılan simülasyonları;

- Parça görev öğreticileri,
- Bilgisayar temelli sistemler,
- Sanal gerçeklik ve haptik (dokunmatik) sistemler,
- Simüle hastalar,
- Simüle ortamlar,
- Entegre simülatörler

olarak sınıflandırmaktadır.

Standart hasta¹¹; herhangi bir sağlık durumunu simüle ederek (canlandırılan/benzeştiren) sağlık çalışanının klinik bilgisini geliştirmek, uygulama yapmasını sağlamak, klinik becerilerini değerlendirmek ve geri bildirimde bulunmak üzere (Dudley, 2012) hastanın psikolojik ve duygusal durumunu, hastalık öyküsünü ve klinik belirtileri doğru bir şekilde, gerçekçi olarak ve defalarca canlandırabilmek için eğitim almış kişi (Wallace, 2007) olarak tanımlanmaktadır.

Tıp eğitiminde SH uygulaması ilk kez Nörolog Howard S. Barrows'un 1963 yılında Southern California Üniversitesi'nde üçüncü sınıf tıp öğrencilerine nöroloji stajları sırasında klinik beceri kazandırmak amacıyla hasta rolünü oynamaları için eğitilmiş aktörler kullanması ile başlamıştır (Anonim, 2018; Barrows ve Tamblyn, 1980; Dudley, 2012; Elçin ve ark., 2017). Klinik becerileri değerlendirme sınavında SH kullanımının ilk örnekleri ise 1980'li yıllarda verilmiştir (Wallace, 2007). Genel olarak; İngiltere ve Avustralya'da klinik becerilerin öğretilmesini hedefleyen SH uygulaması tercih edilirken; Kanada ve Kuzey Amerika'da becerilerin öğretilmesinden ziyade sıklıkla değerlendirilmesi üzerine kurgulanan SH yönteminin kullanıldığı görülmektedir (Nestel ve Bearman, 2015).

Literatürde, *standart hasta* teriminin yanı sıra simüle hasta, rol oynayan, aktör, klinik öğretim görevlisi (Dudley, 2012; Nestel ve Bearman, 2015); simülatör, hasta

¹¹ Tez çalışmasında 2.2. **Yöntem** bölümünde açıklandığı üzere “simüle” ve “standart” kavramları arasındaki ayrım ihmal edilerek, SH kısaltmasının kullanılması tercih edilmiştir.

öğretici, programlanmış hasta), yardımcı öğretici (Dudley, 2012); eğitilmiş hasta, gönüllü hasta (Nestel ve Bearman, 2015) gibi farklı adlandırmalara da rastlanmaktadır. Dudley (2012); eğitim oturumlarında görev alan ve görüşme sırasında doğaçlama yapabilen kişiler için *simüle hasta* (simulated patient) ve *simülatör* (simulator); değerlendirme oturumlarında görev alan ve görüşmelerde belirli standartlara uymak zorunda olan kişiler için ise *standart hasta* (standardized patient) terimlerini kullanmaktadır. Barrows (1987, 1993) ise, teknik olarak aralarında farklılık olmasına rağmen; simüle hasta ile standart hasta terimlerinin yarattığı karışıklığı önlemek adına iki kavramı “*SP*” kısaltması altında birleştirmiştir.

Günlük hayatta sıklıkla karşılaşılabilecek hasta profilini yansıtabilecek; çeşitli yaş aralıklarında, farklı vücut tiplerinde ve değişik eğitim seviyelerindeki kişiler, SH olarak değerlendirilebilirler (Dudley, 2012). Çeşitli kaynaklara göre, orta maliyetli (Maran ve Glavin, 2003; Mıdık ve Kartal, 2010) ve yüksek uyumlu (Mıdık ve Kartal, 2010) olan bu simülasyon türü; fiziksel muayeneye (Maran ve Glavin, 2003) ve uygulamaya dayalı geribildirimde olanak sağlamaktadır. Maran ve Glavin (2003) ve Mıdık ve Kartal (2010); SH kullanımını, öğrencilerin *-tek başına-* bağımsız öğrenmesine olanak tanımayan bir yöntem olarak bildirmelerine rağmen; Alinier’e (2007) göre bu yöntem; *-öğrenci veya eğiticinin yol göstermesiyle-* psikomotor, bilişsel ve kişiler arası becerileri öğrenmeye yardımcı olmaktadır.

Lloyd ve Bor (2006); Maguire ve ark. (1986) tarafından yazılan bir kitap bölümünde¹²; öğrencilerin etkili iletişim becerilerini öğrenmeleri için gerekli koşullar arasında; becerilerin bir öğretici tarafından canlandırılmasına; öğrencilere gerçek veya SH’lerle uygulama yapma şansı verilmesine ve öğrencilerin performanslarıyla ilgili sesli veya görsel (video kaydı ile) geri bildirimde bulunulmasına yer verildiği bildirilmektedir. SH ile görüşme, öğrencilerin klinik ve iletişim becerilerini

¹² Maguire P, Fairbairn S, Fletcher C (1986). Consultation skills of young doctors: benefits of undergraduate feedback training in interviewing. In: Steward M, Roter D (eds). Communicating with medical patients. Sage Publications.

geliştirmeleri için hem eğitim (Nestel ve Bearman, 2015) hem de değerlendirme aracı (Nestel ve Bearman, 2015; Smith ve ark., 2015) olarak kullanılmaktadır.

Thistlethwaite ve Ridgway (2015)'a göre, uygulayan kişinin deneyimleyerek öğrenmesini teşvik eden bir yöntem olan SH temelli simülasyonun altı basamağına aşağıda sırasıyla yer verilmiştir (Nestel ve Bearman, 2015):

- Hazırlanma
- Kısa bilgilendirme
- Simülasyon (klinik görüşme)
- Görüşme yapan kişiye geri bildirim verme ve çözümleme
- Değerlendirme
- Standart hastayla çözümleme

Tıp eğitiminde kullanılan SH'lerin benzeri olarak, veteriner hekimlerin hasta sahipleriyle daha iyi iletişim kurabilmeleri için uygulanan eğitim ve değerlendirme süreci kapsamındaki klinik görüşmeler sırasında; hekimin muayene edeceği hasta hayvan olarak görev almak üzere eğitilen gerçek hasta hayvan veya sağlıklı hayvana “*standart hasta/hayvan (animal standardized patient)*” denilmektedir. Yine gerçek bir hasta sahibinden beklendiği üzere hastaya (hayvana) ilişkin öyküyü anlatma ve hasta (hayvan) hakkında karar verme yetkisine sahip kişileri canlandırmak üzere kullanılan eğitilmiş kişiler ise literatürde standart müşteri (*standardized client-SC*) (Abood ve Kopcha, 2004; Adams ve Ladner, 2004; Nogueira Borden ve ark., 2008) ve simüle müşteri (*simulated client-SC*) (Adams ve ark., 2004b; Artemiou ve ark., 2013; Gray ve ark., 2006; Johnston ve Dale, 2004; Kneebone ve Baillie, 2008; Rennick, 2004; Strand ve ark., 2013) olarak adlandırılmaktadır.

Veteriner hekimliğinde iletişim becerileri eğitiminde simüle/standart müşteri¹³ kullanımının öğrencilerin gelişimi açısından birçok avantajı olmasının yanında, bazı dezavantajları da bulunmaktadır (Başagaç Gül, 2017).

Simüle hasta sahibi ve gerçek hasta sahibi etkileşimleri incelendiğinde; öğrencilerin SHS ile olan etkileşimlerini daha başarılı ve daha güvenli bir şekilde yürüttüğü, hata yapmaktan çekinmediği, eğitimden sonra gerçek hasta sahipleriyle yapılan görüşmelerde daha çok sorumluluk aldığı ve problemleri daha özenli şekilde çözmeye çalıştığı görülmektedir (Hafen Jr ve ark., 2013).

Simüle hasta sahibi ile görüşme yönteminin avantajlar ve dezavantajları çeşitli kaynaklardan (Adams ve Ladner, 2004; Anonim, 2016; Maguire ve Pitceathly, 2002; Shaw ve Ihle, 2006) derlenerek aşağıda verilmiştir.

Avantajları:

- Geçerli ve güvenilir bir yöntem olma,
- Veteriner hekim adayına, tek bir senaryo üzerinde defalarca uygulama yapabilme olanağı sağlayabilme,
- Esnek çalışma programı sayesinde, istenildiği her zaman ve her yerde rahatlıkla uygulanabilme,
- Kolay uygulanabilme,
- Senaryolar herkes ve her uygulama için aynı olmakla beraber, görüşme sırasında SHS'ye doğaçlama yapabilme şansı tanıma,
- Veteriner hekimlere mesleki uygulamalarında karşılaşılabilecekleri özel durumları (zor hasta sahibi, kötü haber verme, çatışma çözümü vb.) da deneyimleyebilme fırsatı sunma,

¹³ Çalışmada; bu bölümden itibaren standart/simüle müşteri yerine Standart/Simüle Hasta Sahibi (SHS) teriminin kullanılması tercih edilmiş ve gerekçesi **2.2. Gereç ve Yöntem** bölümünde açıklanmıştır.

- Eğiticinin ve öğrenen kişinin ihtiyaçlarına uyum sağlamak üzere özelleştirilebilme/esnetilebilme,
- Öğrenci ve eğiticilerden hızlı geri bildirim alabilme,
- Eğitici tarafından kontrol edilebilme (görüşme yapan kişinin zor durumda kalması durumunda görüşmeyi durdurulabilme ve/veya görüşmeye ara verilebilme),
- Hastaya ve/veya hasta yakınına zarar vermeden, risklerden uzak ve güvenli bir şekilde uygulama yapabilme.

Dezavantajları:

- Oyunculara ödenen ücretin pahalı olması,
- Oyunculara verilecek eğitimin maliyetli olması ve zaman alması,
- Oyuncuların rollerine çalışmalarının teşvik ve kontrol edilmesi,
- Yeni senaryoların hazırlanması,
- SHS'ler arasında belirli bir standardizasyonun olmaması,
- Öğrencilerin, karmaşık rollere kolay adapte olamaması.

Görüşmeler sırasında aktör kullanımına göre daha masrafsız olan ve doğaçlamaya uygunluğu ile öğrencilere kişiler arası iletişim becerilerini geliştirmek için fırsat sunan (Barrows, 1987), kişiler arası etkileşime dikkat çeken (Heru, 2014), öğrencilerin kendilerini hasta sahibi ve/veya veteriner hekimin yerine koyarak yaptıkları bir diğer simülasyon yöntemi ise oyunlaştırmadır. Sağlık alanındaki iletişim konusunda bilgi, tutum ve beceri kazandırmaya yönelik (Acharya ve ark., 2014; Manzoor ve ark., 2012; Nestel ve Tierney, 2007) olarak kullanılan bu yöntem; kişiler arası etkileşimi ve iletişim becerilerini deneyimleyerek öğrenmeyi sağlamaktadır (Joyner ve Young, 2006; McIlvried ve ark., 2008). Oyunlaştırma yöntemi (OY) ile katılımcıların, senaryo doğrultusunda kendilerini bir başkasının yerine koyarak veya kendilerini oynayarak öğrenmeleri hedeflenmektedir (Simpson, 1985).

Öğrenciler oyunlaştırma yöntemine; önceden yazılmış senaryolar doğrultusunda, hasta ya da sağlık çalışanı rolünü canlandırarak aktif olarak katılmaktadır (McIlvried ve ark., 2008). Gerçek hastalarla deneyimin yaratacağı sınırlılıklardan uzak olarak (Joyner ve Young, 2006), daha önce karşılaşmadıkları çeşitli tıbbi durumları güvenli bir şekilde deneyimleme imkanı bulan öğrenciler; bu yöntemde kullanılan farklı senaryolar ile, karşılaştıkları kişilerin duygularını daha iyi anlayabilecekleri empati yeteneklerini geliştirebilirler (McIlvried ve ark., 2008).

Lepisto ve ark. (2017), oyunlaştırma yönteminin avantajları olarak; düşük maliyetli olma, kolay uygulanabilme ve katılımcılara hem hastanın hem de sağlık çalışanının bakış açısını kazandırma özelliklerine dikkat çekmiştir. Yapılan bir çalışmada (Nestel ve Tierney, 2007) katılımcıların %96,5'i; OY deneyimlerinin, iletişim becerilerine yardımcı olduğunu bildirmiştir. Başka bir çalışmada (Acharya ve ark., 2014) da oyunlaştırmanın, klinik becerilerin öğretilmesinde çok önemli bir araç olarak kullanılabileceği savunulmuştur.

Joyner ve Young (2006); başarılı bir oyunlaştırma süreci için “12 İpuçu” olarak isimlendirdikleri aşağıdaki önerilere yer vermişlerdir:

- İpuçu 1: Hazırlanın.
- İpuçu 2: Öğrenme hedeflerini açıklayın.
- İpuçu 3: Zorlayıcı senaryolar hazırlayın.
- İpuçu 4: Rollerini belirleyin.
- İpuçu 5: Yeterli zaman ayırın.
- İpuçu 6: Tüm öğrencileri dâhil edin.
- İpuçu 7: Temel kuralları tanımlayın.
- İpuçu 8: Gözlemci öğrencilerle de ilgilenin.
- İpuçu 9: Yapılandırılmış değerlendirme formu kullanın.
- İpuçu 10: Her katılımcı için çözümleme ve geri bildirim yaptığınızdan emin olun.

- İpuçu 11: Katılımcıları refleksiyon yapmaları için cesaretlendirin.
- İpuçu 12: Mizah anlayışınızı koruyun.

1.5. Kötü Haber Verme Becerisi

Buckman (1984); farklı kaynaklarda çeşitli tanımlarına rastlanan kötü haberi, “*hastanın geleceği ile ilgili bakış açısını şiddetli bir şekilde olumsuz olarak etkileyen haber*” olarak tanımlamıştır. Buckman’a (1992) göre; sağlık çalışanının meslek hayatının önemli bir parçası olan kötü haber verme becerisi öğrenilebilir bir beceridir; deneyim ve uzmanlık gerektirir. Kötü haber; duyan kişide acıya neden olmakta ve çoğu hekim kötü haber vermekten hoşlanmamaktadır (Cohen, 2008). Macdonald (2004); kötü haberi, hem hekimler hem de hastalar için stres kaynağı olarak nitelenmiştir. Kötü haberin hastada yarattığı etki ve ne kadar “*kötü*” olduğu; hastanın gelecek planları ve beklentileri ile tıbbi gerçekler arasındaki farkın büyüklüğü ile belirlenmektedir. Kötü haberin içeriği; klinik görüşmenin mali boyutundan, malpraktis nedeniyle hayvanın ölümüne kadar değişebilecek geniş bir yelpazeyi kapsayabilmektedir (Cohen, 2008).

Kogan (2004), tüm veteriner hekim-hasta sahibi etkileşiminde iletişimin yadsınamaz bir yeri olduğunu söyleyerek; kötü haber iletişimini veteriner hekim-hasta sahibi ilişkisinin tam merkezine almaktadır.

Lloyd ve Bor’a (2006) göre kötü haber verme süreci; göz önünde bulundurulması gereken beş ana madde (*hekimin kendini hazırlaması; fiziksel düzenlemeler; hasta ile konuşma ve endişelerine karşılık verme; izleme ve takip etme; geri bildirim ve meslektaşlara devretme*) ve birbirini takip eden dört basamaktan (*bilgi verme; hastanın bilgiyi anladığını kontrol etme; hastanın temel endişelerini tanımlama; hastanın başa çıkma yollarını ortaya çıkarma, gerçekçi umut verme*) oluşmaktadır.

Buckman (1992); tıp hekimliğinde kötü haber verme ile ilgili “*Altı Basamaklı Protokol*” adı verilen ve İngilizce baş harflerinden dolayı SPIKES¹⁴ olarak adlandırılan (Baile ve ark., 2000) aşağıdaki süreci tanımlamıştır:

- Adım 1- Görüşmeye başlama
- Adım 2- Hastanın ne kadar bildiğini saptama
- Adım 3- Hastanın ne kadar bilmek istediğini saptama
- Adım 4- Bilgiyi paylaşma
- Adım 5- Hastanın duygularına karşılık verme
- Adım 6- Gelecek planı yapma

Shaw ve Lagoni (2007), veteriner hekimliğinde kötü haber verme sürecine; görüşmeye en uygun şekilde *başlama*, hasta sahibinin *bakış açısını anlama*, ne kadar bilgi vereceği konusunda hasta sahibinin *iznini alma*, *kötü haberi verme-açıklama yapma*, *hasta sahibi ile empati kurma* ve görüşme sırasında konuşulanları *özetleme-gelecek planı yapma* aşamalarından oluşan altı basamaklı yaklaşımla ışık tutmaktadır.

Villagran ve ark., (2010) da kötü haber verme aşamasında önemli olabilecek bileşenlerin baş harflerini dikkate alarak “*COMFORT*”¹⁵ adı verilen modeli tanımlamıştır.

Kötü haberi verecek hekim, görüşmeye başlamadan önce rutin meşguliyetinden sıyrılmalı (Lloyd ve Bor, 2006) ve fiziksel koşulları iyileştirmelidir (Buckman, 1992; Mcdonald, 2004). Görüşme, mümkünse ayrı ve konforlu bir odada yapılmalıdır (Mcdonald, 2004; Lloyd ve Bor, 2006). Görüşmenin nerede yapılacağı ve

¹⁴ Step 1: SETTING UP the Interview, Step 2: Assessing the Patient’s PERCEPTION, Step 3: Obtaining the Patient’s INVITATION, Step 4: Giving KNOWLEDGE and Information to the Patient, Step 5: Addressing the Patient’s EMOTIONS with Empathic Responses, Step 6: STRATEGY and SUMMARY.

¹⁵ Communicating, Orientation, Mindfulness, Family, Ongoing, Reiterative, Team.

görüşme yapılan yerde kimlerin bulunması gerektiği bu aşamada belirlenmelidir (Buckman, 1992; Mcdonald, 2004).

Başlama aşamasından sonra; hastanın, tıbbi durumu hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu saptamak gerekmektedir. Görüşmenin en can alıcı bölümü olan bu süreç, yüksek düzeyde konsantrasyon ve etkili dinleme becerileri gerektirmektedir. Hastanın ne kadar bilmek istediğini saptama aşaması; hastanın ne kadar bilgiyi öğrenmek istediğini hekime belli ettiği süreci karşılamaktadır (Buckman, 1992). Hekimin bilgiyi paylaşma aşaması; teşhis, hastalığın seyri (prognoz), tedavi planı ve destek süreçlerinden oluşmaktadır. Bu aşama, bir önceki aşamada anlatılan hastanın, bilginin ne kadarını öğrenmek istediği ile ilgilidir (Buckman, 1992). Eğer hasta kendi durumu ile ilgili ayrıntılı bilgi istiyorsa; hastaya zaman ayrılarak olası zorluklarla nasıl başa çıkılacağı önceden planlamalıdır (Lloyd ve Bor, 2006). Hasta, detayları öğrenmek istemiyorsa tedavi ve gelecek planı yapılarak bu aşama sonlandırılabilir (Buckman,1992).

Kötü haber; ilk başta durumu önceden sezdirenen bir uyarı ifadesi (*warning shot*) kullanılarak, küçük parçalar halinde, medikal terminolojiden uzak, yalın ve anlaşılır bir dille verilmelidir (Buckman, 1992; Mcdonald, 2004). Asıl haberden önce; bu habere ilişkin bilgilerin verilmesi, Gürüz ve Temel Eğinli'nin (2014) "*ileribildirim*" kavramı altında değerlendirilebilir. Kötü haber verirken hastaya ne söylendiğinden çok, nasıl söylendiği önemli olduğu için; aktarılacak bilgi yavaşça, adım adım ve en az tıbbi terim/ jargon kullanarak; hastanın ihtiyaç ve endişelerine yönelik empati kurarak aşağıda belirtilen aşamaları kapsayacak şekilde verilmelidir (Lloyd ve Bor, 2006):

- Hasta veya hasta yakınının hastalık hakkında ne bildiğini ölçme
- Hasta veya hasta yakınının hastalık hakkında ne bilmek istediğini ölçme
- Aktif dinleme ve bilgi verme
- Hastanın kötü haber ile başa çıkabilme yollarını ortaya çıkarma
- Gerçekçi umut aşılama

Hekimden hastaya gönderilen bilginin, doğru bir biçimde iletildiğinden emin olunması ve hastaya iletilen mesajın doğrulanması için, hekimin paylaştığı bilginin hasta tarafından özetlenmesi istenerek; ne kadarının anlaşıldığı kontrol edilmeli ve yanlış anlaşılmalara önüne geçilmelidir (Buckman, 1992; Lloyd ve Bor, 2006).

Cohen (2008); insan hekimliği uygulamalarına benzer olarak veteriner hekimliğinde de kötü haber verilirken; veteriner hekimin açıklaması gereken tüm bilgi için yeterli zamanı yaratması, bu süre zarfında hasta sahibine hastası ile ilgili mantıklı karar verebilmesi için yardımcı olması gerektiğini bildirmiştir. Veteriner hekim, bu bilgiyi bir bütün olarak aktarmak yerine daha küçük parçalara ayırmalıdır. Aktarılan bilginin (kötü haberin) hasta sahibi tarafından algılanması ve sindirilmesi beklenmeli ve bilginin hasta sahibi tarafından ne kadar anlaşıldığı da kontrol edilmelidir (Cohen, 2008; Gray ve Moffet, 2010).

Buckman (1992); temel bir kural olarak kötü haber verirken hekimin oturması gerektiğini söylemektedir. Kötü haber verme sırasında; hekim, fiziksel pozisyonunu uygun hale getirmeli, göz teması kurmalı ve dikkat dağıtıcı davranışlardan kaçınmalıdır (Lloyd ve Bor, 2006).

Başarılı bir kötü haber verme deneyimi; hekimin, hastasının tepki ve duygularına nasıl karşılık verdiğiyle ilgilidir. Herhangi bir duygunun dışa yansımaları olan ağlama; kötü haber verilirken birçok hastada akut tepki olarak görülmektedir. Hastanın kötü haberi duyduğunda ağlaması, kötü haberle başa çıkma yöntemlerinden biri olarak görülebilir. Hasta; kötü haberi alınca inkâr etme, öfke, korku, hırs, pazarlık yapma, kendini veya başkasını suçlama, anksiyete, inanmama, gerçekçi olmayan umut, çaresizlik gibi çeşitli duygular deneyimleyebilir. Hekim bu aşamada, hastanın duygu ve tepkilerine empatik yanıtlar vermeli; hastanın kötü hissetmesine neden olan duygu durumunu öğrenmeye çalışarak, hasta biraz daha sakinleşene kadar ihtiyaçlarını gidermeye çalışmalıdır (Buckman, 1992).

Hasta, kötü haberi aldıktan sonra ağlıyorsa peçete uzatılmalı, konuşmaya ara verilmeli ve empatik yanıtla ile hastanın duygularının anlaşıldığı ifade edilmelidir. Bu aşamada hastaya temas edilecekse; hastanın rızası olmadan dokunulmamasına¹⁶ özen gösterilmeli, hastaya sarılma ve öpme gibi davranışlar sergilenmemelidir (Lloyd ve Bor, 2006).

Gelecek planı yapma aşaması; hastanın problemlerini anlama, tedavi süreci ile ilgili plan yaparak hastaya açıklama, hastanın başa çıkma stratejilerini oluşturma ve hastaya destek/yardım kaynaklarını tanımlama basamaklarını içermektedir. Hastayı etkin dinleyip söylediklerini anlamak bu aşamanın en önemli bileşeni olarak görülmektedir. Bu aşama, görüşmenin önemli noktaları özetlendikten sonra hasta ile geleceğe dair bir sözleşme yapılarak sonlandırılmalıdır (Buckman, 1992).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı'nın İyi Hekimlik Uygulamaları kapsamındaki iletişim becerileri eğitiminde, kötü haber verme becerisini öğretmek üzere hazırlanan, iki bölüm ve 19 alt başlıktan oluşan öğrenim rehberine (Elçin ve ark., 2017) aşağıda kısaca yer verilmiştir:

- Görüşme öncesinde:
 1. Hasta ile görüşme yapmaya hazır olma
 2. Hasta hakkında ayrıntılı bilgi sahibi olma
 3. Görüşmeyi önceden planlayarak gerekli ortam koşullarını sağlama
 4. Kötü haberin kime/kimlere verileceğini belirleme
- Görüşme sırasında:
 5. Görüşmenin bölünmemesini sağlama
 6. Görüşme ile uyumlu bir vücut dili kullanma

¹⁶ Buckman (1992); görüşmeye başlamadan önce hasta ile el sıkışıldığı takdirde “*dokunma bariyerinin*” aşıldığını; hasta kendini rahat hissediyorsa görüşmenin ilerleyen aşamalarında temasa devam edilebileceğini, rahatsız olduğu takdirde ise temasın kesilmesi gerektiğini bildirmiştir.

7. Hastayı ve/veya yakınlarını uygun şekilde karşılama
8. Kendini tanıtmaya
9. Hasta ve/veya yakınlarının adını ve yakınlığını sorma
10. Hasta ve/veya yakınlarının ne kadar bilgi isteyebileceklerini anlamaya çalışma
11. Hastanın anlayacağı bir dil kullanma
12. Asıl bilgiyi/haberi özenli ifadeler kullanarak adım adım verme
13. Hastanın duygularına empati gösterme
14. Hastanın sorusu olup olmadığını öğrenme
15. Profesyonel ve etik değerlere bağlı kalma
16. Hastanın/ hastalığın yönetimini konuşma
17. Hasta ve/veya hasta yakınlarının alabilecekleri desteği açıklama
18. Sonraki aşamalar için hastayı bilgilendirme
19. Görüşmeyi bitirerek hastayı ve/veya yakınlarını nazik bir şekilde uğurlama.

1.6. Amaç

Türkiye'deki Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalları vizyon ve misyonları gereği *tarih* (Türkiye'de ve dünyada veteriner hekimliği mesleğinin doğuşu ve gelişimi vb.) *eğitim-öğretim* (Avrupa veteriner okullarının akreditasyon sistemleri vb.) *mevzuat* (Türkiye'de veteriner hekimliği mesleği ile ilgili normlar) ve *etik* (meslek etiği, hayvan etiği, araştırma ve yayın etiği vb.) alanında lisans ve lisansüstü eğitim-öğretim, araştırma ve yayın faaliyetlerini yürütmektedir. Tezin 1.3. *Veteriner Hekimliğinde İletişim* alt başlıklı bölümünde görüldüğü üzere söz konusu faaliyet alanlarından özellikle meslek mevzutu ve etik, iletişim becerileri konularını önemli ölçüde içermektedir. Bu bağlamda, öğrencilere özellikle iletişim becerilerini aktarmak üzere kurgulanan ve “*Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri*”, “*Veteriner Hekimlik ve Halkla İlişkiler*”, “*Beden Dili ve İletişim Teknikleri*” ya da yalnızca “*İletişim Teknikleri*” başlıklı dersler de ağırlıklı olarak VHT&D Anabilim Dalları tarafından üstlenilmiştir.

Veteriner hekimlerin iletişim becerilerinin klinik uygulamalarına katkı sağlayacağı öngörüsüyle yola çıkılarak yapılan literatür taramasında; Türkiye’de veteriner hekimliği eğitiminde simülasyon temelli öğretim programı (SHS ile görüşme ve OY) ve kötü haber verme becerisine dair yayımlanmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ulusal Tez Merkezi veri tabanında yapılan tezler Şubat 2016 tarihinden Mayıs 2018 tarihine kadar taranmış; ancak **veteriner hekimliği alanında** “*simülasyon temelli öğretim*”, “*oyunlaştırma yöntemi*”, “*standart hasta sahibi/müşteri*”, “*kötü haber verme*” ve “*iletişim becerileri*” anahtar kelimelerini içeren bir yüksek lisans veya doktora tezi bulunamamıştır.

Bu tez çalışması ile; Türkiye’de kendi alanında ilk kez, veteriner hekim adaylarının hasta sahipleriyle yaşayacakları etkileşimi önceden deneyimleyebilmesi için simülasyon temelli öğretimle iletişim becerileri konusunda gerekli eğitimi almaları sağlanarak; yöntemin uygulanabilirliği ve veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerilerini nasıl etkilediği araştırılacaktır. Bu kapsamda, aşağıdaki hipotezlerin doğrulukları sınanacaktır:

- Hipotez 1: Teorik eğitim ve oyunlaştırma yönteminin birlikte kullanılması, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.
- Hipotez 2: Teorik eğitim almadan ve oyunlaştırma yapmadan yalnızca SHS ile görüşme deneyimi, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.
- Hipotez 3: Teorik eğitim, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Gereç

2.1.1. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini; AÜVF’de 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılında intörn eğitimi alan toplam 125 öğrenci oluşturmuştur. Fakültede mevcut 20 anabilim dalı (AD) arasından seçkisiz olarak belirlenen Dölerme ve Suni Tohumlama AD ile yapılan protokol kapsamında (Ek 2a, 2b); AD’nin klinik uygulama saatleri dışında kalan serbest zamanlarında gönüllülük esasıyla çalışmaya dâhil olan ve araştırmanın örneklemini oluşturan toplam 79 intörnden 67’si temsil ettiği deney grubunun tüm faaliyetlerine katılarak süreci eksiksiz tamamlamıştır.

2.1.2. Araştırmanın Deseni ve Çalışma Grupları

Araştırmanın modeli ön test (ÖT) - son test (ST) kontrol gruplu karışık desen olarak tasarlanmıştır. Çalışma, iki farklı deney grubu (Deney A ve Deney B) ve bir kontrol grubuyla yürütülmüştür. Çalışmanın Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarında sırasıyla 24, 20 ve 23 gönüllü intörn veteriner hekim yer almıştır. Deney A Grubu, oyunlaştırma yönteminin kötü haber verme becerisine etkisini değerlendirmek üzere 24 katılımcıyla; Deney B Grubu, yalnızca teorik bilginin, kötü haber verme becerisine etkisini değerlendirmek üzere 20 katılımcı ile oluşturulmuştur. Çalışmanın 23 kişilik Kontrol Grubu; katılımcıların kötü haber verme becerilerindeki değişimin standart hasta sahibi ile görüşme deneyiminden kaynaklanabileceğini gözlemlemek amacıyla kurulmuştur.

Üç farklı deney grubunda toplam 16 farklı rotasyon ile çalışılmıştır. Deney A Grubu DA1 (5 katılımcı), DA2 (4 katılımcı), DA3 (5 katılımcı), DA4 (6 katılımcı) ve DA5 (4 katılımcı) rotasyonlarından oluşmaktadır. Deney B Grubu olarak DB1 (3 katılımcı), DB2 (7 katılımcı), DB3 (3 katılımcı), DB4 (5 katılımcı) ve DB5 (2 katılımcı) alt grupları ile çalışılmış; Kontrol Grubunda ise K1 (4 katılımcı), K2 (4 katılımcı), K3 (3 katılımcı), K4 (6 katılımcı) K5 (3 katılımcı) ve K6 (3 katılımcı) rotasyonları yer almıştır. Deney gruplarındaki 16 farklı rotasyonda ortalama 4 katılımcı olduğu tespit edilmiştir.

2.1.3. Çalışmanın Süresi ve Çalışma Programı

Çalışma; 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Güz Yarıyılında (15 Ağustos 2016, Pazartesi) başlamış; 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında (24 Şubat 2017, Cuma) sonlandırılmıştır. Katılımcılar iki haftalık rotasyonlar halinde araştırmaya dâhil edilmiştir. Her rotasyonun ilk Pazartesi günü Birinci Oturum; takip eden Cuma günü İkinci Oturum gerçekleştirilmiştir. Sonraki haftanın Pazartesi günü Üçüncü Oturum; takip eden Cuma günü ise Dördüncü Oturum tamamlanmıştır (Çizelge 2.1.).

Araştırma süresince, Deney A ve Deney B Gruplarıyla toplam dört oturum; Kontrol Grubuyla yalnızca iki oturum (Birinci Oturum ve Dördüncü Oturum) çalışılmıştır.

Çizelge 2.1. Oturum takvimi.

	Pazartesi	Salı	Çarşamba	Perşembe	Cuma
	1. Gün	2.Gün	3.Gün	4.Gün	5. Gün
1. Hafta	Birinci Oturum				İkinci Oturum
2. Hafta	Üçüncü Oturum		Rutin Klinik Uygulamalar		Dördüncü Oturum

2.1.4. Veri Toplama ve Ölçme Araçları ile Bu Araçların Geçerlik ve Güvenirlikleri

Deney A Grubunda yer alan dört katılımcı (VET 14, VET 21 ve VET22) , Deney B Grubunda yer alan altı katılımcı (VET30, VET31, VET44, VET61, VET62, VET63) ve Kontrol Grubunda yer alan üç katılımcı (VET67, VET77 ve VET78) çalışmanın tüm oturumlarına katılmadıklarından; bu katılımcıların istedikleri takdirde çalışmaya devam edebilmeleri sağlanmış; ancak verileri değerlendirmeye alınmamıştır.

Çalışmanın tamamına dâhil olan tüm katılımcıların ÖT ve ST görüşmelerinden elde edilen nicel veriler, 10 temel maddeden oluşan Gözlemci Geri Bildirim Formu (GGBF) (Ek 3) başlıklı kontrol listesi ile toplanmıştır. Kontrol listesindeki her bir madde “**Evet veya 2 puan**”; “**Bazen veya 1 puan**” ve “**Hayır veya 0 puan**” olacak şekilde üçlü ölçek ile puanlandırılmıştır. Maddelerin tamamına uyan bir katılımcının 20 puan (10 madde x 2 puan) alması hedeflenmiştir.

Ölçme aracı olarak kullanılan GGBF; farklı disiplinlerde görev yapan beş akademisyenin¹⁷ görüş ve önerileri alınarak geliştirilmiştir. Pilot uygulama sırasında güncellenen bu Formun geçerliği uzman görüşleri ile onaylanmıştır. Yapılan araştırmada; zamana göre değişmezlik (*intrarater reliability*) ve bağımsız gözlemciler arası uyum (*interrater reliability*) ölçütleri göz önüne alınarak nicel veriler için ölçme aracının puanlama güvenilirliği kanıtlanmıştır.

Çalışmanın nitel verileri; Deney A, Deney B ve Kontrol Grubunda yer alan katılımcılarla yapılan Odak Grup Görüşmeleri (OGG) ile toplanmıştır. OGG’de

¹⁷ Prof. Dr. R. Tamay Başağaç Gül, AÜVF VHT&D AD; Dr. Öğr. Üyesi Doğukan Özen, AÜVF Biyoistatistik AD, Prof. Dr. Melih Elçin, HÜ TEBAD; Prof. Dr. Selim Hovardaoğlu, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü ve Prof. Dr. Hafize Keser, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Bilgisayar ve Eğitim Teknolojileri Eğitimi Bölümü.

katılımcıların dâhil oldukları deney gruplarına göre tam yapılandırılmış olarak hazırlanan ve Ek 4’te yer alan ölçme aracı kullanılmıştır.

Odak Grup Görüşmelerinden üretilen nitel verilerin iç geçerliği (inanırlılığı); üçgenleme (çeşitleme) tekniği, katılımcı doğrulaması (üye kontrolü), yoğun betimleme ve araştırmacı esnekliği ile sağlanmış; kodlayıcılar arası görüş birliği tespit edilerek nitel verilerin güvenilirliği (tutarlılığı) kanıtlanmıştır.

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, **2.2. Yöntem** bölümünde “**2.2.2.7. Ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirlik analizleri**” başlığı altında detaylandırılmıştır.

2.2. Yöntem

2.2.1. Pilot Uygulama

Çalışmanın pilot uygulamasından önce yapılan hazırlık sürecinde, araştırmacı ile SHS’nin yaptığı görüşmelerde sağlıklı SH kullanılmış; ancak, pilot uygulama ve asıl çalışma sırasında etik kaygılar ve hayvan gönenci gözetildiğinden; klinik görüşmelerde canlı hayvanların standart hasta olarak kullanılması yerine, simülasyon temelli öğretimin farklı bir bileşeni olan simülatörlerin kullanılması tercih edilmiştir. Yine bu süreçte; araştırmacının “*veteriner hekim*”; Fakültede klinik bilimler alanında görev yapan bir akademisyenin de SHS olarak rol yaptığı birkaç görüşme gerçekleştirilmiştir. Bu görüşmelerde yer alan klinisyen veteriner hekimin, hastalık hakkında hiçbir bilgisi olmayan bir hasta sahibini canlandırmasının güçlüğü fark edildiğinden; pilot uygulama ve asıl çalışmada standart hasta sahibi olarak görev alan bireylerin, daha önce tıp veya veteriner hekimliği eğitimi almamış, literatüre yabancı kişilerden seçilmesine özen gösterilmiştir.

Araştırmanın pilot uygulamasına; Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 10/3/2016 tarihli ve 6/86 sayılı kararı ile başlanmıştır (Ek 5).

Pilot uygulamanın deneme sürecinde, sahibinden izin alınan uysal bir kedinin standart hasta olarak değerlendirildiği, dört farklı ön görüşme aynı gün içinde yapılmıştır. Bu görüşmelerde, kedi besleme tecrübesi olan orta yaşlı bir kadın ve bir erkek SHS olarak; çalışmayı yapan araştırmacı ise veteriner hekim rolünde yer almıştır. Görüşmeler sırasında, belirli bir süre geçtikten sonra kedinin dikkatinin dağılması ve görüşme merkezinde zapt edilme güçlüğü dikkate alınarak, pilot çalışma sırasında hayvan kullanılmaması tercih edilmiştir. Senaryolarda düzenlemeler yapılarak, görüşme sırasında hayvan olmamasının nedeni aydınlatılmıştır. Ancak, pilot çalışmanın sonundaki OGG'den üretilen verilerden ve katılımcıların görüşme sonrası sözlü geri bildirimlerinden; klinik görüşmelerde hayvan bulunmamasının, veteriner hekimlerin görüşme sırasında kendilerini rahat hissetmemelerine, beden dillerini (vücut duruşu-postür, el ve kol hareketleri, göz teması) kullanmakta ve klinik belirtileri anlatmakta güçlük çekmelerine; ayrıca konsantrasyon kaybına yol açtığı sonucuna varılmıştır.

Pilot uygulama, ön test - son test kontrol gruplu karışık desen olarak tasarlanmıştır. Pilot uygulamanın, evrenini AÜVF'de 2015-2016 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında intörn eğitimi alan 174 öğrenci; örneklemini ise çalışmaya gönüllü olarak katılan 86 intörn oluşturmuştur. Gönüllü katılımcılar, pilot uygulamanın ilk oturumunda çalışma hakkında bilgilendirilmiş; yazılı onamları alındıktan sonra pilot uygulama süreci başlamıştır.

Katılımcılar; seçkisiz atama ile Deney ve Kontrol Grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Deney Grubuna ön testin ardından, temel iletişim becerileri ve beden dili ile ilgili teorik eğitim verilmiştir. Eğitimi takip eden oturumda oyunlaştırma yöntemi uygulanmış ve son oturumda son test yapılmıştır. Kontrol Grubuna ise yalnızca ön test ve son test yapılmıştır. Ön test ve son testlerde, katılımcılar SHS ile görüşme becerilerini deneyimlemiş; görüşmenin hemen ardından, standart hasta sahipleri

katılımcılara görüşme performansları ile ilgili geri bildirim vermiştir. Her iki deney grubunun son test uygulamasını takiben, katılımcılarla OGG yapılmıştır. Çalışma boyunca; altı farklı SHS ve biri ön test, diğeri de son testte kullanılmak üzere iki farklı senaryo ile çalışılmıştır.

Pilot çalışmanın uygulamaları, HÜTF TEBAD bünyesindeki Eğitim ve Değerlendirme Merkezi'nde yer alan, harekete duyarlı kamera sistemine sahip ve donanımlı üç farklı görüşme odasında tamamlanmıştır. Görüşmeler; aynı anda iki farklı odayı izlemeyi sağlayan aynalı odadan takip edilmiştir.

Pilot uygulama sırasında, ön test ve son testin değerlendirilmesinde kullanılan GGBF'nin bazı maddelerinin, farklı gözlemciler tarafından aynı şekilde anlaşılabilmesi için güncelleştirilmesi amacıyla Ankara Üniversitesi Etik Kuruluna revizyon önerilmiştir. Kurulun, 13/06/2016 tarihli toplantısında alınan 13/204 sayılı karar (Ek 6) ile revizyonun etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

Pilot uygulamanın 2015-2016 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında (17 Haziran 2016, Cuma) tamamlanmasının ardından; Deney Grubuna verilen eğitimin, beden dili ile ilgili bölümünün azaltılarak; iletişim engelleri, etkin dinleme ve çatışma çözümü gibi terapötik iletişim becerilerine ağırlık verilmesinin, kötü haber verme becerisinin geliştirilmesinde daha etkili olacağı sonucuna varılmıştır.

Asıl araştırmaya 2016-2017 Eğitim-Öğretim Yılında intörn eğitimi alan gönüllü katılımcılarla ve güncellenen Geri Bildirim Formu ile başlanması için Ankara Üniversitesi Etik Kuruluna yeniden başvurulmuş; 3/10/2016 tarihli toplantıda oybirliği ile alınan 21/270 sayılı kararlar (Ek 7) araştırmanın etik açıdan bir sakınca içermediği onaylanmıştır.

2.2.2. Asıl Çalışma

Tezin asıl çalışması, AÜVF Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji AD binasının kule katlarında oluşturulan Görüşme Merkezinde (GM) gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada yer alan iki farklı deney grubu ve bir kontrol grubuna deney öncesinde ön test; deney sonrasında ise son test uygulanmıştır.

Deney A Grubunda yer alan 24 katılımcıya kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik eğitim verilmiş ve diğer iki deney grubundan farklı olarak katılımcıların oyunlaştırma yöntemini uygulamaları sağlanmıştır. Deney B Grubuna dâhil olan 20 katılımcıya teorik eğitim verilmiş; ancak oyunlaştırma yaptırılmamıştır. Son test verileri elde edildikten sonra, Deney B Grubunda yer alan ve oyunlaştırma yöntemini deneyimlemek isteyen katılımcılara eğitimde fırsat eşitliği ilkesi gereğince oyunlaştırma yaptırılmıştır. Kontrol Grubundaki 23 katılımcı, teorik bilgi almadan ve oyunlaştırma yöntemini uygulamadan yalnızca ön test ve son testte yer almıştır. Son test verileri elde edildikten sonra, bu grupta bulunan ve talep eden katılımcılara da eğitimde fırsat eşitliği ilkesi gereğince teorik eğitim verilmiş ve oyunlaştırma yaptırılmıştır.

2.2.2.1. Simüle Hasta Sahibi (SHS) Seçimi ve Araştırmaya Dâhil Edilmesi

Çalışmada; *hasta sahibi* terimi, “*evcil bir hayvanın sahibi ve/veya evcil bir hayvanı veteriner kliniğine getiren kişi*” olarak sınırlandırılmış ve yabancı literatürde sıkça yer alan “*müşteri (client)*” kelimesinin yerine kullanılmıştır. Türkçe kaynaklarda rastlanmayan ve literatürde (Abood ve Kopcha, 2004; Adams ve Ladner, 2004; Adams ve ark., 2004b; Artemiou ve ark., 2013; Gray ve ark., 2006; Kneebone ve Baillie, 2008; Nogueira Borden ve ark., 2008; Rennick, 2004; Strand ve ark., 2013) “*Standardized Client/ Simulated Client (SC)*” olarak ifade edilen kavramın; araştırma kapsamında

hayvan sahibi rolünü oynayan bireyi ifade edecek şekilde “*Simüle Hasta Sahibi (SHS)*” olarak Türkçeleştirilmesi tercih edilmiştir. “*Simüle*” ve “*standart*” kavramları arasındaki ayrım ise ihmal edilmiştir.

Çalışmada, HÜTF TEBAD bünyesindeki Standart Hasta Programına kayıtlı ve 2015 yılı Bütçe Kanunu’nun E cetvelinin 49. maddesine tabi sözleşmeli olarak çalışan kişiler SHS olarak görev almıştır (Bkz Ek 8). Bu kapsamda, ön test için orta yaş grubundan SHS1 kodlu, son test için genç yaş grubundan SHS2 kodlu birer kadın personel ile çalışılmıştır.

SHS1 kodlu kadın standart/simüle hasta sahibi; 1961 doğumlu, TC vatandaşı, lise mezunu, evli ve iki çocuk annesidir. SHS1; çalışmanın ön testleri için kötü haber verme senaryosu kapsamında kedilerin öldürücü bir hastalığı olan FIP (*Feline Infectious Peritonitis*) ve kedi lösemisi ve lenfoma teşhisi konulan bir kedinin sahibini canlandırmıştır.

SHS2 kodlu kadın standart/simüle hasta sahibi; 1988 doğumlu TC vatandaşı, üniversite mezunu ve bekârdır. SHS2; çalışmanın son testleri için kötü haber verme senaryosu kapsamında arka bacağına osteosarkom (*malign neoplazi* - kötü huylu tümör) gelişen bir köpeğin sahibini canlandırmıştır.

Çalışmanın başında SHS'lere gerçek hayvan sahiplerinin genel profilleri ve evcil hayvanların bakımı ile ilgili temel bilgiler verilmiştir. Hazırlanan her senaryo için araştırmacı SHS'ler birebir çalışmış ve örnek görüşme(ler) yapmıştır. Görüşmeler sırasında senaryonun zorluk seviyesini sabitlemek ve hasta sahibi değişkenliği faktörünü elemek için, her SHS'ye bir adet senaryo verilmiştir. Böylece, çalışma süresince ön test ve son testteki senaryolar ve SHS'ler sabit tutularak, olası değişimin katılımcının kötü haber verme becerisiyle ilişkilendirilmesi sağlanmıştır.

Tezin deneysel aşamasının sonuna gelindiğinde, her SHS ile birebir ve yüz yüze görüşme yapılmış; SHS'lerin bu çalışma ile ilgili düşünceleri, SHS olarak

deneyimleri, çalışmanın yöntemi ve biyomedikal meslekler ile veteriner hekimliği arasındaki farklılığa dair görüşleri alınmıştır.

2.2.2.2. Standart/Simüle Hasta Kullanımı

Çalışma kapsamında “*hasta*” olarak adlandırılan hayvanlar, oluşturulan senaryo doğrultusunda spesifik klinik belirtiler gösteren ve hasta sahibi tarafından teşhis ve tedavisi yapılmak üzere kliniğe getirilen kedi veya köpeği tanımlamaktadır.

Daha önce de belirtildiği üzere, çalışmada SHS ile yapılan görüşmelerde ve katılımcıların kendi aralarında uyguladığı oyunlaştırma yönteminde gerçek hayvan kullanılmamıştır. Görüşmenin gerçeğe daha yakın olabilmesi ve katılımcıların kendilerini mesleki açıdan daha rahat hissetmeleri için gerçek hayvan boyutlarında bir adet oyuncak kedi ve bir adet oyuncak köpek “*simülatör*” olarak değerlendirilmiştir.

2.2.2.3. Oyunlaştırma Yönteminin Uygulanması

Katılımcıların kendi aralarında farklı rollere girerek canlandırma yapması temeline dayanan ve literatürde “*role play*” olarak ifade edilen kavramın Türkçeye aktarılmasında HÜTF TEBAD tarafından kullanılan ve önerilen “*oyunlaştırma yöntemi*” kavramı tercih edilmiştir.

Çalışma kapsamında, Deney A Grubunda yer alan katılımcılar; Üçüncü Oturumda kendi rotasyonunda bulunan akranlarıyla oyunlaştırma yöntemini deneyimlemiştir. Oyunlaştırma sırasında bir katılımcı veteriner hekim rolünü, diğeri ise hasta sahibi rolünü üstlenmiş; görüşme sırasında veteriner hekimin hasta sahibine önceden verilen senaryo doğrultusunda kötü haberi vermesi istenmiştir. Oyunlaştırmada, katılımcıların senaryoya bağlı kalmalarından ziyade, iletişim

becerilerini doğru ifade etmeleri ön planda tutulmuştur. Bu çerçevede, araştırmacı - *gerekli gördüğü durumlarda*- görüşmenin herhangi bir bölümünde araya girerek hasta sahibi veya veteriner hekim rolünü oynayan öğrencilere direktifler vermiş ve görüşmeyi yönlendirmiştir. Görüşme arasında, direktifleri ve geribildirimleri alan ve ne yapmaları gerektiğini bir kez daha akıllarında tasarlayan katılımcılar, araştırmacının GM'den ayrılmasıyla birlikte rollerine kaldıkları yerden devam etmiştir. Böylece hatalı uygulamalara anında müdahale edilerek katılımcıların doğru tekniği öğrenme ve deneyimleme potansiyelinin artırılması hedeflenmiştir.

Katılımcılar, görüşmenin herhangi bir yerinde veya görüşmenin sonunda, hasta sahipleri ve veteriner hekimler ile empati kurabilmek için rollerini değiştirmiştir. Araştırmacı ve aynı rotasyonda bulunan akranlar, oyunlaştırma yöntemiyle klinik görüşme yapan katılımcıları gözlemleyerek geri bildirim vermiştir. Görüşme sonunda katılımcılar, aldıkları geri bildirimler doğrultusunda kendilerini değerlendirmiştir.

2.2.2.4. Senaryoların Oluşturulması

Çalışmada kullanılan senaryolar (Ek 9), klinik bilimler alanında akademisyen olarak görev yapan iki farklı veteriner hekimin¹⁸ görüşü alınarak tasarlanmıştır. Gerçek yaşamda veteriner hekimlerin sıklıkla karşılaşılabileceği vakalardan hazırlanan senaryolar, üç farklı akademisyen¹⁹ tarafından senaryo yazım teknikleri ve içerik açısından bilimsel olarak değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Görüşmeler sırasında, uzman görüşleriyle güncellenerek son hali verilen eş zorluk seviyesinde iki farklı senaryo kullanılmıştır. Bu senaryolardan ilki, tüm katılımcıların ön testlerinde; ikincisi ise son testlerinde canlandırılmıştır. Oyunlaştırma yöntemi sırasında kullanılan senaryolar; pilot çalışmada kullanılanlar ve oyunlaştırmayı yapan katılımcıların deneyimlerinden yola çıkılarak gruba özel olarak tasarlanan senaryolardan oluşmuştur.

¹⁸ Arş. Gör. Erdal Kara, AÜVF İç Hastalıkları AD; Öğr. Gör. Dr. İrem Ergin, AÜVF Cerrahi AD.

¹⁹ Prof. Dr. R. Tamay Başağaç Gül, AÜVF VHT&D AD, Prof. Dr. Melih Elçin, HÜ TEBAD, Prof. Dr. Selim Hovardaoğlu, AÜ Psikoloji Bölümü.

Katılımcılara eğitim ve değerlendirme sırasında fırsat eşitliği ve bir örneklik sağlanması açısından avantaj sağladığı düşüncesiyle senaryo sayısının sınırlı olması tercih edilmiştir.

Senaryo metni, görüşme yapacak standart hasta sahiplerine önceden verilmiş, senaryo ile ilgili olası sorular ayrıntılı olarak yanıtlanmıştır. Görüşme sırasında katılımcı tarafından standart hasta sahibine yöneltebilecek açık ve kapalı uçlu sorulara karşı verilebilecek yanıt seçenekleri açıklanmıştır. Böylece görüşmeler sırasında anamnez alma becerilerini kullanan katılımcılar için, görüşmenin gerçeğe en uygun şekliyle akışı sağlanmıştır.

2.2.2.5. Veri Toplama Süreci ve Çalışma Programı

Kendi gruplarına özgü çalışma programını içeren oturumlara dâhil olarak deneysel süreci tamamlayan Deney gruplarının (Deney A, Deney B ve Kontrol Grubu) çalışma takvimi Çizelge 2.2.'de gösterilmiştir.

Çizelge 2.2. Deney grupları ve oturumlar.

	Birinci Oturum	İkinci Oturum	Üçüncü Oturum	Dördüncü Oturum
Deney A Grubu	Ön Test	Teorik Eğitim	Oyunlaştırma	Son Test
Deney B Grubu	Ön Test	Teorik Eğitim	-	Son Test
Kontrol Grubu	Ön Test	-	-	Son Test

Deney A, Deney B ve Kontrol Grubundaki tüm katılımcıların yer aldığı Birinci Oturumda; araştırmanın amacı, katılımcıların araştırmaya dâhil edilme kriterleri, araştırma takvimi, katılımcıların ve araştırmacının görev, sorumluluk ve çalışma prensipleri, ölçme ve değerlendirme kriterleri açıklanmıştır. Araştırmaya gönüllü olarak devam etmek isteyen katılımcıların Ek 10'da yer alan Bilgilendirme ve Onam Formu ile rızaları alınmıştır. Katılımcıların sözel olarak beyan ettikleri demografik bilgileri, bu aşamada araştırmacı tarafından yazıya aktarılmıştır.

verilmiştir. Her görüşme öncesinde katılımcı, görüşmeye hazır olduğunu kamera karşısında bir kez daha sözlü olarak ifade ettikten sonra araştırmacı GM'den ayrılmıştır. Katılımcı, SHS ile baş başa kaldıktan sonra, önceden belirlenen senaryo doğrultusunda görüşmeler spontan olarak başlamıştır. Görüşmenin; katılımcı ve/veya SHS tarafından sonlandırılmasıyla birlikte, katılımcı GM'den ayrılırken; SHS bir sonraki görüşme için hazırlıklarını tamamlamak üzere GM'de kalmıştır.

İlgili rotasyondaki tüm katılımcılar görüşmelerini tamamladıktan sonra, bir sonraki oturumun programı açıklanarak Birinci Oturuma son verilmiştir. Bu oturumda yapılan tüm görüşmeler; katılımcıların “ön test” görüşmeleri olarak tanımlanmış ve değerlendirilmiştir.

Görüşmelerin tamamlanmasının ardından, her katılımcıya ait görüşme sistematik olarak kodlanarak değerlendirilmek ve depolanmak üzere elektronik ortama aktarılmıştır. Görüşmeler, araştırmacı tarafından (bir veya birden çok kez) izlenerek, her katılımcının ön test görüşmesine ait GGBF adı verilen kontrol listesi doldurulmuştur.

Çalışmanın İkinci Oturumu; yalnızca Deney A ve Deney B Grupları ile gerçekleştirilmiştir. Bu oturumda; katılımcılara iletişim, temel iletişim becerileri, iletişim engelleri, etkin dinleme, çatışma çözümü gibi genel bilgilere ek olarak; veteriner hekimliği eğitiminde simülasyon temelli öğretim, veteriner hekimliğinde iletişim ve veteriner hekimliğinde kötü haber verme becerisini içeren teorik eğitim verilmiştir (Şekil 2.2.). Bu eğitim doğrultusunda; Deney A ve Deney B Grubundaki katılımcılar; Birinci Oturumda yapmış oldukları ön test görüşmelerini kendi rotasyon grupları ile izleyerek öz değerlendirme ve akran değerlendirmesiyle birlikte öğrenme sürecinde aktif rol almış; ardından katılımcılara gözlemci tarafından bireysel olarak geri bildirim verilerek öğrenim süreci pekiştirilmiştir. İkinci oturumda teorik eğitimi takip eden ve literatürde “çözümleme (debriefing) oturumu” olarak adlandırılan bir alt oturum yapılmıştır. Bu süreç, katılımcıların kendilerini geliştirmesi için en önemli basamak olarak görülmektedir.



Şekil 2.2. Teorik eğitim görseli.

Yalnızca Deney A Grubunun katılımı sağlanan ve GM’de gerçekleşen Üçüncü Oturumda; katılımcıların oyunlaştırma yöntemi ile kendi aralarında görüşme yapmaları sağlanmıştır. Görüşmelerde, ilgili rotasyonda yer alan bir katılımcı standart hasta sahibi olarak; başka bir katılımcı da veteriner hekim olarak rol yapmıştır. Oyunlaştırma yönteminde görev almayan diğer katılımcıların, rol yapan katılımcıları izlemeleri için gerekli ortam²⁰ hazırlanmıştır. Oyunlaştırmayı izleyen katılımcılar, senaryonun kritik noktalarında oyunlaştırma yapan akranlarına müdahale etmeleri konusunda teşvik edilmiştir. Bu aşamada, araştırmacı da grubu cesaretlendirmek için görüşmelere gözlemci olarak dâhil olmuş ve öğrenim sürecini pekiştirmek amacıyla kritik noktalarda senaryoya yön vermiştir. Oturum sonunda, her katılımcının en az birer defa olmak üzere hasta sahibi ve veteriner hekim olarak oyunlaştırma yöntemini deneyimlemesi sağlanmıştır.

²⁰ Birinci kule katında oyunlaştırma yapan katılımcıları; grup arkadaşları ve gözlemci ikinci kule katından izleyebilmekte ve bu durum kullanılan paravan sayesinde oyunlaştırma yapan katılımcıların dikkatini çekmemektedir. Aynı ortamda bulunan gözlemci ve diğer katılımcılar, senaryo ve role anında dâhil olabilmekte, oyunlaştırma yapan katılımcıların ses tonu, jest ve mimiklerini yakından gözlemleyebilmektedir.

Dördüncü Oturumda; Deney A, Deney B ve Kontrol Grubundaki tüm katılımcıların Birinci Oturumdan farklı bir standart hasta sahibi ve farklı bir senaryo ile yaptıkları görüşmeler “*son test*” olarak tanımlanmış ve değerlendirilmiştir. Görüşmelerini tamamlayan katılımcılarla OGG yapılmıştır. Her rotasyon grubu ile ayrı olarak yapılan ve kamera kaydına alınan görüşmeler sistematik olarak kodlanmıştır. Kod verilerek ayrıştırılan video kayıtları depolanmak ve çözümlenmek üzere elektronik ortama aktarılmıştır.

Dördüncü Oturumdaki görüşmelerin tamamlanmasının ardından; Birinci Oturuma benzer olarak; araştırmacı her katılımcıya ait görüşmeyi kodlayarak değerlendirmek ve depolamak üzere elektronik ortama aktarmıştır. Görüşmeler, araştırmacı tarafından (bir veya birden çok kez) izlenmiş; her katılımcının son test görüşmesine ait GGBF doldurulmuştur.

2.2.2.6. Veri Analizi

Ön test ve son testlerden elde edilen nicel verilerin istatistiksel analizleri, protokol (Ek 11) kapsamında AÜVF Biyoistatistik AD öğretim elemanları tarafından SPSS 14.1 programı kullanılarak yapılmıştır. Ön test ve son test için Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarına göre GGBF’de yer alan maddelerin tanımlayıcı istatistikleri verilmiş; tüm katılımcıların her madde için hangi puanları aldıkları sayısal ve yüzdesel olarak belirlenmiştir. Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarının her madde özelinde ve toplam skorda ön test-son test arası puan değişimleri Bağımlı Örneklemeler t Testi (Alpar, 2012) ile analiz edilmiştir.

Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarında yer alan katılımcıların ön test ve son testte aldıkları puanlara Ancova testi²¹ (Field, 2006) uygulanmış; katılımcıların çalışma grupları özelinde ön test ve son test arasındaki puan değişimi belirlenmiştir.

²¹ Ön test ölçümleri ortak değişken olarak tanımlanarak; grupların son test ölçümleri arasında anlamlı farkın olup olmadığını test etmek için kullanılmıştır.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, GGBF'den elde edilen nicel verilerin birbirleriyle olan ilişkilerini açıklayabilmek amacıyla ayrıca incelenmiştir. Sosyodemografik özelliklerden yalnızca cinsiyet değişkeninin, katılımcıların ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarını etkilediği anlaşıldığından, GGBF maddeleri cinsiyet değişkeni açısından ayrıca değerlendirilmiştir.

Tezin 3.*Bulgular* bölümünde yer verilen temel veri analizi dışında; GGBF'deki bir maddeden ön testte alınan puanlar ile son testte alınan puanlar da ayrıca karşılaştırılmış ve elde edilen veriler çizelgeler halinde Ek 12'de gösterilmiştir.

Çalışmanın OGG'den üretilen nitel verileri; çözümlenerek Windows Word formatında kaydedilmiştir. Çözümleme aşamasında, verilerin kamera kaydına geçtiği haliyle; katılımcılardan alıntılar yapılarak yazıya dökülmesine özen gösterilmiştir. Jest, mimik, beden dili ve ses tonu gibi yazıya aktarılamayan öğeler, zengin (yoğun) betimleme yoluyla anlatılmış ve çift parantez kullanılarak gösterilmiştir. Katılımcıların OGG boyunca verdikleri tüm ifadeleri metne aktarılırken kısaltılarak alıntılanmış; çıkarılan bölüm, metin içinde parantez içinde üç nokta ile belirtilmiştir. Katılımcının eksik kalan, anlaşılmadığı veya hatalı anlaşılabilceği düşünülen ifadeleri metne aktarılırken parantez içinde doğru ifade yazılarak tamamlanmıştır.

Teze okuma kolaylığı sağlamak amacıyla çözümlenen tüm görüşmeler Ek 13'te gösterilmiş; 3.3.1. *Odak Grup Görüşmeleri (OGG)* alt başlığında yalnızca tartışılmaya değer ifadeler yer vermekle yetinilmiştir.

2.2.2.7. Ölçme Araçlarının Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Veri toplama aşamasının ardından, Çizelge 2.3.'te gösterilen ve seçkisiz atama yöntemlerinden sistematik örnekleme yöntemiyle ön testler arasından 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65 ve 75 numaralı görüşmeler; son testler arasından ise 1,10, 20, 30, 40, 50, 60 ve 70 numaralı görüşmeler seçilmiştir. Bu görüşmeler, bağımsız bir gözlemci

tarafından tekrar değerlendirilmiş; her katılımcı için *Bağımsız Gözlemci Geri Bildirim Formu (BGGBF)* doldurulmuştur. Belirlenen görüşmeler ile ilgili olarak iki farklı gözlemci tarafından doldurulan bu formların sınıflar arası korelasyon katsayısı (*Interclass Correlation Coefficient*) 0,763 olarak hesaplanmış ve gözlemciler arasında puanlama açısından uyum olduğu tespit edilmiştir. Yine sistematik örnekleme yöntemiyle ön testler arasından 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66 ve 76 numaralı görüşmeler; son testler arasından ise 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69 ve 79 numaralı görüşmeler için; aynı gözlemci tarafından farklı zamanlarda doldurulan formların sınıf içi korelasyon katsayısı (*Intraclass Correlation Coefficient*) 0,712 olarak hesaplanmış ve gözlemcinin puanlama açısından zamana göre değişmezlik ilkesi kanıtlanmıştır.

Çizelge 2.3. Puanlama güvenilirliği çalışmasının yapıldığı görüşmeler.

Bağımsız gözlemciler arası uyum		Zamana göre değişmezlik ilkesi	
Ön Test (ÖT)	Son Test (ST)	Ön Test (ÖT)	Son Test (ST)
ÖT5	ST1	ÖT6	ST9
ÖT15	ST10	ÖT16	ST19
ÖT25	ST20	ÖT26	ST29
ÖT35	ST30*	ÖT36	ST39
ÖT45	ST40	ÖT46	ST49
ÖT55	ST50	ÖT56	ST59
ÖT65	ST60	ÖT66	ST69
ÖT75	ST70	ÖT76	ST79

*VET30 kodlu katılımcı; çalışmayı tamamlayamadığı için son test verisi bulunmamaktadır. Bu nedenle ST30 kodlu görüşme çalışma kapsamında değerlendirilememiştir. (Sınıflar arası korelasyon katsayısı $k=0,763$ ve sınıf içi korelasyon katsayısı $k=0,712$).

Çalışmadan üretilen nitel verilerin tekrar edilebilirliğine ilişkin bilgi veren güvenilirlik kavramının yerine inandırıcılık kavramının kullanılması daha gerçekçi bir yaklaşım olarak görülmektedir (Başkale; 2016). Çalışmanın inandırıcılığı için; uzun süreli etkileşim, katılımcı teyidi, uzman incelemesi yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmacı OGG'den ürettiği ilk bulguları, katılımcıların SHS ile yaptıkları görüşmeler ve SHS'lerin katılımcıya dair *-gözlemci ile paylaştığı-* geri bildirimlerle karşılaştırarak teyit etmiştir.

Araştırmacının nitel veri toplama sürecini ayrıntılandırması ve veri üretme aşamalarını tanımlamasına ek olarak; bağımsız bir gözlemcinin, kamera kaydından elde edilen ham verileri incelemesi istenmiştir. Çözümlemlenerek yazıya aktarılan, kod ve temalara ayrılarak sınıflandırılan orijinal bulgular ile bağımsız gözlemcinin ürettiği veriler karşılaştırılarak puanlayıcılar arası güvenilirlik tespit edilmiş, kodlayıcılar arası görüş birliği olduğu görülerek; çalışmanın güvenilirliği ve tutarlılığı kabul edilmiştir.

Veri analizi süreci ile ölçme araçlarının geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları tamamlandıktan sonra elde edilen bulgular ile asıl çalışmanın yazım aşamasına geçilmiştir.

2.2.2.8. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmanın pilot uygulaması HÜTF TEBAD bünyesindeki Eğitim ve Değerlendirme Merkezi'nde tamamlanmasına rağmen; katılımcıların bu merkeze transferi sırasında yaşanabilecek araç, güvenlik, zaman, merkezin uygunluk durumu gibi maddi ve manevi kaygılar nedeniyle; asıl çalışmanın katılımcıların öğrenim gördükleri yerleşke içinde bulunan VHT&D AD binasının kule katlarında oluşturulan merkezde tamamlanmasının uygun olacağına karar verilmiştir. Merkezde, aynalı görüşme odaları, harekete duyarlı kameralar, görüşmelerin izlenmesi için yüksek çözünürlüklü bilgisayarlar ve monitörler, kayıtların depolanacağı elektronik ortam, çözümlemelerin ve eğitimlerin yapılacağı uygun donanımlı dersliklerin olmaması; araştırmanın fiziki alt yapı yetersizliğinden kaynaklanan sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Katılımcılara yönelik teorik eğitimin bizzat araştırmacı tarafından verilmesi ve araştırmacının iletişim becerileri konusunda donanımlı bir profesyonel olmaması tezin bir diğer sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Bu durum, daha önceden öngörülmüş ve çalışmaya başlamadan önce araştırmacının etkili iletişim becerileri konusunda eğitim alması sağlanarak bu konuyla bağlantılı olarak akla gelebilecek çekinceler giderilmeye çalışılmıştır.

3. BULGULAR

Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarına dâhil olan ve çalışmayı eksiksiz olarak tamamlayan tüm gönüllü katılımcıların sosyodemografik özellikleri Çizelge 3.1.'de gösterilmiştir. Araştırma, 24'ü Deney A, 20'si Deney B ve 23'ü Kontrol Grubunda olmak üzere toplam 67 katılımcı ile yürütülmüştür. Katılımcıların %43'ünü (n=29) kadın; %57'sini (n=38) erkek gönüllüler oluşturmuştur. Katılımcıların fakülteyi kazanmadan önce en uzun süre yaşadıkları yer dağılımlarına bakıldığında, %63'ünün (n=42) ilde ve %37'sinin (n=25) ilçede yaşadığı görülmüştür. Çalışmaya dâhil olan 49 gönüllünün, yurt içi veya yurt dışı hiçbir öğrenci değişim programına (DP) katılmadığı; 11 katılımcının, yurt dışı (Erasmus Öğrenci Değişim Programı); yedi katılımcının da yurt içi (5 katılımcı Farabi Değişim Programı, 1 katılımcı Yatay Geçiş Programı, 1 katılımcı Dikey Geçiş Programı) değişim programlarından yararlandığı saptanmıştır. Katılımcılardan 44'ünün (%66) kedi ve/veya köpek; 16'sının (%24) kedi veya köpek dışında farklı bir hayvan türü (balık, kuş, inek, koyun, keçi, at, tavşan, kaplumbağa, tavuk, kobay, hamster) besledikleri; yedi katılımcının (%10) ise hiç hayvan beslemediği tespit edilmiştir. Üniversite yerleştirmelerinde, katılımcıların 47'sinin (%70) ilk tercihi olarak, 20'sinin (%30) ise farklı bir tercih sıralaması ile Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi'ni kazandığı görülmektedir. Katılımcılardan 37'si (%55) pet kliniği deneyimi; 11'i (%17) çift tırnaklı hayvanlar, tek tırnaklı hayvanlar ve/veya kümes hayvanları kliniği deneyimi olduğunu; 19 katılımcı (%28) ise Fakülte klinikleri dışında herhangi bir deneyimi olmadığını bildirmiştir. Katılımcılar, Genel Akademik Başarı Not Ortalamalarına (GABNO) göre üç farklı gruba ayrılmıştır. Not ortalaması 4 üzerinden 2,5'tan düşük olan katılımcılar (n=3, %4) ilk grubu; not ortalaması 2,5 ile 2,99 arasındaki katılımcılar (n=40, %60) ikinci grubu oluşturmuştur. Üçüncü grupta, not ortalaması 3 ve üzeri olan katılımcılar (n=24, %36) yer almıştır.

Çizelge 3.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Kod	Deney Grubu	Cinsiyet	Doğum Tarihi	Yaşadığı Yer	Değişim Programı	GABNO	Evcil Hayvan	Tercih Sırası	Klinik Deneyim
VET1	Deney A	E	1993	İl	Yok	2,72	Balık, Kuş	15	Yok
VET2	Deney A	E	1989	İlçe	Erasmus	3,14	Kedi, Köpek	1	Yok
VET3	Deney A	E	1992	İl	Farabi	2,57	Kedi, Köpek, Kuş	1	Pet
VET4	Deney A	E	1989	İlçe	Yok	3,12	Kedi, Kuş	1	Pet
VET5	Deney A	E	1992	İl	Erasmus	2,77	Kedi, Köpek	3	Pet
VET6	Deney A	E	1994	İlçe	Yok	2,8	Köpek	4	Pet
VET7	Deney A	K	1994	İl	Yok	2,9	Köpek	1	Yok
VET8	Deney A	K	1994	İl	Yok	3,03	Kedi, Kuş	6	Pet
VET9	Deney A	E	1992	İl	Yok	2,59	Sığır	1	Diğer
VET10	Deney A	K	1984	İl	Yok	2,85	Kedi	1	Yok
VET11	Deney A	E	1994	İlçe	Yok	2,93	Kedi, Köpek, Sığır	1	Yok
VET12	Deney A	E	1992	İlçe	Yok	3,08	Kedi, Köpek	15	Yok
VET13	Deney A	E	1993	İl	Yok	2,83	Yok	1	Pet, Diğer
VET15	Deney A	E	1994	İlçe	Yok	2,69	Köpek, Koyun	1	Yok
VET16	Deney A	E	1995	İl	Yatay Geçiş	3,2	Kedi, Köpek, Kuş	1	Pet
VET17	Deney A	K	1994	İl	Yok	3,43	Kedi, Köpek, Kuş	1	Yok
VET18	Deney A	E	1994	İlçe	Yok	2,79	Kedi, Köpek, Kuş	4	Yok
VET19	Deney A	K	1994	İl	Yok	2,82	Köpek	1	Pet
VET20	Deney A	K	1994	İl	Yatay Geçiş	3,44	Kedi	2	Pet
VET23	Deney A	E	1994	İl	Yok	2,83	Sığır, Koyun, Keçi	10	Yok
VET24	Deney B	E	1993	İl	Yok	3,14	Köpek, Tavşan	1	Pet
VET25	Deney A	K	1994	İl	Yok	3,14	Kuş	1	Pet
VET26	Deney A	K	1992	İl	Yok	2,68	Köpek	1	Pet
VET27	Deney A	K	1994	İl	Yok	2,85	Kedi	1	Yok

Çizelge 3.1. Devam.

VET28	Deney A	E	1993	İlçe	Yok	2,54	Yok	1	Diğer
VET29	Deney B	K	1993	İl	Erasmus	2,52	Kedi	1	Pet, Diğer
VET32	Deney B	K	1991	İl	Erasmus	2,64	Kedi	2	Pet, Diğer
VET33	Kontrol	E	1992	İlçe	Yok	3,13	Köpek, Kuş, Koyun	12	Pet, Diğer
VET34	Deney B	K	1994	İlçe	Yok	3,14	Köpek, Kedi	1	Pet
VET35	Kontrol	E	1994	İl	Yok	2,64	Kedi	1	Pet
VET36	Kontrol	E	1993	İl	Erasmus	3,12	Kedi	1	Pet, Diğer
VET37	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	2,72	Kaplumbağa, Kuş	1	Yok
VET38	Deney B	K	1992	İlçe	Yok	3,4	Kedi, Tavşan, Tavuk	1	Yok
VET39	Deney B	E	1994	İl	Erasmus	2,88	Kobay, Kuş	4	Yok
VET40	Deney B	K	1994	İl	Yok	2,91	Kedi, Köpek, Kaplumbağa	8	Yok
VET41	Deney B	E	1985	İl	Yok	2,21	Kedi	1	Pet
VET42	Deney B	E	1994	İl	Yok	2,86	Köpek	1	Pet, Diğer
VET43	Deney B	K	1994	İlçe	Yok	2,7	Kedi	7	Pet
VET45	Deney B	K	1994	İl	Yok	3,03	Yok	1	Pet, Diğer
VET46	Deney B	K	1994	İlçe	Erasmus	3,07	Kuş, Köpek	1	Yok
VET47	Deney B	E	1993	İlçe	Yok	2,42	Kedi, Köpek, Sığır	1	Diğer
VET48	Deney B	K	1993	İl	Yok	2,72	Köpek	1	Pet
VET49	Kontrol	K	1994	İlçe	Yok	2,77	Kedi, Köpek, Sığır, Kanatlı	1	Diğer
VET50	Kontrol	K	1994	İl	Erasmus	3,15	Kuş	1	Pet
VET51	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	2,74	Balık, Keçi	26	Pet, Diğer
VET52	Deney B	K	1994	İl	Erasmus	2,9	Yok	1	Pet, Diğer
VET53	Kontrol	E	1975	İl	Yok	2,59	Kuş	1	Pet
VET54	Deney B	E	1994	İlçe	Yok	3,24	Yok	20	Diğer
VET55	Deney B	E	1993	İl	Farabi	2,66	Kuş	5	Diğer
VET56	Deney B	E	1993	İl	Yok	2,66	Köpek	1	Pet

Çizelge 3.1. Devam.

VET57	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	3,05	Köpek	10	Diğer
VET58	Kontrol	E	1994	İl	Erasmus	2,66	Kedi	1	Pet
VET59	Deney B	E	1994	İlçe	Yok	3,33	Sığır, Koyun, Köpek	1	Diğer
VET60	Deney B	E	1993	İl	Yok	2,56	Kuş	3	Pet, Diğer
VET64	Kontrol	K	1993	İl	Yok	2,8	Köpek	1	Pet, Diğer
VET65	Kontrol	K	1994	İl	Yok	2,38	At	1	Diğer
VET66	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	3,21	Yok	1	Diğer
VET68	Kontrol	K	1990	İl	Dikey Geçiş	2,68	Köpek	1	Yok
VET69	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	2,6	İnek	1	Pet, Diğer
VET70	Kontrol	K	1993	İl	Yok	2,77	Kuş	1	Pet
VET71	Kontrol	K	1993	İl	Erasmus	3,33	Yok	1	Yok
VET72	Kontrol	K	1994	İl	Yok	3,1	Kedi, Kuş	1	Pet
VET73	Kontrol	E	1994	İlçe	Yok	3,2	Sığır, Kedi	1	Diğer
VET74	Kontrol	E	1994	İlçe	Farabi	2,79	Kedi, Köpek, Sığır	12	Pet
VET75	Kontrol	K	1994	İlçe	Farabi	2,82	Hamster	10	Yok
VET76	Kontrol	K	1994	İl	Yok	2,63	Kedi, Kuş	1	Pet
VET79	Kontrol	E	1994	İl	Yok	3,5	Kuş	1	Pet

3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin ÖT ve ST Puanlarına Etkisi

Katılımcıların ön test puanları, cinsiyete göre değerlendirildiğinde; kadın ve erkek katılımcıların ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,090$) (Çizelge 3.2.).

Çizelge 3.2. ÖT puanlarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması.

	Cinsiyet	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	Erkek	38	15,32	2,98	0,48	16,00	9,00	20,00	0,090
	Kadın	29	17,07	2,79	0,52	17,00	9,00	20,00	

Katılımcıların son test puanları, cinsiyete göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=5,27$ ve $p=0,025$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından kadınlarla erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($F(1,64)=3,99$ ve $p=0,050$) (Çizelge 3.3.).

Çizelge 3.3. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların cinsiyetine göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			5,27	1	0,025
Grup			3,99	1	0,050
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	15,32±2,98	15,46±0,46			
Kadın (2)	17,07±2,79	16,88±0,53		(1) vs. (2)	0,050

Katılımcıların üniversiteye başlamadan önce en uzun süre yaşadıkları yer ile ön test puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; en uzun süre ilçede yaşayan 25 katılımcının ortalama ön test puanı 11,60; ilde yaşayan 42 katılımcının ortalama ön test puanı ise 13,26 olarak hesaplanmıştır. Çizelge 3.4.'e göre, üniversiteye

başlamadan önce en uzun süre yaşanan yerle ilgili olarak gruplar arasında ön test puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,075$).

Çizelge 3.4. ÖT puanlarının katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yerin niteliğine göre karşılaştırılması.

	Yaşadığı Yer	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	İlçe	25	11,60	3,51	0,70	11,00	4,00	17,00	0,075
	İl	42	13,26	3,70	0,57	14,00	4,00	19,00	

Katılımcıların son test puanları, en uzun süre yaşadıkları yere göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=6,22$ ve $p=0,015$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından ilçe ve ilde yaşayan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($F(1,64)=0,41$ ve $p=0,526$) (Çizelge 3.5.).

Çizelge 3.5. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların en uzun süre yaşadıkları yere göre karşılaştırılması.

	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			6,22	1	0,015
Grup			0,41	1	0,526
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
İlçe (1)	15,52±2,87	15,78±0,59			(1) vs. (2) 0,526
İl (2)	16,40±3,07	16,25±0,45			

Katılımcıların, lisans eğitimleri sırasında yurt içi (Yatay Geçiş Programı, Dikey Geçiş Programı, Farabi Değişim Programı) ve yurt dışı (Erasmus Öğrenci Değişim Programı) değişim programlarından yararlanma durumları, ön test puanlarına göre değerlendirilmiş ve Çizelge 3.6.'da gösterilmiştir. Değişim programlarına katılan ve herhangi bir değişim programından yararlanmayan katılımcılar arasında ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,411$).

Çizelge 3.6. ÖT puanlarının katılımcıların değişim programlarından yararlanma durumuna göre karşılaştırılması.

	Değişim Programı	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	Yurt içi	7	12,00	2,94	1,11	12,00	7,00	15,00	0,411
	Yurt dışı	11	11,45	5,85	1,77	13,00	4,00	18,00	
	Yok	49	13,00	3,17	0,45	14,00	6,00	19,00	

Katılımcıların son test puanları, değişim programlarına katılım durumlarına göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,63)=5,84$ ve $p=0,019$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından yurt içi, yurt dışı değişim programına katılanlarla herhangi bir değişim programına katılmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($F(2,63)=1,37$ ve $p=0,262$) (Çizelge 3.7.).

Çizelge 3.7. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların değişim programına katılım durumuna göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			5,84	1	0,019
Grup			1,37	2	0,262
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Yurt içi (1)	15,14±3,39	15,29±1,08		(1) vs (2)	1,000
Yurt dışı (2)	14,73±3,26	15,00±0,87		(1) vs (3)	0,993
Yok (3)	16,51±2,84	16,43±0,41		(2) vs (3)	0,435

Katılımcıların besledikleri hayvan türüne göre ön test puanları değerlendirildiğinde; kedi-köpek besleyen, kedi-köpek dışında farklı hayvan türü besleyen ve hayvan beslememiş olan katılımcılar arasında ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,632$) (Çizelge 3.8.).

Çizelge 3.8. ÖT puanlarının katılımcıların hayvan besleme durumuna göre karşılaştırılması.

	Hayvan Türü	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	Kedi-köpek	44	12,36	3,53	0,53	13,00	4,00	18,00	0,632
	Diğer	16	12,94	4,04	1,01	14,50	5,00	19,00	
	Hiçbiri	7	13,71	4,23	1,60	16,00	6,00	17,00	

Katılımcıların son test puanları, hayvan besleme durumlarına göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,63)=7,03$ ve $p=0,010$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından kedi-köpek besleyen, kedi-köpek dışında farklı hayvan türü besleyen ve hiç hayvan beslemeyen katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($F(2,63)=0,80$ ve $p=0,455$) (Çizelge 3.9.).

Çizelge 3.9. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların hayvan besleme durumuna göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			7,03	1	0,010
Grup			0,80	2	0,455
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Kedi-köpek (1)	16,09±2,90	16,16±0,44		(1) vs (2)	1,000
Diğer (2)	15,50±2,83	15,42±0,72		(1) vs (3)	1,000
Hiçbiri (3)	17,29±4,07	17,01±1,09		(2) vs (3)	0,688

Katılımcılar; tercih sırasına göre iki kategoriye ayrılan katılımcıların ön test puanları değerlendirildiğinde; AÜVF'yi ilk tercihi ile kazanan katılımcılar ve ilk tercihten farklı bir sıralama ile kazanan katılımcıların ön test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,784$) (Çizelge 3.10.).

Çizelge 3.10. Katılımcıların ÖT puanlarının AÜVF'yi tercih sırasına göre karşılaştırılması.

	Tercih Sırası	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	İlk tercih	47	12,72	3,88	0,57	14,00	4,00	19,00	0,784
	Diğer tercih sıralamaları	20	12,45	3,32	0,74	13,00	5,00	17,00	

Katılımcıların son test puanları, AÜVF'yi tercih sırasına göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=7,65$ ve $p=0,007$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından Fakülteyi ilk tercihi ile kazananlar ile diğer tercih sıralamalarıyla kazanan katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($F(1,64)=1,59$ ve $p=0,212$) (Çizelge 3.11.).

Çizelge 3.11. Katılımcıların düzeltilmiş son test puan ortalamalarının AÜVF'yi tercih sırasına göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			7,65	1	0,007
Grup			1,59	1	0,212
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
İlk tercih (1)	15,81±3,03	15,79±0,42			(1) vs. (2) 0,212
Diğer sıralamalar (2)	16,07±2,92	16,75±0,64			

Katılımcılar, klinik deneyim durumlarına göre değerlendirildiğinde; daha önce pet kliniği deneyimi olan 37 katılımcının ön test ortalaması 13,32 iken; çift tırnaklı hayvanlar, tek tırnaklı hayvanlar ve/veya kümes hayvanları ile ilgili klinik deneyimi olan katılımcıların ön test ortalaması 12,91 ve klinik deneyimi olmayan 19 katılımcının ön test ortalaması ise 11,16 olarak hesaplanmıştır. Çizelge 3.12.'den de anlaşılacağı üzere; klinik deneyimi olan ve olmayan gruplar arasında ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,111$).

Çizelge 3.12. ÖT puanlarının katılımcıların klinik deneyimlerine göre karşılaştırılması.

	Klinik Deneyim	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	Pet	37	13,32	3,70	0,61	14,00	4,00	19,00	0,111
	Diğer	11	12,91	2,98	0,90	12,00	9,00	17,00	
	Yok	19	11,16	3,80	0,87	12,00	4,00	17,00	

Katılımcıların son test puanları, klinik deneyimlerine göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,63)=8,30$ ve $p=0,005$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından klinik deneyimin katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı tespit edilmiştir ($F(2,63)=1,00$ ve $p=0,373$) (Çizelge 3.13.).

Çizelge 3.13. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının katılımcıların klinik deneyimlerine göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			8,30	1	0,005
Grup			1,00	2	0,373
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Pet (1)	16,19±2,94	15,99±0,48		(1) vs (2)	1,000
Diğer (2)	15,27±3,55	15,20±0,87		(1) vs (3)	1,000
Yok (3)	16,32±2,89	16,74±0,68		(2) vs (3)	0,499

GABNO'ya göre üç farklı gruba ayrılan katılımcılardan, birinci gruptaki üç katılımcının ön test ortalaması 12,67; ikinci ve üçüncü gruptaki katılımcıların ön test ortalamaları ise sırasıyla 13,03 ve 12 olarak hesaplanmıştır. Çizelge 3.14.'te görüldüğü üzere; GABNO bakımından üç grup arasında ön test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,569$).

Çizelge 3.14. ÖT puanlarının GABNO'ya göre karşılaştırılması.

	GABNO	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Ön Test Puanı	2,5'ten düşük	3	12,67	3,21	1,86	14,00	9,00	15,00	
	2,5-2,99 arası	40	13,03	3,33	0,53	14,00	5,00	18,00	0,569
	3 ve üstü	24	12,00	4,33	0,88	11,00	4,00	19,00	

Katılımcıların son test puanları, GABNO'ya göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,63)=7,07$ ve $p=0,010$). Ön test puanına göre düzeltilen son test puanı açısından GABNO'nun katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı tespit edilmiştir ($F(2,63)=0,01$ ve $p=0,994$) (Çizelge 3.15.).

Çizelge 3.15. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının GABNO'ya göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			7,07	1	0,010
Grup			0,01	2	0,994
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
2,5'tan küçük (1)	16,00±2,00	15,99± 1,68		(1) vs. (2)	1,000
2,5-2,99 arası (2)	16,15±2,66	16,05± 0,46		(1) vs. (3)	1,000
3 ve üzeri (3)	16,07±3,01	16,13± 0,60		(2) vs. (3)	1,000

3.2. Deneysel Aşama ile İlgili Nicel Veriler

3.2.1. Düzeltilmiş Son Test Puanlarının Deney Gruplarına Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların son test puanları, Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarına göre değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,63)=14,07$ ve $p<0,001$). Ön test puanı ile düzeltilmiş

son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark tespit edilmiştir ($F(2,63)=21,47$ ve $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney A ve Deney B düzeltilmiş grup ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$ ve $p<0,001$).

Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarının ön test ve son test puanlarının dağılımı Çizelge 3.16.'da verilmiştir.

Çizelge 3.16. Düzeltilmiş son test puan ortalamalarının deney gruplarına göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			14,07	1	<0,001
Grup			21,47	2	<0,001
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	16,92±2,55	17,08± 0,46		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	17,80±1,82	17,71± 0,50		(1) vs. (3)	<0,001
Kontrol (3)	13,70±2,82	13,61± 0,47		(2) vs. (3)	<0,001

Simülasyon temelli öğretimin kötü haber verme becerisine etkisini GGBF'den elde edilen toplam skorla tespit edebilmek için Deney A, Deney B ve Kontrol Grubundaki katılımcıların ayrı ayrı ön test ve son test puan değişimleri incelendiğinde; Deney A ve Deney B Gruplarının son test puanlarının ön test puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark ile daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ancak Kontrol Grubunun ön test ve son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür (Çizelge 3.17.).

Çizelge 3.17. Deney A, Deney B ve Kontrol Grubundaki katılımcıların ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi.

		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Deney A	ÖT	24	12,08	3,63	0,74	12,00	4,00	19,00	<0,001
	ST	24	16,92	2,55	0,52	16,50	12,00	20,00	
Deney B	ÖT	20	12,95	3,44	0,77	14,00	5,00	18,00	<0,001
	ST	20	17,80	1,82	0,41	18,00	13,00	20,00	
Kontrol	ÖT	23	12,96	4,05	0,84	14,00	4,00	18,00	0,370
	ST	23	13,70	2,84	0,59	15,00	9,00	18,00	

3.2.2. Düzeltmiş Son Test Puanlarının İki Ölçüm (ÖT-ST) Arasında Geçen Süreye Göre Karşılaştırılması

Ön test ile son test arasında geçen sürenin en kısa 4 gün, en uzun 32 gün olduğu tespit edilmiştir. Bu süreler; iki ölçüm arası 15 günden az ve 15 günden fazla olmak üzere iki kategoriye indirgenmiştir. Katılımcıların ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F(1,64)=7,90$ ve $p=0,007$). Ancak ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($F(1,64)=1,03$ ve $p=0,313$). İki ölçüm arası geçen sürenin son test puanına etkisi Çizelge 3.18.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.18. Düzeltmiş son test puan ortalamalarının iki ölçüm (ÖT-ST) arasında geçen süreye göre karşılaştırılması.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ±Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			7,90	1	0,007
Grup			1,03	1	0,313
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
15 günden az (1)	15,94±3,18	15,88±0,40			
15 gün ve üzeri (2)	16,53±2,36	16,74±0,75		(1) vs. (2)	0,313

3.2.3. ÖT ve ST Görüşmelerinin Süresi

Katılımcıların ön test ve son test görüşmelerinin süresi “*dakika, saniye*” birimiyle kaydedilerek karşılaştırılmıştır. Ortalama ön test süresi 10,04 dakika; ortalama son test süresi 9,19 dakika olarak hesaplanmıştır. Yapılan analiz Çizelge 3.19.’da gösterilmiş ve katılımcıların görüşme süresi ortalamaları arasında ön test ve son test açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,017$).

Çizelge 3.19. ÖT ve ST görüşme sürelerinin karşılaştırılması.

	N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ÖT Süresi	67	10,04	2,86	0,35	10,00	5,00	17,00	0,017
ST Süresi	67	9,19	2,48	0,30	8,00	4,00	16,00	

Ön test ve son test süreleri cinsiyet açısından karşılaştırılmış; kadın ve erkek katılımcılar arasında ön test ve son test süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,912$ ve $p=0,667$) (Çizelge 3.20.).

Çizelge 3.20. Kadın ve erkek katılımcıların ÖT sürelerinin karşılaştırılması.

		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
ÖT Süresi	Erkek	38	10,08	3,16	0,51	10,00	5,00	17,00	0,912
	Kadın	29	10,00	2,46	0,46	10,00	5,00	16,00	
ST Süresi	Erkek	38	9,08	2,56	0,42	8,50	4,00	16,00	0,667
	Kadın	29	9,34	2,39	0,44	8,00	6,00	15,00	

3.2.4. GGBF Maddelerinin Puanlanmasının ÖT ve ST Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Gözlemci Geri Bildirim Formunda yer alan maddelerin ön test verilerinin tanımlayıcı istatistikleri Çizelge 3.21.'de; son test verilerinin tanımlayıcı istatistikleri Çizelge 3.22.'de verilmiştir.

Çizelge 3.21. GGBF'de yer alan maddelerin ÖT verilerinin tanımlayıcı istatistikleri.

Madde	Grup	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum
Madde 1	Deney A	24	1,58	0,50	0,10	2,00	1	2
	Deney B	20	1,65	0,49	0,11	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,70	0,47	0,10	2,00	1	2
Madde 2	Deney A	24	1,38	0,58	0,12	1,00	0	2
	Deney B	20	1,25	0,55	0,12	1,00	0	2
	Kontrol	23	1,35	0,49	0,10	1,00	1	2
Madde 3	Deney A	24	1,13	0,80	0,16	1,00	0	2
	Deney B	20	1,20	0,62	0,14	1,00	0	2
	Kontrol	23	1,17	0,65	0,14	1,00	0	2
Madde 4	Deney A	24	1,17	0,70	0,14	1,00	0	2
	Deney B	20	1,35	0,67	0,15	1,00	0	2
	Kontrol	23	1,52	0,73	0,15	2,00	0	2
Madde 5	Deney A	24	1,38	0,65	0,13	1,00	0	2
	Deney B	20	1,45	0,69	0,15	2,00	0	2
	Kontrol	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1	2
Madde 6	Deney A	24	1,42	0,58	0,12	1,00	0	2
	Deney B	20	1,20	0,52	0,12	1,00	0	2
	Kontrol	23	1,22	0,67	0,14	1,00	0	2
Madde 7	Deney A	24	0,71	0,69	0,14	1,00	0	2
	Deney B	20	1,00	0,56	0,13	1,00	0	2
	Kontrol	23	0,52	0,67	0,14	0,00	0	2
Madde 8	Deney A	24	0,96	0,91	0,19	1,00	0	2
	Deney B	20	1,30	0,66	0,15	1,00	0	2
	Kontrol	23	1,30	0,70	0,15	1,00	0	2
Madde 9	Deney A	24	0,79	0,78	0,16	1,00	0	2
	Deney B	20	1,00	0,79	0,18	1,00	0	2
	Kontrol	23	0,83	0,72	0,15	1,00	0	2
Madde 10	Deney A	24	1,58	0,78	0,16	2,00	0	2
	Deney B	20	1,55	0,69	0,15	2,00	0	2
	Kontrol	23	1,61	0,72	0,15	2,00	0	2
TOPLAM	Deney A	24	12,08	3,63	0,74	12,00	4	19
	Deney B	20	12,95	3,44	0,77	14,00	5	18
	Kontrol	23	12,96	4,05	0,84	14,00	4	18

Çizelge 3.22. GGBF’de yer alan maddelerin ST verilerinin tanımlayıcı istatistikleri.

Madde	Grup	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum
Madde 1	Deney A	24	1,71	0,46	0,09	2,00	1	2
	Deney B	20	1,55	0,51	0,11	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,52	0,51	0,11	2,00	1	2
Madde 2	Deney A	24	1,75	0,44	0,09	2,00	1	2
	Deney B	20	1,85	0,37	0,08	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1	2
Madde 3	Deney A	24	1,63	0,49	0,10	2,00	1	2
	Deney B	20	1,75	0,44	0,10	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,04	0,47	0,10	1,00	0	2
Madde 4	Deney A	24	1,58	0,58	0,12	2,00	0	2
	Deney B	20	1,80	0,52	0,12	2,00	0	2
	Kontrol	23	1,35	0,78	0,16	2,00	0	2
Madde 5	Deney A	24	1,79	0,41	0,08	2,00	1	2
	Deney B	20	1,85	0,37	0,08	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1	2
Madde 6	Deney A	24	1,92	0,28	0,06	2,00	1	2
	Deney B	20	1,90	0,31	0,07	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,52	0,59	0,12	2,00	0	2
Madde 7	Deney A	24	1,79	0,41	0,08	2,00	1	2
	Deney B	20	1,70	0,47	0,11	2,00	1	2
	Kontrol	23	0,43	0,66	0,14	0,00	0	2
Madde 8	Deney A	24	1,38	0,71	0,15	1,50	0	2
	Deney B	20	1,90	0,31	0,07	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,57	0,59	0,12	2,00	0	2
Madde 9	Deney A	24	1,50	0,66	0,13	2,00	0	2
	Deney B	20	1,65	0,49	0,11	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,09	0,73	0,15	1,00	0	2
Madde 10	Deney A	24	1,88	0,45	0,09	2,00	0	2
	Deney B	20	1,85	0,37	0,08	2,00	1	2
	Kontrol	23	1,70	0,47	0,10	2,00	1	2
TOPLAM	Deney A	24	16,92	2,55	0,52	16,50	12	20
	Deney B	20	17,80	1,82	0,41	18,00	13	20
	Kontrol	23	13,70	2,84	0,59	15,00	9	18

Kötü haber verme becerisi, toplam skor yerine, maddeler özelinde değerlendirildiğinde; her bir maddenin ÖT ile ST arasındaki puan değişimi Deney A Grubu için Çizelge 3.23.’te, Deney B Grubu için Çizelge 3.24.’te ve Kontrol Grubu için Çizelge 3.25.’te gösterilmiştir.

Çizelge 3.23. ve Çizelge 3.24.'te görüldüğü üzere; Madde 1 dışındaki diğer maddelerde istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmektedir.

Çizelge 3.23. Deney A Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi.

		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Madde 1	ÖT	24	1,58	0,50	0,10	2,00	1,00	2,00	0,328
	ST	24	1,71	0,46	0,09	2,00	1,00	2,00	
Madde 2	ÖT	24	1,38	0,58	0,12	1,00	0,00	2,00	0,026
	ST	24	1,75	0,44	0,09	2,00	1,00	2,00	
Madde 3	ÖT	24	1,13	0,80	0,16	1,00	0,00	2,00	0,015
	ST	24	1,63	0,49	0,10	2,00	1,00	2,00	
Madde 4	ÖT	24	1,17	0,70	0,14	1,00	0,00	2,00	0,038
	ST	24	1,58	0,58	0,12	2,00	0,00	2,00	
Madde 5	ÖT	24	1,38	0,65	0,13	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	24	1,79	0,41	0,08	2,00	1,00	2,00	
Madde 6	ÖT	24	1,42	0,58	0,12	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	24	1,92	0,28	0,06	2,00	1,00	2,00	
Madde 7	ÖT	24	0,71	0,69	0,14	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	24	1,79	0,41	0,08	2,00	1,00	2,00	
Madde 8	ÖT	24	0,96	0,91	0,19	1,00	0,00	2,00	0,038
	ST	24	1,38	0,71	0,15	1,50	0,00	2,00	
Madde 9	ÖT	24	0,79	0,78	0,16	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	24	1,50	0,66	0,13	2,00	0,00	2,00	
Madde 10	ÖT	24	1,58	0,78	0,16	2,00	0,00	2,00	0,050
	ST	24	1,88	0,45	0,09	2,00	0,00	2,00	

Çizelge 3.24. Deney B Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi.

		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Madde 1	ÖT	20,00	1,65	0,49	0,11	2,00	1,00	2,00	0,330
	ST	20,00	1,55	0,51	0,11	2,00	1,00	2,00	
Madde 2	ÖT	20,00	1,25	0,55	0,12	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	20,00	1,85	0,37	0,08	2,00	1,00	2,00	
Madde 3	ÖT	20,00	1,20	0,62	0,14	1,00	0,00	2,00	0,002
	ST	20,00	1,75	0,44	0,10	2,00	1,00	2,00	
Madde 4	ÖT	20,00	1,35	0,67	0,15	1,00	0,00	2,00	0,025
	ST	20,00	1,80	0,52	0,12	2,00	0,00	2,00	
Madde 5	ÖT	20,00	1,45	0,69	0,15	2,00	0,00	2,00	0,017
	ST	20,00	1,85	0,37	0,08	2,00	1,00	2,00	
Madde 6	ÖT	20,00	1,20	0,52	0,12	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	20,00	1,90	0,31	0,07	2,00	1,00	2,00	
Madde 7	ÖT	20,00	1,00	0,56	0,13	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	20,00	1,70	0,47	0,11	2,00	1,00	2,00	
Madde 8	ÖT	20,00	1,30	0,66	0,15	1,00	0,00	2,00	<0,001
	ST	20,00	1,90	0,31	0,07	2,00	1,00	2,00	
Madde 9	ÖT	20,00	1,00	0,79	0,18	1,00	0,00	2,00	0,002
	ST	20,00	1,65	0,49	0,11	2,00	1,00	2,00	
Madde 10	ÖT	20,00	1,55	0,69	0,15	2,00	0,00	2,00	0,010
	ST	20,00	1,85	0,37	0,08	2,00	1,00	2,00	

Çizelge 3.25.'te görüldüğü üzere; yalnızca Madde 2'nin ÖT ve ST puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir artış tespit edilmiştir ($p=0,009$).

Çizelge 3.25. Kontrol Grubunun GGBF maddelerinin ÖT ve ST puan değişimlerinin değerlendirilmesi.

		N	Ortalama	Standart Sapma	Standart Hata	Medyan	Minimum	Maksimum	p
Madde 1	ÖT	23	1,70	0,47	0,10	2,00	1,00	2,00	0,162
	ST	23	1,52	0,51	0,11	2,00	1,00	2,00	
Madde 2	ÖT	23	1,35	0,49	0,10	1,00	1,00	2,00	0,009
	ST	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1,00	2,00	
Madde 3	ÖT	23	1,17	0,65	0,14	1,00	0,00	2,00	0,377
	ST	23	1,04	0,47	0,10	1,00	0,00	2,00	
Madde 4	ÖT	23	1,52	0,73	0,15	2,00	0,00	2,00	0,295
	ST	23	1,35	0,78	0,16	2,00	0,00	2,00	
Madde 5	ÖT	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1,00	2,00	1,000
	ST	23	1,74	0,45	0,09	2,00	1,00	2,00	
Madde 6	ÖT	23	1,22	0,67	0,14	1,00	0,00	2,00	0,110
	ST	23	1,52	0,59	0,12	2,00	0,00	2,00	
Madde 7	ÖT	23	0,52	0,67	0,14	0,00	0,00	2,00	0,628
	ST	23	0,43	0,66	0,14	0,00	0,00	2,00	
Madde 8	ÖT	23	1,30	0,70	0,15	1,00	0,00	2,00	0,083
	ST	23	1,57	0,59	0,12	2,00	0,00	2,00	
Madde 9	ÖT	23	0,83	0,72	0,15	1,00	0,00	2,00	0,186
	ST	23	1,09	0,73	0,15	1,00	0,00	2,00	
Madde 10	ÖT	23	1,61	0,72	0,15	2,00	0,00	2,00	0,492
	ST	23	1,70	0,47	0,10	2,00	1,00	2,00	

Gözlemci Geri Bildirim Formunda yer alan her bir maddenin puanlaması, çalışma grupları temel alınarak ön test ve son teste göre değerlendirilmiştir.

Formda ilk sırada yer alan “*Madde 1: Hasta sahibi ile göz teması kurdu.*” ifadesinden ön testte 24 katılımcı 1 puan; 43 katılımcı ise 2 puan almıştır. Son testte 27 katılımcı 1 puan alırken; 40 katılımcı 2 puan almıştır. Ön test ve son testte puan alamayan katılımcı olmamıştır.

Madde 1’in ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($F(1,63)=9,47$ ve $p=0,003$). Ancak; ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(2,63)=1,56$ ve $p=0,218$) (Çizelge 3.26.).

Çizelge 3.26. Madde 1'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			9,47	1	0,003
Grup			1,56	2	0,218
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,71±0,46	1,73± 0,10		(1) vs. (2)	0,598
Deney B (2)	1,55±0,51	1,54± 0,10		(1) vs. (3)	0,299
Kontrol (3)	1,52±0,51	1,50± 0,10		(2) vs. (3)	1,000

Madde 1, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=7,98$ ve $p=0,006$). Ayrıca, ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. ($F(1,64)=12,67$ ve $p=0,001$). Kadınların düzeltilmiş son test ortalamalarının (1,81), erkeklere göre (1,43) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.27.).

Çizelge 3.27. Cinsiyete göre Madde 1'in düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			7,98	1	0,006
Cinsiyet			12,67	1	0,001
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,42±0,50	0,43±0,07		(1) vs. (2)	0,001
Kadın (2)	1,83±0,38	1,81±0,08			

Formun ikinci sırasında yer alan “*Madde 2: Hasta sahibinin sözünü kesmeden dinledi.*” ifadesinden ön testte 2 katılımcı hiç puan almazken; 41 katılımcı 1 puan; 24 katılımcı ise 2 puan almıştır. Son testte 15 katılımcı 1 puan ve 52 katılımcı 2 puan alırken; puan alamayan katılımcı olmamıştır.

Madde 2'nin ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($F(1,63)=0,35$ ve $p=0,556$). Ek olarak, gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(2,63)=0,48$ ve $p=0,619$) (Çizelge 3.28.).

Çizelge 3.28. Madde 2'nin gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			0,35	1	0,556
Grup			0,48	2	0,619
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,75±0,44	1,75± 0,09		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,85±0,37	1,86± 0,10		(1) vs. (3)	1,000
Kontrol (3)	1,74±0,45	1,74± 0,09		(2) vs. (3)	1,000

Madde 2, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanının, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı saptanmıştır ($F(1,64)=0,15$ ve $p=0,701$). Ek olarak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür ($F(1,64)=0,65$ ve $p=0,423$) (Çizelge 3.29.).

Çizelge 3.29. Cinsiyete göre Madde 2'nin düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			0,15	1	0,701
Cinsiyet			0,65	1	0,423
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,74±0,45	1,74±0,07			
Kadın (2)	1,83±0,38	1,82±0,08		(1) vs. (2)	0,423

Formda yer alan “Madde 3: Hasta sahibiyle görüşürken; yönetme, uyarma, öğüt verme, yargılama, görüşüne katılma gibi iletişim engellerinden kaçındı.” ifadesinden ön testte 11 katılımcı puan almazken; 34 katılımcı 1 puan; 22 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 2 katılımcı puan almazken; 32 katılımcı 1 puan; 33 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 3'ün ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($F(1,63)=1,25$ ve $p=0,267$). Ancak; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F(2,63)=14,20$ ve $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney A ve Deney B düzeltilmiş grup ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$) (Çizelge 3.30.).

Çizelge 3.30. Madde 3’ün gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			1,25	1	0,267
Grup			14,20	2	<0,001
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,63±0,50	1,63± 0,10		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,75±0,44	1,75± 0,11		(1) vs. (3)	<0,001
Kontrol (3)	1,04±0,48	1,04± 0,09		(2) vs. (3)	<0,001

Madde 3, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanının, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur ($F(1,64)=0,85$ ve $p=0,361$). Ek olarak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=1,28$ ve $p=0,263$) (Çizelge 3.31.).

Çizelge 3.31. Cinsiyete göre Madde 3’ün düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			0,85	1	0,361
Cinsiyet			1,28	1	0,263
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,39±0,55	1,40±0,09		(1) vs. (2)	0,263
Kadın (2)	1,55±0,57	1,55±0,10			

Formda yer alan “*Madde 4: Hasta sahibine açık uçlu sorular sordu.*” ifadesinden ön testte 9 katılımcı puan almazken; 26 katılımcı 1 puan ve 32 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 6 katılımcı puan almazken; 17 katılımcı 1 puan ve 44 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 4'ün ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($F(1,63)=2,75$ ve $p=0,102$). Ancak; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($F(2,63)=3,20$ ve $p=0,048$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney B düzeltilmiş grup ortalamasının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,046$) (Çizelge 3.32.).

Çizelge 3.32. Madde 4'ün gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			2,75	1	0,102
Grup			3,20	2	0,048
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,58±0,58	1,62± 0,13		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,80±0,52	1,80± 0,14		(1) vs. (3)	0,344
Kontrol (3)	1,35±0,78	1,32± 0,13		(2) vs. (3)	0,046

Madde 4, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanının, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur ($F(1,64)=1,66$ ve $p=0,203$). Ek olarak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=0,28$ ve $p=0,602$) (Çizelge 3.33.).

Çizelge 3.33. Cinsiyete göre Madde 4'ün düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			1,66	1	0,203
Cinsiyet			0,28	1	0,602
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,53±0,69	1,53±0,11			
Kadın (2)	1,62±0,62	1,62±0,12			(1) vs. (2) 0,602

Formda yer alan “*Madde 5: Hastanın durumu hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi.*” ifadesinden ön testte 4 katılımcı puan almazken; 24 katılımcı 1 puan ve 39 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 14 katılımcı 1 puan, 53 katılımcı 2 puan alırken; puan almayan katılımcı olmamıştır.

Madde 5'in ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($F(1,63)=13,47$ ve $p=0,001$). Ancak; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(2,63)=1,56$ ve $p=0,218$) (Çizelge 3.34.).

Çizelge 3.34. Madde 5'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			13,47	1	0,001
Grup			1,56	2	0,218
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,79±0,42	1,83± 0,08			(1) vs. (2) 1,000
Deney B (2)	1,85±0,37	1,87± 0,09			(1) vs. (3) 0,513
Kontrol (3)	1,74±0,45	1,68± 0,08			(2) vs. (3) 0,312

Madde 5, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak

anlamli bir Şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=10,38$ ve $p=0,002$). Ancak; n test puanı tarafından dzeltiŐmiŐ son test puanı aÇısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamli fark yoktur ($F(1,64)=1,06$ ve $p=0,307$) (Çizelge 3.35.).

Çizelge 3.35. Cinsiyete göre Madde 5'in dzeltiŐmiŐ son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
n Test Puanı			10,38	1	0,002
Cinsiyet			1,06	1	0,307
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,74±0,45	1,75±0,06			
Kadın (2)	1,86±0,35	1,85±0,07			
				(1) vs. (2)	0,307

Formda yer alan “*Madde 6: Hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullandı.*” ifadesinden ön testte 5 katılımcı puan almazken; 38 katılımcı 1 puan ve 24 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 1 katılımcı puan almazken; 13 katılımcı 1 puan ve 53 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 6'nın ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamli ilişki olmadığı görülmüştür ($F(1,63)=0,64$ ve $p=0,425$). Gruplar arasında ön test puanı ile dzeltiŐmiŐ son test puanı aÇısından istatistiksel olarak anlamli fark bulunmuştur ($F(2,63)=6,07$ ve $p=0,004$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney A ve Deney B dzeltiŐmiŐ grup ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamli Şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,010$ ve $p=0,014$) (Çizelge 3.36.).

Çizelge 3.36. Madde 6'nın gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			0,64	1	0,425
Grup			6,07	2	0,004
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,92±0,28	1,91± 0,09		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,90±0,31	1,91± 0,10		(1) vs. (3)	0,010
Kontrol (3)	1,52±0,60	1,53± 0,09		(2) vs. (3)	0,014

Madde 6, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanının, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur ($F(1,64)=1,09$ ve $p=0,301$). Ek olarak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=0,13$ ve $p=0,715$) (Çizelge 3.37.).

Çizelge 3.37. Cinsiyete göre Madde 6'nın düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			1,09	1	0,301
Cinsiyet			0,13	1	0,715
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,79±0,48	1,79±0,07		(1) vs. (2)	0,715
Kadın (2)	1,76±0,44	1,75±0,09			

Formda yer alan “Madde 7: Kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisini verebilmesi için fırsat verdi.” ifadesinden ön testte 26 katılımcı puan almazken; 33 katılımcı 1 puan ve 8 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 15 katılımcı puan almazken; 17 katılımcı 1 puan ve 35 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 7'nin ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür ($F(1,63)=0,72$ ve $p=0,398$). Ancak; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($F(2,63)=42,97$ ve $p<0,001$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney A ve Deney B düzeltilmiş grup ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$ ve $p<0,001$) (Çizelge 3.38.).

Çizelge 3.38. Madde 7'nin gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			0,72	1	0,398
Grup			42,97	2	<0,001
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,79±0,42	1,79± 0,11		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,70±0,47	1,68± 0,12		(1) vs. (3)	<0,001
Kontrol (3)	0,43±0,66	1,45± 0,11		(2) vs. (3)	<0,001

Madde 7, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanının, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili olmadığı bulunmuştur ($F(1,64)=3,60$ ve $p=0,062$). Ek olarak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=0,07$ ve $p=0,800$) (Çizelge 3.39.).

Çizelge 3.39. Cinsiyete göre Madde 7'nin düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			3,60	1	0,062
Cinsiyet			0,07	1	0,800
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,26±0,80	1,28±0,13			
Kadın (2)	1,34±0,86	1,33±0,15		(1) vs. (2)	0,800

Formda yer alan “Madde 8: Hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirdi.” ifadesinden ön testte 15 katılımcı puan almazken; 25 katılımcı 1 puan ve 27 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 4 katılımcı puan almazken; 19 katılımcı 1 puan ve 44 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 8'in ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($F(1,63)=11,25$ ve $p=0,001$). Ek olarak gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir ($F(2,63)=3,70$ ve $p=0,030$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney B düzeltilmiş grup ortalamasının Deney A Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,035$). (Çizelge 3.40.).

Çizelge 3.40. Madde 8'in gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			11,25	1	0,001
Grup			3,70	2	0,030
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,38±0,71	1,44± 0,11		(1) vs. (2)	0,035
Deney B (2)	1,90±0,31	1,87± 0,12		(1) vs. (3)	1,000
Kontrol (3)	1,57±0,59	1,53± 0,11		(2) vs. (3)	0,130

Madde 8, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=10,87$ ve $p=0,002$). Ancak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=1,67$ ve $p=0,201$) (Çizelge 3.41.).

Çizelge 3.41. Cinsiyete göre Madde 8'in düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			10,87	1	0,002
Cinsiyet			1,67	1	0,201
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,47±0,69	1,52±0,09			
Kadın (2)	1,76±0,44	1,70±0,10			
				(1) vs. (2)	0,201

Formda yer alan “*Madde 9: Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerini anladığını ifade etti.*” ifadesinden ön testte 24 katılımcı puan almazken; 28 katılımcı 1 puan ve 15 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte 7 katılımcı puan almazken 26 katılımcı 1 puan ve 34 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 9'un ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($F(1,63)=5,45$ ve $p=0,023$). Ek olarak, gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($F(2,63)=4,40$ ve $p=0,016$). Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucu; Deney B düzeltilmiş grup ortalamasının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,024$) (Çizelge 3.42).

Çizelge 3.42. Madde 9’un gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			5,45	1	0,023
Grup			4,40	2	0,016
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,50±0,66	1,52± 0,13		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,65±0,49	1,62± 0,14		(1) vs. (3)	0,070
Kontrol (3)	1,09±0,73	1,10± 0,13		(2) vs. (3)	0,024

Madde 9, ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=4,30$ ve $p=0,042$). Ayrıca; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($F(1,64)=6,33$ ve $p=0,014$). Kadınların düzeltilmiş son test ortalamalarının (1,63), erkeklere göre (1,23) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 3.43.).

Çizelge 3.43. Cinsiyete göre Madde 9’un düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			4,30	1	0,042
Cinsiyet			6,33	1	0,014
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,21±0,66	1,23±0,10		(1) vs. (2)	0,014
Kadın (2)	1,66±0,61	1,63±0,12			

Formda son sırada yer alan “Madde 10: Görüşmeyi başarıyla sonlandırdı.” ifadesinden ön testte 9 katılımcı puan almazken; 10 katılımcı 1 puan ve 48 katılımcı 2 puan almıştır. Son testte yalnızca 1 katılımcı puan almazken; 11 katılımcı 1 puan ve 55 katılımcı 2 puan almıştır.

Madde 10'un ön test puanı ile son test puanı arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ($F(1,63)=30,96$ ve $p<0,001$). Ancak; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(2,63)=1,95$ ve $p=0,150$) (Çizelge 3.44.).

Çizelge 3.44. Madde 10'un gruplar arasında ÖT ve ST puanları açısından değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			30,96	1	<0,001
Grup			1,95	2	0,150
Error				63	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Deney A (1)	1,88±0,45	1,88± 0,07		(1) vs. (2)	1,000
Deney B (2)	1,85±0,37	1,86± 0,08		(1) vs. (3)	0,230
Kontrol (3)	1,70±0,47	1,69± 0,08		(2) vs. (3)	0,349

Madde 10; ön test ile düzeltilmiş son test puanına etki eden cinsiyet değişkeni açısından değerlendirildiğinde; ön test puanı, son test puanı ile istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde ilişkili bulunmuştur ($F(1,64)=27,92$ ve $p<0,001$). Ancak; ön test puanı tarafından düzeltilmiş son test puanı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($F(1,64)=0,01$ ve $p=0,945$) (Çizelge 3.45.).

Çizelge 3.45. Cinsiyete göre Madde 10'un düzeltilmiş son test puan ortalamalarının değerlendirilmesi.

Etki	Aritmetik Ortalama±Standart Sapma	Kestirilen Marjinal Ortalama ± Standart Hata	F	Serbestlik Derecesi	p
Ön Test Puanı			27,92	1	<0,001
Cinsiyet			0,01	1	0,945
Error				64	
<i>İkili Karşılaştırmalar</i>					
Erkek (1)	1,76±0,49	1,81±0,06		(1) vs. (2)	0,945
Kadın (2)	1,86±0,35	1,80±0,07			

Gözlemci Geri Bildirim Formunda yer alan tüm maddelerin istatistiksel değerlendirmeleri Çizelge 3.46.'da gösterilmiştir.

Çizelge 3.46. GGBF maddelerinin istatistiksel değerlendirilmesi.

Madde numarası	Beceri tanımı	Gruplar arası anlamlı fark	İkili karşılaştırmalar
Madde 1	Hasta sahibi ile göz teması kurdu.	Yok (p= 0,218)	-
Madde 2	Hasta sahibinin sözünü kesmeden dinledi.	Yok (p= 0,619)	-
Madde 3	Hasta sahibiyle görüşürken; yönetme, uyarma, öğüt verme, yargılama, görüşüne katılma gibi iletişim engellerinden kaçındı.	Var (p<0,001)	Deney A>Kontrol (p<0,001) ve Deney B>Kontrol (p<0,001)
Madde 4	Hasta sahibine açık uçlu sorular sordu.	Var (p=0,048)	Deney B>Kontrol (p=0,046)
Madde 5	Hastanın durumu hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi.	Yok (P=0,218)	-
Madde 6	Hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullandı.	Var (p=0,004)	Deney A>Kontrol (p=0,010) ve Deney B>Kontrol (p=0,014)
Madde 7	Kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisini verebilmesi için fırsat verdi.	Var (p<0,001)	Deney A>Kontrol (p<0,001) ve Deney B>Kontrol (p<0,001)
Madde 8	Hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirdi.	Var (p=0,030)	Deney B>Deney A (p=0,035)
Madde 9	Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerini anladığını ifade etti.	Var (p=0,016)	Deney B>Kontrol (p=0,024)
Madde 10	Görüşmeyi başarıyla sonlandırdı.	Yok (p=0,150)	-

3.3. Deneysel Aşama ile İlgili Nitel Veriler

3.3.1. Odak Grup Görüşmeleri (OGG)

Çalışmanın son aşaması olan OGG'ye; Deney A Grubunda yer alan 24 katılımcının tamamı, Deney B Grubunda yer alan 20 katılımcının 15'i ve Kontrol Grubunda yer alan 23 katılımcının 21'i olmak üzere toplam 60 katılımcı dâhil olmuştur. Görüşmelerin intörn eğitiminde klinik uygulamalar dışında kalan serbest zaman diliminde yapılması nedeniyle, oturum sırasında Fakülte dışında olduğunu bildiren yedi katılımcı OGG'ye katılamamıştır.

Çalışma süresince yapılan 18 farklı OGG; ortalama üçer kişilik gruplar halinde tamamlanmıştır. En kısa süren görüşme 7,43 dakika; en uzun süren görüşme 35,50 dakika olarak kaydedilmiş; görüşmelerin toplam süresi 330,04 dakika, ortalama görüşme süresi ise 18,35 dakika olarak hesaplanmıştır. Katılımcılarla yapılan OGG ile ilgili bilgiler Çizelge 3.47.'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.47. OGG'ye katılan katılımcı sayıları ve görüşme süreleri.

Görüşme Kodu	Katılımcı Sayısı	Görüşme Süresi (dk,sn)
OGG1	4 kişi	19,05
OGG2	2 kişi	13,52
OGG3	3 kişi	10,28
OGG4	2 kişi	9,50
OGG5	2 kişi	17,07
OGG6	4 kişi	31,17
OGG7	4 kişi	18,43
OGG8	3 kişi	30,40
OGG9	4 kişi	22,50
OGG10	4 kişi	21,17
OGG11	4 kişi	9,10
OGG12	3 kişi	20,11
OGG13	4 kişi	7,43
OGG14	4 kişi	16,18
OGG15	3 kişi	23,55
OGG16	4 kişi	8,50
OGG17	3 kişi	35,50
OGG18	3 kişi	13,15

Odak Grup Görüşmesi verilerine göre, katılımcılar SHS ile görüşme deneyimindeki duygu durumlarını çeşitli ifadelerle dile getirmiştir (Ek 13. Görüş 1-18). Bu görüşlerden üçüne aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 1: *“Ben biraz gergin hissettim hani sonuçta bir oyun kısmı var işin. Biraz gerildim. Sonra hiç bu kadar kötü bir haber vermediğim için heyecanlandım.”* (VET64).

Görüş 5: “Kendimi meslek anlamında mutlu; hayvan sahibi yerine empati yaptığımda üzgün olarak hissettim.” (VET13).

Görüş 13: “Ya ben ilk yaptığımda, ilk konuşmada gergin ve stresliydim. Ama bugünkü konuşmada (...) bugün biraz daha rahattım.” (VET43).

Katılımcıların, OGG’de simülasyon temelli öğretim yöntemiyle ilgili olarak SHS ile görüşme (Ek 13. Görüş 19-51) ve oyunlaştırma yöntemine (Ek 13. Görüş 52-71) ilişkin görüşlerinden birkaçına aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 21: “Biz sonuçta biliyoruz onun gerçek hasta sahibi olmadığını. Hata yapsak bile kamera arkasında düzeltebileceğimizi. Veyahut da başka şekilde tekrarlayabileceğimizi biliyoruz. Ama gerçek hasta sahibinde öyle bir imkân yok. Ağzımızdan çıkan her kelime bizim için ve hasta sahibi için çok çok önemli.” (VET74).

Görüş 33: “(SHS’ler) Bence günlük hayatta görebileceğimiz hasta sahiplerinin aynısıydı. Aynı tip hasta sahipleriyle karşılaşmıştık daha önce.” (VET75).

Görüş 44: “Yok yani bana daha işte ilk hafta çok şey gelmişti. Çok belliydi rol olduğu. Gerçek hasta sahiplerinde bu böyle olmuyor. İnsanlar daha coşkulu, daha yüksek seviyelerde yaşıyorlar üzüntülerini, acılarını.” (VET68).

Görüş 55: “Hem hasta sahibi olup hem veteriner (hekim) olunca hani iki taraftan da görmek daha iyi oldu. Çünkü tek veteriner hekim olarak şey yapsaydım belki bu kadar rahat iletişim kuramazdım.” (VET26).

Görüş 56: “İyi kötü bir piyes yapıyorsun, bir oyun oynuyorsun. Çok farklı bir şey. Medeni cesareti arttırıyor.” (VET6).

Görüş 59: “Yani biz teorik bilgilerden öğrendiklerimizi orada (oyunlaştırma yöntemiyle) çalıştık. O (teorik) derste ne gördüysek ne yaptysak. (Standart) Hasta sahibine hazırlanmamızı etkiledi yani.” (VET16).

Görüş 60: “Her zaman belki oyuncu (standart hasta sahibi) getirilemez derslere ama öğrenciler kendi aralarında yapabilirler bunu.” (VET65).

Görüş 68: “Evet biraz yani şey oldu. Laubali bir şey oldu arkadaşımın yaparken. Laubali bir şekilde yaklaştım. İster istemez oluyor bu.” (VET1).

Katılımcıların, OGG’de simülasyon temelli öğretim yöntemiyle ilgili olarak video kaydı (Ek 13. Görüş 72-78) hakkındaki görüşlerinden üçüne aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 73: “Yani sonuçta (her katılımcı) bir kamera önünde dursun; ondan sonra kendisini izlesin. Nerede hata yaptı, nasıl bir duruş (sergiledi); nasıl bir işte el hareketleri, yüz hareketleri falan... Onları da yani görmesi lazım.” (VET33).

Görüş 74: “Şimdi bir de video kaydı olunca hocam insan biraz ister istemez aklında kalıyor.” (VET1).

Görüş 76: “Yani farkında olmadan kayıt yapsa(nız) biraz daha iyi olur gibi.” (VET1).

Çalışma kapsamında OGG’ye katılan 60 katılımcıdan yalnızca biri STÖ’de kullanılan simülatör (cansız/oyuncak hayvan) ve/veya standart hasta (canlı hayvan) ile ilgili görüş bildirmiş ve bu görüşe aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 79: “Ben oyuncaklarda takıldım yani. Oyuncak kedi, oyuncak köpek bana göre değil. Bir de köpekle oynadım (temas ettim) çok da. Oyuncak bana göre değil. Canlı (hayvan) istiyorum ((gülüyor)).” (VET55).

OGG’ye dâhil olan katılımcılardan, senaryoların pozitif ve güçlü yönleriyle ilgili geri bildirim alınmamıştır. Senaryolarla ilgili ifade edilen iki görüş aşağıda verilmiştir:

Görüş 80: “Belki de hikâye (son testteki senaryo) çok kısaydı, o yüzden. Diğeri (ön testteki senaryo) daha uzundu. Başka seçenekler vardı. Öyle uzatabiliyorduk. Biz söyleyince hemen bitti, böyle sessizlik oldu.” (VET48).

Görüş 81: “Bence eğitimin bir parçası da senaryo değil de gerçek hayattan da kesitlerin olması aslında.” (VET74).

Katılımcıların, OGG’de SHS ile görüşme sayısı ile ilgili görüşlerinden (Ek 13. Görüş 82-94) üçüne aşağıda verilmiştir:

Görüş 90: “Bence en az bir beş-altı kez. Yani artık şey ben bu konuda kendimi hazır hissediyorum diyebilmek için bence. Beş altı kez gerekiyor.” (VET17).

Görüş 91: “Bence sayısız yapmak lazım çünkü her seferinde her farklı hastalıkta, her farklı insana farklı bir haber veriyoruz ve cidden hani (kötü haberi) verme yöntemimiz çok farklı oluyor.” (VET35).

Görüş 93: “Sonuçta farklı insanlarla (standart hasta sahipleriyle) karşılaştığımız için tepkiler farklı. Onun için ne kadar çok, o kadar iyi.” (VET57).

Katılımcıların ÖT ile ST arasındaki değişimleriyle ilgili görüşlerinden (Ek 13. Görüş 95-104) ikisine aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 98: “Benim geçen haftaki bir kaostu. Düşününce yani bodoslama böyle bir söyledim acı haberi. (...) Benim geçen haftaya göre bu hafta daha iyiydi.” (VET38).

Görüş 103: “Eğitim gibi düşünürsek ilk gün (ön test) yaptık konuştuk hani. Bazı hatalarımızı buraya geldiğimizde size de bahsettim. Hatalarımızı arkadaşlarımızla da konuştuk. Cuma günü (son test) tekrardan böyle bir şey olacağını bildiğimiz için biraz daha rahattık.” (VET74).

Katılımcıların OGG’de teorik eğitim temalı görüşleri (Ek 13. Görüş 105-115) incelenmiş; bu görüşlerden ikisine aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 112: “(Teorik eğitim) Baya olumlu etkiledi benimkini (son test görüşmemi) gerçekten. En azından ne yapmam gerektiğini öğrendim. Kötü haber vermeyi ben gerçekten bilmiyordum. Hani (kötü haberi) çat diye söylemeden nasıl verebileceğim falan diye düşünüyordum. En azından yolunu yordamını öğrendim diyeyim.” (VET39).

Görüş 113: “Ben ilk önce “merhaba nasılsınız” demeyi öğrendim ((gülüyor))... Merhaba nasılsınız, buyurun oturun, ne içersiniz falan... Bir de şey, dinlediğimi belli etmeyi, hani şeylerle falan geri bildirimlerle, soru sormayı (öğrendim). Bir de o sessizliklerde biraz daha iyi yönetebilmeyi, en azından (kötü haberi verdikten sonra standart hasta sahibine) biraz zaman verip, isterseniz dinlenin, şey yapın, kendinize gelin falan dedikten sonra....” (VET32).

Katılımcıların OGG’de kötü haber vermeyle ilgili görüşlerinden (Ek 13. Görüş 116-130) üçüne aşağıda yer verilmiştir:

Görüş 116: “Mesela kırk yaşına da geldim desem, kırk yaşında da klinisyen olsam, bu tür kötü haberi verirken hala kendimi deneyimsiz hissedebilirim.” (VET35).

Görüş 118: “Çünkü biz birçok şeyi burada okulda görürken artık benimsiyoruz, artık kabulleniyoruz. Ama hasta sahibinin köpeğinin tümör olması ilk defa başına gelen bir şey ve o hayvanla yıllarını geçiriyor. O yüzden onun açısından çok daha zor. Bunu anlamak biraz daha önemli. (...) Benim için sıradan bir şey, çok da önemli olmayan bir şey. Çünkü benim hayatımı etkilemeyecek. Ama o insanın bundan sonraki yaşantısını boylu boyunca etkileyecek. O yüzden (bu çalışma) empati kurma açısından (bana) daha (farklı) bir şeyler kattı.” (VET68).

Görüş 129: “Arkadaşlarımın var klinik tecrübesi, benim hiç yok. Benim için bu (standart hasta sahibine kötü haber verme) bir deneyim. (...) Bu duruma belki hiç girmesem; ben hiç bilmeden mesleğe ilk atıldığımda, hiç iletişim kurmayı bilmeden yaşaya yaşaya öğrenecektim. Bu da hem bana zaman kaybı hem belki hasta kaybı... Maddi-manevi olarak zarar görecektim.” (VET37).

4. TARTIŞMA

Klinik beceriler arasında önemli yer tutan iletişim becerileri (Desmond ve Copeland, 2010); 1980’li yıllara kadar mezuniyet sonrası geliştirilmesi öngörülen bir beceri olarak kabul edilirken (Englar ve ark., 2016) 1980’li yıllardan itibaren tıp okullarının ve son yıllarda da sınırlı sayıda veteriner okulunun eğitim programlarında bu becerilerin geliştirilmesine yönelik teorik derslere ve uygulamalara yer verildiği (Adams ve Kurtz, 2006; Shaw ve Ihle, 2006) görülmektedir.

Türkiye’de; veteriner hekimliğinde iletişim becerileri ile ilgili öğretimin, akademik düzeyde ilk kez AÜVF’de birinci sınıflara verilmek üzere eğitim programına eklenen “*Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri*” isimli seçmeli ders ile başlatılması AÜVF’nin bu konudaki öncü rolünün bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Bu rolde, Fakültenin kurumsal yapısının ve uluslararasılaşma çabalarının katkısı olduğu düşünülmektedir. Yine alanında ilk olan ve veteriner hekim adaylarına simülasyon temelli öğretimle kötü haber verme özelinde iletişim becerisi farkındalığı kazandırmayı amaçlayan bu tez çalışması ile gerçekleştirilen uygulamaların da yakın gelecekte öncelik AÜVF olmak üzere Türkiye’de çağdaşlaşma hedefi taşıyan veteriner fakültelerinin eğitim programlarında yer alacağı öngörülmektedir.

Çeşitli kaynakları referans gösteren Van Dalen ve ark. (2001); hekim-hasta iletişiminin eğitimle birlikte geliştirilebileceğini; başka bir deyişle, herhangi bir yöntemle alınan ilgili eğitimin; iletişim becerileri konusunda fark yarattığını ve uygulamalı iletişim becerileri eğitiminin de yalnızca bilgi birikimi sağlayan geleneksel yöntemlere göre daha etkili olduğunu savunmaktadır. Yine çeşitli kaynakları işaret eden Aspegren (1999) de; tıp, diş hekimliği, hemşirelik ve ebelik gibi farklı disiplinlerde okuyan öğrenciler için iletişim becerileri eğitiminin pozitif etkisi²²

²² Aspegren’e (1999) göre, üç farklı çalışmadan üretilen sonuçlar, sağlık alanında iletişim becerileri eğitiminden önce düşük puan alan katılımcıların eğitimden yararlanma durumlarının; yüksek puan alanlara göre daha fazla olduğunu göstermektedir.

olduğuna dair güçlü kanıtlara rastladığını ve öğrencilerin, alacakları eğitimle iletişim becerilerini öğrenerek uygulayabilir hale gelebileceklerini bildirmektedir. Teorik eğitim alan ve OY uygulayan Deney A ve yalnızca teorik eğitim alan Deney B Grubundan elde edilen veriler de iletişim becerileri eğitiminin (teorik eğitimin) katılımcıların kötü haber verme becerisini geliştirdiğini göstermekte (Çizelge 3.17) ve bu açıdan yukarıdaki literatürle uyum sağlamaktadır.

Davis ve Nicholaou (1992) tarafından gerçekleştirilen bir çalışma; son sınıf öğrencilerinin birinci sınıflara göre iletişim becerileri konusunda daha başarılı olduğunu göstermektedir. Dünyada ve Türkiye’de sağlık alanında iletişim becerileri eğitimleri incelendiğinde; önce temel iletişim becerilerinin; bu eğitimden sonra öykü alma becerisi ve hekim-hasta iletişiminin verildiği; bu dersleri başarıyla tamamlayan öğrencilere de zor hasta ile iletişim ve kötü haber verme gibi özel durumlarda iletişim ile ilgili konuların *-farklı sınıflarda-* ve *-aşamalı olarak-* öğretildiği görülmektedir (Adams ve Kurtz, 2006; Chun ve ark., 2009; Gray ve ark., 2006; Heath, 1996; Sarıkaya ve ark., 2004). Veteriner hekimliği alanında da hasta sahibine kötü haber vermenin temel basamaklarından biri olan bilgiyi paylaşma aşaması; veteriner hekimin temel bilimler, klinik öncesi ve klinik bilimlerin ilgili konularında bilimsel ve teknik bilgi ve beceriye yeterli düzeyde sahip olmasını gerekli kılmaktadır. Bu noktadan hareketle, Tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde kullanılan osteosarkom senaryosunda da hasta sahibine doğru ve beklentilerini karşılayacak düzeyde bilgi verilebilmesi için, görüşmeyi yapan kişinin, hayvanın anatomisi, hastalığın patolojisi, semptomları, klinik seyri ve tedavi seçenekleri konularında yeterli bilgi ve deneyime sahip olması beklenmiştir. Dolayısıyla, intörnlerin, kötü haber verme becerisine ilişkin bilimsel ve teknik bilgi ve beceri ile klinik deneyim açısından diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilere göre daha donanımlı olmaları ön kabulüyle; Tez çalışmasının, AÜVF’nin son sınıfında eğitimlerini sürdüren intörnler ile yürütülmesi tercih edilmiştir.

Tez çalışmasında; katılımcılarda gönüllülük esasının aranması, katılımcıların yalnızca serbest zamanlarında çalışmaya dahil olmaları ve uygulamanın asgari şartlarda (donanım, süre, sınırlı sayıda SHS vb.) gerçekleştirilmesi gibi sınırlılıklar;

araştırmaya tam ve bütünsel bir çalışma yerine simülasyon temelli öğretimin bir ön çalışması olma niteliği kazandırmıştır. Ancak; OGG'den üretilen veriler ve katılımcılardan çalışma kapsamı dışında alınan geri bildirimler; bu sınırlılıklara rağmen intörnlerin uygulamalardan memnun kaldıklarını ve yararlandıklarını ortaya koymaktadır. Bu yaklaşımda, uygulamanın yanı sıra, katılımcıların isteyerek çalışmaya dâhil olmalarının da olumlu yönde etkisi bulunduğu düşünülmektedir. Nitekim Chun ve ark. (2009) tarafından yapılan bir çalışmada benzer bir uygulamaya zorunlu ve gönüllü olarak dâhil edilen iki öğrenci grubundan; gönüllü grubun, hazır bulunuşlukları ve sürece daha çabuk adapte olabildikleri görülmüştür. Bu durumun; hem memnuniyeti hem de çalışmanın başarısını arttırabilme potansiyeli göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer yandan, optimal koşullarda gerçekleştirilecek ideal bir uygulamanın; veteriner hekim adaylarının memnuniyetlerini daha da arttıracağı, daha etkili ve kalıcı olacağı ve amacını da tam olarak karşılayacağı öngörülmektedir.

Veteriner hekimliğinde STÖ yöntemiyle genelde iletişim becerilerini özelde ise kötü haber verme becerisini geliştirmeyi hedefleyen bu çalışma kapsamında; *fiziksel mekan, farklı cinsiyet ve yaş aralığında SHS'ler, eğiticiler* (SHS eğitimi, görüşmelerin değerlendirilmesi, küçük grupların eğitimi vb. durumlar için) ve *müfredat* (yeterli süre ve sınırlı öğrenci kontenjanı ile eklenecek ders) açısından tespit edilen yetersizliklerin giderilmesiyle; veteriner hekim adaylarının deneyimlediği bu becerileri daha da etkili bir şekilde öğrenecekleri düşünülebilir. Literatürde (Chun ve ark., 2009); bu becerileri öğretecek yeterli eğitici, parasal kaynak ve lojistik desteğin olmadığı durumlar bildirilerek; bunların multidisipliner çalışma prensibiyle aşılabileceği belirtilmiştir.

Çalışmanın pilot uygulamasında, her bir klinik görüşmenin ardından SHS'ler katılımcılara geri bildirimde bulunmuştur. Ancak asıl çalışmada; gerek alt yapı eksikliği nedeniyle tüm ÖT ve ST görüşmelerinin birer SHS ile yapılması ve gerekse pilot çalışma sırasında belirli bir sayıdan sonra SHS geribildirimlerinin kişiye özel olmak yerine kendini tekrarlamaya başlaması dikkate alınarak, görüşmelerin ardından katılımcılara SHS'ler yerine gözlemcinin (araştırmacının) geri bildirim vermesi tercih edilmiştir. Birden fazla görüşme odasının bulunduğu bir *İletişim Becerileri*

Laboratuvarı (İBL) oluşturulmasıyla yeterli alt yapı, teknik donanım ve personele sahip olunmasının; birden fazla SHS ile eş zamanlı olarak görüşme yapılabilmesine; SHS'lerin doğru, yeterli ve katılımcıya özel geribildirimde bulunabilmesine ve bu koşulların da katılımcıların iletişim becerilerinin gelişmesine daha fazla katkı sunmasına olanak sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışma kapsamında verilen teorik derslerin ve çözümleme oturumlarının sürelerinin (yaklaşık birer saat) yetersiz olduğu düşünülmekle birlikte; ilgili literatürde de sınırlı ders saatlerinde eğitim verildiği görülmektedir. Chun ve ark. (2009), Wisconsin-Madison Üniversitesi Veteriner Okulu'nda zorunlu olarak verilen iletişim becerileri derslerinde, on kişilik gruplardan oluşan birinci sınıf öğrencileriyle bir saatlik teorik ders ve ardından bir buçuk saatlik interaktif tartışma ve çözümleme oturumu yaptıklarını bildirmiştir. SH kullanılarak hazırlanan deneyime dayalı öğrenme oturumları için verilen bir başka örnekte de farklı aşamalardan oluşan 45 dakikalık başlangıç oturumunun ardından, öğrencinin teorik bilgi birikimini gözden geçirmesi (10 dakika), simülasyon oturumu (senaryoya bağlı olarak 20-30 dakika), tartışma ve geri bildirim (15 dakika) ve değerlendirme ve kapanış oturumu (35 dakika) aşamalarından oluşan bir program tanımlanmıştır (Thistlethwaite ve Ridgway, 2015). Charlton (1993); oyunlaştırma, geri bildirim ve tartışma, öğretici videoların izlenmesi ve okuma listesi aşamalarından oluşan üç saatlik eğitim programı ile palyatif tıp uygulamaları sırasında gereksinim duyulan iletişim becerilerine erişilebileceğini kaydetmiştir. Bu örnekler, Tez çalışmasındaki sınırlı oturum sürelerinin kabul edilebilirliğini desteklemesi açısından önemli bulunmuştur. Yine de ideal bir eğitim programının tasarlanabilmesi için veteriner hekimliği alanında iletişim becerileri eğitiminin öncüleri arasında yer alan Ontario Veteriner Okulu'nda uygulanan program dikkate alınarak sürenin uzatılması da tavsiye edilebilir. Söz konusu programda 8-9 öğrenciden oluşan grupların her birinin; üç kez 2,5 saatlik iletişim laboratuvarı eğitimi ve iki kez 2 saatlik klinik iletişim, kanıta dayalı tıp, deneysel öğretim ve öğrenmeyle ilgili teorik ders aldıkları bildirilmektedir (Adams ve Ladner, 2004). Bu program ile karşılaştırıldığında; teorik eğitimin süresinin (ortalama 50 dk) ve SHS ile görüşme sürelerinin (iki kez, yaklaşık 10 dakika) kısıtlı olması dezavantaj olarak değerlendirilmektedir. Yine de Ontario Veteriner Okulu'nda verilen eğitimin birden

fazla beceriyi geliştirmek üzere kurgulanmış olabileceği; ancak yapılan çalışmada yalnızca kötü haber verme becerisine vurgu yapıldığından dolayı sürenin kısıtlı olmasının kabul edilebileceği ileri sürülebilir. Diğer yandan, Tez çalışmasının deney gruplarında yer alan rotasyonların katılımcı sayısının Ontario Veteriner Okulu'nda uygulanan programdaki katılımcı sayısından daha az olması ise Durning ve Conran'ın (2013) bildirdiği ideal küçük grup sayısına (5-8 kişi) rağmen avantaj olarak kabul edilebilir.

Yöntem bölümünde belirtildiği üzere, araştırmada yer alan Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarına çalışmanın başında ve sonunda T ve ST olarak SHS ile görüşme uygulaması yaptırılmıştır. Çizelge 3.16.'da görüldüğü üzere, deney gruplarının (A ve B) n test puanıyla dzeltilmif son test puan ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak daha yüksek olmasının; bu gruplara verilen teorik eğitimden kaynaklandığı düşünülebilir. Ancak bu görüş; T ve ST arasında yalnızca oyunlaştırma yöntemini uygulayan farklı bir deney grubunun varlığı ile kanıtlandığı takdirde şüphesiz ve objektif olarak değerlendirilebilecektir.

Katılımcıların n test ve son test ölçümleri arasında geçen süreler; katılımcıların gönüllülük esasına dayalı olarak ve intörn eğitimleri sırasında klinik uygulama saatleri dışında kalan serbest zamanlarında çalışmaya dâhil olmaları nedeniyle farklılık göstermiştir. Bu durumun; katılımcıların kötü haber verme becerilerini nasıl etkilediğini ölçmek için 15 günden az ve 15 günden çok olmak üzere iki farklı sınıflandırma yapılarak tüm deney gruplarının ön test puanına göre dzeltilmif son test puan ortalamaları bu kritere göre değerlendirilmiştir. Çalışma planlanırken; iki ölçüm arası geçen sürenin kısa olmasının, katılımcıların ikinci performanslarını olumlu etkileyeceği tahmin edilmiştir. Ancak yapılan değerlendirme sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmaması; Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarında yer alan katılımcıların son test görüşmelerinin deneysel desen dışında sınıflandırılabilen çevresel bir faktörden etkilenmediğini göstermiş; bu veri de çalışmanın güvenirliğini destekleyici bir sonuç olarak yorumlanmıştır.

Bulgular bölümünde verildiği üzere, katılımcıların ön test ve son test süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p=0,017$); katılımcıların son testi, ön teste göre daha kısa sürede tamamladıkları görülmüştür. Literatürde (Lloyd ve Bor, 2006), genellikle zaman alan bir süreç olarak geçen kötü haber vermenin; bu çalışmanın son testinde daha kısa sürede tamamlanmasında; SHS ile ikinci kez görüşen katılımcıların, ilk görüşmeye göre daha rahat ve deneyimli; son test görüşmesinde kullanılan senaryonun daha kolay olması ve son testteki SHS'nin de daha sakin karakterde olması gibi değişkenlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Tez çalışması; Çizelge 3.23. ve Çizelge 3.24.'e göre, Deney A ve Deney B Gruplarının ortak öğretim yöntemi olan teorik eğitimin; katılımcıların SHS ile kötü haber verme becerisi özelinde görüşme becerisine -*Madde 1 dışındaki diğer tüm maddelerde*- katkı sağladığını ortaya koymaktadır. Bu katkının; teorik eğitimin, genel ve özel olmak üzere iki katmanlı yapılandırılması, her katılımcının genel teorik eğitimi almasından sonra SHS ile yapacağı görüşmenin ardından video kaydının izlenmesi, eksiklerin ve geliştirilmesi gereken becerilerin tespit edilmesi, bu eksiklerin giderilmesi ve belirlenen becerilerin geliştirilmesi amacıyla bireye özel teorik eğitimin verilmesinden kaynaklandığı tahmin edilmektedir. Bireylerin iletişim becerileri ve bu becerileri geliştirme süreçleri farklılık göstereceğinden; amacına hizmet etmesi beklenen eğitimin kişiye özel yapılandırılması gerektiği öne sürülebilir.

Katılımcıların, teorik eğitimle öğretilen hasta sahibinin sözünü kesmeden dinleme ve iletişim engellerinden kaçınma gibi temel iletişim becerileriyle (Bkz. Ek 13. Görüş 106, 107, 108, 109, 110, 111 ve 113) ve kötü haber verme becerisiyle (Bkz. Ek 13. Görüş 105, 112, 113, 114 ve 115) ilgili ifadeleri ile çalışmanın nicel verilerinin istatistiksel analizleri; teorik eğitimin, hasta sahibiyle görüşürken iletişim engellerinden kaçınma (Bkz. GGBF Madde 3), hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullanma (Bkz. GGBF Madde 6) ve kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisi için fırsat verme (Bkz. GGBF Madde 7) becerilerinin gelişimini pozitif yönde etkilediğini göstermektedir.

Tez çalışması kurgulanırken, oyunlaştırma, SHS ile görüşme ve teorik eğitim yöntemleriyle verilen iletişim becerileri eğitiminin en güçlü basamağı olduğu düşünülen (Alinier, 2007; Maran ve Glavin, 2003) ve bu nedenle deney gruplarının yanı sıra Kontrol Grubunun oluşturulmasına aracılık eden SHS ile görüşme yönteminin; kötü haber verme becerisine de büyük ölçüde katkı sunacağı öngörülmüştür. Ancak; yalnızca SHS ile tekrarlayan görüşmeler yapan Kontrol Grubundan elde edilen verilere göre (Çizelge 3.25.); bu yöntemin kötü haber verme becerisini bir tek hasta sahibinin sözünü kesmeden dinleme becerisi (Madde 2) açısından pozitif yönde etkilediğini göstermiştir. Bu durum dikkate alınarak; teorik eğitim ile desteklenmeyen SHS ile görüşme yönteminin, kötü haber verme becerisine sınırlı düzeyde katkı sunabileceği iddia edilebilir.

Literatürde (Yıldırım ve Şimşek, 2013), verimli bir küçük OGG'nin 6-8 kişiden oluşması gerektiği bildirilmesine rağmen; çalışma süresince yapılan OGG'ler; ortalama üçer kişilik gruplar halinde tamamlanmıştır. Bu durum, katılımcıların intörn eğitimi programı dâhilinde zaman ve mekân sıkıntısı yaşamaları nedeniyle; aynı deneysel gruba ait gönüllülerin görüşmeye bir arada alınmasından kaynaklanmıştır. OGG'lerin süresi ve içeriği *-her görüşme kendine özgü olacak şekilde-* manipüle edilmiştir. Görüşmelerin tamamı detaylı olarak çözümlendiğinde; OGG'ye katılan kişi sayısının literatürde bildirilenden daha az olmasının, görüşmenin akışına ve nitel veri eldesine negatif etkisinin olmadığı görülmüştür; çalışma açısından olumlu bir durum olarak değerlendirilmiştir.

Veteriner hekim ile hasta sahibi arasında geçen klinik görüşmelerinin başarıyla sonlandırılmasında; katılımcıların SHS ile görüşme sayılarının ve teorik eğitimin etkisi olduğu düşünülmektedir. OGG'den üretilen veriler (Bkz. Ek 13. Görüş 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93 ve 94) dikkate alınarak görüşme sayısının artmasının katılımcıların STÖ sürecine adaptasyonuna katkı sağladığı ileri sürülebilir. Bu aşamada, aynı ve/veya benzer profilde SHS ile görüşme yerine; farklı SHS ile farklı senaryolar doğrultusunda görüşme yapmanın (Bkz. Ek 13. Görüş 86, 91, 93 ve 94) ve her katılımcıya ihtiyacı ölçüsünde görüşme yaptırabilme esnekliğinin sağlanmasının (Bkz. Ek 13. Görüş 86 ve 87) çalışmanın amaçları açısından daha etkili olacağı

düşünülmektedir. Görüşmelere adaptasyon sürecinin bireyden bireye farklılık göstermesinin ve mesleki uygulamalar sırasında birçok farklı vaka ile karşılaşılacak olmasının söz konusu öngörüğü gerekçelendirmek için yeterli olacağı savunulabilir. Kuzu ve ark.'ın (2005), her öğrencinin aynı öğreticiden aynı eğitimi aynı koşullarda almalarına rağmen farklı düzeylerde öğrendiklerini gösteren; Bloom'un *Tam Öğrenme Modeli*'ne atıfta buldukları çalışmaları da bu öngörüğü destekler niteliktedir.

Katılımcılardan bazıları, OGG'de kendilerini ikinci görüşmede daha başarılı bulurken (Bkz. Ek 13. Görüş 95, 96, 98, 99 ve 100); bazılarının bu konuda olumlu geri bildirimde bulunmamasının (Bkz. Ek 13. Görüş 97, 101, 102, 103 ve 104) yine iletişim becerilerindeki ve görüşmelere adaptasyon sürecindeki kişisel farklılıklar ile ilişkilendirilerek açıklanabileceği düşünülmektedir.

Görüşme sayısı ile ilgili geri bildirimde bulunan ve iki görüşme arasındaki değişimlerini değerlendiren aynı katılımcıların ifadeleri incelendiğinde; yalnızca iki katılımcının belirtilen iki konuda da geri bildirimde bulunduğu tespit edilmiştir. Görüşme sayısının görüşmede karşılaşılan hasta sahibi profiline göre değişebileceğini savunan VET 38'in (Bkz. Ek 13. Görüş 86), ikinci görüşmesinin ilkinde göre daha başarılı olduğunu bildirmesi (Bkz. Ek 13. Görüş 98) tutarlı bulunmuştur. Görüşme sayısının kişinin kendini hazır hissedene kadar (beş- altı kez) olması gerektiğini savunan VET17 (Bkz. Ek 13. Görüş 90) ise ikinci görüşmede iletişim becerileri ile ilgili olarak ilerleme kaydettiğini (Bkz. Ek 13. Görüş 100) ifade etmiş ve bu yaklaşım da tutarlı bulunmuştur. Bu görüşler de tekrar eden görüşmelerin, katılımcıların iletişim becerilerini pekiştirmesine olanak sağlayabileceği öngörüsünü desteklemektedir.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Ön test puanları, katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırıldığında; cinsiyet, en uzun süre yaşanan yerin niteliği, öğrenci değişim programlarından yararlanma, hayvan besleme, AÜVF'yi tercih sırası, klinik deneyim

ve GABNO açısından katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması; seçkisiz atamayla oluşturulan Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarının benzer olduğunu göstermektedir. Bu durum, ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarındaki değişimi, gruplardaki katılımcıların bireysel özellikler yerine deneysel sürecin katılımcılarda yarattığı farklılıklar ile açıklamaya olanak sağlamaktadır.

Yöntem ve Bulgular bölümlerinde yer verildiği üzere, katılımcıların ön test puanı ile düzeltilmiş son test puan ortalamalarına bakıldığında; yalnızca cinsiyetin istatistiksel olarak anlamlı fark yarattığı saptanmış; diğer sosyodemografik özelliklerin son test üzerinde etkisi olmadığı gözlenmiştir.

Yapılan istatistiksel değerlendirmede (Çizelge 3.3.); *-deney gruplarından bağımsız olarak-* kadın katılımcıların ön test puanı ile düzeltilmiş son test puan ortalamalarının, erkek katılımcılarınkine göre daha yüksek olduğu sonucunun; kadın ve erkeklerin sözlü ve sözsüz iletişim davranışlarındaki farklılıklar ile ilişkilendirilerek açıklanabileceği düşünülmektedir. Dökmen (2016); kadın ve erkekler arasındaki farklılığın, kişilerarası iletişimi de etkilediğini bildirmiştir. Nitekim Yüksel'e (2014) göre; çeşitli kaynaklarda, erkeklerin kadınlardan daha yüksek sesle, kadınların ise erkeklerden daha yumuşak ses tonuyla konuştukları; kadınların konuşanın sözünü daha az kestikleri; ses perdelerini değiştirerek daha duygusal vurgular yaptıkları; ayrıca daha çok soru sorma eğiliminde oldukları, daha fazla gülümsedikleri, daha olumlu jestler sergiledikleri ve karşı taraftan gelebilecek teması kabullendikleri bildirilmiştir. Gürüz ve Temel Eğinli (2014); kadınların iletişim sırasında daha fazla göz teması kurduklarını; daha çok gülümsediklerini ve daha akıcı konuştuklarını; Türkmenoğlu (2016) ve Nunes ve ark. (2011) da kadınların erkeklere oranla daha fazla empati kurabildiklerini ifade etmiştir. Aspegren'e (1999) göre ise kadınlar derslerde iletişim becerilerini erkeklere oranla daha hızlı öğrenmektedir.

Sağlık alanında iletişim ve cinsiyet üzerine yapılan bir meta-analitik çalışma (Roter ve ark., 2002) ile; kadın hekimlerin daha aktif işbirliğine dayalı iletişim

modelini kullandıkları, psikososyal rehberlik yaptıkları, erkeklere oranla daha pozitif ve duygusal konuştukları tespit edilmiştir. Tıp öğrencileriyle yürütülen bir başka çalışmada (Batenburg ve Smal, 1997); kadınların erkeklere oranla daha hasta odaklı ve psikososyal becerilere sahip olduğu bildirilmiştir. Dört farklı veri tabanında 1967 ile 2000 yılları arasında yayımlanan makalelerin anahtar kelimelerinin incelenmesi yöntemine dayanarak, hekim-hasta etkileşimini cinsiyet değişkeni açısından değerlendirmeyi konu alan başka bir meta-analitik çalışmada (Hall ve Roter, 2002); hastaların kadın hekimlerle daha fazla konuştuğu, kadın hekimlerin hastalarla görüşme sürelerinin daha uzun olduğu belirtilmiştir.

Güney Ontario’da pet hekimleriyle yapılan ve veteriner hekim-hasta-hasta sahibi iletişimde cinsiyet farklılıklarını temel alan bir çalışmada (Shaw ve ark., 2012); kadın veteriner hekimlerin *-erkeklerle kıyaslandığında-* hasta sahipleriyle daha fazla ilişki merkezli iletişim kurdukları, hasta sahiplerine daha pozitif ifadeler kullandıkları ve daha az aceleci davrandıkları öne sürülmüştür. Çalışma kapsamında, ilişki merkezli etkileşim değerlendirildiğinde; en yüksek puanı kadın veteriner hekim-kadın hasta sahibi ikilisi alırken; en düşük puanı ise erkek veteriner hekim-kadın hasta sahibi ikilisinin aldığı bildirilmiştir.

Yukarıda verilen literatür ışığında; çalışmaya katılan katılımcıların, yalnızca “kadın” olmaktan dolayı iletişimde avantajlı olduğu söylenebilir. Biyolojik cinsiyet ve toplumsal cinsiyetin katılımcılara kattığı becerilere, hekimlik mesleğinin kazandırdığı birtakım yetkinlikler de eklenince; kadın katılımcıların kötü haber verme becerisinde erkeklere göre daha başarılı olmaları şaşırtıcı bulunmamaktadır. Bu başarıda, katılımcıların görüşme yaptıkları SHS’nin cinsiyetinin de kadın olarak seçilmesinin ve senaryoların sözlü ve sözsüz iletişim öğelerini içinde barındıracak nitelikte hazırlanmasının da rolü olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, kadınların ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarının erkeklerinkinden daha yüksek bulunması; kadın veteriner hekimlerin, kadın SHS ile daha rahat iletişim kurmaları, kadınların kötü haber verme becerisinde

erkeklerle göre daha başarılı ve/veya iletişime daha açık olmaları gerekçeleriyle açıklanabilir. Bu noktadan hareketle, “*kaynaktan alıcıya mesaj iletimi*” olarak tanımlanan iletişimde; taraflardan en az birinin (yalnızca kaynak, yalnızca alıcı, yalnızca kaynak veya alıcı, hem kaynak hem alıcı), kadın olması durumunda oluşan etkileşimin, hem kaynağın hem de alıcının erkek olduğu diğer olasılığa göre daha güçlü olacağı öngörülmektedir. Yine de, cinsiyetin SHS ile görüşmelere etkisinin tam olarak değerlendirebilmesi için, katılımcıların aynı ve farklı cinsiyette SHS ile çok sayıda görüşme yapmaları gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmanın planlanması aşamasında; ilde yaşayan katılımcıların ön test puanları ile düzeltilmiş son test puan ortalamalarının, ilçede yaşayan katılımcılara oranla daha yüksek olması beklenmiş; bu durumun kentin kırsala oranla daha katmanlı bir sosyokültürel yapıya sahip olmasıyla açıklanabileceği öngörülmüştür. İllerin, ilçelere oranla daha fazla göç alması nedeniyle; burada yaşayan katılımcıların farklı etnik köken, din, dil, ırk ve/veya mezhebe ait insanlarla -diğer katılımcılara oranda- daha fazla etkileşim halinde olabileceği; dolayısıyla; katılımcıların empati becerilerini geliştirerek daha iyi iletişim kurabileceği düşünülmüştür. Ancak; katılımcıların üniversiteye başlamadan önce en uzun süre yaşadığı yerin niteliği ile ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,075$). Bu durumun; AÜVF’de beşinci sınıf öğrencileri olan katılımcıların, üniversite öğrenimleri sırasında en az dört sene boyunca Ankara’da (*ilde*) yaşamalarından ve son dört yılda benzer çevre ve kültürel alt yapıyla etkileşimde olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Türkiye’deki mevcut tüm Veteriner Fakültelerinin eğitim programları arasında kötü haber verme becerisi özelinde STÖ’nün yer almaması nedeniyle, yurt içindeki bir değişim programından yararlanan katılımcılarla hiçbir programdan yararlanmayan katılımcıların düzeltilmiş son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmaması ($p=0,993$) şaşırtıcı bulunmamıştır. Benzer bir tablo; yurt dışı değişim programlarıyla eğitimlerinin bir kısmını yurt dışında tamamlayan katılımcılarla diğerlerinin ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında da görülmüştür. Yapılan yüz yüze görüşmelerde; yurt dışı değişim

programına katılan katılımcılar da gittikleri veteriner okullarında iletişim becerileri eğitimi almadıklarını bildirmişlerdir. Dolayısıyla, yurt içi ve yurt dışı değişim programlarından yararlanan iki grup ile herhangi bir değişim programından yararlanmayan diğer katılımcılar arasında kötü haber verme becerisi açısından bir fark yaratmaması olağan karşılanmalıdır.

Çalışmaya başlarken; özel klinik deneyimi olan katılımcılar olmayanlarla karşılaştırıldığında; ön test puanı ile düzeltilmiş son test puan ortalamalarının daha yüksek olacağı öngörülmüş; pet deneyimi olan katılımcıların da büyükbaş, tek tırnaklı ve kümes hayvanları deneyimi olanlara kıyasla kötü haber verme becerilerinin daha yüksek olacağı tahmin edilmiştir. Ancak; yapılan istatistiksel analizler sonucunda, katılımcıların ön test puanı ile düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamış ($p=0,373$); bu durumun da henüz - veteriner hekim- unvanı almamış olan katılımcıların, sahada hasta sahibiyle kötü haber verme becerisi özelinde görüşme deneyimini yaşayamamalarından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Heru (2014); kötü haber verme sırasındaki iletişimin çoğunlukla deneyimle öğrenileceğini söylemektedir. Dolayısıyla, veteriner hekim adaylarının, yanlarında klinik deneyim kazandığı rol modellerini gözlemleyerek; kötü haber verme becerisini öğrenmeleri ve uygulayabilmelerini beklemek gerçekçi değildir.

Çalışmanın başında; hayvan besleyen katılımcıların, hayvan beslemeyen katılımcılara göre ve kedi-köpek besleyen katılımcıların da diğer hayvan türlerini besleyenlere göre hasta sahipleri ile empati kurma becerilerinin daha iyi olacağı varsayılarak; son testte daha yüksek puan almaları beklenmiştir. Ancak; grupların ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0,455$). İlk kez “*veteriner hekim*” unvanıyla SHS ile senaryo doğrultusunda görüşme yapan katılımcıların, görüşme sırasında deneyimsizliklerinden ve heyecanlarından dolayı hata yapmamak ve bir an önce görüşmeyi sonlandırmak için, hayvan sahibiyle empatiye dayalı işbirlikçi bir yaklaşım yerine paternalistik bir yaklaşımla görüşmeyi sürdürmüş olabilecekleri söylenebilir. Bu durumun; hayvan beslemelerine rağmen; katılımcıların iletişim becerilerinde fark yaratmamasının nedenleri arasında yer alabileceği düşünülebilir. Diğer yandan;

hayvan beslemenin bir veteriner hekim adayında empati kurma becerisini tek başına görünür kılması yeterli olmamış olabilir. Çoruk (2016)'a göre; temelinde “*anlamak*” ve “*duygudaşlık*” olan empatik iletişimin ilk basamağı; karşı taraftaki insanın duygu ve düşüncelerini fark etmek üzere empatik dinleme aşamasıdır. Voltan Acar (2015); empatinin duygu ve içerik yansıtması olarak iki yönlü olduğunu; olumlu empati için bu iki yönü yansıtmak üzere en az üçüncü düzeyde tepki verilmesi gerektiğini bildirmiştir. Nitekim, katılımcıların SHS'ye duygu yansıtması yapabildikleri, ancak aldıkları sınırlı teorik eğitimin içerik yansıtması yapabilmelerine yeterince katkı sağlayamadığı; bu durumun da SHS ile yeterince empati kuramamalarına yol açtığı nedenleri arasında yer aldığı söylenebilir.

İlk tercihi ile AÜVF'yi kazanan katılımcıların ve diğerlerinin; ön test puanları ile düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,212$). Diğer yandan; benzer bir tablo GABNO'larına göre gruplara ayrılan katılımcıların ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarında da görülmüş; bu gruplar arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,994$). Bu durum dikkate alındığında; üniversite tercih sıralaması ve GABNO'nun, SHS ile görüşme deneyimi özelinde kötü haber verme becerisiyle açıkça ilişkilendirilemeyeceği söylenebilir.

4.2. GGBF Maddelerinin Puanlanmasının ÖT ve ST Puanlarına Göre Değerlendirilmesi

Gözlemci Geri Bildirim Formu'nda yer alan “*Madde 1: Hasta sahibi ile göz teması kurdu.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; Deney A, Deney B ve Kontrol Grupları arasında düzeltilmiş son test puanları açısından anlamlı bir ilişkinin kurulamaması; bu çalışmada uygulanan teorik eğitimin tek başına ya da oyunlaştırma yöntemi ile birlikte verilmesinin göz teması kurma becerisinin geliştirilmesine katkısı olmadığını göstermektedir. Çeşitli kaynaklarda (Adams ve Kurtz, 2017; Cornell ve Kopcha, 2007; Gray ve Moffett, 2010; Shaw ve ark., 2004), ideal bir veteriner hekim-hasta sahibi etkileşimi için göz temasının önemi bildirilmiştir. Çizelge 3.27., kadın

katılımcıların göz teması kurmada erkeklerden daha başarılı olduklarını göstermektedir. Bu noktadan hareketle, aynı cinsiyette olan veteriner hekim-SHS ikilisinin; daha rahat göz teması kurmuş olabilecekleri düşünülebilir. Ancak, OGG'den üretilen verilere göre, hemcinsi SHS ile göz teması kuramadığını ifade eden bir kadın katılımcının aksi yönde görüş bildirdiği (Bkz. Ek 13. Görüş 45) de görülmektedir. Kadın ve erkek katılımcıların göz teması kurma becerisindeki farklılıklarının; kültürel alt yapıdan kaynaklanabileceği de düşünülmele birlikte, böyle bir kanıya varabilmek için daha kapsamlı ve yalnızca bu konuyu irdeleyen çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

Literatürde (Maguire ve Pitceathly, 2002), klinik görüşmelerin başında göz teması kurmanın ve görüşme süresince bu teması sürdürmenin; hekimin ilgisinin bir göstergesi olduğu belirtilmektedir. Pease (2002); gözler ve göz bebeklerinin hareketiyle oluşan göz temasının; insanların karşılıklı iletişimindeki en önemli unsurlardan biri olduğunu ve göz teması süresinin beden diline benzer şekilde kültürel farklılıklar içerebileceğini savunmaktadır. İletişimde göz teması konusunda farklı bir görüş bildiren Navarro ve Karlins (2016); iki kişinin karşılıklı konuşması sırasında, konuşan kişinin göz temasını kaybedip başka bir yöne bakmasının, anlattığı konu üzerinde daha kesin bir şekilde düşünmek ve dikkatini toplamak amaçlı yapılan bir davranış olabileceğini; dolayısıyla ilgisizlik anlamına gelmemesi gerektiğini ileri sürmektedir. Bu farklı görüşlere rağmen; Tez çalışmasında, Deney A ve Deney B Grubuna verilen teorik eğitimde; göz teması kurmanın önemi üzerinde durulmuş ve tüm katılımcıların da bu konuda hemfikir oldukları anlaşılmıştır.

Formda yer alan “*Madde 2: Hasta sahibinin sözünü kesmeden dinledi.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; gruplar arasında düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması; teorik eğitimin tek başına veya oyunlaştırma ile birlikte verilmesinin; katılımcıların pasif dinleme becerilerine yeterince katkı sağlamadığını göstermektedir. Diğer yandan, SHS ile görüşme deneyimi dışında başka bir değişkene maruz kalmayan Kontrol Grubunda da anlamlı fark olmaması dikkat çekmekte; bu durum da SHS ile görüşme deneyiminin ikinci kez tekrarlanmasının, pasif dinleme becerisine tek başına katkı sunmadığını ortaya

koymaktadır. Ancak, bu konuda kesin bir yargıya varılabilmesi ve SHS ile yapılan görüşmenin, hasta sahibinin sözünü kesmeden dinleme becerisine etkisinin doğru olarak değerlendirilebilmesi için, sınırlı sayıda (iki) görüşmenin yeterli olmadığı; bu konuda kesin bir kanıya ulaşabilmek için bu görüşmelerin çok sayıda tekrarlanmasının gerektiği düşünülmektedir.

Kirwan (2010); temel amacı düşünsel ve duygusal olarak hasta sahibini olabildiğince anlamak olan etkili dinlemenin; öğrenilebilir (Humble, 2001) ve uygulanabilir bir beceri olduğunu bildirmiştir. Humble (2001), dinlemenin, tüm iletişim sürecinin %40'ını kapsadığını savunmuştur. Etkili dinlemenin ilk adımının; hasta sahibinin sözünü kesmeden etkin dinleme becerisine dayandırılabilceğini söylemek yanlış olmayacaktır. Hasta sahibini etkin dinlemenin; veteriner hekimliğinde teşhis ve tedavinin temeli olan hasta öyküsü alma becerisinin önkoşulu ve başarılı bir veteriner hekim-hasta sahibi görüşmesinin vazgeçilmez bileşeni olabileceği iddia edilebilir.

Lloyd ve Bor (2006)'a göre; beşeri hekimlerin hastalarını dinlememeleri; hastaların, hekimleri ile ilgili yakınmaları arasında yer almaktadır. Buckman (1992); hekimlerin hastalarıyla iletişimlerinde “*birakın konuşsun ve ardından dinlediğinizi belli edin*” diyerek temel bir kural önermiş; hekimlerin bir sonraki cümlelerine başlamadan önce hastaların sözlerini tamamlamaları gerektiğini vurgulamıştır. Bu durumun veteriner hekim-hasta sahibi etkileşimi için de söylenebileceği düşünülebilir. Literatürde (Radford, 2010), hasta sahibine açık uçlu sorular sorduktan sonra veteriner hekimin tek yapması gerekenin susarak hasta sahibini dinlemek olduğuna dikkat çekilmiştir. Dolayısıyla hasta sahibinin sözünü kesmeden dinleme becerisinin, açık uçlu sorular sorma becerisini (GGBF Madde 4) de beraberinde getirdiği ve birlikte değerlendirilebileceği ileri sürülebilir.

Formda yer alan “*Madde 3: Hasta sahibiyle görüşürken yönetme, uyarma, öğüt verme, yargılama, görüşüne katılma gibi iletişim engellerinden kaçındı.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde, Deney A, Deney B ve Kontrol Gruplarının ön test

puanlarıyla düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak yüksek düzeyde anlamlı fark bulunması ($p < 0,001$); Deney A ve Deney B Gruplarına verilen teorik eğitimin, katılımcıların iletişim engelleri oluşturmadan iletişim kurmalarına destek olduğu savıyla açıklanabilir. Diğer yandan, Deney A ve Deney B Gruplarının ön test puanlarıyla düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması ($p = 1,000$) ise oyunlaştırmanın söz konusu iletişim engellerini ortadan kaldıramadığını göstermektedir.

Formda yer alan “*Madde 4: Hasta sahibine açık uçlu sorular sordu.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; gruplar arasında ön test puanı ile düzeltilmiş son test puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p = 0,048$). Deney A ile Kontrol Grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; Deney B Grubunun, Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olması ($p = 0,046$); teorik eğitimin tek başına katılımcıların açık uçlu sorular sorma becerisine katkısını göstermekte; ancak oyunlaştırma ile birlikte verildiğinde gruplar arasında fark yaratmadığını ortaya koymaktadır.

Kirwan (2010) veteriner hekimlerin görüşmeler sırasında kullanmaları gereken soru tipleri arasında; açık ve kapalı uçlu sorulara ek olarak yansıtıcı, derinleştirici, odaklanmış ve yol gösterici/kılavuz soru modellerini de tanımlamıştır. Buckman (1992); görüşmenin en önemli bileşenlerinden biri olan soru sorma becerisinin -*biri açık uçlu; diğeri de kapalı uçlu sorular olmak üzere*- iki temel bileşeni olduğunu vurgulamıştır. Humble (2001), klinik görüşmelerde açık uçlu soru sorma becerisinin, şüphelenilen hastalığın altında yatan nedenleri ortaya çıkarmak için belirleyici olduğuna ve veteriner hekimin teşhis koyma becerisini arttırdığına işaret etmiştir. Lloyd ve Bor (2006) ise açık uçlu soru tipi kullanıldığında görüşmenin çok daha zor kontrol altında tutulabildiğini ve diğer tipte sorular ile yürütülen görüşmelere göre daha fazla zaman alabildiğini bildirmiştir. Ancak Kirwan (2010)’a göre; iyi bir klinik görüşmede doğru soru tipi kullanılarak kurulan iletişim; veteriner hekim-hasta sahibi görüşmesinde zamanın en iyi şekilde kullanılmasına hizmet etmektedir.

Açık uçlu soru sormanın, bir hekimi, doğru teşhise götüren en güçlü basamak olan klinik öykünün doğru alınması basamağında da önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Bu basamak; hastanın anlayacağı bir dil kullanma, hastaya açık uçlu sorular sorma, tıbbi terminolojiden/mesleki jargondan kaçınarak hastaya dilediği kadar ayrıntılı bilgi verme, hastanın anlattıklarını özetleyerek doğrulama ve etkin dinleme gibi bileşenlerden oluşmaktadır (Adams ve Kurtz, 2017). Hasta öyküsü alma, fiziksel muayene ve laboratuvar bulgularının hastalığın teşhisine katkılarını -80 vakayla araştıran- bir çalışmada (Peterson ve ark., 1992); alınan klinik öykünün %71 oranında hekimi teşhise doğrudan ulaştırdığı ve fiziksel muayenenin %12, laboratuvar bulgularının ise %11 oranında hastalığın teşhisine yardımcı olduğu görülmüştür. Beşeri hekimlikte olduğu (Lloyd ve Bor, 2006) gibi; veteriner hekimlikte de anamnez alınırken açık uçlu soruların sorulmasının, hastasının klinik geçmişini anlatması açısından hasta sahibini cesaretlendirdiği görülmektedir (Desmond ve Copeland, 2010; Kirwan, 2010; Roudebush ve ark., 1993). Kedi ve köpek sahipleriyle yapılan bir çalışmada (Englar ve ark., 2016); yedi kedi sahibinden dördünün ve altı köpek sahibinden üçünün; açık uçlu soruların iletişim becerileri eğitimi için “aşırı önemli (*extremely important*)” olduğunu vurguladıkları bildirilmiştir.

Bazı klinik görüşmeler sırasında; sözsüz iletişime ek olarak, hangi bilgilerin söylenmediği veya saklandığı (Kirwan, 2010); en az sözlü iletişim kadar önemli olduğundan veteriner hekimlerin, görüşmeler sırasında hasta sahibinin anlattıklarının yanı sıra anlatmadıkları ve/veya sakladıkları konusunda da dikkatli olmaları gerekmektedir. Hasta sahibinin bilerek gizlediği veya gerekli görmediği için açıklamadığı klinik belirtileri öğrenmenin en iyi yolunun da yine hasta sahibine açık uçlu sorular sorma becerisine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Tez çalışması tasarlanırken, yukarıda refere edilen kaynak dikkatlice gözden geçirilmiş ve tüm soru modelleri arasından yalnızca -klinik öykü alma becerisinin temeli olarak kabul edilen- açık uçlu soru sorma becerisinin değerlendirilmesi tercih edilmiştir. Ulaşılan sonucun, soru soruma becerisinin öğrenilebilir bir beceri olduğunu ve bu konuda uygulama yapılması gerektiğini ileri süren Lloyd ve Bor’u (2006) desteklediği de görülmüştür. Bu gerçekten hareketle; genelde soru sorma; özelde ise

açık uçlu sorular sorma becerisinin daha fazla pratik yapılarak daha da etkili bir biçimde geliştirilebileceği düşünüldüğünden; veteriner hekim adayları için kurgulanacak olan iletişim becerileri ile ilgili teorik eğitimde soru sorma becerisine - *doğru teşhise ulaşmada önemli bir adım olduğu ve iletişim becerilerinin yanı sıra mesleki bilgi ve klinik becerilere de katkı sağladığı için*- kapsamlı olarak yer verilmesi gerektiği savunulmaktadır. Diğer yandan, Ancova testine göre SHS ya da oyunlaştırma yönteminin; açık uçlu sorular sorma becerisini etkilemediğini kabullenmeden önce; bu yöntemlerin yalnızca bu beceri özelinde dikkatlice sınanması ve etkinliğinin bir kez daha değerlendirilmesi gerektiğine inanılmaktadır.

Formda yer alan “*Madde 5: Hastanın durumu hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi.*” ifadesine ilişkin olarak; Deney A ve Deney B Grubunda yer alan katılımcıların son test puanlarıyla Kontrol Grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olması beklenmiştir. Özellikle oyunlaştırma yapan katılımcıların (Deney A Grubu); deneyime (tekrarlayan görüşmelere) dayanarak bu becerilerini geliştirmeleri ve diğer katılımcılara göre hasta sahibine daha ayrıntılı olarak açıklama yapması öngörülmüştür. Ancak; Ancova testine göre Deney A ve Deney B Gruplarının Kontrol Grubuna göre düzeltilmiş son test puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunduğundan bu öngörü doğrulanamamıştır. Bu noktadan hareketle; gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında; verilen teorik eğitimin, oyunlaştırmanın ve yalnızca SHS ile ikinci kez görüşme deneyiminin bu beceride fark yaratmadığı söylenebilir.

Bir klinik görüşmede; hasta öyküsünün alınması ve fiziksel muayene yapılması aşamalarını; veteriner hekimin, mesleki bilgisini kullanarak hasta sahibine açıklama yapma aşaması takip etmektedir (Radford, 2010). Beşeri hekimlik uygulamalarında bilgi verilirken; hastanın klinik durumu hakkında ne bildiğini öğrenme, bilgiyi, hastanın durumu anlayacağı şekilde verme, medikal jargondan kaçınma, en önemli bilgiyi ilk sırada verme, konuşurken kısa kelimelerle kısa cümleler kurma ve belirsizlikten kaçınma gibi önemli esaslara dikkat çekilmektedir (Lloyd ve Bor, 2006). Veteriner hekimliği uygulamaları için yukarıda genel olarak bahsedilen görüşme

aşamalarının, beşeri hekimlik uygulamalarındaki gibi detaylandırılması gerektiğini söylemekte bir sakınca yoktur.

Beşeri hekimlerin hastaya bilgi verme aşamasındaki eksikliklerini tespit eden Maguire ve ark. (1986), hekimlerin bu konuda yeterince iyi olmadıklarını ve bu becerilerini geliştirmeleri gerektiğini belirtmiştir. Aynı konuya dikkat çeken Lloyd ve Bor (2006); bu durumu, hastaların hekimleri ile ilgili yakınmaları arasında göstermiştir. Simpson ve ark. (1991)'a göre ise hekimin hastasına yeterince bilgi vermemesi; hastada memnuniyetsizlik ve endişe yaratmaktadır.

Adams ve ark. (2004a), Kuzey Amerika'daki 20 Veteriner Okulunun farklı sınıflarında eğitim gören öğrencilerle yaptıkları bir araştırmada; birinci sınıf öğrencilerinin %64'ünün, ikinci sınıf öğrencilerinin %71'inin, üçüncü sınıf öğrencilerinin %67'sinin ve dördüncü sınıf öğrencilerinin de %80'inin klinik görüşmeler sırasında hasta sahiplerinin ötanazi ile ilgili duygularıyla nasıl başa çıkacakları konusunda yeterli bilgiyi vermediklerini bildirmiştir. Başka bir çalışmada (Shaw ve ark., 2012) ise kadın veteriner hekimlerin, erkek veteriner hekimlere göre hasta sahiplerine daha fazla açıklama yaptıkları ileri sürülmüştür.

Türk Veteriner Hekimleri Birliği tarafından 2000 yılında yayımlanan Veteriner Hekimlik Meslek Etiği Kuralları'nda (TVHB, 2000), hasta sahiplerinin bilgilendirilme ve aydınlatılmış onam haklarına yer verilerek; veteriner hekimlerin hasta sahiplerini klinik uygulamalarıyla ilgili bilgilendirme yükümlülüklerine dikkat çekilmiştir (Madde 26). Kurallara konu olan bilgilendirme sürecinde; hasta hayvanın sağlık durumu, klinik belirtiler, hastalığın tanısı, tedavi seçenekleri ve süresi, tedavinin nasıl yürütüleceği ve başarı-başarısızlık oranı ve veteriner hekimlik hizmet bedeli gibi hastanın sağlığını ve hasta sahibinin maddi ve manevi durumunu doğrudan ilgilendiren hususlara açıklık getirilmiştir. Madde 27'de ise hasta sahiplerinin bilgilendirilmeme hakkından söz edilmiş; başka bir deyişle, hasta sahiplerinin veteriner hekim tarafından bilgilendirilmeme tercihlerinin de bulunduğu kaydedilmiştir. Gray ve Moffett (2010) de benzer olarak veteriner hekimlerin görüşme sırasında hasta sahiplerinin hayvanın

sağlık durumuyla ilgili ne kadar bilgi almak istediklerini ve bu bilginin ne sıklıkla verilmesi gerektiğini belirlemenin önemini vurgulamıştır. Bütün bu veriler, veteriner hekimin, kötü haber verirken de hasta sahibinin öğrenmek istediği kadar bilgiyi *-sağlık okuryazarlığı seviyesine uygun bir dil kullanarak-* yeterli düzeyde ulaşmasını sağlamakla yükümlü olduklarını göstermektedir. Bu aşamada; veteriner hekim ile hasta sahibi arasında kısa ve/veya uzun sessizliklerin oluşması kötü haber verme becerisinin doğası gereği olasıdır. Hastanın sağlık durumuyla ilgili verilecek kararın da veteriner hekimin ve hasta sahibinin ortak kararı olması gerekmektedir. Sonuç olarak; veteriner hekim adaylarının iletişim becerileri eğitiminde bilgilendirme yükümlülüğü de göz önünde bulundurulmalı ve eğitim, hayvan sahibinin izin verdiği ölçüde ayrıntılı bilgi verme becerisini geliştirecek şekilde tasarlanmalıdır.

Bulgular bölümünde görülebileceği üzere, formda yer alan “*Madde 6: Hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullandı.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; Deney A ve Deney B Grubunun düzeltilmiş son test puan ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, bu grupların aldıkları teorik eğitimin; katılımcıların tıbbi terminolojiden ve jargondan kaçınarak, hasta sahibinin sağlık okuryazarlığı seviyesine uygun ve anlaşılır bir dille iletişim kurma becerisini arttırdığının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Çalışma sırasında; Deney B Grubu ile kıyaslandığında, oyunlaştırma yapan Deney A Grubu’nun son test puan ortalamalarının daha yüksek olması beklenmiş; ancak bu öngörü istatistiksel olarak doğrulanamamıştır. Yine de oyunlaştırma yönteminin bu beceriye etkisinin olmadığını kabul etmeden önce, bu yöntemin daha detaylı bir çalışma ile değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Silverman ve ark. (1999), tarafından yürütülen bir çalışmada; 800 klinik görüşmenin yarısından fazlasında pediatri hekimlerinin terminoloji kullanmasının anneler için iletişim engeli olarak değerlendirildiği tespit edilmiştir. İletişim açısından bakıldığında bu durum ile veteriner hekimliği arasında güçlü bir bağ kurulabileceği görülecektir. Nitekim pediatristlerin hastaları olan çocukların ve veteriner hekimlerin hastaları olan hayvanların kendilerini ifade edememeleri ya da sınırlı düzeyde ifade edebilmeleri; beşeri hekimlikte annelere yapılan açıklamaların, veteriner hekimliğinde

hasta sahiplerine yapılması bu iki alanı benzeştiren uygulamalar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yine, annelerin çocukları için hissettikleri kaygı, endişe ve merak gibi duyguların benzerlerini hasta sahipleri de hayvanları için hissedebilmektedirler.

Lloyd ve Bor (2006), beşeri hekimlikte; hastalarına açık, kolay anlaşılır ve net sorular soran doktorların hastalar tarafından daha fazla tercih edildiklerini; Buckman (1992) ise hekimin medikal jargon kullanmasının hasta memnuniyetsizliğinin sıkça karşılaşılan nedenleri arasında yer aldığını bildirmektedir. Ancak, kronik hastalığı olan insanlar (hastalığa aşına oldukları) için; jargon kullanan doktorların konuya daha fazla hâkim olduğunu düşünen hastalar için ve tıp alanında görev yapan hastalar için medikal jargon kullanımının yararlı olabileceğini ileri süren kaynaklar (Desmond ve Copeland, 2010) da mevcuttur. Aynı şekilde; veteriner hekim-hasta sahibi görüşmelerinde de tıbbi terminolojiden uzak durulması gerektiğine işaret eden kaynaklara (Adams ve Kurtz, 2017; Gray ve Moffett, 2010; Hafen Jr ve ark., 2009; Manning, 2006) rağmen; sağlık okuryazarlığı yüksek olan hasta sahipleriyle iletişim kurulurken; tıbbi terminoloji ve medikal jargonun “*gerekli*” düzeyde kullanılmasının yararlı olabileceği de unutulmamalıdır.

Yukarıdaki kaynaklardan hareketle kısaca, daha “*doğru*” ve etkili bir iletişim için veteriner hekimlerin görüşme yapacağı hasta sahiplerinin sosyodemografik karakterlerini, sağlık okuryazarlığı özelinde değerlendirmeleri ve görüşmelerini, bu özelliklere uygun olarak gerçekleştirmeleri gerektiği ileri sürülebilir.

Formda yer alan “*Madde 7: Kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisini verebilmesi için fırsat verdi.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; Deney A ve Deney B grubunun düzeltilmiş son test puan ortalamalarının Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunması, bu grupların aldığı teorik eğitimin, kötü haber verme sırasında bilinçli olarak kısa sessizlikler yaratarak hasta sahibine yeterli süre tanınmaları ve kendiliğinden oluşabilecek uzun sessizlikleri iyi tolere edebilme becerisi geliştirmeleri ile ilişkilendirilerek açıklanabilir. Burada da oyunlaştırma yönteminin bu beceriye etkisinin olmadığını kabul etmeden önce, bu

yöntemin yine daha detaylı bir çalışma ile değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Veteriner hekimlerin hasta sahiplerine bilgi verdikten sonra karşılaşabilecekleri sessizlik, literatürde (Yüksel, 2005; Zıllıoğlu, 2014) etkileşimsel susma kategorisinde yer alan susma çeşitlerinden karar verme ile ilgili susma ve akıl yürütme ile ilgili susma türleri olarak gösterilmektedir. Görüşmeler sırasındaki kısa veya uzun sessizliklerin; görüşmeyi yapan hekimin kendini rahatsız hissetmesine neden olabileceğini ileri süren kaynaklar (Lloyd ve Bor, 2006) mevcuttur. Ancak, doğru ve zamanında kullanılan sessizliklerin; hasta veya hasta sahiplerine - hekim veya veteriner hekimin söylediklerini düşünerek-toparlayarak - duygularına ve olayın seyrine hâkim olabilmek için yeterli zamanı sağlayabilecekleri (Voltan Acar, 2015) dikkate alınarak, görüşmeler sırasındaki sessizliklerin; iyi değerlendirilmesi gereken fırsatlar olduğu düşünülmektedir.

Bulgular bölümünde görüldüğü üzere formda yer alan “*Madde 8: Hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirdi.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; grupların düzeltilmiş son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($p=0,030$). Çalışma sırasında, son test puanlarına göre Deney A grubundaki katılımcıların gruplar arasında en yüksek puana sahip olacakları öngörülmüş; ancak; Deney B Grubunda yer alan katılımcıların, Deney A Grubundaki katılımcılara göre düzeltilmiş son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerden hareketle; oyunlaştırma yönteminin, Madde 8’de puanlanan beceriye katkısı olmadığı; dahası da grup ortalamasının, Deney B Grubuna göre düşük olması dikkate alınarak bu beceriyi olumsuz yönde etkilediği söylenebilir. Ancak, deney grupları arasındaki bu farkın, çalışma sırasında ÖT ve ST görüşmelerini Deney A Grubundan sonra tamamlayan Deney B Grubunun; Deney A Grubuyla etkileşime girerek bilgi kirliliği yaşaması ve son teste Deney A Grubundan daha bilinçli girmesi ile açıklanabileceği de düşünülmektedir.

Formda yer alan “*Madde 9: Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerini anladığını ifade etti.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; gruplar arasında düzeltilmiş son test puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (p=0,16). Çalışma sırasında düzeltilmiş son test puan ortalamaları açısından Deney A grubundaki katılımcıların gruplar arasında en yüksek puana sahip olacakları tahmin edilirken; ikili karşılaştırmalarda; Deney B grubunda yer alan katılımcıların Kontrol Grubundaki katılımcılara göre düzeltilmiş son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (p=0,024). Deney A ile Kontrol Grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken; Deney B Grubunun Kontrol Grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olması; teorik eğitimin tek başına katılımcıların empati kurma becerisine katkısı olduğunu; ancak oyunlaştırma ile birlikte verildiğinde fark yaratmadığını göstermektedir.

Marsig (2004) hasta sahiplerinin, veteriner hekimliği hizmetleri alacağı ekibin kendilerine ve evcil hayvanlarına özen göstermesini beklediklerini belirtmiş ve anlaşılacak istediklerine dikkat çekmiştir. İletişim ile ilgili eğitimlerde özel olarak vurgulanan (Çoruk, 2016; Desmond ve Copeland, 2010; Dökmen, 2016) empatinin; veteriner hekimliği uygulamalarında ayrıca önemli olduğuna pek çok kaynakta (Başagaç Gül, 2017; Frankel, 2006; Türkmenoğlu, 2016) değinilmektedir. Nitekim Timmins (2006), duygusal zekâ ile duyguları anlama ve yönetme becerisinin, veteriner hekimliği uygulamalarındaki yeri ve önemini vurgulamıştır. Türkiye’deki Veteriner Hekimliği Andı’nda da yer verilen (TVHB, 2011) empati -*Türk Veteriner Hekimleri Birliği Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Uygulama Yönetmeliği’nde* (Resmi Gazete, 2006) *de atıfta bulunulduğundan-* klinik veteriner hekimliği uygulamalarında bir yükümlülük olarak kabul edilmiştir.

Formda son sırada yer alan “*Madde 10: Görüşmeyi başarıyla sonlandırdı.*” ifadesi Ancova testine göre incelendiğinde; gruplar arasında düzeltilmiş son test puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması (p=0,150); bu maddenin tek başına değerlendirilebilecek bir beceri olmadığını akla getirmektedir.

Başarılı bir klinik görüşme için; iyi bir ilk izlenimin ve muayene sürecinin karşılıklı sevgi, saygı, anlayış, empati ve güven duygusuyla sürdürülmesinin yanı sıra görüşmenin başarıyla sonlandırılması da önemlidir. Lloyd ve Bor (2006); beşeri hekimlikte görüşmenin sonlandırılması aşamasında, hastanın söylediklerini özetleme (Maguire ve Pitceathly, 2002), bu bilgileri hastaya doğrulatma ve hastanın ekleyebileceği bir bilginin olup olmadığını sorma basamaklarına da yer vermiş ve bu aşamaya yeterli süre tanınması gerektiğini belirtmiştir. Hekime gitme fikriyle başlayan hekim-hasta görüşmesinin etkilerinin (özellikle yaşlı hastalar için) muayene sonrası yaşanan deneyimleri hastanın yakın çevresine anlatmasına kadar devam ettiğini bildiren Desmond ve Copeland (2010) klinik görüşmeyi başarıyla sonlandırma aşamasına; hasta ile birlikte gelecek planı yapma ve hastaya *-adiyla hitap ederek ve mümkünse tokalaşarak-* kapıdan çıkıncaya kadar eşlik etme basamaklarını da eklemiştir.

Yukarıdaki yaklaşımlar dikkate alındığında, veteriner hekimler açısından hasta ve hasta sahibinin muayeneye geldiği anda başlayıp muayene odasından çıktıklarında sonlanan klinik görüşmelerin; hasta sahibi açısından, daha uzun ve daha karmaşık bu sürece işaret ettiği anlaşılabilir. Calgary-Cambridge Gözlem Rehberi'nin (Kurtz ve Silverman; 1996) veteriner hekimliğe uyarlanmasıyla hazırlanan rehberde de klinik görüşmenin son basamağının görüşmeyi sonlandırma basamağı olduğu bildirilmektedir (Radford, 2010). Bu aşamada veteriner hekim; hasta sahibine görüşmeyi kısaca özetlemeli, gelecek planı yapmalı (Radford, 2010); yeterince açıklama yapıp yapmadığını (GGBF Madde 5) ve yaptığı açıklamanın ne kadarının nasıl anlaşıldığını (GGBF Madde 6 ve 8) kontrol etmelidir.

4.3. Simülasyon Temelli Öğretimin Değerlendirilmesi

4.3.1. Oyunlaştırma Yönteminin Değerlendirilmesi

Öğrencilerin kendilerini hasta sahibi ve/veya veteriner hekimin yerine koyarak yaptıkları bir çeşit simülasyon olan oyunlaştırma; insan simülasyonlara göre daha masrafsız ve doğaçlamaya uygun bir yöntem (Barrows, 1987) olarak öğrencilere kişiler arası iletişim becerilerini geliştirmek için fırsat sunmaktadır.

Tez çalışmasının nicel verilerinde; Deney A Grubunun ST toplam skorlarında, ÖT toplam skorlarına göre istatistiksel olarak anlamlı artışın görülmesi (Çizelge 3.17.); oyunlaştırma yönteminin ve teorik eğitimin birlikte kullanılmasının, kötü haber verme becerisini geliştirdiğine işaret etmektedir. Teorik eğitimin, kötü haber verme becerisine katkısı daha önce açıklanmış olup; oyunlaştırma yönteminin katkısı da öğrenilen teorik bilgiyi pekiştirmek için uygun bir alıştırmadır (Bkz. Ek 13. Görüş 52 ve 59) ve SHS ile görüşmeye başlamadan önce kazanılması gereken bir deneyim (Bkz. Ek 13. Görüş 53 ve 54) olması görüşleriyle ilişkilendirilerek açıklanabilir. Ancak; katılımcılar, bir yandan oyunlaştırma yönteminin; veteriner hekimlerin hasta sahipleri ile empati kurabilmeleri açısından avantajlı ve gerekli olduğunu vurgularlarken (Bkz. Ek 13. Görüş 52, 55 ve 57) diğer yandan da akranlar arasında yapılan bu görüşmeleri ciddiyyetten uzak ve ilgi dağıtıcı bulduklarını (Bkz. Ek 13. Görüş 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 ve 71) bildirmişlerdir. Deney A Grubunun OGG'sinde yer alan - *oyunlaştırma yönteminin tanıdık kişiler arasında yapılmasının ortamda laubali bir hava yarattığına dair*- ifadeler ile Gray ve ark.'ın (2006) saptadığı ifadelerin tutarlı olduğu görülmektedir.

Brandt ve Bateman (2004); öğrencilerin eğitim almadan önce oyunlaştırmaya karşı duygusal bir bariyer oluşturduklarını; eğitimden sonra ise akran işbirliği ile oyunlaştırmaya katılmanın yararlılığı arasında bir ilişki kurduklarını bildirmektedir. Brandt ve Bateman (2006), oyunlaştırma yöntemini; veteriner hekim adaylarından biri

iletişim becerileri eğitimi almadan önce “*sahte ve uyumsuz (phony and awkward)*” ; bir başkası ise “*zorlanmış ve yapmacık (forced and unnatural)*” olarak tanımlarken; eğitimden sonra farklı bir öğrenci tarafından bu yöntemin “*iletişim becerilerini geliştirmenin iyi bir yolu (a good way to develop communication skills)*” olarak ifade edildiğini vurgulamıştır.

Çalışma kapsamında, Kontrol Grubunda yer alan ve daha önce oyunlaştırma yapmayan bir katılımcı; OGG sırasında SHS ile görüşme deneyimini anlatırken; bu görüşmelerin yalnızca SHS ile değil, aynı zamanda öğrencilerle de yapılabileceğini bildirmiştir (Bkz. Ek 13. Görüş 60). Bu görüş doğrultusunda; katılımcının –daha önce hiç tecrübe etmemesine rağmen- oyunlaştırma yöntemini SHS ile görüşme yöntemine bir alternatif olarak önerdiği söylenebilir.

Akranlar arasında yapılan oyunlaştırmaya alternatif olarak; farklı sınıflarda okuyan veteriner fakültesi öğrencilerinin oyunlaştırma sırasında veteriner hekim-hasta sahibi olarak eşleştirilmesi ile akranlar arasında görülen ciddiyetsizliğin engellenmesi, alt sınıflarda yer alan katılımcıların üst sınıfların deneyimlerinden yararlanmaları ve üst sınıflarda yer alan katılımcıların ise farklı bakış açısına sahip olabilmeleri sağlanabilir. Literatürde -*aktörler dışında*- aynı ve/veya farklı sınıflardaki (Strand ve ark., 2013) ve farklı disiplinlerdeki (Chun ve ark, 2009; Lloyd ve Bor, 2006) kişilerin SHS olarak kullanıldığına dair bilgilere rastlanması -*yukarıda sıralanan ya da başka gerekçelerle*- söz konusu önerinin denendiğini göstermektedir. Barrows (1987), iki öğrenci arasında uygulanan oyunlaştırma yönteminin; hasta sahibini canlandıran bir aktör ve bir öğrenci ile de uygulanabileceğini bildirmektedir. Bu şekilde uygulandığı takdirde, oyunlaştırmanın SHS yönteminin öncü basamağı olacağı ve öğrencilerin gerçeğe bir adım daha yakın bir görüşme gerçekleştirebileceği ileri sürülebilir.

Oyunlaştırmada akran iki öğrenci, farklı sınıflarda eğitim alan iki öğrenci, bir öğrenci bir sağlık alanı dışından aktör kullanılabilirdiği gibi; sağlık alanı dışında iletişim becerileri eğitimi almış birinin ve/veya veteriner hekimliği dışında diğer paramedikal meslekler alanından iletişim becerileri eğitimi almış veya almamış birinin SHS’yi

oynaması gibi seçeneklerin; veteriner hekim adaylarının iletişim ve kötü haber verme becerilerine farklı seviyelerde katkısı olacağı öngörülmektedir. Chun ve ark. (2009)'ın, danışmanlık psikolojisi alanında eğitim almış kişilerin aktör olarak kullanıldığı oyunlaştırmanın, yapılan çalışmanın en güçlü yönü olduğunu bildirmeleri, yukarıdaki öngörüü örnekleyen bir literatür olarak önemli bulunmuştur.

Oyunlaştırma yönteminin literatüre geçmiş avantajlarının dışında; tez çalışmasında bildirilen (Bkz. Ek 13. Görüş 54, 56, 58, 61 ve 62), farklı katılımcılar arasındaki buzları kırması, hata yapabilme tedirginliğini gidermesi, mesleki özgüven tazelemesi ve SHS ile yapılacak görüşmelerin değerlendirilmesi sırasında olası eleştirilere açık olunması gibi avantajlarının, tasarlanacak yeni çalışmalarla dikkatlice değerlendirilmeye değer oldukları düşünülmektedir.

4.3.2. Standart/Simüle Hasta Sahibi, Senaryo, Standart/Simüle Hasta (Hayvan), Simülatör vb. Öğelerin Değerlendirilmesi

Simülasyonun bir çeşidi olan ve iletişim becerileri eğitimlerinde kullanılan insan simülasyonlar; gerçek hastaların gündelik hayatta kendileri ile ilgili karşılaşabilecekleri olası sağlık problemleri hakkında bilgi vermek ve öğrencileri kişiler arası iletişim becerileri yönünden geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır (Barrows, 1987). Rethans ve ark. (1991), yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip olması nedeniyle standart hasta kullanımının, klinik becerilerin değerlendirilmesinde en iyi yöntem olabileceğine dikkat çekmektedir. İnsan simülasyonlarının tıp eğitimine aktarılmasının öncüsü olan Barrows (1987) ise iletişim becerilerini öğretmek ve değerlendirmek açısından şüphe götürmeyen bir yöntem olarak nitelediği standart hasta kullanımının; teorik dersler, video kayıtları ve gerçek hastalarla görüşme deneyimleri gibi birtakım destekler ile daha da etkili olacağını ileri sürmektedir. Veteriner hekimliğinde de iletişim becerileri eğitiminde SHS kimliği ile karşımıza çıkan insan simülasyonların; öğrencilere iletişim becerileri ile ilgili bilgi ve beceri kazandırılmasında en etkili yöntemlerden biri olarak yakın gelecekte yaygın bir şekilde kullanılacağı öngörülmektedir. Uygulamalarda, gerçek durumları ve gerçek

hasta sahibi profilini birebir yansıtan (Barrows, 1987) -yansıtması beklenen- yöntemin; geçerlik, güvenilirlik, ulaşılabilirlik ve kontrol edilebilirliği, gerçek hasta ve hasta sahibine göre düşük risk taşınması ve görüşmelerin hemen ardından geri bildirim verme olanağı tanınması (Adams ve Kurtz, 2006) gibi avantajları ile eğitimi zaman alan ve pahalı bir yöntem olması (Barrows, 1987) gibi dezavantajları literatürde yerini almıştır.

Tez çalışması sırasında *Standart Hasta Sahibi* ile *Simüle Hasta Sahibi* ayrımının göz ardı edilmesi sonucunda SHS ile görüşme yönteminin, belirli bir standardının olmaması; bu yöntemdeki en büyük yetersizlik olarak değerlendirilebilir. Bu problemin; literatürde verilen “*standart-standardize*” hasta sahibi/müşteri (Abood ve Kopcha, 2004; Adams ve Ladner, 2004; Nogueira Borden ve ark., 2008) ve “*simüle*” hasta sahibi/müşteri (Adams ve ark., 2004b; Artemiou, 2013; Gray ve ark., 2006; Kneebone ve Baillie, 2008; Rennick, 2004; Strand ve ark., 2013) kavramlarının birbirinin yerine değil; uygulamalardaki hedefe yönelik olarak kullanılması ile giderilebileceği düşünülmektedir.

Tez çalışmasında yer alan SHS’lerin, gerçek hasta sahipleri ile benzeşimleri konusu pek çok soru işareti barındırmaktadır. Bu konudaki tereddüt; Türkiye’de veteriner hekimliği alanında ilk kez bu tezin pilot çalışmasında; ikinci olarak da asıl çalışmada yaşanmıştır. Çünkü simülasyonda SHS’lerin, hasta sahibi olarak duygularını, endişelerini ve karakteristik özelliklerini yansıtılmalarının yanı sıra hastaya eşlik ederek tıbbi geçmişini anlatmaları da beklenmektedir. Tez çalışmasına katılan SHS’lerle yapılan birebir ve yüz yüze görüşmelerden (Bkz. Ek 13. SHS ile süreç değerlendirme görüşmesi verileri); daha önce bu kişilerin, ek gelir elde etmek ve/veya boş zamanlarını değerlendirmek amacıyla diğer alanlardaki iletişim eğitimlerinde SH olarak görev aldıkları anlaşılmaktadır. Sağlık bilimlerinin birçok alanında (tıp doktorluğu, hemşirelik, beslenme ve diyetetik, eczacılık vb.) ve birçok farklı konuda (hasta öyküsü alma, zor hasta, çeşitli vakalar, kötü haber verme vb.) öğrencilerin iletişim becerileri eğitimlerinde “*kendi*”lerini canlandıran, kendi yaşamışlıklarını işlerine dahil edebilen ve kendilerinden örnekler verebildikleri için daha gerçekçi bir yaklaşımla rollerini sürdürebilen SH’ler; SHS olarak, gerçek hasta sahipleri ile empati

kurma güçlüğü yaşadıkları takdirde simülasyonun gerçeğe benzerliğine ilişkin endişelerin ortaya çıkması kaçınılmaz olmuştur. Ancak OGG’de katılımcıların; SHS’lerin görüşme performanslarını, profesyonellik/tecrübe (Bkz. Ek 13. Görüş 46), duygu yansıtma (Bkz. Ek 13. Görüş 47), konsantrasyon (Bkz. Ek 13. Görüş 48), hayvan besleme/hayvan sahibi olma ile ilgili bilgi sahibi olma (Bkz. Ek 13. Görüş 49) ve gerçeğe uygun tepkiler verme (Bkz. Ek 13. Görüş 51) gibi kriterler açısından değerlendirdiklerini ve SHS’lerin “*normal hasta sahibi profilini*” yansıttıklarını bildirmeleri bu endişeleri gidermiştir.

Tez çalışması kapsamında, SHS’lerin gerçek hasta sahiplerine benzerlikleri konusunun dışında, SHS ile görüşme yönteminin gerçeğe uygunluğu konusunun da ayrıca değerlendirmeye değer olduğu anlaşılmıştır. Gerek standart hastalarla/hasta sahipleriyle yapılan klinik görüşmelerin *gerçekçi-gerçeğe yakın*” olarak değerlendirildiğini bildiren literatür (Dudley, 2012; McManus ve ark., 1993; Ragan ve ark., 2013; Wallace, 2007) mevcuttur. Bu çalışmada, SHS’lerle “*gerçeğe yakın*” görüşme yaptıklarını bildiren (Bkz. Ek 13. Görüş 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 ve 34)²³ katılımcıların yanı sıra; SHS ile görüşme deneyiminin gerçeğe uygun olmadığını düşünen görüşlerin de olduğu (Bkz. Ek 13. Görüş 38, 39, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51) görülmektedir. Katılımcıların, daha önce gerçek hasta sahipleriyle çok az etkileşimi olduğundan ya da başka nedenlerle bu yöntemi uygularken zorlanabilecekleri yönündeki öngörü kimi ifadelerle (Bkz. Ek 13. Görüş 37) doğrulanmıştır. Örneğin OGG’de; katılımcılardan bazıları ön test ve son testin her ikisinde (Bkz. Ek 13. Görüş 1, 2, 3 ve 4); bazıları, yalnızca ön testte (Bkz. Ek 13. Görüş 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 15) ve bazıları da yalnızca son testte (Bkz. Ek 13. Görüş 16, 17 ve 18) gergin hissettiklerini bildirmişlerdir. Bir katılımcı (Bkz. Ek 13. Görüş 38), klinik deneyimi olmasına rağmen strese girdiğini ifade etmiştir. Ancak, ön test ve son testin her ikisinde de rahat hissettiklerini (Bkz. Ek 13. Görüş 5, 6 ve 7) veya klinik deneyimi olmadığı halde SHS ile görüşme sırasında kendilerini rahat hissettiklerini

²³ Ek 13’te (Bkz. Görüş 35) görüldüğü üzere yalnızca bir katılımcı SHS’ler ile gerçek hasta sahibi profilleri arasında farklılık olduğunu; ancak bu durumun görüşmenin seyrini etkilemediğini ifade etmiştir.

(Bkz. Ek 13. Görüş 6, 9 ve 11) bildiren katılımcıların yanı sıra SHS'lerin gerçek olmadıklarını bildiklerinden rahatça hata yapabilme şansları olduğunu düşünen ve bu nedenle yöntemi güçlü bir yöntem olarak değerlendiren (Bkz. Ek 13. Görüş 19, 20, 21, 22, 23, 24 ve 25) katılımcıların olduğu da görülmüştür. Bütün bu yaklaşımlar genel olarak değerlendirildiğinde, gerek SHS'lerin gerçek hasta sahiplerine; gerekse SHS ile görüşme yönteminin gerçeğe benzerlikleri konularında fazla endişelenmeye gerek olmadığı kabul edilebilecektir. İleride yapılacak benzer amaçlı uygulamalarda; Hafen Jr ve ark. (2013)'ın bildirdiği üzere gerçek hasta sahipleriyle çalışarak, *-etik açıdan uygun olması koşuluyla-* SHS'lerin kimliklerinin gizli tutmak (Nogueira Borden ve ark., 2008) suretiyle; katılımcılara/veteriner hekimlere gerçek hasta sahibi ile görüşme yapıyor izlenimi verilerek, kliniklere pet hayvanını getiren gerçek hasta sahiplerinin ve veteriner hekim-hasta sahibi etkileşiminin gözlemine dayalı ayrıntılı hasta sahibi profili çıkararak ve SHS'leri bu konuda eğiterek ya da uygulama için hayvanlarla etkileşimi iyi olan, hayvanı zapt edebilen (Nogueira Borden ve ark., 2008) ve hayvan besleyen SHS'leri seçerek; SHS'lerin, gerçek hasta sahiplerine ve SHS ile görüşme yönteminin gerçeğe benzerliği konusunda ortaya çıkabilecek olası sorunları çalışmanın başında bertaraf etmek iyi bir seçenek olarak tercih edilebilir. SHS'lerin eğitiminde; senaryoların çok ayrıntılı yazılmasının ve senaryoyu yazan kişiyle SHS'lerin senaryo üzerinde derinlemesine analiz yapmalarının gerekli olduğu da düşünülmektedir. Böylece, görüşmeler sırasında hayvana ve hastalığa dair sorulabilecek sorular açısından yeterince donanım kazanan SHS'lerin gerçek hasta sahipleri ile benzerlikleri artırılabilir. Barrows (1987), yeni bir SHS eğitimi için her biri birer saatten fazla olmamak üzere genel olarak üç rehberlik oturumun yeterli olabileceğini bildirmektedir.

Tez çalışması; STÖ kapsamında SHS ile yapılan görüşmelerin başarılı geçmesinde; hazırlanan senaryoların da önemli olduğunu göstermiştir. OGG'de bir katılımcı, senaryoların süresi (Bkz. Ek 13. Görüş 80); bir diğer katılımcı da senaryoların gerçek hayata uyarlanabilirliği (Bkz. Ek 13. Görüş 81) konusunda yorumda bulunmuşlardır. Bu yorumlar dikkate alınarak ön test ve son test değerlendirmelerinin objektif kriterlere dayanması için senaryoların bazı standartlara sahip olması gerektiği ileri sürülebilir. Bu standartların, senaryolarda yer alan hasta

sahibi profili (zor hasta sahibi, anlayışlı hasta sahibi, bilgili hasta sahibi vs.), hayvan türü (pet, çiftlik hayvanı, egzotik hayvan vs.), hastalığın şiddeti (akut, kronik, ölümcül, kolay tedavi edilebilir vs.), klinik belirtiler (morfolojik veya patolojik değişiklikler), teşhis yöntemleri (laboratuvar analizleri, ileri teşhis yöntemleri vs.), tedavi seçenekleri (tedavisi olmayan, ilaçla tedavi, ötanazi vs.) ve senaryoların süreleri (kısa görüşme, ortalama görüşme, uzun süreli-ayrıntılı görüşme) gibi konularda eşdeğerlik sağlanarak yakalanabileceği düşünülmektedir.

Senaryolarla ilgili göz önünde bulundurulması gereken bir diğer konu ise senaryonun kullanım sıklığıdır. SHS'lerin tüm görüşmelerini aynı senaryoya göre yapıyor olmalarının, belirli bir süre sonra o senaryoya karşı duyarsızlaşmalarına yol açabileceği düşünülmektedir. Önceki görüşmelerde, senaryonun bazı bölümlerinde istenilen tepkiyi veren SHS'nin; görüşme sayısı arttıkça senaryoya, veteriner hekimin tutumuna ve/veya medikal terimlere aşinalığından dolayı tepki vermemesi problemi ortaya çıkabilir. Bu problem; belirli periyotlarla her bir SHS'nin senaryolarının değiştirilmesi ve/veya aynı senaryo zorunlu olarak kullanılacaksa da gözlemcinin, her görüşmenin başında hassas olması gereken senaryo bölümlerini SHS'ye hatırlatması ile aşılabilir.

Ek 13'te görülebileceği üzere, Deney B Grubunda yer alan bir katılımcı (VET 41); SHS ile görüşmeden çıkar çıkmaz, dışarda sırasını bekleyen akranlarıyla görüşmeyi değerlendirdiklerini bildirmiştir (Bkz. Ek 13. Görüş 36). Bu aşama, öğrencinin görüşme sonrasında "rolde çıkması" ve çözümleme aşamasında doğru bir refleksiyon yapmasının önkoşulu olarak ele alınabilir. Aynı katılımcı, uygulama sonrasında bu yöntemi diğer arkadaşlarıyla da paylaştığını belirtmiştir. Yöntemin informal olarak yayılması ve farklı kitlelere ulaşması ilk bakışta; çalışmanın deneysel süreci boyunca; çalışmayı tamamlayan rotasyon grubunun, çalışmaya dâhil olmak için sırasını bekleyen rotasyon gruplarına önceden "bilgi sızdırması" gibi görünse de söz konusu; iletişim becerilerini "uygulayarak göstermek" olduğundan; katılımcının görüşmeler sırasında ne olacağını teorik olarak "önceden" bilmesinin, görüşmenin değerlendirilmesini olumsuz yönde etkilemediği kabul edilmektedir. Miller (1990); bir kişinin, klinik bir beceride yeterli olduğunu söylemek için, -sırasıyla- konuyla ilgili

bilgi sahibi olması, nasıl yapacağını bilmesi, nasıl yapacağını göstermesi ve o beceriyi hayata geçirmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu yaklaşımın da; önceki katılımcılardan sözel olarak edinilen bilgilerin, katılımcıların görüşmelerindeki iletişim becerileri performanslarını etkilemeyeceği anlamına geldiği düşünülmektedir.

Simüle hasta sahibiyle ile yapılan klinik görüşmelerin videoya kaydedilmesi; ardışık oturumda katılımcıların kendi gruplarında yer alan akranlarıyla bu videoları izleyerek hatalarını ve/veya iyi yönlerini görmesi; SHS, gözlemci ve akranlarından geri bildirimler alması gibi aktiviteleri barındıran çözümlenme oturumu; simülasyon temelli öğretimin en güçlü yönü ve en önemli bileşeni (Barrows, 1987; Nestel ve ark., 2015) olarak değerlendirilmektedir. Nitekim Özan (2008) da öz değerlendirme ve akran değerlendirmesinin, temel iletişim becerileri konusunda öğrencilere katkı sağladığını doğrulamaktadır. Dudley (2012) de; SHS ile yapılan görüşmelerin video kaydına alınmasının ve sonradan izlenmesinin, görüşmeyi yapan kişinin becerilerini geliştirdiğini ileri sürmektedir. Yapılan bir çalışmada (Adams ve Ladner, 2004), SHS ile görüşme yapan katılımcıların %83'ü; bu görüşmelerin kayıt altına alınmasının ve çözümlenme oturumunda öz eleştiri yapılmasının yararlı bir değerlendirme yöntemi olduğunu bildirmiştir. Öz değerlendirme yapabilme becerisinin; kişinin temel öğrenme gereksinimlerini tanımlamasına olanak sağladığı söylenmektedir (Roudebush ve ark., 1993). Çalışma kapsamında, OGG'den üretilen verilerin de bu görüşler ile paralellik gösterdiği (Bkz. Ek 13. Görüş 72, 73, 74 ve 75) görülmektedir. Simülasyon temelli öğretim yönteminde video kaydının yararlılığının; tez çalışmasında dikkat çekildiği üzere, kamera hakkında bilgilendirmenin ayrıntılı bir şekilde yapılmaması, katılımcıların aşırı heyecanlı ve/veya stresli duyu durumları ve teknolojik alt yapı yetersizliği (Bkz. Ek 13. Görüş 76, 77 ve 78) gibi zayıf yönler giderildiğinde daha da arttırılabileceği düşünülmektedir.

Yöntem bölümünde belirtildiği üzere, Tezin pilot uygulamasında görülen eksiklerin giderilmesinden sonra başlanan asıl çalışmada; canlı hayvan olan standart hasta yerine, simülatör veya model olarak adlandırılan biri kedi, biri köpek olmak üzere iki adet oyuncak hayvan kullanılmıştır. Literatürde (Adams ve Kurtz, 2006; Adams ve Ladner, 2004; Nogueira Borden ve ark., 2008), veteriner hekim adaylarının

iletişim ve klinik becerilerini geliştirmek üzere SHS kullanımına ek olarak standart hasta-standart hayvan kullanımına dair örneklere rastlanmasına rağmen; bu çalışmada, gerek hayvan gönenci, gerekse hayvan kullanım etiği dikkate alınarak simülatörler tercih edilmiş ve katılımcıların görüşme merkezinde kendilerini rahat hissetmeleri ve mesleki alışkanlıklarını (görüşme sırasında hayvanı muayene etmek, hayvana temas etmek, klinik belirtileri hayvanın üzerinde hasta sahibine göstermek) sergilemeleri sağlanmıştır. Bu tür çalışmalarda, görüşmelerde kullanılacak oyuncakların gerçeğe en yakın simlatrlerden seçilmesinin; simülatörler yerine standart hastaların kullanımı gerekiyorsa da varsa SHS'nin kendi hayvanlarının tercih edilmesinin, görüşmenin sürekli liği ve gerçekliği açısından daha etkili ve uygulamanın da etik açıdan da daha kabul edilebilir olacağı savunulmaktadır.

Tez çalışmasında, simüle hasta sahibi ve simlatrlerle yapılan ön test ve son testlerde hasta hayvana temas ve veteriner hekim - hasta (hayvan) iletişimi irdelenmemiştir. Klinik görüşmelerde veteriner hekimlerin muayene için gelen kedileri sevmesinin ve kucaklamasının hasta sahipleri tarafından istenilen davranışlar olduğu bildirilmektedir (Englar ve ark., 2016). Yine, kadın veteriner hekimlerin, klinik görüşmeler sırasında hasta hayvanlarla daha fazla iletişim kurduklarına da dikkat çekilmektedir (Shaw ve ark., 2012). Veteriner hekimliğinde; mesleğin doğasından kaynaklı olarak iletişimin iki taraflı değil; üç taraflı bir etkileşim olduğunu hatırlatan bu literatürden hareketle, bu alanda ileride yapılacak çalışmalarda, veteriner hekim-hasta sahibi iletişiminin yanı sıra veteriner hekim-hasta iletişiminin de değerlendirilmesinin yerinde olacağı düşünülmektedir.

4.3.3. Kötü Haber Verme Becerisinin Değerlendirilmesi

Veteriner hekimliğinde iletişim becerilerinin temel kollarından birisi olan kötü haber verme becerisinin; yüksek empati yeteneğine sahip veteriner hekimler için geliştirilmesi daha kolay bir beceri olduğu düşünülürken; hasta sahibini anlamakta zorlanan veteriner hekimler için esaslı bir sınav olabileceği öngörülmektedir.

Lloyd ve Bor (2006)'a göre bazı beşeri hekimler; kötü haberi doğru bir şekilde veremeyeceklerinden, kötü haber verirken yanlış bilgilendirme yapacaklarından veya duygularına yenik düşeceklerinden ve bu durumun da hastalar tarafından profesyonel olmayan bir davranış olarak karşılanacağından endişe ve/veya korku duymaktadırlar. Kötü haber verme davranışının dışavurumunun altında yatan gerekçeler her ne olursa olsun yansıtma sürecinin, hekim ve muhatabı açısından çeşitli zorluklar barındırdığı aşikârdır. Veteriner hekimliği alanında da kötü haber vermenin benzer korku ve endişeler yarattığı literatüre dayanılarak söylenebilir. Cohen (2008); kötü haberin çoğu zaman yalnızca hasta sahibi için değil; aynı zamanda veteriner hekim için de gergin bir deneyim olduğunu bildirmekte; Gray ve Moffett (2010) ise kötü haber verirken veteriner hekimlerin güvensizlik yaşadıklarını nakletmektedir. Tez çalışmasında bazı katılımcıların, görüşme sırasında kendilerini gergin hissettiklerini (Bkz. Ek 13. Görüş 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 ve 18) bazı katılımcıların ise kötü haber verme becerisinin, kendileri için zor başa çıkılan bir deneyim olduğunu (Bkz. Ek 13. Görüş 126) ifade etmeleri literatürle uyum sağlamaktadır.

Kötü haber verme sırasında, gerek veteriner hekimin, gerekse hasta sahibinin davranışlarının; bireyden bireye, kültürden kültüre ya da hayvanın sosyal statüsüne göre değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır. Adams ve ark. (2000), bir hayvanın ölümünün sahibini duygusal, fiziksel, sosyal ve bilişsel olarak etkilediğini bildirmektedir. Etkilenmeyi belirleyen faktörlerin değişkenliği nedeniyle, veteriner hekimlerin, birçok vakada zorlanacakları öngörülmektedir. Benzer zorluğun, kötü haber verme becerisi özelinde kurgulanacak olan iletişim becerileri eğitiminin verilmesinde de yaşanmasından kaçınılamayacağı kolaylıkla tahmin edilebilecektir. Bu durumu; yukarıda bahsedilen değişkenlere dayandırarak, SHS yönetimi ile ilişkilendirerek veya bizzat kötü haber vermenin zorluğu ile gerekçelendirerek açıklamanın akıllıca olacağı düşünülmektedir.

Tez çalışmasında kimi katılımcıların da bildirdiği üzere kötü haber verme becerisi, veteriner hekimler için mesleki bir sorumluluk (Bkz. Ek 13. Görüş 127) olup veteriner hekimliğe de değer katmaktadır (Bkz. Ek 13. Görüş 121). OGG'den üretilen verilere göre tez çalışmasına katılan intörnlardan bazısı kötü haber verme becerisinin

deneyimle geliştirilebileceği fikrine sahipken (Bkz. Ek 13. Görüş 128 ve 129) bir kısmı da meslek hayatlarının ileri dönemlerinde dahi bu haberi vermekte zorlanacaklarını (Bkz. Ek 13. Görüş 116, 117 ve 119) ifade etmiştir. Lloyd ve Bor (2006), kötü haber verme becerisi kazanmanın en iyi yolunun; ilk deneyimi meslektaşlarla ve/veya multidisipliner çalışan sağlık ekibiyle yaşamak olduğunu belirtmektedir. Bu noktadan hareketle; veteriner hekimleri kötü haberi “iyi” bir şekilde verme becerisi ile tanıştırmak için henüz öğrencilik yıllarında meslektaş adaylarıyla deneyimleyebilme olanağı sağlanabilir. Bu amaçla uygun eğitim programlarının geliştirilmesi ve teorik eğitimi takiben oyunlaştırmanın yapılması ile becerinin pekiştirilmesi yerinde olacaktır. Katılımcılardan birinin de ifade ettiği (Bkz. Ek 13. Görüş 123) üzere, kötü haber verme becerisinde ne yapılacağıın bilinmesinin yanı sıra; ne yapılmaması gerektiği bilgisine de sahip olunması gerektiği düşünüldüğünden eğitimde bu konulara da yer verilebilir.

Kötü haber verme becerisinde etkili olan önemli faktörlerden birinin de hasta sahibi ile empati kurabilme becerisi olduğu kabul edilmelidir. Üç farklı küçük hayvan kliniğinde 319 hasta sahibiyle yürütülen bir çalışmada; pet hekimliğinde “müşteri” memnuniyetinin; hasta ile nasıl ilgilenildiğinden ziyade, hasta sahibiyle nasıl ilgilenildiğiyle ilgili olduğu iddia edilmiştir (Case, 1988). Veteriner hekimlerin evcil hayvan besleyerek veteriner hekim olmanın yanı sıra “hasta sahibi” olma duygusunu da yaşayabilecekleri, böylece hasta sahipleriyle daha iyi empati kurabilecekleri savunulabilir. Nitekim tez çalışmasında yer alan katılımcıların %90’ının hayvan beslemesi ile OGG’den elde edilen geri bildirimlerde, kendilerini hasta sahiplerinin yerine koyduklarını ifade etmelerinin (Bkz. Ek 13. Görüş 118, 120, 124 ve 130) rastlantı olmadığı düşünülmektedir.

Lloyd ve Bor (2006), fiziksel temasın ilgi ve empatiyi ilettiğinden terapötik etki sağlayabileceğini bildirmesine rağmen; veteriner hekim-hasta sahibi iletişimi sırasında, veteriner hekimin hasta sahibine olabildiğince az temas etmesi gerektiğine dikkat çeken literatür (Gray ve Moffett, 2010); de mevcuttur. OGG’den üretilen verilere göre, katılımcılar kötü haberi verirken ses tonlarını düzenlemenin (Bkz. Ek 13. Görüş 122) yanı sıra hasta sahibine temas etmek istediklerini (Bkz. Ek 13. Görüş

118, 124 ve 125) de bildirmişlerdir. Beden dilinin önemli bileşenlerinden biri olan dokunma duyusu Türkiye coğrafyasında iletişimde etkin olarak kullanılmaktadır (Yüce, 2016). Hem mutlu olduğunda hem de üzgün olduğunda birbirine sarılarak iletişim kurmayı tercih eden ve iletişimde görme veya işitme duyusundan daha çok dokunma duyusunu kullanan bir toplumun bireyi olarak; kötü haber verme sırasında hasta sahibine *-belirli sınırlar dâhilinde-* temas etmenin; etmemekten daha kabul edilebilir bir davranış olacağı düşünülmektedir.

Güney Ontario'da yaşayan 177 gerçek hasta sahibiyle, evcil hayvanlarının ölümünden sonraki ilk 14 gün içinde telefonla görüşme ve anket yöntemiyle yapılan bir çalışmada (Adams ve ark., 2000); hasta sahiplerinin %87'si evcil hayvanlarının ölümünden sonra veteriner hekimlerin duygusal destek sağlamaları gerektiğini bildirmiştir. Yine aynı çalışmada hasta sahiplerinin %67'si; ötanazinin en iyi seçenek olup olmadığını tartışmak için veteriner hekimlerin hasta sahiplerine zaman ayırması gerektiğinde hemfikir olmuştur. Evcil hayvanın ölümünün hasta sahibini duygusal, fiziksel, sosyal ve kavramsal açıdan etkileyebileceğini ileri süren bu çalışmanın verileriyle; GGBF'de yer alan Madde 5, Madde 8, Madde 9'un birincil olarak; Madde 6 ve Madde 7'nin ikincil olarak; geri kalan maddelerin de dolaylı olarak ilgili olduğu; bu maddelerde yer alan ifadelerin kötü haber verirken bir veteriner hekimden beklenen/istenilen beceriler arasında yer aldığı söylenebilir.

Bu Tez çalışmasında, kötü haber verme becerisi değerlendirilirken GGBF maddeleri özelinde deney gruplarının karşılaştırılması yerine; deney gruplarının GGBF maddelerinin puanlanmasıyla elde edilen toplam skor üzerinden değerlendirilmesinin doğru olacağı düşünülmüştür. Buna göre, Deney A ve Deney B Grubunun ST puan ortalamalarının, ÖT puan ortalamalarına göre daha yüksek olması dikkate alınarak; teorik eğitimin tek başına ve oyunlaştırmayla birlikte kullanıldığında; veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirdiği ileri sürülebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Tezin Giriş bölümünün 1.5. *Amaç* alt başlığında yer alan hipotezler Çizelge 3.16. ve Çizelge 3.17.'ye göre değerlendirilmiş ve Çizelge 5.1.'de gösterilmiştir. Araştırmanın bulgularında görüldüğü üzere; Çizelge 3.23., Çizelge 3.24. ve Çizelge 3.25. incelenerek Çizelge 5.2.'de belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır.

Çizelge 5.1. Hipotezlerin değerlendirilmesi.

Hipotez No	Hipotez	Değerlendirme
Hipotez 1	Teorik eğitim ve oyunlaştırma yönteminin birlikte kullanılması, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.	Kabul edildi.
Hipotez 2	Teorik eğitim almadan ve oyunlaştırma yapmadan yalnızca SHS ile görüşme deneyimi, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.	Reddedildi.
Hipotez 3	Teorik eğitim, veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerisini geliştirmektedir.	Kabul edildi.

Çizelge 5.2. STÖ'nün GGBF'ye göre kötü haber verme becerisine etkisinin değerlendirilmesi.

Madde Numarası	Beceri Tanımı	Teorik Eğitim+OY (Deney A Grubu)	Teorik Eğitim (Deney B Grubu)	Yalnızca SHS Deneyimi (Kontrol Grubu)
Madde 1	Hasta sahibi ile göz teması kurdu.	Etkisi yok	Etkisi yok	Etkisi yok
Madde 2	Hasta sahibinin sözünü kesmeden dinledi.	Olumlu etki	Olumlu etki	Olumlu etki
Madde 3	Hasta sahibiyle görüşürken; yönetme, uyarma, öğüt verme, yargılama, görüşüne katılma gibi iletişim engellerinden kaçındı.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 4	Hasta sahibine açık uçlu sorular sordu.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 5	Hastanın durumu hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 6	Hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullandı.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 7	Kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisini verebilmesi için fırsat verdi.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 8	Hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirdi.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 9	Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerini anladığını ifade etti.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok
Madde 10	Görüşmeyi başarıyla sonlandırdı.	Olumlu etki	Olumlu etki	Etkisi yok

5.2. Öneriler

Veteriner hekim adaylarının meslek hayatlarında hasta, hasta sahibi ve meslektaşlarıyla etkili bir şekilde iletişim kurabilmeleri için; öğrencilere, birinci sınıfta zorunlu olarak verilecek temel iletişim becerileri dersini takiben üçüncü sınıfta anamnez alma becerisi özelinde klinik görüşme yapabilme becerisi kazandırılmalıdır. Dördüncü sınıfa gelen öğrenci, önceki dersleri başarıyla tamamlamış olmak koşuluyla, seçmeli olarak açılacak zor hasta sahibi ile başa çıkabilme, etik karar verebilme ve/veya kötü haber verebilme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen eğitim programına dâhil olabilecektir. Sınırlı kontenjan ile açılacak bu dersler; teorik eğitim üzerine kurgulanan uygulamalı eğitim (oyunlaştırma ve SHS ile görüşme) ve görsel öğeleri çözümleyerek yorumlamayı içeren video temelli öğretimden oluşmalı; dersten başarılı/başarısız olma durumu ise uygulamaya yönelik olmalı, objektif yapılandırılmış iletişim becerileri değerlendirme formuyla değerlendirilmelidir.

Teorik dersler ve video temelli öğretim 6-8 kişilik küçük gruplar halinde işlenmeli, oyunlaştırma ve SHS ile görüşme deneyimi ise her öğrencinin birebir uygulama yapmasına olanak sağlayacak şekilde İBL’de planlanmalıdır. Görüşmeler, belirli periyotlarda tekrarlanarak öğrencilerin görüşme yapma deneyimleri pekiştirilmeli; her öğrenciye asgari sayıda görüşme deneyimi olanağı sunulduktan sonra, öğrencinin isteğine ve öğrenme kapasitesine bağlı olarak görüşme sayısı arttırılabilmelidir. Uygulamaların yapılacağı GM’de; tek taraflı aynalı duvar, harekete duyarlı kameralar ve klinik ortamını yansıtacak fiziksel donanımın eksiksiz olması, öğrencinin role girmesi ve görüşmeyi gerçeğe en yakın şekilde tamamlaması için zorunludur. Görüşme yapan öğrencilerin aynalı duvarın arkasından izlenmesi ve kayıtların elektronik ortamda depolanabilmesi için teknik odaya gereksinim duyulmaktadır.

Uygulamaların gerçekçi olması, fiziksel koşulların yanı sıra görüşme yapacak öğrencilerin/SHS’lerin profilleri ve uygulanacak senaryoya da bağlı olduğundan;

farklı cinsiyet ve yaş aralığındaki SHS'lerle ve farklı sınıflarda eğitim gören öğrencilerle oyunlaştırma yapılmasına, görüşmelerde uygulanan senaryoların basitten karmaşığa doğru değişen farklı zorluk seviyelerinde olmasına özen gösterilmelidir.

Uygulamada görev alacak SHS'lere ya “*Standart*” ya da “*Simüle*” Hasta Sahibi olarak görev almaları gerektiği açıkça bildirilerek, uygulama süresince bu görevlere sadık kalmaları beklenmelidir. SHS'ler senaryolar özelinde ayrıntılı bilgi sahibi olmalı; görüşme sonrasında öğrenciye –*kişiyeye ve uygulamaya özel*- geri bildirim verme konusunda objektif ve istekli olmalıdır. Görüşmeler sırasında “*standart hasta (SH)*” olarak canlı hayvan kullanımı yerine, gerçeğe en yakın simülatör/modelin kullanımı tercih edilmelidir. Ancak bu koşullar dâhilinde verilen eğitimin, öğrenciler tarafından maksimum fayda ve memnuniyetle yürütülebileceği ve iletişim becerileri kazandırma konusunda hedeflenen çıktılara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi

İnsanlar; duygularını, düşüncelerini, öğrendiği bilgileri, geçmişini ve gelecekte yaşanması öngörülen olayları yorumlayarak bu bilgileri aktarma yoluyla iletişim kurma yetisine sahiptir.

Klinik beceriler arasında önemli yer tutan iletişim becerilerinin öğretilebilir ve öğrenilebilir olduğu literatürde yer almaktadır. Tüm veteriner hekimlerin etkili ve başarılı iletişim kurma yetisine gereksinim duydukları; bu yetinin bazı yönlerinin doğuştan geldiği ve fakat birçoğunun ise sonradan öğrenildiği bildirilmiştir. Veteriner hekimliğinde STÖ programı ilk kez 2000 yılının Eylül ayında Ontario Veteriner Okulu'nda başlatılmıştır. Bu yöntem; öğrencilere hata yapma korkusundan uzak, gerçek hastalara psikolojik ve/veya fiziksel zarar vermeden, defalarca uygulama yaparak öğrenme imkânı sunmaktadır.

Yapılan çalışmada; veteriner hekim adaylarının kötü haber verme becerilerinin geliştirilmesinde, teorik eğitim, oyunlaştırma yöntemi ve SHS kullanımının etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Pilot uygulamanın ardından başlanan asıl çalışmanın evrenini; AÜVF'de 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılında intörn eğitimi alan 125 öğrenci; örneklemini ise 67 gönüllü intörn oluşturmuştur. Araştırmanın modeli ön test - son test kontrol gruplu desen olarak tasarlanmıştır. Çalışma, iki farklı deney grubu ve bir kontrol grubuyla yürütülmüştür. Tüm gruplara deney öncesinde ön test; deney sonrasında ise son test uygulanmıştır. Kontrol Grubundan farklı olarak; Deney A Grubu teorik eğitim ve oyunlaştırma; Deney B Grubu ise yalnızca teorik eğitim almıştır. Çalışmanın ön test ve son test görüşmelerinden elde edilen nicel verileri, 10 temel maddeden oluşan GGBF başlıklı kontrol listesiyle; nitel verileri ise katılımcılarla yapılan OGG ile toplanmıştır.

Yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda; Kontrol Grubunun deney gruplarına göre ön test puanıyla düzeltilmiş son test puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiş; ancak Deney A ve Deney B Grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Kadınların ön test puanıyla düzeltilmiş son test puan ortalamalarının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ön test ve son test arasında geçen sürenin farklı olmasının deney gruplarını etkilemediği görülmüştür. Katılımcıların son testi, ön teste göre daha kısa sürede tamamladıkları tespit edilmiştir. GGBF'de bulunan 10 madde Ancova testine göre incelendiğinde; oyunlaştırmanın yalnız bir maddeyi (hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirme) negatif etkilediği; teorik eğitimin beş maddeyi (iletişim engellerinden kaçınma, açık uçlu sorular sorma, anlaşılır bir dil kullanma, ilk tepki için fırsat verme, empati kurma) pozitif etkilediği; yalnızca SHS ile görüşme yönteminin ise üç maddeyi (anlaşılır bir dil kullanma, ilk tepki için fırsat verme, empati kurma) pozitif etkilerken, beş maddeyi (göz teması kurma, açık uçlu sorular sorma, ayrıntılı bilgi verme, hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirme, görüşmeyi başarıyla sonlandırma) negatif etkilediği tespit edilmiştir. Her bir deney grubundaki ÖT-ST puan değişimleri Bağımlı

Örneklemler t Testi ile ayrı ayrı değerlendirildiğinde; yalnızca teorik eğitim alan ve teorik eğitimle birlikte oyunlaştırma yapan katılımcıların son test puan ortalamalarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. OGG'den üretilen verilere göre, katılımcıların genel olarak STÖ'den memnun kaldıkları ve bu yöntemin iletişim becerilerine katkı sağladığı bildirilmiştir.

Sonuç olarak; veteriner hekimliğinde iletişim becerileri ve kötü haber verme becerisi eğitimi özelinde, simülasyon temelli öğretimin geliştirilerek eğitim programına dahil edilmesi gerektiği savunulabilir.

Anahtar Sözcükler: İletişim becerileri, Kötü haber verme becerisi, Oyunlaştırma, Simüle hasta sahibi kullanımı, Veteriner hekimliği eğitimi.



SUMMARY

The Impact of The Use of Simulation-Based Training in Veterinary Education on the Skill of Delivering Bad News

People has ability to communicate through transfer of information about their feelings, thoughts, knowledge, past and the events anticipated to happen in the future.

According to the related literature, communication skills, which have an important place among clinical skills, can be taught and learned. It has been reported that all veterinarians need the ability to communicate effectively and successfully; some aspects of this ability come from birth, but most of them are learned afterwards. The simulation-based training program was launched for the first time in the Ontario Veterinary School in September, 2000. This method provides students with the opportunity to learn by practising for many times, without fear of making mistakes and physically or psychologically damaging to real patients.

This study is aimed to evaluate the effects of the theoretical training, the role play and the use of standardized/simulated clients for the improve the skill of delivering bad news of veterinary surgeons. The population of this study which started after the pilot study was 125 students and the sample of the study was 67 volunteer interns in internship education in 2016-2017 Academic Year of the Faculty of Veterinary Medicine, University of Ankara. The pattern of the research was designed as pre-test and post-test control group pattern. The study was conducted in two different experimental groups and one control group. Before the experiment, all groups were pre-tested and after the experiment, the post-test was applied. Unlike the Control Group, Experiment Group A was educated via theoretical training and role plays; Experiment B Group was educated via only theoretical training. The quantitative data obtained from the study's pre-test and post-test interviews which were presented in a check list and qualitative data were collected by the focus group interviews.

As a result of the statistical evaluations; it was determined that the Control Group had lower adjusted post-test scores than experimental groups; and no statistically significant difference was found between Experiment A and Experiment B Groups. It was determined that the adjusted average post-test scores of females was higher than that of male participants. It was seen that the different time periods between the pre-test and the post-test was not influenced by the experimental groups. It was determined that participants completed the post-test in a shorter time than the pre-test. Ten items of the checklist were examined by Ancova analysis and it was seen that role plays had negative effects on the only one item (assessing how well the client understands the patient's condition); the theoretical training positively affected five items (avoiding communication barriers, asking open-ended questions, avoiding jargon and medical terms, giving an opportunity for first reaction, empathize). It was found that while only the SC method positively affected three items (avoiding jargon and medical terms, giving an opportunity for first reaction, empathize), but negatively affected five items (establishing eye contact, asking open-ended questions, giving detailed information, assessing how well the client understands the patient's condition, closing the interview successfully). Score changes of pre-test and post-test of each experimental group were evaluated by Paired Samples t Test. It was seen that the post-test score averages of participants who trained only

theoretical or combine of theoretical and role play were higher than others. According to the qualitative data collected from the focus group interviews, participants were generally satisfied with being educated via the simulation-based training and this method contributed to participants' communication skills.

As a result, it can be deduced that advanced simulation-based training programme should be included in the curriculum especially related to the field of communication skills and delivering bad news in veterinary medicine.

Keywords: Communication skills, Role play, Skill of delivering bad news, Using standardized/simulated clients, Veterinary training.



KAYNAKLAR

- ABOOD SK, KOPCHA M (2004). Lessons learned from the bayer animal health communication project. international conference on communication in veterinary medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):195.
- ACHARYA S, SHUKLA S, ACHARYA N, VAGHA J (2014). Role play-an effective tool to teach clinical medicine. *J Contemp Med Edu*, **2**(2):91-96. DOI: 10.5455/jcme.20140619111139
- ADAMS CL, BONNETT BN, MEEK AH (2000). Predictors of owner response to companion animal death in 177 clients from 14 practices in Ontario. *J Am Vet Med Assoc*, **217**(9):1303-1309.
- ADAMS CL, LADNER L (2004). Implementing a simulated client program: bridging the gap between theory and practice. *J Vet Med Educ*, **31**(2):138-145.
- ADAMS CL, CONLON PD, LONG KC (2004a). Professional and veterinary competencies: addressing human relations and the human-animal bond in veterinary medicine. *J Vet Med Educ*, **31**(1):66-70.
- ADAMS CL, KURTZ SM, COOKE L (2004b). Design and implementation of communication skills programs: resolving issues and problems. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):190.
- ADAMS CL, KURTZ SM (2006). Building on existing models from human medical education to develop a communication curriculum in veterinary medicine. *J Vet Med Educ*, **33**(1):28-37.
- ADAMS CL, KURTZ S (2017). Skills For Communicating In Veterinary Medicine. Otmoor Publishing (Oxford) and Dewpoint Publishing (New York), 1st Ed. pp310. ISBN: 978-0-9977679-0-2
- ALINIER G (2007). A typology of educationally focused medical simulation tools, *Medical Teacher*, **29**(8):e243-e250.
- ALPAR R (2012). Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlik. 2. Baskı. Detay Yayınları, Sözkesen Matbaacılık, xviii+534s. ISBN: 978-605-5681-87-6
- ANONİM (1981). 100. yıl mezuniyet töreni. *Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi*, **28**(1-4):285.

- ANONİM (2016). Advantages of Working with Standardized Patients. University of Toronto Faculty of Medicine, The Standardized Patient Programme. Erişim Adresi: [<http://www.spp.utoronto.ca/WorkingWithSP>] Erişim Tarihi: 5/7/2018
- ANONİM (2017). HÜ Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı Durum Raporu Gerçekleştirilenler, Hedefler. Erişim Adresi: [http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/images/TEBAD_2017_tam.pdf] Erişim Tarihi: 23/5/2018
- ANONİM (2018). Origin of Standardized Patients in the United States. University of Kentucky College of Medicine. Erişim Adresi: [<https://meded.med.uky.edu/origin-standardized-patients-united-states>] Erişim Tarihi: 5/6/2018
- ANTELYES J (1991). Difficult clients in the next decade. *J Am Vet Med Assoc*, **198**(4):550-552.
- ARTEMIOU E, ADAMS CL, VALLEVAND A, VIOLATO C, HECKER KG (2013). Measuring the effectiveness of small-group and web-based training methods in teaching clinical communication: a case comparison study. *J Vet Med Educ*, **40**(3):242-251.
- ASPEGREN K (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical Teacher*, **21**(6):563-570.
- AVMA (2017).Standard 11, Outcomes Assesment. Accreditation Policies and Procedures of the AVMA (American Veterinary Medical Association) Council on Education (COE). Erişim Adresi: [<https://www.avma.org/ProfessionalDevelopment/Education/Accreditation/Colleges/Documents/Proposed-Standard-11.pdf>] Erişim Tarihi: 11/6/2018
- BACK AL, BAUER-WU SM, RUSHTON CH, HALIFAX J (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a contemplative approach. *Journal Of Palliative Medicine*, **12**(12):1113-1117.
- BAILE WF, BUCKMAN R, LENZI R, GLOBER G, BEALE EA, KUDELKA AP (2000). SPIKES- A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, **5**:302-311.
- BARROWS HS (1987). Simulated (Standardized) Patients and Other Human Simulations. Health Sciences Consortium, North Carolina, 94p. ISBN: 093893824X.
- BARROWS HS (1993). An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Academic Medicine*, **68**(6):443-451.
- BARROWS HS, TAMBLYN RM (1980). Problem-Based Learning: An Approach To Medical Education. Springer Publishing Company, New York. 224 p. Erişim Adresi: [<https://app.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>] Erişim Tarihi: 5/6/2018

- BAŞAĞAÇ GÜL RT, ÖZKUL T (2006). İş ahlakı açısından veteriner hekimliği mevzuatına eleştirel bir bakış. *Veteriner Hekimler Derneği Dergisi*, **77**:61-64.
- BAŞAĞAÇ GÜL RT (2017). Veteriner Hekimliği ve Toplum İlişkileri Ders Notları, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Ankara.
- BAŞKALE H (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *DEUHFED*. **9**(1):23-28.
- BATENBURG V, SMAL JA (1997). Does a communication course influence medical students' attitudes? *Medical Teacher*, **19**(4):263-269.
- BRANDT JC, BATEMAN SW (2004). Senior veterinary students' perceptions of using role play to learn communication skills. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):190-191.
- BRANDT JC, BATEMAN SW (2006). Senior veterinary students' perceptions of using role play to learn communication skills. *J Vet Med Educ*, **33**(1):76-80.
- BRUNEAU TJ (1973). Communicative silences: forms and functions. *Journal of Communication*, **23**(1):17-46.
- BUCKMAN R (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult? *Br Med J (Clin Res Ed)*, **288**(6430): 1597-1599.
- BUCKMAN R (1992). How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. The Johns Hopkins University Press, Baltimore. x+223p. ISBN:0-8018-4490-8(h)
- CASE DB (1988). Survey of expectations among clients of three small animal clinics. *J Am Vet Med Assoc*, **192**(4):498-502.
- CHARLTON RC (1993). Using role-plays to teach palliative medicine. *Med Teach*, **15**(2-3): 187-193.
- CHUN R, SCHAEFER S, LOTTA CC, BANNING JA, SKOCHELAK SE (2009). Didactic and experiential training to teach communication skills: the university of wisconsin-madison school of veterinary medicine collaborative experience. *J Vet Med Educ*, **36**(2):196-201.
- COHEN SP (2008). How to teach pet loss to veterinary students. *J Vet Med Educ*, **35**(4):514-519.
- CORNELL KK, KOPCHA M (2007). Client-veterinarian communication: skills for client centered dialogue and shared decision making. *Vet Clin Small Anim*, **37**(1):37-47.

- ÇORUK A (2016). Etkili İletişimde Sihirli Anahtar: Empati. 5.Bölüm. İçinde: Etkili İletişim. Ed: Bülent Güven. Pegem Akademi. 2. Baskı. Salmat Basım Yayıncılık, Ankara. xii+184s. ISBN: 978-605-364-626-6
- DAVIS H, NICHOLAOU T (1992). A comparison of the interviewing skills of first-and final-year medical students. *Medical Education*, **26**(6):441-447.
- DESMOND J, COPELAND LR (2010). Günümüz Hastasıyla İletişim. Çevirenler: Deniz Yamaç, Ercüment Tekin. Efil Yayınevi, 1. Baskı. ISBN: 978-605-4334-16-2.
- DİL DERNEĞİ (2018). Türkçe Sözlük. Geliştirilmiş 4. Baskı, Dil Derneği Yayınları:25, Eflal Matbaacılık, Ankara. ISBN:978-975-7495-27-7
- DUDLEY F (2012). The Simulated Patient Handbook: A Comprehensive Guide For Facilitators And Simulated Patients. Radcliffe Publishing, London. x+223p. ISBN-13:978-1846619-454-2
- DURNING SJ, CONRAN RM (2013). Small-group teaching. 9. Section. In: A Practical Guide for Medical Teachers. Eds: John A. Dent, Ronald M. Harden, Brian D. Hodges. Churchill Livingston Elsevier. Fourth Edition. xiii+436. ISBN: 978-0-7020-4551-6.
- DÖKMEN Ü (2016). Sanatta ve Günlük Yaşamda İletişim Çatışmaları ve Empati. Remzi Kitabevi. 55. Baskı. 391s. ISBN:978-975-14-1321-5.
- DVM2000 STEERING GROUP OF ONTARIO VETERINARY COLLEGE (1996). Professional Competencies of Canadian Veterinarians: A Basis for Curriculum Development. Guelph, Ontario, Canada. Erişim Adresi: [http://ovc.uoguelph.ca/sites/default/files/users/ovcweb/files/professional-competencies-of-canadian-Veterinarians_a-basis-for-curriculum-development.pdf] Erişim Tarihi: 13/3/2018
- EAEVE (2016). European System of Evaluation of Veterinary Training (ESEVT). Erişim Adresi:[https://www.eaeve.org/fileadmin/downloads/SOP/ESEVT__Uppsala__SOP_May_2016.pdf] Erişim Tarihi: 23/5/2018
- ELÇİN M, ODABAŞI O, TURAN S, ABAY E, ONAN A, SEZER B (2014). Hacettepe Üniversitesi 2014-15 Öğretim Yılı İyi Hekimlik Uygulamaları. 12. Baskı, Ankara. 168s.
- ELÇİN M, ODABAŞI O, TURAN S, DEMİRÖREN M, TAŞDELEN TEKER G, ABAY E, ONAN A, SEZER B, ATILGAN B (2017). Hacettepe Üniversitesi 2017-18 Öğretim Yılı İyi Hekimlik Uygulamaları. 15. Baskı, Ankara. 176s. Erişim Adresi: [http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/images/IHU_2017_.pdf] Erişim Tarihi: 23/5/2018
- ENGLAR RE, WILLIAMS M, WEINGAND K (2016). applicability of the calgary-cambridge guide to dog and cat owners for teaching veterinary clinical communications. *J Vet Med Educ*, **43**(2):143-169.

- FIELD A (2006). *Discovering Statistics Using SPSS*. 2nd Ed. Reprinted, Sage Publications, London. ISBN: 10 0-7619-4451-6
- FRANKEL RM (2006). Pets, vets, and frets: what relationship-centered care research has to offer veterinary medicine. *J Vet Med Educ*, **33**(1):20-27.
- FRANKEL RM, STEIN T (1999). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *The Permanente Journal*, **3**(3):79-88.
- GRAY CA, BLAXTER AC, JOHNSTON PA, LATHAM CE, MAY S, PHILLIPS CA, TURNBULL N, YAMAGISHI B (2006). Communication education in veterinary education in the United Kingdom and Ireland: The NUVACS Project coupled to progressive individual school endeavors. *J Vet Med Educ*, **33**(1):85-92.
- GRAY C, MOFFETT J (2010). Dealing with difficult situations, Chapter 5, In: *Handbook of Veterinary Communication Skills*, Ed: Carol Gray, Jenny Moffett, Blackwell Publishing. ISBN:978-1-4051-5817-6
- GORDON T, EDWARDS WS (2013). *Hasta ve Doktor İletişimi*. Profil Yayıncılık, 1. Baskı, İstanbul. ISBN: 978-975-996-460-3
- GÜRÜZ D, TEMEL EĞİNLİ A. (2014). *Kişilerarası İletişim Bilgileri- Etkiler-Engeller*. 4. Baskı. Nobel Akademik Yayıncılık, XIV+320 s. Göktuğ Ofset, Ankara.
- GÜVEN B (2016). *İletişim Kavramı ve İletişim Sürecinin Temel Öğeleri*. 1. Bölüm. İçinde: *Etkili İletişim*. Ed: Bülent Güven. Pegem Akademi. 2. Baskı. Salmat Basım Yayıncılık, Ankara. xii+184s. ISBN: 978-605-364-626-6
- HAFEN JR M, RUSH BR, NELSON SC (2009). Utilizing filmed authentic student- client interactions as a communication teaching tool. *J Vet Med Educ*, **36** (4):429-435.
- HAFEN JR M, DRAKE AAS, RUSH BR, NELSON SC (2013). Using authentic client interactions in communication skills training: predictors of proficiency. *J Vet Med Educ*, **40**(4):318-326.
- HALL JA, ROTER DL (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Educ Couns*, **48**:217-224. Erişim Adresi: [[http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(02\)00174-X/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(02)00174-X/pdf)] Erişim Tarihi: 10/4/2018
- HEATH T (1996). Teaching communication skills to veterinary students. *J Vet Med Educ*, **23**(1):2-7.
- HERU AM (2014). Role play in medical education to address student mistreatment. *American Medical Association Journal of Ethics*, **16**(3): 177-181.

- HUMBLE JA (2001). Critical skills for future veterinarians. *J Vet Med Educ*, **28**(2):50-53.
- IHC(2018a). Veterinary Communication. Erişim Adresi: [<http://healthcarecomm.org/veterinary-communication/>] Erişim Tarihi: 14/3/2018
- IHC(2018b). Veterinary Communication. Erişim Adresi: [<http://healthcarecomm.org/veterinary-communication/ihc-veterinary-communication-modules/>] Erişim Tarihi: 19/3/2018
- JOHNSTON PEJ, DALE VHM (2004). Student evaluation of communication skills training: how this informs our teaching practice. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):183.
- JOYNER B, YOUNG L (2006). Teaching medical students using role play: twelve tips for successful role plays. *Medical Teacher*, **28**(3):225-229.
- KAZU İY, KAZU H, OZDEMİR O (2005). The effects of Mastery Learning Model on the success of the students who attended “usage of basic information technologies” course. *Educational Technology & Society*, **8**(4):233-243.
- KILINÇ B (2016). İletişime Giriş. 1. Ünite. İçinde: İletişim Bilgisi. Ed: Barış Kılınç, Ufuk Eriş. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:2158. 1. Baskı, Eskişehir. ix+182s. ISBN:978-975-06-1917-5
- KIRAY S (2017). Bireylerarası İletişim Yaklaşımı. 1. Bölüm. İçinde: *Bireylerarası İletişim*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:2183. 2. Baskı. Eskişehir. v+174s. ISBN:978-975-06-1944-1
- KIRWAN M (2010). Basic Communication Skills, Chapter 1, In: *Handbook of Veterinary Communication Skills*, Ed: Carol Gray, Jenny Moffett, Blackwell Publishing, 2010, ISBN:978-1-4051-5817-6
- KNEEBONE R, BAILLIE S (2008). Contextualized simulation and procedural skills: a view from medical education. *J Vet Med Educ*, **35**(4):595-598.
- KOGAN LR (2004). Delivering “bad news”: communication between veterinarians and their clients. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):192.
- KURTZ SM, SILVERMAN JD (1996). The Calgary-Cambridge referenced observation guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ*. **30**:83-89.
- KURTZ S, SILVERMAN J, DRAPER J (1998). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press, v+245p. ISBN:1-85775-273-2

- LEPISTO LB, TAYLOR K, BACHUWA G (2017). Peer role-playing as training for medical error disclosure. *Journal of Graduate Medical Education*, **9**(4):541.
- LLOYD M, BOR R (2006). Communication skills for medicine. Churchill Livingstone. 2nd Ed., Reprinted 2006. vi+202p. ISBN:0-443-07411-9
- MACDONALD E (2004). The Doctor's Perspective. Chapter 6. In: *Difficult conversations in medicine*. Ed: Elisabeth Macdonald. Oxford University Press. 1st Ed. xxiv+231. ISBN: 0-19-852774-8
- MAGUIRE P, FAIRBAIRN S, FLETCHER C (1986). Consultation skills of young doctors: II--Most young doctors are bad at giving information. *British Medical Journal*, **292**: 1576-1578.
- MAGUIRE P, PITCEATHLY C (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, **325**:697-700.
- MANNING PR (2006). Consultation skills in veterinary practice: exploring the links between consultation skills and key performance indicators. Doctor of Professional Studies Thesis. Middlesex University, London. Erişim Adresi: [<http://eprints.mdx.ac.uk/3625/>] Erişim Tarihi: 6/7/2018
- MARAN NJ, GLAVIN RJ (2003). Low- to high-fidelity simulation – a continuum of medical education? *Medical Education*, **37**(1):22-28.
- MARSIG E (2004). Your client does not care how good you are- As long as you can't communicate well. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):185.
- MANZOOR I, MUKHTAR F, HASHMI NR (2012). Medical students' perspective about role-plays as a teaching strategy in community medicine. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, **22**(4):222-225.
- McILVRIED DE, PRUCKA SK, HERBST M, BARGER C, ROBIN NH (2008). The use of role-play to enhance medical student understanding of genetic counseling. *Genetics in Medicine*, **10**(10):739-744.
- McMANUS IC, VINCENT CA, THOM S, KIDD J (1993). Teaching communication skills to clinical students. *British Medical Journal*, **306**:1322-1327.
- MIDIK Ö, KARTAL M (2010). Simülasyona dayalı tıp eğitimi. *Marmara Medical Journal*, **23**(3):389-399.
- MILLER GE (1990). The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Academic Medicine*. **65**(9):S62-S67.

- NAVARRO J, KARLINS M (2016). *Beden Dili: Eski FBI Ajanından İnsanların Bedenini Okuma Rehberi*. Alfa Yayınları. 15. Baskı, Melisa Matbaacılık, İstanbul. 300s. ISBN: 978-605-106-048-4
- NESTEL D, TIERNEY T (2007). Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. *BMC Medical Education*, **7**(3). Erişim Adresi: [<https://bmcmededuc.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6920-7-3>] Erişim Tarihi: 25/6/2018
- NESTEL D, BEARMAN M (2015). Introduction to simulated patient methodology. Chapter 1. In: *Simulated Patient Methodology: Theory, evidence and practice*. Eds: Debra Nestel, Margaret Bearman. Wiley Blackwell Publishing. ix+154p. ISBN:978-1-118-76100-7
- NESTEL D, BEARMAN M, FLEISHMAN C (2015). Simulated Patients As Teachers: The Role Of Feedback. Chapter 10. In: *Simulated Patient Methodology: Theory, evidence and practice*. Eds: Debra Nestel, Margaret Bearman. Wiley Blackwell Publishing. ix+154p. ISBN:978-1-118-76100-7
- NOGUEIRA BORDEN LJ, ADAMS CL, LADNER LD (2008). The use of standardized clients in research in the veterinary clinical setting. *J Vet Med Educ*, **35**(3):420-430.
- NUNES P, WILLIAMS S, SA B, STEVENSON K (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *Int J Med Educ*, **2**:12-17.
- OIE (2003). *Veterinary Education Core Curriculum OIE Guidelines*. Erişim Adresi: [http://www.oie.int/Veterinary_Education_Core_Curriculum.pdf] Erişim Tarihi: 16/9/2018.
- ÖREN T, MITTAL S, DURAK U (2017). The Evolution of Simulation and Its Contribution to Many Disciplines. Chapter 1. In: *Guide to Simulation-Based Disciplines: Advancing Our Computational Future*. Eds: Saurabh Mittal, Umut Durak, Tuncay Ören. Springer International Publishing. ISBN:978-3-319-61264-5 (eBook).
- ÖZAN S (2008). Öz ve akran değerlendirmenin temel iletişim becerileri üzerindeki etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretim Programı Doktora Tezi, İzmir. Erişim Adresi:[<http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/6845/220308.pdf?squence=1&isAllowed=y>] Erişim Tarihi: 28.08.2018
- PEASE A (2002). *Beden Dili*. Rota Yayınları. 5. Baskı, Kelebek Matbaası. Çeviri: Yeşim Özben.208s. ISBN:975-7805-60-2
- PETERSON MC, HOLBROOK JH, VON HALES D, SMITH NL, STAKER LV (1992). Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*, **156**(2):163-165.

- PÜSKÜLLÜOĞLU A (2015). Türkçe Sözlük. Arkadaş Yayınevi, Ayrıntı Basım Yayım ve Matbaacılık, Ankara. ISBN:978-975-509-847-0
- RADFORD A (2010). A Framework for the Veterinary Consultation, Chapter 2, In: *Handbook of Veterinary Communication Skills*, Ed: Carol Gray, Jenny Moffett, Blackwell Publishing. ISBN:978-1-4051-5817-6
- RAGAN RE, VIRTUE DW, CHI SJ (2013). An assessment program using standardized clients to determine student readiness for clinical practice. *Am J Pharm Educ*, **77**(1):1-7.
- RENNICK T (2004). Communication and end of life issues: a veterinary students's reflection. International Conference on Communication in Veterinary Medicine, June 13-16 2004. Abstracts of Podium Presentations. *J Vet Med Educ*, **31**(2):186.
- RESMİ GAZETE (1994). Veteriner Hekimliği Deontoloji Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih: 9 Temmuz 1994, Sayı: 21984.
- RESMİ GAZETE (2006). Türk Veteriner Hekimleri Birliği Hizmetlerinin Yürütülmesine İlişkin Uygulama Yönetmeliği, Resmi Gazete Tarih: 13 Eylül 2006, Sayı: 26288.
- RETHANS JJ, DROP R, STURMANS F, VAN DER VLEUTEN C (1991). A method for introducing standardized (simulated) patients into general practice consultations. *British Journal of General Practice*. **41**:94-96.
- ROTER DL, HALL JA, AOKI Y (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*, **288**(6):756-764.
- ROUDEBUSH P, WOLF A, KITCHELL BE, PAVLETIC MM, KUSTOFF R (1993). Large group case-based discussion: a model for improving postgraduate veterinary education. *J Vet Med Educ*, **20**(2):56-60.
- RUSSELL RL (1994). Preparing veterinary students with the interactive skills to effectively work with clients and staff. *J Vet Med Educ*, **21**(2):40-43.
- SARIKAYA Ö, UZUNER A, GÜLPINAR MA, KEKLİK D, KALAÇA S (2004). İletişim becerileri eğitimi: içerik ve değerlendirme. *Tıp Eğitimi Dünyası*, **14**:27-36.
- SHAW JR, ADAMS CL, BONNETT BN (2004). What can veterinarians learn from studies of physician-patient communication about veterinarian-client-patient communication? *J Am Vet Med Assoc*, **224**(5): 676-684.
- SHAW JR, BONNETT BN, ROTHER DL, ADAMS CL, LARSON S (2012). Gender differences in veterinarian-client-patient communication in companion animal practice. *J Am Vet Med Assoc*, **241**(1):81-88.

- SHAW DH, IHLE SL (2006). Communication skills training at the Atlantic Veterinary College, University of Prince Edward Island. *J Vet Med Educ*, **33**(1):100-104.
- SHAW JR, LAGONIL (2007). End-of-life communication in veterinary medicine: delivering bad news and euthanasia decision making. *Vet Clin North Am Small Anim Pract*, **37**(1):95-108.
- SILVERMAN J, KURTZ S, DRAPER J (1999). Skills for Communicating with Patients. Reprinted. Radcliffe Medical Press. xxi+173p. ISBN:1-85775-189-2
- SIMPSON MA (1985). How to use role-play in medical teaching. *Medical Teacher*, **7**(1): 75-82.
- SIMPSON M, BUCKMAN R, STEWART M, MAGUIRE P, LIPKIN M, NOVACK D, TILL J (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *British Medical Journal*, **303**:1385-1387.
- SMITH CM, O'BYRNE CC, NESTEL D (2015). Simulated Patient Methodology And Assessment. Chapter 12. In: *Simulated Patient Methodology: Theory, Evidence And Practice*. Eds: Debra Nestel, Margaret Bearman. Wiley Blackwell Publishing. ix+154p. ISBN:978-1-118-76100-7
- STRAND EB, JOHNSON B, THOMPSON J (2013). Peer-assisted communication training: veterinary students as simulated clients and communication skills trainers. *J Vet Med Educ*, **40**(3): 233-241.
- TANNENBAUM J (1995). Veterinary Ethics: Animal Welfare, Client Relations, Competition and Collegiality. 2nd Ed., Mosby Publishing, 615p. ISBN:0-8151-8840-4
- TDK (2011). Türkçe Sözlük. Haz. Şükrü Halûk Akalın. 11. Baskı, Türk Dil Kurumu, Ankara.
- THISTLETHWAITE JE, RIDGWAY GD (2015). The Content and Process of Simulated Patient-based Learning Activities. Chapter 3. In: *Simulated Patient Methodology: Theory, evidence and practice*. Eds: Debra Nestel, Margaret Bearman. Wiley Blackwell Publishing. ix+154p. ISBN:978-1-118-76100-7
- TIMMINS RP (2006). How does emotional intelligence fit into the paradigm of veterinary medical education? *J Vet Med Educ*, **33**(1):71-75.
- TINGA CE, ADAMS CL, BONNETT BN, RIBBLE CS (2001). Survey of veterinary technical and Professional skills in students and recent graduates of a veterinary college. *J Am Vet Med Assoc*, **219**(7):924-931.
- TORUN Ş (2015). Sağlıkta Temel Kavramlar, Görevler ve Haklar (Birinci Ünite). İçinde: *Sağlık Kurumlarında İletişim*. Ed: Erkan Yüksel. 1. Baskı. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:2059. Eskişehir. ix+231s. ISBN:978-975-06-1793-5

- TÜRK TIP EĞİTİMİ DERNEĞİ (2018). Türkiye’de Standart Hasta Kullanan Okullar. Erişim Adresi: [http://www.tipegitimi.org.tr/SH_unv.html] Erişim Tarihi: 6/8/2018
- TÜRKMENOĞLU E (2016). Veteriner hekimliği ve empati. *Kocatepe Vet J*, **9**(1): 39-42.
- TVHB (2000). Veteriner hekimlik meslek etiği kuralları, *Dayanışma*, s.33-36.
- TVHB (2011). Veteriner hekim meslek yemini. *Türk Veteriner Hekimleri Birliği Dergisi*, **11**(1-2):46.
- TYYÇ (2010). Türkiye Yükseköğretim Yeterlilikler Çerçevesi 6. Düzey (Lisans Eğitimi) Yeterlilikleri. Erişim Adresi [<http://www.tyyc.yok.gov.tr/?pid=33>] Erişim Tarihi: 2/10/2018
- VAN DALEN J, BARTHOLOMEUS P, KERKHOFS E, LULOFS R, VAN THIEL J, RETHANS JJ, SCHERPBIER AJJA, VAN DER VLEUTEN CPM (2001). Teaching and assessing communication skills in Maastricht: the first twenty years. *Medical Teacher*, **23**(3): 245-251.
- VEDEK (2017). Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (VEDEK) Ulusal Akreditasyon İşlem ve Usullerindeki Temel Standartlar. *Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği*. Erişim Adresi: [http://www.vedek.org.tr/files/vedek_temel_standartlar.pdf] Erişim Tarihi: 28/6/2018
- VEDEK (2018). Akredite Programlar. *Veteriner Hekimliği Eğitim Kurumları ve Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği*. Erişim Adresi: [http://www.vedek.org.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=112&Itemid=98&lang=tr] Erişim Tarihi: 28/6/2018
- VILLAGRAN M, GOLDSMITH J, WITTENBERG-LYLES E, BALDWIN P (2010). Creating COMFORT: a communication-based model for breaking bad news. *Communication Education*, **59**(3):220-234.
- VOLTAN ACAR N (2015). Yeniden Terapötik İletişim –Kişiler Arası İlişkiler- (Tamamı Bizim Toplumdan Örnekler). Nobel Yayıncılık. 12. Baskı, xxx+154s., ISBN:978-605-133-345-8
- WALLACE P (2007). Coaching Standardized Patients: For Use In the Assessment of Clinical Competence. Springer Publishing Company, Bang Printing. xxx+342p. ISBN: 0-8261-0224-7
- YILDIRIM A, ŞİMŞEK H (2013). Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayıncılık, Genişletilmiş 9. Baskı, Ankara. 446s., ISBN:978-975-02-2603-8

YÖK (2014). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014. Erişim Adresi:[http://www.yok.gov.tr/documents/10279/38058561/tip_fakultesi_cep.pdf] Erişim Tarihi: 26/6/2018

YÜCE S (2016). Etkili İletişim Projesi, Atölye Tempo Kişisel Gelişim ve Psikolojik Danışma Merkezi, Ankara.




YÜKSEL NA (2014). Etkili İletişim ve Toplumsal Cinsiyet (Bölüm 4). İçinde. *Etkili İletişim Teknikleri* Ed. Erhan Eroğlu, A. Hâluk YÜKSEL. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını No:1733, 2. Baskı, Anadolu Üniversitesi Basımevi, Eskişehir. ISBN:978-975-06-1451-4.

YÜKSEL AH (2005). İkna Edici Konuşmayı Destekleyici Etmen Olarak Sözsüz İletişim (Ünite 10). İçinde: *İkna ve Konuşma*. Ed: Ali Atıf Bir. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 1629. Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 851.




ZILLIOĞLU M (2014). İletişim Nedir? Cem Yayınevi, Umut Matbaası, 5. Baskı, İstanbul. 254s. ISBN: 13:978-975-406-470-4

EKLER




Ek 1. İntörn Eğitimi Programına İletişim Becerileri Uygulamasının Eklenmesine Dair Yazı.

	<p>T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Veteriner Fakültesi Dekanlığı Temel Bilimler Bölümü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı</p>	
Sayı : 38255447-302.06-E.6467		27.06.2018
Konu : İntern eğitimi döneminde takip ve değerlendirme hk.		
VETERİNER FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA		
İlgi : Veteriner Fakültesi Dekanlığı (Öğrenci İşleri)'nin 20.06.2018 tarihli ve 16424823-302.06-E.5116 sayılı yazısı.		
İlgi yazı ile 5. Sınıf İntörn Eğitimi alan öğrencilerimizin intörn eğitimi döneminde takip ve değerlendirilmelerini sağlayan mevcut sistemin güncellenmesi ve geliştirilmesi amacıyla istenen ECCVT tarafından onaylanan ilk gün yeterlikleri ile Bologna Bilgi Sisteminde yer alan program yeterlikleri değerlendirilmiş ve talep edilen bilgiler aşağıda sunulmuştur:		
<ol style="list-style-type: none">1. İlk gün yeterliklerinden 1., 1.2., 1.4., 1.8., 1.12. ve 1.32. maddelerde yer alan yeterlikler Anabilim Dalımız tarafından verilen lisans dersleri ve intörn eğitimi ile karşılanmaktadır.2. Anabilim Dalımız intörn takip kartlarının arkasında yer alan ödev/uygulamalar; yeterlikleri karşılayacak ve öğrencinin notla değerlendirilmesini sağlayacak şekilde güncellenerek aşağıda sunulmuştur.3. Anabilim Dalımız tarafından intörn eğitiminin notla değerlendirilmesinden sorumlu öğretim üyeleri Prof. Dr. R. Tamay Başağaç Gül ve Dr. Öğr. Üyesi Atilla Özgür olarak belirlenmiştir.		
İntörn Takip Kartında yer alması beklenen uygulamalar (her biri 20 puan):		
<ol style="list-style-type: none">1. Veteriner hekimin (hasta) hayvan ile ilişkilerine yönelik uygulama (mevzuat ve meslek etiği bağlamında kurgulanacak örnek vaka sunumu ve kritiği)2. Veteriner hekimin (hasta) hayvan sahibi ile ilişkilerine yönelik uygulama (mevzuat ve meslek etiği bağlamında kurgulanacak örnek vaka sunumu ve kritiği)3. Veteriner hekimin meslektaşları ve meslek örgütleri ile ilişkilerine yönelik uygulama (mevzuat ve meslek etiği bağlamında kurgulanacak örnek vaka sunumu ve kritiği)4. İletişim Becerileri5. Görsel Materyal Kritiği		
<p> e-imzalıdır Prof. Dr. Raziye Tamay BAŞAĞAÇ GÜL Anabilim Dalı Başkanı</p>		
<p>Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.</p>		
İrfan Baştağ Caddesi 9/C 06110 Dışkapı/ANKARA /ANKARA Telefon No: 0312 317 03 15 / 281 Belgesayar No: 0312 316 44 72 e-posta: - internet adresi: -		Bilgi için:Saniye ER Mamur Telefon No:(312) 317 03 15-4550

Ek 2a. AÜVF Dölerme ve Suni Tohumlama AD ile Yapılan Protokol.

	T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü Veteriner Anabilim Dallar Veterinerlik Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı	
Sayı : 12493364-030.03/E.7472		17.08.2016
Konu : Arş. Gör. Aytaç Ünsal'ın doktora tezi hk.		
DÖLERME VE SUNİ TOHURLAMA ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI A		
<p>Anabilim Dalımız öğretim üyesi Prof. Dr. R. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL'ün danışmanlığında Arş. Gör. Aytaç ÜNSAL tarafından yürütülen "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Könü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı doktora tezi çalışmalarının, 2015-2016 Eğitim Öğretim Yılı Bahar Yarıyılı'nda intörn eğitimi alan öğrencilerin gönüllü katılımı ile yürütülmesi planlanmıştır. Bu kapsamda, Anabilim Dalımız rotasyon gruplarında yer alan intörn veteriner hekimlerin, klinik uygulama saatleri dışında kalan serbest zamanlarında (tercihen Pazartesi ve Cuma günleri) gönüllülük esasını ile çalışmaya dahil edilebilmesi için Anabilim Dalımıza 24.02.2016 tarih ve E.1820 sayılı yazı ile başvurulmuştur.</p> <p>Yeterli veriye ulaşılamaması ve çalışmanın sürekliliği nedeniyle 2016-2017 Eğitim Öğretim Yılı'nda Anabilim Dalımız rotasyon gruplarında yer alan intörn veteriner hekimlerin, klinik uygulama saatleri dışında kalan serbest zamanlarında (tercihen Pazartesi ve Cuma günleri) gönüllülük esasını ile çalışmaya dahil edilebilmesi için gereğini izinlerinize saygılarımla arz ederim.</p>		
 e-imzalıdır Prof.Dr. Raziye Tamay BAŞAĞAÇ GÜL Anabilim Dalı Başkanı		
17.08.2016 Arş. Gör. : Nigar YERLİKAYA		
<hr/> <small>Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.</small>		
<small>- /ANKARA Telefon No: 0312 317 03 15 / 281 Belge Geçer No: 0312 316 00 82 e-posta: - internet adresi: -</small>		<small>Bilgi için: Nigar YERLİKAYA Arş. Gör. Telefon No: (312) 317 03 15-4281</small>

Ek 2b. AÜVF Dölerme ve Suni Tohumlama AD ile Yapılan Protokol.

	<p style="text-align: center;">T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Veteriner Fakültesi Dekanlığı Klinik Bilimler Bölümü Dölerme ve Suni Tohumlama Anabilim Dalı</p>	
Sayı : 30507420-030.03/E.1927		26.02.2016
Konu : Protokoller		
VETERİNER HEKİMLİĞİ TARİHİ VE DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA		
İlgi : 24.02.2016 tarih ve E.1820 sayılı yazınız.		
<p>Anabilim Dalımız öğretim üyesi Prof.Dr.R.Tamay Başağaç Gül'ün danışmanlığında Araş.Gör.Aytaç Ünsal tarafından yürütülen doktora tezi çalışmalarının, Anabilim Dalımızdan intöm eğitimi alan öğrencilerin gönüllü katılımı ile klinik uygulamaları saatleri dışında kalan serbest zamanlarında çalışmaya dahil edilmesi Anabilim Dalımızca uygun bulunmuştur. Bilgilerinizi arz rica ederim.</p>		
<p> e-İmzalıdır Prof.Dr. ALİ DAŞKIN Anabilim Dalı Başkanı</p>		
<p><small>Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.</small></p>		
<p><small>İrfan Baştağ Caddesi 9/C 06110 Dışkapı/ANKARA /ANKARA Telefon No: 0312 317 03 15/ 292 Belge Geçer No: 0312 318 63 04 e-posta: doelerme@veterinary.ankara.edu.tr internet adresi: -</small></p>		<p><small>Bilgi için: Ali DAŞKIN Anabilim Dalı Başkanı Telefon No:(312) 317 03 15-4410</small></p>

Ek 3. Gözlemci Geri Bildirim Formu (GGBF).

KÖTÜ HABER VERME BECERİSİ İÇİN GÖZLEMÇİ GERİ BİLDİRİM FORMU (GGBF)						
Katılımcının Adı Soyadı:		Çalışma Grubu:		Başarı Durumu:		
Senaryo No:	Görüşme Sayısı:	Tarih:				
BECERİLER				EVET/2	BAZEN/1	HAYIR/0
1	Hasta sahibi ile göz teması kurdu.					
2	Hasta sahibinin sözünü kesmeden dinledi.					
3	Hasta sahibiyle görüşürken; yönetme, uyarma, öğüt verme, yargılama, görüşüne katılma gibi iletişim engellerinden kaçındı.					
4	Hasta sahibine açık uçlu sorular sordu.					
5	Hastanın durumu hakkında ayrıntılı olarak bilgi verdi.					
6	Hasta sahibinin anlayacağı bir dil kullandı.					
7	Kötü haberi verirken hasta sahibine ilk tepkisini verebilmesi için fırsat verdi.					
8	Hasta sahibinin, hastanın durumunu ne kadar anladığını değerlendirdi.					
9	Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerini anladığını ifade etti.					
10	Görüşmeyi başarıyla sonlandırdı.					

Ek 4. Odak Grup Görüşmesi (OGG) Soruları.

ODAK GRUP GÖRÜŞMESİ SORULARI

Deney A Grubunun OGG Soruları

1. Standart hasta sahibiyle görüşme deneyiminizi nasıl tanımlarsınız? Görüşme sırasında kendinizi nasıl hissettiniz?
2. Standart hasta sahibi ile gerçek hasta sahibi arasında ne gibi benzerlik veya farklılık hissettiniz?
3. Standart hasta sahibi ile görüşme yöntemini başkalarına önerir misiniz?
4. Standart hasta sahibi ile görüşmenin veteriner fakültesi müfredatındaki yeri ve önemini nasıl tanımlarsınız?
5. Standart hasta sahipleriyle deneyiminiz için başarı puanı vermeniz gerekirse; ilk uygulamanıza ve son uygulamanıza sırasıyla 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?
6. Kötü haber verme becerisini kazanmak ve geliştirme için standart hasta sahibi ile kaç kez görüşme yapılmalıdır?
7. Oyunlaştırma yöntemi, standart hasta sahibi ile görüşmenizi nasıl etkiledi? Oyunlaştırma yönteminin sizce avantajları veya dezavantajları nelerdir?
8. Oyunlaştırma yöntemi sizce hangi açıdan önemli veya gereksiz?
9. Oyunlaştırma yönteminin iletişim becerilerinize etkisini nasıl tanımlarsınız?
10. Oyunlaştırma yönteminin veteriner fakültesi müfredatındaki yeri ve önemini nasıl tanımlarsınız?
11. Oyunlaştırma yöntemini gerekli buluyorsanız sizce hangi sınıf veya sınıflarda uygulanmalıdır?
12. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler hakkında ne düşünüyorsunuz?
13. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler standart hasta sahibi ile yaptığımız görüşmeleri nasıl etkiledi?
14. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler oyunlaştırma yöntemiyle yaptığımız görüşmeleri nasıl etkiledi?

Deney B Grubunun OGG Soruları

1. Standart hasta sahibiyle görüşme deneyiminizi nasıl tanımlarsınız? Görüşme sırasında kendinizi nasıl hissettiniz?
2. Standart hasta sahibi ile gerçek hasta sahibi arasında ne gibi benzerlik veya farklılık hissettiniz?
3. Standart hasta sahibi ile görüşme yöntemini başkalarına önerir misiniz?
4. Standart hasta sahibi ile görüşmenin veteriner fakültesi müfredatındaki yeri ve önemini nasıl tanımlarsınız?
5. Standart hasta sahipleriyle deneyiminiz için başarı puanı vermeniz gerekirse; ilk uygulamanıza ve son uygulamanıza sırasıyla 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?
6. Kötü haber verme becerisini kazanmak ve geliştirme için standart hasta sahibi ile kaç kez görüşme yapılmalıdır?
7. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler hakkında ne düşünüyorsunuz?
8. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler standart hasta sahibi ile yaptığınız görüşmeleri nasıl etkiledi?
9. Kötü haber verme becerisi ile ilgili teorik bilgiler oyunlaştırma yöntemiyle yaptığınız görüşmeleri nasıl etkiledi?

Kontrol Grubunun OGG Soruları

1. Standart hasta sahibiyle görüşme deneyiminizi nasıl tanımlarsınız? Görüşme sırasında kendinizi nasıl hissettiniz?
2. Standart hasta sahibi ile gerçek hasta sahibi arasında ne gibi benzerlik veya farklılık hissettiniz?
3. Standart hasta sahibi ile görüşme yöntemini başkalarına önerir misiniz?
4. Standart hasta sahibi ile görüşmenin veteriner fakültesi müfredatındaki yeri ve önemini nasıl tanımlarsınız?
5. Standart hasta sahipleriyle deneyiminiz için başarı puanı vermeniz gerekirse; ilk uygulamanıza ve son uygulamanıza sırasıyla 10 üzerinden kaç puan verirsiniz?
6. Kötü haber verme becerisini kazanmak ve geliştirme için standart hasta sahibi ile kaç kez görüşme yapılmalıdır?

Ek 5. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 10/3/2016 tarih ve 6/86 sayılı Kararı.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 10/03/2016

Toplantı Sayısı : 6

Karar Sayısı : 86

86- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili 22/02/2016 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili çalışmasının araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi

**ASLININ AYNIDIR
10/03/2016**


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek 6. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 13/6/2016 tarih ve 13/204 sayılı Kararı.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 13/06/2016

Toplantı Sayısı : 13

Karar Sayısı : 204

204- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili 06/06/2016 tarihli revizyon önerisi, Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili olarak, revizyon önerisinin araştırmanın bütünlüğü açısından etik bir sakınca içermediği anlaşıldığından, araştırmanın bu yeni değişikliklerle sürdürülmesinin etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
13/06/2016**


Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek 7. Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 3/10/2016 tarih ve 21/270 sayılı Kararı.

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 03/10/2016

Toplantı Sayısı : 21

Karar Sayısı : 270

270- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili 08/08/2016 tarihli revizyon önerisi, Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı Doktora öğrencilerinden **Arş.Gör.Aytaç Ünsal**'ın "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretiminin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" başlıklı çalışması ile ilgili olarak, revizyon önerisinin araştırmacının bütünlüğü açısından etik bir sakınca içermediği anlaşıldığından, araştırmacının bu yeni değişikliklerle sürdürülmesinin etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIDIR
03/10/2016**



Prof.Dr.Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

Ek 8. HÜTF TEBAD Standart Hasta Programı Görevlendirme Protokolü.



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı

Sayı: 82739379-010.99/50
Konu: Doktora Tez Çalışması Hakk.

09/03/2016

TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 65420943/3228 sayılı ve 04.03.2016 tarihli yazınız.

Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. R. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL'ün danışmanlığında, doktora öğrencisi Araş.Gör. Aytaç ÜNSAL tarafından yürütülen "Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi" isimli tez çalışmasını, Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı bünyesinde bulunan Eğitim ve Değerlendirme Merkezi'nde gerçekleştirmesi ve tez çalışmasında anabilim dalımız Standart Hasta Programına kayıtlı ve 2015 yılı Bütçe Kanunu'nun E cetvelinin 49.maddesine tabi sözleşmeli olarak çalışan kişilerin görev alması uygundur. Gereğini bilgilerinize arz ederim.


Prof.Dr. MELİH ELCİN
Anabilim Dalı Başkanı



Ek 9. Ön Test ve Son Testte Kullanılan Senaryolar.

STANDART/SİMÜLE HASTA SAHİBİ ROLÜ İÇİN ÖT SENARYOSU

(SENARYO 1)

Ayşe Hanım, yalnız yaşayan bir kadındır. Bir lisede 15 yıldır biyoloji öğretmenliği yapmaktadır. Yağmurlu bir günde evinin bahçesine aç ve hasta olarak gelen dişi bir kediyi geçen yıl sahiplenmiştir. Ayşe Hanım kedisinin adını yağmurlu ve kapalı bir günde tanıştıkları için “Şanslı” koymuştur. Kedi, o günden itibaren evin bir bireyi olmuştur. Şanslı, hem evde hem de dışarıda yaşayan bir kedir. Evin bahçesine çıktığında bazen bir iki gün eve uğramamaktadır. Ancak eve döndüğünde küçük bir ev kedisi gibi davranmakta; Ayşe Hanım’ın tüm ilgisini üzerinde toplamaktadır. Aradan geçen kısa sürede Ayşe Hanım ve Şanslı, birbirlerini yıllardır tanıyormuş gibi iyi anlaşmaya başlamıştır. Hatta Ayşe Hanım; derslerini işlerken hayvanlar ile ilgili konular geldiğinde Şanslı’yı okula götürerek öğrencilerin hayvanları tanımasına yardımcı olmaktadır. Şanslı, kısa sürede Ayşe Hanım’ın çalıştığı lisenin maskotu olmayı başarmıştır.

Ayşe Hanım, Şanslı’yı sahiplendiğinde, önce hiçbir deneyimi olmadığı halde kendisi iyileştirmeye çalışmış, çeşitli ilaçlar kullanmıştır. Aradan 2-3 hafta geçtikten sonra sağlığının iyi olup olmadığından endişe ederek bir veteriner kliniğine götürmüştür. Veteriner hekim, Ayşe Hanım’a birtakım tahlillerin yapılması gerektiğinden bahsetmiş, ancak Ayşe Hanım maddi sıkıntıları bahane ederek şimdilik bu tahlillere gerek olmadığını, yalnızca aşılama programını başlatmak istediğini ısrarla bildirmiştir. Veteriner hekim, gerekli uyarıları yapmasına rağmen Ayşe Hanım’ın ısrarları sonucunda tahliller yapılamamış; fiziksel muayenenin ardından Şanslı’nın aşılama programına başlanmıştır.

Geçen birkaç ayın ardından, Şanslı’nın halsizlik ve biraz kilo kaybı yaşadığını fark eden Ayşe Hanım, önceleri bu belirtilerin sıcak havalardan kaynaklandığını düşünmüştür. İlgisizlik, halsizlik, kusma ve ishal belirtileri üç dört gün kadar sürünce, Ayşe Hanım Şanslı’yı veteriner hekime götürmeye karar vermiştir. Muayenesini yapan veteriner hekim, vücut ısısında artış fark etmiş; ek olarak ağızda ve diş etlerinde yaralar da görmüştür. Veteriner hekim, basit bir enfeksiyon olabileceği şüphesiyle antibiyotik uygulamış ve hastayı taburcu etmiştir. Antibiyotikler bitince, bir iki gün iyi görünen Şanslı, uzun vadede iyileşmemiştir. Bunun üzerine kafasına soru işareti takılan Ayşe Hanım, internetten kedisinin belirtilerini gösteren birkaç hastalığı incelemiştir. İnternet bilgileri üzerine şüpheye düşüp tedirgin olan Ayşe Hanım, kedisini arkadaşının tavsiye ettiği başka bir veteriner hekime götürme kararı almıştır.

Ve Ayşe Hanım, kötü haberi alacağı veteriner hekime bu senaryo doğrultusunda gelir...

VETERİNER HEKİM ROLÜ İÇİN ÖT SENARYOSU (SENARYO 1)

Yaklaşık 2 yaşında dişi tekir kedi olan hastanızın aşı karnesini kontrol ettiğinizde tüm aşılarının yapılmış olduğunu görüyorsunuz. Hastanız iştahsızlık, kilo kaybı, kusma, tüylerde matlaşma, halsizlik, ilgisizlik, ağız ve diş etlerinde yara şikâyetiyle kliniğinize getiriliyor. Muayene sırasında lenf yumrularında aşırı şişlik fark ediyorsunuz.

Fiziksel muayene, radyografi, ultrason ve kan analizi yapıyorsunuz. Abdominal bölgeye ultrasonla bakıldığında, bağırsak duvarındaki lenf yumrularında aşırı şişlik görüyorsunuz. Lenfomadan şüphelenerek ince iğne biyopsisi yapıyorsunuz. Ayrıca farklı testlerle, kedinin aynı zamanda Felin Infeksiyöz Peritonitis (FİP) ve kedi kösemisi hastalıklarını da geçirdiğini teşhis ediyorsunuz.

Agresif karakterdeki lenfomada ortalama ömrün en iyi şartlarda 9 ay kadar olduğu literatürde belirtiliyor. Siz tedavi seçenekleri arasında bağırsak lenf yumrularındaki kitlenin operasyonla uzaklaştırılmasını hasta sahibine sunuyorsunuz. Ayrıca kitle alındıktan sonra hastanın alması gereken kemoterapi protokolünde haftada bir gün yaklaşık 1-1,5 saat karanlık bir odada tedavi görmesi gerektiğinden bahsediyorsunuz. Kliniğinize başvuran kedinin, lenfomanın yanında aynı zamanda FİP hastalığının da olması sonucunda, kemoterapi uyguladığınız takdirde, immun sistem depresyona uğrayacağı için FİP hastalığının klinik semptomlarının şiddetle artacağını biliyorsunuz. Bu durumun, kedinin iyileşme sürecini zora sokacağını düşünüyorsunuz. Hasta sahibiyle kemoterapi uygulayıp uygulamama konusunda fikir birliğine varmanız gerektiğinin farkındasınız. Son bir seçenek olarak ötanazi fikrini söyleme konusunda kararsızsınız.

Ve bu senaryo doğrultusunda veteriner hekim olarak hasta sahibine kötü haberi veriyorsunuz...

Sizden Beklenenler

1- Hastanın klinik hikayesini öğrenin.

- Adı, yaşı, cinsiyeti...
- Sağlık durumu, geçirmiş olduğu hastalıklar...
- Yaşam koşulları vb...

2-Hastanın durumu hakkında bilgi verin.

- Hastalığın adı, semptomları, tanı ve teşhis yöntemleri...
- Hastalığın prognozu...
- Hastalığın tedavisi...

3-Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerine karşılık verin.

- Hasta sahibini anlamaya çalışın.
- Hasta sahibini anladığınızı ifade edin.

4-Diğer klinik bilgi birikimi ve becerilerinizi kullanın.

STANDART/SİMÜLE HASTA SAHİBİ ROLÜ İÇİN ST SENARYOSU (SENARYO 2)

Mila isimli 5 yaşındaki Golden Retriever ırkı dişi köpek bahçeli bir evde; anne Ayşe Hanım, baba ve 3 yaşındaki Can ile birlikte yaşamaktadır. Daha önce hiçbir operasyon geçirmeyen Mila, ufak tefek enfeksiyonlar haricinde hiçbir sağlık problemi yaşamamış ve kısırlaştırılmamıştır. Düzenli veteriner hekim kontrolünden geçmekte ve aşıları günü gününe yapılmaktadır. Veteriner hekimin önerdiği kaliteli kuru mama ile beslenmektedir. Mila sağlıklı, sevecen ve sakin bir köpek olarak küçük çocukların dahi ilgisini çekmektedir. Konuşan kişiyi, gözlerinin içine bakarak dinleyen Mila, birçok komutu kısa sürede kavramaktadır. Bu sayede evin tek başına yaşayan anneanesi, çocuklara bakmak için hafta içi gündüz eve geldiğinde Mila'yı hayat arkadaşı olarak görmekte ve çok değer vermektedir.

Şu an üç yaşında olan Can, geçen yıl oynarken bahçedeki havuza düşmüş, ilk önce Mila bu durumu fark etmiş ve havlayarak dikkatleri bahçeye çekmiştir. Anneanne koşarak bahçeye geldiğinde çoktan havuza atlamış olan Mila'yı, Can'ı elbisesinden tutarak dışarıya çıkarmaya çalışırken görmüştür. Aile bu olaydan sonra Mila'ya çok daha fazla sevgi ve saygı gösterirken, Can ile Mila arasında da duygusal anlamda çok daha yoğun bir bağ olduğu herkes tarafından hissedilmiştir.

Mila, sabah-akşam aynı saatte dışarı çıkartılıp, yaklaşık 5 kilometre gezdirilmektedir. Sonrasında diğer hayvanlarla sosyalleşmesi için köpek parkına götürülen Mila; diğer köpek arkadaşlarıyla yaklaşık bir saat koşturarak enerjisini atarken, sahibi de diğer sahiplerle sohbet ederek keyifli vakit geçirmektedir.

Mila'nın, yaklaşık bir aydır parka giderken keyifsizleştiği; eskiden gitme saati geldiğinde heyecanla bahçede dolaşmasına rağmen, artık gitmemek için evde karanlık köşelere saklandığı sahipleri tarafından fark edilmiştir. Çok fazla koşamadığı, koştuğunda veya yürüdüğünde topalladığı ve hemen halsizleştiği; nefes alıp vermekte zorlandığı göze çarpmaktadır. Son birkaç aydır Mila'nın büyük bir keyifle yediği mamasından uzak durduğunu gören Ayşe Hanım, havaların ısınmasından dolayı yani sıcak nedeniyle iştahının azaldığını düşünmüş, dolayısıyla bunu bir sağlık probleminin göstergesi olarak görmemiştir. Ancak, bütün bu belirtiler sonucunda, bir gün Mila'nın mutsuzluğuna artık dayanamayan Ayşe Hanım, köpeklerine yardımcı olması ve bu problemi çözmesi için veteriner hekime başvurma kararı almıştır.

Ve Ayşe Hanım, kötü haberi alacağı veteriner hekime bu senaryo doğrultusunda gelir...

VETERİNER HEKİM ROLÜ İÇİN ST SENARYOSU (SENARYO 2)

Yaklaşık 5 yaşında Golden Retriever ırkı dişi köpek olan hastanızın aşıları yapılmıştır. Hasta sahibi, Mila'nın yürüyüşe çıkmak istemediğini, koşarken zorlandığını, bacaklarında güç kaybı olduğunu, bazen topalladığını ve hareket ettiği zaman nefes alıp vermede güçlük çektiğini söylüyor. Siz de muayene sonucunda bu bilgileri doğruluyorsunuz. Yaptığınız kan analizi, röntgen ve ultrason sonucunda, Mila'da kemik tümörü olduğunu teşhis ediyorsunuz. Kanserin, kemik iliğinden başlayarak karaciğer ve akciğere de sıçradığını görüyorsunuz.

Hastalığın akciğere yayıldıktan sonra terminal döneme girdiğini, hastanın yaşam standartlarını yükselterek ortalama 3-6 ay kadar daha yaşayabileceğini biliyorsunuz. Ağrıların dindirilmesi için ağrı kesiciler verilebileceğini, ancak hastalığın bir süre sonra geri dönüşümsüz olarak ilerleyeceğini, ağrı kesicilerin de artık etkisini göstermemeye başlayacağını ve narkotik ilaçların kullanılması gerektiğini düşünüyorsunuz. Hasta sahibine tedavi seçeneklerini açıklarken son bir seçenek olarak ötanazi fikrini söyleme konusunda kararsızsınız.

Ve bu senaryo doğrultusunda veteriner hekim olarak hasta sahibine kötü haberi veriyorsunuz...

Sizden Beklenenler

1- Hastanın klinik hikayesini öğrenin.

- Adı, yaşı, cinsiyeti...
- Sağlık durumu, geçirmiş olduğu hastalıklar...
- Yaşam koşullar vb...

2-Hastanın durumu hakkında bilgi verin.

- Hastalığın adı, semptomları, tanı ve teşhis yöntemleri...
- Hastalığın prognozu...
- Hastalığın tedavisi...

3-Hasta sahibinin duygu ve düşüncelerine karşılık verin.

- Hasta sahibini anlamaya çalışın.
- Hasta sahibini anladığınızı ifade edin.

4-Diğer klinik bilgi birikimi ve becerilerinizi kullanın.

Ek 10. Bilgilendirme ve Onam Formu.

BİLGİLENDİRME VE ONAM FORMU

Veteriner hekimliğinde iletişim becerileri eğitiminin amacı; öğrencilere temel iletişim becerilerini kullanarak hasta sahibi veya meslektaşlarıyla tıbbi görüşme becerisi kazandırmak; böylece akademik, mesleki ve sosyal başarı elde edebilmelerini kolaylaştırmaktır.

Yapılacak olan çalışmada; öğrencilerin, veteriner hekimin hasta sahibiyle arasındaki ilişkiyi önceden deneyimleyebilmesi için simülasyon temelli öğretim aracılığıyla gerekli eğitimi almaları sağlanarak bu eğitimin, öğrencilerin “hasta sahibine kötü haber verme” becerisine etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Bu çalışma kapsamında katılımcılar, öncelikle oyunlaştırma yöntemini uygulayarak kendi akranlarıyla ve önceden verilmiş senaryolar doğrultusunda standart hasta sahipleriyle görüşmeler yapacaktır. Yapılan protokol dahilinde katılımcılar toplam dört oturumda çalışmayı tamamlayacaktır. Rotasyonun ilk oturumu olan Pazartesi günü standart hasta sahibiyle ilk görüşme yapılacaktır. Elde edilecek verilerin analiz edilebilmesi ve katılımcı tarafından öz değerlendirme yapılabilmesi için görüşmeler **video, görüntü ve ses kaydına** alınacaktır. İkinci oturum, aynı haftayı takip eden Cuma günü gerçekleşecek, beden dili, iletişim teknikleri, kötü haber verme becerisi gibi temel konular anlatılacaktır. Üçüncü oturum, rotasyonun ikinci haftasının ilk günü olan Pazartesi günü gerçekleşecek; öğrenciler kendi aralarında oyunlaştırma yöntemini deneyimleyecektir. İkinci hafta Cuma günü, çalışmanın dördüncü ve son oturumu gerçekleşecek, katılımcıların standart hasta sahipleriyle son görüşmelerini yapmaları sağlanacaktır. Çalışmanın son oturumunda gerçekleşecek odak grup görüşmeleri video, görüntü ve ses kaydına alınacak ve incelenecek ve yöntemin etkinliği değerlendirilecektir. Çalışma kapsamında katılımcılar ön ve son değerlendirme formlarıyla nicel olarak, standart hasta sahipleriyle yaptıkları görüşmeler ve odak grup görüşmeleriyle nitel olarak değerlendirilecektir.

Çalışmaya katılım **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılım durumunuz eğitim sürecinizi hiçbir şekilde etkilemeyecektir. Elde edilen bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için simulasyontemelliogretim@gmail.com adresi veya 0554 408 71 99 numaralı telefon aracılığıyla araştırmacı ile iletişim kurabilirsiniz.




Bu çalışmaya gönüllülük esasıyla katılmayı kabul ettiğiniz ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Aytaç ÜNSAL

Bilgilendirme formunu okudum ve anladım. Çalışmaya **gönüllü** olarak katılmayı istiyorum. Araştırmanın herhangi bir aşamasında isteğim doğrultusunda çalışmadan hiçbir zorlama olmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Elde edilen veriler ve **video, görüntü ve ses kayıtlarının** bilimsel amaçlar doğrultusunda ve eğitim amaçlı kullanılmasını **kabul ediyorum.**

Katılımcının;
Adı-Soyadı:
İmzası:

Ek 11. AÜVF Biyoistatistik AD ile Yapılan Protokol.

	T.C. ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Veteriner Fakültesi Dekanlığı Zootekni ve Hayvan Besleme Bölümü Biyoistatistik Anabilim Dalı	
Sayı : 31560955-302.01.09-E.3786		02.05.2017
Konu : Arş.Gör.Aytaç ÜNSAL'ın doktora tezi hk		
VETERİNERLİK HEKİMLİĞİ TARİHİ VE DEONTOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI A		
İlgi : 05.04.2017 tarihli ve 12493364-302.01.09-E.3910 sayılı yazınız.		
Anabilim Dalınız öğretim elemanı Arş. Gör. Aytaç Ünsal'ın " <i>Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi</i> " başlıklı doktora tezine ait nicel veri analizi sürecinin Anabilim Dalımız yardım ve desteği ile tamamlanması talebiniz uygun bulunmuştur. Bilgilerinize arz ederim.		
 e-imzalıdır		
Prof.Dr. İsmayil Safa GÜRCAN Anabilim Dalı Başkanı		
<hr/> Not: 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu gereği bu belge elektronik imza ile imzalanmıştır.		
İrfan Baştuğ Caddesi 9/C 06110 Dışkapı/ANKARA /ANKARA Telefon No: 0312 317 03 15 / 274 Belge Geçir No: 0312 316 44 72 e-posta: - internet adresi: -		Bilgi için:İsmayil Safa GÜRCAN Anabilim Dalı Başkanı Telefon No:(312) 317 03 15-4318

Ek 12. GGBF Maddelerinin Ek Analizleri.

Madde 1'e ait ön test verileri Çizelge 1'de; son test verileri Çizelge 2'de gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 3'te verilmiştir.

Çizelge 1. Madde 1'in ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1 (Ön Test)	1 puan	10	%41,67	7	%29,17	7	%29,17	24	%100,00
	2 puan	14	%32,56	13	%30,23	16	%37,21	43	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 2. Madde 1'in son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 1 (Son Test)	1 puan	7	%25,93	9	%33,33	11	%40,74	27	%100,00
	2 puan	17	%42,50	11	%27,50	12	%30,00	40	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 3. Madde 1'in ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 1 (Son Test)				Toplam	
		1 puan		2 puan			
		n	%	n	%	n	%
Madde1 (Ön Test)	1 puan	15	%62,50	9	%37,50	24	%100,00
	2 puan	12	%27,91	31	%72,09	43	%100,00
Toplam		27	%40,30	40	%59,70	67	%100,00

Madde 2'ye ait ön test verileri Çizelge 4'te; son test verileri Çizelge 5'te gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 4. Madde 2'nin ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 2 (Ön Test)	0 puan	1	%50,00	1	%50,00	0	%0,00	2	%100,00
	1 puan	13	%31,71	13	%31,71	15	%36,59	41	%100,00
	2 puan	10	%41,67	6	%25,00	8	%33,33	24	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 5. Madde 2'nin son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 2 (Son Test)	1 puan	6	%40,00	3	%20,00	6	%40,00	15	%100,00
	2 puan	18	%34,62	17	%32,69	17	%32,69	52	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 6. Madde 2'nin ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 2 (Son Test)				Toplam	
		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%		
Madde 2 (Ön Test)	0 puan	1	%50,00	1	%50,00	2	%100,00
	1 puan	9	%21,95	32	%78,05	41	%100,00
	2 puan	5	%20,83	19	%79,17	24	%100,00
Toplam		15	%22,39	52	%77,61	67	%100,00

Madde 3'e ait ön test verileri Çizelge 7'de; son test verileri Çizelge 8'de gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 9'da verilmiştir.

Çizelge 7. Madde 3'ün ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 3 (Ön Test)	0 puan	6	%54,55	2	%18,18	3	%27,27	11	%100,00
	1 puan	9	%26,47	12	%35,29	13	%38,24	34	%100,00
	2 puan	9	%40,91	6	%27,27	7	%31,82	22	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 8. Madde 3'ün son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 3 (Son Test)	0 puan	0	%0,00	0	%0,00	2	%100,00	2	%100,00
	1 puan	9	%28,13	5	%15,63	18	%56,25	32	%100,00
	2 puan	15	%45,45	15	%45,45	3	%9,09	33	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 9. Madde 3'ün ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 3 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 3 (Ön Test)	0 puan	1	%9,09	4	%36,36	6	%54,55	11	%100,00
	1 puan	1	%2,94	19	%55,88	14	%41,18	34	%100,00
	2 puan	0	%0,00	9	%40,91	13	%59,09	22	%100,00
Toplam		2	%2,99	32	%47,76	33	%49,25	67	%100,00

Madde 4'e ait ön test verileri Çizelge 10'da; son test verileri Çizelge 11'de gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 12'de verilmiştir.

Çizelge 10. Madde 4'ün ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 4 (Ön Test)	0 puan	4	%44,44	2	%22,22	3	%33,33	9	%100,00
	1 puan	12	%46,15	9	%34,62	5	%19,23	26	%100,00
	2 puan	8	%25,00	9	%28,13	15	%46,88	32	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 11. Madde 4'ün son test verilerinin gruplara göre dağılımı,

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 4 (Son Test)	0 puan	1	%16,67	1	%16,67	4	%66,67	6	%100,00
	1 puan	8	%47,06	2	%11,76	7	%41,18	17	%100,00
	2 puan	15	%34,09	17	%38,64	12	%27,27	44	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 12. Madde 4'ün ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 4 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Madde 4 (Ön Test)	0 puan	2	%22,22	1	%11,11	6	%66,67	9	%100,00
	1 puan	3	%11,54	8	%30,77	15	%57,69	26	%100,00
	2 puan	1	%3,13	8	%25,00	23	%71,88	32	%100,00
Toplam		6	%8,96	17	%25,37	44	%65,67	67	%100,00

Madde 5'e ait ön test verileri Çizelge 13'te; son test verileri Çizelge 14'te gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 15'te verilmiştir.

Çizelge 13. Madde 5'in ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 5 (Ön Test)	0 puan	2	%50,00	2	%50,00	0	%0,00	4	%100,00
	1 puan	11	%45,83	7	%29,17	6	%25,00	24	%100,00
	2 puan	11	%28,21	11	%28,21	17	%43,59	39	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 14. Madde 5'in son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 5 (Son Test)	1 puan	5	%35,71	3	%21,43	6	%42,86	14	%100,00
	2 puan	19	%35,85	17	%32,08	17	%32,08	53	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 15. Madde 5'in ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 5 (Son Test)				Toplam	
		1 puan		2 puan			
		n	%	n	%	n	%
Madde 5 (Ön Test)	0 puan	3	%75,00	1	%25,00	4	%100,00
	1 puan	7	%29,17	17	%70,83	24	%100,00
	2 puan	4	%10,26	35	%89,74	39	%100,00
Toplam		14	%20,90	53	%79,10	67	%100,00

Madde 6'ya ait ön test verileri Çizelge 16'da; son test verileri Çizelge 17'de gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 18'de verilmiştir.

Çizelge 16. Madde 6'nın ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 6 (Ön Test)	0 puan	1	%20,00	1	%20,00	3	%60,00	5	%100,00
	1 puan	12	%31,58	14	%36,84	12	%31,58	38	%100,00
	2 puan	11	%45,83	5	%20,83	8	%33,33	24	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 17. Madde 6'nın son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 6 (Son Test)	0 puan	0	%0,00	0	%0,00	1	%100,00	1	%100,00
	1 puan	2	%15,38	2	%15,38	9	%69,23	13	%100,00
	2 puan	22	%41,51	18	%33,96	13	%24,53	53	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 18. Madde 6'nın ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 6 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Madde 6 (Ön Test)	0 puan	0	%0,00	2	%40,00	3	%60,00	5	%100,00
	1 puan	1	%2,63	7	%18,42	30	%78,95	38	%100,00
	2 puan	0	%0,00	4	%16,67	20	%83,33	24	%100,00
Toplam		1	%1,49	13	%19,40	53	%79,10	67	%100,00

Madde 7'ye ait ön test verileri Çizelge 19'da; son test verileri Çizelge 20'de gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 21'de verilmiştir.

Çizelge 19. Madde 7'nin ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 7 (Ön Test)	0 puan	10	%38,46	3	%11,54	13	%50,00	26	%100,00
	1 puan	11	%33,33	14	%42,42	8	%24,24	33	%100,00
	2 puan	3	%37,50	3	%37,50	2	%25,00	8	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 20. Madde 7'nin son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 7 (Son Test)	0 puan	0	%0,00	0	%0,00	15	%100,00	15	%100,00
	1 puan	5	%29,41	6	%35,29	6	%35,29	17	%100,00
	2 puan	19	%54,29	14	%40,00	2	%5,71	35	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 21. Madde 7'nin ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 7 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Madde 7 (Ön Test)	0 puan	8	%30,77	9	%34,62	9	%34,62	26	%100,00
	1 puan	6	%18,18	6	%18,18	21	%63,64	33	%100,00
	2 puan	1	%12,50	2	%25,00	5	%62,50	8	%100,00
Toplam		15	%22,39	17	%25,37	35	%52,24	67	%100,00

Madde 8'e ait ön test verileri Çizelge 22'de; son test verileri Çizelge 23'te gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 24'te verilmiştir.

Çizelge 22. Madde 8'in ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 8 (Ön Test)	0 puan	10	%66,67	2	%13,33	3	%20,00	15	%100,00
	1 puan	5	%20,00	10	%40,00	10	%40,00	25	%100,00
	2 puan	9	%33,33	8	%29,63	10	%37,04	27	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 23. Madde 8'in son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 8 (Son Test)	0 puan	3	%75,00	0	%0,00	1	%25,00	4	%100,00
	1 puan	9	%47,37	2	%10,53	8	%42,11	19	%100,00
	2 puan	12	%27,27	18	%40,91	14	%31,82	44	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 24. Madde 8'in ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 8 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Madde 8 (Ön Test)	0 puan	4	%26,67	5	%33,33	6	%40,00	15	%100,00
	1 puan	0	%0,00	9	%36,00	16	%64,00	25	%100,00
	2 puan	0	%0,00	5	%18,52	22	%81,48	27	%100,00
Toplam		4	%5,97	19	%28,36	44	%65,67	67	%100,00

Madde 9'a ait ön test verileri Çizelge 25'te; son test verileri Çizelge 26'da gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 27'de verilmiştir.

Çizelge 25. Madde 9'un ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 9 (Ön Test)	0 puan	10	%41,67	6	%25,00	8	%33,33	24	%100,00
	1 puan	9	%32,14	8	%28,57	11	%39,29	28	%100,00
	2 puan	5	%33,33	6	%40,00	4	%26,67	15	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 26. Madde 9'un son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 9 (Son Test)	0 puan	2	%28,57	0	%0,00	5	%71,43	7	%100,00
	1 puan	8	%30,77	7	%26,92	11	%42,31	26	%100,00
	2 puan	14	%41,18	13	%38,24	7	%20,59	34	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 27. Madde 9'un ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 9 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan		n	%
		n	%	n	%	n	%		
Madde 9 (Ön Test)	0 puan	4	%16,67	11	%45,83	9	%37,50	24	%100,00
	1 puan	2	%7,14	13	%46,43	13	%46,43	28	%100,00
	2 puan	1	%6,67	2	%13,33	12	%80,00	15	%100,00
Toplam		7	%10,45	26	%38,81	34	%50,75	67	%100,00

Madde 10'a ait ön test verileri Çizelge 28'de; son test verileri Çizelge 29'da gösterilmiştir. Aynı maddeye ait ön test ile son test arasındaki puan değişimi Çizelge 30'da verilmiştir.

Çizelge 28. Madde 10'un ön test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 10 (Ön Test)	0 puan	4	%44,44	2	%22,22	3	%33,33	9	%100,00
	1 puan	2	%20,00	5	%50,00	3	%30,00	10	%100,00
	2 puan	18	%37,50	13	%27,08	17	%35,42	48	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 29. Madde 10'un son test verilerinin gruplara göre dağılımı.

		Deney A Grubu		Deney B Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde 10 (Son Test)	0 puan	1	%100,00	0	%0,00	0	%0,00	1	%100,00
	1 puan	1	%9,09	3	%27,27	7	%63,64	11	%100,00
	2 puan	22	%40,00	17	%30,91	16	%29,09	55	%100,00
Toplam		24	%35,82	20	%29,85	23	%34,33	67	%100,00

Çizelge 30. Madde 10'un ön test ile son test arasındaki puan değişimi.

		Madde 10 (Son Test)						Toplam	
		0 puan		1 puan		2 puan			
		n	%	n	%	n	%	n	%
Madde10 (Ön Test)	0 puan	1	%11,11	5	%55,56	3	%33,33	9	%100,00
	1 puan	0	%0,00	3	%30,00	7	%70,00	10	%100,00
	2 puan	0	%0,00	3	%6,25	45	%93,75	48	%100,00
Toplam		1	%1,49	11	%16,42	55	%82,09	67	%100,00

Ek 13. Nitel Veriler.

1. Katılımcılarla yapılan OGG'lerin nitel verileri

Görüş 1: “Ben biraz gergin hissettim hani sonuçta bir oyun kısmı var işin. Biraz gerildim. Sonra hiç bu kadar kötü bir haber vermediğim için heyecanlandım. Tam ne diyeceğimi de bilemedim. Heyecanlı-gergin-karışık. Yani ellerim ayağım titredi yani ((gülüyor)).” (VET64).

Görüş 2: “İlk başta girdiğimizde bir gerginlik oluyor tabi. Ondan sonra böyle bir heyecanlanma başlıyor böyle. Kelimeleri kullanırken dilim sürtüyor falan. Genel olarak çoğunda da bir heyecan havası oluyor içeride.” (VET66).

Görüş 3: “Güzel bir uygulama. Biraz gergindim ben. Yani ilkinde göre daha az gergindim ama gergindim yani ((gülüyor)).” (VET4).

Görüş 4: “Ben de ilk kez yapıyorum böyle bir şeyi o yüzden. Şimdi daha rahattım tabi ki ilkinde göre. Ama yine de ikisinde de gergindim.” (VET75).

Görüş 5: “Ya ben kendimi iyi hissettim. Yani mutlu hissettim. Mutlu hissettim derken; ilk defa olarak kedi köpek sahibine karşı böyle bir şey söylüyorum yani bilgi veriyorum. Kendimi meslek anlamında mutlu; hayvan sahibi yerine empati yaptığımda üzgün olarak hissettim. (...) Stresim yoktu; heyecanım da yoktu. Hiç de sıkılmadım ben. Gayet mutlu oldum, eğlendim. Eğlendim derken yani; şey olarak yani; buraya geldiğimden mutluyum yani. Kendime bir şeyler kattım.” (VET13).

Görüş 6: “İlginç. İlginç derken yeni bir tecrübe, hiç yaşayamayacağım; hatta hiç düşünmediğim. Bu okulda böyle bir şey olur mu dediğim bir şey. Gayet rahat hissettim.” (VET2).

Görüş 7: “Ya ben hepsinde rahattım da ama ben şey galiba şunu fark ettim yani kendimde. O kötü haberi verdikten sonra –hani illa kötü haberi veriyoruz da- o kötü haberi verdikten sonra onun tepkisine göre ben şeyi değiştiriyorum yani. Frekansını değiştiriyorum.” (VET24).

Görüş 8: “Yani ilkinde daha gergindim ben açıkçası. Bu daha rahat geçti. Bilmiyorum işte neden kaynaklandığını ama. Bu daha rahattı yani. İlkinde çünkü ne yapacağımı tam bilemedim. Bir de böyle hani tepkiler alınca, ben de onun gibi böyle tepkilerine karşılık verip donup kaldım sadece. Ama yani bugünkü daha rahattı. (...) Bir de şey çok böyle gergindim. (...) İkincide çok çok rahattım. Böyle kendimden emindim yani.” (VET20).

Görüş 9: “Ben biraz gerildim ilkinde. İkincisinde daha çok rahattım. Daha rahat gitti yani.” (VET7).

Görüş 10: “Ben ilkinde gergindim. Bir de acemiymdim, dediği gibi çok. Tökezlediğimi düşünüyorum. İkincide daha rahattım.” (VET19).

Görüş 11: “Ben birinci uygulamaya göre hem rahattım hem de sakindim yani. Gerek hasta sahibine yaklaşım açısından, gerek konuşma açısından rahattım. Yani hem tecrübelendim, kendime güvendim. Rahattım. Gayet güzeldi. Bana bir ilerleme sağladı.” (VET1).

Görüş 12: “Ben ilk yaptığımda sanırım iki üç hafta önceydi ilk çekildiğinde. Çok gergindim yani böyle. Baya batırdım işleri falan böyle. Hatta hasta sahibi “ben başka bir hekime gideyim” deyip gitti falan böyle (gülüyor). Ama bu sefer daha rahattım. (...) Daha rahattı yani.” (VET32).

Görüş 13: “Ya ben ilk yaptığımda, ilk konuşmada gergin ve stresliydim. Ama bugünkü konuşmada (...) bugün biraz daha rahattım.” (VET43).

Görüş 14: “İlkinden sonra artık alıştım yani ikincide. Daha rahattım. (...) İkincisi daha güzeldi. Daha rahattım, en azından alışmıştım artık. Ondan daha rahattım.” (VET55).

Görüş 15: “İlk gün (ön testte) biraz şeydi, biraz stres yaptık. Çünkü bilmiyorduk ne olacak yukarıda falan. Bir de kamera var falan, ama bugün çok rahattık yani. Benim için yani.” (VET33).

Görüş 16: “Benim de şey ilk seferde hani daha iyiydi, bana öyle geldi. Şimdi hani orada yaptığım hataları yapmak istemedim, ama biraz kastım galiba kendimi.” (VET54).

Görüş 17: “İlkinde rahattım ben çünkü hastaydım. Hasta olduğum için de böyle umursamıyordum, o yüzden rahattım. Ama bu ikincide biraz şeydim. Yani gergindim.” (VET23).

Görüş 18: “Bende de öyle oldu. Neden? Ne yapacağımı bildiğim halde yapmadığım için belki o yüzden öyle oldu. İlkinde hata yaptığım şeyleri yapmadım ama ilkindeki kadar rahat değildim.” (VET48).

Görüş 19: “Ben öneririm. Bu bir prova gibi. Ayna karşısında bir şeyi kendine tekrarlamak gibi. Onu ne kadar tekrarlarsan o kadar iyiye ulaşırsın bence. Hazır karşında sakın duran, sakince seni dinleyen, ne söylediğini anlamaya çalışan bir hasta sahibi varken; hani istediğin kadar rol yap. İstersen çok karmaşık cümleler kur, istersen çok basit bir şekilde kur. Karşındaki seni her türlü dinliyor. Kendi özverinle kendini değerlendirmek kalıyor sadece bu da çok kolay ve basit bir şey. Bence denenebilir ki gerçek hayatta en azından şurayı yapmayacaktım diye aklında bir yıldız kalmış olur. Ama belki de yapmazsın, ya da oraya dikkat edersin.” (VET70).

Görüş 20: “Şimdi hocam aslında düşünürsek gerçek hasta sahibi olmaması bir yandan iyi. Neden? Çünkü eğer bir hata yaparsak ağızımızdan olmayacak, karşımızdakini çok eleştirecek bir laf çikarsa bu bizim için bir deneyim olacak bir daha yapmamamız için. Bir de karşımızdaki hasta sahibi gerçek değil ve o olay da aslında bir kurgu olduğu için, hani bizim kendimizi denememiz geliştirmemiz

açısından bence olumluydu. Çünkü pek bir yeteneğim ve becerim –kendi adıma söyleyeyim- hani çok yokmuş. Söyleyemedim yani olayın gerçekliğini anlatamadım. Gerçek olsaydı ne yapardım? Hüngür hüngür ağlardım, cevap veremezdim herhalde karşıdakine. Ben o yüzden iyi olduğunu düşünüyorum bence bu şekilde, gerçek hayattan ziyade gerçeklik katarak bu şekilde bir çalışma yapmamız faydalı oldu bana.” (VET72).

Görüş 21: “Ama o gerçeklik orada olmasa bile bizim kafamızda oluyor. Biz sonuçta biliyoruz onun gerçek hasta sahibi olmadığını. Hata yapsak bile kamera arkasında düzeltebileceğimizi. Veyahut da başka şekilde tekrarlayabileceğimizi biliyoruz. Ama gerçek hasta sahibinde öyle bir imkân yok. Ağzımızdan çıkan her kelime bizim için ve hasta sahibi için çok çok önemli. (...) Ama onu gerçek hasta sahibiyile konuştuğumuz zaman bir daha tekrarı olmayacak. Ama benim işte tekrar bunu düzeltme imkânım var. Ama orada olmayacak bir daha.” (VET74).

Görüş 22: “Çünkü biz hastamızla değil hasta sahibiyile sürekli iletişim halindeyiz. Her alanda hasta sahibiyile nasıl iletişim kurmanız gerektiğini bilmemiz lazım. Anamnez alırken; muayene sonuçlarını değerlendirirken; ya da kötü haber verirken. Hepsinde bizim sergilememiz gereken bir tavır var. Ve bu hepsinin bir provası. Ve ben kesinlikle bunun defalarca defalarca yapılmasını ve herkesin yapması gerektiğini düşünüyorum.” (VET68).

Görüş 23: “Bana normal bir hasta sahibiymiş gibi geldi yani. Hissettim onu.” (VET20).

Görüş 24: “Her zaman kliniğe gelen yani hasta sahibi profilinin %70lik kısmını oluşturan...(gibi)di.” (VET17).

Görüş 25: “Geçen hafta aslında oraya gelene kadar ben hani böyle “Aa bir şey olmayacak zaten” (diyordum) ... Ama kadın bizle hasta sahibi rolünü oynayınca ben bir şoka girdim. Orada bir üzüldüm hani. Hatta gerçekten kedisi mi var falan dedim. Gerçek mi bu diye falan bakıyorum bir yandan. (...) Ya hocam şimdi çoğuna (gerçek hasta sahibine) benziyordu. Bazısı çok rahat oluyor. Hatta öldüğü için sevinen de gördüm aslında. Hani o kişiye göre de değişen bir şey ama genel hasta sahibi durumunu yansıtıyor. Seven hastasını, onu yansıtıyor. İlgili hasta sahibini yansıtıyor. Ama tabi çok aşırıya kaçmayan seviyede. Normal insan seviyesindekini yansıtıyor. (...) Ama hani gerçekten çok yararlı olduğunu düşünüyorum çünkü bunu ilk defa gerçek bir hasta sahibiyile yapsaydım belki gerçekten hayatı değişebilirdi. Çünkü çat diye söyledim orada yani. Şoka girebilirdi orada hani.” (VET39).

Görüş 26: “Bence (gerçek hasta sahibine) baya benziyorlar yani. Hatta VET39’un dediği gibi ben şok oldum nasıl bu kadar rol yapabiliyorsun diye düşünüyorum kafamda sürekli. Bence çok benziyorlardı.” (VET40).

Görüş 27: “Normal hasta sahipleriyle mi? (...) Benzerlik var tabi ama bunlar (standart hasta sahipleri) daha çok zorluyorlar. (...) Bu iyi bizim için iyi.” (VET53).

Görüş 28: “Bence de gayet iyiydi yani bir sürü karakter var hasta sahibi olarak. Bazıları duyar duymaz ağlıyor işte mesela bazıları çok soğukkanlı. Bence gayet iyiydi. Yani tam böyle zorluyordu. Almak istediğini almak isteyen bir hasta sahibi; veterineri en çok zorlayan hasta sahibidir.” (VET58).

Görüş 29: “Benziyorlar çünkü biz tanımadığımız için hani diğer bir klinikteki insanları da tam olarak tanımıyoruz, sadece yüz olarak görüyoruz. Buradaki insanları tanımadığımızdan dolayı şey geldi hiçbir şekilde rol değil de nasıl onlarla konuşuyorsam onlarla da konuşuyorum. Bana bir rolmiş gibi gelmedi. Rol yapıyorlarmış gibi gelmedi. Gerçekçi geldi bana.” (VET50).

Görüş 30: “Biraz hayvana düşkünlüğüne bağlı da hastalar tepki veriyor ya bilinçli olup olmamasına bağlı. Burada kişi çok bilinçli gibiydi. Hayvanı seviyordu. Aslında çok normal beklenen bir tepki vardı. Ne aşırıydı, ne azdı. Bazı hasta sahipleri çok abartıyor. Gerçekte burada bence benim de verebileceğim bir tepkiydi.” (VET64).

Görüş 31: “Aynen şimdi daha önce kliniklerde falan gözlemlediğim kadarıyla, (standart hasta sahibi) yani bazılarında (gerçek hasta sahibi) fazla tepki veriyor; ama bazılarında da az oluyor. Yani tam ortada bir şey olmuş tepkisi yani. Standart bir tepki veriyor. Ne çok üzülüyor, ne çok umurunda değilmiş gibi. Tam ortada bir yerde tepki veriyor. Hatta verdiği tepkiye ben bazen şey orada da oldu, üzülünce falan ben de bir inandım. Ben de bir üzuldüm falan. Ne diyeceğimi bilemiyorum falan şeyine büründüm ben de.” (VET66).

Görüş 32: “Yukarıda biz hani konuşurken hasta sahipleriyle çok ortadaydı bence dozları. Yani böyle ne çok vurdular kırdılar. Nasıl olacak, ben yaşayamam öleceğim biteceğim. Ne de böyle rol icabı umursamaz davranıp tamam artık doğanın kanunu bu, yapacak bir şey yok gibisinden de değildi yani. Bence tam ideal bir gerçeklik diye düşünüyorum.” (VET72).

Görüş 33: “Bence günlük hayatta görebileceğimiz hasta sahiplerinin aynısıydı. Aynı tip hasta sahipleriyle karşılaşmıştık daha önce.” (VET75).

Görüş 34: “(Standart) Hasta sahibiyle konuşurken de iki farklı kişi(nin) de çok gerçekçi oynadığını düşünüyorum. Yüzüne veya gözlerine baktığımda o tedirginliği hissettiğini anlıyorsun. Ona göre belirli kararları veriyorsun. Bu da çok etkileyiciydi benim açımdan.” (VET73).

Görüş 35: “Farklılık var ama hani havaya sokuyor yine de. En azından hani geçen (standart) hasta sahibinde kalkıp ağlaması, cama gidip hani böyle nefes alayım diye camı açmaya çalışması olsun... Bugün yine hanumefendi bu haberi verdiğimiz zaman bir şeye girdi yine, modunda bir düşme oldu illa ki. Bu geribildirim daha doğrusu gördüğümüz bu davranış bizi de etkiliyor illa ki. Ne yapacağız, buna nasıl bir cevap verip de işin içinden çıkarız? Her ne kadar rol de olsa o havaya sokuyor yine de ne olursa olsun.” (VET42).

Görüş 36: “Şöyle söyleyeyim ilk başta hani olayı biliyoruz, elimizde hani elimizde birkaç cümle ya da metin var öyle söyleyeyim. Hasta sahibine sunuyoruz onları. Ne ile karşılaşacağımızı bilmiyoruz. Bir yerden sonra duruyoruz böyle. Sonra tekrarlamaya başlıyoruz. Bir türlü gelişmeyi sonuca bağlayamıyorduk böyle. Onun için (ön test görüşmesi) belki bir 15 dk-17 dk sürdü. Az önce onu da konuştuk arkadaşlarla. O bizi hani tedirgin yaptı. Zaten heyecanlıyız, ilk defa böyle bir ortamla karşılaşıyoruz. Hani hasta sahibi ile gelecekte nasıl olur, hem bu bize bir şey katıyor, hem de insanlarla iletişimimizi geliştiriyor ama biz o yanını düşünmüyoruz sadece şimdi. Hani mesleki açıdan ne diyeceğiz ne yapacağız? Hastalıkları falan sayıyoruz, ne yapabiliriz diye bakıyorduk. Şimdi baktığımızda iletişim açısından da bakıyoruz. Ne yapabiliriz (diye). (Son testte) Biraz daha rahattık. Hani feleğin çemberinden geçerseniz tekrar daha rahat geçer(sin)iz şeklinde... Onun verdiği bir rahatlık vardı. Onun için (son test) biraz daha kısa sürmüş olabilir, yani o şekilde. Biraz daha özgüven geliyor (insana), daha doğrusu insanın kendine güveni geliyor. O yönden de (standart hasta sahibi ile görüşmenin) iyi olduğunu düşünüyorum. (...) Ben zaten direk hani olduktan sonra (ön test görüşmesi bittikten sonra) kantine gidip böyle böyle bir olay oldu falan diye konuşmaya başladım.” (VET41).

Görüş 37: “Klinikte hiç hasta-hasta sahibiyle karşılaşmamış birisi tam olarak algılayamayabilir.” (VET34).

Görüş 38: “Ama normal hasta sahibiyle bu kadar strese girmem ben. Şurada biraz ortam... Ne bileyim ya dün gecedan beri onu düşünüyorum ya ister istemez. Ondan biraz. Yoksa her gün kliniklerde dışarıda da çalışıyoruz. On tane böyle haber veriyoruz yani her gün. Bu kadar stres olmuyor ama okul ortamı olduğu için biraz stresli oluyor.” (VET53).

Görüş 39: “Üzücü bir durum ama şey bir durum var yani karşındakinde gerçekten orada ölecek bir hayvan olmadığını biliyorsun yani. Her şekilde rol yaptığını biliyorsun. Hani o yüzden çok etkilemiyor. Ama gerçek bir durum olsaydı bu belki biraz daha üzebilirdi.” (VET65).

Görüş 40: “Çünkü o sıra dedim ya onu mu yapsam; bunu mu yapsam diye düşündüm. Öyle düşününce yapacaklarımı unuttum.” (VET8).

Görüş 41: “Yani bilmiyorum bir, sonuçta bir kötü haber veriyoruz hayvanın öleceğini. Ben tepkisinden biraz erken çıktığını düşünüyorum. Yani birazcık daha teselli ederim diye umuyordum ama o tepkiden hemen çıktı. Çünkü karşılaştığım birkaç hasta sahibi çok fena tepki gösteriyor, ağlıyor, oradan oraya gidiyor gibi...” (VET3).

Görüş 42: “Gerçek hasta sahibi daha farklı davranırdı. Yani daha iyi olabilirdi. Böyle bir tiyatro oynuyormuş gibi olduğumuz için, belirli bir hikâye; karşındakinin oyuncu olduğunu biliyorsun... Yani kendin olamıyorsun ya. Rol yapıyorsun orada. Ama gerçek hayatta olsa daha farklı olabilir.” (VET4).

Görüş 43: “Buradakiler (standart hasta sahipleri) daha yumuşaktı. Gerçek hayatta (gerçek hasta sahipleri) deliler var ((gülüyorlar)).” (VET23).

Görüş 44: “Yok yani bana daha işte ilk hafta çok şey gelmişti. Çok belliydi rol olduğu. Gerçek hasta sahiplerinde bu böyle olmuyor. İnsanlar daha coşkulu, daha yüksek seviyelerde yaşıyorlar üzüntülerini, acılarını. Kendini kaybetme seviyesinde yaşıyorlar ne kadar sakin de olsa. Çok daha farklı tepkiler veriyorlar. O yüzden standart hasta sahipleri daha kolaydı yani.” (VET68).

Görüş 45: “Onun dışında diğer bayanla (standart hasta sahibi) daha çok kaptırmıştım kendimi, bunda biraz daha bir sessizlik oldu. (...) Şey çok göz teması kurmadı. O bakmayınca benim de dikkatim dağıldı. Baya eğilip yere falan bakınca...” (VET48).

Görüş 46: “Yani ilk (standart) hasta sahibi arkadaşların dediği gibi birazcık daha böyle işin ehli gibiydi ama ikinci (standart) hasta sahibinin pek alakası yoktu durumla.” (VET24).

Görüş 47: “Bu kadında (standart hasta sahibinde) mesela bugünkü kadında çok fazla bence ya hayvanı olmadığı için ya da bu durumu anlamadığı için bence daha büyük bir duygu eksikliği vardı bunda. Ama diğer kadında (diğer standart hasta sahibinde) işte beni daha çok etkiledi.” (VET26).

Görüş 48: “Ya az önce (standart) hasta sahibi gülme krizine girdi biraz ((gülüyor)). Bence o konuda (gerçek hasta sahibine göre) biraz farklılık var yani ((gülüyor)). Biraz böyle bir şey oldu elimi bir yere çarptım. Böyle gülmeye başladı, o gülünce ben de böyle oldum falan... O konuda biraz farklılık var evet.” (VET32).

Görüş 49: “Ya standart (hasta sahipleri) buradakiler mesela, mesela pazartesi olan (gerçek hasta sahibine) benziyor, çok benziyor. Herhalde bir hayvanı vardı evde. Daha önce de kliniklere gitmiş (gibiydi). Ama bugünkü hasta sahibi biraz bilgisizdi, yani çok az yapıyordu, çok az soru soruyordu. Kendi kendine mesela bir şey yapamıyordu. Yapalım, yapmayalım; danışmak istiyordu.” (VET33).

Görüş 50: “Ben geçen hafta eğer bayan (standart hasta sahibi) ağlasaydı ağlardım. Sarılıp birbirimize hüüngür hüüngür ağlardım yani. Bugün o kadar çok etkilenmedim çünkü bugün biraz daha oyun olduğu oturmuştu bende. Ama geçen hafta gerçekten çok etkilenmiştim.” (VET68).

Görüş 51: “Bir de (standart hasta sahiplerinin kötü haberi) bu kadar kolay kabul etmemeleri gerekiyor. Biraz daha sert tepkiler vermelerini beklerim. Biraz daha zorlamaları gerek.” (VET10).

Görüş 52: “Teorik eğitim değil de oyuncu, ne denir ona, kendi aramızda yaptığımız, heh oyunlaştırma da sizin yönlendirmeniz teorik eğitimden kat kat daha faydalı oldu bana. Çünkü teorik eğitim gördüğümüz zaman ben bunu söylemişim, onun yerine ne söylemem gerekiyor deyince biraz karmaşa oluyor. Ama ben cümleyi söyledikten sonra siz durdurup böyle değil de şu şekilde söyleseniz dediğiniz zaman benim için şey oluyor hani orada bir profil oluşuyor. Şunu yapmam gerekiyor demek

ki böyle bir durumda da böyle bir yanıt verebilirim gibi. Yani teorik eğitim oranlarsam eğer; teorik eğitim %10 gibi bir şey etkilediyse; sizin yönlendirmenizle bizim yaptığımız çalışmalar %60 falan etkiledi yani gelişme konusunda.(...) Bence bizim burada yaptığımız bütün hepsi yani hem karşı tarafın oyuncu olmasıyla ilgili hem de öğrencilerin kendi arasında yaptığı şey, ikisi birlikte olmalı eğer yapılacaktır. Çünkü oyunlaştırmayla yapılan diğer tarafa çok büyük katkı sağlıyor. (...) Bence dezavantajı yok. Tamamen avantaj yani her konuda. Empati kurma konusunda, hasta sahibi rolünü alma konusunda çünkü iki tarafı birden kendinde görmezsen bence düzgün bir empati kuramazsın hiçbir insana karşı.” (VET17).

Görüş 53: “Önce oyunlaştırma sistemi uygulanıp hani alıştırma babında artık bir yerde. Ondan sonra iş biraz daha ciddiyete binip hasta sahibi rolünde hani tanımadıkları bir kişi ile diyalog nasıl kuruyorlar diye daha faydalı olabilir diye düşünüyorum.” (VET18).

Görüş 54: “Bence hocam iyi oldu onu (oyunlaştırma) yapmamız. En azından hani hasta sahibine söyleyemediğimiz şeyleri arkadaşımıza rahat rahat söyleyebildik orada. Hani acaba hasta sahibi olsaydı bizim geçen çektiğimiz senaryoda hasta sahibi olsaydı ben ona ne derdim? En azından arkadaşımıza söylerken tepkisini ölçtüm yani. Nasıl şey olacağını. Bence iyi, iyi oldu hocam.” (VET9).

Görüş 55: “Bence çok olumlu etkiledi ya çünkü mesela dediğim gibi karşıdaki arkadaşı zaten tanıyor oluyoruz. Onunla konuşurken daha rahat bir şekilde ifade edebiliyoruz. Ondan sonra hani birkaç alıştırma sonra hani alışmış oluyoruz. Artık onun ne diyeceğini ya da nasıl davranmamız gerektiğini daha rahat kestirebiliyoruz. Bence gayet güzel yansıdığını düşünüyorum. (...) Hem hasta sahibi olup hem veteriner (hekim) olunca hani iki taraftan da görmek daha iyi oldu. Çünkü tek veteriner hekim olarak şey yapsaydım belki bu kadar rahat iletişim kuramazdım. (...) Ya önemli olduğu açı işte beni gerçekten rahatlatmış çünkü arkadaşım olduğu için hani çünkü hiç tanımadığım biriyle yapınca ilk görüşmede çok gerildim. Çünkü tanımıyorum, ne yapacağını bilmiyorum. Ama mesela bir VET28 ile oldum (oyunlaştırma yaptım) bir şey (hasta sahibi) oldum. Hem mesela ben hasta sahibi olduğumda VET28’i falan da sıkıştırdım. Böyle hani gerçekten böyle anlamıyorum gibi daha sert tepkiler verebildim. Çünkü onun da biraz hani sıkışıp bir şekilde toparlanmasını bekledim. (...) Mesela gerçekten yukarıda şey yaptık. Hasta sahibi gibi olduk. Mesela (VET28) bana Latince konuştu. “Hah, anlamadım, ne diyorsun, nasıl, ne demek istiyorsun, niye bana böyle sürekli konuşuyorsun” falan diye sinirlendim. (...) Ama bu benim için gerçekten olumlu oldu çünkü bu görüşmeye bence yansıdı, daha rahattım. Başkalarıyla daha rahat iletişim kurmamı sağladı.(...) Zaten onunla iletişimi olan biriyle (tanıdık biriyle) farklı bir şekilde iletişim kurmak hani daha farklı bir bakış açısı getirdiğini düşünüyorum. Bir de hem eğlendik, eğlenince bence daha da rahat öğrendik. ” (VET26).

Görüş 56: “Bence (oyunlaştırma) gereksiz değildi çünkü yanlış yapılarak, kötüyü yapılarak görüyorsun aslında. O an ne yapmaman gerektiğini daha iyi anlıyorsun. (...) Ya şöyle bir şey; önceden mesela hiç tiyatroyla veya okulda piyese uğraşmamış bir adam için; oturup yine de hiç olmazsa bir kamera var. Siz izliyorsunuz tepeden; iki üç tane daha insan var. Onların içinde böyle bir oyun

sergileniyor olması belki iyi kötü özgüven açısından ona bir şey katabilir belki. İyi kötü bir piyes yapıyorsun, bir oyun oynuyorsun. Çok farklı bir şey. Medeni cesareti arttırıyor.” (VET6).

Görüş 57: *“Ben tabi (oyunlaştırmada) hasta sahibi olunca, ben hasta sahibiydim... Hasta sahibini anlamış oldum zaten. Hasta sahibini de anlamak lazımmış.” (VET12).*

Görüş 58: *“(Oyunlaştırmantın) Şöyle bir avantajı oluyor. Arkadaşlar arası(nda) yapıldığı için, herkes az çok birbirinin nerede hata yapabildiğini bildiği için onun üzerine gidiyor. Mesela VET16’ya öyle yapmıştım ben bilerek. Hani kendini daha iyi ifade etsin diyerek. Çok da güzel toparlamıştı. Bende de mesela takıldığım yerler çok olmuştu. VET21 neye takılacağını bilip üzerime gelmişti vesaire. Bence bu anlamda iyi olmuştu. Bir de pratik yapma açısından dediği gibi iyi olmuştu. Dezavantaj olarak bir şey gelmiyor aklıma.” (VET19).*

Görüş 59: *“Yani biz teorik bilgilerden öğrendiklerimizi orada (oyunlaştırma yöntemiyle) çalıştık. O (teorik) derste ne gördüysek ne yaptysak. (Standart) Hasta sahibine hazırlanmamızı etkiledi yani.” (VET16).*

Görüş 60: *“Her zaman belki oyuncu (standart hasta sahibi) getirilemez derslere ama öğrenciler kendi aralarında yapabilirler bunu.” (VET65).*

Görüş 61: *“Ya arkadaş arasında yaptığımız olayın mı? Ya avantaj şöyle olabilir. Diğer arkadaşımıza bu konuya hâkim biri çıktığı zaman ona vereceğimiz tepkiler ya da cevaplar konusunda birazcık daha geniş görebiliriz. Çünkü birbirimize karşı daha geniş konuşabiliyoruz.” (VET3).*

Görüş 62: *“Hatta bizde de mesela (gerçek) hasta sahibi beşeri hekim, beşeri cerrah da olabiliyor. O da baya bilgili ve sorduğu sorularla sıkıştırdığı konular, hani bizim aramızdaki (oyunlaştırma sırasında) kendimizi sıkıştırdığımız gibi şeyler oluyor. O da güzel.” (VET5).*

Görüş 63: *“(Birbirini) Tanımayan kişiler arasında olabilir bu olay (oyunlaştırma). Birbirini hani. Samimi arkadaş olmayıp farklı kişiler olsa aslında daha iyi cevaplar gelebilir. (...) Arkadaş olunca birazcık civıdı. Hasta sahibine peçeteyi uzatırken (verdiği) tepki farklı, arkadaşta ((mimiklerini kullanıyor, başını sağa sola sallıyor)) yani. (...) Espri giriyor. Böyle bir şeyler oluyor. (...) Ya bir de hepimiz veteriner hekim olduğumuz için şimdi VET2 bana oradan bir şey dediği zaman ben ona bir cevap verebiliyorum. Ama hasta sahibine durum farklı oluyor. Biz söylediğimiz zaman o hani bize koşulsuz inanmak zorunda, yani sorgulayıcı şeyler bile çok riskli. Ama hani biz birbirimizi artık sıkıştırıyoruz, kıvırıyoruz, bir şeyler yapıyoruz yani.(...) Disiplin olması gerekiyor bence. O hani bir sertlik olacak illa ki orada.” (VET3).*

Görüş 64: *“Zaten orada (oyunlaştırma) yaptığımız arkadaşla normalde de rahat olduğumuz bir arkadaşımız olduğu için. Ya en açıkçası onun çok bir şey kattığına inanmıyorum diyeceğim de. (...) Hani hiç yoktan rolü yaptığını bilsem bile tanımadığım bir insan olduğunda (standart hasta sahibi) iş*

daha biraz ciddiye biniyor. Ama orada kendi arkadaşım zaten. Birisi ev arkadaşım; birisi samimi arkadaşım. Hani öyle olunca böyle bir şey yapası geliyor insanın, arada böyle nasıl denir ya ((ayağa kalkar gibi yaparak sandalyeye tekrar oturuyor)). Böyle trolleyesi geliyor diyeceğim, tam Türkçe şeyi olmayacak, karşılığı olmayacak. Öyle yapası geliyor insanın. O yüzden, üç tane toplamda onun yerine yani bir oyunlaştırma yerine üçünü de başka bir rol yapan profesyonel biriyle (standart hasta sahibi) yapsak bence daha iyi olur.” (VET2).

Görüş 65: “Yani bir standart hasta sahibi kadar öncelikli tutmasam da olsun. Çünkü bunun (oyunlaştırmanın) sayısını veya süresini çok tutarsak öğrenciler civıtır. Ama yine de bir tecrübe etsinler bunu. Bu da olsun.” (VET19).

Görüş 66: “(Oyunlaştırma) Arkadaşlar arasında yapılacaksa olmamalı. Çünkü ders ortamında biraz baya bir gırgır şamata gider.” (VET4).

Görüş 67: “Oyunlaştırma yöntemi, o bizim kendi aramızda yaptığımız mı? Ben ilk dediğimi diyorum gene. Sadece o civıtma şeyi oluyor ya, orada bozulursan (...) Dezavantajı işte öğrencilerin birazcık civıtması olur.” (VET6).

Görüş 68: “Şimdi kendi arkadaşlarımızla yaptığımızın mı? Biraz daha yani rahat bir şekilde davrandık. Diğer arkadaşın da ne yaptığını gördük. Kendimizin nasıl bir yol çizmesi gerektiğini (gördük). Tanıdık olduğu için şimdi arkadaşın huyunu falan, nasıl davranacağını bildiğim için biraz daha rahat oldu. Evet biraz yani şey oldu. Laubali bir şey oldu arkadaşımınla yaparken. Laubali bir şekilde yaklaştım. İster istemez oluyor bu. Ama şunu da gördüm şimdi yani hocam. Ben yaparken arkadaşım nasıl davranıyor; daha sonra diğer arkadaşlarımı izledim. Onun izlediği yoldan kendime birazcık şey kaptım. Herkesin, her (veteriner) hekimin (hasta sahibine) bir yaklaşma tarzı vardır.” (VET1).

Görüş 69: Tanıdığım bir insanla bildiğim bir şeyi kurgulayınca, ben böyle bir adapte; önce oluyorum, sonra olamıyorum (gülüyor) böyle bir şeyler oluyor. Güliyorum falan. Hani o biraz, ben kendi açımdan, dezavantaj. (...) Hani nasıl söyleyeyim, ben VET6’yı tanıyorum; VET8’i tanıyorum. Mesela yaparken ben ikisiyle de yaptığım için söylüyorum. İkisinin herhangi bir bakışı herhangi bir şeyi hani beni böyle tribe sokabiliyor. Bir an güleyim mi gülmeyim mi falan oluyorum ((gülüyor)). Hani o şeyi koruduğum zaman, sınırı bildiği zaman hiçbir sıkıntı yok. Çünkü pratik sonuçta; tanıdığım biriyle yapıyorum ama olsun. Yani en azından ben konuşuyorum; bir şeyleri anlamaya çalışıyorum falan filan. Ama bunu sınırını bilemeyenlerle yaparsak hani işin ucu şeydense; işin ucu hasta sahibiyle doktor diyalogundan işte “Oo dün ne yaptık ya”ya gidebilen bir muhabbet olabilir yani ((gülüyorlar)). O yüzden hani bilemiyorum şu an.” (VET7).

Görüş 70: “Ama belki şey olabilir, hmm diğer izleyenlerin biraz daha şey, nasıl diyeyim size, yüz ifadesini değiştirmeden izlemesi, diğer insanların, oynayanların daha ciddiyetle iş yapmasını sağlayabilir.” (VET17)

Görüş 71: “Benim de tabi kendi arkadaşlarım yanımda olduğu zaman biraz daha böyle rahatlık, biraz değil de baya ((gülüyor)) bir rahatlık oluyor ama karşımda hasta sahibi rolünde bile olsa biri (standart hasta sahibi) olduktan sonra artık iş ciddiyete binmiş oluyor benim için.” (VET18).

Görüş 72: “Ben öneririm hocam. Çünkü kamera karşısın geçip gerçekten böyle bir şey yapacağımı hiç inanmıyordum. Ama geleyim dedim. Gerçekten güzel bir şey. Deneyim oldu.” (VET9).

Görüş 73: “Yani sonuçta (her katılımcı) bir kamera önünde dursun; ondan sonra kendisini izlesin. Nerede hata yaptı, nasıl bir duruş (sergiledi); nasıl bir işte el hareketleri, yüz hareketleri falan... Onları da yani görmesi lazım.” (VET33).

Görüş 74: “Çünkü o geçen ki videoda (ön test kaydı) baya bir eksik gördüm kendimde. Onları da düzelttim mi, inşallah, umarım düzeltmişimdir. Şimdi bir de video kaydı olunca hocam insan biraz ister istemez aklında kalıyor.” (VET1).

Görüş 75: “Bir de kendimizi şimdi evde oturup, böyle bir şey yapıp videoya çekip izlemiyoruz. Bir de bunun burada hani profesyonel bir rol yapan hanımefendi (standart hasta sahibi) var. Hani o yüzden bir kendimizi izleyebilmemizde yararımıza oldu. Yani her insan merak eder dışarıdan nasıl görünüyorum işte; konuşmalarım nasıl işte... İlgi çekici mi; bilmem ne mi. Hani mesleki olarak da iyi oluyor bu kayıtlar bence.” (VET2).

Görüş 76: “Ama burada %100’de yani tam gerçeği şey yapmıyor (yansıtmıyor). Yani farkında olmadan kayıt yapsa(nız) biraz daha iyi olur gibi.” (VET1).

Görüş 77: “İlk gün (ön testte) biraz şeydi, biraz stres yaptık. Çünkü bilmiyorduk ne olacak yukarıda falan. Bir de kamera var falan, ama bugün çok rahattık yani. Benim için yani.” (VET33).

Görüş 78: “Heyecan yapmadım fazla yine de şöyle bir heyecan var. Yani sonuçta rol yapıyoruz. Kameranın karşısındayız. Seçtiğimiz kelimelere dikkat ederek konuşmaya çalışıyoruz. O şekilde bir heyecan vardı. Ama sonuçta geçti yani.” (VET74).

Görüş 79: “Ben oyuncaklarda takıldım yani. Oyuncak kedi, oyuncak köpek bana göre değil. Bir de köpekle oynadım (temas ettim) çok da. Oyuncak bana göre değil. Canlı (hayvan) istiyorum ((gülüyor)).” (VET55).

Görüş 80: “Belki de hikaye (son testteki senaryo) çok kısıydı, o yüzden. Diğeri (ön testteki senaryo) daha uzundu. Başka seçenekler vardı. Öyle uzatabiliyorduk. Biz söyleyince hemen bitti, böyle sessizlik oldu. Boşluk...” (VET48).

Görüş 81: “Bence eğitimin bir parçası da senaryo değil de gerçek hayattan da kesitlerin olması aslında. Ne bileyim klinikte o haber(i), gerçekten bizim vermemiz gerçek hasta sahibine, gerçek bir hayvan için, gerçek bir haber vermemiz daha uygun olacaktır. Ve farklı farklı tecrübeler yaşayacağız.” (VET74).

Görüş 82: “Ya bilinçlenmek için bence iki (görüşme) yeterli ama geliştirmek için daha fazlası (gerekir)...” (VET43).

Görüş 83: “Daha fazla pratik daha fazla beceriyi getirir. Ben birkaç tane daha (görüşme) yapılırsa daha iyi olacağını düşünüyorum.” (VET65).

Görüş 84: “Vallahi müfredattaki ders sayısı kadar olabilir mesela. On dört hafta derse giriyorsak her haftanın sonunda olabilir ya da başında. Bence sonunda olmasında daha yarar var çünkü o gün mesela kliniğe gidiyorsak mesela, klinikteki hasta sahiplerini görüyoruz. Daha performans yönünden artmış oluyor. Daha iyi.” (VET51).

Görüş 85: “Şöyle, ders olacaksa dönemlik ders olacaksa, on dört hafta düşünürsek her uygulama dersi(nde standart hasta sahibiyile görüşme) olarak yapılmalı diye düşünüyorum.” (VET41).

Görüş 86: “Bence böyle bir sayı yok. Çünkü hasta sahibine göre değişir yani bu. Karşındaki insana göre de vereceğin haberin gidişatı da değişir. O yüzden beş deriz, on deriz. Bir bakarsın yıllar geçer bir süreklili kötü haber veririz ama karşılaşmadığımız bir şey de olabilir. Yani ters de tepebilir. O yüzden bir şey söyleyemiyorum.” (VET38).

Görüş 87: “Yani milyon tane farklı senaryo varken bence bir sayı veremeyiz. Bu biraz kişinin yeteneğine bağlı. (...) Bence bir kurallar öğrenilmeli. Bir öncekinde (teorik eğitimde) yaptığımız gibi. Gerisi artık sana bağlı yani.” (VET56).

Görüş 88: “Yani işte insan istediği kadar yapsa da her defasında bir eksiğini göreceği için, her defasında birini yapmaya çalışacağı (için) yani birini yapmaya çalışırken öbürünü unutacağı için ne kadar (çok görüşme) yaparsa bir ömür boyu yararına olacağını düşünüyorum.” (VET13).

Görüş 89: “Yani biz sonuçta birinci kayıttan (ön testten) sonra maddeler halinde sizin de desteğinizle, psikolojik olarak hasta sahibini rahatlatmanın nasıl olacağını gördük. Tabi ki birkaç tanesinde biz de uyguladık ama uygulamadığımız birçok nokta vardı. Artık onları öğrendik. İkinci kayıttan (son teste) onları mümkün olduğu kadar uygulamaya çalıştık. Unuttuğumuz noktalar oldu. (...) İki en az olması gerekiyor. Yani bir üç olursa, ya da dört olursa en azından artık bildiğimiz ya da

unuttuğumuz şeyleri de ekleyebiliriz. Şimdi illa ki ikinci kayıttı da bildiğimiz ama yapmadığımız, unuttuğumuz nokta olacaktır. Onları pekiştirmiş oluruz diye düşünüyorum.” (VET3).

Görüş 90: “Bence en az bir beş-altı kez. Yani artık şey ben bu konuda kendimi hazır hissediyorum diyebilmek için bence. Beş altı kez gerekiyor.” (VET17).

Görüş 91: “Bence sayısız yapmak lazım çünkü her seferinde her farklı hastalıkta, her farklı insana farklı bir haber veriyoruz ve cidden hani (kötü haberi) verme yöntemimiz çok farklı oluyor. (...) Ama her farklı hastalıkta, her farklı insana (kötü haberi verirken) başka bir şey öğreniyoruz, başka bir şey hakkında fikrimiz oluyor, başka bir şekilde iletişim kurmayı geliştiriyoruz. Onun için binlerce defa bana göre. Fırsat buldukça dediğim gibi. Mesela kırk yaşına da geldim desem kırk yaşında da klinisyen olsam bu tür kötü haberi verirken hala kendimi deneyimsiz hissedebilirim.” (VET35).

Görüş 92: “Peki eğitim verilecek mi? Hani mesela bir görüşme yaptık diyelim. Sonrasında yaptığımız yanlışlar söylenecek mi? Yoksa bizdeki gibi mesela kontrol grubu olduğumuz için direk tekrar mı edeceğiz? Şimdi hocam eğer eğitim verilmeyecekse yani iki ya da üç (kez yeterli olur). Çünkü sonuçta bizim de kafamızda belirli bir kalıp var. Bize ayrı bir şey söylenmediği için dönüp dolaşip aynı şeyi biz kendi bildiğimiz gibi devam edeceğiz. O yüzden üçten fazla olmaması lazım bence. Ama eğitim verilecekse eğer, hem bir kere yaparız, o bir kere bizim şeyimiz olur hani heyecanımız, ilk defa böyle bir şey yapıyoruzdur. O durur, bir kez daha yaparız. O da olur. Sonrasında bir eğitimden geçtikten sonra bir iki defa daha hani onu yapabiliyor muyuz (diye deneriz). (Toplamda) O da yine dört beş kere daha olsa eğitimle beraber bence yeterli olabilir.” (VET50).

Görüş 93: “Sonuçta farklı insanlarla (standart hasta sahipleriyle) karşılaştığımız için tepkiler farklı. Onun için ne kadar çok, o kadar iyi. Eğitimli-eğitimsiz (teorik eğitim) bence şey değil, yani en azından tepkisini ölçersin karşıdakinin.” (VET57).

Görüş 94: “Bence de sayı o kadar çok önemli değil de bizde şimdi hasta sahibi çeşidi o kadar çok olduğu için hangi birinden kaçır tane prova yapabilirsin? Kimi çok üzülüyor, kimi çok umursamıyor. Hani o kadar çok çeşit var ki hepsinin provasını yapmak bence çok zor. (Ama) Belirli bir standardizasyon oluşturulmalı. Belirli bir sıralamada söylemelisin. Belirli bir ses tonunda söylemelisin. Duruşuna, mimiklerine dikkat etmelisin. İşte konuştuğun dile dikkat etmelisin. Ya da daha başka özelliklere, onu tam bilemiyorum. Belirli standart bir konuşma metni. Ama bunun üzerinde bir prova yapılabilir. Öğrenci veya (veteriner) hekim o standarda ulaştığında, bu kontrolü yakaladığında artık (iş) karşıdaki hasta sahibine kalıyor. Sen standart bir şey sunuyorsun. Ama hasta sahibinin ne kadar alacağına da sen karışamazsın. Bunu ne kadar prova edersen et karşıdaki kendi istediği kadar anlayacak seni. Senin anlattığın kadar anlamayacak. Hani o yüzden bence bir standart oluşturulmalı. O standardı yakalanacak kadar (görüşme sayısı) konulmalı diye düşünüyorum.” (VET70).

Görüş 95: “İlki ile ikincisi arasında bilmiyorum, hani daha dikkat etmeye çalıştım ama tabii o dikkat edeceğim diye atladığım yerler olabilir yani ((gülüyor)). Ama hani ilkine on üzerinden beş desek, buna da on üzerinden altı ya da yedi diyebilirim.” (VET12).

Görüş 96: “Ben de hocam ikine göre güvenimin, kendime güvenimin arttığını düşünüyorum. Çünkü ilkinde (ön testte) hani VET17 ile, VET17'nin de dediği gibi düşünmeden hasta sahibinin, karşıdaki hasta sahibinin söylediğini düşünmeden cevap veriyordum. Hazır cevap veriyordum bir nevi. Bu ikincisinde artık düşünerek biraz hani şöyle söyleyeyim, ya da bu olmaz hani, kendimi bazı yerlerde kısıtlayarak; onu da fark ettim. Çok böyle sözle olarak hasta sahibini anladığımı söylüyorum ama aslında anlamadığımı fark ettim. Şimdi ikincisinde (son testte) onu daha iyi anladım yani. (VET18).

Görüş 97: “Bende ilk hafta çok böyle konuşmamda duraksamalar vardı. Karşı tarafla arada çok iletişim kopukluğu vardı. Bu sefer de çok hızlı olduğumu düşünüyorum. Çok hızlı bir şekilde söyledim gibi geliyor. Ama yine de olmadı yani çok fazla.” (VET34).

Görüş 98: “Benim geçen haftaki bir kaostu. Düşününce yani bodoslama böyle bir söyledim acı haberi. (...) Benim geçen haftaya göre bu hafta daha iyiydi. Hem ne bileyim hani VET40'ın dediği gibi daha da fazla yaptığımız da bunu hem biraz daha nasıl konuşmamız gerektiğini de öğrenmiş oluruz. Hem hasta sahibine nasıl yaklaşmamız gerektiğini de öğrenmiş oluruz diye düşündüm.” (VET38).

Görüş 99: “İlk görüşmeye on üzerinden sıfır varsa sıfır veririm ((gülüyor)). Çünkü gülmüşüm yani. Benim de bir hasta sahibi olarak öyle biri bana bir şey dese ya ben gerçekten kavgaya çıkartırdım orada çünkü. Döverdim yani kendimi öyle diyeyim. Ama şimdi daha başarılı (olduğum yerler var) ama hatalı olduğum yerleri de gördüm. Çünkü birkaç kere orada da (standart hasta sahibinin) lafını kestim. (...) Önceki (ön test) çok kötüydü gerçekten. Çünkü kendimi hasta sahibi yerine koydum; öyle yani (veteriner hekim kötü haberi verirken) “hıh kanser” falan deyince döverdim.” (VET26).

Görüş 100: “Kısaydı ama benim üzerimde etkisini sorarsanız; ilk videoyla son video arasında gerçi ne kadar bir gelişim var bilmiyorum ama ben kendimi en azından rahat hissettim. (...) Çünkü şey bilmiyorum bence en önemlisi karşı tarafın önce nasıl diyeyim mesela adını sormamıştım; hayvanın adını sormamıştım, bunda daha samimiydim gibi geliyor. Ya da hani daha doğru sorulara yöneldim gibi geliyor.” (VET17).

Görüş 101: “Ben şimdi bu ikinci görüşmemde kendimi çok geliştirebildiğimi düşünmüyorum maalesef ki. Ama yani siz o gün anlattınız ya yanlışlarımı gördüm, şey yaptım. Ama kendimi herhalde çok iyi hissetmediğimden bunu uygulayamadım.” (VET40).

Görüş 102: “Yani ön görüşmeye (on üzerinden) bir 7 (puan) falan verebilirim. Ama son görüşmeye o kadar veremem kendime. Çünkü son görüşmede küt diye söylemiş gibi hissettim kendimi. Tümörün ne olduğunu sanki karşıdaki biliyormuş da böyle hani söylüyormuşum gibi oldu. Ama o

(standart hasta sahibi) bunu (kötü haberi) duyduktan sonra direk kanser odaklı olduğu için kalanını dinlemedi zaten. O yüzden onu (kötü haberi) biraz daha geç söylemeliydim. Daha başka bir şeyleri açıkladıktan sonra söylemeliydim. O yüzden ikinciye (son teste) o kadar (puan) veremem diye düşünüyorum.(On üzerinden) 5 falan.” (VET68).

Görüş 103: “Hocam şöyle söyleyeyim ben. Eğitim gibi düşünürsek ilk gün (ön test) yaptık konuştuk hani. Bazı hatalarımızı buraya geldiğimizde size de bahsettim. Hatalarımızı arkadaşlarımızla da konuştuk. Cuma günü (son test) tekrardan böyle bir şey olacağını bildiğimiz için biraz daha rahattık. Biraz daha o günkü pazartesi günü (ön test) konuşmamızdan bir şeyler çıkararak, sonuçlama yaparak şey yaptım. Bunları bunları söylersek daha iyi olurdu şeklinde.” (VET74).

Görüş 104: “Yani ben de (on üzerinden) 9-10 vermeyeceğim de. Yani mesela çok arasında (ön test ve son test arasında) bir gelişme görmedim. Çünkü şeyim sabitti yani söylediklerim (olsun), tavrım olsun, göz temasım olsun. Bence (on üzerinden) 6, ikisine de 6 (puan) diyebilirim.” (VET79).

Görüş 105: “Yani iyiydi bence hocam. Hasta sahibinin ilk etapta konuşurken lafını kesmemek; üzgünken biraz orada durup sonradan lafa girmek... Yani bence güzeldi onlar. İşe yaradı.” (VET9).

Görüş 106: “Zaten üç dört tane benim aklımda kalan şey vardı. İşte şunu yapmayacağız hani, konuşmasına müsaade edeceğiz; ayakta durmayacağız; buna benzer dört beş tane zaten püf noktaları var. Çok da abartılı değildi. Ama yeterliydi. (...) Eğitim olmasaydı (görüşme sırasında) yine ben ayakta dururdum yani.” (VET2).

Görüş 107: “(Teorik eğitim, standart hasta sahibi ile görüşmemi) Olumlu etkiledi çünkü gerçekten yani bilmiyoruz doğru sandığımız yanlışlar varmış. Onu teorikte yani daha rahat gördük. Mesela kendi yaptığımız teorikten sonra izlediğimde dedim burada ne yapmışım böyle falan... Gerçekten sözünü kesmişim mesela, hasta sahibini hiç dikkate almamışım. (Teorik eğitim) Onları fark etmemi sağladı.” (VET26).

Görüş 108: “Yoo (teorik eğitim) sıkıcı değiller; hatta biz yanlışları, doğru dediğimiz yanlışları gördük. (...) Yani evet, mesela ya işte bu “haklısınız”; durup durup “haklısınız” hani bunu demek hani şey yapıyor. Karşı tarafın aslında, hani onu geçiştirmek adına ya da hani laf doldurmak adına kullandığımızı gördük aslında. Hani onun yerine onun kendi psikolojisine dokunup, onu anladığımızı göstermemiz gerektiğini öğrendik mesela. Yani ben öyle düşünüyorum mesela kesinlikle. Yani bence gerekliydi yani.” (VET7).

Görüş 109: “Ya illa ki. Yani, şöyle söyleyeyim, yani ilkindeki kötü haber verirken ki durumuyla, “yani anlıyorum sizi” falan; bekleme(k) o üzüldüğü zaman, sonra ben(im) tekrar (konuya) girme(m); o gibi durumları hani yaptım. (Teorik eğitimin) Faydası oldu gibi.” (VET12).

Görüş 110: “Bence (teorik eğitim, standart hasta sahibi ile görüşmemi) olumlu etkiledi. Diyeyim nokta. ((gülüyor)). Olumlu etkiledi tabi hatalarımın farkına vardım. (Bu eğitim) Yapılan hatayı gösteriyor. Ve bu gün mesela (hatalarımı) tekrarlamamama sebep (yardımcı) oldu.” (VET18).

Görüş 111: “Ama ben bütün hafta sizin dediğiniz bu şeyleri (teorik eğitimi) herkese anlattım. Mesela biri karşımda konuşuyor; hı hı diyor, evet diyor, haklısın diyor. Direk anlattım böyle. Hı hı diyorsun ama sen beni çok da şey yapmıyorsun diye. (...) (Bu teorik eğitim) Çok işledi içimize bence. Bir de bu sadece bir haftalık bir süreçti. Bir dönem olduğunu düşünsenize... Bence çok iyi olur yani. (...) Yani bence de bu kısa süre için gayet yeterliydi. Ama ilerde böyle bir şey olsa ne bileyim eğitim meğitim olsa ben kesinlikle katılırım.” (VET40).

Görüş 112: “(Teorik eğitim) Baya olumlu etkiledi benimkini (son test görüşmemi) gerçekten. En azından ne yapmam gerektiğini öğrendim. Kötü haber vermeyi ben gerçekten bilmiyordum. Hani (kötü haberi) çat diye söylemeden nasıl verebileceğim falan diye düşünüyordum. En azından yolunu yordamını öğrendim diyeyim.” (VET39).

Görüş 113: “Ben ilk önce “merhaba nasılsınız” demeyi öğrendim ((gülüyor))... Merhaba nasılsınız, buyurun oturun, ne içersiniz falan... Bir de şey, dinlediğimi belli etmeyi, hani şeylerle falan geri bildirimlerle, soru sormayı (öğrendim). Bir de o sessizliklerde biraz daha iyi yönetebilmeyi, en azından (kötü haberi verdikten sonra standart hasta sahibine) biraz zaman verip, isterseniz dinlenin, şey yapın, kendinize gelin falan dedikten sonra.... Bir de o şeyden sonra hani ne söylemeliyiz gibi söylediğiniz hani o kısa eğitimden sonra en azından onları biraz uygulamaya çalıştım. Yapabildiğim kadarıyla.” (VET32).

Görüş 114: “Ya sürekli kafada hani, arada pazartesi günküyle (ön test ile) bugünkü (son test) arasında hani, arada kısa bir sunum (teorik eğitim) bize bir şeyler kattı. En azından kafasına geliyor insanın aklına düşüyor. Nasıldı? Şöyleydi. Kötü haber nasıl veririm gibisinden. Ya bunların (kötü haber verme becerisine) yardımcı olduğu aşikâr. (...) En azından daha sağlıklı bir diyalog kurmaya katkıda bulunduğu açık.” (VET42).

Görüş 115: “Ya ben ilk yaptığımda, ilk konuşmada (ön testte) gergin ve stresliydim. Ama bugünkü konuşmada (son testte) belki o arada hani böyle bir sunum (teorik eğitim) hazırlamıştınız, ondan sonra değişikliklerin olduğunu fark ettim. Bugün biraz daha rahattım. Mesela o sessiz kalan aralıklar vardı, o olduğunda ben müdahale etmeye çalıştım. Ya da hasta sahibini anlayabildim empati kurabildiğimi göstermeye çalıştım.” (VET43).

Görüş 116: “Mesela kırk yaşına da geldim desem, kırk yaşında da klinisyen olsam, bu tür kötü haberi verirken hala kendimi deneyimsiz hissedebilirim.” (VET35).

Görüş 117: “Yani bu (kötü haber verme becerisi) bence kişinin kendi şeyiyle alakalı bir şey. Ben de hani her ne kadar yüz kere de böyle bir şey (görüşme) yapsak kötü haberi herhalde çok böyle ahlanıp vahlanarak veremem.” (VET71).

Görüş 118: “(Kötü haberi verirken) Bir açıdan da kendimi çok eksik hissettim. İnsanlarda iyi haber vermek gerçekten çok kolay şey. Beraber mutlu olursun. Ama beraber üzölmek ya da üzöldüğünü belli etmek çok daha zor. O yüzden bir insanla iletişim kurarken en iyi iletişimin ben dokunarak olduğuna inanırım. Karşıdaki hasta sahibine kötü bir haber verirken dokunamıyorsun. Çünkü arada bir o şekilde bir sosyal bağ yok. Bu beni çok şey yapıyor, eksik hissettiriyor. Çünkü ben genel olarak dokunarak daha iyi iletişim kurabiliyorum. O yüzden biraz eksik hissettim kendimi hani. İleride öyle bir şey başıma gelse nasıl bir haber vermiş olurum? Yine çok zorlanırım. Yine çok kötü hissederim. Yani kelimeleri nasıl seçeceğimi bilemem. Çünkü biz birçok şeyi burada okulda görürken artık benimsiyoruz, artık kabulleniyoruz. Ama hasta sahibinin köpeğinin tümör olması ilk defa başıma gelen bir şey ve o hayvanla yıllarını geçiriyor. O yüzden onun açısından çok daha zor. Bunu anlamak biraz daha önemli. Ben sanırım onu yapamadım pek yukarıda. Ama şu an biliyorum evet empati kurmak çok önemli. Ben şu an biliyorum mesela. Bu çalışma (ile) bana ilerde bir gün başıma böyle bir şey gelse daha dikkatli davranmaya, kelimelerimi daha dikkatli seçmeye çalışırım. Çünkü karşıdaki insanın bir yaşanmışlığı var. Benim için sıradan bir şey, çok da önemli olmayan bir şey. Çünkü benim hayatımı etkilemeyecek. Ama o insanın bundan sonraki yaşantısını boylu boyunca etkileyecek. O yüzden (bu çalışma) empati kurma açısından (bana) daha (farklı) bir şeyler kattı.” (VET68).

Görüş 119: “Hani az buçuk hasta sahibi hissediyor, senin o hislerle nasıl başa çıkman gerekiyor? Bu konularda birazcık olsun tecrübeliyim, bunu biliyorum. Ama yine de her kötü haber ilk kötü habermiş gibi olduğu için o tecrübeler biraz geride kalıyor açıkçası.” (VET70).

Görüş 120: “Çünkü bu karşıdakine bir şeyi zor, kötü bir haber veriyoruz sonuçta. Biz bir aile yakınımızdan birine bile kötü bir haber verirken söylemlerimize dikkat etmemiz gerekiyor yani. Bu doktorlar için de böyle, veteriner hekimler için de böyle. Çünkü bir canlının hayatı söz konusu ve o canlı biri için çok değerli. Yani onun duygularını anlamamız gerekiyor. (...) Yani bir kötü haber vermenin hiçbir iyi tarafı yok aslında bakılınca.” (VET72).

Görüş 121: “Hatta bir olayı direk söylemek de var direk karşıdakine, belirli bir alıştırarak da var. (...) İşte bu işin son noktası olabilir: kötü haber. Hatta bu bizim hekimliğimize renk katabilir. Şöyle; güzel semptomları yakalayarak, iyi bir anamnez alarak (yaparsak) hekimliğimize de kalite katabilir.” (VET73).

Görüş 122: “Mesela ben öncekinde (ön testte) çok gülererek haber vermişim. Şimdi gayet böyle ses tonumu düşürerek haber verdim.” (VET40).

Görüş 123: “Yani gerçekten kötü haberin nasıl verileceğini bilmiyordum. Bunu öğrenmiş oldum. Ne yapmamam gerektiğini (öğrenmiş oldum), bu daha önemli benim için. Onu da fark ettim. Benim için iyi oldu yani.” (VET38).

Görüş 124: “Ya ben de hasta sahibinin bulunduğu konumda bulunduğum zamanlar oldu. İlk defa kötü haber vermiyorum ama burada biraz daha böyle şey daha empatik hissettim diyebilirim. Klinikte böyle bir haberi verirken daha aniden geliştiği için sanırım bu kadar empati kuramıyorsun. Yani hem o şeyleri yaşadığım için hem de birazcık empati kurabildiğim için ben kendimi kötü hissettim. Gerginlik, tedirginlik, heyecan, telaş gibi değil daha çok “kötü” hissettim, üzgün hissettim. (...) Bazen böyle duruyoruz, şey oluyor, duygusuz gibi oluyor. Biraz böyle sarılmak mı lazım. Mesela ben bilmiyorum yani ağladığı zaman hayvan sahibinin ne yapacağını bilmiyorum. Sigara mı vereyim al şunu (diye) ((gülüyor)).” (VET58).

Görüş 125: “Ben mesela (kötü haberi verirken) gelir omzun böyle elimi koyardım. (Hasta sahibi) Düzelene kadar.” (VET51).

Görüş 126: “Ben biraz gergin hissettim hani sonuçta bir oyun kısmı var işin. Biraz gerildim. Sonra hiç bu kadar kötü bir haber vermediğim için heyecanlandım. Tam ne diyeceğimi de bilemedim. Heyecanlı-gergin- karışık. Yani ellerim ayağım titredi yani ((gülüyor)).” (VET64).

Görüş 127: “İlk önce böyle bir imkân bulduğum için çok teşekkür ederim. Çünkü şunu fark ettim iyi bir deneyim olduğunu düşünüyorum. Hani diğer çalıştığımız klinik ortamlarında da böyle bir ortamlarla karşılaşıyoruz ama kötü haber veren biz değildik. Bir taraftan biz duyduk. Ama burada gerek rol gereği gerekse içinde biraz gerçeklik de var. Ve bu bize mesleğimizin zorunluluğunun ne düzeyde olduğunu, hani nelerle karşılaşıp nelere karar verebileceğimizi ve sonucunda bir canlının, bir ailenin gerekirse bir yavrunun hayatı boyunca onu etkileyecek kararlara sahip olduğumuzu, açıkçası çok önemli bir şey bu. Hani çünkü bir hekimiz. Belirli bir canlı için karar veriyoruz. Bu iyi ya da kötü de olsa büyük bir sorumluluk.” (VET73).

Görüş 128: “Şöyle bir şey de var hocam. Şimdi belki bunu da kriter almak lazımdır. Mesela bizde VET42 çok güzel (kötü) haber vermiş ilkinde (ön teste). Çünkü o klinikte çalışmış bir süre. Bir de onlar var hani. Benim hiç klinik tecrübem yok.” (VET39).

Görüş 129: “ Bence iletişim dersi verilmeli kesinlikle. Hasta sahibi ile iletişim dersi verilmeli. Çünkü yani hani (kötü haber verme becerisi) bir yere kadar düzeltilebilir. Ama en azından bize bir yol göster(il)miş olur. Ben(im) hiç mesela. Arkadaşlarımın var klinik tecrübesi, benim hiç yok. Benim için bu (standart hasta sahibine kötü haber verme) bir deneyim. Farklı bir deneyim, bilmem de gereken bir durum. Bu duruma belki hiç girmesem; ben hiç bilmeden mesleğe ilk atıldığımda, hiç iletişim kurmayı bilmeden yaşaya yaşaya öğrenecektim. Bu da hem bana zaman kaybı hem belki hasta kaybı... Maddi-manevi olarak zarar görecektim. Bence olması gerekiyor kesinlikle.” (VET37).

Görüş 130: “Benim mesela yukarıda (kötü) haberi verirken kadın (standart hasta sahibi) üzülünce; ben kendimi –benim de köpeğim geçenlerde öldü- direk onun yerine koydum yani. O kadar üzuldüm; gözlerim doldu o anda yani.” (VET34).

2. SHS’lerle yapılan görüşmenin nitel verileri

SHS Görüş 1: “Hayvan, şöyle ki, daha önceki, çok önceden çocukluğumda diyeyim ya da gençliğimde evimiz bahçeli bir evdi. Köpeğimiz olmuştü. Ve gerçekten çok seviyordum. O çok farklı bir duyguydu. Hani nasıl desem gerçekten insan gibi böyle. Biz dışarda, okula gittiğimizde bizi gönderir ve gelince de hepimizin boynuna (beden dili ile anlatıyor) tek tek sarılırdı. Gerçekten bunu yaşadım ben. O kadar tatlı bir hayvandı ki. Hani bir kızdığımızda inanın küstüğünü görüyordum ben hayvanın. Hani bazen bazı zamanlarda onu ben yaşadım. Hissediyor, sevdiğin zaman çok farklı oluyor. Ya çok farklı bir duygu. Değişik bir duygu.” (SHS1).

SHS Görüş 2: “Yani evimizde bir muhabbet kuşum var ama. Yani böyle onunla daha çok annem ilgileniyor. Ben sadece seviyorum.” (SHS2).

SHS Görüş 3: “7-8 senedir diyeyim yani bu işle uğraşıyorum. Tesadüfen yani bu işe katılmam oldu. Bir arkadaşım Ankara Üniversitesi’nde bir ilan görmüştü. Katılalım mı dedik. Oraya gittik müracaatımızı yaptık. Görüşmeler yaptık. Daha sonra işte sağ olsunlar orada programa başladık. Çok da hani gerçekten emekleri oldu. Hocalarımızın, oradaki diyeyim. Bizim için baya bir uğraşı gösterdiler. (...) Ankara, Hacettepe, Gazi Üniversitesi’ne de gittim. Hacettepe’de dört, üç dört senedir oradayım. Ankara Üniversitesi’nde 7-8 sene. Şey Gazi yine öyle. Yani dönemlerde gidiyoruz, ilkbahar sonbaharda. Ama yine oraya da bir 7-8 senedir gidiyoruz. (...) Bizlere, bizim gibi işte ev hanımı olsun, ya da işte hepimize bir terapi gibi oldu. Ya ben çok mutluyum. Gerçekten keyif alıyorum. Hani ne derler hani insanın bomboş durmaktansa bir şeylere bir faydalı oluyoruz. Tabi ki mutlaka eksiklerimiz vardır. Yani çok belki de yapamadığımız ya da beceremediğimiz dönemler de oluyor. Çünkü insanın o psikolojiye kapılabilmesi gerçekten bazı zamanlarda zor oluyor ama hani güzel bir şey oldu benim için. Deneyim oldu. Çok mutlu oldum.” (SHS1).

SHS Görüş 4: “Ben bu işi yaklaşık bir buçuk senedir yapıyorum. Şu an çalışmıyorum. Zaten çalışmadığım için böyle bir işe yöneldim. Ama çalışmaya başlayınca sanırım sonlanacak. Maalesef. Yani sizi de etkilemek istemedim yani zaten biraz tarihleri öteledim açıkçası. Öyle yani. (...) Hacettepe’de kötü habere katıldım. Baş ağrısı, çeşitli olgu, zor hasta, dikiş... Her şey var yani.” (SHS2).

SHS Görüş 5: “Bu da çok farklı. Çünkü ben hiç böyle hayvanlar konusunu hiç işlememiştim. Yani yakinen gerçekten gördüm. Hatta bir hocamızla da beraber olduk (SHS eğitimi için klinisyen bir veteriner hekim ile görüşme yapılarak yardım istendi). İnanın ki şimdi hayvanlara karşı gerçekten

samimi söylüyorum çok farklı bir şeyim oluştu. Belki hani burada olmamın ya da sizin hani o bazı şeyleri görmem, anlatmanız, gerçekten bende çok farklı bir duygu oluşturdu. Yani şu anda bütün hayvanlara karşı böyle hani ne derler böyle insanın bir şeyi, gerçekten farklı bir duygu besliyorum. Hani bazen hatta evime alıp beslemeyi bile düşünüyorum inanın ki. Yani çok yani şeyi farklılığı. Tabi burada hayvanları işliyoruz, orada insanlarla ilgili. Her ikisi de çok güzel, çok farklı bir şey. (...) Ya bu da şöyle bir şey. Bir canlı için bir şeylere karar verebilmek. Bir sahip olarak. Gerçekten o duyguyu hissediyorsunuz. Zor bir şey. Hani ne yapacağınızı bilemiyorsunuz. Hani konuşmayan bir hayvan. Hani insanlar en azından bir şeyleri, dertlerini, sorunlarını anlatabiliyor. Ama bunlarda öyle bir duygu ki gerçekten bir zorluğu var. Hani sahip olarak, bir şeylere karar verebilmek gerçekten zor. Orada bir zorluk var.” (SHS1).

SHS Görüş 6: “Ya tabi birazcık daha veterinerlik fakültesinde gözlemlediğim kadarıyla biraz daha böyle direk giriyorlar konuya. Ama Hacettepe’de mesela daha böyle şey, biraz alıştırtıyorlar, daha sonra giriyorlar. İnsan olunca böyle biraz daha duygu mu giriyor artık bilmiyorum. Hani ben hayvanlar böyle daha bir sanki, biraz daha alıştırılması gerekmiş gibi düşünüyorum. Bilmiyorum evcil bir hayvanım yok ama. Biraz o garip gelmişti. Benim için de farklı bir deneyim oldu. Bunun dışında mesela çok iyi empati kuranlar da oldu, direk söyleyenler de oldu. Ama yani güzeldi benim açımdan. (...) Aynen çok değişiyor yani. Direk mesela şöyle bir grafik yok mesela. Değişiyor, kişiden kişiye değişiyor. Aynen ben çok şaşırdım mesela. Hacettepe’de mesela çok stabildi. Nadir böyle değişiyordu. Burada gerçekten çok değişiyor söyleyiş tarzı vesaire.” (SHS2).

SHS Görüş 7: “((İç çekiyor)) Ya gerçekten zaman zaman çok etkilendim. Yani gerçekmiş gibi gerçekten hissedebiliyorsunuz onu hani öyle düşünüyorsunuz. Bazı zamanlarda hani bazen hani şeyi geçiyor ama çoğu zaman da etkileniyor insan. Hani sonuçta kötü bir hastalık. Onun haberini almak, onun nasıl davranabileceğinizi, yani sonraki aşamada nasıl bir şey yapabilirim, nasıl bir faydalı olabilirim. Yani çok farklı bir şey. Değişik bir duygu evet.” (SHS1).

SHS Görüş 8: “Çok etkiledi. Yani gerçek bir olay olmadan bu kadar etkilenirsem gerçek bir durumda yıkılırdım herhalde. Ya bilmiyorum belki burada çok sakinim ama öyle gerçek bir şey olsa gerçekten yıkabilirdim burayı ağlayarak ne diyeyim. Hani çok zor. Çünkü dediğim gibi hani buradan çıktktan sonra gerçekten bir saat iki saat kafamı dağıtmaya çalışıyorum. Etkisi o yani. (...) Evet, zorlayıcıydı. Ya şu açıdan zorlayıcıydı. Hani bazen böyle karşıdan, kimisi mesela çok güzel gerçekten o an köpeğim hastaymış gibi hissediyordum ve gözlerim bile doluyordu. Ama bazen de böyle çok duygusuz hissediyordum kendimi. O açıdan bazen kendimi şey yapıyordum böyle hani “şu an köpeğim hasta ve o moda girmem lazım” diye zorladığım oldu. (...) Aynen kesinlikle. Ama zor bir şey. Buradan çıktktan sonra bir süre kendimi kötü hissediyordum diyebilirim.” (SHS2).

SHS Görüş 9: “Şimdi şöyle aynı senaryo tabi biraz şeyeşiyor hani. Böyle alışılmış gibi geliyor. İnsanın duygusu hep aynıymış gibi şey yapıyorsun. Ama gerçekten her defasında onu yaşayabiliyor insan. Tabi ki aynı şeyleri yapıyorum gibi düşünüyorsunuz ama olay biz oraya oturduğumuz zaman

farklılaşıyor. Hani kenarda durduğumda çok farklı hani öğrencinin gelip nasıl hani işte nasıl adapte olacağım deyip oturup tamamen o şeye bürünüyorsa gerçekten öyle olabiliyor insan. Tabi arada bir belki değişmeli daha farklı olabilirdi, bilmiyorum. Yani ben keyif aldım. Rahatlıkla hani şey yapabildim diye düşünüyorum hani. Adapte olduğumu düşünüyorum. Zaman zaman tabi ki aynı gibi oluyor ama. Çünkü şey aynı, konu aynı. Yapacağımız işlem aynı, rutin olduğu için, biraz o rutinlik oldu. Yoksa onun dışında değişen bir şey olmadı evet. (...) Şimdi şöyle sanki farklı olursa biraz daha hani şeyiniz farklılaşabilir. Hani verim olarak da hani söyleyeceğiniz kelimeler de tabi ki farklılık olabilir. Hani aynı şeyi her gün, hep söyleyince sanki klişe gibi oluyor ama. (...) Sanki öyle olabilir diye düşünüyorum. Senaryonun farklılaşması hani insanın verebileceği cevaplar farklılaşır. Belki hani o klişelikten çıkar... Ama şey sanki arada bir senaryonun değişmesi farklılaşır gibi düşünüyorum. Daha hani insan böyle bir hani çalışıyorsunuz farklı bir şey olur gibi, heyecan katar gibi düşünüyorum. Hani bu da heyecanlı değil miydi? Çok heyecanlıydı ama o da olabilir diye düşünüyorum.” (SHS 1).

SHS Görüş 10: “Bence senaryo değişirse daha iyi olabilir gibi geliyor. Çünkü mesela aynı senaryoda ilk başta şey diyordum “ötanazi nedir tam olarak” falan. Ama sonra bir alışkanlık oluyor. Çok böyle role giremiyorum. Ezberden gidiyorum gibi hissediyorum ben. Sanki farklı olduğunda daha böyle iyi role veriyorum kendimi, kendi açımdan böyle düşünüyorum. (...) (Kötü haber) negatif bir şey olduğu için. Hani ne bileyim daha böyle basit bir rahatsızlık olsa -arada- sanki daha iyi olur gibi geldi. Ama tabi ki sizin açınızdan nasıl olur bilemedim. (...) Sıkılmadım, ama dediğim gibi bazen böyle ezberlemişim de onu okuyormuşum gibi hissettim yani senaryoyu.” (SHS2).

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı: Aytaç

Soyadı: ÜNSAL

Doğum yeri ve tarihi: Keçiören, 1989

Uyruğu: TC

Medeni durumu: Bekâr

İletişim adresi ve telefon: Ziraat Mahallesi, Şehit Ömer Halisdemir Bulvarı, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, 06110, Altındağ, Ankara. Tel: 0(312) 317 03 15/4322

II- Eğitimi

Lisans: Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi (2007-2012)

Lise: Mamak Anadolu Lisesi (2003-2006)

Yabancı dili: YÖKDİL: 87,5 (İngilizce-Sağlık Bilimleri) Mart 2017

YDS:70 (İngilizce) 2016 Sonbahar

ÜDS: 73,75 (İngilizce-Sağlık Bilimleri) 2013 Sonbahar

III- Unvanları

Veteriner Hekim (2012)

IV- Mesleki Deneyimi

Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi (2013-devam ediyor)

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Biyoetik Derneği - Üye (2014-)

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Yayımları:

Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Sözlü ve Poster Bildiriler:

Unsal A (2012): *Abdominal Pressure Caused of Ascites Evaluation of the Effects for Heart, A.abdominalis, A.carotis communis and Vessels of Kidney*. 14th International Veterinary Medicine Scientific Research Congress, 71, Abstract Book, Istanbul. (Poster)

Unsal A, Yerlikaya N (2014): *Animals As A Source of Inspiration for Technology*. The 41st Congress of the World Association for the History of Veterinary Medicine (WAHVM), 10-13 September 2014, London.* (Poster)

Ünsal A (2012): *Araştırmalarda Hayvan Kullanımı, 3R Prensipleri ve Replacement*. 14th International Veterinary Medicine Scientific Research Congress, 62, Abstract Book, Istanbul. (Sözlü)

Unsal A, Yerlikaya N, Başağaç Gül, RT (2015): *The Good the Bad and the Ugly! A Pilot Study from Turkey*. Dept. of History of the University of Veterinary Medicine, Hannover & History Section of the German Veterinary Medical Society 18th Annual Conference, 13-14 November 2015, Berlin. (Sözlü)

Ünsal A (2016): *Sözlü Tarih Çalışmalarının Veteriner Hekimliği Tarihi Araştırmalarındaki Yeri, Rolü ve Önemi*. V. Ulusal Veteriner Hekimliği Tarihi Ve Mesleki Etik Sempozyumu, 25-27 Mayıs 2016, Bursa. (Sözlü)

Unsal A (2016): *The Book: "The History Of Veterinary Medicine" Through The Eyes Of An Anatomist*. Joint Conference EAVA & WAHVM 2016, 27 – 30th July 2016, Vienna, Austria.**(Sözlü)

Ünsal A, Başağaç Gül RT (2018): *Veteriner Hekimliği Eğitiminde Simülasyon Temelli Öğretimin Kötü Haber Verme Becerisine Etkisi, Alana Yönelik Tezler Oturumu, Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi-4*, 1-3 Mart 2018, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara. (Sözlü)

*Bu poster sunumunun özeti; Kongre Bildirileri Kitapçığında sehven yer almamıştır. Bu eksikliği giderebilmek için, yazarların "Animals As A Source of Inspiration for Technology" başlıklı poster sunumu ile kongreye katılımına dair Kongre Başkanından yazılı bir belge alınmıştır.

**Türkiye’de 15 Temmuz 2016 tarihli darbe girişimi nedeniyle yurt dışına çıkışlar yasaklandığından; sözlü bildiri kabul edilmiş ancak yurt dışına çıkılamadığı için sunulamamıştır. Mevcut basılı materyale (Kongre bildiri özetleri) ilişkin eksik beyanda

bulunmamak amacıyla Viyana'da gerçekleştirilen kongreye ait eserin künyesi listeye eklenmiştir.

Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

Ünsal A, Başağaç Gül RT, Yerlikaya N (2016): A preliminary study to conceptualize professionalism in the field of veterinary medicine, *Turkish Journal of Bioethics*, **3**(2):98-109.

Küçükaslan Ö, Başağaç Gül RT, **Ünsal A** (2017): The first female academicians in Turkish veterinary education, *Ankara Üniv Vet Fak Derg*, **64**, 255-260.

Ünsal A (2018): Yayın Hayatının 86. Yılında Veteriner Hekimler Derneği Dergisi'nin İçerik Analizi Üzerine Bir Araştırma, *Vet Hekim Der Derg*, **89**(1):56-66.

Diğer Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

Ünsal A (2014): Tarihte Kurban Ritüeli. Türk Veteriner Hekimleri Birliği Dergisi. **14**(1-2): 57-63.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Projeleri:

Asitesin Neden Olduğu Abdominal Basıncın; Kalp, A.abdominalis, A. carotis communis ve Böbrek Damarları Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi (Proje No:11Ö3338001), Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi Öğrenci Odaklı Araştırma Projesi (Başlama ve Bitiş Tarihi: 26.05.2011- 26.05.2012) -Yardımcı Araştırmacı

Ankara Veteriner Anatomi Müzesi Eğitim Projesi (Proje No: TUBİTAK 115B131) – Öğitmen

Verdiği konferans ya da seminerler:

Örneklerle Geçmişten Bugüne Kurban Ritüeli, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji AD, Doktora Programı Semineri, 2014, Ankara.

Veteriner Hekimliği Eğitiminde Oyunlaştırma Yöntemi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Veteriner Hekimliği Tarihi ve Deontoloji AD, Doktora Programı Semineri, 2015, Ankara.

“Dünyada ve Türkiye’de Veteriner Hekimliği”; Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi Halk Günleri Etkinlikleri, 11 Mayıs 2016, Ankara.

Süt Ürünlerinin İsimlendirilmesi ve Tarihçesi; Süt Ürünlerinde Gıda Güvenliği ve Tüketici Hataları Paneli, 12 Mart 2017, Ankara. (Davetli Konuşmacı)

VIII- Diğer Bilgiler

Eğitim Programı haricinde aldığı kurslar ve katıldığı eğitim seminerleri:

Üriner Sistem Radyolojisi ve Ultrasonografi Semineri, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, 2010, Ankara.

Numuneler Semineri, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, 2010, Ankara.

Köpeklerde Davranış Bozukluklarının Tedavisi, Ankara Bölgesi Veteriner Hekimleri Odası, 26 Haziran 2010, Ankara.

Hastalıkların Teşhisinde Moleküler Tanı ve Tekniklerin Kullanılması, 2217 ve 2221 numaralı TÜBİTAK BİDEP destekli Çalıştay, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, 14-16th October 2010, Ankara.

Liderlik Sohbeti Semineri, Liderlik Okulu, 2011, Ankara.

Kedi ve Köpeklerde Klinik Beslenme IV. Eğitim Semineri, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi, 4 Nisan 2012, Ankara.

Kişisel Gelişim Eğitimi, Ankara Üniversitesi Veteriner Fakültesi ve Veteriner Hekimler Derneği, 1 Haziran 2012, Ankara.

Scientific Research Management, Ankara University Faculty of Veterinary Medicine, 18-20th December 2012, Ankara.

Deney Hayvanları Kullanım Sertifikası Eğitimi, Ankara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (ANKÜSEM) ve Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu, 14-25 Ocak 2013, Ankara.

İş Dünyasında Yeni Trendler, İş Olanakları ve Seçenekler Semineri, Prometheus Danışmanlık, 12 Mart 2013, Ankara.

Pozitif Psikolojik Beceriler Geliştirme Eğitimi, Ankara Üniversitesi Sürekli Eğitim Merkezi (ANKÜSEM), 23 Mart 2013, Ankara.

TUBİTAK-ULAKBİM Editör ve Yazar 1. Eğitim Semineri, Hacettepe Üniversitesi, 4 Mart 2015, Ankara.

Etkili İletişim Projesi, Atölye Tempo Kişisel Gelişim ve Psikolojik Danışma Merkezi, 14-15-21-22 Temmuz 2016, Ankara.

Sözlü Tarih Çalıştayı, Koç Üniversitesi Vehbi Koç Ankara Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (VEKAM), 11-12 Kasım 2016, Ankara.

Tarım ve Gıda Etiği Eğitim Programı; Türkiye’de Tarım ve Gıda Etiğinin Geliştirilmesi ve Tarım Alanındaki Paydaşların Etik Karar Verme Kapasitelerinin Arttırılması Projesi- TR2012/0123.01-02/24; 9 Kasım 2016, 22 Şubat 2017.

Araştırma Görevlileri İçin Eğiticilerin Eğitimi Sertifika Programı, 19 Aralık 2016-24 Ocak 2017, Ankara Üniversitesi Hizmet İçi Eğitim Merkezi.

Nitel ve Nicel Analiz Yöntemleri Eğitim Programı, 06-10 Şubat 2017, Ankara Üniversitesi Hizmet İçi Eğitim Merkezi, Ankara Üniversitesi Rektörlük 100. Yıl Salonu.

Ulusal ve Uluslararası Proje Hazırlama Eğitim Programı, 21 Mart 2017, Ankara Üniversitesi Hizmet İçi Eğitim Merkezi, Eczacılık Fakültesi BAYER Salonu.

Evcil Hayvanlarda İstismar ve İhmal: Neden Endişelenmeliyiz?, 1 Nisan 2017, IVSA (International Veterinary Students Association) Ankara.

Evcil Hayvanlarda İstismar ve İhmal Çalıştayı- Abuse and Neglect Towards Domestic Animals Workshop, 1-2 Nisan 2017, IVSA (International Veterinary Students Association) Ankara.

Proje Eğitimi, Ekolojik Tarım ve Organizasyonu (ETO) Derneği Ankara Şubesi, 22 Nisan 2017, Ankara.

The Academic Publishing Process Workshop, Cambridge University Press, Ankara Üniversitesi Rektörlüğü 100. Yıl Salonu, 14.11.2017, Ankara.

Standart Hasta Yönetimi Çalıştayı, Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi-4, 1-3 Mart 2018, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Simülasyon Uygulamalarında Çözümleme Çalıştayı, Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi-4, 1-3 Mart 2018, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

Diğer üyelikleri:

Ankara Bölgesi Veteriner Hekimleri Odası - Üye (2014-)

Veteriner Hekimler Derneği - 69. Dönem ve 70. Dönem Yönetim Kurulu Üyesi (2015-)