

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PEDİATRİ HEMŞİRELİĞİ DERSİNİ ALAN
ÖĞRENCİLERİN BİLİŞÖTESİ FARKINDALIK
İLE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
DURUMUNUN PEDİATRİK KLİNİK STRES VE
AKADEMİK BAŞARI DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

KÜBRA SONAT

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR-2018

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2015970010

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PEDİATRİ HEMŞİRELİĞİ DERSİNİ ALAN
ÖĞRENCİLERİN BİLİŞÖTESİ FARKINDALIK
İLE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
DURUMUNUN PEDİATRİK KLİNİK STRES VE
AKADEMİK BAŞARI DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

KÜBRA SONAT

Danışman Öğretim Üyesi: DOÇ. DR. MURAT BEKTAŞ

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2015970010

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi **Kübra SONAT**, ‘**Pediatric Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık İle Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatric Klinik Stres Ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi**’ konulu Yüksek Lisans tezini **17.07.2018** tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Candan ÖZTÜRK

ÜYE

Yakın Doğu Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğretim Üyesi Dijle AYAR

ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üye. Suzan TEK

YEDEK ÜYE

Yakın Doğu Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Dr.Öğr.Üye. Gülçin ÖZALP GERÇEKER

YEDEK ÜYE

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
KISALTMALAR.....	vi
TEŞEKKÜR.....	vii
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2 Araştırmanın Amacı	6
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	
2.1. Bilişötesi Farkındalık Kavramı ve Önemi.....	7
2.1.1. Bilişötesinin Tanımlanması	7
2.1.2. Biliş ve Bilişötesi Arasındaki İlişki.....	9
2.1.3. Bilişsel Gelişim Bakımından Bilişötesi Farkındalık.....	11
2.1.4. Bilişötesi Farkındalığın Nöroanatomik temeli.....	14
2.1.5. Bilişötesinin İki Temel Kavramı: Bilişin Bilgisi ve Bilişin Düzenlenmesi.....	17
2.1.5.1. Bilişin Bilgisi (Bilişötesi Bilgi, <i>Knowledge of Cognition</i>).....	18
2.1.5.1.1. Açıklayıcı Bilgi (<i>Declarative Knowledge</i>).....	19
2.1.5.1.2. Prosedürel Bilgi (<i>Procedural Knowledge</i>).....	19
2.1.5.1.3. Durumsal Bilgi (<i>Conditional Knowledge</i>).....	20
2.1.5.2. Bilişin Düzenlenmesi (Bilişötesi Düzenleme, <i>Regulation of Cognition</i>).....	21
2.1.5.2.1. Planlama.....	22
2.1.5.2.2. İzleme.....	22

2.1.5.2.3. Değerlendirme.....	22
2.1.6. Hemşirelik Öğrencileri ve Bilişötesi Farkındalık.....	23
2.1.7. Hemşirelik Öğrencilerinde Bilişötesi Farkındalık ile İlgili Çalışmalar.....	24
2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı ve Önemi	27
2.2.1. Duygu, Duygu Düzenleme ve Biliş.....	27
2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenlemenin Nörofizyolojik Temeli.....	34
2.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Hemşirelik Öğrencileri.....	37
2.2.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Konusunda Yapılan Çalışmalar.....	38
2.3. Stres Kavramı.....	39
2.3.1. Hemşirelik Mesleği ve Stres.....	43
2.3.2. Pediatri Hemşireliği Öğrencilerinde Klinik Stres.....	48
2.3.3. Stres, Bellek ve Öğrenme İlişkisi.....	50
2.3.4. Hemşirelik Öğrencilerinde Klinik Stresin İncelendiği Çalışmalar.....	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	56
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	56
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	56
3.4. Çalışma Materyali.....	56
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	56
3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri.....	57
3.6.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu.....	57
3.6.2. Bilişötesi Farkındalık Envanteri	57
3.6.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	59
3.6.4. Pagana Klinik Stres Anketi.....	60
3.7. Araştırma Planı.....	61
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	62

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	62
3.10. Etik Kurul Onayı.....	62
4. BULGULAR.....	63
5. TARTIŞMA	
5.1. Bilişötesi Farkındalık, Akademik Başarı ve Klinik Stres Kavramlarının İlişkisi.....	79
5.2. Bilişsel Duygu Düzenleme, Akademik Başarı ve Klinik Stres Kavramlarının İlişkisi.....	84
5.3. Bilişötesi Farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Değişkenlerinin Birlikte Akademik Başarı ve Klinik Strese Etkisi.....	89
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	
6.1. Sonuçlar.....	93
6.2. Öneriler.....	94
7. KAYNAKLAR.....	95
8. EKLER	
EK-1 Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu.....	107
EK-2 Bilişötesi Farkındalık Envanteri.....	108
EK-3 Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	110
EK-4 Pagana Klinik Stres Anketi.....	112
EK-5 Bilişötesi Farkındalık Envanteri İzin Belgesi.....	113
EK-6 Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği İzin Belgesi.....	114
EK-7 Pagana Klinik Stres Anketi İzin Belgesi.....	115
EK-8 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	116
EK-9 Kurum İzinleri.....	117
EK-10 Etik Kurul Belgesi.....	118
EK-11 Arbis Özgeçmiş Formu.....	121

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Duyguların İşlenmesinde Görev Alan Beyin Yapıları.....	36
Tablo 2. Hemşirelerin Yaşadıkları Stres Kaynakları: Psiko-sosyal ve Örgütsel Tehlikeler.....	45
Tablo 3. Bilişötesi Farkındalık Envanteri Alt Faktörler.....	58
Tablo 4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği Alt Faktörler.....	59
Tablo 5. Öğrencilere İlişkin Sosyo-Demografik Bulgular.....	63
Tablo 6. Pearson Korelasyon Analizi.....	66
Tablo 7: Bilişötesi Farkındalık Düzeyindeki Değişimin Klinik Stres Düzeyini Yordaması...	73
Tablo 8: Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Klinik Stres Düzeyini Yordaması.....	74
Tablo 9: Bilişötesi farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Klinik Stres Düzeyini Yordaması.....	75
Tablo 10: Bilişötesi Farkındalık Düzeyindeki Değişimin Akademik Başarıyı Yordaması.....	76
Tablo 11: Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Akademik Başarıyı Yordaması.....	77
Tablo 12: Bilişötesi farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Akademik Başarıyı Yordaması.....	78

SEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1. Öz Düzenlemeli Öğrenme Teorisinin Bileşenleri.....	9
Şekil 2. Beynin Yapısına Dair Geliştirilen Modeller ve Bilişötesinin Nöroanatomik Temeli.....	16
Şekil 3. Bilişötesinin Alt Bileşenleri.....	18
Şekil 4: Duygu Düzenleme Süreç Modeli.....	28
Şekil 5: ‘Pediatri Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi’ İsimli Çalışmanın Planı.....	61
Şekil 6: Bilişötesi Farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Akademik Başarı ve Klinik Stres Düzeyine Etkisini Açıklayan Model Diyagramı.....	89

KISALTMALAR

AHNA: American Holistic Nurses Association

ANA: American Nursing Association

APA: American Psychological Association

BDD: Bilişsel Duygu Düzenleme

BDDÖ: Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

BDÖDSA: Bilişsel Duygu Düzenleme Diğerlerini Suçlama Alt Boyutu

BDÖFA: Bilişsel Duygu Düzenleme Felaketleştirme Alt Boyutu

BDÖKA: Bilişsel Duygu Düzenleme Kabul Alt Boyutu

BDÖKSA: Bilişsel Duygu Düzenleme Kendini Suçlama Alt Boyutu

BDÖODA: Bilişsel Duygu Düzenleme Olayın Değerini Azaltma Alt Boyutu

BDÖOYD: Bilişsel Duygu Düzenleme Olumlu Yeniden Değerlendirme Alt Boyutu

BDÖOYO: Bilişsel Duygu Düzenleme Olumlu Yeniden Odaklanma Alt Boyutu

BDÖPYYO: Bilişsel Duygu Düzenleme Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma Alt Boyutu

BDÖRA: Bilişsel Duygu Düzenleme Ruminasyon Alt Boyutu

BF: Bilişötesi Farkındalık

BFE: Bilişötesi Farkındalık Envanteri

BSN: Bachelor of Science in Nursing

ADN: Associated Degree in Nursing

DLPFK: Dorsalateral Prefrontal Korteks

ILO: International Labour Organization

IOM: Institute of Medicine of the National Academies

MBSR: Mindfulness Based Stress Reduction

OECD: Organization for Economic Cooperation and Development

OPFK: Orbitoprefrontal Korteks

PISA: Programme for International Student Assessment

ToM: Theory of Mind (Zihin Teorisi)

WHO: World Health Organization

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez aşamamın her safhasında kendisinden çok şey öğrendiğim,
danışmanım **Doç. Dr. Murat Bektaş’a**

Tezime katkılarından dolayı **Prof. Dr. Candan Öztürk’e** ve **Dr. Öğr. Üyesi Dijle Ayar’a**

Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik
Fakültesi Dekanlığı’na**

Çalışmamıza katılan **Değerli Öğrencilere**

Moral kaynağım, sevgili **Dostum Özgenur’a**

Veri girişi sürecinde, bana büyük bir kolaylık sağlayan makro yazılımı öğretip kullanmamı
sağlayan, her anımda yanımda olup, benden sevgisini ve desteğini esirgemeyen

Sevgili Nişanlım Ali’ye

Her zaman yanımda olan, hayattaki en büyük destekçilerim **Annem ve Babama**

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

PEDİATRİ HEMŞİRELİĞİ DERSİNİ ALAN ÖĞRENCİLERİN BİLİŞÖTESİ FARKINDALIK İLE BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME DURUMUNUN PEDİATRİK KLİNİK STRES VE AKADEMİK BAŞARI DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Kübra SONAT

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

İnciraltı / İzmir

Amaç: Bu çalışma pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 3. sınıf pediatri hemşireliği dersini alan 270 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu, Bilişötesi Farkındalık Envanteri, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Pagana Klinik Stres Anketi kullanılarak elde edilmiştir. Veriler 12 Nisan - 12 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar ve ortalama, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.66 ± 1.11 olup, genel not ortalamaları 76.16 ± 7.77 'dir. Öğrencilerin %77.8 (n=210) kadın ve %22.2'si (n=60) erkektir. Pagana klinik stres puanı ile bilişötesi farkındalık düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.32$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişötesi farkındalık durumu arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.59$, $p<0.01$). Çalışmadaki bilişötesi farkındalık değişkeni klinik stres durumundaki değişimin %10.4'ünü ($R^2=0.104$) açıklarken, bilişsel duygu düzenleme değişkenleri klinik stres durumundaki değişimin %18.1'ini ($R^2=0.181$) açıklamaktadır. Bilişsel duygu düzenleme ve bilişötesi farkındalık değişkenleri birlikte klinik stres durumundaki değişimin %24.5'ini ($R^2=0.245$) açıklamaktadır. Bilişötesi farkındalık değişkeni akademik başarı durumundaki değişimin %35.9'unu ($R^2=0.359$) açıklarken, bilişsel duygu düzenleme değişkenleri akademik başarı durumundaki değişimin %30.6'ini ($R^2=0.306$) açıklamaktadır. Bilişsel duygu düzenleme ve bilişötesi farkındalık değişkenleri birlikte akademik başarı durumundaki değişimin %44.3'ünü ($R^2=0.443$) açıklamaktadır.

Sonuç: Öğrencilerin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumları akademik başarılarını ve klinik stres düzeylerini etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Bilişötesi Farkındalık, Bilişsel Duygu Düzenleme, Pediatri Hemşireliği Öğrencisi, Klinik Stres, Akademik Başarı.

ABSTRACT

EFFECTS OF METACOGNITIVE AWARENESS WITH COGNITIVE EMOTION REGULATION STATUS ON PEDIATRIC CLINICAL STRESS AND ACADEMIC SUCCESS LEVELS OF STUDENTS WHO TAKE PEDIATRIC NURSING COURSE

Kübra SONAT

Dokuz Eylül University Faculty of Nursing

İnciraltı / İzmir

Aim: To examine the effects of metacognitive awareness with cognitive emotion regulation status on pediatric clinical stress and academic success levels of students who take pediatric nursing course.

Methods: The study sample comprised 270 pediatric nursing students. Data were collected by the Metacognitive Awareness Inventory (MAI), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Socio-Demographic Form and Pagana Clinical Stress Questionnaire (PCSQ). They were collected between 12 April and 12 May 2018. Mean value, percentage calculations, correlation analysis and regression analysis were used in the evaluation of the data. Significance level .05 was accepted.

Results: The average age of the students participating in the study is 21.66 ± 1.11 and the overall grade average is 76.16 ± 7.77 . 210 of the students participating in the research were female while 60 of them were male. A significant relationship was found between Pagana Clinical Stress score and Metacognitive Awareness level ($r=-.32, p<0.01$). There was a significant positive correlation between the academic achievement level and the level of Metacognitive Awareness ($r=.59, p<0.01$). The Metacognitive Awareness variant in the study explained 10.4% ($R^2=0.104$) of the change in clinical stress condition, while the Cognitive Emotion Regulation variants explained 18.1% ($R^2=0.181$) of the change in clinical stress condition. Cognitive Emotion Regulation and Metacognitive Awareness variables together account for 24.5% ($R^2=0.245$) of the change in clinical stress. The Cognitive Emotion Regulation variables account for 30.6% ($R^2=0.306$) of the change in academic achievement, while Metacognitive Awareness variables account for 35.9% ($R^2=0.359$) of the change in academic achievement is explained. Cognitive Emotion Regulation and Metacognitive Awareness variables together account for 44.3% of the change in academic achievement ($R^2=0.443$).

Conclusion: The levels of metacognitive awareness and cognitive emotional regulation of students influence academic achievement and clinical stress levels.

Key-words: Metacognitive Awareness, Pediatric Nursing Student, Clinical Stress, Academic Achievement, Metacognition, Cognitive Emotion Regulation.

1.GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization; WHO) sağlığın tanımını “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, fiziksel, mental ve sosyal olarak tam bir iyilik halini belirten durum” olarak ifade etmiştir (WHO, 2014). Sağlığın istenilen düzeyde olmasını sağlamak için kaliteli bir sağlık hizmeti verilmesi gereklidir. Bunun sağlanmasında sağlık personellerine büyük bir rol düşmektedir. Sağlık hizmetlerinin başarısı ise sağlık bakımı verecek personelin iyi yetiştirilmesine, bu personelin sağlık bakım sistemindeki değişiklikleri hastanın bakımını arttıracak şekilde kullanmasına bağlıdır (Ovayolu & Bahar, 2006; Tanner, 2012). Sağlık personelinin büyük çoğunluğu ise hemşirelerden oluşmaktadır. Hemşireler, çeşitli ortamlarda çalışan üç milyondan fazla üyesi ile sağlık iş gücünün en büyük bölümünü oluşturmaktadır (Institute of Medicine; IOM, 2010). Hastalarla en çok zaman geçiren sağlık personeli olan hemşirelerin niteliğinin gelişmesinin en önemli şartlarından biri eğitim kalitesinin yüksekliğidir (Öztürk & Karayagız, 2006; Ayyıldız ve ark, 2014; Ovayolu & Bahar, 2006).

Eğitim kalitesini değerlendiren en önemli faktörlerden biri, ölçme ve değerlendirme sonucu ulaşılan akademik başarı düzeyleridir (Bektaş & Kudubeş, 2014; Coutinho, 2008). Öğrencilerin akademik başarı düzeyleri ve başarıya ilişkin beklentileri bireylerin yaşamlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemekte, bu nedenle de bu iki faktörün saptanması son derece önemli olmaktadır (Ayyıldız ve ark, 2014; Beauvais, Stewart, DeNisco & Beauvais, 2014). Çalışmalar hemşirelik öğrencilerinin akademik başarısını; akademik zeka, duygusal zeka, yetenek, kişilik, ders çalışma alışkanlıkları, eğitime katılım ve motivasyon, öğreticinin davranışları, klinik stres düzeyleri, sosyo-demografik faktörler, finansal durum, bilişsel faktörler, arkadaş ortamı, değerlendirilme kaygısı, ruhsal iyi oluş ve meslek seçimi gibi birçok faktörün etkilediğini ortaya koymaktadır (Beauvais ve ark, 2014; Ayyıldız ve ark, 2014; Fernandez, Salamonson & Griffiths, 2012).

Akademik başarıyı etkileyen önemli faktörlerden biri ise klinik strestir (Shipton, 2002). Hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve becerilerinin profesyonelleşmesi ve gelişmesi için büyük bir öneme sahip olan klinik uygulama; öğrencinin sınıf ortamında edindiği teorik bilgiyi beceriye dönüştürmesine, yeni bilgi, teknolojik beceri ve iletişim yeteneklerinin geliştirilmesine ve güçlendirilmesine, hastalara ve ailelere ilişkin olarak kritik ve eleştirel düşünme becerilerini kullanmasına ve problem çözme yeteneklerini geliştirmeye yönelik

gerçek yaşam deneyimleri sağlar (Oermann & Lukomski, 2001; Jimenez, Martinez, Carmen & Diaz, 2010). Klinik deneyimler, öğrencileri bir ders kitabı ya da simülasyon yoluyla taşınamayacak gerçekliğin gerçeklerine aktarır (Oermann & Lukomski, 2001). Klinik uygulama, öğrenme ve beceri geliştirme için fırsatlar yaratsa da, öğrenciler, bilinmeyen bir ortamda hastalara bakarken, anlamlı bir derecede stres yaşamaktadır (Levett-Jones, Lathlean, Higgins & McMillan, 2009; Jimenez ve ark., 2010). Özellikle hem akademik başarıyı hem de klinik stresi bir çok faktör etkilerken, bu faktörlerden ikisi son zamanlarda daha fazla tartışılmaya başlamıştır. Bu iki faktör bilişsel duygu düzenleme ve bilişötesi farkındalıktır. Bilişsel duygu düzenleme; duygusal tepkilerin görünümünü, değerini, yoğunluğunu ve zamanlamasını değiştirmeyi amaçlayan dikkat ve düşünme süreçlerini ifade eder (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Easazadeh, 2016). Bir duygunun azaltılması, artırılması veya korunmasını ifade eden duygu regülasyonu; nörofizyolojik, bilişsel-deneyimsel duygu sistemleri arasındaki etkileşimleri içeren karmaşık bir süreçtir. Kısaca duygu düzenleme; duyguları anlama, duyguları deneyimleme ve ifade etme yeteneğidir (Feldman-Barrett, Gross, Chistensen, Benvenuto, 2001; Gross, 2002). Önceki çalışmalar, bilişsel duygu düzenleme süreçlerinin zihinsel iyi oluş ve strese karşı reaksiyonlarda önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur (Saedpanah, Salehi & Moghaddam, 2016; Easazadeh, 2016; Onat & Otrar, 2010). Araştırmalarda olumlu bilişsel duygu düzenleme kullanımının stresi azalttığı, başa çıkmayı kolaylaştırdığı saptanmıştır (Martin & Dahlen, 2005; Garnefski & Kraaij, 2006; Lazarus, 2006). Jimenez ve arkadaşları (2010), stresin özellikle klinik uygulamaların ilk döneminde daha şiddetli olduğunu, stres düzeylerinin uygulamaya çıkılan ilk günün başında yüksek olduğunu ve daha sonrasında azaldığını ifade etmektedir. Öğrenciler klinik ortamda çok yüksek bir stres düzeyine sahiplerse ve endişe verici klinik durumlarla baş edemiyorlarsa öğrenme engellenebilmekte ve bu durum öğrencinin başarısını olumsuz olarak etkileyerek akademik başarının düşmesine sebep olabilmektedir (Jimenez ve ark., 2010; Gaberson & Oermann, 1999; Farquharson, Bell, Johnston, Jones ve ark., 2013). Ayrıca, duygu düzenleme ve bilişsel süreçler arasında pozitif bir ilişki olduğu, yetersiz duygu düzenleme sonucu oluşan stresin, öğrencinin klinik performansını olumsuz olarak etkileyebileceği ve böylece klinik rotasyonda başarıya açık bir tehdit oluşturabileceği vurgulanmaktadır (Oermann & Lukomski, 2001).

Bilişsel duygu düzenleme ile birlikte ele alınan diğer önemli kavram ise bilişötesi farkındalıktır (Lyvers, Makin, Toms, Thorberg & Samios, 2013; Manser, Cooper & Trefusis,

2012). Bilişötesi farkındalık, kişinin belirli bir görevi planlama, izleme, değerlendirme ve anlama yoluyla stratejilerini kullanmasını, düşünme ve zihin süreçlerinin farkında olmasını, bilişsel süreçlerinin başarısını çeşitli alanlarda değerlendirebilmesini (hafıza, algı gibi), kendi öğrenme sürecinin farkında olması ve bunu kontrol etmesini içermektedir. Kısaca bilişötesi “bilişsel olaylar hakkındaki biliş” veya daha basitçe “düşünmeyi düşünmek” faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Lai, 2011; Flavell, 1979; Akın, Abacı & Çetin, 2007). Bilişötesi, bilişin düzenlenmesi sonucu davranışta bir değişim ve daha iyi öğrenme çıktıları sağlayarak etkin öğrenmede aracı bir rol oynamaktadır. Bilişötesinin, öğrenmede temel kavramlardan biri olduğunu bildiren “How People Learn: Brain, Mind, Experience and School” kitabında, öğretime yönelik üstbilişsel bir yaklaşımın, öğrencilerin öğrenme hedeflerini tanımlayarak ve bunları gerçekleştirmedeki ilerlemelerini izleyerek kendi öğrenmelerini kontrol etmeyi sağlayabileceği ve böylece etkin öğrenmeye yardımcı olabileceği ifade edilmiştir (Bransford, Brown & Cocking, 2000). Amerikan Psikoloji Birliği (APA), biliş ve bilişötesi farkındalığın etkili öğrenmede önemli faktörlerden olduğunu saptamış, bu doğrultuda oluşturduğu 14 maddelik “öğrenci merkezli psikolojik ilkeler” den ilk 6’sını bilişsel ve bilişötesi etkenler başlığı altında toplamıştır (APA, 1997). Bu kadar önemli olan bu faktörler hemşirelik eğitiminde de ele alınmaya başlanmıştır. Özellikle hemşirelik eğitiminde hemşirelik öğrencilerinin neyi ne kadar bildiğinin farkında olması; nasıl en etkili öğrendiği, nasıl bir strateji geliştirmesi gerektiği, planlamaları nasıl yöneteceği ve bu süreci nasıl kontrol edeceğini bilmeleri ve ona göre hareket etmeleri hem daha hızlı öğrenmelerini, akademik başarılarının artmasını hem de klinik stres düzeylerinin azalmasını sağlayacaktır (Coutinho, 2008; Benner, Sutphen, Leonard & Day, 2010). Ancak hemşirelik literatüründe bu ilişkiyi arayan çalışmalara rastlanılamamıştır.

Özel bir alan olan pediatri hemşireliği dersinde ise öğrencilerin pediatri hemşireliğinin öğreniminin zor olması, çocuklarla iletişim kurmanın zor olması, çocukların ağlamalarına ve acı çekmelerine dayanamama, pediatrik hastalıkların ilginç, karmaşık ve zor oluşu gibi düşüncelerinin pediatri hemşireliğine yönelik olumsuz tutumları ve klinik stresi arttırdığı vurgulanmaktadır (Düdükçü, 2005; Törüner & Erdemir, 2010). Özellikle olumsuz bu duygu ve bilişötesi düşünceler pediatri hemşireliği dersini öğretmede ya da öğrenmede olumsuz sonuçlar yaratmakta, akademik başarıyı düşürürken klinik stresi arttırabilmektedir. Ancak literatür incelendiğinde (O’Brien, 2013; Jang, 2016; Hong, Vadivelu, Gnanamalar ve ark., 2015; Por, Barriball, Fitzpatrick & Roberts, 2011; Coutinho, 2008; Pitt, Powis, Levett- Jones

& Hunter, 2012) bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun hemşirelik öğrencilerinde klinik stres ve akademik başarıya etkisini tek tek veya başka faktörlerle ele alan çalışmalar bulunmasına rağmen, bu dört faktörü hem hemşirelik öğrencilerinde hem de pediatri dersini alan öğrencilerde birlikte inceleyen çalışmalara ise rastlanılmamıştır.

Literatürdeki bu açığı göz önünde bulundurarak; bu çalışma, pediatri hemşireliği dersi alan öğrencilerinin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarıya etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Çalışma pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

- H1: Bilişötesi farkındalığın akademik başarı üzerine etkisi vardır.
- H2: Bilişötesi farkındalığın pediatrik klinik stres üzerine etkisi vardır.
- H3: Bilişsel duygu düzenleme durumunun akademik başarı üzerine etkisi vardır.
- H4: Bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres üzerine etkisi vardır.
- H5: Bilişötesi farkındalık ve bilişsel duygu düzenleme değişkenlerinin birlikte akademik başarı ve klinik strese etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bilişötesi Farkındalık Kavramı ve Önemi

2.1.1. Bilişötesinin Tanımlanması

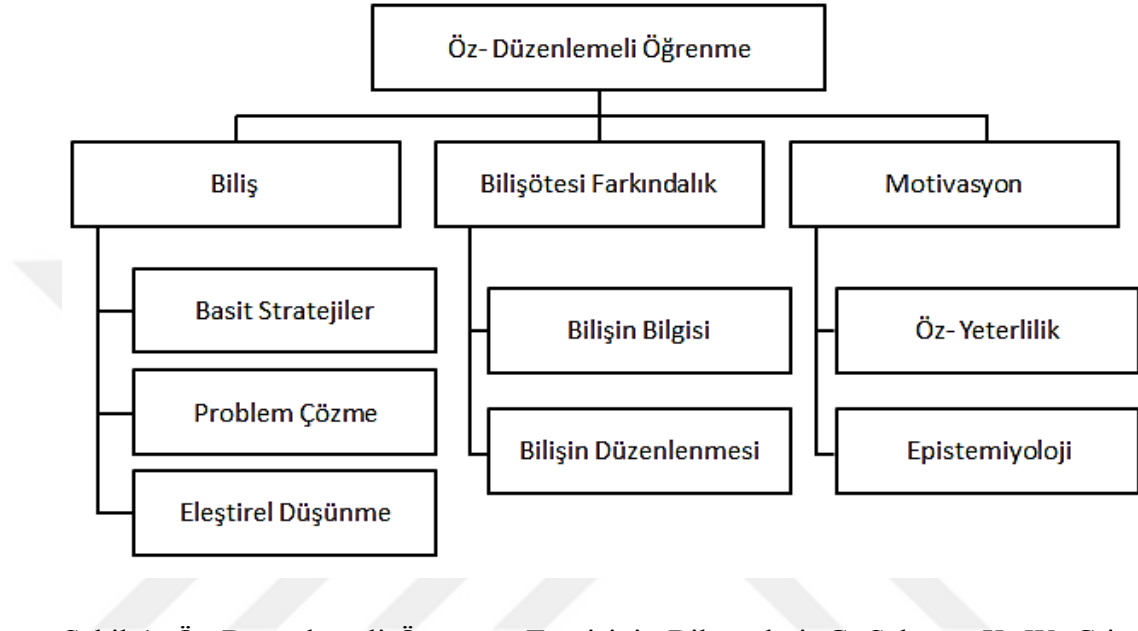
Bilişötesi (*Metacognition*) kavramı, genel olarak biliş hakkında biliş, düşünme hakkında düşünme faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Lai, 2011). 17. yüzyılda felsefi bir söylem olarak karşımıza çıkan bu ifadenin kavramlaştırılması ve tanımlanması 1976’ da Flavell’in çocukların ileri bellek kapasiteleri hakkında yaptığı bir çalışmasıyla mümkün olmuştur. Flavell, çocukların bilişsel gelişimi ile ilgili yaptığı bu çalışmalar sonucunda ilk kez ‘metabellek’ (*metamemory*) terimini kullanmış ve daha sonra bu kavramı genişletmiştir. “Kişinin kendi bilişsel süreçleri ve ürünleri ya da bunlarla ilgili herhangi bir şey hakkında bilgi sahibi olma” ve “bu süreçlerin aktif olarak izlenmesi ve sonuçlarının düzenlenmesi” olarak ifade edilen ‘bilişötesi’ (*metacognition*) terimini literatüre kazandırmıştır (Flavell, 1979; Lai, 2011).

Bilişötesi, aradan geçen yaklaşık 40 yılda bilişsel psikoloji ve eğitim araştırmalarının en önemli alanlarından biri haline gelmiştir. Bilişötesi alanında araştırma faaliyeti, "alanın babası" olarak kabul edilen John Flavell ile başlamış ve bundan sonra muazzam miktarda deneysel ve teorik araştırmalar kaydedilmiştir (Tarricone, 2011). Karmaşık ve soyut bir kavram olan bilişötesini tanımlamak basit değildir. Esasen “düşünme hakkında düşünme” olarak tanımlansa da bu alanda çalışan araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlar yapıldığı görülmektedir (Lai, 2011). Bu sebeple bilişötesi, tanımları ve bileşenleri araştırmacılar arasında geniş çeşitlilik göstermesi nedeniyle çok boyutlu (*multidimensionnel*) bir kavram haline gelmiştir. Çok tanımlılığın en önemli nedenlerinden biri de, aynı kavrama işaret eden birçok terimin (öz-düzenleme, öz-yeterlik, meta-kavrama, biliş, yansıtma, meta-önsellik, motivasyon, eleştirel düşünme, bilişötesi, metakognitif bilgi, bilişsel farkındalık, üstbiliş, metabiliş, bilişüstü, bilişötesi farkındalık, metabellek, üstbilişsel inanç, üstbilişsel farkındalık) bulunması ve bu terimlerin alan-yazında sürekli aynı kavramı kastetse dahi birbirlerinin yerine kullanılmasıdır (Tanner, 2012; Tarricone, 2011). Zamanla tanımların farklılaşarak genişlemesi, alan ile ilgili çalışmalar için olumsuz durum teşkil ederek eleştirilere sebebiyet verse de tüm çalışmalar ‘metacognition’ olarak algılanıp yürütülmektedir. Bu araştırmada da incelenen ‘metacognition’ kavramı, kullandığımız ölçeğin etkisiyle yaygın olarak ‘bilişötesi farkındalık ve bilişötesi’ terimleriyle kullanılacaktır.

Bilişötesinin bu zamana kadar yapılmış tanımlarında, kavramın farklı yönlerine değinilmiştir. Flavell (1979) bilişötesini; iletişim, okuduğunu anlama, dil öğrenimi, sosyal biliş, dikkat, kendi kendini kontrol (*self-control*), hafıza, kendi kendine öğrenim (*self-instruction*), yazma, problem çözme ve kişilik gelişiminde çok önemli bir role sahip bir üst sistemdir diyerek tanımlamıştır. Koriat (2002), bilişötesini genel olarak biliş hakkındaki bilişe atıfta bulunan, ve aynı zamanda bilişsel süreçleri içine alan kendi kendini düzenleme süreçleridir şeklinde tanımlarken; Kuhn (2000), bireyin öğrenme stratejilerini bilmesi ve bildiği stratejileri öğrenme sırasında etkili olarak kullanma becerisi olarak tanımlamışlardır. Desoete ve Roeyers (2002), kişinin kendi zihnindeki işlevlerin farkında olması ve bu süreçler üzerindeki aktif kontrolünü kapsayan bir sistem olarak tanımlama yapmıştır. Bu tanımların ortak yanlarını ise; “bilişsel olaylar hakkındaki biliş”, “düşünmeyi düşünme” “neyi bilip neyi bilmediğimizi bilme”, “düşüncenin değişik yönlerinin farkındalığı” şeklinde ifade edebilmekteyiz (Koriat, 2002; Kuhn, 2000; Desoete & Roeyers, 2002).

Bilişötesi farkındalık, öğrenmede başarıya ulaşmak için gerekli olan öz-düzenlemede temel bir rol oynamaktadır (Akın, Abacı & Çetin, 2007; Pintrich, 2002). Bu açıdan bilişötesi literatür gözden geçirilirken, özellikle öz-düzenleme (*self-regulated learning*) kavramından bahsedilmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Schraw, Crippen & Hartley, 2006; Schunk, 2001; Zimmerman & Schunk, 2011; Howell ve ark., 2010). İlk olarak sosyal bilişsel öğrenme teorisinin kurucusu olan Albert Bandura tarafından bahsedilen öz-düzenlemeli öğrenme; kişinin bağımlı öğrenenden bağımsız öğrenene geçişi üzerine odaklanmıştır. Kısaca öz-düzenlemeli öğrenme; kişinin kendi öğrenme sürecine hakim olmasını ve öğrenme olayının bireysel olarak düzenlenmesini içermektedir. Schraw, Crippen ve Hartley (2006)’e göre, öz-düzenlemeli öğrenme, üç bileşenin etkileşiminden oluşmaktadır. Bunlar; bilişötesi farkındalık, biliş ve motivasyondur (Şekil-1), (Schraw ve ark., 2006). Öz-Düzenlemede biliş; öğrenmenin basit stratejilerini, eleştirel düşünme ve problem çözme becerilerini ifade eder (Schraw ve ark., 2006). Özellikle bilişle alakalı olan eleştirel düşünme bireylerin mantıklı kararlar almalarını sağlayan becerileri ifade etmektedir. Aynı zamanda eleştirel düşünme ile kişi bilişlerine gelen bilgiyi düzenlemekte ve bilgiler içerisinde belirli kısımları alarak değerlendirmektedir. (Kuiper & Pesut 2004; Lai, 2011). Diğer kavram olan problem çözme de öğrenmenin bilinçli hale gelmesini sağlamaktadır (Kuiper & Pesut, 2004). Öz-düzenlemeli öğrenmede bilişötesi; öğrenenlerin bilişsel süreçlerini anlamalarını ve izlemelerini sağlayan beceriler olarak ifade edilmiştir. Motivasyonel süreçler ise temel olarak öz-yeterlilik ve

epistemiyoloji kavramlarından oluşmaktadır. Öz-yeterlilik, bireyin kendi yeteneğine olan güvenini ifade eder. Öğrenme ve başarıda etkili olduğu ifade edilen epistemiyoloji terimi ise; öğrencilerin bilişsel ve duyuşsal süreçlerini harekete geçirmelerinde, karşılaştıkları yeni bilgiyi yapılandırmada ve öğrenmenin gerçekleşmesinde rol oynamaktadır (Dursun Sürmeli & Ünver, 2017; Schraw ve ark., 2006).



Şekil 1. Öz Düzenlemeli Öğrenme Teorisinin Bileşenleri. G. Schraw, K. W. Crippen ve K. Hartley, 2006, “Promoting Self-Regulation in Science Education: Metacognition as Part of a Broader Perspective on Learning”, Research in Science Education, 36, p. 113. makalesinden uyarlanmıştır.

Buraya kadar, bilişötesini hakkında araştırmalar yürütenlerin bilişötesini nasıl tanımladıkları açıklanmıştır. Görüldüğü gibi, bilişötesinin ne şekilde tanımlanacağı konusunda bir fikir birliğine ulaşılmış olmasa da kuramsal olarak birçok araştırmacının kabul ettiği bir yapıya sahiptir.

2.1.2. *Biliş ve Bilişötesi Arasındaki İlişki*

Bilişötesi kavramını açıklarken, biliş ve bilişötesinin tam tanımlarını bilmek ve aralarındaki ilişkiyi ortaya koymak oldukça önemlidir. Birbirleriyle ilişkili olmalarına rağmen biliş ve bilişötesi kavramları farklıdır. Biliş ve bilişötesi arasındaki sınır çizgisinin belirlenmesi, bu iki çizginin sıklıkla üst üste gelme eğilimi göstermesi sebebiyle, çoğu zaman zordur (Pintrich, 2002). Temel olarak biliş; hafıza, öğrenme, problem çözme, dikkat ve karar

verme gibi zihinsel süreçlerle ilgilenirken, bilişötesi; bireyin biliş üzerinde aktif bir kontrole sahip yüksek bilişsel süreçleri ile ilgilenmektedir (Lai, 2011; Dunlosky & Metcalfe, 2009).

Biliş, insanların hafıza, öğrenme, problem çözme, değerlendirme, akıl yürütme ve karar verme gibi günlük temelde meşgul oldukları tüm zihinsel süreçler ve beceriler olarak tanımlanabilir. Biliş, zihinsel süreçlerle yeni bilgi üretmeye yardımcı olur ve ayrıca insanların günlük hayatta sahip oldukları bilgileri kullanmasına yardımcı olur. Algısal süreçler sonunda ulaşılan durumu ifade eden biliş; bilme, düşünme, algılama, muhakeme, akıl yürütme, hatırlama, problem çözme gibi bütün zihinsel işlevleri içine alır (Cüceloğlu, 1991; Arık, 1995). Başka bir ifade ile biliş; duyuşal girdilerin algılanmasından, belleğe depolanmaya ve eleştirel ve mantıksal yaklaşım sonucu yeniden değerlendirilmesine kadar olan süreçler olarak tanımlanabilmektedir (Arık, 1995; Smith & Kosslyn, 2017).

Bilişötesi ise, bireyin; kendi öğrenmesinin ve bellek kapasitesinin limitlerini bilmesi, belirli bir sürede ne kadar öğrenebileceğini ve öğrenme stratejilerinin hangilerinin etkili hangilerinin etkisiz olduğunu bilebilmesi, öğrenme esnasında başarılı olacağını düşündüğü bir yaklaşımı planlaması, yeni materyalleri işleme ve öğrenmede etkili öğrenme stratejilerini kullanması, kendi bilgisini ve kavramasını izlemesi, başka bir deyişle bilgiyi ne zaman öğrendiğini veya öğrenmediğini bilmesini içerir (Lai, 2011; Tarricone, 2011).

Bilişötesi ve biliş arasındaki ilişkiyi anlamak önemlidir. Bu ikisi arasındaki ana fark, bilişin, kişinin bir dünyayı algılayabilmesi için çeşitli zihinsel süreçlere girmesine yardım ederken, bilişötesinin bir adım daha ileri gitmesinden kaynaklanmaktadır. Bilişötesi, bilişsel süreçlerin aktif kontrolü ile ilgilenir. Bu nedenle, bilişötesi genellikle bilişsel bir aktivitenin önündedir Schraw ve Dennison (1994), biliş ile bilişötesi arasındaki farkı; ‘biliş bilgi işleme süreci olarak açıklanırken, bilişötesi bilgi işleme sürecinin nasıl gerçekleştiğinin bilgisidir’ şeklinde açıklamaktadırlar. Schneider ve Lockl (2002)’e göre ise biliş, öğrenme süreci ve bilginin oluşturulması için gerekli iken bilişötesi, kişinin kendi sürecini izlemesi, geliştirmesi, değerlendirmesi ve bilgilerini yeni durumlara uygulaması için gereklidir. Özetle bilişötesi, bir görevin nasıl yerine getirileceğini anlamak için gerekliyken, biliş ise sadece görevi yerine getirmek için gereklidir (Schraw & Moschman, 1995).

Bilişötesi düzenleme; bilişsel etkinliklerden önce (planlama), etkinlik esnasında (izleme) veya etkinliklerden sonra (değerlendirme) meydana gelirler. Bilişötesi ve biliş

arasındaki ilişkiye örnek olarak; okurken kendini izleme stratejisini kullanan bir öğrenciyi verebiliriz. Öğrenci okuduğunu kavrayamadığını (bilişötesi) bilmektedir. Aynı zamanda, bir kavram haritası oluşturduğunda veya özet çıkardığında (biliş) metni daha iyi anlayabileceğini de bilmektedir. Bu örnekte de görüldüğü üzere bilişötesi, bilişsel etkililik için temel bir gereklilik olmaktadır (Lai, 2011; Dunlosky & Metcalfe, 2009).

2.1.3. Bilişsel Gelişim Bakımından Bilişötesi Farkındalık

Birçok araştırmacı çocuklarda bilişötesi yeteneklerin yaşla birlikte geliştiği sonucuna varmış ve bu gelişimin beyin ve sinir sisteminin olgunlaşması, aynı zamanda bireyin çevreye uyum sağlaması sonucunda oluşan zihinsel ve bilişsel davranışlardaki gelişme ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir (Lai, 2011; Schneider & Lockl, 2002; Pintrich, 2002; Johnson & Wellman, 1980). Aynı zamanda bilişötesi yeteneklerin kazanılmasında öğretimin etkisinin, olgunlaşmanın etkisinden daha fazla olduğu vurgulanmıştır (Gage & Berliner, 1988, akt. Senemoğlu, 1998). Bu açıdan, çocuklarda bilişötesi araştırılırken bilişsel gelişim düzeyi ile öğretiminin etkisi birlikte göz önüne alınarak incelenmesi gerektiği ifade edilmektedir (Lai, 2011).

İnsanın düşünme ve anlama yeteneği edinme süreci olan bilişsel gelişim; düşünme yollarının etkili hale gelmesi ve zihinsel faaliyetlerde aktif gelişmeler olması şeklinde tanımlanmaktadır (Özdemir ve ark., 2012; Özsoy, 2008). Piaget'nin bilişsel gelişim araştırmaları, küçük çocukların bilişötesi kapasitesi hakkındaki bilgilerin temelini şekillendirmede oldukça etkili olmuştur (Lai, 2011). Bilişsel gelişimi biyolojik ilkelerle açıklayan Piaget (1976), iki-altı yaş arasını işlem öncesi, yedi-11 yaş arasını somut işlemler, 11 yaş ve üzerini ise soyut (formal) işlemler evresi olarak adlandırmıştır. Piaget, işlem öncesi dönemdeki çocukların; başkalarının bakış açılarının kendininkinden farklı olabileceğini anlayamadıklarını ve bu sebeple algısal, duygusal ve kavramsal olarak benmerkezci oldukları sonucuna varmıştır. Piaget'e göre çocuklar somut işlemler döneminde karmaşık problemleri somut olduğu sürece çözebilirler ve kurgulanmış problem durumlarında alternatif çözümler üretebilirlerken; soyut işlemler evresinde, mantıksal kanıtlar üzerinde soyut ve analitik düşünebilir ve mantık süreçlerini çeşitli sorunlara uygulayabilirler. Başka bir ifade ile, 11-12 yaşlarından itibaren çocuğun mantık örüntüsü ve düşünme sistematığı, bir yetişkininki kadar gelişmiş durumdadır (Piaget, 1976; Özsoy, 2008; Çavuşoğlu, 2015).

Bilişötesinin gelişimi incelenirken dikkat edilmesi gereken başlıca unsurlardan birisi çocukların zihinsel fiilleri hangi yaştan itibaren anlayabildiğidir. Schneider ve Lockl (2002), çocukların ‘düşünme, hatırlama, bilme ve unutma’ gibi bazı önemli zihinsel fiilleri hangi yaşlardan itibaren bildiklerinin önemli olduğunu ve açıklayıcı bilişötesi bilginin gelişiminin, bu zihinsel fiillerin ne olduğunun tam olarak anlaşılmasıyla mümkün olacağını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda dört yaşından itibaren, zihinsel durumlara doğru bir şekilde uygulanabilen bu fiillerin, yaş ilerledikçe kullanımındaki uygunluğun da doğru orantılı olarak arttığı belirtilmiştir (Schneider & Lockl, 2002; Johnson & Wellman, 1980; Lai, 2011). Bu konu hakkındaki genel görüş, okul öncesi dönemdeki çocuklar bellek konusunda sınırlı bir anlayışa sahip görünse de, zihinsel fiilleri iyi anladıklarını yönündedir. Küçük çocukların zihinsel fiilleri anlaması ve düşünce sistemlerinin araştırılması, zihin teorisi (*Theory of Mind*) kavramının literatüre girişi ile farklı bir bakış açısı kazanmıştır. Zihin teorisi (ToM); çocukların zihinsel durumları (inanç, niyet, bilgi, istek gibi) kendisiyle ve başkalarıyla ilintilendirme, aynı zamanda başkalarının da farklı inanç, istek ve niyetlere sahip olabileceğini anlama becerisidir. Başka bir ifade ile ToM, diğer kişilerin kendisinininkinden farklı bir zihne sahip olduğunu fark edebilme becerisini ifade eder. Schneider (2008), üç yaşındaki çocuğun ToM ile bilişötesi bilgi ve üstbelleğin (metamemory) gelişimi arasındaki ilişkiyi araştırma amacıyla üç ila beş yaş arasındaki 174 çocuğu izlemiştir. Schneider ayrıca bilişötesi bilgi ve üstbelleğin gelişiminde dil yeteneğinin rolünü incelemiştir. Çalışmanın sonuçları; ToM, üstbellek ve dil yeteneğinin yaşla birlikte istikrarlı bir şekilde arttığını göstermiştir. Sonuçlara göre, üç yaşındaki çocuğun güçlü bir dil yeteneğinin olması, beş yaşında güçlü bir üstbelleğinin oluşacağının belirgin bir öngörücüsüdür. Schneider, ToM’un, küçük çocuklardaki bilişötesi bilginin gelişimini ve kelime edinimini kolaylaştırdığını varsaymıştır (Schneider, 2008).

Çocukların bilişötesi düzeylerini incelemek amacıyla planlanan ilk araştırmalardan biri Kreutzer, Leonard ve Flavell tarafından 1975’ de yapılmıştır. Bu araştırmada; anaokul düzeyi ile 1., 3. ve 5. sınıf düzeyindeki öğrencilere (her gruptan 20 öğrenci olmak üzere) hafıza veya hafıza ile ilgili bilgilerini örneklemek için çeşitli sorular yöneltilmiştir. Örneğin çocuklara, ‘Arkadaşına telefon etmek istersen ve birisi sana telefon numarasını söylemişse, numarayı duyduktan hemen sonra aramış olmanla, önce su içip sonra numaraları çevirmeyi denemen arasında bir fark olur muydu?’, ‘Sana hızlıca bakıp hatırlaman için 10 şey verdiğimde ve bunlardan altısını hatırladığında, arkadaşlarının kaçını hatırlıyabileceğini düşünüyorsun?’,

Birinin telefon numarasını hatırlamak istediğinde ne yaparsın?, zıt kelime çiftlerini kullanarak hatırlamak (beyaz-kırmızı, çatal-bıçak ve ağlamak-gülmek), birbirleriyle ilişkisiz kelimeleri hatırlamaktan daha kolay mıdır?’ gibi sorular sorulmuştur. Çalışmanın sonucu, bellek kapasitesinin farkındalığı, bilişsel süreçlerin yönetimi ile ilgili değişkenlerin yaş faktörü ile pozitif ilişkili olduğunu göstermiştir. Örneğin; altı yaşındaki çocukların %70’i zıt kelime çiftlerini hatırlamanın ilgisiz kelime çiftlerini hatırlamaktan daha kolay olduğunu fark etmezken, 11 yaş ve sonrasındaki çocukların %100’ü zıt kelime çiftlerini hatırlamanın daha kolay olduğunu belirtmişlerdir ve diğer soruların çoğunda da benzer oranlar gözlemlendiği ifade edilmiştir. Aynı zamanda daha küçük yaştaki çocukların hafızaları hakkında temel bilgiye sahip oldukları fakat kapasitenin farkındalığı gibi ileri düzey işlevlerin yaşla doğru orantılı olduğu ifade edilmiştir. Sonuçlar, bu becerilerin okul öncesi çocuklarda var olduğunu ve ilköğretim boyunca hızla arttığını göstermektedir (Kreutzer, Leonard & Flavell, 1975).

Birkaç araştırmacı tarafından bilişötesi beceriler hakkında yapılan ilk çalışmalar, küçük çocukların bu becerilerini göz ardı etmiştir. Bilişötesinin geç gelişmekte olan bir beceri olduğuna karar verme eğiliminde olan araştırmacılar, uzun yıllar boyunca çocukların bu becerileri sekiz-10 yaşından önce geliştirmediklerini ileri sürmüştür (Swanson, 1990; Flavell, 1979). Flavell (1979), üst bellek hakkında yaptığı çalışmada, küçük çocukların birtakım nesneleri ezberleme yeteneklerini değerlendirmekte (*self-assessment*) ve yazılı talimatları anlama konusunda güçlük çektiklerini ileri sürmüştür. Aynı zamanda küçük çocukların görev performansı sırasında düşüncelerini izlemede ve bilişsel bilgi ve bilişsel düzenlemeyi bütünleştiren bilişötesi farkındalığı oluşturmakta güçlük çektiklerini belirtmiştir. Ancak, daha yakın tarihli deneysel çalışmalar, daha önceki çalışmaların sonuçları hakkında şüphe uyandırmıştır. Örneğin, Schraw ve Moshman (1995), bilişsel bilgi, yaşla birlikte gelişme eğiliminde olmasına rağmen, dört yaşına kadar, çocukların kendi düşüncelerini çok basit bir düzeyde teorik hale getirebildiklerini ve öğrenmelerini düzenleyen basit teorileri kullandıklarını ifade etmiştir. Benzer şekilde Whitebread ve arkadaşları (2005), üç-beş yaşlarındaki çocukların problem çözme sürecinde bilişsel düzenleme ve duygusal durumların düzenlenmesi de dahil olmak üzere sözel ve sözsüz bilişötesi davranışlar sergilediklerini ifade etmişlerdir.

Özetle, bilişötesi hayatın erken dönemlerinde çocuğun öncelikle kendi aklı, sonrasında diğerlerinin aklını fark etmesiyle başlar, fakat diğer entelektüel beceriler gibi, bilişötesi

beceriler zamanla ve öğretimle gelişirler. Bilişötesi kavramının araştırıldığı ilk yıllarda çalışmalar, bu becerilerin genellikle yavaş geliştiğini ve geç yaşlarda ortaya çıktığını ifade etse de, güncel araştırmalar küçük çocukların bilişötesi becerilerinin, önceki çalışmalarda kabul edilenlerden daha donanımlı olduklarını göstermektedir. Yurtdışı literatürün, küçük çocukların bilişötesi becerilerinin nasıl geliştirilebileceği üzerine yoğunlaşmaya başlamış olması, bilişötesi becerilerin doğal gelişim sonucunda kazanılmasını beklememek gerektiğini göstermektedir (Whitebread & Coltman, 2010). Bu çalışmalar, bilişötesi becerilerin kazanılmasında öğretimin etkisinin, tek başına olgunlaşmanın etkisinden çok daha fazla olduğunu ifade etmektedir (Whitebread ve ark., 2005; Gage & Berliner, 1988; Akt. Senemoğlu, 2005).

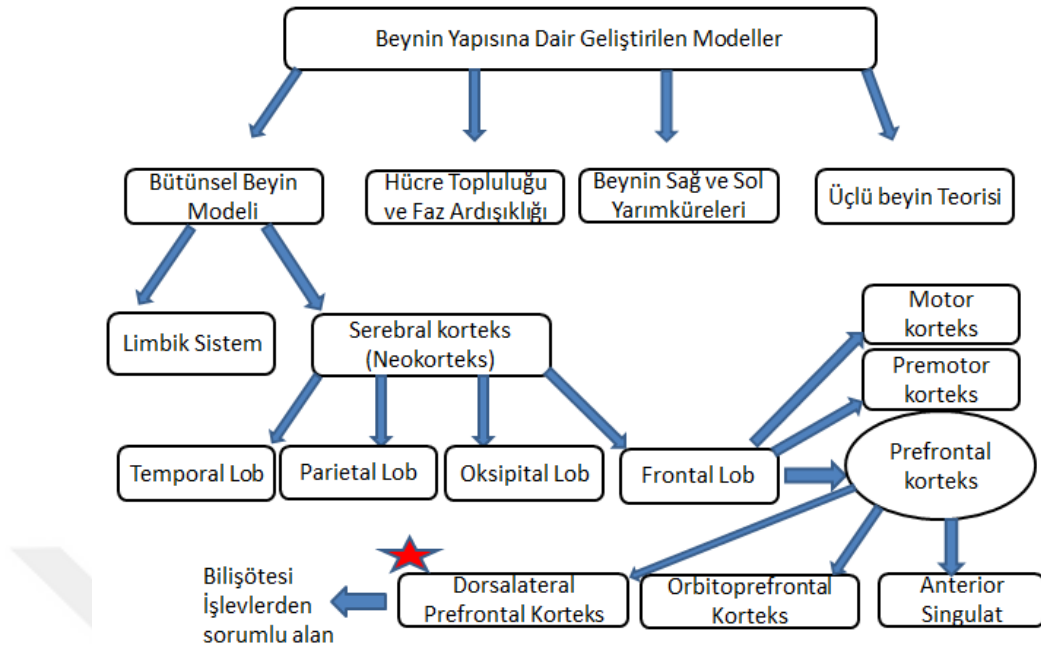
2.1.4. Bilişötesi Farkındalığın Nöroanatomik Temeli

Bilişötesi farkındalık kavramının hangi nöroanatomik temellere dayandığı hakkında bilgi sahibi olmamız bilişötesinin anlaşılmasında önemlidir (Fleming & Dolan, 2012). Son yıllarda bilim ve teknolojiye hızlı gelişmeler; beyinle ilgili fizyolojik, anatomik bilgilerimizin artmasını sağlamış ve düşünme, yaşama, öğrenme hakkındaki görüşlerimizi hızlı bir şekilde geliştirmiştir. Bu gelişmelerle birlikte farklı bilim adamları tarafından beyin yapısına dair değişik modeller ortaya atılmıştır (Şekil-1) (Onan, 2010; Levine, 2017). Beyin modelleri üzerine şimdiye kadar geliştirilen yaklaşımlardan Herrmann, kendisinden önceki çalışmalardan yararlanarak (kendi düşünceleri, Mac Lean'ın analizi ve Spreery'nin çalışması ile iki ayrı teoriyi birleştirerek) Bütünsel Beyin Modelini (*Whole Brain Model*) geliştirmiştir. (Onan, 2010; Herrmann, 2003). Günümüzde en güvenilir beyin modeli olarak değerlendirilen Bütünsel Beyin Modeli'ne göre beynimizin sadece sağ ve sol yarısı değil, alt ve üst yarısının da işlevi (dört çeyrek bölüm) birbirinden ayrı, fakat sürekli birbiri ile ilgili olduğu ifade edilmiştir (Herrmann, 2003). Beyindeki elektrokimyasal değişiklikler bu dört katmanın etkileşmesini ve insan davranışlarının oluşumunu sağlamaktadır (Deco & ark., 2017).

Bilişötesi işlevlerin ne şekilde meydana geldiğini anlayabilmek için incelememiz gereken en önemli anatomik yapı prefrontal korteksi içeren neokorteks kısmıdır. Beynin altıda beşini oluşturan neokorteks, görme, işitme gibi duyuusal yeteneklerin yanında konuşma, yazma, soyut düşünme, örüntü oluşturma, kavram yapılandırma gibi üstün zihinsel kapasite gerektiren işlevleri yürütmektedir. Duyulardan gelen verilerin işlendiği ve bütünleştirilerek bir anlam meydana getirildiği, ileriye dönük planlarımızı yaptığımız alandır (Molnár &

Pollen,2014; Bienenstock,1995). Neokorteks; frontal lob, temporal lob, parietal lob ve occipital lob olmak üzere dört farklı alandan oluşmaktadır (Miller & Cohen, 2001). Alnın arkasında bulunan frontal lob bilinçli kararların alındığı, planlama ve karar vermenin gerçekleştirildiği, bir anlamda hayatta kalma mekanizmamızı işleten bir alandır (Fuster, 2000). Frontal lobun ön bölgesinde lokalize olan prefrontal korteks ve onun striatal bağlantıları ise üst düzey bilişsel işlevlerden sorumludur ve bilişötesi için en önemli nöroanatomik yapılar olarak kabul edilmektedir (Paniukov & Davis, 2018; Shimamura, 2008). Tüm korteksin %25’lik kısmını oluşturan prefrontal korteks; muhakeme etme, yargılama, planlama gibi işlevlerin ve analitik düşünmenin merkezidir (Fuster, 2017; Miller & Cohen, 2001). PFK üç bölümden oluşmaktadır: Dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK), orbitoprefrontal korteks (OPFK) ve anterior singulat (AS) (Fuster, 2017). DLPFK, bilişötesi işlevlerden, OPFK duygulanım ve dürtülerin düzenlenmesinden, AS ise dikkati yönlendirme ve sürdürme, eylemleri başlatma, motivasyon gibi zihinsel fonksiyonlardan sorumludur (Paniukov & Davis, 2018). Dorsolateral prefrontal korteksin başlıca görevi bilişötesi işlevlerdir aynı zamanda içsel ve dışsal bilginin işlenmesi, soyutlama, problem çözme, planlama ve davranışın yürütülmesi ve değerlendirilmesini sağlar (Fleming, Huijgen & Dolan, 2012). Özetle, prefrontal korteks bütün kaynaklardan (duyusal sistemler, limbik sistem, subkortikal yapılar) gelen bilgileri toplar, bütünleştirir, formüleştirebilir, uygular, denetler, değişiklikler yapar ve yargılar. Sonuçta bu kararlar doğrultusunda ortaya çıkarılacak eylemlere yön verir (Fuster,2017).

Frontal lobların anatomik ve işlevsel olgunluğa en son erişen yapılar oluşu ve bu yapılardaki miyelinizasyonun ileri adolesan döneme dek sürmesi sebebiyle, yaşa bağlı etkinlik artışı olan bilişötesi becerilerde yalnızca frontal lobun işlevi olduğu düşünülmekteydi (Shimamura, 2008). Fakat, çağdaş kuramlar gözönüne alındığında, bilişötesi işlevlerin yalnızca frontal loblarla denetlenmediği ve frontal lobların denetimindeki her işlevin de bilişötesi işlev olarak kabul edilmediği ifade edilmektedir. Burada bahsedilen nöroanatomik yapılara ek olarak (prefrontal korteks, bazal gangliyon ‘beynin orta kısmında bulunan prefrontal korteks ve alt motor ve duyu bölgeleri arasındaki iletişim ve yönetimi sağlayan yapıların genel adı’) özellikle dopamin olmak üzere monoamin transmitterlerin modülasyonu sağladığını da belirtmek gerekmektedir (Karakaş ve Karakaş 2000, Fuster 2000; Fuster,2017).



Şekil 2: Beynin Yapısına Dair Geliştirilen Modeller ve Bilişötesinin Nöroanatomik Temeli (Karakaş ve Karakaş 2000; Fleming & Dolan, 2012; Fuster, 2017; Onan, 2010) .

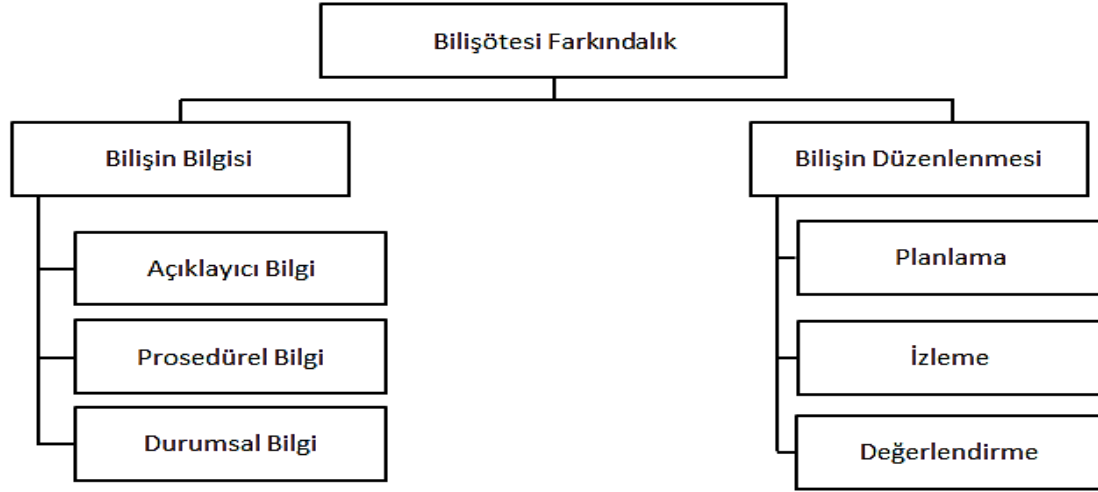
Bilişsel işlevlerin kavramsallaştırılmasında, gelişimsel psikoloji de önemli bir rol oynamıştır. Gelişimsel öğrenme kuramları, bilişsel işlevlerin ya genel (domain-general) yada alana-özü (domain-spesific) mekanizmalarla geliştiğini öne sürmüştür (Morales, Lau & Fleming, 2018). Genel mekanizmada; farklı gibi görünen bilgi alanları birbirine bağımlıdır ve gerçek anlamda bağımsız bilişsel alanlardan bahsetmek çok doğru değildir. Örneğin, Piaget'in bilişsel gelişim kuramı alana özü olmayan genel bir kuramdır. Alana-özü gelişimsel kuramı savunan yazarlarsa bebeğin doğuştan alana-özü modüllere (örneğin; dil, yüz işleme, zihin kuramı) sahip olduğunu ileri sürer. Neo-konstrüktivist görüşse beynin başlangıçta genel bilişsel bir yapıya sahip olduğunu ve özelleşmenin yani alana-özü bilişsel yetilerin gelişim boyunca ortaya çıktığını savunur. Günümüzde hem genel hem de alana-özü mekanizmaların bilişsel işlevler için önemli olduğu bilinmektedir. Kişinin kendi bilişsel süreçlerinin başarısını, hafıza ve algı gibi çeşitli alanlarda değerlendirebilme kapasitesi olan bilişötesinin genel mekanizma ya da alana-özü mekanizmaya sahip olup olmadığı tartışmalıdır. Morales, Lau, Fleming (2018) yapmış oldukları çalışmada; doğrudan ve dolaylı olarak, duyu ve performans özellikleri için eşleştirilmiş algısal görevler ve hafızaya yönelik görevler sırasında kadın ve erkek katılımcılar tarafından üstbilişsel kararlar verildiğinde ortaya çıkan nöral substratları

incelemişlerdir. Deneklerin performanslarını değerlendirirken fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) aktivitesinin modellerini karşılaştırarak, bilişötesi işlevleri değerlendirmişlerdir. Anterior prefrontal kortekste, multi-voksel aktivite paternleri (voksel: bir pikselin 3 boyutlu karşılığı), alana-özgü bir tarzda mekanizmayla işlerken, buna karşılık Medial Frontal kortekte genel mekanizmaya özgü sinyaller bulunmuştur. Alana-özgü bilişötesi faaliyetlerin bulunması, bilişsel kontrol için kullanılabilecek zengin içerikli bir mekanizmanın varlığını göstermektedir. Bellek ve algısal süreçleri içeren bilişötesini araştırmak için insan üzerinde nörogörüntülemenin kullanılması çalışmanın önemini arttırmaktadır. Çalışmanın bulguları, bilişötesinin genel mekanizma ile mi, alana-özgü mekanizma ile mi işlediği sorusuna cevap vererek şimdiki sonuçlara göre, her ikisinin de mevcut olduğu açıklayarak sonuçları uzlaştırmaktadır (Morales, Lau & Fleming, 2018).

2.1.5. Bilişötesinin İki Temel Kavramı: Bilişin Bilgisi ve Bilişin Düzenlenmesi

Literatür tarandığında, bilişötesinin bileşenleri ve sınıflandırılmasına ilişkin birçok farklı modellemeye rastlamak mümkündür. Bilişötesi farklı araştırmalarda iki, üç veya dört boyutlu olarak incelenmektedir. Bunlardan ilki; Schraw ve Moshman (1995) ve Schraw ve Dennison (1994) tarafından bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesi olmak üzere iki ana kategoride açıklanmaktadır (Schraw ve Dennison, 1994; Schraw & Moshman, 1995). Flavell (1979) bilişötesi farkındalığın dört fenomen sınıfı arasında gerçekleştiğini öne sürmüştür. Bunlar: Bilişötesi bilgi (*metacognitive knowledge*), bilişötesi deneyimler (*metacognitive experiences*), amaçlar veya görevler ve eylemler veya stratejiler olarak ifade edilmiştir. Dunlosky ve Metcalfe (2009), bilişötesi bilgi (*metacognitive knowledge*), bilişötesi izleme (*metacognitive monitoring*) ve bilişötesi denetleme (*metacognitive control*) olmak üzere üç boyutlu bir yapı olarak ele almıştır. Bu sınıflandırmaların hepsinde ortak bir nokta olarak, bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesinin benzer şekilde incelendiği görülmektedir (Schraw ve Dennison, 1994; Schraw & Moshman, 1995; Flavell 1979; Dunlosky & Metcalfe, 2009). Bu çalışmada da genel olarak değerlendirmek gerekirse bilişötesinin boyutları, Bilişin Bilgisi (*knowledge of cognition*) ve Bilişin Düzenlenmesi (*regulation of cognition*) olarak incelenecektir. Bütün teorilerin temel varsayımlarından birisi, bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesinin karşılıklı olarak birbiriyle ilişkili ve birbirini dengeleyici olduğudur (Schraw ve Dennison, 1994; Schraw & Moshman, 1995; Flavell 1979; Dunlosky & Metcalfe, 2009;

Pintrich,2002). Bilişötesi Farkındalık üzerine araştırma yapmak, bilhassa, bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesine ilişkin daha derin bir bakış gerektirir (Şekil 3).



Şekil 3. Bilişötesinin Alt Bileşenleri. “Promoting Self-Regulation in Science Education: Metacognition as Part of a Broader Perspective on Learning,” by G. Schraw, K. W.Crippen, and K. Hartley, 2006, Research in Science Education, 36, p. 111-139 makalesinden uyarlanmıştır.

2.1.5.1. Bilişin Bilgisi (Bilişötesi Bilgi, Knowledge of Cognition)

Temel olarak, kendi bilişsel süreçlerimiz hakkında bildiklerimiz olarak tanımlanabilen bilişin bilgisi; genellikle sözel olarak ifade edilebilen bir bilgidir ve bireyin nesnel olarak kendi bilişsel süreçlerine bakmasını gerektirir (Schraw ve Moshman, 1995). Öğrenenlerin kendi bellek düzeyleri ve bilişleri hakkında ne bildiklerine işaret eden bu kavramın alt bileşenleri; açıklayıcı bilgi (*declarative knowledge*), durumsal bilgi (*conditional knowledge*) ve prosedürel bilgi (*procedural knowledge*) olarak kabul edilmektedir (Schraw & Moshman, 1995). Kısaca; açıklayıcı bilgi, nasıl öğrendiğimiz hakkında bilgiyi ve öğrenme şeklimizi nelerin etkilediği hakkında bilgiyi içerirken, prosedürel bilgi, farklı öğrenme stratejileri hakkındaki bilgimizdir ve bizim için en iyi olan hafıza stratejilerini içermektedir. Durumsal bilgi, çeşitli bilişsel stratejileri uygulayabildiğimiz koşullarla ilgili olan bilgidir. Bir bütün olarak bilişin bilgisi, farklı görevler için kullanılabilecek genel stratejilerin bilgisini, bunların hangi koşullar altında kullanılabileceği hakkında bilgiyi ve stratejilerin ne derece etkili olduğunun bilgisini içerir (Pintrich, 2002). Örneğin, öğrenciler çoktan seçmeli testlerin, sadece doğru cevapların tanınmasını gerektirdiğini, yazılı sınavlarda olduğu gibi bilginin gerçekte hatırlanmasını gerektirmediğini biliyor olabilirler. Bu farkındalık, sınav zamanı

onların okuma yaklaşımlarını veya çalışma yöntemlerini değiştirmelerine yol açabilir. Böylece, bu bilişsel bilgi türü, sınava hazırlanma yöntemini etkileyebilmektedir. Özetle bu kavram, öğrendiğimiz şey hakkında bildiklerimizi, en iyi ve en etkili şekilde çalışan stratejiler hakkında ne bildiğimizi ve bu tür stratejileri nasıl ve ne zaman kullanacağımıza dair bilgilere atıfta bulunmaktadır (Schraw & Dennison, 1994).

2.1.5.1.1. Açıklayıcı Bilgi (*Declarative Knowledge*)

Açıklayıcı bilgi, bir öğrenici olarak kişinin yeterlilikleri hakkında sahip olduğu bilgiyi ifade eder (Schraw ve Moshman, 1995). Deklaratif bilginin tanımı, yakın zamanda, “bireylerin öz-yeterlik ve motivasyon da dahil olmak üzere, duygusal durumları hakkında bilgi ve anlayışını ve bu özelliklerin görev performansını nasıl etkilediğini” kapsayacak şekilde genişletilmiştir (Harris ve ark., 2009). Nasıl öğrendiğimiz ve öğrenme şeklimizi nelerin etkilediği hakkında bilgiyi de içeren açıklayıcı bilgi; kişinin bilişsel süreçleri hakkında sahip olduğu bilgi ağı olarak tanımlanmıştır (Schraw & Moshman, 1995). Buna örnek olarak; “yetişkin öğrencilerin çoğu hafızasındaki sınırlılıkları yani hafızasının ne kadar güçlü olup olmadığını bilir ve buna göre plan yapabilir” açıklaması yapılabilir (Schraw ve ark. 2006). Kısacası, açıklayıcı bilgi, kişinin kendisi hakkındaki bilgiyi ve görevi tamamlama için uygulanabilir stratejiler hakkında bilgiyi içerir. Tanımlayıcı yada bildirimsel bilgi olarak da adlandırılabilen açıklayıcı bilgi; bireyin açıklanabilir, konuşulabilir veya yazılabilir olarak düşündüğü gerçek bilgidir ve ”Ne?” sorusunun cevabı olarak karşımıza çıkmaktadır.

Schraw ve Moshman’ın yaptığı bir çalışmada; kendi belleği hakkındaki bilgisi ve bunu kullanabilme yeteğini fazla olan kişilerin, öğrenme becerilerinin; bellek kapasitesi hakkında etkin tahmini olamayan kişilere göre daha fazla öğrenme becerisine sahip oldukları gösterilmesi bu tanımları doğrular niteliktedir (Schraw ve Moshman, 1995). Ayrıca burada yaş değişkeni açıklayıcı bilgi ile pozitif yönde ilişkilidir. Yetişkin örneğinde bahsedildiği gibi yaş ilerledikçe açıklayıcı bilgi faktörünün artması yani bilgi seviyesinde artma kaçınılmaz olmaktadır (Schraw ve ark. 2006).

2.1.5.1.2. Prosedürel Bilgi (*Procedural Knowledge*)

Herhangi bir işin işlem basamaklarıyla ilgili olan prosedürel bilgi; bir görevin nasıl yerine getirileceği veya bir hedefin nasıl tamamlanacağı hakkındaki bilgi anlamına gelir. Öğrenme stratejileri, bir şeyin nasıl yapılacağının ve sürece nasıl müdahale edileceğinin

bilgisi bu kategoriye girer (Schraw & Moshman, 1995). İşlemsel bilgi yada yordam bilgisi olarak da adlandırılabilen prosedürel bilgi; farklı öğrenme stratejileri hakkındaki bilgilerimizi ve bizim için en iyi olan hafıza stratejilerini içermektedir ve “Nasıl?” sorusunun cevabı olarak karşımıza çıkmaktadır. Prosedürel stratejiler “not alma, önemli bilgileri yavaş okuma, önemsiz bilgileri gözden geçirme, anımsatıcıları kullanma, ana fikirleri özetleme ve periyodik olarak kendi kendini test etme” yi içerebilir (Schraw ve ark. 2006). Mesela; “Çalışırken ne tür stratejiler kullandığının farkında olurum” örneği de prosedürel bilgi kapsamına dahil olmaktadır (Schraw & Moshman, 1995).

Prosedürel bilişötesi bilgi; herhangi bir şeyin nasıldığını bilmeyi ifade eder. Kişinin sahip olduğu problem çözme stratejilerine ait bilgisini nasıl ve ne şekilde kullanacağı ile ilgili bilgisidir. Yüksek düzey prosedürel bilgi sahibi kişilerin görevleri daha otomatik biçimde yaptıkları, strateji dağarcığının daha geniş olduğu, stratejileri daha etkili düzenledikleri, kullandıkları ve herhangi bir sorunu çözerken niteliksel olarak farklı stratejileri etkili biçimde kullandıkları ileri sürülmüştür (Schraw & Moshman, 1995).

2.1.5.1.3. Durumsal Bilgi (Conditional Knowledge)

Durumsal bilgi; kullanılacak stratejilerin ne zaman etkili, verimli ve kullanılmalarının uygun olduğunu açıklamaktadır (Campbell, 1999). Durumsal bilgiye sahip bir kişi belirli bir prosedürü veya stratejiyi ne zaman, nerede ve neden kullanacağını bilir (Harris ve ark., 2009). Bireyler, bir öğrenme durumunun taleplerini değerlendirmek ve görevi tamamlamak için en uygun stratejileri seçmek için durumsal bilgiye ihtiyaç duyarlar (Schraw ve ark., 2006). Bilişötesi bilginin alt bileşeni olan durumsal bilgi faktörü altında incelenen kavramlara örnek olarak “hangi stratejilerin daha yararlı olacağını bilirim” ve “İlgi duyduğum konuları daha iyi öğrenirim” gösterilebilir (Schraw & Moshman, 1995; Schraw & Dennison, 1994). Durumsal bilgi; biliş bilgisinin önemli bir unsurudur, çünkü öğrencilerin sınırlı bilişsel kaynakları etkili olarak seçebilmelerine, stratejileri daha etkili biçimde kullanabilmelerine ve öğrenme görevinin durumsal gereksinimlerine göre değişiklikler yapmalarına imkan sağlar (Thomas & McRobbie, 2001). Örneğin, öğrencilerin karşılaştıkları bir problemin çözümü için gerekli olan formülleri neden ve ne zaman kullanacaklarının farkında olmaları durumsal bilginin varlığını göstermektedir. Tahmin edilebileceği gibi, çalışmalar yetişkinlerin genellikle daha yüksek düzeyde durumsal bilgiye sahip olduklarını ve bu bilgiyi çocuklarındakinden daha iyi tanımlayabildiğini göstermektedir (Flavell, 1979; Schraw ve Moshman, 1995).

Bilişin bilgisi nominal olarak üç ayrı kategoriye ayrılabilmesine rağmen, bu kategoriler arasındaki etkileşim oldukça açık ve zorunludur ve herbiri birlikte bilişötesi bilgiyi oluşturmaktadır. Kişilerin bilişin bilgisine sahip olmaları demek, bu açıklayıcı, prosedürel ve durumsal bilgiye beraberce sahip olmaları anlamına gelmektedir (Kuhn, 2000; Schraw ve Moshman, 1995; Thomas & McRobbie, 2001).

2.1.5.2. Bilişin Düzenlenmesi (Bilişötesi Düzenleme, Regulation of Cognition)

Bilişötesinin ikinci temel unsuru olan bilişin düzenlenmesi, öğrenmeyi kontrol etmeye yarayan bir dizi bilişsel aktiviteyi içerir ve kişinin düşünmesini, öğrenmesini denetleyen faaliyetleri ifade eder (Schraw and Moshman, 1995). Bilişin Düzenlenmesi; kişilerin sahip oldukları bilgileri hayata geçirebilmelerine olanak sağlayan planlama, izleme ve değerlendirme olmak üzere üç temel dinamik sürece ayrılmıştır. Kısaca planlama; yalnızca uygun stratejileri ve bilişsel kaynakları seçerek bilişsel bir görevi planlamayı içerirken, izleme; bilişsel bir görevle ilerlemenin farkındalığını ve performansı belirleme kabiliyetini içermektedir. Değerlendirme ise sonuca bir göz atmayı ve öğrenme sonucunun öğrenme hedeflerimize uyup uymadığını belirlemeyi ve kullandığımız yönetici süreçlerin etkili olup olmadığını tespit etmeyi ifade etmektedir (Schraw & Moshman, 1995; Schraw & Dennison, 1994). Bilişötesi stratejiler yada bilişötesi kontrol (*metacognitive control*) olarak da adlandırılan bilişin düzenlenmesi; kişinin bilincinin izlenmesi yoluyla planlama faaliyetleri, biliş ve öğrenme deneyimlerinin düzenlenmesi, stratejilerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve aynı zamanda öğrenmeyi ve akılda tutmayı kolaylaştırmak için gerçekleştirilen fiili etkinlikler olarak açıklanmaktadır (Pintrich, 2002).

Kişinin düşünmesini veya öğrenmesini kontrol etmeye yardımcı olan bilişötesi faaliyetleri içeren bilişin düzenlenmesi; strateji kullanımının etkinliğinin değerlendirilmesini, anlamadaki sorunların daha iyi anlaşılabilmesini, edinilen tecrübelerin bir sonraki olaya aktarılabilmesini sağladığından kişinin performansını geliştirmede önemlidir. Kritik öneme sahip olması nedeniyle bilişötesi farkındalık alanında yapılan birçok çalışma, bilişin düzenlenmesi ve bu stratejilerin oluşturulması üzerine yoğunlaşmaktadır (Schraw ve Moshman, 1995).

2.1.5.2.1. Planlama

Planlama; duruma uygun strateji seçimi, tahminlere göre zaman tahsisini belirleme, ilgili ön bilgileri tanıma ve hedef belirleme gibi faaliyetleri ifade eder (Schraw ve diğerleri, 2006; Schraw ve Moshman, 1995). Bir göreve başlamadan önce planlama yeteneği, görevin bağlamı ve içeriğinden bağımsız olarak sonuçları iyileştirebilir (Schraw ve Moshman, 1995). Bir görevin amacını anlamaya çalışmak, stratejileri ardışıklandırmak, zamanı etkin şekilde ayarlamak planlama faktörüyle ilişkilidir. Bilişötesi düzenlenmenin alt bileşeni olan planlama faktörü altında incelenen kavramlara örnek olarak; ‘hemşirelik öğrencisinin vitalleri almadan önce zamanın yeterli olabilmesi için hangi stratejileri kullanacağını düşünmesi’ verilebilir.

2.1.5.2.2. İzleme

Bilişin izlenmesi, bir öğrenme faaliyeti veya görevi sırasında anlama ve öz-değerlendirme bilincini ifade eder (Schraw ve Moshman, 1995). Gözlemleme yoluyla, öğrenme, öğrencilerin görevi nasıl tamamladıklarını ve seçili stratejilerinin çalışıp çalışmadığını göz önünde bulundurarak kontrol edilebilir. Daha sonra öğrenciler öğrenmelerini yeniden düzenlemek için açıklayıcı, prosedürel ve durumsal bilgilerini düşünerek stratejileri üzerinde değişiklikler yapabilirler (Schraw ve ark., 2006). Bilişin izlenmesi özellikle ilgi çekicidir çünkü öğrencilerin kendi öğrenmeleri ile ilgili farkındalıkları, problem çözme yeteneğinin daha iyi anlaşılmasına yol açabilir (Schraw ve Moshman, 1995). Örnek olarak; bir hemşirelik öğrencisi hastanın özgeçmişini incelerken düzenli aralıklarla anlayıp anlamadığını izlemesi verilebilir. Bu durum sürecin kontrolünü sağlarken zamanın etkinliğini de arttırabilmektedir. Ya da sınava hazırlanan bir öğrencinin düzenli aralıklarla öğrendiğinden emin miyim değil miyim diye sorarak süreci takip etmesi izleme alt başlığında incelenebilmektedir (Schraw & Moshman, 1995). Ayrıca izleme sürecinde birey “Doğru ilerliyorum mu?”, “Ne yaptığımı farkında mıyım?”, “Bundan sonra ne yapmalıyım?”, “Farklı stratejilere ihtiyacım var mı?” gibi soruları kendine sorabilir (NCREL, 1995).

2.1.5.2.3. Değerlendirme

Değerlendirme; “bir öğrenmenin ürünlerini ve düzenleyici süreçlerini değerlendirme” anlamına gelir (Schraw ve ark. 2006). Öğrenciler, öğrenmelerini değerlendirirken, öğretmen ya da gözlemcilerin kendi çalışmaları hakkında ne düşündüklerini kendilerine sorabilirler. Bu durum, öğrenciler öğrenme aktivitesini tekrar yapacaklarsa, kendi stratejilerini ve performanslarını etkileyen koşullu faktörleri gözden geçirmeyi sağlayarak farklı planlama

yapmayı düşünmelerini sağlayabilir (Tanner, 2012). Bir görevin son ürününü ve görevin gerçekleştirilme verimliliğinin değerlendirmesini ifade eden değerlendirme faktörü altında incelenen kavramlara örnek olarak “Her şeyi doğru yaptım mı?”, “Bu yaptığım işten ne öğrendim?” gibi sorular verilebilmektedir (NCREL, 1995; Schraw ve Moshman, 1995).

2.1.6. Hemşirelik Öğrencileri ve Bilişötesi Farkındalık

Bugünün hemşirelik öğrencileri, farklı bir dizi beceri ve anlayış gerektiren karmaşık ve değişken bir sağlık ortamına girmektedir. Bilim ve teknolojiadaki gelişmeler ve gelişen piyasa odaklı bir sağlık sistemi hem yeni hem de deneyimli hemşirelere yönelik beklentileri artırmaktadır (IOM, 2010; Öztürk & Karayagız, 2006). Hemşireler, çeşitli ortamlarda çalışan üç milyondan fazla üyesi ile sağlık iş gücünün en büyük bölümünü oluşturmaktadır (IOM, 2010). Hemşirelerin, birey ve toplumlara bütüncül bakım sağlamak için, yalnızca tıbbi bilimleri değil, aynı zamanda kültürel, sosyal, duygusal, psikolojik, ekonomik ve manevi faktörleri de dikkate alması gerekmektedir. Merhamet ve yaratıcılıkla birlikte bilimsel ve teknik becerileri kullanarak, giderek karmaşıklaşan hasta bakım durumlarını yöneten hemşireler; American Holistic Nurses Association (AHNA)’ya göre hastanelerde diğer mesleklerden daha fazla stres yaşamaktadırlar (Pintrich, 2002; Doyle, 2013).

Gelişmekte olan karmaşık sağlık sisteminde, hemşirelik öğrencilerinin etkili bir şekilde klinik deneyim yaşaması için, nasıl öğrendiklerini bilmeleri, etkin düşünme stratejilerinin farkında olmaları ve kritik durumlarda öğrendiklerini nasıl kullanacaklarını bilmelidirler. Kuramsal bilgi vermek ve hemşirelik kuramının pratiğe nasıl uygulanacağını öğretmek için olguların ve bilgilerin ezberlenmesi, artık profesyonel hemşirelik için yeterli hazırlık görevi görmemektedir (Benner ve ark., 2010). Bunun yerine, hemşirelik öğrencileri karmaşık problemlere çok yönlü çözümleri aydınlatmak için bilişsel ve üstbilişsel stratejiler uygulamalıdır. Problem çözme yöntemlerinin kullanımı ve eleştirel düşünme stratejileri gibi bilişsel beceriler genellikle hemşirelik müfredatı ve araştırmalarında vurgulanmaktadır (Tanner, 2012; Doyle, 2013). Öte yandan, “bilişsel süreçlerin bilgi ve farkındalığı ve bu bilgi ve süreçlerin izlenmesi ve kontrolü” olarak tanımlanan bilişötesi, (Tarricone, 2010), tipik olarak hemşirelik eğitiminin açıkça belirtilen bir hedefi olmamaktadır (IOM, 2010).

Hemşirelik eğitiminde bilişötesi stratejilere duyulan ihtiyaç iki katıdır. İlk olarak, öğrenciler çoğu zaman hemşirelik eğitiminin zorlukları hakkında hazırlıksızdırlar (Pintrich,

2002). Hemşirelik eğitimi sadece üst düzey teorik bilgi gerektirmez, aynı zamanda bu bilginin karmaşık durumlarda da uygulanmasını gerektirir (Doyle, 2013). Bu nedenle hemşirelik öğrencilerinin, düşünme süreçlerinin yönetimi ve öğrenmeleri hakkında yeni stratejiler geliştirmeleri gerekmektedir (Tarricone, 2010). Bilişötesi farkındalık alanında araştırmalar, öğrenci öğrenimini iyileştirmek için yararlı bir çerçeve sunabilmektedir. Bilişötesi farkındalığın eğitimi, hemşirelik okulu ve hemşirelik pratiği boyunca eleştirel düşünme ve klinik karar verme için bir temel oluşturabilmektedir (Tarricone, 2010). Hemşirelikte, öğrenciler bir hastanın tıbbi teşhisinin bilimsel karmaşıklıklarıyla ilgilenirken aynı zamanda, hastanın bütünsel ihtiyaçlarını hesaba katan etik bilgi ve davranışları sergilemelidirler (Benner ve ark., 2010). Ayrıca, öğrenciler kaynaklara saygılı olmayı, sağlık sistemini anlamalarını ve sağlık ekibi üyeleriyle etkin bir şekilde iş birliği yapmayı öğrenmektedirler (IOM, 2010). Çalışmalar hemşire eğitimcilerin, öğrencilere bilişötesi farkındalık becerilerinin artırılmasına yönelik uygulama ve geliştirme fırsatı veren öğretim stratejileri uyguladıklarında, öğrenci öğrenimi ve eleştirel düşünmenin gelişebileceğini ifade etmektedir (Tarricone, 2010, Benner ve ark., 2010).

2.1.7. Hemşirelik Öğrencilerinde Bilişötesi Farkındalık İle İlgili Çalışmalar

Hemşirelik eğitimi ile ilgili çalışmalarda bilişötesi kavramı göz ardı edilmemiştir. Bu bölümde, hemşirelik öğrencilerinde bilişötesi farkındalık odaklı araştırmaların bulgu ve sonuçları kısaca özetlenmiştir.

İlk olarak Worrell, 1990'ların başlarında, hemşirelik öğrencilerine bilişötesi farkındalık becerilerin öğretilmesinin, öğrenme eksikliklerini ve ders başarısızlığını önlemek için “koruyucu eğitim pratiği” ile benzer faydalara sahip olacağı öne sürmüştür. Bir çalışma yapmamış olsada, hemşirelik ders kitaplarını okuması için öğrencilere yardımcı olacak bir dizi yansıtıcı sorular oluşturmuştur. Okuma öncesi, sırası ve sonrasında öğrencilerin kendilerine sorular sorarak öğrenmenin denetlenebilmesi (bilişin düzenlenmesi) ve kullanımı için örnekler vermiştir. Bu soruların Schraw (2000) tarafından daha sonra yayınlanan düzenleyici kontrol listesi soruları ile tutarlılık gösterdiği ifade edilmektedir (Doyle, 2013).

August-Brady (2005), hemşirelik öğrencilerinde öz-düzenlemeli öğrenmede bir üstbilişsel müdahalenin (kavram haritası oluşturma) etkisini incelemek için yarı deneysel, ön test-son test yöntemli bir tasarım gerçekleştirmiştir. Öğrencilerden klinik hastalarını

hemşirelik sürecine göre tanımlamak için bir kavram haritası oluşturmaları ve öz rapor envanterini tamamlamaları istenmiştir. Kavram haritalarını kullanan öğrenciler, kavram haritasını kullanmayan öğrencilerle karşılaştırıldığında, etkin öğrenmede ve bu öğrenmenin öz düzenlemesinde anlamlı bir farklılık olduğunu göstermiştir. Üstbilişsel bir yöntem olan kavram haritasının kullanımı etkin öğrenmede önemli bir faktör olarak ifade edilmiştir. Ayrıca, kavram haritalaması, üstbilişsel becerileri destekleyebilmesine rağmen, üstbiliş kavramını kavram haritalama alıştırmalarına entegre eden uygun öğretim stratejileri ve kavram haritalarının objektif değerlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.

Irvine, Williams ve McKenna (2017) yaptıkları bir meta-analiz çalışmasını, tüm sağlık personellerinin lisans eğitiminde kullanılan akran eğitiminin öğrenme ve değerlendirme sonuçlarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla yürütmüşlerdir. On dokuz veritabanından 1990-2015 Kasım dönemi arasında geniş bir literatür taraması yapılmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılayan çalışmalar; hemşirelik, tıp ve sağlık bilimleri lisans eğitimi alan öğrencileri kapsamaktadır. Sınırlamalara, 1990'dan sonra yayınlar (2015 dahil), İngilizce ve objektif öğrenme çıktıları dahil edilmiş, verileri analiz etmek için iki bağımsız yorumcu içeren kalite değerlendirme süreci kullanılmıştır. Bu meta-analiz çalışmasının sonucunda göre; yayınlanan araştırmalar üstbiliş, duygusal davranışlar ya da öğrenme kalitesinin değerlendirilmesi dışında öğrencilerin bilişsel ve psikomotor yeteneklerine odaklanmıştır. Kanıtlar, üstbiliş ve duygusal davranışların öğrenme ve performans üzerinde doğrudan etkisi olduğunu açıkça gösterse de, bu konuyla ilgili daha fazla araştırma yapılması gerektiğini belirtmişler ve incelenen çalışmaların, öğrencilerin bilişsel ve psikomotor yeteneklerine odaklandığını, eğitimsel psikoloji tarafından desteklenen teorik çerçevelerin eksik incelenmesinin araştırmaların metodolojik kalitesi olumsuz etkileyip, bildirilen öğrenme çıktılarındaki tutarsızlıklara katkıda bulunmuş olabileceğini bildirmişlerdir.

Lee, Nam ve Kim (2017) yapmış oldukları bir çalışmada, entegre bir simülasyon (artmış intrakranyal basınç hastasında hemşirelik bakımı örneği) ve probleme dayalı öğrenme programının hemşirelik öğrencilerinin üstbiliş, ekip etkinliği ve öğrenme tutumu üzerindeki etkisini araştırmışlardır. 3. Sınıf hemşirelik öğrencileri arasında gerçekleştiren çalışmaya 222 öğrenci dahil edilmiş ve çalışma dizaynı için artan intrakranyal basınçlı bir hastanın gerçek bir senaryosu öğrenciler için simüle edilmiştir. Bu çalışma üstbiliş (*Metacognition*), ekip etkinliği (*Team efficacy*) ve öğrenme tutumu (*Learning attitude*) ölçekleri kullanılarak

gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre araştırmacılar; simülasyon öğrenimi ile probleme dayalı öğrenmenin, hemşirelik eğitiminde üstbiliş yeteneklerini geliştirmenin çok etkili bir yöntemi olduğunu ve bu yeteneklerin mezuniyet sonrası öğrencilere de uygulanabileceğini belirtmişlerdir.

Bilişötesi yetkinlik, bireylerin verimli öğrenenler olmalarına izin verdiği için uzun zamandır akademik başarının temel bir unsuru olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte, gerçekte, üstbiliş anlayışımızdaki gelişmeler, eğitim pratiğindeki değişiklikleri desteklemek için yeterli olmamıştır. Teorik modeller genellikle bilişötesinin iki yönüne odaklanır; bilgi ve düzenleme. Bu modeller, bilişötesinin akademik performansı nasıl etkilediğini gösteren güçlü bir araştırma yapısına rağmen, kişiliğe, öğrenme üzerindeki etkilerine dair bireysel farklılıkların nasıl ele alınacağını eleştirel olarak ele almamaktadır. Kelly ve Donaldson'ın (2016), bilişötesi, kişilik ve akademik performans arasında herhangi bir ilişki olup olmadığını incelemek amacıyla yaptıkları çalışma, başarılı akademik performansta bilişötesinin rolüne dair yeni bir bakış açısı sunmuştur: Kişilik, bilişötesinin değerini sınırlandırmaktadır ve bilişötesi akademik başarıyı pozitif yordasa da öğrencilerin sadece yüksek düzeyde duyarlılık (*conscientiousness*) gösterdiği durumlarda bilişötesinin, akademik başarıyı öngörebileceği ifade edilmektedir.

Bilişötesi farkındalık ile ilgili çalışmalar incelendiğinde dikkat çeken nokta, akademik başarı ile bilişötesi farkındalığın birbiriyle paralel ve birbirinden olumlu şekilde etkilendiği tespit edilmesine karşın çalışma gruplarının çoğunlukla eğitim ve psikoloji alanındaki üniversite öğrencileri olduğudur. Sağlık eğitimi ve sağlık alanında bu konuyla ilgili çalışmalar olsa da az miktarda olduğu saptanmış, özellikle pediatri hemşireliği öğrencilerinde bu alanda çalışma olmadığı görülmüş ve bu çalışmayla alan-yazındaki bu boşluk doldurulmaya çalışılmıştır.

2.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Kavramı ve Önemi

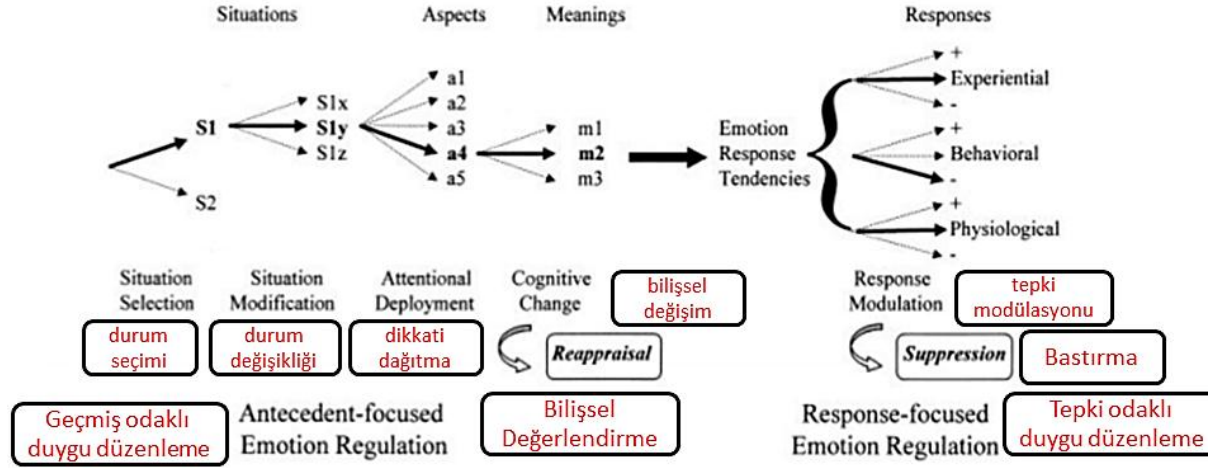
Bilişsel duygu düzenleme kavramının tanımı yapılmadan önce kavramı oluşturan duygu ve duygu düzenleme tanımları ifade edilecektir. Biliş ve bilişötesi farkındalık kavramlarında olduğu gibi duygu ile ilişkili ifadelerin tanımları da tartışmalı ve karmaşıktır.

2.2.1. Duygu, Duygu Düzenleme ve Biliş

Pek çok sanat dalının temel cazibesinin, sanatçı tarafından ifade edilebilen ve izleyicide uyandırılan duygudan aldığı incelik ve güç olduğu savunulmaktadır. Muhteşem bir opera, etkileyici bir senaryoyla müziği birleştirirken, izleyicinin duygusal deneyimini arttırmayı hedeflemektedir. Sanat, dil ve felsefe duyguyu tanımlamanın karmaşıklığını vurgular ancak, bilimsel çalışmalarda duygu içerikli deneyimleri anlatabilecek şekilde objektif olarak duyguyu tanımlamak önemlidir (Russell, 2003).

Duygunun tek bir tanımını yapmak zor olsada, terim olarak duygu; öznel tecrübe, değerlendirme, motivasyon, uyarılma ve yüz ifadesi gibi bedensel tepkileri içeren zihinsel ve fiziksel süreçler olarak tanımlanmaktadır (Smith & Kosslyn, 2017). Duygular, psikoloji alanında işlevsel bir bakış açısıyla, bir kişinin hayatta kalmak için çevreye uyum sağlayarak, işbirlikçi sosyal ilişkileri sürdürerek ve fiziksel tehditlerden kaçınarak sorunları çözmesine yardımcı olan kavram olarak tanımlanır (Keltner & Gross, 1999; Russell, 2003). Duyguları kavramsallaştırmak ve tanımlamak için hiçbir altın standart bulunmamakla birlikte (Dubert ve ark., 2016), bir kişinin hedefleri ile alakalı bir duruma katıldığı zaman ortaya çıkan çok yönlü, tüm vücut fenomeni (*whole body phenomena*) olarak görülmektedir (Gross & Thompson, 2007). Duygular, bir olayın ve/veya dış uyarının içsel, zihinsel temsillerine cevap olarak üretilir; bu yanıtlar fiziksel, öznel ve davranışsal değişiklikleri içererek, kişisel deneyimleri ifade eder. Duygular, genellikle, tepkiyi üreten spesifik, tanımlanabilir, ilişkili tetikleyicilere sahip olmaları nedeniyle, duygudurumdan farklıdır. (Gross & Thompson, 2007). Diğer yandan, duygudurum daha uzun sürelidir ve duygulardan daha yaygındır (Ochsner ve ark., 2002). Özetle, terim olarak duygu; içsel (girdi süreci) ve/veya dışsal (çıkı süreci) uyaranlara verilen tepkiler olarak ifade edilmektedir. Duygu düzenleme ise girdi ve çıkı süreci tamamlanana dek gerçekleşmektedir.

Çağdaş psikoloji araştırmalarında duyguların oluşumu ve düzenlenmesinin anlaşılması için yaygın olarak kullanılan temel bir Duygu Düzenleme Süreç Modeli (*Process Model of Emotion Regulation*) önerilmiştir (Gross, 2002).



Şekil 4: Duygu Düzenleme Süreç Modeli (Gross, 2002, p. 282).

Şekil 4'de gösterildiği gibi modele göre, duygular beş noktadan oluşan bir süreklilik boyunca düzenlenmektedir. Duygu düzenleme stratejilerinin iki ana kategorisi, yaratılan duyguların devamlılığı boyunca ortaya çıkar, bunlar ya ön-odaklı (geçmiş-odaklı) ya da tepki odaklıdır:

1. Geçmiş odaklı duygu düzenleme (*Antecedent-focused emotion regulation*): Bu stratejiler, duygu tepkisi eğilimleri tam olarak harekete geçmeden ve davranışlarımızı çevresel fizyolojik yanıtlarımızı değiştirmeden önce yaptığımız şeylere işaret eder. Duygu tepki eğilimleri tamamen ortaya çıkmadan aktive edilir ve önceden odaklanmış duygu düzenleme gerçekleşir. İlk dört duygu düzenleme stratejisi; bir kişinin duygu tepkisi eğilimleri tam olarak deneyimlenmeden ve bir kişinin deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik yanıtını değiştirmeden önce kullandığı ya da dağıttığı özel stratejiler anlamına gelen, ön-odaklı bir yaklaşımdır (Gross, 2002).
Bir hemşirelik öğrencisi için geçmiş odaklı bir duygu düzenlemeye örnek olarak, klinik beceri kontrollerinin, bir başarısızlık göstergesi olması yerine bir kişinin klinik beceri yeterliliğini gösterme fırsatı olarak görmesidir.

2. Tepki odaklı duygu düzenleme (*response-focused emotion regulation*): Buna karşılık, tepki (yanıt) odaklı duygu düzenleme stratejileri, duygu yanıtı eğilimlerinin oluşturulmasından ve hissedilmesinden sonra ortaya çıkar (Gross, 2002). Yanıt odaklı stratejiler, yanıt eğilimleri zaten oluşturulduktan sonra, bir duygu zaten başladıktan sonra yaptığımız şeylere atıfta bulunur. Duygusal tepki oluştuktan sonra yeniden değerlendirme için duygu düzenleme stratejisi oluşturulmasını ve bu tepkilerin değişimini içerir. Bastırma ve müdahale odaklıdır. Oklar, bu süreklilik boyunca duygu düzenlemesinin meydana gelebileceği çoklu bağlantı noktalarını göstermektedir.

Bir hemşirelik öğrencisi için tepki odaklı düzenlemeye bir örnek olarak, klinik öğrenme durumları sırasında kendi stres ve kaygısının eğitmenlerine ve hastalarına gösterilmesini engellemesi, bastırması verilebilmektedir (Gross, 2002).

Bu iki temel duygu düzenleme stratejisi kategorisinde, beş özel duygu düzenleme stratejisi basamağı kullanılabilir. Duygu düzenleme süreçlerinin beş basamağı; durum seçimi, durum değişikliği, dikkati dağıtma, bilişsel değişim ve tepki modülasyonu olarak ifade edilmektedir (Gross, 2002; Gross & Thompson, 2007).

Durum seçimi: Duyguları üretmenin durum aşamasında, duyguları düzenlemeye yardımcı olmak için belirli insanlar, yerler veya şeylerden kaçınmak veya bunlara yaklaşmak için durum seçimi yapılır (Gross, 2002). Bir kişi kendisini olumsuz bir duygusal tepkiye neden olacak bir duruma sokma olasılığını azaltmak için harekete geçebilir ve tersine, kendisini olumlu bir duygusal cevabı provoke edecek bir duruma sokma olasılığını artırmak için harekete geçebilir. Örneğin, bir hemşirelik öğrencisi, sınava girecek diğer arkadaşlarıyla bir çalışma grubuna katılmak yerine, sınavdan önceki gece bir sınıf arkadaşıyla birlikte bir akşam yemeğine veya bir filme gitmeye karar verebilir. Durum seçimi, kısa ve uzun vadeli duygusal sonuçları içermektedir (Gross, 2002).

Durum değişikliği: Potansiyel olarak duygu uyandıran bir durum seçildiğinde kişi, durum değişikliği yoluyla duygusal etkisini değiştirmek için durumu aktif ve doğrudan değiştirmeye devam edebilir. Örneğin, sınava girmeyi beklerken bir hemşirelik öğrencisi tarafından sınava hazır olup olmadıklarına dair bir soru sorulduğunda, öğrenciler başka bir şey hakkında konuşmayı tercih ettiklerini belirtebilir (Gross & Thompson, 2007).

Bir kişinin dışsal durumu, durumun seçilmesi ve değiştirilmesi için duygu düzenleme stratejisi tarafından şekillendirilir. Ancak bu süreçte duygular, dikkat dağıtımı kullanılarak

düzenlenmeye devam edebilir. Bu, bir kişinin yaşadığı duyguları etkilemek için dikkatini bir durumun belirli yönlerine nasıl yönlendirdiğine işaret eder (Gross & Thompson, 2007). İki temel dikkat dağıtım stratejisi dikkat dağıtım ve konsantrasyondur. Dikkat dağıtım, bir durumun farklı yönlerine dikkat çekmeyi veya durumdan tamamen uzaklaşmayı içerir (Gross & Thompson, 2007). Distraksiyon aynı zamanda iç odaklamayı da değiştirebilirken, konsantrasyon bir durumun belirli duygusal özelliklerine dikkat çeker. Dikkati dağıtma, fiziksel olarak geri çekilme (bir hasta kustuğunda başını çeviren bir hemşirelik öğrencisi gibi) veya dikkati dağıtmak veya konsantrasyon yoluyla içsel olarak duyguları yeniden yönlendirmek gibi birçok biçimde olabilir. Örneğin, bir hemşirelik öğrencisi dinlediği müziğe odaklanarak endişe duygusunu dağıtabilir ya da hemşirelik eğitimi performansına ilişkin yeterlilik veya yetersizlik duygularına dikkat çekmek için konsantrasyon yöntemini kullanabilir (Gross & Thompson, 2007).

Bir durum seçildikten, değiştirildikten ve dikkat edildikten sonra, kişi duygularını duygu yaratma anlamında ortaya çıkan bilişsel değişim yoluyla duygularını düzenlemeye devam eder. Bilişsel değişim, bir durumun olası durum ve anlamlarını nasıl değerlendirdiğini ve seçtiğini, aynı zamanda durumun taleplerine cevap verme ve bunları yönetme yeteneğini veya kapasitesini nasıl değiştireceğini ifade eder (Gross & Thompson, 2007).

Bilişsel yeniden değerlendirme, potansiyel olarak duygulanım yaratan bir durumun anlamını yeniden tanımlamayı ve duygusal olan bir durumun, duygusal etkisini değiştirecek şekilde yorumlamayı içeren bir bilişsel değişim biçimidir (Gross & John, 2003; Gross & Thompson, 2007). Örneğin, bir hemşirelik öğrencisi, ilk klinik pratiğinin durumunu, bir hata yapabilecekleri bir durumdan ziyade sınıfta öğrendiklerini uygulamak için heyecan verici bir fırsat olarak yeniden değerlendirebilir. Bir duruma verilen anlam, her durumda hangi deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik cevap eğilimlerinin üretildiğini güçlü bir şekilde etkilemektedir (Gross, 2002).

Son olarak, cevap eğilimleri oluşturulduktan sonra, yanıt modülasyonu meydana gelir. Bu, doğrudan deneysel, davranışsal ve fizyolojik tepkileri etkileyen duygu düzenleme stratejilerini ifade eder (Gross, 2002). Sempatik hiperaktivitenin (beta blokerler) fizyolojik tepkilerine, egzersizlere ve olumsuz duyguların fizyolojik ve deneyimsel tepkilerini azaltmak için gevşeme üzerine odaklanan ilaçlar gibi çeşitli dış müdahale modülasyonu stratejileri kullanılabilir (Gross, 2002; Gross & Thompson, 2007). Bastırma, bir tepki modülasyonu

şeklidir ve hissedilen bir duygu sırasında, devam eden duygu ifadesini içsel olarak engellemeyi içerir (Gross, 2002). Örneğin, bir hemşirelik öğrencisi, kötü kokan bir kolostomi torbasını değiştirirken, tikslenme hislerini bastırarak duygusuz bir ifadeyi muhafaza edebilir (Gross & Thompson, 2007).

Duyguların yönetimi ve düzenlenmesi, otomatik ya da nesnel olarak ve bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullanılabilecek çok sayıda süreç ve teknik üzerinde yürütülür (Gross, 2002). Duyguların ana alanlarından biri, stres etkenlerine tepki olarak duyguların düzenlenmesidir. Bu alanda duygu düzenleme stratejileri başa çıkma stratejileri olarak ele alınmıştır (Garnefski ve Kraaij, 2006). Folkman ve Lazarus (1988), bireylerin yeteneklerinin ötesinde olan belirli dış veya iç talepleri yönetmek için bilişsel ve davranışsal çabalar olarak baş etmeyi tanımlamışlardır. Lazarus (2006), problem odaklı başa çıkma (kendi modülasyonu veya çevre ile sıkıntıyı en aza indirmeye çalışmak) ve duygu odaklı başa çıkma (stresli olayların anlamını değiştirmek için bilişsel başa çıkma stratejilerinin kullanımı ve sonuç sıkıntısını azaltma) arasında ayırım yapmıştır. Her iki form da uyumsaldır ve en kullanışlı başa çıkma yaklaşımı stresli durumun doğasına bağlıdır. Buna göre, stresli olaylara karşı duygusal tepkiler, bilişsel baş etme stratejileri kullanılarak düzenlenebilir (Lazarus, 2006).

Duygu düzenleme, “bireylerin sahip oldukları duyguları onlara sahip olduklarında, bu duyguları nasıl deneyimlediklerini ve ifade ettiklerini etkileme süreci” olarak tanımlanmaktadır (Gross, 2002). Duygu düzenleme literatüründe, araştırmacılar, özellikle duygusal olarak uyarıcı bilgi alımını yönetmek için bilişsel stratejilere atıfta bulunan bilişsel duygu düzenleme stratejilerine odaklanmışlardır (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, davranışsal başa çıkma stratejileriyle meşgul olma fırsatları sınırlı olan (iş yerindeki kısıtlamalar nedeniyle durumdan uzaklaşamayan ya da davranışsal olarak dikkatini dağıtamayan örn. televizyon seyretmek, bir arkadaşını aramak) hemşireler arasında tercih edilmesinin faydalı olabileceği ifade edilmiştir (Beddoe & Murphy, 2004).

Bilişsel duygu düzenleme, duygusal tepkilerin görünümünü, değerini, yoğunluğunu ve zamanlamasını değiştirmeyi amaçlayan dikkat ve düşünme süreçlerini ifade eder (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001). Duygu düzenleme duyguları anlama, duyguları deneyimleme ve ifade etme yeteneğini ifade eder (Gross, 2002). Duygu regülasyonu, nörofizyolojik, motor- ve bilişsel-deneyimsel duygu sistemleri arasındaki etkileşimleri içeren karmaşık bir süreçtir.

Önceki çalışmalar, bilişsel duygu düzenleyici süreçlerin zihinsel iyi oluş ve strese karşı önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur (Martin & Dahlen, 2005; Lazarus, 2006).

Duyguların bilişler aracılığıyla düzenlenmesi, ayrılmaz bir biçimde insan yaşamıyla ilişkilidir. Bilişler ya da bilişsel süreçler, olumsuz ya da stresli bir yaşam olayının yaşanması sırasında ya da sonrasında insanların duygularının düzenlemesine yardımcı olur. Bilişsel süreçler; bilinçsiz (örneğin yansıtma veya inkar) ve bilinçli bilişsel süreçler (kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme gibi) olarak 2'ye ayrılabilir. Bilişsel duygu düzenleme, ikinci kategoriye, yani duygu düzenlemesinin kendi kendini düzenleyen, bilinçli bilişsel bileşenlerine odaklanır. Bilişsel duygu düzenlemeyi açıklamada ya da duygusal deneyimle karşı karşıya kalındığında bilinçli ya da bilinçsiz bir şekilde gerçekleştirilen düşünme kalıplarını tanımlarken çeşitli modeller geliştirilmiştir (Garnefski ve ark., 2001). Garnefski ve arkadaşları (2001) tarafından geliştirilen güncel literatürdeki en kapsamlı bilişsel duygu düzenleme stratejileri modeli, duyguyu düzenleyen dokuz stratejiyi özetlemektedir. Geliştirilen bu modelde davranışsal baş etme stratejilerinden ayrı olarak bilişsel baş etme stratejileri değerlendirilmektedir. Bu stratejiler; kendini suçlama, kabul, ruminasyon, olumlu yeniden odaklanma, planlamaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, perspektife yerleştirme (olayın değerini azaltma), felaketleştirme ve diğerlerini suçlama olarak ifade edilmektedir. Aşağıda, dokuz farklı stratejinin içeriğine ilişkin yorumlar verilmiştir.

Kendini suçlama; 'yaşanılan şeylerden kendini sorumlu tutma' düşüncelerinin merkezi olduğu bilişsel bir başa çıkma stratejisidir. Suçu ve/veya kendine olan olayın nedenini kendi hatalarında bulmak ve kendi başına yapılan hatalarla ilgili düşüncelerle meşgul olmanın merkezi olduğu bilişsel bir baş etme stratejisidir. Birisi kendini suçlamada yüksek puan aldığında, bu kişinin suçluluk duygusuyla çok meşgul olduğu anlamına gelir. Kendini suçlamada düşük bir puan, kişinin suçluluk duygusu ile düşük bir düzeyde meşgul olduğu anlamına gelir. Kendini suçlama ile meşguliyetin büyük ölçüde psikopatolojinin belirtileri ile bağlantılı olması muhtemeldir. Örnek olarak "Bu olayın tek sorumlusunun ben olduğumu düşünürüm." maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

Kabul; ne olup bittiğine rıza gösterilen ve kabul edilen düşüncelere atıfta bulunur. 'Bir şeylerin değişmeyeceğini düşünüyorum ve hayat devam ediyor' düşüncesi merkezlidir. Yüksek puan, kabul etmenin bir strateji olarak sıkça kullanılmasına işaret eder. Her ne kadar

kabul etme, çoğu olay için iyi bir süreç olsa da, çok yüksek bir kabul düzeyi, olayları etkilemek için daha fazla uğraşmama ve bir şeyler hissetmeme anlamında bir tür vazgeçiş anlamına da gelebilir, “her şeyi bir şekilde değiştiremem” gibi olumsuz bir duygu anlamına gelebildiğinden kabul üzerinde yüksek bir puan, psikopatoloji belirtilerine bağlanabilir. Kabulde de düşük bir skor, sindirilmemiş olaylara bağlanabildiğinden psikopatolojinin semptomları ile ilişkili olabilir. Örnek olarak “Artık bu olayın olup bittiğini kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.” maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

Ruminasyon; olumsuz olayla ilgili duygu ve düşüncelerle meşgul olmak ve/ veya her zaman düşünmek anlamına gelir. Yüksek bir puan, bir strateji olarak ruminasyonun sıkça kullanılmasına işaret eder. Olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaşıldığında uzamış ruminasyon yaygın değildir. Ancak, ruminasyon üzerinde yüksek bir skor, neredeyse kesin duygusal problemler veya psikopatoloji belirtileri ile bağlantılıdır. Örnek olarak “Zihnim yaşadığım olay hakkında ne düşündüğüm ve hissettiğimle sürekli meşgul olur.” maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

Olumlu Yeniden Odaklama; Bu kavram, söz konusu etkinlik yerine başka, hoş konular hakkında düşünmeyi ifade eder. Yüksek puan, bu stratejinin sıkça kullanıldığı anlamına gelir. Genel olarak araştırmalar, bu stratejinin kendi içinde insanların iyiliği üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabileceğini göstermiştir. Başka bir deyişle, Pozitif Yeniden Odaklama üzerinde düşük bir skor, duygusal iyi oluşun düşük oluşuyla ilişkili olmaktadır. Örnek olarak “ Olayla hiç ilgisi olmayan hoş şeyler düşünürüm.” maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma; olayla başa çıkmak için hangi adımları atmayı veya durumu değiştirmek için bir plan düşünmeyi ifade eder. Yüksek puan, bu stratejinin sık kullanılmasını ifade eder. Esasen, sorunun aslında ele alınması şartıyla, olumlu bir bilişsel başa çıkma stratejisi olduğu düşünülmektedir. Eğer bir kişi bu stratejiye ‘herhangi bir şekilde eylem olmadan’ yüksek puanlar verirse, bu durum duygusal problemlere bağlanabilir (eylemsiz düşünceler). Öte yandan, Planlama Üzerine Yeniden Odaklama konusunda çok düşük bir puan, problemlerin varlığı ile ilgilidir (Garnefski ve ark., 2001).

Olumlu Yeniden Değerlendirme; bu strateji, bir olayın olumlu yanlarını ararken, olayın sizi daha güçlü kıldığını düşünerek, kişisel gelişim açısından bir olaya pozitif bir anlam atfetmek anlamına gelir. Yüksek puan, Pozitif Yeniden Değerlendirme uygulamasının bir

strateji olarak sık kullanılmasını ifade eder. Temel olarak, bu olumlu bir başa çıkma stratejisi olarak görülse de, burada aynı zamanda, eldeki sorun hakkında aslında bir şey yapıldığında sorunlarla alakalı olabilmektedir. Bir birey bu stratejiye ‘herhangi bir şekilde eylem olmadan’ yüksek puan verirse, bu durum duygusal problemlerle bağlantılı olabilmektedir. Düşük derecede Olumlu Yeniden Değerlendirme derecesi de problemlerle bağlantılı olabilir (Garnefski ve ark., 2001).

Olayın Değerini Azaltma; başka bir perspektiften bakıldığında, olayın ciddiyetini diğer olaylarla kıyaslayan ve aklınızda dünyada daha kötü şeyler olduğunu vurgulayan düşüncelere atıfta bulunur. Bireyin yaşadığı olumsuz yaşam olayını, stres yükü daha fazla olan geçmiş deneyimleri ile karşılaştırmasının, şimdiki olayın stres yoğunluğunu azaltabileceği ifade edilmektedir. Yüksek bir puan, bir bakış açısı olarak olayın değerini azaltma’ nın sıkça kullanıldığı anlamına gelir. Örnek olarak “Her şey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.” maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

Felaketleştirme; olayın ne kadar korkunç olduğu, bir insanın başına gelebilecek en kötü şey olduğu ve başkalarının yaşadığı şeyden çok daha kötü olan şeylerle ilgili yinelenen düşüncelere işaret eder. Genel olarak konuşmak gerekirse, felaketle ilgili yüksek bir puanın, psikopatolojiler, duygusal problemler veya semptomları ile neredeyse kesinlikle ilişkili olduğu anlamına gelir (Garnefski ve ark., 2001).

Diğerlerini Suçlama; suçu ya da yaşanan olaylar için başkalarını sorumlu tutma ve/veya diğerlerinin bu konuda yapmış olduğu hatalar hakkında düşünmeyi ifade eder. Örnek olarak “Bu olayda diğerlerinin yaptığı hataları düşünürüm.” maddesi gösterilebilir (Garnefski ve ark., 2001).

2.2.2. Bilişsel Duygu Düzenlemenin Nörofizyolojik Temeli

Duygu bir uyarana verilen bir dizi bilişsel ve davranışsal fizyolojik tepkiden oluşmaktadır. Bu tepkilerin bilişsel süreçlerle ilişkisi hakkında birçok teori üretilmiştir (Smith & Kosslyn, 2017). Bunlardan Lazarus Teorisine göre; duygu deneyimi, deneyimin bilişsel olarak nasıl değerlendirildiğine bağlıdır. Örneğin; bir hemşirelik öğrencisinin klinik deneyimini ele alırsak; Lazarus Teorisine göre, eğer öğrenci klinik uygulama ile ilgili daha önceki bir kişisel deneyiminde olumsuz değerlendirilme veya olumsuz bir deneyim yaşamışsa o kişi bu durumu "stres verici veya korkutucu" olarak niteleyebilir (Lazarus, 2006). Bu

durumda oluşan duygu, stres ve korku olarak karşımıza çıkmaktadır. Tam tersi öğrenci klinik uygulamayı, klinik beceri yeterliliğini gösterme fırsatı olarak görmesi durumunda ve "olumlu" bir nitelendirme yapması sonucu mutluluk, sevinç gibi olumlu duygulara sahip olacağı ifade edilmektedir. Teoriye göre, bu nitelendirmenin veya değerlendirmenin ardından, duygu ve fizyolojik tepki aynı anda ortaya çıkmaktadır. Verilen örnekte hemşirelik öğrencileri için klinik deneyim aynı olsa da, bakış açıları ve değerlendirme kriterleri farklı olduğunda farklı duyguların tetikleyebileceği ifade edilmektedir (Lazarus, 2006). Lazarus teorisine göre, duygusal tepkiyi belirlemek bilişin bir parçasıdır. Daha sonraki yıllarda duygunun bilişten bağımsız olarak meydana gelebileceğini savunan Zajonc ve duygunun bilişsel süreçlerin bir alt kümesi olduğunu savunan Lazarus'un yazıları diğer araştırmacıların dikkatini duygu ve biliş arasındaki etkileşime yöneltmesine yardımcı olmuştur (Smith & Kosslyn, 2017). Ancak bu odak noktasındaki en etkili faktör, duygunun altında yatan sinir sistemine dair geliştirilen anlayış olmuştur. Nöro-görüntüleme ve diğer beyin temelli çalışmalardan; duygu için uzmanlaşmış sinir yapılarının bilişsel davranışlar için de önemli olduğu anlaşılmıştır. Duygu için uzmanlaşmış sinir yapıları, bilişsel davranışlardan sorumlu olan sinir yapılarından hem etkilenmekte hemde onları etkilemektedir (Ochsner & Gross, 2008; Ochsner ve ark., 2002; Smith & Kosslyn, 2017). Duygu ve biliş birbirine bağlı süreçler olarak ifade edilmektedir. Smith ve Kosslyn (2017), bilişi dikkate almadan duyguyu ya da duyguyu dikkate almadan bilişi incelemenin artık kabul edilebilir olmadığını belirtmiştir.

Duygular, bir kişinin hayatta karşılaşılan zorlukları ve fırsatları yönetmesine yardımcı olmak için biyolojik olarak oluşturulmuş cevaplardır. Bu sebeple duyguları düzenleme kapasitesi, insanoğlunun adaptasyonu için oldukça önemlidir (Dubert ve ark., 2016). Duygu ve bilişin birbirine bağlı olduğu belirtildiği gibi, güncel nörobilişsel çalışmalar anahtar beyin yapılarının duygu düzenleme stratejileri ile de ilişkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (Ochsner & Barrett, 2001). Bu beyin yapılarından; Dorsolateral Prefrontal Korteks, Medial Orbitofrontal korteks ve Dorsal Anterior Singulat Korteksin duygu düzenleme görevlerinde etkin olduğu belirtilmektedir (Tablo-1) (Ochsner & Gross, 2008). Duygu düzenleme süreci sırasında, beynin spesifik alanları arasında dinamik bir etkileşim olduğu, özellikle de bilişsel kontrole dahil olan prefrontal ve singulat bölgeleri arasındaki etkileşimler olduğu belirtilmektedir. Ayrıca duygusal yanıtta aktive olan amigdala ve bazal ganglia bölgeleri arasında etkileşimler olduğu ifade edilmektedir (Ochsner & Gross, 2008).

Tablo-1: Duyguların İşlenmesinde Görev Alan Beyin Yapıları (Ochsner & Barrett, 2001; Dubert ve ark., 2016) Duyguları işlemek için önemli olan beyin yapılarının, duygusal bilgileri işlemede fonksiyonel rolleri, uygulamaları ve otomatik veya kontrollü olup olmadıkları ifade edilmiştir.

Beyin Yapıları	Amigdala	Bazal Ganglia	Medial Orbitofrontal korteks	Dorsolateral Prefrontal korteks	Anterior Cingulate korteks
Fonksiyon	Potansiyel tehditleri tespit etme ve öğrenme	Ödülleri kaydetme ve alışkanlıkları edinme	Durumsal hedefler için durum bağımlı eylem seçimi	Duygu bilgisini geri almak ve saklamak	Çatışma izleme
Kullanım ve uygulama	Uyandırıcı, potansiyel olarak tehdit edici uyaranları tespit eder ve bunlara karşılık gelen fizyolojik cevaplar ve uygun eylemlerle ilişkilendirir.	Sürekli tekrarlandığı kanıtlanan davranış ve düşünce dizilerini otomatikleştir	Durum analizlerine dayanan sürekli cevapları engeller; düzenleyici kararlara dayanan duyuşsal tepkiler üretir	Uyarı tanımlar ve duygu durumlarını ayırt eder; düzenleyici stratejilerin ve duygu bilgilerinin deposudur.	Devam eden davranış izler ve değişikliğin gerekli olup olmadığını belirler.
İşlem Türü	Otomatik	Otomatik ama dikkat gerektirir	Kontrollü	Geri Alım otomatik veya kontrollü olabilir	Çatışmalar otomatik olarak algılanır ancak değişiklikler kontrollü ele alınabilir.

Özellikle, duygu düzenlemede yeniden gözden geçirmenin (reappraisal) nöral temelini araştıran nörogörüntüleme çalışmaları, dorsolateral prefrontal korteks ve anterior singulat korteksin, yeniden değerlendirme sırasında sürekli olarak aktive edildiğini ve aynı zamanda amigdala ve orbitofrontal korteks üzerinde aktivasyon gözlendiği belirtilmiştir (Ochsner, Gross & Gabrieli, 2002; Ochsner & Gross, 2008). Bu durumla ilişkili olarak Modinos, Ormel ve Aleman (2010), olumsuz duyguların düzenlenmesi (duygu düzenleme-reappraisal) sırasında ortaya çıkan beyin aktivitesiyle (fMRI) bilişötesi aktivitelerin ilişkili olup olmadığını araştırmıştır. Bulguların daha önceki çalışmaları doğruladığı yenilenerek, duygu düzenlemenin beynin frontal ağlarında, özellikle dorsolateral prefrontal kortekste, medial orbitofrontal kortekste ve anterior singulat kortekste artmış aktiviteye sebep olduğu ifade edilmiştir. Dahası, bilişötesi aktivitenin fazla olduğu kişilerde dorsolateral prefrontal kortekste artan aktiviteye ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca beynin prefrontal aktivasyonu ile negatif uyaranlara verilen amigdala cevabı arasında ters bir ilişki bulunmuştur. Sonuç olarak

birçok araştırmacı tarafından, çalışma belleği ve bilişötesi farkındalık gibi diğer bilişsel kontrollerden de sorumlu olan PFK'nın bilişsel duygu düzenleme için önemli beyin yapılarından olduğu belirtilmektedir (Ochsner & Gross, 2008; Ochsner ve ark.,2002; Smith &Kosslyn, 2017; Ochsner & Barrett, 2001).

2.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Hemşirelik Öğrencileri

Genel olarak üniversite öğrencilerinin akademik arayışlarının duygusal olarak zorlayıcı olabildiği, ancak özellikle hemşirelik öğrencileri için bu durumun ve klinik deneyimin daha fazla strese sebep olarak duygusal olarak zorlayıcı olduğu ifade edilmektedir (Beddoe ve Murphy, 2004; Dubert ve ark., 2016). Diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında, hemşirelik öğrencileri daha yüksek stres düzeylerini bildirmektedir (Beddoe & Murphy, 2004; Jones & Johnston, 1997). Yüksek stres ve kaygı düzeylerinin akademik performansa ve öğrenmeye zarar vererek genel hafıza, konsantrasyon ve problem çözme yeteneğini engellediği belirtilmektedir (Beddoe & Murphy, 2004).

Hemşirelik öğrencileri için hemşirelik eğitiminin duygusal olarak zahmetli olduğu fenomeni birçok dış etkene bağlanmaktadır. Hemşirelik öğrencileri streslerini; fakülte ve klinik personel ile kişiler arası ilişkilere, ayrıca akademik ve finansal faktörlere yüklerler (Beck ve ark., 1997; Jones & Johnston, 1997). En sık rastlanan faktörler arasında, öğrencilerin hata yapma, fakülte tarafından değerlendirilme, klinik hemşirelik çalışanlarından destek alma eksikliği ve sınıfta öğretilen ile klinik pratikte gerçekten neyin yaşandığı arasındaki uyumsuzluktan korkma ve ilk kez klinik uygulama deneyimi yer almaktadır (Moscaritolo, 2009). Shipton (2002), yeni mezun hemşirelik öğrencilerini duygusal olarak zorlayan spesifik stres faktörlerini araştırmak ve tanımlamak için nitel bir çalışma yürütmüştür. Çalışmaya göre, öğrenciler fakülte ile stresli deneyimler olarak; klinik eğitmenleri tarafından izlenmek, değerlendirilmek, öğretim elemanlarının öngörülemezlikleri ve onların ne tür bir duygudurum içinde olduklarını bilmemek ve klinikte eğitmen beklemek zorunda kalmak olarak değerlendirmişlerdir (Shipton, 2002). Hemşirelik öğrencileri ayrıca kliniklerde hemşireler tarafından yapılan olumsuz tutumların, eylemlerin ve yorumların stres yarattığını belirtmişlerdir. İlgi çekici bir şekilde, akranlar ve sınıf arkadaşları ile olan etkileşimler strese katkıda bulunmuş, özellikle klinik performanslarını ve akademik ortamlardaki dereceleri üzerinde rekabet etmeleri ve karşılaştırmalarının buna katkıda bulunduğu ifade edilmiştir (Shipton, 2002). Son olarak, öğrenciler yeni bir prosedürü uygulamaya koyma deneyiminden

yoksun olduklarında, klinik ödevlere hazırlık yaparken, klinik rotasyonlarda göz korkutucu iş yükü ve bilinmeyen stres arttırdığını bildirmişlerdir (Shipton, 2002).

Hemşirelik öğrencileri için duygusal olarak zorlayıcı olan diğer stres alanları arasında, finansal kısıtlamalar, akademik kaygılar (sınavlar, iş yükü, ödevler, teori), ölüm ve ölme ile ilgili yeni deneyimlerle karşılaşma (Moscaritolo, 2009), klinik alanlardaki acil durumların ele alınması, boş zamanın yokluğu ve çaresizlik duyguları yer almaktadır (Jones & Johnston, 1997; Moscaritolo, 2009). Deary ve arkadaşları (2003) Birleşik Krallık'ta stres, tükenmişlik ve yıpranma üzerine üç yıllık bir çalışma yürütmüştür. Bulgular, hemşirelik öğrencilerinin artan stres sonucu olumsuz başa çıkma mekanizmaları ve psikolojik morbidite yaşadıklarını göstermiştir (Deary, Watson ve Hogston, 2003). Bu algılanan stres ve kaygılar, öğrencilerin öğrendiklerini muhafaza etmelerini ve klinik ortamda uygulamalarını engelleyebilmektedir. Ne yazık ki, hemşirelik öğrencilerine hemşirelik okulunda yaşadıkları bu duygusal zorlukları nasıl yönetecekleri öğretilmemektedir (Dubert ve ark., 2016; Deary ve ark., 2003). Ayrıca, hemşirelik öğrencilerinin hemşirelik eğitimi sürecinde yaşadıkları stres verici kaynaklar fazlasıyla ele alınırken, duygularını nasıl düzenledikleri ve hemşirelerin kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin neler olduğu konusunda araştırma eksikliği bulunduğu ifade edilmektedir (Dubert ve ark., 2016; Por ve ark., 2011).

2.2.4. Bilişsel Duygu Düzenleme Konusunda Yapılan Çalışmalar

Easazadeh (2016) tarafından yapılan çalışmada, hemşirelerin bilişsel duygu düzenleme stratejileri, iş tükenmişliği ve evlilik memnuniyeti arasındaki ilişkiler araştırılmıştır. Tanımlayıcı-korelasyon çalışmasına 140 kadın hemşire dahil edilmiştir. Veri analizi sonuçları duygu düzenlemenin alt boyutlarından kabul, olumlu değerlendirme ve ruminasyon stratejilerinin; iş stresi ve iş tükenmişliğini önemli ölçüde yordayabildiğini göstermiştir. Ayrıca, evlilik memnuniyeti, iş tükenmişliği ve duygu düzenleme stratejileri arasında anlamlı bir ters ilişki olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin iş tükenmişliği ile ilişkili eğitim programlarında etkili bir faktör olarak duygu düzenleme stratejilerinin kullanılması önerilmektedir (Easazadeh, 2016).

Saedpanah, Salehi ve Moghaddam (2016) yaptıkları çalışmada, yoğun bakım hemşirelerine yönelik duygu düzenleme eğitiminin mesleki strese etkisini araştırmışlardır. Bu girişimsel çalışma, yoğun bakım ünitesinde çalışan 60 hemşire üzerinde yürütülmüştür.

Girişim grubunda duygu düzenleme eğitimi öncesi ortalama mesleki stres puanı $136,6 \pm 24,6$ bulunurken, eğitim sonrası $113,02 \pm 16,2$ ($p=0.001$) bulunmuştur. Mesleki stres boyutları; hekimlerle çatışma, yaşlılarla ilgili sorunlar, iş yükü, tedaviye ilişkin belirsizlik ve müdahale grubundaki hastalar ve aileleri ile ilgili problemler olarak belirtilmiştir. Sonuç olarak çalışmada duygu düzenleme eğitiminin, yoğun bakım hemşirelerinin mesleki stresini azaltmada etkili olduğu ifade edilmiştir (Saedpanah, Salehi & Moghaddam, 2016).

Bamonti ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve baş etme stratejilerinin hemşirelerde iş stresi ve tükenmişliği öngörme derecesi incelenmiştir ($n=56$). Sonuçlara göre, bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasından olumlu yeniden değerlendirme (kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm, olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm) ile iş stresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin kullanılması, duygusal tükenme ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Daha olumlu yeniden değerlendirme bildirenler de daha düşük düzeyde iş stresi ve tükenmişlik olduğunu bildirmişlerdir. Planlama ve olumlu yeniden odaklanma alt boyutlarının ise, kişisel başarı ile anlamlı ve pozitif ilişkili olduğu belirtilmiştir. Bulgular, disfonksiyonel başa çıkma stratejilerini azaltmaya ve olumlu duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını geliştirmeye yönelik girişimler geliştirmeye ihtiyaç olduğunu ifade etmektedir.

2.3. Stres Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından “21. Yüzyılın Sağlık Salgını” olarak adlandırılan stres kavramı, farklı koşullar altında farklı insanlar için farklı anlamlar ifade eder (WHO, 2007; Fink, 2016). Bu sebeple insanlık tarihi kadar eski olan bu kavram için, tek bir tanımın yapılması söz konusu olduğunda zorlanılmış ve net bir tanım yapılamamıştır. Bu zorlukla beraber stresin ilk ve en genel tanımı Hans Selye (1946) tarafından yapılmıştır. Stres kavramının babası olarak bilinen Hans Hugo Bruno Selye, stresi; “vücudun herhangi bir talebe spesifik olmayan cevabıdır” şeklinde tanımlamıştır (Selye, 1975; Fink, 2016). TDK’ya göre stres; “ruhsal gerilim” olarak tanımlanırken, Oxford sözlüğüne göre ise; “olumsuz veya zorlu koşullardan kaynaklanan zihinsel veya duygusal bir gerginlik durumu” şeklinde ifade edilmiştir (Büyük Sözlük, 2018; Fink, 2007).

Evrensel bir tepki olan stres, genellikle olumsuz bir durum olarak algılanır. Latince karşılığı ‘Estrictia’ olan kavram; öncelerde felaket, musibet, keder, gibi anlamlarda kullanılırken zamanla kavrama yüklenen anlam değişmiş kelime “bütünlüğü koruma” ve “varolan duruma dönmek için harcanan gayret” anlamını ifade etmeye başlamıştır (Cüceloğlu, 1992). Bernard tarafından “canlının dengesini bozan uyaranlar” olarak ifade edilen stres, organizmanın biopsikososyal sınırlarını tehdit edici çevre özellikleri karşısında, kendini korumaya yönelik faaliyete geçmesi olarak ifade edilebilmektedir (Akman, 2004; Goldstein & Kopin, 2007).

Çevresiyle sürekli homeostazi içinde olma ihtiyacı duyan organizmanın sahip olduğu fiziksel ve psikolojik koşullar uyumu ya kolaylaştırır ya da zorlaştırır. Uyum zorlaştığı zaman, birey çoğunlukla strese girer. Bu sebeple Cüceloğlu stresi; “bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı çaba” olarak tanımlamıştır (Cüceloğlu, 1992).

Modern kavramlar, stresin homeostaza karşı bilinçli ya da bilinçsiz olarak algılanan bir tehdit olduğunu ifade etmektedir. Goldstein’e göre stres; homeostaziye, organizmanın stres etkeni algısına ve onunla başa çıkma yeteneğine bağlı olarak, bir dereceye kadar özgüllüğe sahiptir, yani burada kişinin olayları stres kaynağı olarak algılayıp aldılamadıklarına göre değişkenlik göstermektedir (Goldstein & Kopin, 2007; Lazarus, 2006). Kişiler, olayları algılayıştaki farklılıkları sonucunda stres etkenlerine aynı şekilde tepki vermeyebilir. Bir birey için stresli olabilecek şey, bir diğeri için zorunlu olarak stresli olmayabilir. Bu sebeple stres her insan için kendine özgüdür (Fink, 2016).

Stres karşısında vücudumuz, dövüş yada kaç stratejilerini uygulamaktadır. Cannon, bir canlının tehlide karşı tepkisini tanımlamak için savaş ya da kaç terimini öne süren ilk kişi olmuştur. Savaş ya da kaç kavramı, sempatik sinir sisteminin genel deşarjı ile tehditlere tepki gösterilmesini ve canlının dövüşmek ya da kaçmak için harekete geçmesini ifade eder (Fink, 2016). Bu cevap daha sonra Hans Selye tarafından omurgalılar ve diğer organizmalar arasında evrensel bir stres tepkisi olarak kabul edilen genel adaptasyon sendromunun (GAS) ilk aşaması (akut stres cevabı) olarak kabul edilmiştir. Selye, çeşitli hastalıklara sahip hastaların, vücudun maruz kaldığı stresli uyaranlara ortak bir cevap olan aynı "özgül olmayan" semptomların çoğuna sahip olduğunu gözlemlemiştir (Fink, 2016). Bu klinik gözlemler, laboratuvar fareleri üzerinde yapılan deneylerle birlikte Selye'nin strese uzun süre maruz

kalmanın “uyum hastalıkları” (*diseases of adaptation*) ile sonuçlandığını iddia etmesine sebep olmuştur. Yani, kronik stres, kimyasal uyaranlar ve/veya hormonların üretilmesine neden olarak, gastroduodenal ülserler ve yüksek tansiyona sebep olabilmekte ayrıca bağışıklık sistemi ve böbreküstü bezleri üzerinde önemli etkisi olan çeşitli hastalıklara neden olabildiği ifade edilmiştir (Fink, 2016).

Stresin her insan için kendine özgü anlamı olduğundan bahsetmiştik, bu durum bilim adamları için de aynı şekilde seyretmekte yani bilim adamlarının stres tanımları da farklı olabilmektedir. Mesela bilişsel psikolojideki çalışmaları ile ünlü ve duygulara odaklanan Richard Lazarus, kesin bir kapsayıcı tanıma ulaşmanın zorluklarının altını çizerek “stres yaygın olarak insan yaşamında merkezi bir sorun olarak kabul edilmektedir.” demiştir (Lazarus & Folkman, 1984). Sosyologlar için stres; “toplumsal dengesizlik, yani insanların içinde yaşadığı sosyal yapıdaki rahatsızlıklar iken, Fizyologlar için; vücuda zararlı olan çok çeşitli uyarıcı koşulları içeren fiziksel streslerle alakalı olmaktadır. Psikologlara göre ise; endişe, sıkıntı anlamına gelirken, Davranış bilimlerinde stres; “anksiyete rahatsızlığı, duygusal gerginlik ve uyum zorlukları” ile tehdit algısı olarak kabul edilir. Nöroendokrinoloji bilimdalı ise ACTH ve adrenal glukokortikoidlerin salınımını provoke edecek herhangi bir uyarıcıyı stres olarak ifade edebilmektedir. Ancak, yapılan tanımlardan hiçbirisi stresi tanımlamada yeterli olamamıştır. Stres üzerine 38 kitap yazan ve Uluslararası Stres Enstitüsü'nü (AIS) kuran Hans Selye'nin stres ile ilgili 130 binin üzerinde kitabı yayınlanmıştır. Buna rağmen yaşamımızın bir parçası olan stresin tam bir tanımını yapabilmek pek mümkün görünmemektedir (Fink, 2016; Kohler ve ark., 2006).

Stres çalışmalarında epidemiyolojik araştırmalar merkezi bir yere sahiptir. Çok sayıda epidemiyolojik çalışma sosyal hayat, okul hayatı, işyeri ve yaşam tarzının stres, sağlık ve esenlik üzerindeki etkilerini tanımlamaya çalışmıştır (Fink, 2016). Bununla birlikte, yeni stres kavramlarını oluşturan epidemiyolojik çalışmalardan belki de en önemlisi, David Barker'ın orta ve geç gestasyon evrelerinde fetal yetersiz beslenmenin (bu bir stres kaynağıdır.) yaşamın ilerleyen safhalarında koroner kalp hastalığına yol açtığı hipotezidir (Barker, 1995). Bu kavram, kısa bir süre sonra Hales ve Barker tarafından “Tutumlu fenotip hipotezi” (*thrifty phenotype hypothesis*) şeklinde genişletilmiştir. Düşük fetal beslenme ve yetersiz büyüme ve gelişme ile daha sonraki yıllarda tip 2 diyabet gelişimi ve toplumları salgın oranlarda etkileyen metabolik sendromlar arasında bir ilişki olduğunu öne sürmüşlerdir. Erken yaşamda

bir stres kaynağı olan yetersiz ve kötü beslenme glukoz-insülin metabolizmasında kalıcı değişikliklere sebep olarak tip 2 diyabetin ortaya çıkmasına ve obezite, yaşlanma ve fiziksel inaktivitenin etkileri ile de insülin direncini olumsuz etkileyebilmektedir. Yapılan çalışmalar arasında, ilişkilerin gücü değişse de dünyadaki birçok çalışma, Barker'ın ilk epidemiyolojik kanıtlarını doğrulamıştır (Hales & Barker, 2001). Sonuç olarak bu epidemiyolojik çalışmalar, fetal evrede yaşanan stresin yaşamın ilerleyen evrelerinde ciddi sağlık sorunlarına sebep olabildiğini ve yaşam kalitemizi etkileyebildiğini göstermektedir (Fink, 2016).

Stres denince akla gelen ilk anlam olumsuz olsa da içinde bulunan şartlara göre yararlı olduğu durumlar da olabilmektedir (Kohler ve ark., 2006). İlimli bir miktar stres elimizden gelenin en iyisini yapmak için bizi teşvik edebilir. Örneğin, sporcular genellikle olimpiyatların baskısı altında dünya rekorlarını kırarlar, bir ödev yazmak ya da bir sınava hazırlanmak için ılımlı miktarda stres motive etmeye yardımcı olacağından bu durumda olumlu ve gereklidir. Bu nedenle, belirli bir miktarda stres arzu edilir ama fazlası zararlıdır. Bugünün talepleri ve baskıları, tüm insanların stres yaşayacağını garanti eder. Stres sadece yaşam ürünüdür. Bu nedenle kişiler stresle yaşamayı öğrenmek, aşırı stresi kontrol etmeyi veya yönetmeyi öğrenmek ve de strese neden olan duyguların nasıl düzenleneği anlamak, böylelikle stresin yıkıcı etkilerini en aza indirebilmek çabası içinde olmalıdır (Kohler ve ark., 2006). Sıklıkla stresle başa çıkabilme yeteneğimize olan inanç, stres seviyelerini azaltmaya yarar. Burada duygu düzenleme stratejilerini kullanıp kullanmadığımız önem kazanmaktadır. Stresi yönetme sağlıklı yaşam sürecinin devamlılığı için önemlidir. Bunun sağlanmasında; stresin neden olduğu, sonuçlarının neleri getirdiği ve stresin kontrolü için nelerin yapılmasının gerekli olduğu bilinmelidir (Lim, Bogossian & Ahern, 2010). Etkin bir stres yönetimi; zihinsel ve fiziksel sağlığın korunması ve sürdürülmesini, sorun çözme ve öğrenmeyi destekler, meslek tatminini sağlayarak, verimliliği arttırmaktadır (Lim, Bogossian & Ahern, 2010; Kohler ve ark., 2006).

Stres, birey ve çevre arasındaki dinamik etkileşimi ifade eder. Bu etkileşimde, iş ile ilgili talepler, sınırlamalar ve fırsatlar, bireyin kaynaklarını ve becerilerini geliştirmek için tehdit olarak algılanabilir ve böylelikle kişilerin sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (Lim, Bogossian & Ahern, 2010; Kohler ve ark., 2006). Stres kaynaklı sağlık sorunları ve iş gücü kaybının Amerikan şirketlerine yılda 300 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir (WHO, 2007; Fink, 2016). Mental Health Foundation'a göre, İngiltere'de her yıl milyonlarca

insanın stres nedeniyle işten yoksun olduğu, tüm hastalıkların % 75'inin stresle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Mental Health Foundation, 2014). Dünya ülkeleri arasında stresin incelendiği çalışmada ise Türkiye 150 ülke arasında en stresli 32. ülke olarak kaydedilmiştir (Bloomberg, 2013). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) Uluslararası Öğrenci Değerlendirme Programı (PISA), 2017 deki en son raporunu yayınlamıştır. OECD'nin araştırmasında öğrencilerin okuldaki performansları, okul arkadaşlarıyla ve öğretmenlerle ilişkileri, aile ortamları ve boş zamanlarının incelendiği çalışmaya göre Türkiye en stresli ülke olarak ifade edilmiştir. 72 ülke içerisinde Türk öğrencilerin en kötü yaşam memnuniyetine sahip olduğunu, yüzde 20'den fazlasının yaşamla “memnun olmadıklarını” ortaya çıkarmıştır. Buna karşılık, Hollanda'daki öğrencilerin yüzde dörtten azı hayattan “memnun olmadıklarını” ifade etmişlerdir (OECD, 2017).

Yaşamımızın parçası olan stresten kaçmak ya da stresli olayları önlemek çoğunlukla mümkün değildir. Gerçekten de, sadece hayatta kalmak bile yaşamı sürdüren enerji için bir talep yaratır. Stres yalnızca kaygı ya da endişeden oluşmamaktadır. Uyurken bile strese maruz kalınmaktadır. Çünkü fonksiyonlar biz dursak bile çalışmaya devam etmektedir. “Stres yaşamın her aşama ve ayrıntısında ortaya çıkabildiğine göre stresin ortadan kaldırılması gerçekte hayatın kendisini ortadan kaldırmak” anlamına gelir. Bunu ifade etmek için Selye “streten tam özgürlük sadece ölümden sonra beklenebilir” demiştir (Goldstein & Kopin, 2007; Fink, 2016).

2.3.1. Hemşirelik Mesleği ve Stres

Hemşireliğin doğası gereği, stresli bir meslek olduğu neredeyse evrensel olarak kabul edilmektedir. Hemşirelik, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO)' nün stres önleme konusunda bir kılavuz hazırladığı meslek gruplarından biri olarak seçilmiştir (Cox, Griffiths & Cox, 1996). ILO, hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri; “başhemşire ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, rol çatışması ve belirsizliği, ağır iş yükü, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hasta ve yakınlarıyla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışmak” olarak belirlemiştir (Cox, Griffiths & Cox, 1996).

Son kırk yılda, işyerindeki stres deneyiminin, hem işçilerin sağlığı ve güvenliği hem de kuruluşlarının sağlığı ve etkinliği üzerinde istenmeyen etkilere sahip olduğuna dair artan

bir inanç vardır. Bu inanç sadece kamu ve medya çıkarlarına değil, sendikaların ve Uluslararası Çalışma Ofisi de dahil olmak üzere bilimsel ve profesyonel kuruluşların dile getirdiği endişelerin artmasına da yol açmıştır. Hastanede çalışan sağlık personelinin yaklaşık %60'ını oluşturan ve hastalarla en çok zaman geçiren sağlık personeli olan hemşirelerin motivasyonu hastanelerin etkinliği ve verimliliği açısından kilit rol oynamaktadır (Cox, Griffiths & Cox, 1996). Bu nedenle, hizmet kuruluşlarından bünyesinde birçok meslek grubunu barındıran sağlık kurumları, stresin sağlık çalışanlarına ve özellikle de hemşirelere olan etkileri için özellikle endişe duymaktadır. Hemşirelerin sağlığı için hastane yönetiminin sorumluluğu, büyük ölçüde risk yönetimi sürecini ulusal ve uluslararası hukuk çerçevesine dayanarak yürütmektir. Bu çerçevenin çoğu, daha somut iş tehlikelerinin doğrudan etkilerine odaklanmakla birlikte, psiko-sosyal ve örgütsel tehlikeleri, stres ve stres yönetimini kapsayacak şekilde genişletilebileceği kuvvetle tartışılmıştır. Hemşirelerin sık karşı karşıya geldiği stresler;

- Hemşirelik bilgi ve becerisine uymayan iş talepleri, tedavi uygulamaları esnasında hizmetin yoğunluğuna göre değişen uzun süreli ayakta kalma, hemşirelerin iş üzerinde az kontrol sahibi olduğu durumlar, nöbetlerde uykusuz kalma ve düzensiz beslenme, hastalıkları nedeniyle stres yaşayan hastalara bakım verme, yoğun iş yükü ve dinlenme aralarının yetersizliği, hastayla iyi ilişkilerin kurulması ve sürdürülmesi zorunluluğu, alandaki yeniliklerin takip edilmesinin gerekliliği, düzensiz ve uzun süreli çalışma saatlerinin olması, ekip içindeki çatışmalar, zamanın yarattığı baskı, rol belirsizliği ve/veya zor ve karmaşık görevler, fiziki olarak kötü iş koşulları ve monotonluk olarak tartışılmaktadır (Tablo 2), (Chin, Guo, Hung & Yang, 2015; Cox, Griffiths & Cox, 1996; Farquharson ve ark., 2013).

Gray-Toft ve Anderson hemşireler ile yaptıkları çalışmada 7 ana stres kaynağı belirlemiştir;

1. Ölüm kavramının üstesinden gelmek, ölmek üzere olan hastayla ilgilenmek.
2. Hekimlerle çatışma.
3. Hastaların ve ailelerinin duygusal gereksinimlerini karşılamak için yetersiz hazırlık.
4. Personel desteği eksikliği.
5. Diğer hemşireler ve denetçilerle çatışma.
6. İş yükü.
7. Tedaviye dair belirsizlik (Gray-Toft & Anderson, 1981).

Benzer bir liste, aynı zamanda, Bailey ve meslektaşları tarafından yönetim zorlukları, diğer hemşireler ve sağlık personeli ile kişiler arası ilişkiler, hasta bakımı ile ilgili konular, teknik bilgi ve beceriler, iş yükü ve kariyer konuları ile ilgili kaygılar dahil olmak üzere derlenmiştir (Bailey ve ark., 1980; akt: Cox, Griffiths & Cox, 1996). Ivancevich ve Smith, hemşireliğin önemli fiziksel ve/veya zihinsel çaba gerektiren bazı kaynaklarını özetlemiştir. Bunlardan 3 tanesi; aşırı iş yükü, çatışma ve başhemşirelerin çalışma alışkanlıkları olarak belirlenmiştir (Ivancevich & Smith, 1981). Dewe, Yeni Zelanda'da 29 hastanede yaklaşık 1800 hemşire ile yapılan bir çalışma bildirmiştir. Bu verilerde beş “stres etkeni” faktörü; aşırı iş yüklemesi, diğer personel ile ilgili zorluklar, kritik hastalıklarda hemşirelik bakımı ile ilgili zorluklar, hastaların tedavisi ile ilgili endişeler ve zor veya umutsuz hastalarla başa çıkmak olarak tanımlanmaktadır. Çalışmanın sonuçları daha önceki araştırmalarla tamamen uyumlu olarak ifade edilmiştir (Dewe, 1987 akt: Cox, Griffiths & Cox, 1996).

Stres kaynağı	Psiko-sosyal veya örgütsel tehlike	Kaynaklar
İş tasarımı ve iş yükü	Belirsizlik Aşırı çalışma Kontrol eksikliği Ölümle ve ölmekle uğraşmak	Chin ve ark., 2015 Cox, Griffiths & Cox, 1996
Kişilerarası ilişkiler	Diğer çalışanlarla çatışma Sağlık personeli ile çatışma: Doktorların davranışı Diğer hemşirelerle çatışma	Cox, Griffiths & Cox, 1996
Hastalar ve aileleri ile ilişkiler	Hastaların ve ailelerinin duygusal ihtiyaçları ile ilgilenmek için yetersiz hazırlık	Chin ve ark., 2015 Cox, Griffiths & Cox, 1996
İş organizasyonu ve iş yönetimi	Personel desteği eksikliği Personel hareketi Yönetim ve denetçilerle ilgili zorluklar Kaynak eksikliği ve personel eksikliği	Gray-Toft & Anderson (1981) Cox, Griffiths & Cox, 1996
Hemşirenin teknik yönleri	Tedavi ve hasta bakımı ile ilgili endişeler	Chin ve ark., 2015 Cox, Griffiths & Cox, 1996
Kişisel	Teknik bilgi ve beceriler hakkında endişe	Bailey et al. (1980) Cox, Griffiths & Cox, 1996

Tablo 2. Hemşirelerin Yaşadıkları Stres Kaynakları: Psiko-sosyal ve örgütsel tehlikeler. Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health. International Labour Office, Geneva; 1996. makalesinden uyarlanmıştır.

Hastane ortamı hemşireler için stresörlerle dolu bir ortamdır. Hemşirelerde stres; hemşirenin sağlığını, sağladıkları bakımın kalitesi, hemşirelikte kalma arzusunu etkileyebileceğinden önemli bir konudur (Farquharson ve ark., 2013; Hasselhorn ve ark.

2008). Hemşirelerde stres kaynaklı süreçler çoğunlukla kişinin yer değişikliği talebi ya da mesleği bırakması (*turnover*) şeklinde seyretmektedir. Kişisel sıkıntılara ek olarak, klinik ortamdaki yüksek eğitimli personelin kaybı, kalan personel üzerindeki yükü artırabilmekte ve hasta güvenliğini, yüksek bakım kalitesini korumayı ve kanıt temelli uygulama sunmayı zorlaştırmaktadır (Hasselhorn ve ark., 2008). Uygulamada kalifiye hemşirelerin sayısının potansiyel olarak azalmasına ek olarak, yüksek stres ve tükenmişlik düzeyi, optimal hasta bakımına, artan güvenlik ihlallerine ve daha sık görülen hatalara (bilişsel hatalar) sebep olarak hasta güvenliği ve hasta doyumunda olumsuzluklara yol açabilmektedir (Farquharson ve ark., 2013). Bu zararlı etkileri en aza indirmek için stres kaynaklarını anlamak önemlidir. Hemşirelerin iş yükü, bakım kalitesini korumaya çalışırken hasta kalış süresinin kısaltılması gibi potansiyel olarak çatışan hedefleri dengelemeye çalıştıkça artmaktadır (Farquharson ve ark., 2013). Nüfus yaşlandıkça ve daha fazla kronik hastalık ve fiziksel yetersizlik yaşandıkça, hemşirelik bakımı için güçlendirilmiş bir talep olacağı öngörülmektedir. Ancak Karlsson yaptığı çalışmaya göre mevcut rakamların, bu talebi karşılamak için uygun niteliklere sahip hemşirelerin eksikliğinin olabileceğini düşündürdüğünü ifade etmiştir (Karlsson ve ark. 2006; Farquharson ve ark., 2013).

Amerikan Hemşireler Derneği (ANA) tarafından desteklenen 2011 anketinde, hemşireler en sık, güvenlik ve sağlık sorunlarından olan stres ve aşırı çalışmanın akut ve kronik etkilerini ifade etmişlerdir (ANA, 2011). Uzmanlar uzun zamandır işyerinde stresin bir mesleki tehlike olduğunu kabul etmektedirler. 1960 yılında araştırmacı Menzies “hasta bakımı, karar verme, sorumluluk alma ve değişim” de dahil olmak üzere hemşireler arasında dört stres nedeni belirlemiştir (Roberts & Grubb, 2013). Bununla birlikte, problemin farkındalığının artmasına rağmen, hemşireler artan stres seviyelerini yaşamaya devam etmektedir. Amerikan Bütüncül Hemşirelik Derneği'ne (AHNA) göre, hemşireler işyerinde diğer mesleklerden daha fazla stres yaşamaktadırlar. Bu stresler arasında fiziksel talepler, yönetim sorunları, kaynak eksikliği ve ev ve iş sorumluluklarını dengeleme güçlüğü yer almaktadır (Roberts & Grubb, 2013).

Bireyin tehdit olarak algıladığı her şeye stresör denebilmektedir. Hemşireler için, fiziksel ve/veya psikolojik olabilen stresörler geniş bir yelpazeye sahiptir. Hemşirelik gün boyu, değiştirilebilir vardiyalar veya kadrolar, gürültülü çalışma ortamları ve uzun saatler de dahil olmak üzere potansiyel fiziksel stres unsurlarıyla doludur (Farquharson ve ark., 2013).

Gece vardiyasında çalışan hemşirelerin doğal sirkadiyen ritmleri bozulmakta ve bu da onları hastalığa yatkın hale getirebilmektedir. Ayrıca, birçok hemşire düzenli olarak enfeksiyon ve toksik maddelere maruz kalmaktadır. Bir hastalığa yakalanma konusundaki kaygı ve endişe, bir hemşirenin zihinsel ve psikolojik yorgunluğuna da sebep olabilmektedir (Farquharson ve ark., 2013; Roberts & Grubb, 2013). Ölmekte olan bir kişi ile ilgilenmek ve iletişim kurmak gibi zor veya trajik durumlar, hemşireler için duygusal zorluklar da sunmaktadır. Hemşirelik, genellikle stresli olan aktiviteleri ve kişilerarası ilişkileri içermektedir. Dolayısıyla yaşanan stres kişinin sağlığı için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Özellikle psikolojik sağlık sorunları, hemşirelerin tıbbi hatalar yapmasına neden olabilmekte ve verimliliğini azaltmakta, bunun sonucunda hem hasta bakım kalitesi hem de kurumlar olumsuz etkilenebilmektedir (Arimura ve ark., 2010). Bununla ilgili olarak 2006 yılı Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN) teması “Güvenli Ortam-Güvenli İstihdam” şeklinde oluşturulmuş ve tartışılmıştır. Bunu takiben 2007 yılında “Pozitif Uygulama-Çalışma Ortamı” teması üzerinde bu konunun önemi konuşulmuştur (ICN, 2006; ICN,2007).

Hemşirelikte stres ile ilgili yapılan araştırmalar, bu stresin hemşirelerin sağlığı ve refahı üzerindeki etkilerini kestirmeye çalışmıştır (Roberts & Grubb, 2013). İşe bağlı stres deneyiminin genellikle hemşirelerin çalışma hayatının kalitesinden uzaklaştığı, psikiyatrik morbiditeyi artırdığı ve bazı fiziksel hastalıklara katkıda bulunabileceği konusunda genel bir fikir birliği vardır (Cox & Griffiths, 1996). Örneğin, 1993 yılında Birleşik Krallık Sağlık ve Güvenlik İdaresi, kendinden bildirilen işle ilgili hastalıklar başlıklı bir belge yayınlamıştır. Bu belge, ulusal istatistiklere ilginç bir katkı sağlamıştır: 75.000 yetişkinin katıldığı çalışmada, hastalıkların doğası ve onlara neyin sebep olduğu hakkında görüşler sorulmuştur. Anket, kamu kurumlarında çalışanları içermediğinden, hemşirelerin yaşadığı sorunların kapsamının, yaklaşık yüzde 7'ye kadar tahmin edilemeyeceği düşünülmüştür. Kas ve iskelet sistemi hastalıkları, tüm katılımcıların (%42'si) kötü sağlık durumunun en yaygın nedenidir, bunu stres ve depresyon izlemektedir (%8,1). Hemşireler, önemli oranda artmış stres ve depresyon oranları bildiren gruplar arasında olmaktadır (Hingley & Cooper, 1986; akt: Cox & Griffiths, 1996). Hem hemşirelik açısından daha somut tehlikeler hem de bu çalışma ile ilişkili psiko-sosyal tehlikelere maruz kalma endişesi stres deneyimine yol açabilmekte ve bu deneyim iş tatmini, psikolojik iyi oluş ve fiziksel sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Hingley & Cooper, 1986; akt: Cox & Griffiths, 1996).

2.3.2. Pediatri Hemşireliği Öğrencilerinde Klinik Stres

Bir hemşirelik müfredatının amacı, öğrencilere çeşitli ortamlarda hemşireliği uygulamak için temel kavramlar, mesleki değerler ve başlangıç becerileri sağlamaktır. Bu eğitim, hem sınıfta hem de klinik ortamda gerçekleşir (Oermann & Lukomski, 2001). Sınıf öğretimi temel olarak uygulamaya yönelik kavram ve teorilere odaklanırken; klinik pratik, öğrencinin sınıf ortamında edindiği teorik bilgiyi beceriye dönüştürmesine, yeni bilgi, teknolojik beceri ve iletişim yeteneklerinin geliştirilmesine ve güçlendirilmesine, hastalara ve ailelere ilişkin olarak kritik ve eleştirel düşünme becerilerini kullanmasına ve problem çözme yeteneklerini geliştirmeye yönelik gerçek yaşam deneyimleri sağlar. Hemşirelik öğrencilerinin bilgi ve becerilerinin profesyonelleşmesi ve gelişmesi için büyük bir öneme sahip olan klinik deneyimler, öğrencileri bir ders kitabı ya da simülasyon yoluyla taşınamayacak gerçekliğin gerçeklerine aktarır (Oermann & Lukomski, 2001; Gaberson & Oermann, 1999; Jimenez ve ark., 2010).

Klinik uygulama, öğrenme ve beceri geliştirme için fırsatlar yaratsada, öğrenciler, bilinmeyen bir ortamda hastalara bakarken, anlamlı bir derecede stres yaşamaktadır (Levett-Jones ve ark., 2009; Jimenez ve ark., 2010). Hemşirelik eğitiminin klinik uygulamasında stres üzerine yapılan çalışmalar ortak stres kaynaklarını 3 grupta incelemişlerdir.

- 1) Akademik stresler (örneğin; sınav kaygısı, eğitim uygulamasında başarısız olma korkusu ve çalışma alanıyla ilgili sorunlar)
- 2) Klinik stresörler (örneğin; klinik uygulama sırasında hata yapma korkusu, klinik pratikte destek eksikliği, yetersiz bilgi, hastaların çoklu ve karmaşık ihtiyaçları, ölümle ya da ölmekte olan bir hastayla karşılaşma, hastadan olumsuz bir cevap alma korkusu ve kurumdaki diğer insanlarla ilişkiler)
- 3) Bireysel/sosyal stresler (ör., finansal sorunlar, ev ve okul çalışması arasındaki dengesizlik ve kendine güven eksikliği) (Jimenez, Martínez, Carmen, Diaz, 2010).

Bu stresörlere ek olarak, psikososyal stresörler öğrencileri olumsuz yönde etkilemektedir. Bu stresler arasında uzun çalışma saatleri, ödevler, boş zaman aktiviteleri için yeterli zaman eksikliği, öğrencilerin ihtiyaçlarının yeterince karşılanamaması, zamanında geri bildirim eksikliği ve sosyal destek eksikliği yer almaktadır. Stres; fiziksel, psikososyal ve davranış bozuklukları da dahil olmak üzere sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve öğrencilerin eğitiminden aldıkları performansı düşürerek profesyonel bir kimliğin oluşumunu

engelleyebilmektedir (Oermann & Lukomski, 2001; Yıldırım ve ark.,2016; Saxena, 2001; Levett-Jones ve ark., 2009).

Hemşirelik öğrencileri, hemşirelik eğitimine başladıkları zamandan itibaren akademik performansı ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen stres faktörleriyle karşı karşıyadır. Stres hemşirelik öğrencileri arasında evrensel bir sorundur ve lisans hemşireliği öğrencilerinin genel popülasyona ve diğer sağlık disiplinlerinin öğrencilerine göre zihinsel sağlık problemleri geliştirme riski daha yüksektir (Yıldırım ve ark.,2016). Jimenez, stresin özellikle klinik uygulamaların ilk döneminde daha şiddetli olduğunu, stres düzeylerinin uygulamaya çıkılan ilk günün başında yüksek olduğu ve daha sonrasında azaldığını ifade etmektedir (Jimenez, Martinez, Carmen & Diaz, 2010). Yapılan çalışmalar göstermiştir ki, öğrenciler klinik ortamda çok yüksek bir stres düzeyine sahiplerse ve endişe verici klinik durumlarla baş edemiyorlarsa öğrenme engellenebilmekte ve bu durum öğrencinin başarısını olumsuz olarak etkileyerek akademik başarının düşmesine sebep olabilmektedir (Jimenez ve ark., 2006; Gaberson & Oermann, 1999; Oermann & Standfest; Chan, So, Bn & Fong 2009; Melincavage, 2011).

Özel bir alan olan pediatri hemşireliği dersinde ise, çocuklarla iletişim kurmanın zor olması, çocukların ağlamalarına ve acı çekmelerine dayanamama, birden fazla aile üyesiyle ilgilenmede karşılaşılan zorluklar, pediatrik hastalıkların ilginç, karmaşık ve zor oluşu, pediatri hemşireliğinin öğreniminin zor olması, gelişimsel ihtiyaçlardaki farklılıklar nedeniyle ortaya çıkan zorluklar öğrenciler için birçok ek stres ve zorluk üretebilmektedir. Pediatri hemşireliğine yönelik bu tutumların klinik stresi arttırdığı vurgulanmaktadır (Oermann & Lukomski, 2001; Dündükcü, 2005; Törüner& Erdemir, 2010). Özellikle olumsuz bu duygu ve bilişötesi düşünceler pediatri hemşireliği dersini öğretmede ya da öğrenme de olumsuz sonuçlar yaratmakta, akademik başarıyı düşürürken klinik stresi arttırabilmektedir. Özellikle ilaç uygulamalarını konusunda çocuklar özel dikkat gösterilmesi gereken hasta grubunu oluşturduğundan ve çocuğun ilaç hatalarına bağlı zarar görme riskinin daha fazla olması sebebiyle, pediatri hemşireliği öğrencilerinin klinik stres düzeyinin daha fazla olacağı ifade edilmektedir (Oermann & Lukomski, 2001; Törüner& Erdemir, 2010). Çocukların sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmak ve onların yönetimi, pediatri hemşireliğinde klinik deneyimlerin önemli çıktılarındandır. Aynı derecede önemli olan, çocuğun ebeveynleri ve aile üyeleri ile etkili bir şekilde nasıl etkileşimde bulunacağını ve çocuğun yaşına uygun bir

şekilde iletişim kurarak baş etmeyi öğrenmeyi öğrenmektir. Nihayetinde incelenen literatür sonuçlarına göre klinik hemşirelik pratiğinin ve daha spesifik olarak pediatri hemşireliği deneyimlerinin öğrenciler ve hemşireler için stresli olabileceği ifade edilmektedir (Linder & Pulsipher, 2008; Oermann & Lukomski, 2001).

White (2003), öğrencilerin beceri performansına güvenmediklerinde, odak noktalarının hastadan uzaklaşarak, bir hata yaptığında neler olabileceğine dair kendi korkularına yöneldiğini ifade etmiştir (White, 2003). Oermann ve Standfest (1997), öğrencilerin kaygı, endişe, korku ve bunalmış olma duygularını çocukların bakımıyla ilgili deneyimler içinde en yüksek düzeyde bulmuştur. Oermann ve Standfest (1997) yaptıkları çalışmada, önlisans (ADN) ve lisans (BSN) hemşirelik öğrencileri arasında klinik uygulamada stres ve zorluktaki farklılıkları incelemiştirlerdir (n: 416). Bulgulara göre, klinik dersler boyunca streste anlamlı farklılıklar ortaya çıkmıştır. Hem ADN hem de BSN programlarındaki pediatri hemşireliği dersi, müfredattaki diğer klinik derslere kıyasla öğrenciler için en stresli olarak ifade edilmiştir. Linder ve Pulsipher'ın yaptığı çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin anket verileri de bu sonuçları desteklemiştir (Linder ve Pulsipher, 2008). Bu çalışmadaki öğrenciler, pediatrik rotasyonun başında “gözü korkmuş”, “yetersiz” ve “hazırlıksız” duygularını yoğun olarak bildirmişlerdir (Linder ve Pulsipher, 2008).

Öğrencilere hem klinik hem de akademik perspektiflerden yeterince destek sağlayan ve öğrencilerin kendi farkındalık düzeylerini geliştirmeye odaklanan eğitmenler, öğrencilerin eğitim boyunca stresin olumsuz etkilerine daha az maruz kalmasını sağlayacaktır. Sonuç olarak, öğrencilerin mesleki eğitim sırasında stresle başa çıkma becerilerini arttırmak için müdahaleler düzenlemek çok önemlidir ve biyopsikososyal sağlığın artırılması açısından onlara koruma sağlayacaktır (Linder & Pulsipher, 2008; Oermann & Lukomski, 2001).

2.3.3. Stres, Bellek ve Öğrenme İlişkisi

Eğer öğrenciler klinik ortamda çok yüksek bir stres düzeyine sahiplerse ve endişe verici klinik durumlarla baş edemiyorlarsa öğrenme engellenebilmektedir (Jimenez, Martínez, Carmen, Diaz, 2010; Gaberson & Oermann, 1999). Belleğin depolanması üzerinde uyarılma ve stresin etkisi, en heyecan verici, utanç verici ya da sinir bozucu olayların bellekte neden özel bir yerinin olduğunu açıklamaya yardım etmektedir. Ancak uzun süreli stres ve aşırı uyarılma, tam tersi bir etkiye neden olup, bellek performansını bozabilmektedir. Uyarılma ve

stresin bellek performansı üzerindeki etkisi ters çevrilmiş U şeklindeki bir eğri ile gösterilebilir. Hafif ve orta şiddetteki uyarılma bellek performansını güçlendirir ama uyarılma uzarsa ya da aşırı şiddette olursa bellek performansı bundan zarar görebilmektedir (McEwen & Sapolsky, 1995).

Strese bağlı bellek bozukluklarının altında yatan mekanizma, uzun dönemli strese meydana gelen hormonal değişikliklerle ilgilidir. Böbreküstü bezi tarafından salınan stres hormonlarından biri olan glukokortikoidler, bundan sorumlu tutulmaktadır (Smith & Kosslyn, 2017). Sıçanlarda yapılan araştırmalarda, araştırmacılar uzun süreli strese maruz kalmanın glukokortikoid seviyesinin artmasına neden olarak “hipokampal nöronların ateşlenme oranını” azalttığını ve böylece bellek performansında bozukluklara yol açtığını göstermiştir. Ayrıca, maruz kalma süresi daha da uzarsa, bu durum hipokampal atrofiye neden olabilmektedir (McEwen & Sapolsky, 1995). Hipokampusun farklı düzeylerde glukortikoidten etkilenen iki tür glukortikoid reseptörleri vardır. Bu iki reseptörün varlığı, farklı düzeydeki uyarılma ve stres hormonuna maruz kalmanın, niçin belleği güçlendirdiğini ya da bozduğunu açıklamaya yardımcı olmaktadır (Smith & Kosslyn, 2017).

Stresin insan belleği üzerindeki etkilerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır: İnsan belleğinde bozulmaya neden olabilecek düzeyde stres içeren deneyler, etik nedenler dolayısıyla yapılamamaktadır. Ancak, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi strese bağlı bozukluğu olan hastaların belleklerinin bozulduğuna ve bu hastalıklardan birkaç yıldır muzdarip olanların hipokampal atrofi belirtileri gösterdiğine dair bazı kanıtlar vardır (Smith & Kosslyn, 2017; Bremner, 2002).

Sonuç olarak, öğrenciler hemşireliği nasıl uygulayacaklarını ve profesyonel uygulama için gerekli olan bilgi, beceri ve değerleri nasıl geliştireceklerini klinik aktiviteleri sayesinde öğrenirler. Araştırmalar, hemşirelik öğrencileri için klinik deneyimlerin stresli olduğunu göstermiştir (Oermann, 1996, 1998; Oermann ve Standfest, 1997). Klinik ortam, lisans hemşireliği öğrencileri için önemli bir öğrenme ortamıdır. Bununla birlikte, bu ortamda gerçekleşen öğrenme, öğrencilerin stres ve endişe yaşamalarına neden olabilecek zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Yüksek kaygı düzeyleri, öğrencilerin klinik performansını etkileyebilmekte ve klinik rotasyonda başarıya açık bir tehdit oluşturabilmektedir. Klinik pratikte, hemşirelik öğrencilerinin öğrenmesine yardımcı olan destekleyici bir öğrenme ortamını teşvik etmek çok önemlidir (Oermann & Lukomski, 2001; Yıldırım ve ark., 2016).

2.3.4. Hemşirelik Öğrencilerinde Klinik Stresin İncelendiği Çalışmalar

Chernomas ve Shapiro (2013), yaptıkları tanımlayıcı çalışmada Kanada’da lisans hemşireliği 3. sınıf programında olan 437 hemşirelik öğrencisi arasında stres, depresyon, anksiyete düzeylerini araştırmışlardır. Finansal kaygılar ve okul ile kişisel yaşam arasındaki denge gibi bilinen stres faktörleri de dahil olmak üzere yaşam kalitesi göstergeleri arasındaki ilişki de araştırılmıştır. Online anket aracılığıyla, hemşirelik öğrencileri Depresyon Kaygı Stres Ölçeği, Yaşam Kalitesi Ölçeği ve demografik bilgileri hakkında veri sağlamıştır. Çalışma sonuçlarına göre, stres ile ilgili baskın temalar: klinik pratik ile başa çıkma, kişisel konular ve okul, iş ve kişisel hayatı dengeleme algıları olmaktadır. Hemşirelik öğrencileri en fazla bu temalarla başetmede sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Ayrıca yazar, hemşirelik öğrencileri için özel ruh sağlığı/destek hizmetlerine erişimin arttırılmasının göz önünde bulundurulmasını tavsiye etmiştir.

Sharif ve Masoumi (2005), yaptıkları bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin klinik uygulamalarına ilişkin deneyimlerini araştırmışlardır. 200 öğrenci arasından 90 öğrenci rastgele seçilerek öğrencilerin klinik uygulamalarıyla ilgili görüş ve deneyimlerini elde etmek için odak grupları oluşturulmuştur. Çalışma sonuçlarına göre, odak grupların verisinden dört genel tema ortaya çıkmıştır. Bunlar; ‘ilk klinik stres’, ‘teori-uygulama boşluğu’, ‘klinik gözetim’ ve son olarak ‘profesyonel rol’ olmak üzere önemli faktörler olarak kabul edilmiştir. Bu çalışmanın sonucu, hemşirelik öğrencilerinin eğitiminin klinik bileşenlerinden memnun olmadıklarını göstermiştir. Klinik ortamda, hastalarla ilgilenmek için kendini yetersiz hissetme, yetersiz profesyonel hemşirelik becerileri ve bilgi eksikliği sonucu kaygı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Oermann ve Garvin (2002), yeni mezun hemşirelerin klinikte ne tür zorluk ve strese maruz kaldıklarını incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada 46 yeni mezun hemşireden klinikte yaşadıkları stres ve zorlukları derecelendirebilecekleri Klinik Stres Anketi’ni tamamlamaları ve birimde hastalara bakarken yaşadıkları 20 farklı duyguyu değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, yeni mezun hemşireler klinik pratiğe anlamlı derecede stresli başlamışlardır. En sık bildirilen stresler: (1) kendinden emin ve yetkin hissetmemek, (2) artan iş yükü ve sorumlulukları nedeniyle hata yapabilme ihtimali (3) yeni durumlarla, çevreyle ve prosedürlerle karşılaşmak olarak belirtilmiştir. Yeni mezun hemşireler, hemşireliğin gerçek dünyası ile aldıkları eğitim arasında bağ kurmakta

zorlanmakta ve bu sebeple yaşadıkları stres daha fazla olabilmektedir. Bu makalede oryantasyon dönemindeki yeni mezun hemşirelere rehberlik için kılavuzlar sunulmaktadır. Başhemşireler ve kıdemli hemşirelerin, yeni mezunların oryantasyon dönemlerinde yaşadıkları belirli stres ve zorluklardan haberdar olmaları ve bunlarla başa çıkmaya yönelik müdahaleler planlamaları açısından bu çalışmanın önem arzettiği ifade edilmektedir (Oerman & Garvin, 2002).

Ratanasiripong ve arkadaşlarının (2015), yaptıkları çalışmada, ikinci sınıf hemşirelik öğrencilerine klinik eğitime başladıklarında kaygı ve algılanan stres düzeylerinde iki kısa müdahale programının (biofeedback ve farkındalık meditasyonunun) etkinliğini araştırılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinden 89 katılımcı rastgele 3 gruba ayrılmıştır: biofeedback grubu, farkındalık meditasyon grubu veya kontrol grubu. Tüm katılımcılar, demografik bilgileri içeren form, durumluk-sürekli kaygı envanteri (Durumluk Kaygı Ölçeği); ve algılanan stres ölçeği doldurmuştur. Bulgular, hemşirelik öğrencilerinde biyo-geri bildirimin (*biofeedback*) kaygıyı önemli ölçüde azalttığını ve stres düzeylerini koruduğunu göstermiştir. Farkındalık meditasyonu da benzer şekilde kaygı seviyelerini azaltırken, aynı zamanda stres seviyelerini önemli ölçüde düşürmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin klinik pratiğe başladıklarında yaşadıkları stres ve taleplere rağmen, araştırma bulguları, hemşirelik öğrencilerine stres ve anksiyete yönetiminde yardımcı olmak için biofeedback ve farkındalık meditasyon müdahalelerinin kullanımını desteklemektedir.

Elcigil ve Sarı (2007) yaptıkları çalışmada, Türkiye'de klinik eğitim sırasında öğrenci hemşirelerin karşılaştıkları sorunları tespit etmeyi amaçlamışlardır. Çalışmaya üçüncü yılını dolduran öğrencilerden oluşan toplamda 24 kişilik 3 grup katılmıştır. Bu çalışmada öğrenciler, iç hastalıkları, cerrahi, pediatri, psikiyatri ve halk sağlığı bölümlerinde uygulamalı eğitimlerini tamamlamışlardır. Çalışma sonuçlarına göre, öğrencilerin en çok karşılaştıkları problemler arasında; klinik eğitimci tarafından yetersiz değerlendirme, yargılanma, olumsuz geri bildirim, iletişim sorunları, yetersiz rehberlik ve aşırı yüklenme ifade edilmiştir. Araştırmanın sonunda, eğitimcilerin, öğrencilerin beklentileri doğrultusunda bilgi sunmaları, olumlu geri bildirimlerini arttırmaları ve bu öğrencilerin akademik iş yükünü hafifletmeleri önerilmektedir (Elcigil & Sarı, 2007).

Chesser-Smyth (2005) yaptığı fenomenolojik çalışmada, bir İrlanda Hemşirelik Yüksekokulu'ndaki öğrenci hemşirelerin yaşadığı ilk klinik deneyimlerini incelemiştir. Dokuz

kız öğrenci hemşire ve bir erkek öğrenci hemşire ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Araştırma sorusu; öğrenci hemşirelerin ilk klinik yerleşimindeki deneyimleri nelerdir? olarak yöneltilmiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, 5 temel tema ortaya çıkmıştır: öz farkındalık, güven, endişe, kolaylaştırma ve mesleki konular. Bulgular, karşılıklı saygı ve başkalarına saygı göstermenin öğrencilerin kendilerine olan saygısını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Bilginin kazanılması, daha sonra kaygıyı azaltan güven düzeylerinde bir artışa yol açmıştır. Bunun, klinik öğrenme ortamında işbirlikçi desteğe ve kolaylaştırmaya bağlı olan öğrenme sürecini geliştirdiği ifade edilmiştir (Chesser- Smyth, 2005).

Hemşirelik öğrencilerinin maruz kaldıkları stres ve klinik pratiğin sağlığa olan etkileri hakkında çok az ya da hiç ampirik kanıt olmadığı ifade eden Jimenez ve arkadaşları(2010) yaptıkları çalışmada, acemi ve deneyimli hemşirelik öğrencilerinin stres ve sağlık raporlarındaki farklılıkları belirlemişlerdir. Standart bilgi toplama araçları kullanarak kesitsel araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, İspanyol hemşirelik kolejinde 3 yıl süren hemşirelik programından 357 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Veriler 2004-2005 döneminde 8 aylık bir süre boyunca toplanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, üç tip stres oluşturu (klinik, akademik ve harici) ve klinik uygulamaya bağlı iki semptom kategorisi (fizyolojik ve psikolojik) belirlenmiştir. Faktör analizine göre altı ana stres kaynağı ve altı önemli semptom tanımlanmıştır. Öğrenciler, klinik stres faktörlerini akademik ve dışsal stres faktörlerinden daha yoğun olarak algılamış ve psikolojik belirtileri fizyolojik semptomlardan daha sık göstermişlerdir. Deneyimli öğrenciler akademik stresleri acemi öğrencilere oranla daha yoğun algılamışlardır. Öğrencilerin sağlıklı olmasına rağmen, ikinci sınıf öğrencileri somatik ve psikik kaygı belirtilerine karşı en savunmasız öğrenciler olarak ifade edilmiştir. Anksiyete ve duygusal sıkıntı bu öğrenciler arasında ortak cevaplar olarak bildirilmiştir ve klinik uygulamaların ilk döneminde daha şiddetlidir. Yazarlar tarafından, mesleğiyle ilgili olası stres unsurları konusunda öğrencileri bilgilendirmeyi ve klinik uygulama için profesyonelliğin, sosyal becerilerin ve baş etme kapasitesinin geliştirilmesini destekleyecek müdahalelerin sunulması önerilmektedir.

Melincavage (2011) yaptığı nitel fenomenolojik çalışmada, öğrenci hemşirelerin klinik ortamda anksiyete algısını incelemiştir. Veri toplama, 7 öğrenci hemşire ile yüz yüze görüşmeler yapılarak tamamlanmıştır. Klinik deneyimler sırasında kaygı yaşayan bazı hemşirelerin hemşirelik eğitim programlarını bıraktığı ifade edilmiştir. Hemşire öğrencilerin

klirik ortamda yoğun stres yaşadıkları biręok ęalıřma tarafından gösterilmiş ve bu ęalıřmada stres ve kaygının azaltılmasının faydası 2 boyutlu olarak gösterilmiştir. Bulgulara göre, İlk olarak, kaygı azaldığında, öğrenme artırılabilir. İkincisi, azalan kaygı, daha fazla öğrencinin hemşirelik eğitimini tamamlamasını sağladığı için genel hemşirelik sıkıntısını hafifletmeye yardımcı olabileceği şeklindedir.

O'Brien (2013) yarı deneysel ęalıřmasında, yeni bir ğretim stratejisi olarak bilinen farkındalık eğitiminin, hemşirelik ğrencilerinin (n=73) klinik uygulamada yaşadıkları strese etkisi olup olmadığını incelemek üzere dört hafta süren eğitim planlamıştır. Hemşirelik ğrencileri kliniğe çıktıkları ilk gün farkındalık tekniklerini öğrenmek ve başarılı bir şekilde uygulamak sonucunda, daha az kaygı ve stres yaşadıkları ifade etmişlerdir. Bulgular, farkındalık eğitiminin, öğrencilerin daha önce sahip oldukları ve klinik uygulama sırasında yaşayabilecekleri endişeleri potansiyel olarak azaltabileceğini ve öğrenmelerini geliştirebileceğini göstermektedir (O'Brien, 2013).

Sağlık profesyonelleri, başkalarının acı çekmesini içeren olaylarla karşı karşıya kalmaktadır; bu durum, oldukça olumsuz ve stresli duygular üretebilmektedir. Negatif duyguları başarılı bir şekilde azaltmadaki başarısızlık, tükenmişlik sendromu olarak bilinen ciddi bir sorun için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Tükenmişlik, işyerindeki strese bağlı psikolojik bir tükenmişlik halidir. Duygusal tükenme kişisel ve akademik başarıyı azaltan psikolojik bir sendrom olarak tanımlanmaktadır. Son ęalıřmalar, baş etme stratejileri ve stbilişsel inançların, sağlık alışanlarında stres ve duygusal sorunların gelişimi için koruyucu bir faktör olarak işlev görebileceğini göstermiştir. Lenzo ve arkadaşları (2016), evde palyatif bakım yapan hemşirelerde tükenmişlik, baş etme stratejileri ve stbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri incelemek ve değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, araştırılan değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca olumlu ve esnek başa çıkma stratejilerinin ve işlevsel stbilişsel stratejilerin uygun kullanımının, stres ve duygusal sorunların yönetimine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Lenzo ve ark., 2016)

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerin, bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı, karşılaştırmalı, ilişki arayıcı ve kesitsel olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı:

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 3. Sınıf Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersini alan öğrenciler ile gerçekleşmiştir. Tez araştırması Temmuz 2017’de literatür tarama ile başlamış, Temmuz 2018’ de tez savunmasıyla sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Dersini 2017-2018 öğretim yılı bahar döneminde alan, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi 3. Sınıfta olan 300 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. G*POWER 3.0.10 programında Tip I hata 0.05, %80 güç, orta etki büyüklüğünde (Cohen d= 0.3) başarı düzeyine göre her grup için 66 öğrenci, toplamda 198 öğrencinin araştırmaya dahil edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkinin net olarak ortaya konması için, araştırmada örnekleme gidilmeyerek 2017–2018 Öğrenim yılında Bahar döneminde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği dersini alan 300 hemşirelik öğrencisi araştırma kapsamına alınması planlanmıştır. Verilerin toplandığı gün, pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerden sınıfta bulunan, çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve eksiksiz olarak veri toplama formlarını dolduran 270 öğrenci örnekleme dahil edilmiştir. Örnekleme ulaşma oranı %90’dır. Örneklemden dışlanma ölçütleri; araştırmadan ayrılmayı isteme, araştırmada kullanılan formları yanlış veya eksik doldurma, sağlık meslek lisesi mezunu olup, klinikte çalışan öğrenciler olarak belirlenmiştir. Ölçeklerin madde sayısının fazla olması nedeniyle ölçekler bölünerek uygulanmış ve bu sebeple öğrencilerden rumuz alınarak eşleştirilme sağlanmıştır. (Rumuz: Anne adının ilk iki harfi + öğrenci numarasının son iki sayısı + baba adının son iki harfi olmak üzere oluşturulmuştur.)

3.4. Çalışma Materyali:

Çalışmada herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

3.5.1.Bağımsız Değişkenler: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Bilişötesi farkındalık ve bilişsel duygu düzenleme durumlarıdır.

3.5.2.Bağımlı Değişkenler: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; klinik stres ölçeği puanı ve akademik başarı düzeyleridir.

3.6. Veri Toplama Araçları ve Özellikleri:

Çalışmada veriler; “Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu” (Ek-1), "Bilişötesi Farkındalık Envanteri "(Ek-2), Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (Ek-3) ve “Pagana Klinik Stres Anketi” (Ek-4) ile toplanacaktır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (EK-1)

Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu; cinsiyet, yaş, anne-baba eğitim durumu, aile gelir durumu, aile tipi (geniş, çekirdek aile veya tek ebeveyn), aile ile birlikte yaşanan yer (köy, kasaba, ilçe vb.), hangi lise mezunu olunduğu, akademik başarı açısından kendini değerlendirme durumu, şu andaki genel akademik not ortalaması, pediatri dersini kaçınıcı kez alıyor oluşu, pediatri dersindeki başarısını nasıl değerlendiriyor oluşu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.

3.6.2. Bilişötesi Farkındalık Envanteri (BFE) (EK-2)

Bilişötesi Farkındalık Envanteri (BFE), 1994 yılında Schraw ve Dennison tarafından tasarlanan ve test edilen beşli likert tipi ve 52 maddelik bir öz değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Akın, Abacı ve Çetin (2007) tarafından yapılmıştır. BFE’ nin formu; iki ana boyut, sekiz alt faktör ve 52 ifadeden oluşmaktadır: bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesi. Biliş bilgisi üç alt bileşene ayrılmaktadır: **Açıklayıcı bilgi** (kendini ve stratejileri hakkında bilgi), **prosedürel bilgi** (stratejilerin nasıl kullanıldığı hakkında bilgi) ve **durumsal bilgi** (ne zaman ve niçin kullanıldığına dair bilgi). Bilişin düzenlenmesi beş alt faktörden oluşmaktadır: **Planlama** (hedef belirleme), **bilgi yönetimi** (organizasyon), **izleme** (kişinin öğrenme ve stratejisinin değerlendirilmesi), **hata ayıklama** (hataları düzeltmek için kullanılan stratejiler) ve **değerlendirme** (bir öğrenme bölümünün ardından performans ve strateji etkinliğinin analizi) (Schraw & Dennison, 1994).

Yetişkin ve ergenlere uygun olan bu envanter 15-20 dakikada doldurulabilmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 260 iken en düşük puan ise 52’dir. Toplam puan, madde sayısı

olan 52'ye bölündüğünde kişinin bilişötesi farkındalık düzeyi ile ilgili değer ortaya çıkmaktadır. Burada bölme işlemi sonunda 2.5 puanın üzerinde alanların yüksek, düşük alanların düşük bilişötesi farkındalığa sahip olduğu ifade edilmektedir. Envanterde olumsuz madde bulunmamaktadır (Schraw & Dennison, 1994; Akın, Abacı ve Çetin 2007).

Tablo-3: Bilişötesi Farkındalık Envanteri Alt Faktörler

	Alt Faktörler	Özellikleri
BİLİŞİN BİLGİSİ	Açıklayıcı Bilgi Faktörü Yedi maddeden oluşmaktadır (5, 10, 12, 15, 16, 18, 32. madde)	Bu faktördeki maddeler; kişilerin bilişsel amaçları, öğrenme görevlerinin yapıları ve kişisel yetenekleri hakkındadır.
	Prosedürel Bilgi Faktörü Dört maddeden oluşmaktadır (3, 14, 27 ve 33. madde)	Bu faktördeki maddeler; problemi çözmek ve aktivitelerin organize edilmesi için stratejilerin nasıl kullanılacağı hakkındaki bilgiyi ölçer ve bilgi ve becerileri kullanma imkânı sağlar.
	Durumsal Bilgi Faktörü Altı maddeden oluşmaktadır (17,20,26,29,35 ve 46. madde)	Bu faktör altında toplanan maddeler bireyin açıklayıcı ve prosedürel bilgiyi ne zaman ve niçin kullanacağını ifade eder, hangi stratejilerin verimli, ne zaman etkili ve kullanılmalarının uygun olduklarını içerir.
BİLİŞİN DÜZENLENMESİ	Planlama Faktörü Yedi maddeden oluşmaktadır. (4,6,8,22,23,42ve45. madde)	Bu faktördeki maddeler; etkin performans için bilişsel kaynak sağlanımı ve kişinin öğrenme stratejilerini etkin şekilde seçmesini içerir.
	İzleme Faktörü Sekiz maddeden oluşmaktadır (1, 2, 21, 25, 28, 41, 44, 52. madde).	Bu faktördeki maddeler; öğrenme stratejilerinin etkin olup olmadığının değerlendirmesini, performans analizini, gelecekteki performans hakkında tahminde bulunulmasını ve hatalarını belirlemesini içermektedir.
	Değerlendirme Faktörü Altı maddeden oluşmaktadır (7, 19, 24, 36, 38 ve 50. madde).	Bu faktördeki maddeler; kendi verimliliğini ve öğrenme sonuçlarını değerlendirmeyi içermektedir.
	Hata Ayıklama Faktörü Beş maddeden oluşmaktadır (11,34,40,49 ve 51. madde)	Bu alt faktör; öğrenme ve performans hatalarının bulunup düzeltilmesiyle alakalıdır.
	Bilgi Yönetme Faktörü Dokuz maddeden oluşmaktadır (9,13,30,31,37,39,43,47 ve 48. madde)	Bu alt faktör; etkin ve verimli bilgi oluşturma, bilgi ve performans organize etme, bilgiyi ayrıntılandırıp, özetlenmesiyle alakalı stratejileri içermektedir.

Akın ve arkadaşlarının (2007) dilsel eşdeğerlik bulgularında, ölçeğin orijinal ve uyarlanan form puanları arasındaki ilişkinin .93 olduğu belirlenmiştir. BFE'nin yapı geçerliğini incelemek amacıyla açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör

analizi sonucunda bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesi temel boyutları altında yer alan sekiz alt boyut elde edilmiştir. Bu alt boyutlar tanımlayıcı bilgi, işlemsel bilgi, durumsal bilgi, planlama, izleme, değerlendirme, hata ayıklama ve bilgi yönetmedir. Bu alt boyutlarda faktör yüklerinin .30'ün üstünde olduğu saptanmıştır. Madde analizi sonucunda alt ölçeklerin madde-test korelasyonlarının .35 ile .65 arasında değiştiği görülmüştür. Envanterin iç tutarlılık katsayılarının sırasıyla ölçeğin tümü için .95, açıklayıcı bilgi için .95, prosedürel bilgi için .94, durumsal bilgi için .96, planlama için .98, izleme için .94, değerlendirme için .95, hata ayıklama için .93 ve bilgi yönetme için .98 olduğu görülmüştür. Bu bulgulara dayanarak BFE'nin eğitim alanında kullanılabilecek, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu söylenebilmektedir (Akın ve Ark., 2007).

3.6.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) (EK-3)

Bilişsel Duygu Düzenleme (BDDÖ), 2002 yılında Garnefski, Kraaij ve Spinhoven tarafından geliştirilen stres yaratan yaşam olaylarıyla başa çıkmada belirli kognitif stratejilerin ne sıklıkla kullanıldığını değerlendiren, 36 maddeden oluşan ve dokuz alt boyutu bulunan beşli likert tipi bir ölçektir. Onat ve Otrar tarafından 2010 yılında ölçeğin Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Her alt ölçekte dört madde bulunmaktadır. Alt boyutlar:

1. Kendini Suçlama alt boyutu(4 madde)	Madde numaraları: 1, 10, 19, 28
2. Kabul alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 2, 11, 20, 29
3. Ruminasyon alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 3, 12, 21, 30
4. Olumlu Yeniden Odaklanma alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 4, 13, 22, 31
5. Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 5, 14, 23, 32
6. Olumlu Yeniden Değerlendirme alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 6, 15, 24, 33
7. Olayın Değerini Azaltma alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 7, 16, 25, 34
8. Felaketleştirme alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 8, 17, 26, 35
9. Diğerlerini Suçlama alt boyutu (4 madde)	Madde numaraları: 9, 18, 27, 36

Tablo-4: Bilişsel Duygu Düzenleme Alt Boyutlar

On iki yaş üstü ergen ve yetişkinlerde kullanılabilen ölçek, kişilerin belirli olay ya da durumlar karşısında kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ölçebilmektedir. Beşli likert tipinde olan ölçeğin, alt ölçek puanları dört ile yirmi arasında değişmektedir.

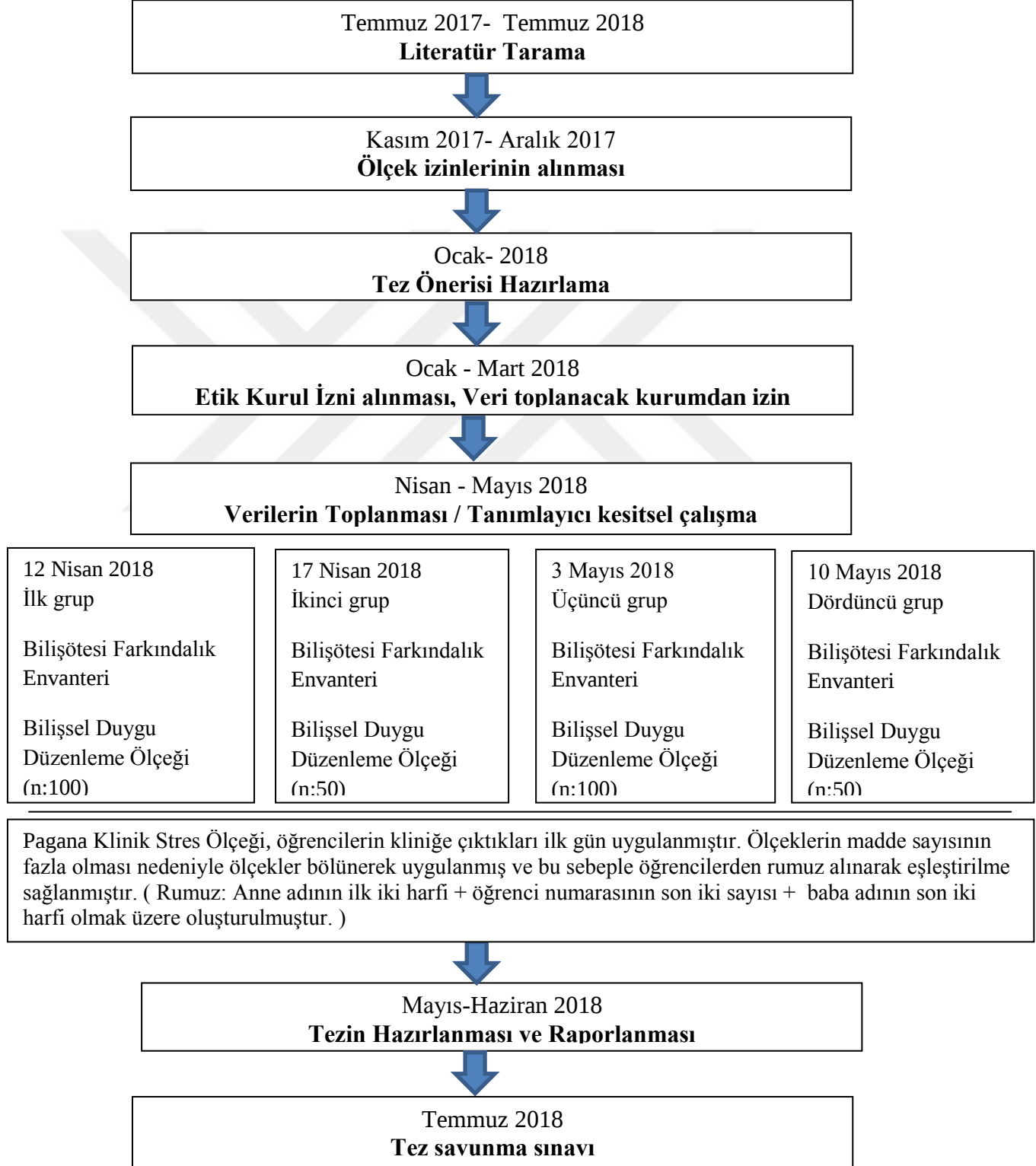
Değerlendirme alt ölçekten alınan puana göre yapılmaktadır. Bir alt ölçekten yüksek puan alındıysa o stratejinin daha çok kullanıldığı anlamına gelmektedir. İç tutarlılık kat sayıları orijinal çalışmada .68 ile .86 arasında değişmiştir (Garnefski ve ark., 2002). Türkçe formdaki, bilişsel duygu düzenleme ölçeği 9 alt boyuttan oluşmuş ve toplam iç tutarlılık katsayısı .78 olarak belirlenmiştir (Onat & Otrar, 2010).

3.6.4. Pagana Klinik Stres Anketi -KSA (The Clinical Stress Questionnaire-PCSQ) (EK-4)

Klinik Stres Anketi (KSA), 1989 yılında Pagana tarafından geliştirilen, hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya çıkılan ilk gün deneyimledikleri stresin (tehdit ve mücadeyi kapsayabilen) başlangıç derecelerini ölçmeyi sağlayan, 20 maddeden oluşan beşli likert tipi bir ankettir. Anketin maddeleri; tehdit, mücadele, zarar ve yarar duygularından oluşan dört boyut altında toplanmaktadır. KSA'nın tehdit alt boyutu "6" (üzüldüm, endişelendim, bunaldım, duygulandım, gözüm korktu/sindim, korktum), mücadele alt boyutu "7"(uyarıldım, neşelendim, ümitlendim, hoşlandım, heveslendim, heyecanlandım, mutlu oldum), zarar alt boyutu "5" (öfkelenim, hüznlendim, suçluluk hissettim, iğrendim /tiksindim, hayal kırıklığına uğradım) ve yarar alt boyutu "2"(rahatladım, güvendim) duyguyu içermektedir. Her bir madde 5 dereceli olarak incelenmekte; 0- "hiç", 1- "biraz", 2- "orta", 3-"fazla", 4-"çok fazla" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmektedir. Anketten en az "0" en fazla "80" puan elde edilebilmektedir. Düşük puan stres düzeyinin düşük olduğunu, yüksek puan ise stres düzeyinin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Ölçek; 5-6 dakika içinde uygulanabilmektedir. Klinik Stres Anketi'nin Türkçe geçerlilik-güvenirliliği Şendir ve Acaroğlu (2008) tarafından yapılmış olup, iç tutarlılık katsayısı .70 olarak bulunmuştur ve faktör analizinin orjinal yapıyı desteklediği bildirilmiştir (Sendir & Acaroglu, 2007)

3.7. Araştırma Planı:

Veriler pediatri hemşireliği dersini alan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden öğrencilerden sınıf ortamında dağıtılan formlarla toplanmıştır. Çalışma Nisan - Mayıs 2018 tarihleri arasında her sınıf için bir ders saatinde (45 dakika) Bilişötesi Farkındalık Envanteri ve Bilişsel Duygu Düzenleme olmak üzere uygulanmıştır. Pagana Klinik Stres Ölçeği ise grupların staja çıktıkları ilk gün olmak üzere toplanmıştır.



Şekil-5: “Pediatri Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi” İsimli çalışmanın planı

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Sosyo-demografik verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik hesaplamalar ve ortalama, Ölçek puanları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile, Bilişötesi farkındalık, duygu düzenleme durumunun klinik stres ve akademik başarıya etkisinin yordanması regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarının regresyon modeline katılıp katılamayacağı regresyon için çoklu doğrusal bağıntı analizi ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanlarından Variance Inflation Factor (VIF) değeri 10 altında ve toleras değeri .2 büyük olanlar modele dahil edilmiştir. Verilerin dağılımı diklik ve basıklık ile değerlendirilmiş olup diklik ve basıklığın her ikisi de ± 2 arasında dağılmıştır. Anlamlılık düzeyi .05 kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları:

Araştırmanın kullanılan ölçeklerdeki sorularla sınırlı olması, ölçeği yanıtlayan öğrencilerin verdikleri cevaplarla sınırlı olması, yalnızca Dokuz Eylül Üniversitesi'nde pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerle yapılması bu çalışmanın sınırlılıkları olarak belirlenmiştir.

3.10. Etik Kurul Onayı

Çalışmanın yapılabilmesi için Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı'ndan ve Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Protokol numarası 3831-GOA, etik kurul karar numarası 2018/06-13 olan çalışmamız için etik kurul onayı; 01.03.2018 tarihinde verilmiştir (**EK-10**). Hemşirelik Fakültesi Dekanlığından Kurum izni ise; 17.01.2018 onay tarihi ve 19396244-302-01-06-97 sayı numarası ile alınmıştır (**EK-9**).

Bilişötesi Farkındalık envanterinin geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de Akın, Abacı, Çetin (2007) tarafından yapılmış, uyarlama yapan kişilerden e-posta yolu ile izin alınmıştır (**EK-5**). Bilişsel Duygu düzenleme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de Onat ve Otrar (2010) tarafından yapılmış, kullanım izni e-posta yolu ile alınmıştır (**EK-6**). Pagana Klinik Stres anketinin geçerlilik ve güvenilirliği Türkiye'de Şerdir ve Acaroğlu (2006) tarafından yapılmış, uyarlama yapan kişilerden e-posta yolu ile izin alınmıştır (**EK-7**). Ayrıca öğrencilerin araştırmaya katılabilmeleri için öğrencilerin yazılı onamları da alınmıştır (**EK - 8**).

4. BULGULAR

Tablo 5. Öğrencilere İlişkin Sosyo-Demografik Bulgular

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Yaş	19	25	21.66	1.11
Genel Not Ortalaması	60	95	76.16	7.77
	N		%	
Cinsiyet				
Kadın	210		77.8	
Erkek	60		22.2	
Gelir Düzeyi				
Yetersiz	67		24.8	
Orta	179		66.3	
İyi	24		8.9	
Aile Tipi				
Geniş Aile	41		15.2	
Çekirdek Aile	219		81.1	
Tek Ebeveyn	10		3.7	
Yaşanılan Yer				
Köy	35		13.0	
Kasaba	14		5.2	
İlçe	91		33.7	
Büyükşehir	130		48.1	
Anne Eğitim Durumu				
Anne okur-yazar değil	48		17.8	
Anne ilkokul	135		50	
Anne ortaokul	41		15.2	

Anne lise	37	13.7
Anne üniversite	9	3.3
Baba Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	23	8.5
İlkokul	116	43.0
Ortaokul	43	15.9
Lise	56	20.7
Üniversite	32	11.9
Hangi Lise Mezunu Olunduğu		
Anadolu Lisesi	200	74.1
Sağlık Meslek Lisesi	2	0.7
Düz Lise	44	16.3
Meslek Lisesi	3	1.1
Fen Lisesi	5	1.9
Diğer	16	5.9
Akademik Başarı Algısı		
Başarılı	95	35.2
Orta düzey	166	61.5
Başarısız	9	3.3
Pediyatri Başarı Algısı		
Düşük	16	5.9
Orta	186	68.9
Yüksek	68	25.2
Pediyatri Dersini Kaçınıcı Kez Aldığı		
İlk kez	269	99.6
İkinci kez	1	0.4

Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri Tablo-5'te verilmiştir. Çalışmadaki öğrencilerin yaş ortalaması 21.66 ± 1.11 ve genel not ortalamaları 76.16 ± 7.77 'dir. Genel not ortalamasının minimum değeri 60 iken, maximum değeri 95'dir. Çalışma öğrencilerin %77.8 (n=210) kadın ve %22.2'si (n=60) erkektir. Öğrencilerin %24.8'i (n=67) gelir durumunu yetersiz olarak, %66.3'ü (n=179) orta düzey olarak, %8.9'u (n=24) iyi olarak belirtmiştir. Öğrencilerin %15.2'si (n=41) geniş aileye sahipken, %81.1'i (n=219) çekirdek aileye, %3.7'si (n=10) tek ebeveynli aile tipine sahiptir. Öğrencilerin %13'ü (n=35) ailesiyle köyde yaşarken, %5.2'si (n=14) kasabada, %33.7'si (n=91) ilçede, %48.1'i (n=130) büyükşehir'de yaşamaktadır. Annelerin %17.8'si (n=48) okur-yazar değil, %50'si (n=135) ilkokul, %15.2'si (n=41) ortaokul, %13.7'si (n=37) lise ve %3.3'ü (n=9) üniversite mezunudur. Babaların %8.5'i (n=23) okur-yazar değil, %43'ü (n=116) ilkokul, %15.9'u (n=43) ortaokul, %20.7'si (n=56) lise ve %11.9'u (n=32) üniversite mezunudur. Öğrencilerden %74.1'i (n=200) anadolu lisesinden mezun olmuşken, %0.7'si (n=2) sağlık meslek lisesinden, %16.3 (n=44) düz liseden, %1.1'i (n=3) meslek lisesinden, %1.9'u (n=5) fen lisesinden mezun olmuştur. Öğrencilerin %5.9'u (n=16) diğer kategorisini işaretlemiştir. Öğrencilerin %35.2'si (n=95) kendini akademik olarak başarılı algılayırken, %61.5'i (n=166) kendini orta olarak, %3.3'ü (n=9) başarısız olarak değerlendirmiştir. Pediatri başarı algısında ise öğrencilerin %5.9'u kendini başarısız olarak değerlendirirken, %68.9'u (n=186) orta olarak, %3.3'ü (n=68) yüksek olarak değerlendirmektedir. Pediatri dersini %99.6'sı (n=269) ilk kez alırken %0.4 'ü (n=1) ikinci kez almıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerden klinikte hemşire olarak çalışan öğrenci bulunmamaktadır.

Tablo 6. Pearson Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.Paganatopl m	1											
2.Genelnotort	-0,432**	1										
3.BFE	-0,322**	0,599**	1									
4.BDÖKSA	0,323**	-0,400**	-0,390**	1								
5.BDÖKA	-0,129*	0,252**	0,376**	-0,021	1							
6.BDÖRA	0,277**	-0,278**	-0,031	0,537**	0,089	1						
7.BDÖOYO	-0,173**	0,375**	0,480**	-0,468**	0,314**	-0,320**	1					
8.BDÖPYO	-0,127*	0,411**	0,660**	-0,371**	0,325**	-0,019	0,628**	1				
9.BDÖOYD	-0,129*	0,393**	0,640**	-0,388**	0,358**	-0,058	0,615**	0,831**	1			
10.BDÖODA	0,093	0,158**	0,382**	-0,093	0,419**	0,124*	0,452**	0,457**	0,462**	1		
11.BDÖFA	0,268**	-0,342**	-0,451**	0,593**	-0,083	0,361**	-0,418**	-0,566**	-0,621**	-0,018	1	
12.BDÖDSA	0,264**	-0,360**	-0,455**	0,413**	-0,134*	0,232**	-0,306**	-0,485**	-0,504**	-0,025	0,700**	1

-Değişkenlerin Korelasyon Katsayıları (n= 270)

** p<0.01 düzeyinde anlamlı

*p<0.05 düzeyinde anlamlı

Çalışmada incelenen bütün değişkenlerin arasındaki ilişki Tablo 6’da verilmiştir.

Pagana klinik stres puanı ile genel not ortalaması arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,43$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile Bilişötesi Farkındalık düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,32$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,32$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu

düzenlemenin kabul alt ölçeği düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,12$, $p<0.05$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,27$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,17$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,12$, $p<0.05$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,12$, $p<0.05$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=,09$, $p>0.05$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,26$, $p<0.01$). Pagana klinik stres puanı ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,26$, $p<0.01$).

Genel not ortalaması (akademik başarı) düzeyi ile bilişötesi farkındalık düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,59$, $p<0.01$). Genel not ortalaması (akademik başarı) düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,40$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt ölçeği düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,25$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,27$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,37$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,41$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu

yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.39$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.15$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.34$, $p<0.01$). Akademik başarı düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.36$, $p<0.01$).

Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.39$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt ölçeği arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.37$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-.03$, $p>0.05$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.48$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.66$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.64$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.38$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.45$, $p<0.01$). Bilişötesi farkındalık düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.45$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt ölçeği düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-,02$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,53$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,46$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,37$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,38$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-,09$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,59$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,41$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=,08$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,31$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.32$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.35$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.41$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-.08$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin kabul alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.13$, $p<0.05$).

Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.32$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-.01$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-.05$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.12$, $p<0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.36$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin ruminasyon alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin

diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,23$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,62$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,61$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,45$, $p<0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,41$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,30$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında yüksek büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,83$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=,45$, $p<0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,56$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin plan yapmaya yeniden odaklanma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,48$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.46$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.62$, $p<0.01$). Bilişsel duygu düzenlemenin olumlu yeniden değerlendirme alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında orta büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-.50$, $p<0.01$).

Bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($r=-.01$, $p>0.05$). Bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=-.02$, $p>0.05$).

Bilişsel duygu düzenlemenin felaketleştirme stratejileri kullanma düzeyi ile bilişsel duygu düzenlemenin diğerlerini suçlama alt boyutundaki stratejileri kullanma düzeyi arasında yüksek büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.70$, $p<0.01$).

Tablo 7: Bilişötesi Farkındalık Düzeyindeki Değişimin Klinik Stres Düzeyini Yordaması

Değişken	Klinik Stres				
	B	SH	β	t	p
Constant	61,945	3,466		17,872	0,000
BFE*	-0,099	0,018	-0,322	5,566	0,000
R	0.322				
R ²	0.104				
F	30.985				
p	0.000				
DW (1.5-2.5)	1.853				

*BFE: Bilişötesi Farkındalık Envanteri

Bilişötesi farkındalık düzeyindeki değişimin klinik stres ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlı bulunmuştur ($F=30.98$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan klinik stres düzeyini açıklamada bilişötesi farkındalık düzeyi bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=5,566$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BFE artması klinik stresi 0.322 ($\beta=-0.322$) kat azaltmaktadır. Bu modelde BFE değişkeni klinik stres durumundaki değişimin %10.4'ünü ($R^2=0.104$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 8: Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Klinik Stres Düzeyini Yordaması

Değişken	Klinik Stres				
	B	SH	β	t	p
(Constant)	23,834	6,394		3,727	,000*
BDÖKSA	,742	,277	,214	2,675	,008*
BDÖKA	-,738	,244	-,194	-3,026	,003*
BDÖRA	,402	,252	,118	1,593	,112
BDÖOYO	-,137	,343	-,034	-,398	,691
BDÖPYYO	-,101	,385	-,029	-,262	,793
BDÖOYD	,171	,373	,053	,459	,647
BDÖODA	,766	,308	,187	2,489	,013*
BDÖFA	-,015	,288	-,005	-,051	,960
BDÖDSA	,450	,272	,133	1,655	,099
R	0,425				
R²	0,181				
F	6,373				
p	0,000				
DW (1.5-2.5)	1,966				
*	p<0,05				

Bilişsel duygu düzenleme durumundaki değişimin klinik stres ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlıdır ($F=6,37$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan klinik stres düzeyini açıklamada bilişsel duygu düzenlemek genel durum bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=3,727$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BDÖKSA (kendini suçlama alt boyutu) artması klinik stresi 0.214 ($\beta=0.214$, $p=0.008$) kat arttırmaktadır. BDÖKA (kabul alt boyutu) artması klinik stresi 0.194 ($\beta=-0.194$, $p=0.003$) kat azaltmaktadır. BDÖODA (olayın değerini azaltma alt boyutu) artması klinik stresi 0.187 ($\beta=0.187$, $p=0.013$) kat arttırmaktadır. Diğer alt boyutların kendi başına ilişkisi anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu modelde BDDÖ değişkenleri klinik stres durumundaki değişimin %18.1'ini ($R^2=0.181$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 9: Bilişötesi farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Klinik Stres Düzeyini Yordaması

Değişken	Klinik Stres				
	B	SH	β	t	p
(Constant)	35,867	6,668		5,379	,000*
BFE	-,114	,024	-,369	-,4,680	,000*
BDÖKSA	,469	,273	,136	1,718	,087
BDÖKA	-,519	,239	-,137	-2,167	,031*
BDÖRA	,530	,244	,156	2,169	,031*
BDÖOYO	-,118	,330	-,029	-,356	,722
BDÖPYYO	,300	,380	,086	,790	,430
BDÖOYD	,364	,361	,113	1,008	,314
BDÖODA	,854	,297	,208	2,878	,004*
BDÖFA	,041	,277	,015	,146	,884
BDÖDSA	,238	,265	,070	,898	,370
R	0,495				
R²	0,245				
F	8,387				
p	0,000				
DW (1.5-2.5)	1,959				
*	p<0,05				

Bilişötesi farkındalık düzeyindeki ve bilişsel duygu düzenleme durumundaki değişimin klinik stres ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlıdır ($F=8,38$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan klinik stres düzeyini açıklamada bilişötesi farkındalık düzeyi ve bilişsel duygu düzenlemeki genel durum bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=5,379$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BFE artması klinik stresi 0.369 ($\beta=-0.369$, $p=0.000$) kat azaltmaktadır. BDÖKA (kabul alt boyutu) artması klinik stresi 0.137 ($\beta=-0.137$, $p=0.031$) kat azaltmaktadır. BDÖRA (ruminasyon alt boyutu) artması klinik stresi 0.156 ($\beta=0.156$,

$p=0.031$) kat arttırmaktadır. BDÖODA (olayın değerini azaltma alt boyutu) artması klinik stresi 0.208 ($\beta=0.208$, $p=0.004$) kat arttırmaktadır. Diğer alt boyutların kendi başına ilişkisi anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu modelde BDDÖ ve BFE değişkenleri klinik stres durumundaki değişimin %24.5'ini ($R^2=0.245$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 10: Bilişötesi Farkındalık Düzeyindeki Değişimin Akademik Başarıyı Yordaması

Değişken	Akademik Başarı				
	B	SH	β	t	p
Constant	53,255	1,908		27,907	,000
BFE*	,120	,010	,599	12,249	,000
R	0,599				
R ²	0,359				
F	150,04				
p	0,000				
DW (1.5-2.5)	1,645				

Bilişötesi farkındalık düzeyindeki değişimin akademik başarı ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlıdır ($F=150,04$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan akademik başarı düzeyini açıklamada bilişötesi farkındalık düzeyi bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=27,907$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BFE artması akademik başarı düzeyini 0.599 ($\beta=0.599$) kat arttırmaktadır. Bu modelde BFE değişkeni akademik başarı durumundaki değişimin %35.9'unu ($R^2=0.359$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 11: Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Akademik Başarıyı Yordaması

Değişken	Akademik Başarı				
	B	SH	β	t	p
(Constant)	74,292	3,831		19,390	,000*
BDÖKSA	-,471	,166	-,209	-2,837	,005*
BDÖKA	,423	,146	,171	2,895	,004*
BDÖRA	-,406	,151	-,184	-2,688	,008*
BDÖOYO	,024	,206	,009	,117	,907
BDÖPYYO	,561	,231	,246	2,431	,016*
BDÖOYD	,177	,223	,084	,792	,429
BDÖODA	-,177	,184	-,066	-,959	,338
BDÖFA	,315	,172	,173	1,824	,069
BDÖDSA	-,368	,163	-,167	-2,258	,025*
R	0,553				
R²	0,306				
F	12,73				
p	0,000				
DW (1.5-2.5)	1,843				

Bilişsel duygu düzenleme durumundaki değişimin akademik başarı ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlıdır ($F=12,73$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan akademik başarı düzeyini açıklamada bilişsel duygu düzenlemek genel durum bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=19,390$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BDÖKSA (kendini suçlama alt boyutu) artması akademik başarıyı 0.209 ($\beta=-0.209$, $p=0.005$) kat azaltmaktadır. BDÖKA (kabul alt boyutu) artması akademik başarıyı 0.171 ($\beta=0.171$, $p=0.004$) kat arttırmaktadır. BDÖRA artması akademik başarıyı 0.184 ($\beta=-0.184$, $p=0.008$) kat azaltmaktadır. Diğer alt boyutların kendi başına ilişkisi anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu modelde BDDÖ değişkenleri akademik başarı durumundaki değişimin %30.6'ını ($R^2=0.306$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 12: Bilişötesi farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumundaki Değişimin Akademik Başarıyı Yordaması

Değişken	Akademik Başarı				
	B	SH	β	t	p
(Constant)	62,805	3,726		16,856	,000*
BFE	,108	,014	,540	7,995	,000*
BDÖKSA	-,211	,153	-,094	-1,384	,167
BDÖKA	,214	,134	,086	1,598	,111
BDÖRA	-,528	,137	-,239	-3,871	,000*
BDÖOYO	,006	,185	,002	,032	,975
BDÖPYYO	,178	,212	,078	,836	,404
BDÖOYD	-,007	,202	-,003	-,035	,972
BDÖODA	-,261	,166	-,098	-1,573	,117
BDÖFA	,262	,155	,144	1,691	,092
BDÖDSA	-,166	,148	-,075	-1,119	,264
R	0,666				
R²	0,443				
F	20,63				
p	0,000				
DW (1.5-2.5)	1,656				

Bilişötesi farkındalık düzeyindeki ve bilişsel duygu düzenleme durumundaki değişimin akademik başarı ile ilişkisini incelemek amacıyla çalışılan regresyon modeli anlamlıdır ($F=20,63$, $p<0.000$). Bağımlı değişken olan akademik başarı düzeyini açıklamada bilişötesi farkındalık düzeyi ve bilişsel duygu düzenlemek genel durum bu model için önemli bir faktör olarak bulunmuştur. Regresyon (Beta) katsayısına ilişkin değerler ($t=16,856$, $p<0.000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. BFE artması akademik başarıyı 0.540 ($\beta=0.540$, $p=0.000$) kat arttırmaktadır. BDÖRA (ruminasyon alt boyutu) artması akademik başarıyı 0.239 ($\beta=-0.239$, $p=0.000$) kat azaltmaktadır. Diğer alt boyutların kendi başına ilişkisi anlamlı değildir ($p>0.05$). Bu modelde BDDÖ ve BFE değişkenleri akademik başarı durumundaki değişimin %44.3'ünü ($R^2=0.443$) açıklamakla birlikte bu değer istatistiksel açıdan anlamlı bir katkı olduğunu söylemek mümkündür.

5. TARTIŞMA

Pediatric hemşireliği dersini alan öğrencilerin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde 270 hemşirelik öğrencisinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgular, literatür bilgileri dahilinde ve araştırmada test edilen hipotez sırasına göre tartışılmış ve yorumlanmıştır.

5.1. Bilişötesi Farkındalık, Akademik Başarı ve Klinik Stres Kavramlarının İlişkisi

Bu çalışmada bilişötesi farkındalık ile akademik başarı arasında pozitif yönde orta büyüklükte ve klinik stres ile negatif yönde zayıf büyüklükte anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo-6). Bilişötesi farkındalık (BF), öğrencilerin akademik başarılarındaki değişimin %35,9'unu ve klinik stres düzeyindeki değişimin %10,4'ünü açıklamaktadır (Tablo-7,10). Literatürde pediatri hemşireliği öğrencilerinde bilişötesi farkındalığın akademik başarı ve klinik stres düzeyindeki değişimin yüzde kaçını etkilediğine yönelik bir bilgiye rastlanılamamıştır. Ancak literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinde hem akademik başarıyı hem de klinik stresi etkileyen birçok faktör olduğu görülmektedir (Beauvais ve ark., 2014; Jimenez ve ark., 2010; Ayyıldız ve ark., 2014). Dolayısıyla bilişötesi farkındalığın akademik başarıda %40'luk bir artış ve klinik strese %10,5'lik bir azalma sağlaması, birçok değişkenden etkilenen akademik başarı ve klinik stres konusunda elde edilen iyi bir sonuç olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular çalışmanın etkinliğini ortaya koyan önemli bir sonuçtur. Bilişötesi farkındalık; öğrencinin kendi öğrenme çıktılarını belirlemesini, kendi öğrenme sorumluluğunu almasını, neyi bilip bilmediğinin farkında olmasını sağladığından akademik başarıyı ve böylece klinik stresi etkileyebildiği düşünülmektedir.

Literatür taraması, bilişötesi farkındalık ile akademik performans arasındaki ilişkinin, bilişötesinin değerlendirilme yöntemine göre büyük ölçüde değiştiğini ortaya koymuştur (Pintrich ve ark., 2000; Tobias & Everson, 2009). Literatürde BF; standartlaşmış ölçekler ya da içeriğe özgü yöntemler (düşündüklerini sesli ifade etme, düşünme ajandası tutma, ne bildiğini ya da bilmediğini tanımlama gibi) kullanılarak değerlendirilmektedir. Akademik performans ise genellikle; genel not ortalaması (GNO), standart testler, içeriğe özel ödevler, öğrencilerin kendi akademik algıları ve ders notlarını kullanılarak değerlendirilmektedir (Tobias & Everson, 2009; Pintrich ve ark., 2000). Bu çalışmada akademik performansın

değerlendirilmesinde, öğrencilerin genel not ortalaması kullanılmıştır. Literatür bulguları, bilişötesi farkındalık envanteri kullanıldığında, ölçek puanları ile akademik performans arasında genellikle düşük ve orta korelasyon olduğunu ifade etmektedir (Pintrich ve ark., 2000; Tobias & Everson, 2009). Fakat bilişötesini değerlendirmek için içeriğe özgü yöntemler (düşündüklerini sesli ifade etme, düşünme ajandası tutma, ne bildiğini ya da bilmediğini tanımlama gibi) kullanıldığında genellikle bilişötesi ve GNO arasında yüksek korelasyon olduğunu ifade etmektedir (Tobias & Everson, 2009). Bu çalışmada standartlaştırılmış bilişötesi farkındalık envanteri kullanılmış ve GNO ile BF arasında orta büyüklükte pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=.59$ $p<0.01$). Bu bulgu, çalışmanın etkinliğini ortaya koyan önemli bir sonuçtur ve öğrencilerin bilişötesi farkındalık becerilerinin artmasının akademik başarıyı arttırdığını göstermektedir. Bu çalışmanın bulgularını destekleyen literatür sonuçları aşağıda verilmiştir (Hong, Vadivelu, Gananamalar ve ark., 2015; Norris & Gimber, 2013; Coutinho, 2008; Lee, Nam & Kim, 2017; Gholami ve ark., 2016).

Hong, Vadivelu, Gananamalar ve arkadaşları (2015), bilişötesinin iki boyutu olan bilişin bilgisi ve bilişin düzenlenmesinin, akademik yılın başında ve sonunda değişip değişmediğini incelemek ve bilişötesi becerilerin akademik performansla olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada bilişötesi farkındalık envanteri kullanılarak değerlendirilme yapılmıştır. Bilişötesinin iki boyutu ile öğrencilerin akademik performansı arasında orta büyüklükte, pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunduğunu belirlemişlerdir. Aynı şekilde Kruger ve Dunning (1999) bilişötesi farkındalığın akademik başarının güçlü bir yordayıcısı olduğunu belirterek, öğrenmede önemine dikkat çekmiştir.

Norris ve Gimber (2013), hemşirelik öğrencilerini eğitmede bilişötesinin yararlarını göstermek ve sosyal teknoloji aracılığıyla bilişötesini geliştirme için pedagojik bir teknik sunmak amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışmada twitter, e-Portfolio gibi sosyal medyanın hemşirelik öğrencilerinde bilişötesi becerileri nasıl etkileyerek klinik öğrenmeyi arttırabileceği ve hasta bakım kalitesini etkileyebileceğini incelemişlerdir. Çalışma sonucunda, teknolojinin öğrencilerin bilişötesi becerilerini geliştirmek için ideal bir yol olabileceği ancak bu teknolojilerin sadece öğretmenler bunları tam olarak denetlediğinde faydalı olabileceği ifade edilmiştir. Ayrıca bu interaktif programlar eğitim sürecinde denetlendiğinde ve teşvik edildiğinde, hemşirelik öğrencisinin bilişötesi farkındalığını

arttırarak öğrenim deneyimini geliştirebilmektedir. Böylece başarı, performans ve hasta bakım kalitesinin olumlu yönde etkileneceğini ifade edilmektedir.

Lee, Nam ve Kim (2017) yaptığı çalışmada, bilişötesi stratejilerin öğrenenlerin bağımsızlığının artmasını sağladığını ve öğrencilerin öğrenme yeteneklerini kolaylaştırdığını belirtmiştir. Safari (2016), bilişötesi farkındalık eğitiminin akademik performans üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla yarı-deneysel bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada, BF eğitimi alan grubun akademik başarı ortalamasının, kontrol grubundan anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca BF eğitimi alan grubun BFE puan ortalamalarının da anlamlı derecede arttığı ifade edilmiştir. Liem ve arkadaşları (2008), öğrenmede üstbilişsel yöntem kullanan öğrencilerin, bu stratejiyi kullanmayan öğrencilere göre daha iyi bir akademik performansa sahip olduğunu bildirmiştir. Aynı şekilde Coutinho (2008), başarı hedef oryantasyonu (*achievement goal orientation*: öğrencileri bilgi edinmede daha iyi performans göstermeye yönlendirir), bilişötesi ve akademik başarı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, bu üç değişken arasındaki ilişkinin öğrenci öğrenimine olumlu etkileri olduğunu ve bu üç değişken arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir (Coutinho, 2008). Tüm bu sonuçlar, bu çalışmanın bulgularıyla uyumluluk göstermektedir.

Chartier (2001), birinci sınıf hemşirelik öğrencilerinde bir vaka çalışması üzerinde bilişötesi stratejilerin öğrenime etkisini incelemiştir. Hiçbir test yöntemi kullanılmayan çalışmada, öğrencilerden vaka çalışmasını okumadan önce duygusal durumlarını düşünmeleri, nasıl düşündüklerini düşünmeleri ve daha sonra kuramsal klinik durumla ilgili soruları yanıtlamaları istenmiştir. Sonuçlar, bilişötesi stratejilerin kullanımının vaka analizi ve öğrenimde önemli bir faktör olduğu belirtmektedir. Bilişötesinin etkinliği saptamak için hiçbir ampirik kanıt toplanmamış veya analiz edilmemiş olması ve birinci sınıf hemşirelik öğrencilerine yüksek düzey vaka çalışmaları hakkında işlem yapmak hemşireliğe özgü bilgi gerektirdiğinden tartışmalı yaklaşımları içermektedir.

Gholami ve arkadaşları ise (2016), hemşirelik öğrencilerinin eleştirel düşünme becerileri ve bilişötesi farkındalıkları üzerine, probleme dayalı öğrenme (PDÖ) ve geleneksel öğretim yönteminin etkilerini karşılaştırmak amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Araştırmacılar, PDÖ metodu uygulandıktan sonra genel eleştirel düşünme skorunda, bilişötesi farkındalık skorunda ve akademik performans göstergelerinde önemli bir artış

gözlemlediklerini rapor etmişlerdir. Bu sonuçlar, PDÖ methodunun öğrencilerde bilişötesi farkındalık stratejilerinin kullanımının artmasını sağlayarak, akademik performansı artırdığını göstermektedir. Benzer şekilde, 2011’de yapılan ‘sağlık profesyonellerinin eğitiminde eleştirel düşünme konferansı’nın yayınlanmış derlemesinde (*Critical thinking in health professions education: Summary and consensus statements of the millennium conference*) eğitim liderleri, eleştirel düşünmeyi öğretmek için bilişötesi faaliyetlerin kullanımını da içeren stratejiler önermişlerdir (Huang, Newman, Schwartzstein, 2014). Bu çalışmalardan da yola çıkarak BF stratejilerinin akademik başarıyı yordayan güçlü bir faktör olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, bu çalışmadan elde edilen bulgular, literatür ile benzerlik göstermekte ve akademik başarı ile bilişötesi farkındalık arasında önemli bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Öğrenme tekniklerinin etkinliğini arttırmada bilişötesi farkındalığın incelenmesi ve bunun eğitim programları içerisine dahil edilmesinin öğrenmeyi kolaylaştıracağı ifade edilmektedir. Dolayısıyla hemşirelik eğitmenleri tarafından BF stratejilerinin öğretimi ve bilişötesi farkındalığın artmasını sağlamak için müdahaleler düzenlenmesinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada klinik stres düzeyi ile bilişötesi farkındalık arasında negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-,32$, $p<0.01$) (Tablo-6). Bu durum, öğrencilerde bilişötesi farkındalık becerilerinin artmasının klinik stresi azalttığını göstermektedir. Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinde bilişötesi farkındalık ile klinik stres arasındaki ilişkiyi farklı boyutlar ile inceleyen tek bir çalışmaya rastlanılmıştır (O’Brien, 2013). Ancak hemşireler ile yapılan çalışmalar, bilişötesi farkındalık ile özellikle iş tükenmişliği, iş stresi ve baş etme stratejileri arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Yapılan çalışmalar bilişötesi farkındalığın ve farkındalık temelli stres azaltma programlarının (bilişötesi farkındalık ve duygu düzenleme stratejilerini içerir) kaygı, iş tükenmişliği ve stres seviyelerini azalttığını ve böylece bu çalışmanın bulgularını desteklediğini göstermektedir (Xiaoxin, Xiaohui & Jinglei, 2009; Penque 2009; Philbrick, 2015; Mental Health Foundation, 2014; Asuero & Banda, 2010; O’Brien, 2013; Lenzo ve ark., 2016). Bu nedenle bu çalışma bulguları; O’ Brien (2013) çalışması ve doğrudan öğrencilerle çalışma olmaması sebebiyle hemşirelerde yapılan çalışmalar dikkate alınarak tartışılmıştır.

O’Brien (2013) yarı deneysel çalışmasında, yeni bir öğretim stratejisi olarak bilinen farkındalık eğitiminin, hemşirelik öğrencilerinin ($n=73$) klinik uygulamada yaşadıkları strese

etkisi olup olmadığını incelemek üzere dört hafta süren eğitim planlamıştır. Hemşirelik öğrencileri kliniğe çıktıkları ilk gün farkındalık tekniklerini öğrenmek ve başarılı bir şekilde uygulamak sonucunda, daha az kaygı ve stres yaşadıkları ifade etmişlerdir. Bulgular, farkındalık eğitiminin, öğrencilerin daha önce sahip oldukları ve klinik uygulama sırasında yaşayabilecekleri stres ve endişeleri potansiyel olarak azaltabileceğini ve öğrenmelerini geliştirebileceğini göstermektedir (O'Brien, 2013).

Xiaoxin, Xiaohui ve Jinglei (2009), hemşirelerin (n=367) rol stresi, iş tükenmişliği, öz-yeterlilik ve bilişötesi arasındaki ilişkiyi araştırmak ve aynı zamanda stresin etkilerini ortaya çıkarmak amacıyla bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, klinikte yaşanan stresin duygusal tükenmeyi arttırken, kişisel başarıyı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Bilişötesi ve öz-yeterliliğin stres ve iş tükenmişliği ile negatif yönde anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ifade edilmiştir. Penque (2009), tarafından yapılan bir çalışma ise, Farkındalık Temelli Stres Azaltma'nın (MBSR) hemşireleri psikolojik olarak desteklemede etkili bir araç olup olmadığı, hemşirelerin yaşadığı stresi nasıl etkilediği ve bu programın hemşirelerde iş memnuniyetini arttırıp arttırmadığını incelemiştir (n=61). Farkındalık temelli stres azaltma; bilişötesi, duygu düzenleme, dikkat düzenleme gibi bilişsel-davranışçı terapi mekanizmalarıyla benzer yaklaşımları içerdiğinden bu çalışmada örnek verilen çalışmalara dahil edilmiştir (Çatak & Ögel, 2010). Çalışma sonuçları, hemşirelerin klinik çalışmaları ve genel sağlıklarını yönetmelerine yardımcı olmak için stratejilere ihtiyaç olduğunu ve hemşirelerin genel psikolojik sonuçlarını ve iş doyumunu iyileştirmek için MBSR'nin kullanımının gerekli olduğunu belirtmiştir. Sonuçlara göre, MBSR programı; genel olarak psikolojik iyi oluşu teşvik eder, stresi azaltır ve hemşirelerde bilişötesi farkındalığın istatistiksel olarak artmasını sağlamaktadır. Aynı zamanda, farkındalığın hemşirelerde stresi azaltarak; hasta güvenliği, memnuniyeti ve hasta bakım kalitesini artırabileceği ifade edilmiştir.

Mental Health Foundation (MHF) (2014)'a göre, bilişötesi farkındalığın gelişmesini destekleyici ve eğitici bir kursun (sekiz hafta boyunca, haftada iki buçuk saat) faydaları 2013 yılında Oxford Üniversitesi tarafından yayınlanan araştırmalarla ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının katıldığı bu farkındalık kursu, kaygılarda %58'lik bir azalma, depresyonda %57'lik bir azalma ve streste %40'lık bir azalma ile sonuçlanmıştır. MHF, bilişötesi farkındalık üzerine yapılan pratiğin; duygular üzerinde içgörü oluşturabildiğini, katılımcıların dikkatlerini ve konsantrasyonlarını geliştirebildiklerini ve diğer sağlık profesyonelleriyle

ilişkilerini geliştirebildiklerini ileri sürmektedir (Philbrick, 2015; Mental Health Foundation, 2014).

Asuero ve Banda'nın (2010), yaptıkları yarı deneysel çalışma, bir grup sağlık çalışanında bilişötesi farkındalığın stres ve kaygıya etkisini incelemektedir. Farkındalık odaklı stres azaltma programı (MBSR); toplamda 8 haftada 28 saatlik bir dersi içeren psiko-eğitici müdahaleyi üstlenen 29 uzmandan oluşmuştur. Bulgular, stresin %35 azaldığını (%75'den %45'e), ruminasyonun %30 azaldığını göstermiştir. Bu faydalar takip süresinin 3 ayı boyunca sürmüştür. Bu sonuçlar, MBSR'nin sağlık çalışanlarına yönelik eğitim programlarındaki uygulanabilirliğini ve stresi azaltmak için etkinliğini doğrulamaktadır (Asuero & Banda, 2010). Lenzo ve arkadaşları da (2016), evde palyatif bakım yapan hemşirelerde tükenmişlik, baş etme stratejileri ve üstbilişsel inançlar arasındaki ilişkileri incelemek ve değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, araştırılan değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca olumlu ve esnek başa çıkma stratejilerinin ve işlevsel üstbilişsel stratejilerin uygun kullanımının, stres ve duygusal sorunların yönetimine katkı sağlayabileceği belirtilmiştir (Lenzo ve ark., 2016).

Sonuçta, bilişötesi farkındalık durumunun akademik başarıya ve klinik strese etkisini ele alan çalışmalar bulunmasına rağmen, pediatri hemşireliği dersini alan hemşirelik öğrencilerinde bilişötesi farkındalığın akademik başarıya ve klinik strese etkisini inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu çalışma bir yönüyle pediatri hemşireliği öğrencilerinde bilişötesi farkındalığın akademik başarı ve klinik stres ile ilişkilerini inceleyerek literatürdeki bu boşluğu doldurmuştur. Ayrıca bulgularımız “H1: Bilişötesi farkındalığın akademik başarı üzerine etkisi vardır” ve “H2: Bilişötesi farkındalığın pediatrik klinik strese etkisi vardır” hipotezlerini desteklemektedir.

5.2. Bilişsel Duygu Düzenleme, Akademik Başarı ve Klinik Stres Kavramlarının İlişkisi

Bu çalışmada, bilişsel duygu düzenlemenin olumlu stratejileri (BDÖKA, BDÖOYO, BDÖPYYO, BDÖOYD, BDÖODA) ile akademik başarı arasında pozitif yönde ve klinik stres ile negatif yönde zayıf büyüklükte anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo-6). Bilişsel duygu düzenlemenin olayın değerini azaltma (BDÖODA) altboyutu ile klinik stres arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, akademik başarı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bilişsel duygu düzenleme, öğrencilerin akademik başarılarındaki değişimin %30,6'sını ve

klirik stres düzeyindeki değişimin %18,1'ini açıklamaktadır (Tablo-8,11). Literatürde pediatri hemşireliği öğrencilerinde bilişsel duygu düzenlemenin akademik başarı ve klinik stres düzeyindeki değişimin yüzde kaçını etkilediğine dair bir bilgiye rastlanılamamıştır. Bilişsel duygu düzenlemenin akademik başarıda %30'luk bir artış ve klinik strese %18'lik bir azalma sağlaması, birçok değişikenden etkilenen akademik başarı ve klinik stres konusunda elde edilen iyi bir sonuç olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular çalışmanın etkinliğini ortaya koyan önemli bir çıktıdır. Bilişsel duygu düzenlemede olumlu stratejilerin kullanımının artması; stresi azaltması, zihinsel iyi oluşa etkisi ve başa çıkmayı kolaylaştırması yönleriyle akademik başarıyı ve klinik stresi etkilediği düşünülmektedir.

BDD (Bilişsel Duygu Düzenleme) olumlu stratejileri (BDÖKA, BDÖOYO, BDÖPYYO, BDÖOYD, BDÖODA) ile klinik stres puanı arasında çok zayıf büyüklükte, negatif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo 6) (sırasıyla; $r=-,12$ $p<0.05$; $r=-,17$ $p<0.01$; $r=-,12$ $p<0.05$; $r=-,12$ $p<0.05$). Bu ifade, öğrencilerin BDD'nin olumlu stratejileri kullanma düzeylerinin artmasının klinik stres düzeyi azalttığını göstermektedir. Bilişsel duygu düzenleme ile klinik stres arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürde tek bir çalışmaya rastlanılmıştır (Jang, 2016). Yapılan çalışmalar daha çok duygusal zeka (*Emotional intelligence*), duygusal emek (*Emotional labour*) faktörlerinin hemşirelerde veya hemşirelik öğrencilerinde başa çıkma (*coping*), iş stresi, iyi oluş (*well-being*), iş performansı (*professional performance*), tükenmişlik (*burnout*) ve de işi bırakma (*turnover*) faktörleri açısından incelemiştir (Por, Barriball, Fitzpatrick & Roberts, 2011; Landa, Lopez, Martos, Guilar, 2008; Karimi ve ark., 2014). Bu nedenle bu çalışma bulguları; Jang (2016) çalışması ve duygu düzenleme kavramının klinik strese etkisini inceleyen doğrudan başka bir çalışma olmaması sebebiyle duygu kavramının hemşirelerde iş stresi, iyi oluş, iş performansı gibi faktörler ile ilişkisini inceleyen çalışmalar dikkate alınarak tartışılmıştır.

Jang (2016) yaptığı çalışmada, hemşirelik öğrencilerinde duygusal düzenlemenin, klinik uygulama stresi ve profesyonelliğe etkilerini araştırmıştır ($n=192$). Çalışma sonuçlarına göre, klinik uygulama stresi ile duygu düzenleme arasında negatif yönde zayıf büyüklükte anlamlı bir ilişki olduğunu ifade edilmiştir ($r = -.20$, $p < .001$). Ayrıca profesyonellik ile klinik stres arasında da negatif yönde ve duygu düzenlemeyle pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ifade edilmiştir. Çalışma, klinik uygulama için stres azaltma programları geliştirme ve hemşirelik öğrencileri için duygusal düzenleme eğitimini geliştirmenin önemini ifade etmiştir.

Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinde duygu düzenlemenin klinik strese etkisini inceleyen literatürde tek çalışma olması ve bulgularının bu çalışma bulguları ile uyumluluk göstermesi sebebiyle önem arz etmektedir (Tablo-6).

Por ve arkadaşları (2011), yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinde duygusal zeka ile stres, baş etme ve iyi oluş (*well-being*) ilişkisini incelemişlerdir. Sonuçlar, duygusal zeka ile stres düzeyi arasında negatif ilişki bulunduğunu ifade etmiştir ($p<0.05$). Ayrıca bulgular, duygusal yeterlilik ve duygu düzenleme stratejilerinin, hemşirelik öğrencilerinin stresli durumlarda aktif ve etkili baş etme stratejilerini benimsemelerine yardımcı olduğunu ve bunun da öznel iyi oluşlarını arttırdığını göstermektedir (Por ve ark., 2011). Aynı zamanda Landa ve arkadaşları da (2008) duygusal zekanın ve duygu yönetimi becerisinin hemşirelerde strese karşı koruyucu bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir. Karimi ve arkadaşları (2014) hem duygusal emeğin hem de duygusal zekanın hemşirelerin iyi oluş ve algılanan iş stresi üzerinde önemli etkileri olduğu ifade etmişlerdir. Bahsedilen literatür bulguları duygu faktörünün stres kavramları üzerine etkisinin anlamlı olduğunu ifade ettiğinden bu araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada, olumsuz duygu düzenleme stratejilerinden BDÖRA (ruminasyon alt boyutu) kullanımının artması akademik başarıyı 0.184 ($\beta=-0.184$, $p=0.008$) kat azaltırken, klinik stres düzeyini 0.156 kat arttırmaktadır. Zlomke ve Hahn (2010)'ın yürüttüğü çalışmada da, "Ruminasyon" stratejilerinin kullanımının kaygı ve stres düzeyini yükselttiği görülmüştür. "Ruminasyon" stratejisinde, olay hakkında sürekli ve kontrol edilemeyen düşünmeye odaklanılmaktadır (Garnefski ve ark., 2001). Buna göre, "Ruminasyon" stratejisinin kullanımının stres düzeyini artırarak akademik başarıyı ve klinik stresi etkilemesi beklenir bir sonuç olarak düşünülebilmektedir.

Olumlu yeniden odaklanma, genel bilgiler kısmında anlatıldığı gibi asıl olayı düşünmek yerine daha hoş konuları düşünmeye odaklanma girişiminin olmasıdır (Garnefski ve ark., 2001). Kısa sürede olumlu ve uyumlu bir strateji olsa da, uzun dönemde etkin bir uyumun engellenebileceği hakkında tartışmalar bulunan (Garnefski ve ark., 2001) olumlu yeniden odaklanmanın bu çalışmada klinik stresi açıkladığı görülmüştür ($r=-.17$, $p<0.001$). Buna göre olumlu yeniden odaklanma stratejilerinin kullanım düzeyi arttıkça klinik stres düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu bulgular, daha önce yapılan çalışmaların bulguları ile uyumluluk göstermektedir (Martin & Dahlen, 2005; Zlomke & Hahn, 2010).

Bu çalışmada BDD olumlu stratejileri (BDÖKA, BDÖOYO, BDÖPYYO, BDÖOYD, BDÖODA) ile akademik başarı arasında zayıf büyüklükte, pozitif yönde, anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Tablo-6) (sırasıyla; $r=,25$ $p<0.01$; $r=,37$ $p<0.01$; $r=,41$ $p<0.01$; $r=,39$ $p<0.01$; $r=,15$ $p<0.01$). Bu durum, öğrencilerin BDD'nin olumlu stratejileri kullanma düzeylerinin artmasının akademik başarıyı arttırdığını göstermektedir. Akademik başarıda duygular ve duyguların önemi uzun yıllar ihmal edilse de gün geçtikçe önemi daha çok anlaşılmış ve duyuşsal faktörlerin öğrenmede çok kritik bir öneme sahip olduğu ifade edilmiştir (Pekrun & Linnenbrink-Garcia, 2012). Hemşirelik öğrencilerinde bilişsel duygu düzenleme ile akademik başarı arasındaki ilişkiyi inceleyen literatürde bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok duygusal zeka faktörünün hemşirelik öğrencilerinde akademik performansa etkisini incelemiştir (Fernandez, Salamonson & Griffiths, 2012; Beauvais, Stewart & Beauvais, 2014). Ayrıca akademik başarıda genel duygu kavramının aracı rolünün araştırıldığı görülmüştür (Pekrun ve ark., 2002). Bu nedenle bu çalışma bulguları; duygu düzenleme kavramının akademik başarıya etkisini inceleyen doğrudan başka bir çalışma olmaması sebebiyle, duygusal zeka kavramının hemşirelik öğrencilerinde akademik başarıya etkisini inceleyen çalışmalar dikkate alınarak tartışılmıştır.

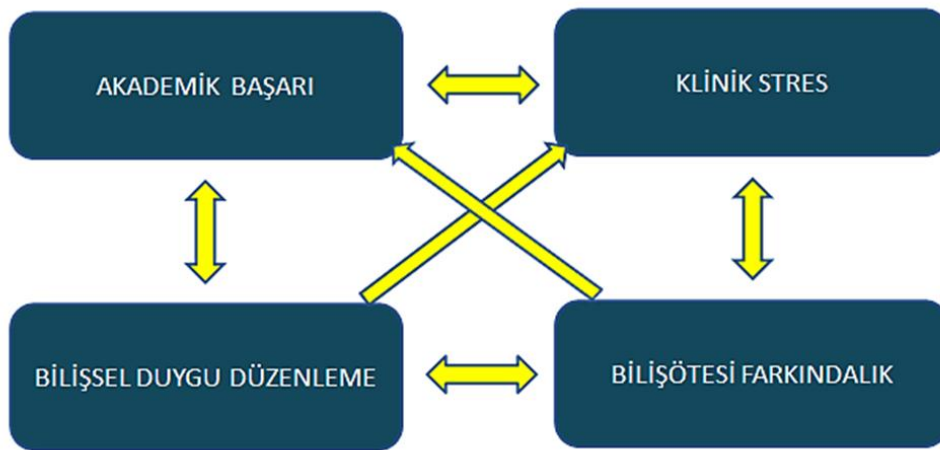
Fernandez, Salamonson ve Griffiths (2012), hemşirelik öğrencilerinde duygusal zekanın akademik performansa etkisini incelemek amacıyla bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada; duygusal zekâ, akademik başarının anlamlı bir yordayıcısı olarak ifade edilmiştir. Ayrıca, yüksek düzeyde farkındalık ve kendi duygularını anlamanın, öğrencilerin akademik başarıları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir. Aynı zamanda hemşirelerin kendi duyguları ile nasıl başa çıkacaklarını bilmeleri ve hastalara ve ailelerine duygusal destek sağlamaları gerektiği için klinik uygulamaların merkezinde yer aldığı belirtilmiştir. Bu becerilerin, klinik uygulamalarının kalitesini arttırmak için öğrenci hemşireler arasında geliştirilmesinin önemli olduğu ifade edilmiştir. Beauvais ve arkadaşları (2014), lisans ve lisansüstü hemşirelik öğrencilerinde duygusal zeka, ruhsal iyi oluş (*spiritual well-being*) ve akademik başarı arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Bu çalışma sonuçlarına göre, akademik başarı genel duygusal zeka ile ilişkili bulunmasa da duygusal zekanın alt boyutu olan duyguları yönetme kavramı ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca duygu yönetimi ve ruhsal iyi oluşun akademik başarı ile pozitif ilişkili olduğu ifade edilmiştir.

Pekrun ve arkadaşları (2002), duygular ile bilişötesi strateji kullanımı ve eleştirel düşünme becerileri arasında pozitif yönde ilişkili olduğunu ve bunun akademik başarıyı yordamada önemli bir faktör olduğunu tespit etmişlerdir. Yapılan çalışmalar, pozitif duygulara sahip öğrencilerin; bilişötesi denetleme, eleştirel değerlendirme, zorluklar karşısında direnç gösterme gibi stratejileri daha sıklıkla sergilediklerini ve bu durumun akademik başarı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Boekaerts, 2007; Pekrun, 1992; Pekrun & Linnenbrink-Garcia, 2012). Aynı zamanda Pekrun (2012), duygu yönetimi ve sonucunda oluşan pozitif duyguların (ümit, gurur, heyecan, zevk alma vb.), yüksek motivasyon sağlayarak, ileri düzey öğrenmeyi sağladığını ifade etmiştir. Feldmann-Barrett (2001), bir olayla ilişkili olarak beliren duygunun, davranışsal tepkilerde önemli bir belirleyici olduğunu; bu duygusal oluşum sadece davranışa değil fizyolojiye de yansiyarak kişinin hayatının birçok faktöründe (akademik başarı gibi) etkisini göstermesi sebebiyle, duygu ve duygu düzenleme kavramının daha fazla incelenmesi ve deneysel çıktıların gerekliliğini ifade etmiştir. Meyer ve Turner (2006), duygular, motivasyon ve öğrenme ilişkilerinin daha net anlaşılabilmesi için uyarlanabilecek yeni kuramların geliştirilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmektedir. Schunk (2001), bu öneriyi destekler nitelikte, duygulara daha fazla yer verilecek şekilde, teknolojiden de faydalanarak kuramların gözden geçirilmesinin akademik başarı için gerekliliğinden söz etmiştir. Tüm bu çalışmalar akademik başarıda, duygu düzenlemenin etkisinin anlamlı olabileceğini ifade ederken, aynı zamanda bu kavramların incelendiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ifade etmektedir.

Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinde BDD stratejilerini kullanma durumunun klinik strese etkisini farklı boyutlarla ele alan bir çalışma bulunmasına rağmen (Jang,2016), pediatri hemşireliği dersini alan hemşirelik öğrencilerinde BDD'nin akademik başarıya ve klinik strese etkisini inceleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu çalışma bir yönüyle pediatri hemşireliği öğrencilerinde BDD'nin akademik başarı ve klinik stres ile ilişkilerini inceleyerek literatürdeki bu boşluğu doldurmuştur. Ayrıca bulgularımız “H3: Bilişsel duygu düzenleme durumunun akademik başarı üzerine etkisi vardır.” ve “H4: Bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik strese etkisi vardır.” hipotezlerini desteklemektedir.

5.3. Bilişötesi Farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Değişkenlerinin Birlikte Akademik Başarı ve Klinik Strese Etkisi

Bilişötesi farkındalık ve bilişsel duygu düzenleme durumu birlikte, klinik stres düzeyindeki değişimin %24,5'ini açıklarken ($R^2=0,245$, $p=0,000$), akademik başarı durumundaki değişimin %44,3'ünü açıklamaktadır ($R^2=0,443$, $p=0,000$) (Tablo-9,12). Bilişsel duygu düzenleme ve bilişötesi farkındalık doğrudan ilişkili iki kavramdır. Çünkü duygusal tepkilerimiz olan bitene yüklediğimiz anlama bağlıdır. Bilişötesi farkındalık; duygusal tepkilerin görünümünü, değerini, yoğunluğunu, zamanlamasını ve başa çıkmayı etkilemekte, istenmeyen duyguları kabullenmeyi sağlamakta ve zihinsel iyi oluş sağlayarak, olumsuz duygulara karşı tolerans kapasitesini arttırmaktadır (Arch & Craske, 2006; Chambers ve ark., 2009; Hulsheger ve ark., 2013). Bu sebeple akılcı farkındalıklar, sağlıklı duygusal sonuçların oluşmasını sağlayarak (yüksek yoğunlukta stres, kaygı gibi olumsuz duyguların azaltılmasını sağlamak gibi) akademik başarıyı etkileyebilmektedir. Bu çalışma sonuçlarına göre, hem akademik başarının artması hem klinik stresin azalmasını sağlaması sebebiyle BDD ve BF stratejilerinin birlikte kullanımı agonist etki sağlayarak sağlıklı duygusal sonuçlar ve düşünme çıktıları sağlayabilmektedir (Şekil-6). Böylece bu iki bağımsız değişkenin birlikte; klinik performansı olumsuz etkileyen klinik stres düzeyini ve bununla ilişkili olarak akademik başarıyı etkilemesi konusunda bu bulguların çalışmanın etkinliğini ortaya koyan önemli sonuçlar içerdiği görülmektedir.



Şekil-6: Bilişötesi Farkındalık ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Akademik başarı ve Klinik Stres Düzeyine Etkisini Açıklayan Model Diyagramı (Diyagram, literatür ışığında araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.)

Literatürde, hemşirelik öğrencilerinde BF ile BDD'nin klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Yapılan çalışmalar daha çok BF ile BDD'nin ilişkili faktörler olduğunu belirterek kişilerin stres, yaşam doyumu, genel sağlık durumlarına etkisini incelemiştir (Hulsheger ve ark., 2013; Wang & Kong, 2014; La Cour & Petersen, 2015; Ussher ve ark., 2014). Bu nedenle bu çalışma bulguları; BF ile BDD'nin kişilerin genel stres durumu, yaşam doyumu ve iyi oluşlarına etkisini inceleyen çalışmalar dikkate alınarak tartışılmıştır.

Hulsheger ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada, BF'nin aşırı stres sonucu oluşabilen tükenmişliğin önüne geçerek olumlu duyguların artmasında önemli bir faktör olduğunu ifade etmiştir. Aynı zamanda etkin ve sağlıklı bir bilişsel duygu düzenleme becerisine sahip olan kişilerin daha az stres yaşayabilecekleri bildirilmiştir. Bilişsel duygu düzenleme becerisinin kişilerin olumlu ya da olumsuz her türlü duygularını yönetebilmelerini sağlamasının bu durumda etkisi olduğu ifade edilmiştir. Çalışma, özellikle kişilerin hissettiği duygularını ifade etmeyerek baskılaması olarak nitelendirilen “*suppression*”ın strese yol açtığını göstermiştir. Kişilerin bilişötesi farkındalık becerilerini artırarak ve duygularını etkin bir şekilde düzenleyerek, stresle başa çıkma ve olumsuz duyguların zararlarından en az düzeyde etkilenme açısından başarılı olabildikleri ifade edilmiştir.

Wang ve Kong da (2014); duyguları tanıma ve yönetiminin, bilişötesi farkındalık ve yaşam doyumu arasındaki aracı rolünü tespit etmeyi amaçladıkları bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmalarında, BDD ve BF'nin bireylerin stres seviyelerini azaltarak yaşam doyumlarını artırdığını belirtmişlerdir. Mevcut çalışma sonuçları, bilişötesi farkındalığın duygu düzenleme stratejilerinden olumlu yeniden değerlendirme (BDÖÖYD) ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Çalışmaya göre, bilişötesi farkındalık stratejilerini etkin kullanan kişiler, zihinsel faaliyetlerinin farkında olarak, yaptıkları bilişsel düzenlemeler sayesinde olumsuz duygularından kurtulabilirler. Çünkü bilişötesi farkındalık, kişinin tecrübelerini yargılamadan kabul etmesine, hissettikleri duygular yoğunlaşmadan, onları kontrol ederek düzenleyebilmeye yardımcı olurken, etkin bir duygu düzenleme becerisi edinmesini de sağlamaktadır (Hulsheger ve ark., 2013). Buna göre, sağlıklı bir duygu düzenleme becerisine sahip olan kişiler, duygularını tanıyarak, olumlu olanları artırıp olumsuz olanları azaltabilirler. Chambers, Gullone ve Allen (2009), BF temelli stres azaltma programlarının esas amaçlarının, bireyin etkin bir duygu düzenleme stratejisi kullanmalarını sağlamak olduğunu

belirtmişlerdir. Benzer şekilde Arch ve Craske (2006) da, BF egzersizlerinin, bireylerin etkin duygu düzenleme stratejilerini kullanmalarında önemli bir yeri olduğunu belirtmektedirler (Arch & Craske, 2006; Chambers ve ark., 2009).

Bir hemşirenin çalışmasının doğası duygusal olarak zorlayıcı ve yorucu olduğundan, hemşirelik öğrencilerinin hem lisans eğitimi süreci hem de mesleğe başladıkları zaman karşılaştıkları duygusal durumları anlamaları ve bu süreçte hangi stratejileri kullanabileceklerini bilmeleri önem arz etmektedir (Erickson, 2008). Dubert (2016), hemşirelik öğrencilerinde, BDD stratejilerinden yeniden değerlendirmenin (*reappraisal*) ilk sömestr ile son sömestr döneminde ne şekilde değiştiğini incelediği çalışmada, kullanılan bu stratejinin son sömestrda anlamlı bir şekilde azaldığını ifade etmiştir. Burada endişe; BDD stratejilerinin kullanımında anlamlı azalmanın olması, hemşirelik öğrencilerinin mezun olduktan sonra tükenmişlik, üzüntü, güçsüzlük ve cesaret kırıcı duyguları yoğun deneyimlediklerinde azalmanın artarak devam etme riskinin olmasıdır (Erickson, 2008). Böylece, hemşirelik öğrencileri mesleğe başladıkları zaman ve devam ettikleri yıllar içerisinde azalmış BDD durumlarının artmış stres, sağlık sorunları (psikolojik morbidite), işi bırakma (*turnover*), tükenmişlik sorunlarıyla karşı karşıya gelme durumlarında artışla sonuçlanabileceği bildirilmektedir (Dubert ve ark., 2016). Aynı zamanda mezun olduktan sonra, hemşirelik mesleğine geçtiklerinde farkındalık seviyelerinin azalmaya devam edebileceği endişesi de vardır. Sonuç olarak, hemşirelik öğrencilerinde farkındalık ve yeniden değerlendirme stratejilerinin kullanımının azalması nedeniyle hemşireliğin duygusal durumlarına hazırlıklı olmayabilecekleri ifade edilmiştir.

Turner (2014) ise yaptığı deneysel çalışmada, BF eğitimleri sonrası deney grubundaki bireylerin; duyguları üzerindeki kontrollerinin arttığını ve olumsuz bir durum karşısında daha sakin kalabilmeyi başardıklarını ifade etmiştir. Goodall ve arkadaşlarına göre (2012), bireyin içsel duygu durumlarının farkında olması, BF boyutlarından birisidir. Ayrıca Lyvers, Makin, Toms, Thornbers ve Samios (2013), 153 üniversite öğrencisi üzerinde yaptıkları bir araştırmada BF'nin, beyinde prefrontal korteksin işlevsel bütünlüğüne dayalı yönetici işlevler ve duygu düzenleme ile ilişkili olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bulgulardan yola çıkarak duygu ve düşüncelerinin farkında olan, diğer bir ifadeyle bilişötesi farkındalığı yüksek olan, davranışlarının ve duygu oluşumunun altında yatan gerçek nedenleri bilen kişilerin;

duygularının oluş sebeplerini anlayarak, olumlu olanları artırabildiği, olumsuz olanlarla daha kolay baş edebildiği değerlendirilmektedir.

Bilişötesi farkındalığın, bireylerin psikolojik iyi oluşlarını sağlamasının (Keng, Smoski & Robins, 2011) yanı sıra birtakım fizyolojik sorunların tedavisinde de etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle son 10 yıldır uluslararası literatürde MBSR programlarının; kronik ağrı, cilt rahatsızlıkları, kalp-damar hastalıkları ve çeşitli mide sorunları gibi stres kaynaklı hastalıkların tedavilerinde kullanıldığı sıklıkla vurgulanmaktadır (La Cour ve Petersen, 2015; Ussher ve ark., 2014). Howell, Digdon ve Buro (2010) ise, BF egzersizlerinin, bireylerin stres seviyesini azaltmasıyla ilişkili olarak, uyku kalitelerini de artırdığı sonucuna varmışlardır.

Hatırlanacağı gibi BF'nin; bireylerin kendi duygu ve düşüncelerini objektif bir bakış açısıyla gözlemleyerek olumsuz duygu ve düşüncelerinden en az düzeyde etkilenmelerini sağladığı belirtilmiştir (Hulsheger ve ark., 2013). Buna göre; bilişötesi farkındalığı yüksek olan öğrencilerin BDD'yi daha kolay sağlamaları beklenmektedir. Türkiye'de hemşirelik alanında son yıllarda dikkatleri üzerine çekmeye başlayan BF ve BDD temelli araştırmaların, öğrencilerin klinik streslerini azaltmanın yanında akademik başarı düzeylerini de olumlu yönde etkileyebileceği değerlendirilmektedir. Özellikle pediatri hemşireliği dersinde öğrencilerin; çocuklarla iletişim kurmanın zor olması, pediatri hemşireliğinin öğreniminin zor olması, çocukların ağlamalarına ve acı çekmelerine dayanamama, pediatrik hastalıkların ilginç, karmaşık ve zor oluşu gibi düşüncelerinin pediatri hemşireliğine yönelik olumsuz tutumları ve klinik stresi arttırdığı vurgulanmaktadır (Düdükçü, 2005; Oermann & Lukomski, 2001). Olumsuz bu duygu ve bilişötesi düşüncelerin pediatri hemşireliği dersini öğrenme de olumsuz sonuçlar yaratması sebebiyle, BF ile BDD'nin klinik stres ve akademik başarıya etkisinin pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerde incelenmesi ayrı bir önem kazanmıştır.

Sonuçlar, pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerde BDD ile BF değişkenlerinin akademik başarı ve klinik strese etkisini inceleyen araştırmalara temel teşkil etmektedir. Bu tanımlayıcı çalışma, pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerde ve aynı zamanda tüm hemşirelik öğrencileri popülasyonunda BF ile BDD'nin klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Sonuç olarak bulgular, akademik başarı ve klinik stres düzeylerine BDD ile BF'nin etkisinin anlamlı derecede olduğunu göstermiştir. Ayrıca sonuçlar, hemşirelik öğrencilerinde BDD ve BF'yi teşvik edebilecek çalışmaların geliştirilmesi ve uygulanmasına yönelik araştırmalara ön bir alt yapı sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmada pediatri hemşireliği dersini alan öğrencilerin bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme durumunun pediatrik klinik stres ve akademik başarı düzeylerine etkisi belirlenmiştir.

- Bilişötesi farkındalığı yüksek olan öğrencilerin akademik başarısının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bilişsel duygu düzenlemede olumlu stratejileri kullanan (kabul, olumlu yeniden değerlendirme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olayın değerini azaltma alt boyutları) öğrencilerin akademik başarısının daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olumsuz stratejileri kullanan (kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutları) öğrencilerin akademik başarısının daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Bilişötesi farkındalığı yüksek olan öğrencilerin pediatrik klinik stres düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Bilişsel duygu düzenlemede olumlu stratejileri kullanan (kabul, olumlu yeniden değerlendirme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma) öğrencilerin pediatrik klinik stres düzeyinin daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Bilişsel duygu düzenlemede olayın değerini azaltma alt boyutu ile pediatrik klinik stres düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.
- Bilişsel duygu düzenlemede olumsuz stratejileri kullanan (kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, diğerlerini suçlama alt boyutları) öğrencilerin pediatrik klinik stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Öğrencilere Yönelik;

- Bilişötesi farkındalığın geliştirilmesi ile ilgili derslerin müfredata yerleştirilmesi ve dersin içeriğinde; Bilişötesi farkındalığın ne olduğu, bireye neler kazandırdığı, izlenecek adımlar gibi konulara yer verilerek farkındalık oluşturulmasına katkı sağlanması,
- Bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma durumunun akademik başarıya ve klinik strese etkisinin diğer sınıflarda da incelenmesi,
- Olumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı ile ilgili derslerin müfredata yerleştirilmesi ve dersin içeriğinde; Bilişsel duygu düzenlemenin ne olduğu, bireye neler kazandırdığı, strese etkisi hakkında bilgiler verilerek farkındalık oluşturulmasına katkı sağlanması,
- Hemşirelik öğrencilerinde duyguları düzenleme becerilerinin örgün eğitim, mesleki eğitim ve çalışan hemşireler için de hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi önerilir.

Araştırmacılara Yönelik;

- Bilişötesi farkındalığın klinik stresi etkilemesi sebebiyle, bilişötesi farkındalığı arttıracak ve klinik stresi azaltacak girişimsel çalışmaların planlanması,
- Bilişsel duygu düzenleme ile bilişötesi farkındalığın gelişmesi sağlanarak akademik başarıyı arttıracak ve klinik stresi azaltacak girişimlerin planlanması,
- Hemşirelik öğrencileri için kişisel gelişim dosyaları oluşturularak, birinci sınıftan itibaren son sınıfa kadar her yıl bilişötesi farkındalık ve bilişsel duygu düzenleme durumları değerlendirilerek öğrencilerin akademik başarı ve klinik stres durumlarındaki değişmelerin, akademik başarıyı artırma ve klinik stresi azaltma amacı ile takip edilecek çalışmaların planlanması önerilir.

Klinik Uygulamaya Yönelik;

- Öğrencilik döneminde bilişötesi farkındalık ile bilişsel duygu düzenlemenin incelendiği kişilerin, mezuniyet sonrası klinik yaşamda da bu değişkenlerin nasıl değiştiğinin incelenmesi önerilir.

7- KAYNAKLAR

- Akın A, Abacı R, Çetin B. The validity and reliability study of the Turkish version of the Metacognitive Awareness Inventory. Educational Science: Theory & Practice, 2007; 7(2): 655-680
- Akman S. Stres. Türk Psikoloji Bülteni, 2004; 34:40-173
- American Psychological Association, (APA). 1997. 22.12.2017 tarihinde alınmıştır: URL: <http://www.apa.org/ed/lep.html>
- American Psychological Association. Stress in the Workplace Survey Summary. 2011. URL: <https://www.apa.org/news/press/releases/phwa-survey-summary.pdf>
- Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction, Behaviour Research And Therapy, 2006; 44: 1849–1858
- Arık İ. Öğrenme psikolojisine giriş. Der Yayınları, İstanbul; 1995;168
- Arimura M, Imai M, Okawa M, Fujimura T ve ark. Sleep mental health status, and medical errors among hospital nurses in japan. Industrial Health, 2010;48:811-7
- Asuero M, Banda G. The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. Span J Psychol, 2010; 13: 897-905
- August-Brady M. The effect of a metacognitive intervention on approach to and selfregulation of learning in baccalaureate nursing students. The Journal of Nursing Education, 2005; 44(7): 297-304
- Ayyıldız T, Şener TK, Veren F, Kulakçı H ve ark. Hemşirelik Öğrencilerinin Akademik Başarılarını Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;5:222-28
- Bailey JT, Steffen SM, Grout JW: The stress audit: Identifying the stressors of ICU nursing", in Journal of Nursing Education,1980; 19:15-25
- Bamonti P, Conti E, Cavanagh C, Gerolimatos L ve ark. Cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: a preliminary study. J Appl Gerontol, 2017; 1-21
- Barker DJP. Fetal origins of coronary heart disease. British Medical Journal, 1995; 311: 171-174
- Beauvais AM, Stewart JG, DeNisco S, Beauvais JE. Factors related to academic success among nursing students: a descriptive correlational research study. Nurse Educ. Today, 2014; 34 (6): 918-923
- Beck D, Hackett M, Srivastava R, McKim E, Rockwell B. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. Journal of Nursing Education, 1997; 36:180-186
- Beddoe A, Murphy S. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? Journal of Nursing Education, 2004; 43(7): 305-312
- Bektaş M, Kudubeş AA. Bir ölçme ve değerlendirme aracı olarak: yazılı sınavlar. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2014;7 (4):330-336

Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Educating nurses: a call for radical transformation. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, San Francisco, CA: JosseyBass. 2010;42:141-143

Bienenstock EA. Model of neocortex. Google Scholar Network. 1995; 6: 179-224

Bloomberg, 2013 (via United Nations Office on Drugs and Crime, International Monetary Fund, Central Intelligence Agency World Factbook, Transparency International, World Health Organization).

Boekaerts M. Understanding students' affective processes in the classroom. In P. A. Schutz & R. Pekrun, Emotion in education, Elsevier Academic Press, 2007;37-56

Bransford JD, Brown AL, Cocking RR. How people Learn: Brain, Mind, Experience, and School: Expanded Edition. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2000. URL: <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309070368> Erişim Tarihi: 01.05.2018.

Bremner JD. Neuroimaging studies of post traumatic stress disorder. Current Psychiatry reports, 2002; 4: 254-263

Büyük Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, 2018. URL: <https://goo.gl/cCt24a> Erişim Tarihi: 24.01.2018.

Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: an integrative review. Clinical Psychology Review, 2009;29:560–572

Chan CKL, So WW, Bn M, Fong DYT. Hong kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. J Prof Nurs, 2009;25(5):307–13.

Chartier L. Use of metacognition in developing diagnostic reasoning skills of novice nurses. Nursing Diagnosis, 2001; 12(2): 55-60

Chernomas WM, Shapiro C. Stress, depression, and anxiety among undergraduate nursing students. International Journal of Nursing Education Scholarship, 2013;10: 255-266

Chesser-Smyth PA. The lived experiences of general student nurses on their first clinical placement: a phenomenological study. Nurse Education in Practice, 2005;5:320-327

Chin W, Guo YL, Hung YJ, Yang CY ve ark. Short sleep duration is dose-dependently related to job strain and burnout in nurses: a cross sectional survey. International Journal of Nursing Studies, 2015; 52(1): 297-306

Coutinho SA. The relationship between goals, metacognition and academic success. Educate, 2008; 7(1):39-47

Cox T, Griffiths A, Cox S. Work-related stress in nursing: Controlling the risk to health. SafeWork: ILO action in the field of workplace stress: International Labour Organisation Publication, Geneva; 1996.

Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı, 31. Bas., Remzi Kitabevi, İstanbul, 1992;201.

Çatak PD, Ögel K. Farkındalık temelli terapiler ve terapötik süreçler. Klinik Psikiyatri, 2010; 13:85-91

Çavuşoğlu H. Çocuk sağlığı hemşireliği. Cilt 1, Genişletilmiş 12. Baskı, Sistem Ofset, Ankara, 2015:75-80

Deary I, Watson R, Hogston R. A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. Issues and Innovations in Nursing Education, 2003; 43(1):71-81

Deco G, Cabral J, Woolrich M, Stevner A ve ark. Single or multiple frequency generators in on-going brain activity: a mechanistic whole-brain model following empirical MEG evidences Neuroimage, 2017; 10.1016/j.neuroimage.2017.03.023

Desoete A, Roeyers H. Off-line metacognition a domainspecific retardation in young children with learning disabilities. Learning Disability Quarterly, 2002; 25:123-139

Dewe P. New Zealand ministers of religion: Sources of stress at work, in Work and Stress, 1987; 1:351-363

Doyle BP. Metacognitive awareness: impact of a metacognitive intervention in a pre-nursing course. A Dissertation Faculty of the Louisiana State University, 2013; 1-11

Dubert CJ, Schumacher AM, Locker L, Gutierrez AP, ve ark. Mindfulness and emotion regulation among nursing students: Investigating the mediation effect of working memory capacity. Mindfulness, 2016; 7:1061-1070

Dunlosky J, Metcalfe J. Metacognition. USA: Sage Publications, 2009:145-160

Dursun Sürmeli Z, Ünver G. Öz-düzenleyici öğrenme stratejileri, epistemolojik inançlar ve akademik benlik kavramı ile matematik başarısı arasındaki ilişki. Turkish Journal of Computer and Mathematics Education, 2017; 8 (1):83-102

Düdükcü FT. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk hemşireliğine ilgileri. Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya: 2005; 20-55

Easazadeh A. The predictive role of cognitive emotion regulation strategies in marital satisfaction and job burnout among nurses. IJN, 2016; 29 (102) :22-31

Elcigil A, Sarı HY. Determining problems experience by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. Nurse Education Today, 2007; 27(5): 491-498

Erickson R. The emotional demands of nursing. In Chapter 8; Nursing Policy Research: Turning Evidence-Based Research in Health Policy. Dickson, G. & Flynn, L. (eds.). 2008; 155-178. New York, NY: Springer Publishing.

Farquharson B, Bell C, Johnston DW, Jones MC, ve ark. Nursing stress and patient care: Real-time investigation of the effect of nursing tasks and demands on psychological stress, physiological stress, and job performance: Study protocol. Journal of Advanced Nursing. Advance online publication, 2013; 69(10): 2327-2335

Feldman Barrett L, Gross J, Chistensen TC, Benvenuto M. Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 2001; 15: 713–724.

Fernandez R, Salamonson Y & Griffiths R (2012) Emotional intelligence as a predictor of academic performance in first- year accelerated graduate entry nursing students. *Journal of Clinical Nursing* 21, 3485–3492.

Fink G. *Encyclopedia of Stress*, 2nd edn. 2007; Oxford: Elsevier.

Fink G. *Stress: Concepts, Definition and History*. 2016. The Mental Health Research Institute of Victoria, Melbourne, VIC, Australia. Elsevier.

Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 1979; 34(10): 906-911

Fleming SM, Dolan RJ. The neural basis of metacognitive ability. *Philos.Trans. R. Soc. B: Biol. Sci.* 2012; 367 (1594): 1338-1349

Fleming SM, Huijgen J, Dolan RJ. Prefrontal contributions to metacognition in perceptual decision making. *J. Neurosci.* 2012;32:6117-6125

Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *J. Pers. Soc. Psycho!*, 1988;54: 466-475.

Fuster JM. Memory networks in the prefrontal cortex. *Progress in Brain Research*, EA Mayer, CB Saper (Ed), 122. Cilt, Elsevier Science BV. 2000;309-316

Fuster JM. *Prefrontal Cortex in Decision-Making: The Perception–Action Cycle*. University of California Los Angeles, Los Angeles, CA, United States *Decision Neuroscience An Integrative Approach*. 2017; 95-105

Gaberson KB, Oermann MH. *Clinical teaching strategies in nursing*. New York: Springer. 1999

Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events. cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 2001;30: 1311–1327

Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 2006; 40: 1659-1669.

Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. *CERQ: Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire*, DATEC. Leiden University: The Netherlands, 2002

Gholami M, Moghadam PK, Mohammadipoor F ve ark. Comparing the effects of problem-based learning and the traditional lecture method on critical thinking skills and metacognitive awareness in nursing students in a critical care nursing course. *Nurse Educ Today*, 2016;45:16-21

Goldstein DS, Kopin IJ. Evolution of concepts of stress. *Stress*, 2007; 10: 109-120

Goodall K, Trejnowska A, Darling S. The Relationship Between Dispositional Mindfulness, Attachment Security And Emotion Regulation. *Personality And Individual Differences*, 2012; 52: 622-626

Gray-Toft P, Anderson TG. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. In *Social Science and Medicine*, 1981; 15: 539-647

Gross JJ, Thompson R. Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press. 2007; 3-24

Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 2002; 39: 281-291

Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003;85,348-362

Hales NC, Barker DJP. The thrifty phenotype hypothesis. *British Medical Bulletin*, 2001; 60: 5-20

Harris KR, Graham S, Brindle M, Sandmel K. Metacognition and children's writing. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, & A. C. Graesser (Eds.), *Metacognition in educational theory and practice*, 2009; 131-153

Hasselhorn HM, Conway PM, Wierszal-Bazyl M, Simon M ve ark. Contribution of job strain to nurses' consideration of leaving the profession – results from the longitudinal European nurses' early exit study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2008;6: 75-82

Herrmann Ned. Bütünsel Beyin, (çev. Mehmet ÖNER), Hayat Yayınları, İstanbul, 2003

Hingley P, Cooper CL. *Stress and the nurse manager* (Chichester, John Wiley, 1986).

Hong WH, Vadivelu J, Gnanamalar E ve ark. Thinking about thinking: changes in first-year medical student' metacognition and its relation to performance. *Med Educ Online*, 2015;20:275-61.

Howell AJ, Dıgdon NL, Buro K. Mindfulness Predicts Sleep related Self-Regulation And Well-Being. *Personality And Individual Differences*, 2010; 48: 419-424

Huang GC, Newman LR, Schwartzstein RM. Critical thinking in health professions education: Summary and consensus statements of the millennium conference 2011. *Teach Learn Med*. 2014;26:95-102

Hulsheger UR, Alberts HJEM, Feinholdt A, Lang JWB. Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal Of Applied Psychology*, 2013; 98 (2): 310-325

ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği). 2006.URL: <http://www.icn.ch/> Erişim Tarihi: 01.05.2018

ICN (Uluslararası Hemşireler Birliği). 2007.URL: <http://www.icn.ch/> Erişim Tarihi: 02.05.2018

Institute of Medicine of the National Academies. (IOM). The future of nursing: Focus on education. Report brief. Washington, D.C.: National Academies Press, 2010

Irvine S, Williams B, McKenna L. How are we assessing near-peer teaching in undergraduate health professional education? A systematic review. *Nurse Education Today*, 2017; 50: 42-50

Ivancevich JM, Smith SV. Identification and analysis of job difficulty dimensions: An empirical study. in *Ergonomics*, 1981;24: 351-364.

Jang S. The Effects of Emotional Regulation between Clinical Practice Stress and Nursing Professionalism in Nursing Students. *Journal of the Korean Data & Information Science Society*, 2016; 27 (3): 749-761

Jimenez C, Martinez, Carmen, Vacas Diaz C. Stress and health in novice and experienced nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 2010; **66** (2): 442-455

Johnson CN, Wellman HM. Developing understanding of mental verbs: Remember, know and guess. *Child Development*, 1980; 51: 1095-1102.

Jones M, Johnston D. Distress, stress, and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 1997; 26(4): 475-482

Karakaş S, Karakaş HM. Yönetici işlevlerin ayrıştırılmasında multidisipliner yaklaşım: Bilişsel psikolojiden nöroradyolojiye. *Klinik Psikiyatri*, 2000; 3:215-227

Karimi L, Leggat SG, Donohue L, Farrell G, Couper GE. Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and job-stress among community nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2014;70: 176–186

Karlsson M, Mayhew L, Plumb R, Rckaysen B. Future costs for long term care. Cost projections for long term care for older people in the United Kingdom. *Health Policy*, 2006; 75: 187-213

Kelly D, Donaldson D. Investigating the complexities of academic success: Personality constrains the effects of metacognition. *The Psychology of Education Review*, 2016; 40 (2): 17-24

Keltner D, Gross J. Functional accounts of emotion. *Cognition and Emotion*, 1999; 13(5), 467-480

Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effect Of Mindfulness On Psychological Health: A Review Of Empirical Studies. *Clinical Psychology Review*, 2011; 31: 1041-1056

Kohler JM, Munz DC, Grawitch M. Test of a dynamic stress model for organizational change. *Applied Psychology: An International Review*, 2006; 55: 168-191

Koriat A. Metacognition research: An interim report. In: Perfect, T.J., Schwartz, B.L. (eds.) *Applied Metacognition*. Cambridge University Press, Cambridge, 2002; 261

Kreutzer MA, Leonard C, Flavell JH. An interview study of children's knowledge about memory. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 1975;40: 1-60

Kruger J, Dunning D. Unskilled and unaware of it: How differences in recognizing one's own incompetence lead to inflated selfassessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999; 77(6): 1121-1134

Kuhn D. Metacognitive development. *Current Directions in Psychological Science*, 2000; 9(5): 178-181

Kuiper R, Pesut D. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*, 2004; 45(4): 381-391.

La Cour P, Petersen M. Effects Of Mindfulness Meditation On Chronicpain: A Randomized Controlled Trial. *Pain Medicine*, 2015;16: 641-652

Lai ER. Metacognition: a literature review. *Pearson Research Reports*, 2011.

Landa JMA, Lopez-Zafra E, Martos MPB, Guilar-Luzon M. The relationship between emotional intelligence, occupational stress and health in nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2008;

Lazarus RS. Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotions and coping. *Journal of Personality*, 2006; 74: 9-46

Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.

Lee MN, Nam KD, Kim HY. Effects of simulation with problem-based learning program on metacognition, team efficacy, and learning attitude in nursing students: nursing care with increased intracranial pressure patient. *Comput Inform Nurs*, 2017; 35: 145-151

Lenzo V, Indelicato F, Grisolia E, Toffle ME ve ark. The burnout syndrome in palliative home care workers: the role of coping strategies and metacognitive beliefs. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 2016; 4(1): 1-13

Levett-Jones T, Lathlean J, Higgins I, McMillan M. Staff–student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning. *J Adv Nurs*, 2009; 65: 316-24

Levine DS. Modeling the instinctive-emotional-thoughtful mind. *Cognitive Systems Research*, 2017; 45:82-94

Liem AD, Lau S, Nie Y. The role of self-efficacy, task value, and achievement goals in predicting learning strategies, task disengagement, peer relationship, and achievement outcome. *Contemporary Educational Psychology*, 2008; 33(4):486-512

Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *International Nursing Review*, 2010; 57: 22-31

Linder LA, Pulsipher N. Implementation of simulated learning experiences for baccalaureate pediatric nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 2008; 4(3):41-47

Lyvers M, Makin C, Toms E, Thorberg FA ve ark. Trait mindfulness in relation to emotional self-regulation and executive function. *Mindfulness*, 2013; 1-7

Manser R, Cooper M, Trefusis J. Beliefs about Emotions as a Metacognitive Construct: Initial Development of a Self- Report Questionnaire Measure and Preliminary Investigation in Relation to Emotion Regulation Sciences, 2012; 9(5): 242-249.

Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*, 2005; 39: 1249-1260

McEwen BS, Sapolsky RM. Stress and cognitive function. *Current opinion in Neurobiology*, 1995; 5: 205-216

Melincavage SM. Student Nurses' Experiences of Anxiety in The Clinical Setting. *Nurse Educ Today*, 2011;3: 785–789

Mental Health Foundation UK. What is mindfulness? 2014. URL: www.mentalhealth.org.uk/our-work/mentalhealthawarenessweek/what-ismindfulness/.

Meyer DK, Turner JC. Re-conceptualizing emotion and motivation to learn in classroom contexts. *Educational Psychology Review*, 2006;18: 377-390

Miller EK, Cohen JD. An integrative theory of prefrontal cortex function. *Annu. Rev. Neurosci*, 2001; 24: 167-202

Molnár Z, Pollen A. How unique is the human neocortex? *Development*, 2014; 141: 11-16

Morales J, Lau H, Fleming SM. Domain-General and domain-specific patterns of activity supporting metacognition in human prefrontal cortex. *J Neurosci*, 2018;8:2360-17

Modinos G, Ormel J, Aleman A. Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience Advance Access*, 2010; 5(4): 369-377

Moscaritolo L. Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *Journal of Nursing Education*, 2009; 48(1): 17-23

NCREL. Strategic teaching and reading project guidebook. NCREL (North Central Regional Educational Laboratory, 1995.

Norris M, Gimber P. Developing nursing students' metacognitive skills using social technology. *Teach. Learn. Nurs*, 2013; 8(1): 17-21

O'Brien DA. (2013) Using mindfulness meditation intermixed with humor to reduce anxiety among nursing students during clinical practice. Dissertation, Capella University. <http://pqdtopen.proquest.com/doc/1432008708.html?FMT=AI>.

Ochsner K, Bunge S, Gross J, Gabrieli J. Rethinking feelings: An fMRI study of the cognitive regulation of emotion. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2002; 14: 1215-1229

Ochsner K, Gross J. Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science*, 2008; 17(1): 153-158

Ochsner KN, Feldman Barrett L. A multiprocess perspective on the neuroscience of emotion. In T. J. Mayne and G. Bonnano (Eds.), *Emotion: Current Issues and Future Directions* 2001; 38-81 New York, NY: Guilford Press

OECD. Policy brief: E-learning in tertiary education. OECD, Paris; 2017 (Erişim: Mayıs 2018).

Oermann MH, Garvin MF. Stresses and challenges for new graduates in hospitals. *Nurse Educ Today*, 2002;22(3):225-230.

Oermann MH, Lukomski AP. Experiences of students in pediatric nursing clinical courses. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 2001; 9(2): 65-72

Oermann MH, Standfest KM. Differences in stress and challenge in clinical practice among ADN and BSN students in varying clinical courses. *Journal of Nursing Education*, 1997; 36:228-233

Onan B. Beynin Bilişsel İşlevleri Üzerine Yapılan Araştırmalar ve Ana Dili Eğitimine Yansımaları. *TÜBAR*, 2010; Bahar Dönemi, 521-561

Onat O, Otrar M. Bilişsel duygu düzenleme ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2010; 31:123-143

Ovayolu N, Bahar A. Hemşirelik ve kalite. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 9(1): 104-110

Öztürk C, Karayagız G. Teori ile uygulama arasında yeni bir köprü: kavram haritası. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006; 10: 29-36

Özdemir O, Özdemir PG, Kadak MT, Nasıroğlu S. Kişilik gelişimi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4(4):566-589

Özsoy G. Üstbiliş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2008; 6(4):713-740

Pagana KD. Psychometric Evaluation of Clinical Stress Questionnaire(CSQ). *J Nurs Educ* 1989;28(4):169-74

Paniukov D, Davis T. The evaluative role of rostrolateral prefrontal cortex in rule-based category learning. *NeuroImage*, 2018; 166:19-31

Pekrun R. The impact of emotions on learning and achievement: Towards a theory of cognitive/motivational mediators. *Applied Psychology: An International Review*, 1992; 41:359-376

Pekrun R, Linnenbrink-Garcia L. Academic emotions and student engagement. In S. L. Christenson, A. L. Reschly, & C. Wylie (Eds.), *Handbook of research on student engagement*, 2012; 259-282

Pekrun R, Goetz T, Titz W, Perry RP. Academic emotions in students' self-regulated learning and achievement: A program of qualitative and quantitative research. *Educational Psychologist*, 2002; 37: 91-105

Penque S. Mindfulness based stress reduction effects on registered nurses. 2009; (Unpublished doctoral dissertation).

Philbrick G. Using mindfulness to enhance nursing practice. *Kai Tiaki Nurs. N. Z.* 2015;21:32-33

Piaget J. *The psychology and intelligence in children.* New York: International Universities Press, 1976.

Pintrich PR. The Role of Metacognitive Knowledge in Learning, Teaching, and Assessing. *Theory into Practice*, 2002; 41(4): 219-225

Pintrich P, Wolters C, Baxter G. Assessing metacognition and self-regulated learning. In G. Schraw & J. Impara, *Issues in the assessment of metacognition*, 2000;43-97

Pitt V, Powis D, Levett-Jones T, Hunter S. Factors influencing nursing students' academic and clinical performance and attrition: an integrative literature review. *Nurse Educ. Today*, 2012; 32: 903-913

Por J, Barriball L, Fitzpatrick J, Roberts J. Emotional intelligence: its relationship to stress, coping, wellbeing and professional performance in nursing students. *Nurse Educ Today*, 2011;31:855-60

Roberts R, Grubb P. The consequences of nursing stress and need for integrated solutions. *Rehabil Nurs*, 2013; 39(2): 62-69

Russell JA. Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychological Review*, 2003; 110: 145-172

Saedpanah D, Salehi S, Moghaddam LF. The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 2016; 10(12): 1-4

Safari Y, Meskini H. The effect of metacognitive instruction on problem solving skills in iranian students of health sciences. *Global Journal of Health Science*, 2016; 8(1): 150-156

Saxena S. Organisational role stress amongst nursing students. *Nurs J India*, 2001; 92: 269-70

Schneider W, Lockl K. The development of metacognitive knowledge in children and adolescents. In: T. Perfect, B. Schwartz (eds.). *Applied metacognition.* West Nyack, NY, USA: Cambridge University Press, 2002.

Schneider W. The development of metacognitive knowledge in children and adolescents: Major trends and implications for education. *Mind, Brain, and Education*, 2008; 2(3): 114-121

Schraw G, Crippen KJ, Hartley K. Promoting self-regulation in science education: Metacognition as part of a broader perspective on learning. *Research in Science Education*, 2006; 36(1-2): 111-139

Schraw G, Dennison RS. Assessing metacognitive awareness. *Contemporary Educational Psychology*, 1994; 19: 460-475

- Schraw G, Moshman D. Metacognitive theories. *Educational Psychology Review*, 1995; 7 (4): 351-371
- Schraw G. Assessing metacognition: Implications of the Buros symposium. In G. Schraw & J. C. Impara (Eds.), *Issues in the measurement of metacognition*, 2000; 297-321
- Schraw G. Measuring metacognitive judgments. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, A. C. & Graesser (Eds.), *Metacognition in educational theory and practice*, 2009; 415-429
- Schunk DH. (2001). Social cognitive theory and self-regulated learning. In B.J. Zimmerman & D. H.Schunk (Eds.), *Self-regulated learning and academic achievement: Theoretical perspectives* 2nd ed.
- Selye H. Confusion and controversy in the stress field. *Journal of Human Stress*, 1975; 1(2): 37-44
- Senemoğlu N. Gelişim öğrenme ve öğretim: kuramdan uygulamaya. Gazi Kitabevi:Ankara, 1998.
- Sharif F, Masoumi SA. Qualitative Study of Nursing Student Experiences of Clinical Practice. *BMC Nurs*, 2005;4(6):1-7
- Shimamura AP. A neurocognitive approach to metacognitive monitoring and control. In *Handbook of memory and metamemory: essays in honor of Thomas O. Nelson* (eds J. Dunlosky & R. Bjork), 2008; pp. 373 –390. New York, NY: Psychology Press.
- Shipton S. The process of seeking stress-care: Coping as experienced by senior baccalaureate nursing students in response to appraised clinical stress. *Journal of Nursing Education*, 2002; 41(6):243-256.
- Smith EE, Kosslyn SM. Bilişsel psikoloji: Zihin ve beyin. M. Şahin (Ed.). Ankara:Nobel Yayıncılık,2017
- Swanson HL. Influence of Metacognitive Knowledge and Aptitude on Problem Solving. *Journal of Educational Psychology*, 1990; 82(2): 306-314
- Şendir M, Acaroğlu R. Reliability and validity of turkish version of clinical stress questionnaire. *Nurs Educ Today*, 2008; 28(6):737-43
- Tanner KD. Promoting student metacognition. *CBE-Life Sciences Education*, 2012; 11(2): 113-120
- Tarricone P. The taxonomy of metacognition. New York: Psychology Press;2011.
- Thomas GP, McRobbie CJ. Using a metaphor for learning to improve students' metacognition in the Chemistry Classroom. *Journal of Research in Science Teaching*, 2001;38:222-259
- Tobias S, Everson HT. Metacognition and children's writing. In D. J. Hacker, J. Dunlosky, & A. C. Graesser, *Metacognition in educational theory and practice*, 2009;107-126

Törüner EK, Erdemir F. Pediatrik hastalarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010; 17:63-71

Turner K. Mindfulness Skills Training: A Pilot Study Of Changes In Mindfulness, Emotion Regulation, And Self-Perception Of Aging In Older Participants. Activities, Adaptation & Aging, 2014;38: 156-167

Ussher M, Spatz A, Copland C, Nicolaou A, Cargill A, Amını-Tabrızi N, Mccracken LM. “Immediate Effects Of A Brief Mindfulness-Based Body Scan On Patients With Chronic Pain”, Springer, 2014; 37:127-134

Wang, Y. Ve F. Kong. “The Role Of Emotional Intelligence In The Impact Of Mindfulness On Life Satisfaction And Mental Distress”, Springer, 116, 2014, 843-852

White AH. Clinical decision-making among fourth-year nursing students: An interpretive study. Journal of Nursing Education, 2003; 42(3):113-120

Whitebread D, Coltman P. Aspects of pedagogy supporting metacognition and mathematical learning in young children; evidence from an observational study, ZDM: The International Journal on Mathematics Education, 2010; 42(2):163-178

Whitebread D, Anderson H, Coltman P, Page C, Pasternak DP, Mentha, (2005) Developing independent learning in the early years; Education, 2005; 3-13: 33:1,40-50.

World Health Organization. Who we are, what we do. 2014. <http://www.who.int/about/en/>

World Health Organization. The World Health Report 2007. <https://goo.gl/Aggs4S>

Worrell P. Metacognition: Implications for instruction in nursing education. The Journal of Nursing Education, 1990; 29(4):170-175

Yıldırım N, Karaca A, Ankaralı H, Açıkgöz F ve ark. Stress experienced by turkish nursing students and related factors. Clin Exp Health Sci, 2016; 6(3): 121-128

Xiaoxin W, Xiaohui D, Jinglei M. A Research of the Nurses' Role Stress and Job Burnout and Relationships with Self-efficacy[J];Psychological Research, 2009;06

Zimmerman BJ, Schunk DH. Handbook of self-regulation of learning and performance. (2011). New York: Routledge.

Zlomke KR, Hahn KS. Cognitive emotion regulation strategies: gender differences and associations to worry. Personality and Individual Differences, 2010; 48: 408-441

8. EKLER

EK-1

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Cinsiyet Erkek () Kadın ()	Yaş.....
Size göre ailenizin gelir düzeyi nasıl? a) Yetersiz () b) Orta düzeyde () c) İyi ()	
Aile tipiniz nasıl? a) Geniş aile () b) Çekirdek aile () c) Tek ebeveyn ()	
Yaşadığınız (ailenizle birlikte) yer? a) Köy () b) Kasaba () c) İlçe () d) Büyükşehir ()	
Annenizin eğitim durumu nedir? a) Okur-yazar değil () b) İlkokul () c) ortaokul () d) lise () e) üniversite ()	
Babanızın eğitim durumu nedir? a) Okur-yazar değil () b) İlkokul () c) ortaokul () d) lise () e) üniversite ()	
Hangi lise mezunusunuz? a) Anadolu Lisesi b) Sağlık Meslek Lisesi c) Düz Lise d) Meslek Lisesi e) Fen lisesi d) Diğer	
Akademik başarı açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Başarılı () b) Orta düzey () c) Başarısız ()	
Pediatri dersindeki başarılarınızı nasıl değerlendiriyorsunuz? a) Düşük () b) Orta () c) Yüksek ()	
Pediatri dersini kaçınıcı kez alıyorsunuz? a) ilk kez () b) ikinci () c) üçüncü ()	
Şuandaki genel not ortalamanız	

BİLİŞÖTESİ FARKINDALIK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Lütfen aşağıdaki sorulara ne derecede katıldığınızı her bir sorudan sonra verilmiş kutulara size uygun skala numarasını işaretleyerek belirtiniz. Sorulara cevap verirken aşağıda görülen 5 numaralı skalayı kullanınız. Skaladaki daha yüksek numara soruya daha fazla katılma durumunu göstermektedir.

1-----2-----3-----4-----5

Hiç katılmıyorum

Kesinlikle katılıyorum

1	Amaçlarımı ulaşıp ulaşamadığımı düzenli olarak kontrol ederim.	1	2	3	4	5
2	Bir problemi cevaplamadan önce birkaç alternatif düşünürüm.	1	2	3	4	5
3	Gerekirse önceden kullandığım stratejileri tekrar denerim.	1	2	3	4	5
4	Zamanın yeterli olması için öğrenme sırasında kendimi hızlandırırım.	1	2	3	4	5
5	Zihinsel anlamda güçlü ve zayıf yönlerimin farkındayım.	1	2	3	4	5
6	Bir göreve başlamadan önce onu öğrenmem için nelere ihtiyacım olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
7	Bir sınavdan çıkınca alacağım notu tahmin edebilirim.	1	2	3	4	5
8	Bir öğrenme görevine başlamadan önce özel amaçlar belirlerim.	1	2	3	4	5
9	Önemli bir bilgiyle karşılaştığımda çalışma tempomu yavaşlatarak o bilgiye odaklanırım.	1	2	3	4	5
10	Bir şeyi öğrenebilmek için ne tür bilgilerin önemli olduğunu anlayabilirim.	1	2	3	4	5
11	Bir problemi çözerken tüm alternatifleri dikkate alıp almadığımı kendime sorarım.	1	2	3	4	5
12	Bilgiyi organize etmede iyiyimdir.	1	2	3	4	5
13	Önemli bilgilere dikkatli biçimde odaklanırım.	1	2	3	4	5
14	Kullandığım her öğrenme stratejisini için özel bir amacım vardır.	1	2	3	4	5
15	Konuyla ilgili önceden bir şeyler bildiğim zaman daha iyi öğrenirim.	1	2	3	4	5
16	Öğretmenimin benden neyi öğrenmemi beklediğini bilirim.	1	2	3	4	5
17	Bilgileri hatırlamada iyiyimdir.	1	2	3	4	5
18	Duruma bağlı olarak farklı öğrenme stratejileri kullanırım.	1	2	3	4	5
19	Bir işi bitirdikten sonra daha kolay bir yolu olup olmadığını kendime sorarım.	1	2	3	4	5
20	Ne kadar iyi öğrendiğimi kontrol edebilirim.	1	2	3	4	5
21	Önemli ilişkileri anlayabilmek için yaptığım işleri düzenli olarak gözden geçiririm.	1	2	3	4	5
22	Çalışmaya başlamadan önce öğreneceğim materyal hakkında kendime sorular sorarım.	1	2	3	4	5
23	Bir problemi çözmek için farklı yollar düşünür ve bunlardan en iyisini seçerim.	1	2	3	4	5
24	Çalışmamı tamamladıktan sonra öğrendiklerimi özetlerim.	1	2	3	4	5
25	Bir şeyi anlamadığım zaman diğerlerinden yardım isterim.	1	2	3	4	5
26	İhtiyacım olan bilgiyi öğrenmek için kendimi motive edebilirim.	1	2	3	4	5
27	Çalışırken ne tür stratejiler kullandığımı farkında olurum.	1	2	3	4	5
28	Herhangi bir çalışma yaparken yararlı stratejileri araştırırım.	1	2	3	4	5

29	Yetersizliklerimi telafi etmek için zihinsel anlamda güçlü yönlerimi kullanırım.	1	2	3	4	5
30	Yeni bilginin anlam ve önemine odaklanırım.	1	2	3	4	5
31	Bilgiyi daha anlamlı hale getirmek için örnekler oluştururum.	1	2	3	4	5
32	Bir şeyi ne kadar anlayabildiğim hakkında iyi karar veririm.	1	2	3	4	5
33	Kendimi yararlı stratejileri otomatik olarak kullanırken bulurum.	1	2	3	4	5
34	Çalışma sırasında anlayıp anlamadığımı kontrol etmek için düzenli olarak ara veririm.	1	2	3	4	5
35	Hangi stratejilerin daha yararlı olacağını bilirim.	1	2	3	4	5
36	Çalışmalarımı tamamlamadan önce amaçlarıma daha başarılı biçimde nasıl ulaşabileceğimi kendi kendime sorarım.	1	2	3	4	5
37	Öğrenmemi kolaylaştırması için resim veya diyagramlar çizerim.	1	2	3	4	5
38	Bir problemi çözdükten sonra bütün seçenekleri gözden geçirip geçirmedığımı kendime sorarım.	1	2	3	4	5
39	Yeni bilgileri anlayabileceğim şekle dönüştürmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
40	Bilgiyi kavrayamadığım durumlarda kullandığım stratejileri değiştiririm.	1	2	3	4	5
41	Öğrenmeme yardımcı olması için metni bütün halinde ele alırım.	1	2	3	4	5
42	Bir göreve başlamadan önce talimatları dikkatlice okurum.	1	2	3	4	5
43	Okuduğum şeylerin önceden bildiklerimle ilgili olup olmadığını kendime sorarım.	1	2	3	4	5
44	Kafam karıştığında varsayımlarımı tekrar değerlendiririm.	1	2	3	4	5
45	Amaçlarıma en başarılı biçimde ulaşmak için zamanımı organize ederim.	1	2	3	4	5
46	İlgi duyduğum konuları daha iyi öğrenirim.	1	2	3	4	5
47	Ders çalışırken yapacağım çalışmaları küçük adımlara ayırırım.	1	2	3	4	5
48	Özel anlamlardan daha çok genel anlamlara odaklanırım.	1	2	3	4	5
49	Yeni bir şey öğrenirken nasıl daha iyi öğrenebileceğime ilişkin kendime sorular sorarım.	1	2	3	4	5
50	Çalışmamı tamamladıktan sonra olabildiğince iyi öğrenip öğrenmediğimi sorgularım.	1	2	3	4	5
51	Eğer yeni bilgiyi anlayamazsam çalışmayı bırakıp başa dönerim.	1	2	3	4	5
52	Kafam karıştığında başa dönerek tekrar okurum.	1	2	3	4	5

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ (BDDÖ)

Hemen hepimizin yaşamında hoş olmayan kötü şeyler olabilmekte ve bu olaylara verdiğimiz tepkiler de birbirinden farklı olabilmektedir. Aşağıdaki cümlelerde başımıza gelmiş olan olumsuz ya da nahoş olaylar karşısında genellikle ne düşündüğünüz sorulmaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra sizin durumunuza en uygun seçeneği işaretleyerek yanıt vermeniz istenmektedir.

OLAYLARLA NASIL BAŞA ÇIKARSINIZ?	Hemen Hemen Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Hemen Hemen Her Zaman
Herkes zaman zaman tatlı acı olaylarla karşılaşmakta ve kendine özgü tepkiler vermektedir. Aşağıdaki sorular, <u>olumsuz durumlarla</u> karşılaştığınızda genelde neler düşündüğünüzü belirlemeyi amaçlamaktadır.					
1. Genelde kendimi suçlu hissederim.	1	2	3	4	5
2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
3. Yaşadıklarım hakkında neler hissettiğimi sık sık düşünürüm.	1	2	3	4	5
4. Yaşadıklarımı düşünmekten ziyade daha iyi şeyler düşünmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5
5. Elimden gelenin en iyisinin ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
6. İçinde bulunduğum durumdan bir şeyler öğrenebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
7. Herşey daha da kötü olabilirdi diye düşünürüm.	1	2	3	4	5
8. Yaşadıklarımın, diğerlerinin yaşadıklarından çok daha kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
9. Olaylarda diğerlerinin suçlu olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
10. Olaylardan sorumlu olan kişinin ben olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
11. Durumu (olanları) kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
12. Yaşadıklarım hakkında ne düşündüğüme ve ne hissettiğime takılırım.	1	2	3	4	5
13. Yaşadığım olumlu olaylarla ilgili yapacak bir şeyimin olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
14. Durumla en iyi şekilde nasıl başa çıkabileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
15. Olaylardan sonra daha güçlü bir kişi haline geldiğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
16. Diğerlerinin daha kötü olaylarla karşılaştıklarını düşünürüm.	1	2	3	4	5
17. Sürekli olarak, yaşadıklarımın ne denli kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
18. Olanlardan diğerlerinin sorumlu olduğunu hissederim.	1	2	3	4	5
19. Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
20. Olayla ilgili olarak birşeyleri değiştiremeyeceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
21. Yaşadıklarımın dolaylı hissettiklerimin sebebini anlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5

22. Olanlardan ziyade iyi şeyler düşünmeyi yeğlerim.	1	2	3	4	5
23. Durumu nasıl değiştirebileceğimi düşünürüm.	1	2	3	4	5
24. Kötü olayların iyi yönlerinin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
25. Son yaşadığımın, diğer yaşadıklarım kadar kötü olmadığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
26. Başıma gelenlerin, bir kişinin başına gelebilecek en kötü şeyler olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
27. Bu sorunda, diğerlerinin yaptıkları hataları düşünürüm.	1	2	3	4	5
28. Asıl sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5
29. Olumsuz durumlarla yaşamayı öğrenmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
30. Olayın bende uyandırdığı hisleri derinlemesine irdelerim.	1	2	3	4	5
31. Yaşadığım güzel olayları düşünürüm.	1	2	3	4	5
32. Yapabileceğim en iyi planın ne olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
33. Sorunun olumlu yanlarını bulmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
34. Hayatta daha kötü şeylerin de olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
35. Devamlı olarak, sorunun ne denli kötü olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
36. Sebebin, temelde diğerlerinden kaynaklandığını düşünürüm.	1	2	3	4	5



EK-4

PAGANA KLİNİK STRES ANKETİ (PKSA)

Bir klinik uygulamada hemşirelik öğrencileri aşağıda listelenmiş duyguları deneyimleyebilir. BUGÜN yaşadığınız klinik deneyiminizi düşününüz ve aşağıdaki duygulardan hangisini deneyimlediğinizi belirtiniz.

Lütfen her bir duygu için aşağıda verilen seçeneklerden birini işaretleyiniz.

	HİÇ	BİRAZ	ORTA	FAZLA	ÇOK FAZLA
1. Üzüldüm	0	1	2	3	4
2. Uyarıldım	0	1	2	3	4
3. Öfkələndim	0	1	2	3	4
4. Neşələndim	0	1	2	3	4
5. Hüzünləndim	0	1	2	3	4
6. Umitləndim	0	1	2	3	4
7. Endişələndim	0	1	2	3	4
8. Hoşlandıım	0	1	2	3	4
9. Bunaldım	0	1	2	3	4
10. Hevesləndim	0	1	2	3	4
11. Suçluluk hissettim	0	1	2	3	4
12. Duygulandım	0	1	2	3	4
13. İğrendim/tıksındım	0	1	2	3	4
14. Heyecanlandıım	0	1	2	3	4
15. Gözüüm korktu/sındım	0	1	2	3	4
16. Rahatladım	0	1	2	3	4
17. Hayal kırıklığına uğradım	0	1	2	3	4
18. Mutlu oldum	0	1	2	3	4
19. Korktum	0	1	2	3	4
20. Güvəndim	0	1	2	3	4

EK-5 BİLİŞÖTESİ FARKINDALIK ENVANTERİ İZİN BELGESİ

KÜBRA SONAT <sonatkubra@gmail.com>

19 Ara (4 gün önce) ☆



Alıcı: aakin, bcc: rabaci, bcc: bcecin

Sayın Hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Murat Bektaş danışmanlığında tez çalışması yapmaktayım.

Gerekli araştırmayı yapabilmek için 'Bilişötesi Farkındalık Envanteri' nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması' ndaki ölçeğinizi kullanabilmek için izin almak istiyorum.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkürler.

Saygılarımla

Ahmet Akın

20 Ara (3 gün önce) ☆



Alıcı: bana

Prof. Dr. Ahmet Akın
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Eğitim Bilimleri Fakültesi
Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilimdalı

19 Ara 2017 20:19 tarihinde "KÜBRA SONAT" <sonatkubra@gmail.com> yazdı:

EK-6 BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ İZİN BELGESİ

Sayın Hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Murat Bektaş danışmanlığında tez çalışması yapmaktayım.

Gerekli araştırmayı yapabilmek için 'BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMALARI' makalenizdeki Bilişsel Duygu Düzenleme ölçeğinizi kullanabilmek için izin almak istiyorum.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkürler.

Saygılarımla

...



oza onat

12:01 (17 dakika önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Ölçek ektedir. İyi çalışmalar.

Oza Onat Kocabıyık

Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi
Eğitim Bilimleri Bölümü
Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı
Kosova Yerleşkesi, 22030 EDİRNE
Tel: 0(284) 212 0808 Dahili:1300

...

EK-7 PAGANA KLİNİK STRES ANKETİ İZİN BELGESİ

KÜBRA SONAT <sonatkubra@gmail.com>

20 Ara (3 gün önce) ☆



Alıcı: msendir ▾

Sayın Prof. Dr. Merdiye Şendir Hocam,

Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği anabilim dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Doç. Dr. Murat Bektaş danışmanlığında tez çalışması yapmaktayım.

Gerekli çalışmayı yapabilmek için 'Klinik stres anketinin türkçe formunun geçerlilik güvenirliği' makalenizdeki Pagana Klinik Stres Anketinizi kullanabilmek için izin almak istiyorum.

Yardımlarınız için şimdiden teşekkürler.

Saygılarımla

Prof.Dr.Merdiye Şendir

20 Ara (3 gün önce) ☆



Alıcı: bana ▾

Merhaba Kübra,

Ekte anketi ve kullanımı ile ilgili bilgileri bulabilirsiniz.. Çalışmalarınızda kolaylıklar ve başarılar dileklerimle...

Prof.Dr.Merdiye Şendir

20 Aralık 2017 12:34 tarihinde KÜBRA SONAT <sonatkubra@gmail.com> yazdı:

...

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırma pediatri dersi alan hemşirelik öğrencilerinin pediatrik klinik stres ve akademik başarılarını, bilişötesi farkındalık ile duygu düzenleme değişkenleri açısından incelemeyi amaçlamıştır. Bu çalışmaya katılmayı reddetme ya da araştırma başladıktan sonra devam etmeme hakkına sahiptir. Bu çalışmada yer aldığımız süre içerisinde kayıtlarınızın yanı sıra ilişkili kayıtlarınız kesinlikle gizli kalacaktır. Bununla birlikte kayıtlarınız kurumun yerel etik kurul komitesine ve Hemşirelik Fakültesi Dekanlığına açık olacaktır. Bilgiler yalnızca araştırma amacıyla toplanacak ve işlenecektir.

Eksiksiz, içtenlikle puanlamanızı rica ediyorum. Katkılarınız için teşekkür ederim!

Yukarıdaki bilgileri okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Öğrencinin;

Adı-Soyadı :

Tarih :

İmzası :

Sorumlu araştırmacının ;

Adı- soyadı: Doç. Dr. Murat BEKTAŞ

Tarih:

İmzası

Sorumlu araştırmacının;

Adı- soyadı: Kübra Sonat

Tarih:

İmzası:

EK- 9 Kurum İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 19396244-302-01-06 - **97**
KONU : Araştırma İzni

18./01/2018

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 09/01/2018 tarih ve 24403912/82 sayılı yazınız.

Anabilim dalınızda yüksek lisans öğrencisi olan Kübra SONAT'ın sorumlu araştırmacı olduğu "**Pediatric Hemşireliği Dersi Alan Öğrencilerinin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarıya Etkisi**" adlı yüksek lisans tez çalışmasının Fakültemiz 3.sınıf öğrencileri ile gerçekleştirilmesi talebiniz "Fakültemiz Öğrenci ve Çalışanlar ile Yapılacak Olan Araştırmaları İnceleme Komisyonunca" incelenmiş olup, araştırmanın eğitim-öğretim faaliyetlerini aksatmamak, etik kurul izni almak ve dekanlığımıza teslim etmek, araştırma verilerinin araştırmacılar tarafından toplanması koşuluyla Fakültemiz Yönetimi ile işbirliği yapılarak gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

EK-10 Etik Kurul Belgesi

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı : 210

01.03.2018

Sayın Doç.Dr.Murat BEKTAŞ,

Kurulumuz tarafından 01.03.2018 tarih ve 3831-GOA protokol numaralı 2018/06-13 karar numarası ile görüşülen **“Pediatri Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3831-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐	
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pediatri Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Murat BEKTAŞ Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2018/06-13	Tarih:01.03.2018
	Doç.Dr.Murat BEKTAŞ'ın sorumlusu olduğu "Pediatri Hemşireliği Dersini Alan Öğrencilerin Bilişötesi Farkındalık ile Bilişsel Duygu Düzenleme Durumunun Pediatrik Klinik Stres ve Akademik Başarı Düzeylerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Banu
Prof.Dr.Gül ERGÖR (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Gül Ergör
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	N.Ş.
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Ayşe
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Müge
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	S.Özkardeşler
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	S.Kızıldağ
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Aylin
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☒	H ☐	Katılmadı
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Ahmet Can
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	Erhan

Doç.Dr.Murat BEKTAŞ çalışmada sorumlu araştırmacı olduğu için çalışma görüşülürken toplantıda bulunmamıştır.



KÜBRA SONAT

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	14558438772
Doğum Tarihi	22/04/1993
İletişim Adresi	1996 SOK. NO:2 DAİRE:6 GÜNEŞ APT. BUCA İZMİR
Telefon	(232) 420 98 29 (531) 778 15 74
E-posta	sonatkubra@gmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

01 Eylül 2015 - Şu Anda (2 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
(YL) (TEZLİ)
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.73 / 4.0

17 Haziran 2011 - 17 Haziran 2015 (4 yıl 1 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğrenim, ŞİFA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Diploma Numarası: 27683639/115
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 3.43 / 4.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Şubat 2016 - 01 Ocak 2017 (1 yıl) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

01 Eylül 2015 - 01 Ocak 2016 (5 ay) (Tam Zamanlı)
ARGE PERSONEL, ŞİFA ÜNİVERSİTESİ/SÜREKLİ EĞİTİM UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA MERKEZİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

ALMANCA (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Makaleler

K. SONAT, K. SONAT & K. SONAT, Predictive value of platelet-to-lymphocyte ratio in exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, Biomarkers in Medicine, 2016, 1752-0363, 10, 7, 701-10.

Ödüller

Üniversite, Kurum veya Kuruluşların Verdiği Ödüller, Uluslararası, Johns Hopkins University Yaz Stajı Bursu, 3 Aylık Yaz Stajı Bursu, Ödül Alınan Kurum: JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, ABD, 25 Haziran 2014.

Üniversite, Kurum veya Kuruluşların Verdiği Ödüller, Ulusal, Tübitak Projesi Bağan Bursu, 2209-a Yurtiçi Araştırma Projeleri Destek Bursu, Ödül Alınan Kurum: ŞİFA ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE, 15 Mayıs 2014.

Üniversite, Kurum veya Kuruluşların Verdiği Ödüller, Ulusal, Erasmus Programı Bursu, Erasmus, Ödül Alınan Kurum: Üniversite, kurum veya kuruluş (Sistemde kayıtlı olmayan kuruluş), TÜRKİYE, 11 Nisan 2014.

Üniversite, Kurum veya Kuruluşların Verdiği Ödüller, Ulusal, 2209-a Üniversite Öğrencileri Yurtiçi Araştırma Projeleri Destek Programı, Üniversite Öğrencileri Yurtiçi Araştırma Projeleri Destek, Ödül Alınan Kurum: TÜBİTAK BİLİM KURULU, TÜRKİYE, 13 Haziran 2013.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

BİDEB Destekleri

KUBRA SONAT, Araştırma Burs ve Destekleri Müdürlüğü, 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı, Destekleniyor, 2013 - 1.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0