



Aile Hekimliği Eğitimi

AİLE

Hekimliği

Eğitimi

Editörler

Witold Lukas ve Ewa Teslar

Çeviri Editörleri

Zekeriya Aktürk ve Hamit Acemoğlu

Aile Hekimliği Eğitimi

Avrupa Birliği'nin finans desteği ile basılmıştır
Leonardo da Vinci Pilot Project No: PL 02/B/F/PP-140 056:
*Towards Development of the European Network of Postgraduate and Continuing Education of
Family Physicians*

Proje Ortakları:

1. Federation of Polish Medical Organizations Abroad
2. College of Family Physicians in Poland
3. Polish Medical Association in Lithuania
4. Netklinik GmbH
5. Association of French Physicians of Polish Origin
6. Silesian Medical Academy
7. Health and Management Org.

© Telif hakkı Leonardo da Vinci Proje ortaklarına aittir
No: PL 02/B/F/PP-140 056. Bu yayının herhangi bir bölümü proje yürücüsü Polonya Aile Hekimleri
Koleji'nin yazılı izni olmadan herhangi bir şekilde kopyalanamaz, yayınlanamaz veya ticarete konu
yapılamaz.

Editörler: Witold Lukas, Ewa Teslar

Gözden Geçirenler: Józef Kocemba, Rafał Niżankowski

Çevirenler: Henryk Zwolski, Włodzimierz Warmiński

Son Okuma: Barbara Turnau

Kapak Tasarımı ve Dizgi: ZINEL

Baskı: TECHNET

İngilizce Baskı ISBN: 83-922120-3-7

Yayımcı:

Zdrowie i Zarządzanie
ul. Sarego 16/3
PL 31-047 Kraków
Tel: (48) 12 429 50 15
Faks: (48) 12 431 21 44

Kraków 2005

Türkçe Çeviri Editörleri: Zekeriya Aktürk, Hamit Acemoğlu

Türkçe'ye Çevirenler:

1. Fatih Akçay,
2. Hamit Acemoğlu,
3. Memet Işık,
4. Musa Dündükçü
5. Seçkin Özkanlar,
6. Turan Set,
7. Ü. Zeynep Avşar,
8. Ümit Avşar,
9. Yasemin Çayır,
10. Zekeriya Aktürk,
11. Zeliha Cansever

© Bu kitabın Türkçe Çeviri hakları The College of Family Physicians in Poland kuruluşundan alınmıştır. Her türlü yayın hakkı Ortadoğu Reklam Tanıtım Yayıncılık Turizm Eğitim İnşaat Sanayi ve Ticaret A.Ş.'ye aittir.

Dizgi ve Baskı: ANADOLU Ofset, İstanbul Tel: 90 532 5498961

Türkçe Baskı ISBN: 978-975-00631-2-1

Yayımcı:

Aile Hekimliği Okulu Derneği

Cumhuriyet Cad. Kızılay İş Merkezi

Zemin Kat No:4

25240 Yakutiye Erzurum

Tel: +90 442 2312519

Faks: +90 442 2360968

e-posta: zekeriya.akturk@gmail.com

Erzurum 2013

YAZARLAR

Justin Allen

M.D., Ph.D., Director of Postgraduate General Practice Education, LNR Deanery, Leicester, Secretary of Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice the UK Competent Authority for General Practice, Leicester, United Kingdom

Jean Brami

M.D., Professor at the Department of Family Medicine, Medical Faculty, Paris V University, France

Bogusława Franek

M.Sc., Psychologist, lecturer at the Department of Family Medicine, Silesian Medical Academy, Zabrze, Poland

Maciej Godycki-Cwirko

M.D., Ph.D., Head of the Department of Family Medicine, Faculty of Postgraduate Training of the Medical University in Lodz, Vice-president of the College of Family Physicians in Poland

Jan Heyrman

M.D., Professor at the Department of General Practice, Faculty of Medicine, Catholic University of Leuven, Belgium

Arthur Hibble

M.D., Ph.D., Director of Postgraduate General Practice Education, Eastern Deanery PGMDE, Cambridge, United Kingdom

Rade Iljaž

M.D., Assistant at the Department of Family Medicine, Medical Faculty, University of Ljubljana, Slovenia

Jacek Klich

Ph.D., Economist, senior lecturer at the Department of Health Policy and Management, Institute of Public Health at the Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

Nena Kopčavar Guček

M.D., Assistant at the Department of Family Medicine, Medical Faculty, University of Ljubljana, Slovenia

Zbigniew J. Król

M.D., Ph.D., Senior lecturer at the Department of Health Policy and Management, Institute of Public Health at the Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland

Witold Lukas

M.D., Professor and Head of the Department of Family Medicine, Silesian Medical Academy, National Consultant in Family Medicine, Zabrze, Poland

Aleksandra Oleksiak

M.Sc., Psychologist, lecturer at the Department of Family Medicine, Silesian Medical Academy, Zabrze, Poland

Aly Rashid

M.D., Professor of Primary Care, Deputy-Director of Postgraduate General Practice Education, LNR Deanery, De Montfort University, Leicester, United Kingdom

Ewa Teslar

M.D., Ph.D., Lecturer at the Department of Family Medicine, Medical Faculty, Paris V University, France

Tomasz Tomasiak

M.D., Ph.D., Senior lecturer at the Department of Family Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland, Board member of the College of Family Physicians in Poland

Igor Šwab

M.D., Professor and Head of the Department of Family Medicine at the University of Ljubljana, Slovenia, President of WONCA Europe

Carl Whitehouse

M.D., Retired Professor of Family Medicine at the University of Manchester, United Kingdom

Adam Windak

M.D., Ph.D., Head of the Department of Family Medicine, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland, President of the College of Family Physicians in Poland

Egle Žebiene

M.D., Ph.D., Lecturer at the Centre for General Practitioners, University of Vilnius, Lithuania, President of the European Academy of Teachers in General Practice (EURACT)

TÜRKÇE BASKI İÇİN ÖNSÖZ

Dünya Sağlık Örgütü'nün daha 1978 yılında sağlık hizmet sistemlerinde birinci basamak hekimliğinin merkezi bir role sahip olması gerektiğini belirtmesi ve bu önemli rolün kendine has özellikleri ve farklı modelleri içermesi nedeniyle uzmanlaşmış hekimler tarafından yapılması gerektiğinin anlaşılmasıyla aile hekimliği uzmanlık eğitimi önem kazanmıştır. Bugün gelinen noktada aile hekimliği alanında verilecek hizmetlerinin bu alanda uzmanlık eğitimi almış hekimler tarafından verilmesi hususunda şüphe yoktur. Gündem, bu eğitimin en iyi nasıl verilebileceğidir.

Türkiye'de 1985 yılından beri aile hekimliği uzmanlık eğitimi verilmektedir. 50 civarında tıp fakültesi anabilim dalı ve 10 civarında Sağlık Bakanlığı eğitim hastanesindeki çok sayıda eğitici aile hekimliği uzmanlık eğitimlerini koordine etmekte ve sunmaktadır. Diğer taraftan saha eğitimcilerinin de katkılarıyla geçiş dönemi birinci aşama eğitimleri tamamlanmış ve ihtiyaç oldukça da devam etmektedir.

Avrupa Birliği'nin hekimlik uygulamaları için mezuniyet sonrası en az 2 yıllık uzmanlık eğitimini şart koşması ve TC Sağlık Bakanlığı'nın da uzmanlık eğitimi olmaksızın hekim alımı son tarihi olarak 2017 yılını deklare etmiş olması¹ aile hekimliği uzmanlık eğitimini daha da önemli kılmaktadır.

Türkiye 2011 yılı itibarıyla yaklaşık 75 milyon nüfusa sahip bir ülkedir. Avrupa ortalaması olan aile hekimi başına 2500 civarında nüfus dizebilmesi için mevcut 23 bin civarındaki aile hekimi sayısının 40 bin olması gerekmektedir. Bu da 2017 yılında uygulamada görev alması gereken yeni hekim sayısı yaklaşık 1800 olması anlamına gelmektedir².

Yukarıdaki bilgiler çerçevesinden bakıldığında "Aile Hekimliği Eğitimi" kitabının önemli bir ihtiyacı karşılama beklentimizdir. Teorik bilginin yanında pratik uygulama örneklerine de yeterince yer verilmiş olan bu kitabın aile hekimliği eğitici ve öğrencileri için faydalı olmasını umuyoruz. Emeği geçenlere teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk – Doç. Dr. Hamit Acemoğlu

Ocak 2013, Erzurum

Çeviri editörlerinin notu: Bu çeviride "General Practice/Family Medicine" terimi "Aile Hekimliği" olarak "Family Medicine Trainee" terimi "öğrenci" veya "asistan" olarak çevrilmiştir.

¹ http://www.giresuntabip.org.tr/syf/haberleri_goster.aspx?haber_ID=63

² Gürel FS. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi 2025 Projeksiyonu. Sağlıkta Nabız Dergisi. 2010;7(26):54-5.

İÇİNDEKİLER

Giriş	9
Witold Lukas, Ewa Teslar <i>Çeviri: Zekeriya Aktürk</i>	
BÖLÜM 1: AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE ÖĞRENME VE ÖĞRENME STİLLERİ	11
Arthur Hibble <i>Çeviri: Zekeriya Aktürk</i>	
BÖLÜM 2: UYGULAMALI EĞİTİMDE ERİŞKİN EĞİTİMİ TEORİSİ UNSURLARI. BİLGİ YETENEK VE DAVRANIŞ OLUŞUMU	23
Justin Allen, Aly Rashid <i>Çeviri: Hamit Acemoğlu, Musa Dūdükü</i>	
BÖLÜM 3: AİLE HEKİMLİĞİNDE ÖĞRENİM HEDEFLERİ	51
Justin Allen, Jan Heyrman <i>Çeviri: Turan Set</i>	
BÖLÜM 4: EĞİTİM AKTİVİTELERİ İÇİN MUAYENEHANE ORGANİZASYONU	55
Egte Zebiene <i>Çeviri: Hamit Acemoğlu</i>	
BÖLÜM 5: ÖĞRENCİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ MUAYENEHANESİ İLE TANIŞTIRILMASI	73
Zbigniew J. Król, Tomasz Tomasik, Ewa Teslar <i>Çeviri: Memet Işık</i>	
BÖLÜM 6: HASTA İLE İLETİŞİMİN TEMEL UNSURLARI: UZUN SÜRELİ İLİŞKİLERİN ÖĞRETİLMESİ	91
Witold Lukas, Ewa Teslar, Jean Brami, Aleksandra Oleksiak, Boguslawa Franek <i>Çeviri: Zeliha Cansever, Ü. Zeynep Avşar</i>	
BÖLÜM 7: AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK BECERİLERİN ÖĞRETİLMESİ	121
Igor Šwab, Rade Iljaž, Nena Kopčavar Guček <i>Çeviri: Zeliha Cansever, Yasemin Çayır</i>	
BÖLÜM 8: MUAYENEHANE YÖNETİCİLİĞİ EĞİTİMİ	145
Jacek Klich <i>Çeviri: Ümit Avşar</i>	
BÖLÜM 9: PROJE VE YAYIN GELİŞTİRME	161
Adam Windak, Witold Lukas <i>Çeviri: Seçkin Özkanlar, Fatih Akçay</i>	
BÖLÜM 10: EĞİTİM SÜRECİNİN İZLENMESİ VE EĞİTİLENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	175
Carl Whitehouse, Maciej Godycki-Cwirko <i>Çeviri: Ü. Zeynep Avşar</i>	
EKLER	201
<i>Çeviri: Zekeriya Aktürk</i>	

GİRİŞ

Çeviri: Zekeriya Aktürk

Herkese her şeyi öğretemem

Sadece düşüncelerini sağlayabilirim

(Sokrat)

Klinik beceri eğitimi büyük oranda kurumsal ve akademik eğitimcilere dayanan parlak bir tarihe sahiptir. Genç doktorların eğitilmesi, hepsi önemli tecrübeleri olan ve aynı zamanda günlük tıp uygulamalarının içinde olan, sıklıkla da çok spesifik bir araştırma merkezindeki hastaların sorunlarıyla ilgilenen, çok sayıda tıp otoritesi ve eğitime bağlıdır. Bununla birlikte, bir tıp öğrencisinin hastalıkla mücadele eden kişilerin problemlerini ve yaşadıklarını daha geniş planda anlama ihtimali düşüktür. Genç doktor, çoğu kez usta hekimin çeşitli şekillerde muayene ettiği bir hastanın önünde "sıraya girmiş" çok sayıda intörn veya asistandan biridir. Bu durumlar bir aile hekiminin yaşadıklarından oldukça farklıdır!

Hekimin muayenehanesinde ise öğrenci nispeten daha konforlu bir ortamda tek bir hastayla iletişime geçmektedir. Öğrenci hastayla açık açık konuşabilmekte ve neredeyse tüm problemleriyle ilgili içgörü kazanabilmektedir. Bu ortam öğrencide çabuk kararlar verme ve bu kararların sorumluluğunu alma ihtiyacı oluşturur. Başka bir avantaj da asistanın birçok işlemi kendisinin yapma fırsatının olmasıdır.

İngilizce konuşan ülkelerde aile hekimlerinin eğitimleriyle ilgili çok sayıda el kitabı yayınlanmıştır. Aile hekimlerinin eğitimine yeni yeni ilgi duyan ülkelerde de bu yönde bir görüş oluşmaktadır. Bazen bu ülkelerdeki sağlık sistemlerinde radikal değişiklikler yapmak mümkün olmamış olabilir. Bu ülkeler de eğitim eğilimlerini güncel imkanlara göre ayarlamaya başlamışlardır. Bu kitap, İngiltere'den Hollanda, Fransa, Polonya, Slovenya ve Litvanya'ya kadar çeşitli Avrupa ülkelerinden eğitimcilerin aile hekimliği ile ilgili tecrübelerini içermektedir. Bu nedenle bu kitap öncelikle sağlık sistemlerini aile hekimliği müessesesi etrafında yapılandırmak isteyen ülkelerin ihtiyacını karşılamayı hedeflemektedir. İkincil olarak ise aile hekimi ofisi dahil olmak üzere hastane dışı ortamlarda verilen eğitimlerde karşılaşılan önemli sorunlara çözüm sunmak amaçlanmıştır.

Bu kitabın amacı, eğitim veren ve birçok profesyonel baskıyı karşılamak zorunda olan hekimlere kullanabilecekleri araçlar sunmaktır. Genel tıp, psikoloji, pedagoji, yönetim gibi birçok alandan bilgileri entegre ettiğinden interdisipliner bir özellikte olduğu söylenebilir. Teorik olan içeriklerin anlaşılmasını kolaylaştırmak için gerektiğinde gerçek örnekler de verilmiştir. Sonuç olarak bu kitap, aile hekimliği muayenehanesinde etkin bir eğitim verebilme yollarını tartışan bir dokümandır. Yazarlar daha önce yapılan odak araştırmalara dayanarak bir aile hekiminin eğitimcilik yapabilmesi için en kullanışlı olacak konuları seçmişlerdir. Kitabın tüm konuları ayrıntılı bir şekilde irdelemek yerine sınırlı bir bilgi sunumuyla yetinildiği açıktır.

Okuyucu bu kitapta öğrenme ve öğretme stilleri hakkında bilgiler bulacak ve erişkin öğrenme teorileri hakkındaki bilgilerini genişletebilecektir. Kitabın pratik kısmında aile hekiminin ofisinin eğitim verebilme için sahip olması gereken özellikler verilmektedir. Özellikle hasta-hekim ilişkisine ve daha geniş olarak da eğitici-hasta-öğrenen ilişkilerine vurgu yapılmıştır. Okuyucu

ayrıca klinik eğitim yöntemleri, ofis yönetim becerilerinin eğitimi ve aile hekimliği ekibinin yönetimi hakkında da bilgisini artırabilecektir. Başka önemli bir konu da eğitim sürecinin takibiyle ilgili bölümdür. Bundan da öte, tüm öğrenme ve öğretme sürecinin temeli olarak her bir öğrenci için bireysel bir müfredat hazırlanmasının önemine vurgu yapılmıştır. Konuyla ilgilenen eğiticiler bu tür bir müfredatı nasıl hazırlayacakları konusunda kendilerine rehberlik edecek bilgiler bulacaklardır. Aile hekimliği muayenehanesindeki eğitim, aynı zamanda asistanın bilimsel ödevler hazırlaması ve yazmasını da içerir. Sorumluluk sahibi usta bir eğitici muayenehane koşullarında araştırma yapılmasıyla ilgili pratik önerilerde de bulunabilmelidir.

Kitabın birçok bölümünde gerçek yaşam ortamlarına örnekler verilmiştir ve bunların yorumlanması bu kitabın içeriğinin büyük oranda hayata geçirilmesini sağlayacaktır. Bu örnekler ayrıca aile hekimliği muayenehanesinde verilecek olan eğitimin çeşitli yönlerinin derinlemesine analiz edilmesi ve tartışılması için de tetikleyici olmalıdır. Bu kitapta sunulan aile hekimi eğiticilerinin tecrübelerinin aile hekimliğinde yeni stratejilerin geliştirilmesine ve eğitim sürecinin iyileştirilmesine katkıda bulunmasını bekliyoruz.

Witold Lukas, Ewa Teslar

BÖLÜM 1: AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİNDE ÖĞRENME VE ÖĞRENME STİLLERİ

Arthur Hibble

Çeviri: Zekeriya Aktürk

Başarabilirsen diğer insanlardan daha bilge ol, ama bunu onlara söyleme.

(Earl of Chesterfield)

Nefes almak gibi öğrenmek de doğal merak veya hayatta kalma ihtiyacı tarafından ateşlenen doğal bir olaydır. Peki eğer genlerimizde varsa neden eğitimciler ihtiyacı duyarız? Bu bölümde bu felsefi soruya cevap vermeye çalışmayacağız ve konu ilerledikçe okuyucuyu bu konuda düşünmeye teşvik edeceğiz.

Öğrenmenin en vageçilmez ögesi hafızadır. Biz burada burundaki birkaç molekülün nasıl geçmiş yaşam tecrübelerini çağrıştırdığını konuşmayacağız. Bunun yerine bireylerin bilgiyi saklama ve geri çağırma yöntemlerinin, böylece karmaşık ve stresli durumlarda işlev görebilmelerinin yollarını konuşacağız.

Öğrenme teorisi biliminin çoğunluğu yaşamın erken evrelerine odaklanmıştır ve erişkin eğitimi konusu sıklıkla erken dönemdeki yaşam tecrübelerindeki yetersizliklere dayandırılmıştır. Tıpta ise söz konusu olan bireyler çocuklukta öğrenme yeterliliklerinin iyi olduğunu ispatlamış ve tıp fakültesinden mezun olmuş kişilerdir. Profesyonel kişilerin öğrenmesinin farklı bir mekanizmayla olup olmadığı kesin olmamakla birlikte, öğrenme ortamının farklı olduğu kesindir. Bu nedenle öğrenme teorisi literatürü yorumlanırken bu konuya dikkat edilmelidir.

Kişi iç veya dış etkenler sonucunda aile hekimi olma yönündeki öğrenme serüvenini başlatır. Öğretmenleri olarak belirlenmiş kişiler ise birey veya grup olarak onlara eşlik eder. Öğrenenler öğretme stilleri ile dolu öğrenme ortamına kendi stillerini getirirler. Sonuç çatışma mı yoksa işbirliği mi olacaktır?

ÖĞRENME STİLLERİ

Öğrenme süreci bireye odaklandığı anda kişilerin farklı öğrenme yollarının olduğu ortaya çıkmaktadır. Bireysel farklılıklarımızın ortak yönlerimizden oluşan bir tuval üzerine işlenmesi hayatın ilginç bir paradoksudur. Birey olarak özelliklerimizin meslektaşlarımızinkilere benzer yönleri farklılıklarımızdan daha fazladır. Bu durum öğrenme için de geçerlidir: hepimizin farklı bir tarzı olmakla birlikte, davranışlarımız fark edilebilir paternler veya tercihler oluşturmaktadır. Bunları teoriler şeklinde modelleyebilir ve test edebiliriz. Bu teorilerin bazıları kişilik tiplerini incelemeye kadar ileri gitmekle birlikte hepsi de gerçekleşen fenomeni açıklama ve davranışı tahmin etme çabalarından ibarettir.

Bir model ancak sizin işinize yaradığı oranda iyidir. Psikolojik modellerin hepsi birer oyuncak gibi düşünülmelidir; parçalara ayrılır ve yeniden yapılırlar. Zaman ve mekanda sabit bir gerçeğin doğru olarak yapılandırılması şeklinde değildirler. Teorik modelleri üretim kalıbı yerine Lego olarak tanımlamak daha doğru olur.

Mezuniyet sonrası tıp eğitiminde üç model ön plana çıkmaktadır: Kolb'ün öğrenme stilleri, Myers-Briggs kişilik tipleri modeli ve Newble ve Entwistle'in öğrenme yaklaşımları.

KOLB'UN ÖĞRENME STİLLERİ

Kolb bu modeli büyük oranda John Dewey, Kurt Lewin ve James Piaget'in önceki düşüncelerine atıfta bulunarak ve tecrübeye dayalı öğrenme (experiential learning) yöntemine dayanarak geliştirmiştir. Bu model öğrenmeyi birbirini takip eden adımlar şeklinde halkasal bir süreç olarak tarif eder (Şekil 1.1). Öğrencilerin stilleri çemberin kadranslarında tanımlanır ve çemberin dışındaki etiketler bireylerin tercihlerine göre sürece nereden girmek istediklerini gösterir.

Bireylerin kendi tercihlerinin grafiklerini çizebilmeleri için çok sayıda anket veya ölçek vardır. Bütün ölçeklerde olduğu gibi burada da amaç bireyleri etiketlemek değil, içgörü kazanmada yardımcı olmaktır.

Ölçeğin elektronik formuna internette ulaşmak mümkün. Stilleri kısaca şu şekilde özetleyebiliriz:

- **Uyum sağlayıcılar** (accommodators) işe dahil olmak isteyen ve sistemi test etmek isteyen aktif öğrenenlerdir.
- **Ayrıştırıcılar** (divergers) sistemi veya problemi ayrıntılı olarak keşfetmeden önce ayrıntılı bir veri setinden öğrenmeyi tercih ederler.
- **Özümseyenler** (assimilators) gerçekler ve teorik temellerini ararlar, rastgele araştırmaktansa sistematik olarak toplanmış kanıtlarla daha güvende hissederler. Uzmanlara saygı duyarlar.
- **Birleştiriciler** (convergers) öğrenmenin kullanılabilirliğine ve işleriyle ne kadar alakalı olduğuna bakarlar ve aktif olarak dahil olmayı tercih ederler.

Her bireyin öğrenme tercihi yukarıdakilerin karışımından oluşur ama genelde bir stil daha baskındır ve bu stil asistanın halkada tercih ettiği bir yöne ve başlangıç noktasına gitmesine neden olur.

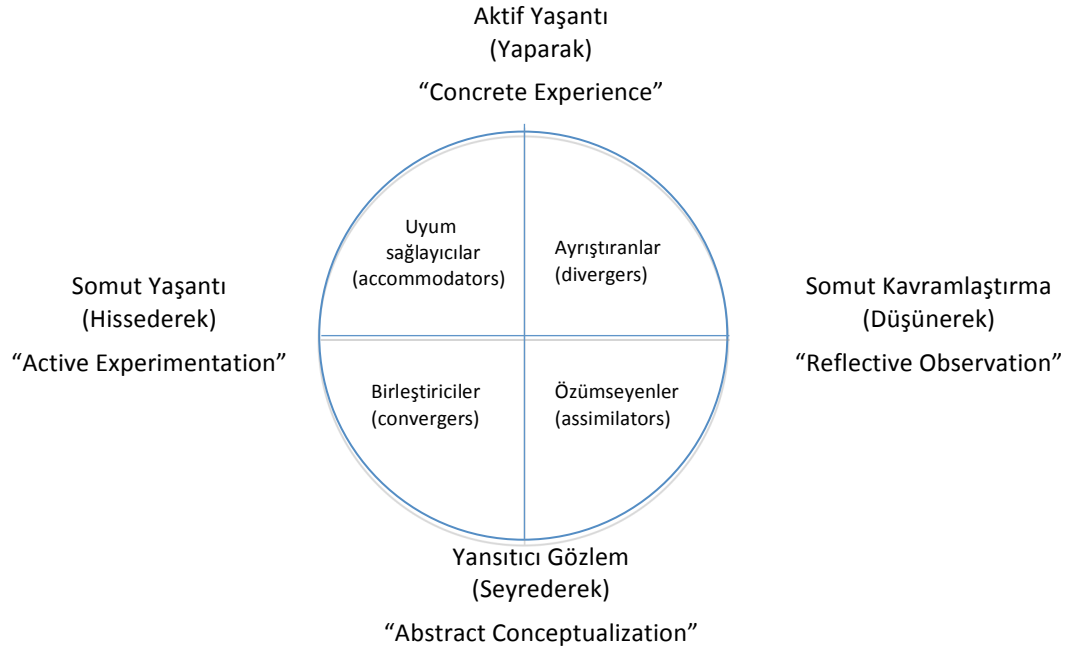
Honey ve Munford, Kolb modelinin bir modifikasyonunu geliştirmişlerdir. Bunun avantajı Polonyaca dahil birçok dile çevrilmiş olması ve uygulamasının kolay olmasıdır. Elektronik ortamda da İngilizce olarak mevcuttur. Öğrenme stilleri Kolb'unkine çok benzerdir ama kullanılan kelimeler öğrencilerin aktif olarak sisteme girmesini sağlamaktadır. Honey ve Munford stilleri şunlardır:

- Bir **aktivist**, hissederek ve yaparak öğrenir. Yeni tecrübeleri sever ve ister.
- Bir **yansıtıcı**, harekete geçmeden önce geri çekilir, durumu gözlemler ve var olan bilginin üzerinde düşünür.
- Bir **teorisyen**, durumun teorik temeliyle ilgili durumları araştırır ve anlamak için açıklamalar arar.
- Bir **pragmatist**, gerçek yaşamda işleyebilmesi için öğrenilen durumu yapılandırmayı planlar.

EĞİTİM YÖNTEMİ ÖNERİSİ

Öğrenme sürecinin daha iyi anlaşılabilmesi için bir grup eğiticinin her iki model için de anketleri doldurmaları istenebilir. Bunu kişiler eğitime gelmeden veya eğitimin hemen öncesinde yapmak uygun olur. Eğer elle yapılacaksa kurs organizatörleri sonuçları nasıl puanlayacaklarını önceden belirlemelidir. Katılımcılardan kendi sonuçlarını puanlamalarını isteyerek bir miktar daha ek öğrenme faydası sağlayabilirsiniz. Kurs yönlendiricileri aynı göreve farklı kişilerin nasıl farklı yaklaştıklarını gözlemleyebilir ve gruba geribildirimde bulunabilir. Böylece bireyselliğin ve farklı stillerin varlığı vurgulanmış olur. Gerekirse anketlerin kurs öncesinde doldurulup eğitim yönlendiricilerine ulaştırılması ve puanlanamsı sağlanabilir. Böylece zaman kazanılmış olur. Her durumda farklı tercih grupları söz konusu olacaktır. Bazı kişilerde bir alan çok baskın olabilirken bazılarında da dört öğrenme stili nispeten eşit dağılacaktır. Puanları göstererek çoğu kişinin belli bir gruba girmediğini vurgulayın ve kişileri baskın öğrenme stillerine göre gruplandırın. Her gruptan kendi stillerinde neyin iyi olduğunu ve hangi sorunlarla karşılaştıklarını belirtmesini isteyin. Gerekliğinde referans olarak kullanabilmeleri için gruplara öğrenme stillerini açıklayan notlar verin.

Gruplardan tartışma sonuçlarını büyük grupla paylaşmaları istenir. Her gruba kağıt tahtalar (flip chart) ve kalem verilir ama sunumu nasıl yapacaklarıyla ilgili başkaca bir şey söylenmez. Gruplardaki kişi sayılarına göre 15-20 dakika süre verin. Kurs yönlendiricileri tüm grupları takip etmeli ve süreci gözlemlemelidir. Daha sonra her gruptan kendi öğrenme stillerini büyük grupla paylaşmaları istenir. Grupların hangi sırayla sunum yapacaklarına -eğitimde kullanılabilecek noktalar bulabilmek amacıyla- eğitim yönlendiricileri karar vermelidir. Yansıtıcılarla başlamak ve aktivistleri sona bırakmak ilginç grup dinamikleri oluşturabilir. Bu yöntem öğrenme setinde de kullanılabilir, böylece gruptaki bireysel ihtiyaçların anlaşılmasına yardımcı olunabilir.



Şekil 1.1. Kolb'ün öğrenme stilleri

Lewis ve Bolden'in, Honey ve Munford'un yöntemini kullanarak çeşitli öğrenme stillerinin dağılımını karşılaştırdıkları araştırmalarında eğitici olmayan aile hekimleriyle karşılaştırdığında eğitici aile hekimleri ve hastane eğiticilerinin teorisyen stillerinde çok daha fazla puan alırken yansıtıcı ve pragmatist stillerinde daha düşük puan aldıkları bulunmuştur. Aktivist stilinin puanlamasında fark olmadığı saptanmıştır. Yazarın bu ölçeği kullandığı 15 yıllık süredeki yayınlanmamış gözlemleri de bu bulguları desteklemektedir.

MYERS-BRIGGS GÖSTERGESİ

Bu gösterge kişilik tiplerini dört boyuta göre ayırmakta ve sonuçta 16 tipten oluşan bir matris vermektedir. Jungian kişilik teorisine dayanır ve çeşitleri şunlardır:

- Dışa dönük (Ş) (extroversion) ve İçe Dönük (İ) (Introversion)
- Duyuşsal (D) (Sensing) ve Sezgisel (S) (Intuition)
- Düşünen (Y) (Thinking) ve Hisseden (H) (Feeling)
- Karar veren (K) (Judging) ve Algılayan (A) (Perceiving)

Bu testin kullanılması için testi uygulayacak ve sonuçları grup için tartışabilecek eğitimli bir kişinin olmasını gerekir. Kişilik ve davranışa ait içgörü kazandırması ve Kolb ölçeğine göre daha geniş boyutları olmasına rağmen bu yaklaşım öğrenmenin ötesine geçmekte ve bu nedenle sıklıkla kariyer danışmanlığı verme gibi ticari amaçlarla da kullanılmaktadır.

Bu gösterge, kişilik tiplerini analiz etmek suretiyle Kolb'daki Dışa Dönük, İçe Dönük, Düşünme ve Hissetme eşdeğerleri ile eğitimde kesinlikle önemli olan kişilik tipleri arasında bir köprü oluşturmaktadır. Bu konu daha sonra tartışılacaktır.

NEWBLE VE ENTHWHISTLE

Bu ürün öğrencilerle yapılan çalışmalardan ortaya çıkmıştır ve eğitim alan doktorlarda kullanılan eğitim teorilerinde de kabul görmüştür. Bu yöntem öğrenenlerin hedeflerine ulaşmak için izledikleri yollara odaklanmaktadır. Öğrenmeye üç farklı yaklaşım olduğundan bahseder:

Derinelemesine Yaklaşım

- Anlam arama
- Fikirleri ilişkilendirme
- Kanıtları kullanma
- Fikirlere ilgi duyma

Yüzeysel Apatik Yaklaşım

- Anlamadan çalışma
- Amaçsız
- Müfredata bağımlı
- Kalmaktan korkma

Stratejik Yaklaşım

- Organize çalışma
- Zaman yönetimi
- Etkinliğe önem verme
- Başarı motivasyonu

Sıklıkla doktorların derinlemesine yaklaşımı benimseyecekleri kabul edilmekle birlikte, bu öğrencilerin doktor olduklarında bazı alışkanlıklarını profesyonel yaşamlarına taşıyacakları da kesindir. Bu üç yaklaşımı araştıran ölçekler internette mevcuttur.

EĞİTİM ÖNERİSİ (EĞİTİCİ GRUBUNDA)

- Öğrenmeye üç yaklaşımı açıklayın ve eğitimcilerden tanıdıkları öğrenci veya öğrencilerin yaklaşımlarının farklı yönlerini incelemelerini isteyin.
- Söz konusu yaklaşımların olumlu bileşenleri ve zor yönleri nelerdir?
- Eğitimci eğitim sürecinde hangi stratejileri kullanmıştır?
- Eşler halinde yansıtma yaptıklarında, katılımcılar kendilerinde bu stratejilerden hangilerini bulmaktadırlar? Bu özel bir tartışma olmalıdır ve ancak iki katılımcı da uzlaşırsa büyük grupta paylaşılmalıdır. Bunlar hassas alanlar olabilir. Kendini eleştirebilmek eğitimciler için önemli bir beceridir.
- Stratejik öğrenme belli dönemlerde yaygın olarak sınavlarla baş edebilmek için kullanılır.

Sıklıkla eğitimciler değerlendirmelerini resmi olmayan şekilde veya sezgisel olarak yaparlar. Bu, varsayımlara dayandırarak ve öğrenene danışmadan yapılabilir. Ancak eğitimci ve asistanın her ikisinin de ölçeği doldurup analiz ederek kendi stillerini belirlemeleri halinde ortak bir ilgi ve açık olma durumu oluşabilir. Tıp eğitimcisinin görevlerinden birisinin öğrenende kendi kendine yaşam boyu öğrenme tutumu kazandırmak olduğunu kabul edersek, bu fırsatı kullanarak öğrenmenin süreci ve içeriği bir arada tartışılabilir.

ÖĞRETME

Sıklıkla eğitimcilerin öğrendikleri stilde eğitim verdikleri belirtilir. Eğer öğrenme tarzınızı biliyorsanız öğretim stilinizi de biliyorsunuz demektir. Yapılacak olan çıkarım, öğretimde sadece nasıl ve ne öğrenildiğinin belirtilmesidir. Bununla birlikte, ilham sahibi eğitimcilerin belli konuların öğrenilmesi veya becerilerin kazanılmasının ötesinde konulara içgörüsü sağladıkları da evrensel bir tecrübedir. Sürecin bir parçası olarak kendilerinden bir şeyler sunarlar; kişiliklerini. Öğrenme stillerini öğrenip geliştirebiliriz: kişilik tipleri daha karmaşıktır.

Öğretim, öğretim stilleri, eğitimcinin rolü ve eğitimcinin gelişimiyle ilgili teoriye ana hatlarıyla bakacağız.

ÖĞRETMENİN ROLÜ

Öğretim başlığı altında antrenör (trainer), öğretmen (teacher), gözetmen (supervisor), danışman (mentor) ve daha bir çok terim kullanılmıştır. İsimlendirmedeki bu zorlanma, genellikle rollerle ilgili belli bir zorlanmanın ve ilişkilerle ilgili kafa karışıklığının göstergesidir. Her ikisi de geçerlidir. Roller karşılamak için kullanılan tüm bu isimler kişisel ve kültürel tecrübeyle renklendirilmiş belli bir tarih yükü taşımaktadır. Bu yükün büyük bir kısmı güçlü, olumsuz stereotipik bir etkiye sahiptir; kişiliğin gücü amaç veya işlevi alıp götürür. Örneğin Hollandaca'da öğrenme ve öğretim kelimeleri ayrıdır.

EĞİTİM ÖNERİSİ

Eğitimcilerden kendilerinin üstlendikleri veya bir eğitimciden gördükleri rollerle ilgili bir beyin fırtınası yapmalarını isteyin. Ortaya büyük bir liste çıkacaktır ve şunları içerecektir:

- Direktör (director)
- Usta (master)

- Guru (guru)
- Öğretmen (teacher)
- Uzman (expert)
- Rehber (guide)
- Proje yöneticisi (project manager)
- İnceleyen (auditor)
- Editör (editor)
- Danışman (counselor)
- Doktor (doctor)
- Kıdemli profesyonel (senior professional)
- Gözetmen (supervisor)
- İş arkadaşı (colleague)
- Akıl hocası (mentor)
- Arkadaş (friend)
- Kolaylaştırıcı (facilitator)
- Sırdaş (confidant)
- Değerlendiren (assessor)

ÖĞRETME TEORİSİ

Birçok kişi için öğretme sadece söylemedir. Gerçekten de bazı eğiticiler için durum bundan ibarettir. Sıklıkla genç akademisyenlere yarınki ders için okumaları gereken konu hakkında kısa bir özet yapılır. Nadir durumlar dışında her iki taraf için de başarısızlık olmaktadır. Yine de öğrenmenin doğal bir durum olup olmadığını ve bu doğal ortama bir eğitici eklemenin faydasının ne olacağını sormamız gerekmektedir. Bir eğiticinin müfredata ve içeriğine ekstradan katacağı şeyler nelerdir?

Bu soruların bazılarının cevapları yukarıdaki sorulara verilecek cevaplarda ve bunları destekleyen bilgi, beceri ve tutumlarda yatmaktadır.

Aile hekimi, muayenehanesinde çalışabilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutumları kazanmak zorundadır. Bilgi yönetimindeki bir modele göre veriler gerçeklere, gerçekler enformasyona, enformasyon ise sentez edilerek bilgiye dönüşür; bilgi ise bilgeliği sağlar. Performansı sağlayabilmesi için veri veya gerçekler birey tarafından enformasyona dönüştürülmeli ve daha sonra kişisel bilgilerine eklenmelidir. Dreyfus modeline göre gelişmekte olan bir aile hekimi acemiden ustaya kadar bir yelpazede hareket eder. Acemi, enformasyon düzeyinde işlev görür. Bu seyahatin özelliklerinden birisi, hekimin bilgi ve becerileri yeni durumlara transfer edebilme kabiliyetini artırması ve en azından kendisine bir açıklama getirebilmesidir. Bu bilgeliktir; ve genelde bilgelik hekim ustalaşana kadar ortaya çıkmayacaktır. İşte eğiticinin öğrenmeye yapacağı katkılardan birisi budur.

Öğrenen ise eğiticiden bilgi ister. Bu bilgi ille de profesyonel bilginin tamamı olmayabilir ama en azından yetkin olarak çalışmaya yetecek kadar bilgi olmalıdır.

- Acemi
- Advanced beginner
- Yeterli
- Proficient
- Usta

Şekil 1.2. Beceri geliştirmedeki beş aşama (Dreyfus)

Tıp da dahil olmak üzere tüm mesleklerde uygulamayla ilgili bilgi birikimi herhangi birisinin aklında tutamayacağı kadar fazladır. Kağıttan silikon çiplere kadar bir dizi bilgi yönetim sistemleri kullanılmaktadır. Yeni aile hekimine bilgiye ulaşması, çıkarım yapması ve bilgi kaynağını değerlendirebilmesi için ilgili mesleki bilgiyi yönetme ve süreçlerle ilgili destek olmak eğiticinin rolüdür. Asistanın, teorinin uygulamada denendiği ve test edildiği muayenehanedeki eğitimi önemsendiği gerçeği Schön'ün tezinin önemli bir parçasıdır.

Birçok sistemde eğitici aynı zamanda meslek uygulamasına başlanması için kontrol konumundadır. Öğretmenler sadece öğrenme için değil, uygulama için de sınavlar yaparlar. Değerlendirme teorilerini açıklamak bu bölümün amacının dışındadır, ancak eğiticinin yönetmesi beklenen sistemin kuvvetli ve zayıf yönlerini bilmesi gerekir. Öğrenene ve eğiticiye adil olması için sistemin gerçeği yansıması gerekir.

Eğitimin öğretmenin bildiklerini anlatmasından ibaret olduğu teorisi önüne *sadece* eklenmesi suretiyle değişime uğramıştır. Eğitim, müfredatın uygulanması demektir ki, burada müfredat istenen öğrenme çıktıları sağlamak için gereken her şey anlamına gelmektedir.

ÖĞRETME STİLLERİ

Öğrenme stillerinde olduğu gibi öğretim stillerini de tasarlayan ve anketlerle değerlendirilebilen öğretim modelleri tanımlayan küçük bir endüstri söz konusudur. Öğretim sıklıkla öğretim yöntemiyle karıştırılmaktadır. Örneğin, grup eğitimi bir yöntem olabilir ama eğitici yine de kendi stiliyle uygulayabilir. Öğretim stili büyük oranda eğiticinin kişiliğine ve kendi öğrenme tecrübesine bağlıdır.

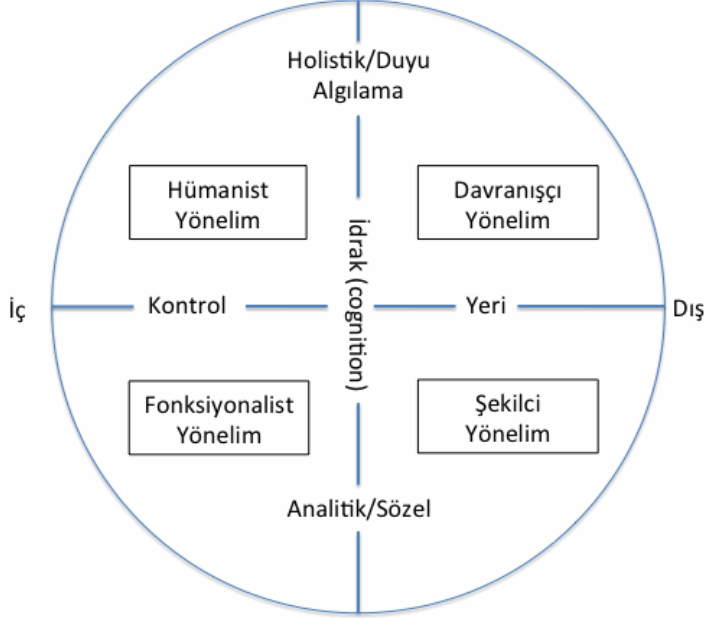
Öğrenme parametreleri enformasyonun nasıl toplandığıyla ilgili önemli endikatörlerdir. Bireyin boyutları ise enformasyonun pratikte nasıl işlendiği ve test edildiğini belirler. Bireyin yaklaşımını inançları ve değerleri şekillendirir. Eğitimin sunumuna eğiticinin tutumları etki eder. Konuyla ilgili kullanılan tüm ölçeklerde kontrolle ilgili inanışlar ve algılamaları sorgulayan bir boyut vardır.

Pratikte kullanılacak iki adet çok kullanışlı ölçek vardır; Bronstrom Eğitim Stilleri (Bronstrom Training Styles) ve Pratt Öğretim Yaklaşımları Ölçeği (Pratt Teaching Perspectives Inventory) (TPI). Bunlardan birincisi internette ücretsiz olarak indirilebilir ve eğitim amacıyla kullanılabilir. Pratt TPI ise online olarak doldurulabilir ve kişinin sonuçlarını uluslararası binlerce kişinin verileriyle karşılaştırması sağlanır.

Tekrar vurgulamak gerekir ki, bunlar kişilerin stillerini analiz etmeye dönük çabalar; bireyleri sınıflandırmak ve etiketlemek amacı gütmemelidir. Yazarın kendi verilerine göre Honey ve Munford ve Bronstrom anketlerini dolduran aile hekimliği eğiticilerinde bu puanlar ve tercihleri herhangi biri arasında korelasyon saptanmamıştır.

BRONSTROM EĞİTİM STİLLERİ ÖLÇEĞİ

Bronstrom dikey bir biliş eksenini (bütüncül-analitik, sol beyin-sağ beyin, hissetme-sözel) yatay eksenindeki kontrol yeri ile birleştirir (Şekil 1.3). Kontrol Yeri (Locus of Control) bir bireyin bağımsız mı olduğu yoksa başkalarının veya kaderin elinde mi olduğuyla ilgili algısını ve davranışlarını inceleyen psikolojik bir modeldir (sırasıyla iç veya dış kontrol yeri olarak anılır). Bu, çoğu Sağlık İnanış Modelleri için ana bileşeni oluşturur.



Şekil 1.3. Bronstrom Eğitim Stilleri Ölçeği

Hesaplanan ham puanlar yönelimler için toplamları verir. İlgili dört yönelim Davranışçı (Behaviorist), Yapılandırıcı (Structuralist), İşlevci (Functionalist) ve İnsancıl (Humanist) şeklindedir. Bu yönelimler Bronstrom tarafından şu şekilde açıklanmaktadır:

- **Davranışçı** – Yeni davranış asistanının etrafındaki iyi tasarlanmış yapılar aracılığıyla oluşturulabilir veya şekillendirilebilir.
- **Şekilci** – Zihin bir bilgisayar, eğitici ise programcı gibidir.
- **İşlevci** – İnsanlar en iyi yaparak öğrenir ve yapmak istedikleri işi en iyi yaparlar. İnsanlar pratik olan şeyleri öğrenirler.
- **İnsancıl** (hümanist) – Öğrenme kendi kendine (self-directed) gerçekleşen bir keşiftir. İnsanlar doğal olarak öğrenenlerdir ve başkalarının süreci engellememesi halinde gelişirler (bir çiçek gibi açarlar).

Tam açıklamalar kitabın sonunda Ek 1.2’de verilmiştir.

EĞİTİM ÖNERİSİ

Eğitici kursundaki katılımcılardan Ek 1.1’deki anketi doldurmaları istenir. *Teorist/yansıtıcı meyilli olanların her satırı doldurma ve önceliklerini net olarak belirlemede sıkıntı yaşayacaklarını tahmin*

edebilirsiniz. Sonuçlar çalıştaydan önce veya sırasında hesaplanır. Sonuçlar Şekil 1.3'teki gibi bir tablo kullanılarak kağıt tahtada gösterilebilir. Herkes tek bir stilde olmayıp stillerin birleşiminden oluştuklarını ve sıklıkla bir alandaki yönelimlerinin daha fazla olduğunu görebilir.

Katılımcıları dört gruba ayırın ve her gruba bir stil belirleyin. Gruplara bir eğitim durumuyla ilgili senaryo verin ve kendi stillerindeki eğitici olarak ne yapacaklarını sorun. Sunum hazırlamaları için 20 dakika süreleri vardır. Her çeşit etkinliği destekleyin ve ardından her gruba planlarını büyük grupta sunmaları için 15'er dakika süre verin.

Tipik bir senaryo şöyle olabilir: aile hekimliği asistanı eğitimcisine şu problemle gelmektedir: dün akşam 76 yaşında bir erkek hastayı görmüştür. Hastada akciğer kanseri vardır ve ağrı kesici ilacı parasetamol işe yaramamaya başlamıştır. Yaşlı adam grip aşısını konuşmak için gelmiştir. Asistan ne yapması gerektiğinden emin değildir.

Bu uygulamanın ardından 30-40 dakika daha tartışma için zaman ayırın. 150 aile hekimliği eğitimcisiinden elde edilen eğitim stili anket sonuçları aile hekimlerinin genel olarak bir stili ötekinden fazla olmadığını göstermektedir. Her bir stil için ortalama puanlar aşağıdaki gibi bulunmuştur. Hesaplama yöntemi gereği tüm stiller için toplam puan 150 yapmalıdır.

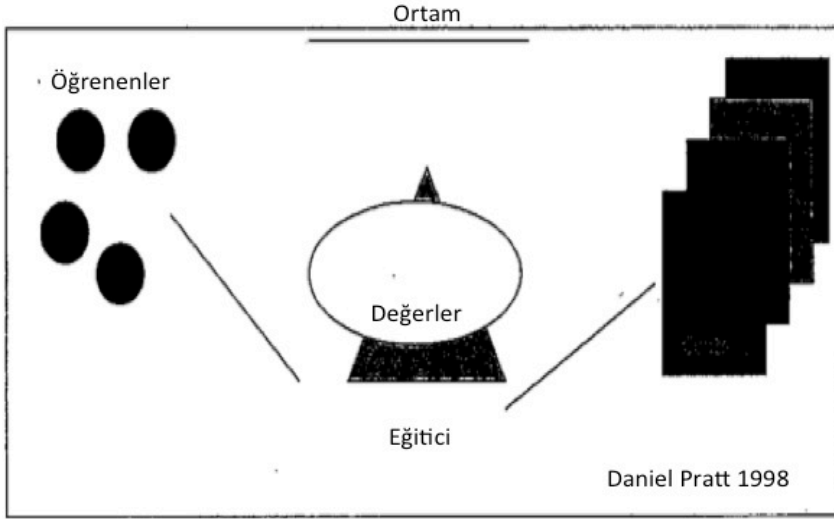
İnsancıl	Davranışçı	Şekilci	İşlevci
38	39	37	36

İnsancıl ve davranışçı puanlar öteki iki gruba göre ortalamanın etrafında çok daha sıkı dağılmaktadır. Bu durum göstermektedir ki, aile hekimliği eğitimcileri kendilerinden beklenen ilaç dozlarından terminal bakıma, küçük cerrahi girişimlerden duygusal danışmanlığa kadar eğitimleri verebilmeleri için her dört stili birleştirmelidir.

PRATT EĞİTİM YÖNTEMLERİ ÖLÇEĞİ

Pratt'in kullandığı öğrenme modeli öğretmenin değer sistemlerini de değerlendirmeye eklemektedir. Bu modelin grafikte gösterilmesi (Şekil 1.4) eğitici, öğrenen ve içerikle ilgili geleneksel ilişkileri göstermektedir. Sınırları, verilen eğitimin ortamıdır (bizim durumumuzda aile hekimliği).

Beş çeşit algılama veya stil vardır: İletim (Transmission), Çıraklık (Apprenticeship), Gelişim (Developmental), Büyütme (Nurturing) ve Sosyal farkındalık (Social Awareness). **İletim** modelinde eğitici eğitim içeriğinin uzmanıdır; açık-anlaşılır bir şekilde sunum yapar ve verilmesi gereken net olarak belirlenmiş bir bilgi yükü vardır. Eğitici öğrenci ile içerik aracılığıyla alakalıdır. **Çıraklık** modelinde öğrenme ortamla ilgilidir. Otantik öğrenme tecrübesi uygulamadır. Eğitici ve içerik neredeyse birbirinden ayrılamaz; eğitici rol model, koç ve ustadır. Öğrenme **nasıl yapılacağı**nın öğrenilmesidir. **Gelişimsel** modelde eğitici asistana kendisi için düşünebilme konusunda yardımcı olur. Eğitici öğrenciyi içerikle buluşturur ve ortak bir seyahatte rehber vazifesi görür. Probleme dayalı öğrenme bu stile açık bir örnek olarak verilebilir. **Büyütme** stilinde eğitici bir arkadaş gibidir ve görevi, asistana kendini ifade etme/başarma konusunda kolaylaştırıcılık yapmaktır. Yol boyunca hasar oluşması halinde düzeltmeler yapmak ve iyileşmeye yardımcı olmak gerekebilir. **Sosyal etki** basit olarak hiçbir şeyin değerler açısından nötral (tarafsız) olamayacağı fikrini savunur. Eğitici tabii ki şampiyondur ve hastaları adına savunuculuk yapar. Aile hekimliği açısından bu durum sosyal değişimin aile hekiminin planları arasında olması anlamına gelir.



Şekil 1.4. D. Pratt. Genel eğitim teorisi

Kesinlikle bu iki model arasında örtüşmeler vardır ve her ikisi de kişisel eğitim davranışının algılanmasına yardımcı olabilir ve kendini geliştirmek için yansıtma yapmayı sağlayabilir. Pratt modeli öğretme rolünü sosyal alana genişletmekte ve eğiticinin değer sistemlerini sıkı bir şekilde süreçle birleştirmektedir. Birinci basamak/aile hekimliği/genel pratisyenlik, değerlerin olmadığı bir ortamda işleyemez. Aile hekimleri her zaman olduğu gibi gelecekte de kendilerini karmaşık organizasyonlar içerisinde dezavantajlı hastalarının savunmasını yaparken ve sebeplerle mücadele ederken bulacaklardır. Eğitim alan bir aile hekimi her zaman bu durumun farkında olmalıdır ve bilmelidir ki, sadece klinik bilgiye sahip olmak, -bu bilginin etik bir çerçevede insanca uygulaması bilinmediği müddetçe- asla yeterli olmayacaktır.

EĞİTİM ÖNERİSİ

Bir eğitici çalıştay katılımcılarından TPI ölçeğini online olarak doldurmasını isteyin. Sonuçlarını ve açıklamaları yanlarında getirmelerini isteyin.

Sürpriz var mı? Sadece hissettikleri veya bildikleri şeyleri mi doğruluyor? Eğer anketi onlar için öğrencileri doldurmuş olsaydı sonuçlar nasıl olurdu? Belki bazıları bunu deneyebilir.

Kısa sürede sosyal/değerler boyutu ortaya çıkacaktır. Grup lideri tartışmanın kişisel inanışlara yönelmesi hatta kişisel inanışları sorgulaması halinde rahat hissedebilmelidir. Grup liderlerinin eğitimdeki etik konuları analiz etmek için kendi altyapıları var mı?

KAYNAKLAR

Brostrom R. Developing Effective Teaching Styles. COMCOR, 1975.

Honey P, Munford A. The Manual of Learning Styles. Maidenhead: Peter Honey, 1992.

<http://p2001.health.org/st02/tsi.htm>

http://trgmeber.haygroup.com/Leaming_Self-Development/default.asp

<http://www.ed.ac.uk/letfpublications.html>

http://www.teachingperspectives.com/fhtml/tpi_frames.htm

Kolb DA. Experiential Learning. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.

Lewis AP, Bolden KJ. General practitioners and their learning styles. Journal of the RCGP 1989;39:187-189.

Myers IB, The Myers-Briggs Type Indicator Manual. Princeton: Education Testing Service, 1962.

Newble DJ, Entwistle NJ. Learning styles and approaches: implications for medical education. Medical Education 1986;20:162-175.

Pratt DD. Five Perspectives on Teaching in Adult and Higher Education. Florida: Kreiger, 1998.

Schön DA. Educating the Reflective Practitioner. San Francisco: Jossey-Bass Ltd, 1987.

Seedhouse D. Ethics, the Heart of Health Care. Chichester: J Wiley & Sons, 1998.

BÖLÜM 2: UYGULAMALI EĞİTİMDE ERİŞKİN EĞİTİMİ TEORİSİ UNSURLARI. BİLGİ, YETENEK VE DAVRANIŞ OLUŞUMU

Justin Allen, Aly Rashid

Çeviri: Hamit Acemoğlu, Musa Düdükçü

Yaşamayı öğrenmek ömür boyu sürer.

(Seneca the Elder)

“Aile hekimliği mesleki eğitimi, öğrenci merkezli yetişkin profesyonel eğitimi üzerine modellenmelidir.”

(RCGP / JCPTGP 2002)

Yukarıdaki ifade, aile hekimliği uzmanlık eğitimi için bir dizi ihtiyacın esas olduğunu özetlemektedir ve İngiltere’de mesleki eğitimin gelecekteki gelişimi üzerine bir raporun parçasıdır.

Bu üniteye bu ifadeyi destekleyen teorik altyapı üzerinde duracağız. Öğrenci merkezli ile ne kastediliyor? Yetişkin tabiriyle ne demek isteniyor? Yetişkinler nasıl öğrenir ve eğiticinin bu konudaki rolü nedir? Bir üniversite bölümünde veya bireysel uygulamada müfredatı nasıl düzenlemeliyiz? Değerlendirme, müfredat tasarımında nasıl bir rol oynamalıdır? Bu süreçleri anlamadıkça aile hekimliği uzmanlığı eğiticileri olarak görevlerimizi yerine getirmemiz mümkün olmayacaktır.

Tıp eğitiminin geleneksel modelleri yetişkin eğitim kavramlarını ve öğrenci merkezli öğretimi kolayca benimsemedi fakat son 30 yıldır aile hekimliğine dayalı eğitimin karakteristiği oldu ve aile hekimliği eğiticileri tarafından sorunsuz şekilde kabul edilecek düzeye geldi. Tıp öğrencilerine verilen eğitim çok şekilde değişmesine rağmen geleneksel üniversitelerdeki diğer birçok uzmanlık için bu değişim zorunlu değildir. Probleme dayalı eğitim yapan okullar buna örnek olarak gösterilebilir; McMaster (Kanada) ve Maastricht (Hollanda) okulları gibi. Yenilikler devam etmektedir. Nitekim İngiltere’de güncel bir raporda medikal işler genel müdürü şu şekilde beyanda bulunmuştur: “doktorlar ve diğer profesyonel sağlık çalışanları eğitimlerinin başlangıcından beri, kariyerleri boyunca uygulayabilecek şekilde, probleme dayalı sürekli öğrenme yeteneklerini geliştirmek zorundadırlar. Böylece teknoloji ve bilgi ağındaki hızlı ilerlemelere cevap olarak pratik yetilerini geliştirebilirler.” Bu ifadeden de anlaşılmaktadır ki, doktorlar sadece nasıl doktor olacaklarını değil ayrıca kendinden lokomotifli olarak öğrenme süreçlerini ömür boyu nasıl sürdüreceklerini öğrenmeleri gerekmektedir ki, böylece kabiliyetlerini muhafaza edebilsinler. Fakat nasıl öğreneceklerini öğreten (ki doğuştan gelen bir yetenek değildir) bir konu çoğu tıp fakültesi müfredatında bulunmamaktadır. Bizler eğiticiler olarak bunun

öğretilmesi gerektiğini kabul etmeliyiz ve bu sürecin en iyi şekilde nasıl kolaylaştırılacağını idrak etmeliyiz.

Tıp çok kapsamlı bir alandır ve aile hekimlerinin kendilerinden beklenen görevleri yerine getirebilmeleri için geniş çapta bilgiye ve yeteneğe ihtiyaçları vardır. Görev alanları hızlı biçimde genişlemektedir ve altı veya yedi yıllık fakülteler sadece uzmanlık eğitimi alabilecek duruma gelmiş doktorlar yetiştirmektedir. Eğiticiler olarak, diğer bütün tıp bölümlerindeki gibi aile hekimliğindeki öğrencilerimiz farklı düşünce ve farklı öğrenim ihtiyaçlarıyla gayet yetenekli bireylerdir. Yaşamımız boyunca, yetenekli, zeki ve ilham verici eğiticilerin yanı sıra şüphesiz sıradan ve yetersiz olanlarıyla da karşılaşmış olacağız. Eğer ilk gruptaki eğiticilerle birlikte olmak istiyorsak öğrencilerimizi ve öğrenme teorilerini anlamamız gerekmekte ve geçmişin basit çıraklık/öğrencilik modellerinden sıyrılmalıyız.

Bu gayet kısa genel anlatımda aile hekimliği eğitim programını destekleyen bütün teorilerin kapsamlı bir sunumunu yapmak imkansızdır. Bununla beraber, aile hekimliği eğiticileri olarak 'görevlerimiz hususunda nasıl bir yaklaşım içinde olmalıyız?' konusu üzerinde geçerli görüşleri destekleyen belli başlı teorik unsurları dikkate alacağız. Ayrıca bazı eğitim sistemleri, bazı yetişkin öğrenim ve öğretim teorileri, eğiticiler nasıl öğretir ve son olarak öğrenim ortamı üzerinde duracağız.

EĞİTİM ÇERÇEVELERİ

Pek çok eğitim sistemi bulunmaktadır. Bu bölümde en yaygın eğitim sistemleri göz önünde bulundurulmuştur.

Eğitim yaklaşım tarzlarının sonuçları olan öğrenim çıktıları, tıp eğitimde bile artık kalite güvence süreçlerine tabi tutulmaktadır (bu her zaman böyle olmamıştır). Başarılı öğrenim ürünü olarak öğrenciler bir işi başarabilecek ve belirli bir yeterlilik derecesiyle onu icra edecek duruma yükselirler. Öğrenim ürünlerini dikkate alırken, öğrencilerin sık sık karşılaşabileceği bir grup hayati görev olan bu hedefler arası bağlantıları kurabilmemiz gerekmektedir. Öğrenciler genellikle bilgi (kognitif alan) ve yetenek (psikomotor alan) elde etmeyi ve yeni davranışlar (afektif-duygulanımsal alan) sergilemeyi gerektiren farklı tutumlar göstererek öğrenim şartlarına uyum sağlarlar. Bu ayrımlar yetişkin eğitim teorisi için Bloom sınıflandırmasının temelini oluşturur. Bu sınıflandırma, öğrencilerin kendilerini geliştirmek için belli bir konu alanına odaklanmalarını ve ilerlemeleri gereken yolu belirlemelerini sağlayan hedefleri sonuç alacak şekilde tayin ettiklerini belirtmektedir. Eğitim ürünü, bir ders/oturum sonrası asistanın neyi bileceği ve yapabileceğidir.

BİLGİ, BECERİ VE TUTUM TEMELİNE DAYALI ÇERÇEVE

Bilgi, gerçeklerin arka planıdır veya gerçeklerin etkileşimidir ve aşağıdaki hiyerarşiye göre tanımlanmıştır.

- Değerlendirme
- Sentez
- Uygulama
- Anlama
- Hafıza

Bilgi güç olarak da tarif edilebilir. Bilgi sahibi olmak -ister kolaylıkla erişilebilen hafızada tutulmuş bir takım gerçekler, isterse gerçek bilgiyi kuşatan şartların farkında olma yeteneği olsun- çok önemlidir. Kesin bilgilerden yararlanmak için bir dizi ek süreç geliştirmek, yani bireyin bilgileri

organize edebilmesi ve böylece anlamlı hale getirerek kavraması çok önemlidir. Bir sonraki basamak bilginin problemlerin çözümüne uygulanmasıyla ilgilidir. Sonuçta, bir bireyin verileri analiz etme yeteneği ile bilgi birikimi entegre edilmelidir. Böylece anlam-algılama, farklı bilgi parçalarının birbirleriyle kompleks ilişkisi olarak oluşturulabilir. Eğitim hedefleri için Bloom sınıflandırmasında öğrenmenin kognitif alanı içindeki bu aşamalar açıklanmıştır.

Beceriler (psikomotor alan) beraberinde bilgi birikiminin anlamlı bir şekilde kullanılmasını getirir ve öğrenciyi başarılı sonuçlara ulaştırır. Bazı beceriler pasif gözlem ile elde edilebilmesine rağmen çoğu eğitici bunların kesinlikle öğretilebileceğine inanır (tıpta konsültasyon yetenekleri gibi). Bazen becerilerin psikomotor alana bağlı olduğu ifade edilir. Bundan anlaşılmalıdır ki, eğer öğrenci neyi başarmak zorunda olduğunu anlar ve bu hedefleri başarmanın şartlarını da içeren açık bir şekilde tanımlayabilirse yeteneklerini geliştirebilir. Bu alanlarda sıklıkla yanlış eşleşmeler olmaktadır bu yüzden öğrenciler nasıl ve hangi şartlar altında becerilerini geliştirdiklerini tam olarak anlayamamakta ve psikomotor alanda amaçlanan kabiliyetlerde başarısızlıkla karşılaşılmasına yol açmaktadır.

Bloom sınıflandırmasının tanımlanması:

Bilgi	<ul style="list-style-type: none">• konuyla ilgili olarak bilginin benzetilmesi ve hatırlanması (gün, olay ve yeri kapsayacak şekilde)
Kavrama	<ul style="list-style-type: none">• bilginin ve ilgili olduğu çerçevenin anlaşılması• bilgiyi yorumlayabilmek ve diğer olaylarla ilişki kurabilmek• bilginin neden ortaya çıktığını ve gelecekte ne anlama gelebileceğini anlamak
Uygulama	<ul style="list-style-type: none">• farklı koşullarda yeni metotlar, görüşler ve hatta teoriler bile geliştirmek için bilginin kullanılması• verilen bilgiye uygun olarak problemi çözebilme
Analiz	<ul style="list-style-type: none">• bilgi örneklerini teşhis etmek ve yorumlamak• daha iyi anlamak için çabalayabilme ve bilgiyi öğelerine ayırabilme
Sentez	<ul style="list-style-type: none">• bilgiyi nirengi noktası yapma• diğerlerine sunma• resmin tamamını anlama
Değerlendirme	<ul style="list-style-type: none">• verilen teorilere bağlı olarak bilgiyi karşılaştırmak, değerlendirmek ve kavramsallaştırmak• konu ve bilgiyi mantıklı olarak değerlendirerek karar vermek

Tutum hedefleri (afektif alan) Krathwohl taksonomisinde tarif edilmiştir. Bu alanı tarif ederken, eğitimcilerin arzu edilir tutumların özelliklerini belirli netlikte tanımlayabilmeleri gerekmektedir. Tıp mesleği için hangi tutumlar arzu edilir veya kabul edilebilirdir ve her bir tutum için davranış tutumunun değiştirilmesi için gerekli fark edilen değişimin doğası nedir? Davranışlar; kültür, değerler ve tecrübe gibi faktörlerin karşılıklı ilişkileri vasıtasıyla meydana getirilen bir takım hal ve hareket kompleksidir. Eğitici ve toplum tarafından dikkate alınan bir asistanın tutumunu değiştirme kabiliyetinin bir dereceye kadar asistanın içsel inanç sistemi ve değerlerini adres göstermesi tarzında anlaşılması daha uygundur. Böylece neyin başarılması gerektiğini derin bir kavrayışla idrak edilebilir. Öğrenci, bir eğitimcinin neden belli tutumların yararlı olduğuna inandığını ve bunlarla tanımlanmanın önemini anlamalıdır. Örneğin eğitimci, tutumları (attitude) teşvik etmek istiyorsa (hastalarıyla empati dahil) sadece bu hususları belirlemekle yetinmemeli ayrıca

öğrencilerin kültürü, değerleri ve deneyimleri konusuna da özen göstermelidir. Böylece ilgili ve iyi takip eden biri olarak görülebilir. Tutumlar öğrencilerin bilinçli veya bilinç dışı iradelerine rağmen empoze edilemez.

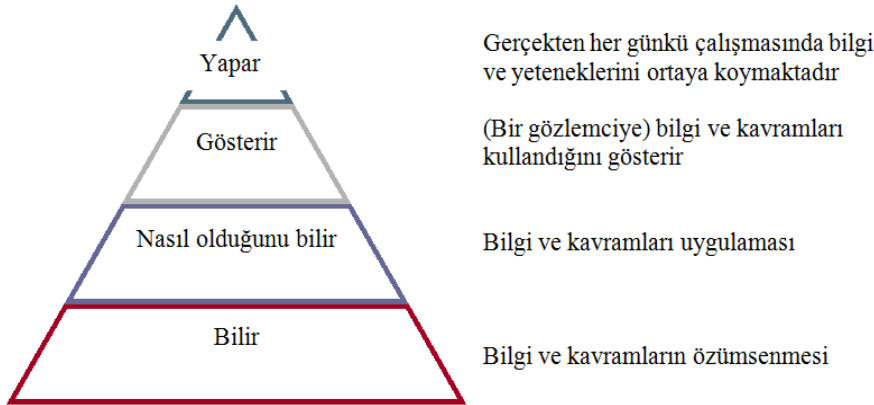
YETERLİLİK VE PERFORMANS

Yeterlilik bir seviyede bir görevi veya uygulamayı düşünmeye gerek duymadan yerine getirebilme yeteneğini olarak tarif edilebilir. Bilinçli yeterlilik doğrultusunda asistanın bir görevi/işi yapabileceğini düşünmesi (aslında üstesinden gelemeyeceği) fakat teşebbüs ettiği görevin/işin düşündüğünden daha zor olduğuna kanaat getirmesi ve yine de görevi tamamlamakta ısrar etmesi olarak tanımlanan bilinç dışı yeterlilik, yeterliliğin ileri basamaklarına dahil edilir.

Performans gerçekte doktorun ne yaptığı ve sahip olduğu yetenekleri göstermesidir. Performans kategorileri için standartları tanımlamak mümkündür. Böylece bir birey belirli bir standartta performans ortaya koyabilir ve belli alanda özellikle belirlenen bir seviyede performans gösterdiği düşünülebilir. Örneğin göz hastalıklarına özel ilgisi bulunan bir aile hekimi göz hastalıkları uzmanına göre farklı bir seviyede performans ortaya koyar.

Yeterlilik ve performans konularında en yararlı modellerden biri Miller piramididir (bakınız Şekil 2.1). Bu modeli kullanarak adayları düşük seviye yeterlilikten gerekli performansın “yapar” basamaklarında ilerleterek piramidin her seviyesinde testler düzenlemek mümkündür.

Simüle hastalar kullanılarak konsültasyon yetilerinin öğretimi bu modelin iyi bir örneğidir. Piramidin en alt basamağı konsültasyon yeteneği bilgisini temsil etmektedir. İkinci basamak bu konsültasyon yeteneklerinin uygulamasıdır (birbirleriyle ilişkisi ve nasıl istifade edildikleridir). Piramidin üçüncü basamağı asistanın konsültasyon yeteneklerini nasıl kullandığını gösterir. Son basamak ise asistanın konsültasyon yeteneklerinin ya iş başında ya da simüle bir ameliyatta gözlenmesini temsil eder.



Şekil 2.1. Miller GE'den uyarlanmıştır. The assessment of clinical skills/competence/performance. AcadMed 1990; 563-7.

MÜFREDAT, YÖNTEMLER VE İÇERİK—ÖĞRENME ÜÇGENİ

Bir müfredat, kurstaki öğrencilerin öğrenim ihtiyaçlarını karşılamak için tasarlanmış belli öğrenim düzeylerinde bir konu alanı silsilesini içeren organize bir çerçeve olarak düşünülebilir. Önceki bölümde olduğu gibi, bilgi, yetenek ve davranışların niteliği bir müfredat çerçevesinde öğrenim alma sürecinde önemli rol oynar.

Müfredatın yapılandırılması herhangi bir çalışma alanında öğrencilerin değerlendirilme gerekliliği süreciyle başlar. Bir müfredatın dört ana unsuru bulunur; bir dizi hedef; bir ders/konu alanında bu hedeflerle bağlantılı içerik; içeriğin dağıtımı ile ilgili yöntemler ve eğitim dağıtımını düzenlemek ve daha iyi hale getirmek için mümkün olduğu yerde bir değerlendirme ve geribildirim süreci. Bundan dolayı bir müfredat, öğrencilerin katkıda bulunabildiği ve performans olarak geribildirim ortaya koyduğu bir ortamda hem eğitici hem de öğrenci için öğrenim ve başarılar/kazanımlar için hedeflerin gayet açık olduğu bir yapı sağlar.

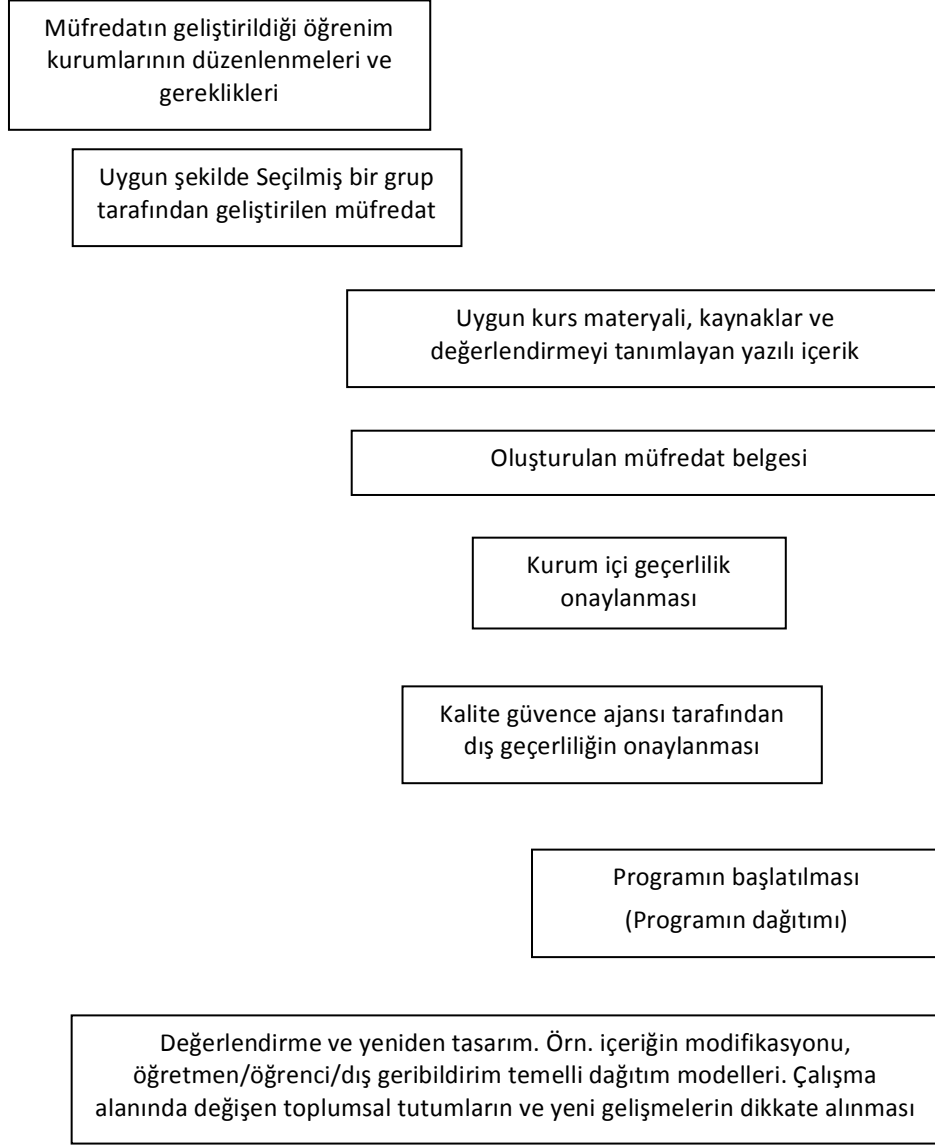
Müfredat döngüsü. Müfredat, gelişim döngüsünde çeşitli safhalarda etki altında kalabilir (örneğin hükümet politikası değişikliği veya eğitim dağıtım tekniklerinde gelişme neticesinde yeni bir muhteva eklenmesi gerekiyorsa). Öğrenim kurumlarında maddi kısıtlamalara (personel fazlalığı, öğretimin dağıtımında daha geniş gruplar) ve toplumsal ihtiyaçlarda değişikliklere (belli zamanlarda bazı meslek ve kariyerlerin diğerlerinden daha popüler olması) yol açan iç ve dış dinamikler bulunabilir.

Müfredat tasarımı. “Ne” ve “nasıl” öğrenilmesi gerektiği süreçlerindeki boşlukların giderilmesi müfredat tasarımı ile sağlanır. Şekil 2.2’de gösterildiği gibi müfredat geliştirilmesinde birçok aşama mevcuttur.

Müfredat geliştirme sürecini yürüten, grup amaçları, hedefleri, öğrenim sonuçlarını ve dağıtım kaynaklarını dikkate almalıdır. Bunu da farklı içerik unsurlarını birleştirmek için insanların tespit edilmesi takip eder ve son olarak bir başlama tarihine geçmeden önce tüm müfredat belgeleri iç ve dış merkezlerden onay alınması için toplanmalıdır (kalite güvencesi amacıyla). İlk uygulamadan sonra bir gözden geçirme süreci olmalıdır.

MÜFREDAT YAPILARI VE MODELLERİ

Müfredat tasarımıyla ilgili tanımlanmış birçok model bulunmaktadır. En basit sınıflamalardan biri “toplama ve entegre etme” kavramlarını açıklayan Bernstein tarafından yapılmıştır. Toplama müfredatta konu alanları bir dereceye kadar farklı bir oluşum olarak öğretilir, entegre müfredat ise ortak ana fikir çatısı altında ve geniş bir çalışma alanında belli konuların bir araya gelmesini gerektirir. Toplama müfredat farklı alanlar içerebilir. Mesela iletişim yetenekleri, farklı klinik alanları (aile hekimliğinin bölümlerinden KBB, göz ve cildiye gibi), her biri bir dereceye kadar farklı oluşumlar olarak öğretilir. Entegre yaklaşım daha geniş konuları kapsar (yukarıda bahsedilen alanları birbirine bağlayan multi profesyonel çalışma gibi).



Şekil 2.2 Tasarım geçerliliği için zaman ölçeği (bazı süreçler aynı anda gerçekleşebilir). (Quinn F. "Müfredat: prensip ve uygulamalarından" uyarlanmıştır. The curriculum: principles and application. In: The Principles and Practice of Nurse Education. 4th Edition. Cheltenham: Nelson Thomes, 2002)

Diğer müfredat yapıları: **Dikey tasarım (vertical design)**; özel bir konu ihtiva eden üniteler birbirini takip eder vaziyette uygun şekilde sıralanmıştır. **Yatay tasarımda (Horizontal design)**; farklı konu alanları olmasına rağmen bağlantılar bu konular arasında kurulur ve çalışma periyodunun sonunda birlikte resmedilirler. **Spiral tasarımda (spiral design)** öğretim aktivitesinin düzenli konular sekline sokulması gerekmemektedir. Olaylar eşzamanlı olarak gerçekleşir. Genellikle öğrenciler belirli bir alandaki başta kolay olan ve giderek karmaşık hale gelen konu materyalini tekrar tekrar ziyaret ederler (ters konik bir şeklin içinde yukarıya hareket etmek). İnsan kaynakları bu tarz müfredat yaklaşımında yakın işbirliği içinde olmalıdır. **Ağ tasarımı (web design)** olgun öğrenciler için daha uygundur ve asistanın müfredat doğrultusunda konuları modüler olarak seçip olgunluğuna uygun seviyede olacak şekilde alabildiği kendi rotasını çizmesini gerektirir. Bu tip müfredat tasarımı probleme dayalı öğrenme için kullanışlıdır.

Daha uygun olabilecek bir başka örnek Harden tarafından tanımlanan SPICES müfredat modelidir. Bu model bir skala boyunca değişebilen müfredata ait altı özellik tarif eder. Bu skala boyunca dersin konulması gerektiği yere tam olarak yerleştirilmesinin mümkün olması anlamına gelir. Aile hekimliği eğitimi yetişkin öğrenim kültürü oluşturma gayreti içinde olmamızı amaçlar, bundan dolayı tüm kategorilerde kurs skalanın soluna yerleştirilmelidir.

Spektrum Aralığı

Öğrenci merkezli	Öğretmen merkezli
Probleme dayalı	Bilgi toplama
Entegre	Disiplin temelli
Topluma dayalı	Hastane temelli
Seçmeli	Standart programlar
Sistematik	Usta-çırak ilişkisi/fırsatçı

Şekil 2.3. SPICES modeli (Harden'a göre)

Böyle bir müfredat öğrenci merkezli olabilmesine rağmen eğitimcileri bir sürekli gelişim içine sürüklemesi yönüyle de önemlidir. SPICES modelinin önemli bir dezavantajı eğitim sonuçlarının öğrencilerin davranışlarındaki değişim perspektifinden gösterilmesinin zor olmasıdır.

PROBLEME DAYALI ÖĞRENİM

Müfredatın düzenlenmesinde bu yaklaşım daha öncesine dayanır ve gitgide tıp eğitiminde önemli hale gelmeye başlamıştır. Bu yaklaşım tarzı, ömür boyu öğrenimini sürdürme yeteneğine sahip kendinden lokomotifli öğrenciler haline gelmiş, rasyonel şekilde düşünen hekimlerin gelişimi ve devamlılığı içindir. Bu tarz müfredat tasarımının avantajlarının üzerinde literatürde durulmuştur. Kaufman ve ark. bu yöntemin üç öğrenim prensibine dayandığını belirtmiştir ve hepsi ileride bahsedileceği gibi, yetişkin öğrencilerin bazı özellikleriyle ilgilidir. Bunlar:

Önceki bilginin aktif edilmesi	Yetişkinler önceki öğrenimleri açısından bolca birikime sahiptirler ve bu birikimler tartışma sırasında problemi anlamaya çabalarken harekete geçer
Bağlamsal öğrenme	Eğer mevcut şartlar müracaat edilecek şartlarla benzerlik teşkil ediyorsa öğrenme pekiştirilir ve bu, probleme dayalı öğrenmede gerçek hasta üzerine bina edilmiştir.
Olgunlaşma	Yeni bilgi birçok açıdan tartışılır ve eleştirel olarak üzerinde durulursa en iyi şekilde öğrenilir ve muhafaza edilir.

Bu süreç gerçek problemler etrafında kolaylaştırılmış küçük grup öğrenimi ile başarılıdır. Öğrenciler eğitimcileriyle temasa geçip bir problemi (aile hekimliğinde karşılaşılan veya hastanede tedaviye cevap vermeyen bir hasta gibi) ele alacaklardır. Bir ön hazırlıkları olmayacaktır ve içinde buldukları problem için mevcut bilgi ve deneyimlerine başvurmaları adına teşvik edileceklerdir. İlk beyin fırtınasından sonra, fikirlerini ciddi şekilde sorgulayan gitgide daha spesifik sorulara muhatap olacaklardır ve bu yüzden grup üyelerinin bir sonraki oturum öncesinde cevapları araştırmaları gerekecektir. Öğrenciler bir sonraki oturumda öğrendiklerini paylaşacak ve ilk olarak arz edildiği gibi problemlere uygulayacaklardır. Probleme dayalı yaklaşımın unsurları artık birçok tıp fakültesinin müfredatına dahil edilmiştir

ÖĞRENİM ÇIKTILARI

“Çıktı temelli” eğitimin belli bir dereceye kadar -davranışsal hedefler modeli- müfredatının yerini aldığı öne sürülmüştür. Öğrenim çıktıları, kursun sonunda neyin elde edildiği ve değerlendirildiğinin açık olarak belirtilmesi yönüyle davranışsal hedeflerden farklılık gösterir. Bir sonuç hedeflenmiş olabilmesine rağmen, istenilen sonuca ulaşmak için eğitici ve öğrenci, öğretme ve öğrenme metotlarında esneklik gösterir.

Bir eğitim oturumunu tasarlarlarken farklı yöntemlerin kombinasyonunu -kabul edilmelidir ki bazıları diğerinden üstündür- kullanarak materyalleri temin etmeleri öğrencilerin konsantrasyonunu sağlama ve sonuca ulaşmaları için maksimum şans yakalamaları açısından önemlidir. Öğrenime yetişkin yaklaşımı temel olarak öğrenme çıktısından ziyade öğrenimi kolaylaştıran süreç ile ilgilidir. Bundan dolayı, asistanın karar almaya iştiraki, kişisel katkı anlayışını geliştiren bir ana prensiptir. Öğretim öngörülemez sonuçlara yönelik de olabilir ve öğrencilerle uyumsuzluk/uyumsuzluk yaşanması durumunda bazen eğiticinin gayesi başarılı bir ders ile karşılık görmez.

Öğrenim çıktıları, modül sonunda yapabilecekleri adına öğrencilerden ne beklediğimizdir ve bu konuda, programın belirlenmesi ve modülün tasarlanması ile ilgili belirtilen kalite şartlarını sağlama yeteneği esas alınmalıdır. Genel olarak gerçekleştirilebilmeleri için, planlar öğrenim çıktısı hedeflenmeden bırakılmamalıdır.

Kursun kalitesi öğrenim sonuçlarının kalitesine bağlı olabileceği gibi öğrenim çıktıları kaleme almak önemli derecede uzmanlık ve tecrübe gerektirir. Öğrenim çıktıları için sıklıkla “*bu oturum sonunda öğrenci genellikle başarabilir.*” ifadesi kullanılır.

Sonuç olarak değerlendirmeyi başarıyla geçen öğrenciler belirlenen sonuçları elde ettiklerini göstermiş olacaklardır. Aşırı beklenti öğrencilere olumsuz etki ettiği için müfredatı tasarlarlarken öğrenim çıktılarının aşırı olmaması önem arz etmektedir.

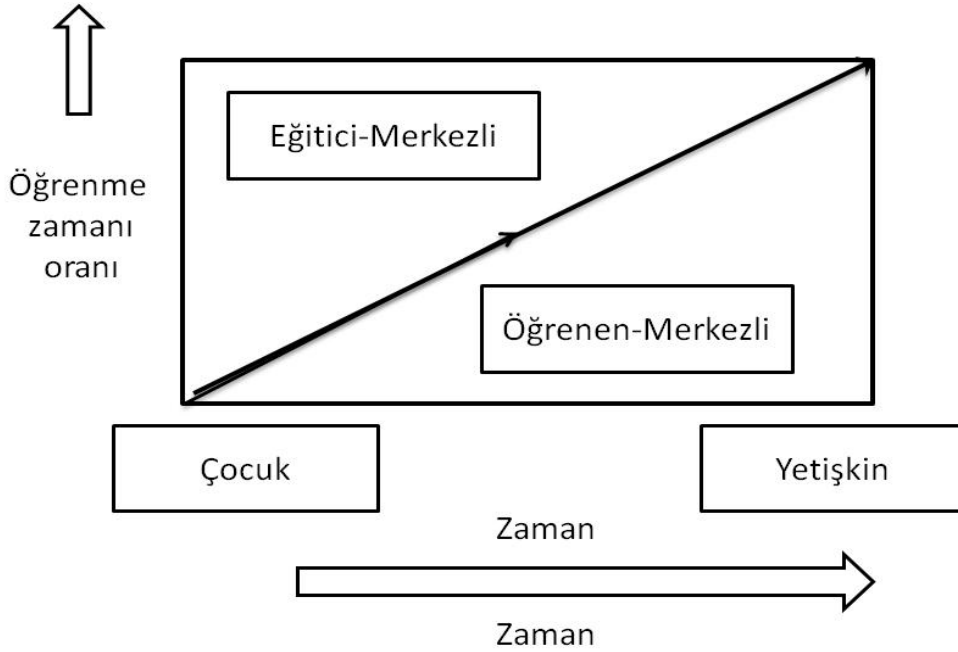
YETİŞKİNLER NASIL ÖĞRENİR?

“İnsanlar, doğru bilgiyi doğru yolla, doğru zamanda elde etikleri sürece kendi kendilerini eğitirler.”

İlk bakışta, biz tıp eğitimcilerinin hiçbir şey yapmayacağı ve basitçe öğrenenleri kendi öğrenme araçları ile yalnız bırakma önerisi eğiliminde olacaktık gibi görünebilir. Tabii ki bunu yapmak doğru değildir. Eğitici olarak bizim işimiz onlara doğru bilgiyi doğru yolla ve doğru zamanda sağlamaktır.

Son 30 yılda yetişkin eğitimi alanında eğitimcilerin çalışma ortamında kullanabilecekleri çok sayıda yayın ve araştırma olduğu konusunda fikir birliği vardır. Profesyonel çabanın gerektiği bütün alanlarda olduğu gibi, büyük fikir ayrılıkları ve devamlı tartışmalar da vardır. Bununla birlikte aile hekimi eğitimcisinin kullanabileceği bazı konular vardır.

Yetişkinlerin nasıl öğrendikleri, çocukların nasıl öğrendiği ve öğretmenlerin onlara nasıl eğitim vermesi gerektiğini ele almak iyi bir başlangıç noktasıdır. İlkokuldaki ilk günlerimize geri gider ve o günlerdeki eğitimi düşünürsek, eğitim etkinliklerinin tamamının öğretmen merkezli olduğunu hatırlarız. Öğrencilere ne, nasıl, ne zaman ne kadar süreyle çalışacakları talimatları verilirdi (ödül ve cezalar vardı). Liseye geçtiğimizde kütüphaneyi ve diğer kaynakları kullanmak ve sınıf dışı kurslar gibi kişisel çalışmaya doğru bir değişim vardı. İçeriğin neredeyse tamamı dışarıdan belirlenirdi. Bu değişimin üniversite boyunca da devam ettiğini ve eğitici merkezli eğitimden giderek dönüldüğünü söyleyebiliriz. Eğitici merkezli eğitimde eğitici ne öğrenilmesi gerektiği konusunda her şeyi belirlerdi. Yetişkin merkezli eğitimde ise öğrenenler içerik ve yöntem hakkında giderek artan bir sorumluluk alır. Bu ilişki şekil 2.4'teki gibi gösterilebilir.



Şekil 2.4. Öğretim ve öğrenen yaşı.

Bu ayırım mutlak değildir ve bu çocukluk çağından yetişkinlik çağına geçmemizin bir süreci olarak görülmelidir. Çocuklar meraklıdır ve kendi başlarına bırakılırlarsa çevrelerini araştırarak ve kendi kendine öğreneceklerdir. Herhangi bir ebeveyne sorabilirsiniz! Bazı bilgi ve beceri tiplerinin en iyi öğretim şekli eğitici-merkezli olabilir. Örneğin, açık nedenlerden ötürü, bir paraşütü katlama! Bunu yapmanın iki yolu yoktur ve öğrenen ya eğitici ne söylerse tam olarak onu yapar veya zamansız bir sonla karşılaşır. Eğitici merkezli yaklaşım pek çok pratik becerinin öğretilmesi için doğru olmaya devam edecektir. Bu tartışmada, özellikle öğrenmeyle ilişkili olarak "yetişkinliğin" ne olduğunu henüz tanımladık. Bunu en iyi iki bileşeni göz önüne alarak gösterebiliriz: Fiziksel gelişim ve iç derinlik. Eskiden fiziksel büyümenin tamamlanması şeklinde bir tanım nispeten kolaydı. Entellektüel, duygusal bileşenlerden oluşan ikincisi, ömür boyunca gelişmeye devam eder ve kesinlikle yetişkinlerin ulaştığı fiziksel büyümenin ötesindedir.

Yetişkin öğrenmesinin, iç gelişimle ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. İç gelişimin kesin bileşenleri eğitim felsefecileri tarafından pek çok tartışmanın konusu yapılmıştır. Bu tartışmaların detaylarını araştırmak uygun olmaz, fakat yetişkin öğrenmesinin yetişkinlik çağı büyümesinin ötesinde olduğu kavramını korumak önemlidir.

PEDAGOJİ VE ANDRAGOJİ

Oxford İngilizce sözlüğü pedagojiyi öğretim bilimi, pedagoğu da kıdemli eğitici, öğretmen olarak tanımlamaktadır. Pedagoji paidos-erkek çocuk ve agogos-rehber anlamına gelen yunanca kelimelerinden türetilmiştir. Bu geniş tanım genel kullanım için yaygın olarak kabul görmüştür, fakat yetişkin eğitim dilinde daha ileri tanımlanmıştır. Yetişkinlerin nasıl öğrendiği üzerindeki çalışmalarda, Knowles, andragojiyi yetişkin öğrenmesine yardım eden bir bilim ve sanat olarak, pedagojiyi çocuk öğrenmesine yardım eden bir bilim ve sanat olarak, eğitim yelpazesinin zıt uçlarında olacak şekilde teorik çerçevesini çizen bir tanım yaptı. Onun görüşüne göre çocuklar pasif öğrenendir. Öğretmenin onlara öğretmek için seçtiğini öğrenirler ve bilgi ve beceri konularından her ne verilmiş ise onu almaya hazırdırlar. Öte yandan yetişkin öğrenenler öğrenmeleri ile bağlantı kurmak ve kendi buldukları durumdan öğrenmek için kendi deneyimlerini kullanırlar. Her ne kadar çocukların öğrenmesi ile ilgili görüşleri tamamen kabul edilmese de, yetişkin öğrenmesi ile ilgili fikirleri son derece önemlidir. Knowles, "benliğe" (self) ve öğrenme davranışı üzerindeki etkisine büyük önem vermektedir. Aslında yetişkinlerin, kendi kendini yöneten bireyler olarak kendilerini görmeleri, yetişkinliğe başarılı bir şekilde ulaşmanın bir kanıtı olarak kabul edilebilir.

ÖZ - YÖNELİMLİ ÖĞRENME

Büyük tartışmalara yol açmasına rağmen Knowles, şimdi genel olarak kabul edilen yetişkin öğrenmesi ile ilgili dört "varsayımı" tanımlamıştır. Bunlar şu şekilde özetlenebilir:

1. **Öz-yönelim** – Yetişkinlerin, kendi kendini yönetme ve kendi çevrelerini kontrol etmeye ihtiyaçları vardır. Yetişkinler, yetenekli olduğu alanlarda kendi öğrenme sorumluluğunu aldıklarında öğretmene ya da eğitime ihtiyaçları kalmaz; öğrenme inisiyatifini ele alanlar daha pasif şekilde öğrenmeyi bekleyenlere oranla daha iyi öğrenirler. Bu nedenle, öz-yönelimli öğrenme, kişisel, aktif ve özerktir (başka bir şey olamaz!).
2. **Birikim ve deneyimlerini kullanırlar** – Kişisel olarak olgunlaşma, değer ve kişisel ilgi deneyimlerinin toplanması ile oluşur.

Şimdiki deneyimlerimizle olan reaksiyon ve yanıtlarımız kısmen önceki deneyimlerimiz tarafından belirlenir. Önceki deneyimler eğitim deneyimlerinden öğrenenlerin cevap verme şeklini ve ondan ne öğreneceklerini etkileyecektir.

3. **Öğrenme isteği** – Öğrenme günlük yaşamla bağlantılı alanlara yönelik olduğunda en etkili olacaktır.

Tıbbi öğrenen yetişkinlerin onların eğitim programının onların gelecekteki çalışma hayatı ile olan ilişkisinin farkında olmaları önemlidir. Çevremizdeki deneyimlere dayandığı zaman öğrenme en başarılı olur ve bütün deneyimler eğitim fırsatı olarak kabul edilmelidir.

4. **Öğrenme yönelimi** – Yetişkinler konu merkezli yerine problem merkezli yönelime sahip olacaktır.

Yetişkinlerin öğrendikleri şu an karşı karşıya oldukları problemlerin çözümüyle ilgili değilse öğrenme daha az etkili olacaktır. Yetişkin öğrenenlerin özelliklerinden biri yeni bilginin gerçek yaşamda uygulanma aciliyeti gerekliliği ile öğrenen açısından zaman perspektifi değişimidir.

Knowles çalışmalarını gözden geçirmeye ve geliştirmeye devam etmiş ve daha sonra beşinci bir varsayım eklemiştir.

5. **İç motivasyon** – Yetişkin öğrenenler dış etkilerden ziyade, kişisel iç hedeflerine göre motive olurlar.

Bunun anlamı başarıya gitmenin kişisel olduğu ve öğrenmenin doğasında olan tatminin dış teşviklerden daha önemli olduğudur. Ancak, daha sonraları kabul edilmiştir ki, engeller ve caydırıcı önlemlerin etkisini hatırlamak da önemlidir.

Ayrı ve farklı eğitim süreçleri olarak andragoji ve pedagojiyi açıklama savunulabilir değildir ve daha önce açıklanan sürekliliğin aşırı ucu temsil ettiği açıktır. Ancak, kendi kendini motive edebilen, kendi kendini yöneten, problem çözme-odaklı bir birey olarak “yetişkin öğrenci” kavramı öğretmenler için son derece önemlidir. Bunun farkına varılır ve uygulanırsa, sonrasında yetişkin öğrenciler arasında “daha çok ve daha iyi” öğreneceklerdir.

Brookfield, yetişkin öğrencilerin özelliklerini ve yetişkin öğrenmeyi teşvik eden faktörleri inceleyerek, yetişkin öğrenme alanını daha da genişletti. O yetişkin öğrencilerin özelliklerini aşağıdaki gibi tanımlamıştır:

1. Yetişkinler yetişkinlik konumunu kronolojik olarak elde etmiştir.
2. Bilgi veya beceriyi kazanmayı bir amaç için yaparlar.
3. Bu keşif ortak çıkarların ve öğrenme beklentilerinin bir grup ortamında yapılmasıdır.
4. Başkalarının yorumladığı deneyimler ve yeni fikirlerden nasıl etkilenecekleri önceki deneyimlerine bağlıdır.
5. Önceki deneyimler, grup eğitim kaynakları için değerlidir. Tartışılan konular, incelenen temalar, kazanılan beceriler, önceki deneyimi üzerine çekecektir.
6. Grup içi etkileşim karşılıklı saygı ile karakterizedir. Gruplar kişisel katkıyı almaya izin vermek için tartışma metodunu kullanacaktır.

Brookfield'e göre, yetişkin öğrenenlerin bu gibi gruplardaki öğrenimi, etkili uygulamanın aşağıdaki altı özelliği bulunursa (öğrenenlerin yukarıdaki özellikleri kabul edildiğinde) öğrenme başarıya ulaşır.

a. **Gönüllü katılım**

Yetişkinler, kendi iradesinin bir sonucu olarak öğrenmeyle meşguldür ve öğrenme kararı kişinin kendine aittir. Gönüllü katılımın doğası gereği öğrenenlerin öğrenme etkinliklerine direnmelerinin daha az muhtemel olduğu anlamına gelir.

b. Karşılıklı saygı

Etkili yetişkin eğitiminin köklü bir özelliği katılımcılara kendilerinin değerli olduğu ve saygıyı hak etmelerinin hissettirilmesi gerekliliğidir. Onların katkılarını kötülemek veya herkesin önünde utandırmak eğitim dili ile “bir felakettir”. Eleştiri kendi değerini artırmayı hissetmesini amaçlamalıdır.

c. İşbirliği ruhu

Öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirilmesi ve eğitim yöntemlerinde işbirliğini gerektirir. Ayrıca eğitim rollerinin değişmesini de içerebilir. Böylece bireysel yetişkin öğrenenler grup öğrenme sürecinin organize yönleriyle sorumluluğunu üstlenecektir. Bu şekildeki öğrenmeyi kolaylaştırmak öğrenci ile öğretmen arasında aktif işbirliğini gerektirir.

d. Aksiyon ve yansıtma

Sürekli bir araştırma, bu araştırmaya dayalı aksiyon ve ardından aksiyonla ilgili yansıtma demektir; yani yeni fikir ve becerilerin araştırılması bir anda olmamaktadır. Öğrenenlere yeni beceriler kazandırmak için, gerçek hayat şartlarında onları uygulamak, yetişkinlerin ilgilendiği diğer şeylerle birlikte onların üzerinde yansıtma yapmak, onların becerilerini yeniden tanımlamak ve sürekli bir döngü içinde olmayı gerektirir.

e. Eleştirel düşünme

Eleştirel düşünme, sağlıklı bir şüphecilik tutumunu, kültürel olarak belirlenen inanç ve davranışları destekleyen bir süreci tanımlar. Bu ortamda bu yeniden gözden geçirilebilir ve yeni yapılar uygulanabilir.

f. Öz-yönelim

Bu durum, yetişkin öğrenenlerin kişisel anlamı olan ve yaşamlarındaki olaylara basit reaksiyonlar vermek yerine anlamlı değişimler sağlayan eğitim hedeflerini belirlemede kontrolü sağlama süreçlerini tarif eder.

Brookfield'e göre, öz-yönelimli öğrenme, kendi içinde bir son değildir ve çevrelerindeki dünya hakkında eleştirel düşünme, kendi kendini irdeleme ve öğrenenler tarafından yansıma süreci ile ilişkilendirilmesi gerekir. Yansıtma yapabilme yeteneği ve deneyimleri kişinin direk kendi öğrenme yeteneğini sınırlandırabilse de ancak bu şekilde öğrenme gerçekten özerk olabilir. Öğrenme sürecinin bir parçası alternatif değer çerçevelerini ve eylem imkanlarını göz önüne alır.

ÖĞRENME KOŞULLARI

Gagne öğrencinin entellektüel becerileri kazanmaları için öğrencinin yeteneği üzerine odaklanmış ve kazanmaya dayalı öğrenme için beş ana kategoride öneride bulunmuştur:

- Sözel beceriler,
- Zihinsel beceriler,
- Bilişsel stratejileri ve bilgi asimilasyonu,
- Motor beceriler,
- Tutumlar.

Öğrenmenin gerçekleşmesi için öğrenme koşulları kesin olmalıdır. Öğrenenlerin belli bir aralıkta çözüm yeteneklerini ve kazandıkları tutumları geliştirmeleri gerekir. Gagne bir dizi karmaşık mekanizmalarla ortaya çıkan daha ileri entellektüel beceriler hakkında da önerilerde bulunmaktadır:

- uyararı tanıma,
- tepki oluşturma,
- prosedürü izleme,
- uygun terimler kullanma,
- kavram oluşturma,
- problem çözme.

Gagne, öğrenme için gerekli olabileceğini söylediği dokuz klasik öğretim etkinliğini ve ilişkili süreçleri tarif etmiştir. Bunlar aşağıdaki örneklerle gösterilmiştir:

Dikkati çek	Ağlayan bir hastayla görüş.
Hedefi belirle	Hastanın sıkıntı içinde olma nedeni nedir?
Önceki bilginin hatırlanmasını sağla	Hastanın üzgün olma nedeni nedir? (depresyon, yas vb.)
Uyararı ver	Öğrencilere üzüntünün nasıl hissedildiğini açıklayan bir okuma parçası ver.
Öğrenmeye rehberlik yap	Öğrencilerin hastaya uygun sorular sormasını teşvik et.
Performansı ortaya çıkar	Öğrencilerin hastaya nasıl sorular sorduklarına bak.
Geribildirim ver	Öğrencilere neyi iyi yaptıklarını ve nereleri geliştirebileceğini söyle.
Performansı değerlendir	İletişim becerisini, tanı koyma becerisini ve devam eden eğitim alışkanlıklarını geliştirmek için başarılı/başarısız olunan alanların bir dökümünü veren geçerli değerlendirme araçları kullanılmalıdır.
Hatırlamayı ve farklı durumlarda kullanımı destekle	Öğrenilen bu durumu ve bu durumu hangi farklı durumlarda kullanabileceklerini tartış.

ÇIRAKLIK VE USTALIK

Geleneksel tıp eğitimi, marangozluk, ya da takı yapımında çıraklık süreci gibi, diğer alanlardaki gibi el sanatları becerilerini geliştirme kökleri olan bir model üzerinden olmuştur. Eski zamanlarda bir çırak bir ustaya yardımcı olurdu ve giderek artan karmaşık el becerilerini çalışma ve uygulamaları ustanın gözetimi karşılığında ustaya hizmetçilik yapardı. Tarihsel olarak çıraklık en az yedi yıl sürerdi ve insanların refahını güvence altına almak için beceri eğitimi kadar ahlaki değerleri kazanmayı da içerirdi. Beceriler yavaş yavaş geliştirilirdi, çırağın durumu "kalfa" düzeyine yükselirdi. Kalfa olan bir bireyin doğrudan ustanın denetimi olmadan bazı görevleri yürütmek için izini vardı, ama bu her zaman usta adına olurdu. Sonunda ustalığa ulaşılır ve bağımsız olarak çalışan elit usta bir birey olarak bir "lonca"ya veya zanaat derneğine katılması mümkündü. İyi bir kalfa sıklıkla çok değerli olduğu göz önüne alındığı için hızla terfi ettirilirdi. Gerçekten de, iş yüküne büyük ölçüde katkıda bulunan çırakların sömürülmesini önlemek için yasal bir çerçeve vardı. Eğitimin tamamı işi öğretmek değil, hayatı kazanmak olan usta tarafından bire bir yapılırdı. Değerlendirme sıklıkla kaliteli bir parça üretimi olan "başyapıt" ile olurdu.

Klinik tıp becerileri de aynı şekilde geleneksel olarak öğretilirdi ve "geleneksel" tıp fakülteleri bu modeli korudu. Öğrenciler, öğretme becerilerine düşük bir önceliğin verildiği, asıl işleri bir klinisyen olarak hayatlarını kazanmak olan "ustalar"a (yetenekli klinisyenler) bağlandı. Öğretmen ve öğrenci arasındaki hiyerarşik ilişki, çoğu zaman "usta" tarafından halka açık aşağılama sürecini içeren doktor olmak eğitimi sırasında pek çok kez yaşanan bir deneyim olacaktır. Neyse ki, bazı

şeylerin değişme eğiliminde olmasına rağmen, bu davranış kalıbı uzmanlık veren tıp fakültelerinde halen kolayca fark edilebilir.

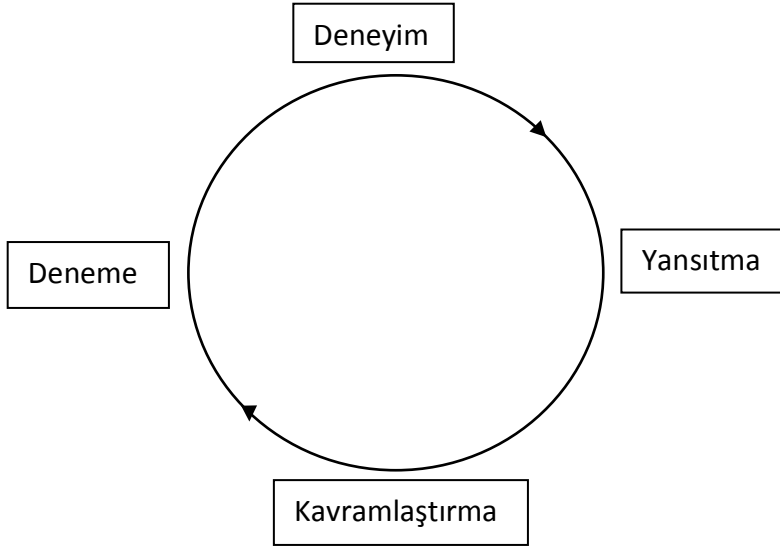
Bu gibi durumlarda öğrenmenin nasıl gittiği analiz edilmiştir. "Osmoz", Hargreaves tarafından daha az kıdemli doktorun günlük hizmet sunum turları sırasında belirsiz bir süreçle ilgili bilgileri "toplaması" olarak tanımlanmıştır. Öğrenme karakteristik olarak, plansız, sistemsiz ve çoğu zaman tesadüfidir; örneğin, bilgi, öncelikle başka bir hedefe ulaşmak için tasarlanmış bir süreçle elde edilir. Buna bir örnek, bir konu üzerinde çalışan hemşireler, hastabakıcılara kendi öğretmenleri tarafından brifing verilirken genç bir doktorun aynı zamanda odada olması ve yararlı bilgilere kulak misafiri olduğu zaman verilebilir. Ne yazık ki, bu bazıları için ancak olabildiği kadar iyidir. Bununla birlikte, etkin bir stajyerlik, planlı, sistematik ve üzerinde düşünülmüş bir eğitimi içermelidir; çırağın ustasını işi yaparken gözlemlemesi ve ardından da yeterli beceriye ulaştığını gösterene kadar ustasının denetimi altında uygulaması gerekir. Bu iyi yapıldığında, öğrencilerin karmaşık beceri alanlarında yeterlilik kazanmaları için ve ustaların öğrencilerinin ilerlemelerini izlemek ve yetkinlik kazanmış olduğunu garanti edebilmek için mükemmel bir yoldur.

Ustayı modelleme davranışı bu sürecin önemli bir parçasıdır; ne yazık ki, bu modelleme hem arzu edilen hem de istenmeyen davranış yönlerini içerir. Bu modelde çoğu zaman ikisinin de göz ardı edildiği uygulamaya dayalı öğretimi olan aile hekimliği için anahtar özelliğinde olan öğretmen öğrenci arasındaki ilişki çok önemli bir öğedir. Ancak bu son derece güçlü ve önemli olabilir. Bir öğretmen olarak kopyalanacak iyi bir model sunmanın farkında olmak önemlidir. Yıllar boyunca çıraklığın önemli bir özelliği söz konusu mesleğin kültür ve değerlerinin öğrenenlere tanıtımı ve gelişimi olmuştur ve bu tıp eğitiminin önemli bir parçasıdır. Çıraklığa dayalı öğrenmenin etkili olabilmesi için kültürel boyut referansını ve mesleğin sosyalleşmesini içermelidir. Bu nedenle modelleme en geniş anlamıyla, mesleğin kültürünü ve zihniyeti ile birlikte ustanın tutum ve davranışlarını da birleştirecek şekilde olmalıdır. Davranışı modelleme, öğrenciye sadece beceri kazanma değil, aynı zamanda kazandığı becerileri profesyonel bir ortamda uygulama fırsatını da sağlar.

21. yüzyılda aile hekimliği eğitimi ve öğrenmesini düşündüğümüzde çıraklık modeli daha az alakalı görünebilir. Ancak modelleme aile hekimliği eğitiminde kabul edilmesi gereken ve değerli bir süreç olmaya devam etmektedir. Uygun bir demostrasyon ile kişisel koçluk ve denetim beceri kazanmanın önemli bir parçasıdır ve yirmi birinci yüzyılda bizim tıp eğitiminde yeri olduğunda hiç şüphe yoktur. Bu özellikle karmaşık pratik becerileri öğretme ve öğrenme için doğrudur, ama bunun bile daha çok pratik alanda eğitim teorisinin diğer yönleriyle ilgilenen öğretmenler tarafından uygulanması gerekir. Şüphesiz büyük bir uzmanlığa sahip ve bize pratik bir beceriyi öğretmek için çalışan bazı eğiticiler neden bunu kendi çıraklarına aktaramamaktadır? Bunun sebebi nedir? Cevabın bir kısmı, bir eğitici olarak kendi güçlerinin teorik çerçevesinin varlığında (veya yokluğunda) bulunabilir.

DENEYİMLERDEN ÖĞRENME

Deneyimlerden öğrenme kavramı içinde bir şekilde deneyimlerin yansıtılmasına ihtiyaç vardır. Kolb, deneyimlerden ortaya çıkan öğrenme ve davranış değiştirme süreci için bir paradigma üretmiş ve Schön yansıtmanın gün-gün profesyonel fonksiyon üzerindeki etkisinin nasıl olduğunu yazmıştır.



Şekil 2.5. Deneyimden öğrenme yetişkin modeli (Kolb ve Fry'den alınmıştır)

Kolb, tecrübelerin öğrenmeyi sağlaması ve davranış değişikliği oluşturmasının Şekil 2.5'teki çemberde gösterildiği şekilde olduğunu belirtmektedir. İlk adımda öğrenen uygun bir tecrübe yaşamalı ve anlamlı bir tecrübe oluştuğunun farkına varmalıdır. Sonraki adım, -bu tecrübe rahatsız edici olsa bile- tecrübenin analiz edilmesidir. Analizin amacı, ilk tecrübeden hareket ederek geçerli veriler üretmektir. Kavramsallaştırma aşaması, öğrenenin yaptığı yansıtmalardan anlamlı bilgileri damıtmasını ve bunları gelecekteki profesyonel aktiviteleri için ne kadar kullanabileceğini belirlemesini gerektirir. Bu süreç sırasında tecrübenin oluştuğu sosyal ve profesyonel ortama dikkat etmek gerekecektir. Son aşama deneme (uygulama, experimentation) aşamasıdır. Bu aşamada tecrübeler gelecekteki muhtemel olayların ışığında değerlendirilmelidir: öğrenci nasıl karşılık verecek, tecrübe farklı olacak mı ve sonuç farklı olacak mı? Tabii ki bu noktada yansıtma çemberi tamamlanmış olmaz ve kişisel gelişim oldukça yeni tekrarlar olacaktır.

Tüm bunlar kulağa oldukça karmaşık geliyor. Uygulamada nasıl çalıştığı pratik bir örnekle gösterilebilir. Bazı tabaklar, bir tezgah üzerinde duruyor ve yemek servisi için masaya gitmeleri gerekiyor. Bunu yapmak için tabakları alıyorsunuz; çok sıcak olduğundan hepsini bırakıyorsunuz. Bu durumda bir deneyim yaşadığınızı kabul edersiniz. Bu yansıtma aşasındaki verileri göz önünde bulundurursunuz:

- Tabakların sıcak olduğu bilgisi verilmemişti
- Tabaklar fırında değildi
- Yemeğin sıcak olması gerektiği ve genellikle sıcak tabaklarda servis edildiğini biliyordunuz
- Tabakların sıcak olup olmadığını aşçıya sorabilirdiniz
- Tabakların kırılması, yenilerinin yerine konması için bir masraf oluşturmuştur

Bu tecrübeyi kavramlaştırırken oluşturduğunuz verileri nasıl kullanacağınızı düşünürsünüz. Tabakların her zaman sıcak olduğunu varsayabilir veya aşçı veya diğer çalışanlara tabakları ısıtıp ısıtmadıklarını sorabilirsiniz. Bu deneyimle birlikte sonraki hareket tarzınıza karar verecek ve

tabakların sıcak olduğu bildirildiği zaman uygun davranmayı ve tabakları nasıl düşürmeyeceğinizi keşfedeceksiniz. Kavramsallaştırmanız yanlışsa ve tabakların sıcak olup olmadığını keşfedemiyorsanız bu öğrenme döngüsü uzayabilir. Yeni bir yansıtma döngüsü kavramsallaştırma ve sonra denemeyi gerektirecektir.

Bu tür deneyimlerden öğrenme yaklaşımı, belli bir ölçüde doğuştan gelmektedir, ama ortaya çıkan öğrenme miktarı değişecektir ve bu süreci kolaylaştırmak için öğretmenin rolü vardır.

Schön öğrenmede yansıtmanın rolü ile de ilgilendi, ancak özellikle profesyonellerin işlerini yaparken nasıl düşündüklerini dikkate aldı. Yaptığını bilme "knowing-in-action" ve çalışırken yansıtma "reflection in action" kavramlarını geliştirdi. "Knowing-in-action" ı aşağıdaki özelliklere sahip olma olarak tanımlamaktadır:

- *"Kendiliğinden nasıl yürüteceğini bildiğimiz yargılar ve tanımların olduğu; onları yaparken veya öncesinde onlar hakkında düşünmek zorunda olmadığınız işler vardır."*
- *"Biz genelde bu tür şeyleri öğrendiğimizin farkında değiliz; sadece kendinizi onları yaparken bulabilirsiniz."*

Profesyoneller kendi gündelik yaşamlarında görevlerin yürütülmesinde sezgisel olarak bilgi ve becerilerini (iş bilme, knowing-in-action), uygulamalar ve bunu kapsamlı bir düşünmeye ihtiyaç duymaksızın kendi pratik deneyimleri planında çizerler; uzmanlığın doğasında bu vardır. Bu zımni beceriler düşünsel bir çalışma olmadan becerilerin görünmesine ve çok sayıda yargıya izin verir. Örneğin deneyimli bir aile hekimi iki yaşındaki birisinin kulağını muayene etmek istediği zaman düşünmeden anneye çocuğu nasıl tutacağını gösterir ve hızlı ve ustaca becerisini kullanarak bilinçli bir düşünce ya da yansıtma olmadan otoskobu kullanır.

Ancak, bu otomatik aktivite sırasında hareket aniden düşünceye dönüşebilir ve yaptığı iş hakkında yansıtma bulunabilir. Bu yansıtma işlemi rutin işler sırasında beklenmedik bir sonuç tarafından uyarılabilir veya kendiliğinden olabilir. Bazı ilginç, şaşırtıcı veya beklenmedik fenomenlerle ilgili yansıtma, yeni düşünceleri kullanarak yapılan işlerin kritik olarak gözden geçirilmesini sağlayabilir. Yansıtma çerçeve ve yeni anlayışı kullanan tecrübe ve bir kritik gözden geçirmeye sonuçlanabilir. Schön bu yapılan iş hakkında düşünme ve yansıtma işlemine "İşi düşünme (reflection-in-action)" demiştir ve bu durum profesyonel ustalığın gelişim sürecini tanımlamaktadır. "İşi düşünme" sürecinin üç özelliği vardır:

1. "İşi düşünme" en azından belli ölçüde bilinçli bir iştir ama her zaman sözcüklerle ifade edilmesi gerekmez.
2. "İşi düşünmenin", "knowing-in-action (iş bilme)" nin varsayım veya yapısını sorgulayan kritik bir işlevi vardır.
3. "İşi düşünme" acil önlem için önemli olan yansıtma türlerini diğer yansıtma türlerinden ayıran spot deneyimlere sebebiyet verir.

İşi düşünme veya işte yansıtma olarak tanımladığımız bu durumu bir örnekle ele alalım. Yukarıda bahsedilen çocuğun muayene için tutulması nedeniyle son derece stres altında olduğunu varsayalım. Aile hekimi bu olaya şaşırır ve hemen yansıtma yapar. Bu durumda farklı bir şey yaptı mı? Annenin anlayabileceği şekilde çocuğu nasıl tutması gerektiğini gösterdi mi? Başka ne olabilir? Doktor ne olduğunu nasıl anlayabilir? Tüm anneler bu durumda şunu söyleyecektir: "Üzgünüm doktor. Kafası yarıldığı için acil servise götürdüğümünden beri doktorla karşılaşınca hep bu şekilde kıpırdanır, huzursuz olur." Doktor, daha sonraki muayenelerde çocukların geçmişte birileri tarafından zorla muayene edilme gibi bir durumlarının olup olmadığını sorması gerektiğine karar verir.

Bu döngü Kolb döngüsüne çok benzer, ancak farkı, Schön'ün bunu günlük profesyonel uygulamaların içerisine yerleştirmiş olmasıdır. Bununla birlikte, Schön'e göre bu uygulama anında gerçekleşir ve profesyonel kişilerin bilgilerini pratik karar vermeye nasıl uyguladıklarını gösterir. Schön, profesyonel uzman davranışını geliştirmek için bir model sunuyor. Öğretmenlerin bunu kabul etmesi ve desteklemesi önemlidir.

Yetişkin öğrenenlerin kendilerinin ve de yetişkin öğrenmenin tanımlanabilir özelliklerinin olduğu, yetişkin öğrenmesi için çerçevelerinin bir deseni belki ortaya çıkıyor. Bizde aktif bir süreç olarak öz-yönelimli öğrenmenin önemi ana hatlarıyla vardır ve ayrıca kişisel yansıtma ve deneyimle öğrenmenin önemi vurgulanmıştır.

Yetişkin eğitiminin tıbbi olmayan bu modellerinden ne sonuç çıkarılabilir? İlk ve en belirgin olanı, tıbbi olmayan çalışmalardan elde edildikleri ve bu nedenle, tıp eğitimi için geçerli olmayabilecekleridir. Çeşitli modellerinin gelişmesine neden olan bu teoriler çevresinde yapılan pek çok orijinal çalışma, gerçek çalışma koşulları dışında sağlanmış eğitime dayanmakta ve iş için gerekli bilgi ve becerilerin kazanılması ile doğrudan ilişkili değildir (örneğin, yetişkinin birinin yabancı dil öğrenmek için akşam sınıfına kayıt yaptırması). Doktorların eğitimleri farklı olabilir; açıkça iş odaklı olan bilgi ve beceri kazanımı uzun bir süreçtir. Lisans ve lisansüstü tıp öğrencilerinin kronolojik olarak yetişkinlik çağına ulaşmış olduklarından hiç şüphe yoktur. Daha da ötesi, yetişkin tıp eğitimine farklı yollarla cevap verildiğine ilişkin hiçbir öneri yoktur ve bu nedenle, burada açıklanan ilkeler onlar için geçerli olmalı ve tıp eğiticileri bunları anlamalı ve uygulamalıdır.

ÖĞRETME VE ÖĞRENME YAKLAŞIMLARI

Tıpta ya da başka bir alanda olsun, öğrenme eyleminin merkezinde öğrenciler tarafından uyarlanmış öğrenme davranışları ve öğretmenler tarafından kullanılan yapılandırılmış yaklaşımlar arasında ilişki vardır. Örneğin, tıpta, doktorların kendi öğrenme stilleri açısından tercih yaklaşımları açısından önemli farklılıklar vardır. Az sayıda kişi formal bir şekilde ders anlatma tarzı pasif eğitimleri tercih etse de, diğerleri hem formal, hem de formal olmayan dersleri içeren öğrenme faaliyetlerinin karışımı olan küçük grup ve bireysel yaklaşımları tercih eder. Eğer öğretmen başarılı bir sonuç almak istiyorsa bu tür tercihleri dikkate almalıdır.

Şu da unutulmamalıdır ki, öğrenenlerin farklı geçmişleri, eğitimleri ve kabiliyetleri vardır ve bunlar, herhangi bir öğretim stili içinde dikkate alınmalıdır. En iyi öğrenme, öğrencinin konunun kendi ihtiyaçlarına uygun olduğunu algılaması halinde gerçekleşecektir.

ÖĞRETMENLERİN NİTELİKLERİ

Aile hekimliği eğitiminin öğrenci merkezli yetişkin eğitimi ilkelerine dayalı olması gerektiği sonucunu ortaya koyduk. Lisans eğitimi veya uzmanlık eğitiminde olsun, aile hekimliği öğrencilerinin tümü yetişkin öğrencilerdir. Bu bölümde bahsedilen yetişkin eğitiminin teorik çerçevesinden anlaşılacağı üzere, başarılı bir yetişkin eğitimi için eğiticilerin rolleri çok önemlidir. Şu da açıktır ki, öğretme becerileri usta hekimler tarafından otomatik olarak kazanılmaz; bu becerilerin kazanılması uygulama ve eğitimi gerektirir.

Jarvis ve arkadaşları eğiticilerin kendi kendine öğrenmeyi başarıyla sağlamaları için gerekli görevlerin kapsamlı olmayan bir listesini yayınlamışlardır:

- Ders yoluyla ve medya kullanımı ile bazı konular hakkında bilgi sağla
- Birey veya küçük grup için kaynak olarak hizmet ver

- Öğrenenlere yardım etmek için yeterlilik ve ihtiyaçlarını değerlendir
- Kişisel öğrenme planları hakkında geribildirim sağla
- Belirlenen konularda ihtiyaç değerlendirmesi için mevcut kaynakları bul
- Çalışma alanında kaynakları topla
- Özel konularla ilgili kaynak kişi ile teması düzenle ve normal grup oturumlarının ötesinde öğrenme deneyimleri kur
- Resmi ortamlar dışında da öğrencilerle çalış
- Öğrenenlerin bağımsızlığını teşvik eden öğrenme yaklaşımları ve tutumları geliştir
- Tartışmayı teşvik ederek öğrenme deneyimlerine olan ilgiyi uyar
- Öğrenmeye ve kendi kendine araştırmaya yönelik olumlu bir öğrenme tutumunun gelişmesine yardım et
- Sürekli değerlendirme faaliyetleri, sürekli geribildirim ve öğrenci katılımını teşvik etme gibi faaliyetleri bir öğrenme süreci olarak yönet
- Öğrenci başarısını değerlendirme hizmeti ver

Özellikle tıp eğiticileri asıl iş olarak genellikle hastalara hizmet vermektedirler ve bu eğitim görevini bir "ek" faaliyet olarak yaptıklarını hatırladığımızda bu liste oldukça korkutucu olabilir.

Peki, bizim aile hekimliği eğiticilerinden beklediğimiz kalite ve katkı ne olmalıdır? Öğretiyor oldukları malzemeyi kesinlikle tanımalıdırlar. Yetişkin eğitiminin nasıl olacağına ilişkin bilinen teorilere aşina olmalıdırlar. Organizasyonun eğitim amaçlarına aşina olmalıdırlar. Böylece öğreten kim olursa olsun öğrenci öğrenme yolu boyunca benzer mesajları alır.

Özellikleri bakımından, öğretmenlerin belli bir öz-güven derecesine sahip olmaları ve kesinlikle bol miktarda enerji ve coşkuya sahip olmaları zorunludur. Eğer öğretmen taahhüt ettiklerini kendi değerlerini göstermede başarısız olursa öğrenciler tarafından kolaylıkla zayıflatılacaktır. Eğitici her şeyden önce öğrenciler arasında adaletli olduğunu göstermek zorundadır.

Öğretmenlerin yetenekleri nedir? İyi iletişimci olmalıdırlar, beceri ve planlarını analitik olarak göstermelidirler. İyi bir problem çözücü olmalıdırlar ve öğrencileri motive etme yetenekleri olmalıdır. Öğretmenler hassasiyet göstermelidir ve bire bir temelde çalışma yetenekleri olmalıdır veya grubun öğrenmesine öncülük etmelidirler.

Öğrenme psikolojisi üzerinde büyük bir etkisi olan psikolog Rogers, öğrenci merkezli öğrenme yaklaşımı ilkeleri üzerinde hatırı sayılır miktarda çalışmalar yaptı. Bunlar tehdit edici olmayan, öğrencinin ihtiyaçlarını tanımaya duyarlı olmayı içerir. Aslında öğrenmenin önemli ölçüde 'yaparak' gerçekleştiği ve özeleştirinin takdir edilen ikincil bir erdem olduğunun da kabul edilmesi gerekir.

ÖĞRETİM TEKNİKLERİNİN FELSEFESİ

Sokratik (Socrates, Yunan filozof, M.Ö. 469-399) öğretim tekniği - eleştirel düşünmeyi geliştiren en etkili öğretim tekniklerinden biridir. Bu teknikte asistana cevaplar yerine sorular verilir. Sokrates sürekli sorgulayan, araştıran, bitmek bilmeyen sorularıyla devamlı yeni şeyler keşfeden öğrenciler yetiştirme konusunda çok hevesli ve gayretliydi. Sokratik sorgulama rastgele bir süreç olmaktan çok uzaktır ve dikkatlice, adilce ve birbirleriyle alakalı olarak hazırlanmış önceki soruların cevaplarına istinaden mantıklı bir sorular zinciri karakteristiği gösterir. Sokratik bir öğretmen devamlı sorgular. Hedef ve amaçlar gibi ilgili konuları derinlemesine inceler. Muhtemelen bilgiye başvuracak ve onu hemen kabul etmek yerine uygunluğunu ve yürütülen varsayımları sorgulayacaktır. Sokratik bir öğretmen tartışma odaklı olur, entellektüel

sorumluluğunu muhafaza eder, derinlemesine sorularla beyin fırtınalarını tetikler, ara ara neyin üzerinde durulduğunu özetler ve tartışmaya maksimum sayıda öğrencinin iştirak etmesini sağlar. Öğretmen ve öğrenci ifade ve düşüncelere açıklık kazandırmaya çalışmalı, uygunluğunu, doğruluğunu ve kesinliğini iyi araştırmalı, materyalleri derinlemesine ve kapsamlıca değerlendirmeli ve farklı bakış açılarını dikkate almalıdır. Hatta mantıklı olup olmadıkları bile sorgulanmalıdır. Meydan okuyan, zorlayan (Challenging) durumlar, acizlik değil, güç olarak görülür.

Didaktik öğretim tekniği - bu teknikte öğretmen herşeyin en iyisini kendisinin bildiği, işine odaklandığı, idealist bir görüş benimsediği izlemine verir. Öğretmenler dersleri veya örnekleri genellikle öğrencilerin benimsemesini beklediği görüşlerini ortaya koymak için kullanırlar ve kullandıkları yöntem öğrencileri belli bir yere yönlendirici önemli soruları da kapsar. Öğretmenler otoriter ve kendine fazla güvenen yapıdadırlar ve eğitimin kontrolü açıkça öğretmenlere teslim edilmiştir. Bu yaklaşım tarzı - özellikle de bilgi ve rol model verilirken - verimli görülebilir fakat yine de bu yaklaşım tarzında öğrencilerin anlama yetenekleri tartışılabilir. Tıpta, biyokimya ve fizyoloji derslerinin verildiği büyük bir amfiyi veya klinik anatominin kadavra üzerinde ve patolojinin görsel yöntemlerle anlatıldığı veya öğrencilerin tanıya daha çabuk ulaşmalarını sağlamak amacıyla konsültanların yol gösterici sorular sordukları bir sınıf ortamını örnek olarak hayal edin.

'Heuristic' öğretim tekniği- 'heurism' öncelikle deneme yanılma ile ilişkilidir ve öğrenme sürecinin ardından gelen düşünme süreçleri birincil derecede önemlidir. Öğretmen problemleri çözmek ve modelleri/kalıpları aramak için öğrencinin ne düşündüğünü soracak ve mantıklı ve sistemli (analitik) olmaları için teşvik edecektir. 'Heuristic' model öğrencilerin temel değerlerini (value basis) sorgular. Bu özel problem öğrenci için neden önemli ve öğrenci niçin bu meseleyi çözmek için zaman harcamalıdır? Öğretmen öğrencileri anlamaya ve unutulmadan önce konuyla ilgili bilgileri tekrarlamaya teşvik edecektir. Öğretmen ayrıca öğrencilerin bu gibi bilgilerin kavramsal temeli üzerinde düşünmelerini teşvik edecektir. Gerçekten anlamışlar mı ve belli problemleri çözmek adına farklı yaklaşımlar sergileme ve farklı yöntemler uygulama imkanı sunacak, öğrencilerin öncesinde böyle problem ve mevzulara karşı bir deneyimleri var mı? Öğretmen öğrencileri tartışmaya daha iyi odaklanmaları için fikirlerini tekrar kurgulamaları, kaliteli bilgi toplamaları, verilerden ulaşılan sonuçları tekrar gözden geçirmeleri konusunda teşvik edebilir. Henüz ortaya çıkan anlamlı bilgilere verilerden elde edilen sonuçları eklemek için onları araştırma ihtiyacı kaçınılmaz olarak ortaya çıkacaktır. Özet olarak 'heuristik' yaklaşım sürekli kalite iyileştirme kavramı, planlama, uygulama ve deneysel düşünce süreci altyapısının geliştirilmesi ile ilişkilidir.

Kolaylaştırıcı eğitici - bu teknikte öğretmenler destekleyici, öğrencilerin öğrenim ihtiyaçlarını ve davranışlarını anlayan ve çeşit çeşit tutumun üstesinden gelebilen bir felsefeye sahiptir. Genellikle bu kategorideki öğretmenler insanları yargılamazlar. Belli sınırlar içinde öğrencilerini teşvik ederler ve öğrencilerin taleplerine ve değişen öğrenim ihtiyaçlarına uygun şekilde karşılık verirler. Bu gibi şartlar altında öğrenci öğrenim ortamının kontrolündedir. Bu kategorideki öğretmenlerin insani ilişkileri ve iletişim yetenekleri gayet iyidir. Stresin üstesinden gelmekte çok başarılıdırlar ve öğrencilere kendi değer sistemlerini geliştirmeleri konusunda yardım ederler.

Sinergoji - pedagoji ve androgojinin en iyi özelliklerini kullanır. Öğretmenlerin uzmanlık bilgilerinden yararlanır fakat aynı zamanda öğrencilerin katkılarıyla konuya iştirakini teşvik eder. Otorite figürü olmayan kolaylaştırılmış öğrenime sahip olmanın dört ana ilkesi mevcuttur.

Öğrenciler akranlarıyla etkileşim içindedir, kendi öğrenimlerinden sorumludurlar ve takım çalışmasıyla öğrenmeye teşvik edilirler. Böyle bir ilişki eğitim başarısı için ana sebeptir.

Yukarıda özetlendiği gibi gerçekte çoğu öğretmen öğretim tekniğini şartlara uyarlar ve birçok yaklaşım şekli sergiler. Öğretmenlerin kullandıkları yaklaşımın iyi mi kötü mü olduğunu kavramaları ve ideal öğrenimin gerçekleşmesi için uygun ortamı hazırlamaları kilit öneme sahiptir.

ÖĞRENİM ORTAMI

Öğrenim ortamı dikkatle ele alınması gereken önemli bir konudur. Doktorların eğitimi, ayrımı zor olan sosyal ve eğitici organizasyonların kombinasyonuna dayalı çok boyutlu bir kavram olup aşağıdakileri kapsamaktadır:

- Fiziki şartlar
- Eğitim kurumlarındaki kültürel yapı
- Denetim kalitesi
- Sosyal destek
- Çeşitlilik/dağılım ve iş yükü
- Rolün/görevin netliği
- Öğrenci özerkliği ve öğrenim yaklaşımları

FİZİKİ ŞARTLAR

Yürütülen öğrenim tekniğine göre fiziki şartların uygun olması önemiyet arz eder. Büyük gruplar için derslerin görüntülü ve sesli sunumlar eşliğinde, not alma kolaylığının sağlandığı, öğrencilerin rahatça oturabildiği ve böylece herkesin zorlanmadan dersi takip edebildiği amfilerde işlenmesi daha yerinde bir tercihtir. Küçük grupların interaktif dersler için büyük amfileri kullanmaları göze pek hoş gelmeyen bir durum oluşturacaktır. Küçük gruplar için oturma düzenine göre uygun ebatlarda odalar gerekmektedir. Böylece öğrenciler hem birbirlerini hem de öğretmenlerini rahatlıkla görebilirler. Bazen, özellikle de konu küçük gruplara özel ise veya diğer gruplar için kafa karışıklığına mahal vermek istenmiyorsa grupların ufak ara odalara taşınmaları gerekebilir. Bu konu çok açık görünebilir fakat çoğu kez eğitimin gerçekleşmediği görülür çünkü fiziki şartlar yetersizdir. Çoğu eğitim kurumu eğitim sunmak için oluşturulmuş olmakla birlikte, doktorlar için birçok eğitici etkinlik oteller ve konferans merkezleri gibi farklı alanlarda da yapılmaktadır. Öncesinde mekanlara ön ziyarette bulunmak, odaların düzenini ve projeksiyon, kağıt tahta, televizyon, video gibi imkanları sağlamak, gerektiğinde uygun değişiklikleri yapmak ve yakında bir teknik elemanın hazır bulundurulması her zaman için önemlidir.

ÖĞRENCİLER VE ÖĞRENİM YAKLAŞIMLARI

Eğitimin etkili eğitim sonuçları elde etme konusunda öğrencilerin bireysel bazda ele alınması gerektiğinin ve tıbbi sahada en azından yetişkin öğrenim teorisinin maksimum başarıya ulaşmak için en uygun yol olduğunun bilincinde olması çok önemlidir. Öğretim siklusu yetişkin öğrencinin ihtiyaçlarının ifade edilmesiyle başlar. Aile hekimliği asistanlarını öğrenmeleri için teşvik eden saikler olmalı ve çeşitli kaynaklardan bilgiye erişim ve gerekli bilgileri öğrenme dahil kendi öğrenimleri için sorumluluk kültürü geliştirmeleri teşvik edilmelidir. Eğiticiler, yetişkin öğrencilerin istifade edilebilecek kendi hayat tecrübelerini yanlarında getireceklerinin farkında olmalıdır. Asistanlar daha önce ekip çalışması yapmış ve farklı kültürel çevrelerde çalışma tecrübesine sahip olabilirler.

Belirttiğimiz gibi yetişkin öğrenciler özellikle böyle bir tecrübeye sahip ise genellikle kendinden lokomotifli olarak öğrenebilirler. Eğiticinin de öğretim tekniğini buna göre uyarlaması hayli önemlidir ve eğitimcilerin öğretim tekniklerini uyarlamaları için birçok yol vardır. Böylece öğrencilerle daha iyi bir iletişim kurulabilir.

Eğitici ve asistan arasındaki ilişkisindeki paternalizm sorunu öğrenci için önemli bir endişe kaynağı olabilir. Böyle bir yaklaşım çoğunlukla öğrenme motivasyonuna zarar verir ve öğrenci memnuniyetini azaltır.

DENETİM KALİTESİ (QUALITY OF SUPERVISION)

Tıp eğitimcilerinin eğitim teorisi ve metodunda bazı resmi eğitim şekillerine sahip olması önemlidir. Hiçbir doktor annesinden öğretmen olarak doğmamıştır. Ayrıca eğitici ne kadar yetenekli olursa olsun öğretim teknikleri her zaman için pasif gözlem ile elde edilememektedir. Eğitimciler kendilerini öğretmeye motive etmeli, derslere zamanında gelmeli ve konuyu bitirmeden erkenden sınıftan çıkmamalıdır ve gerekli soru ve açıklamalar için öğrencilere yeterli zamanı ayırmalıdır. Ayrıca eğitimciler kesinlikle bir bireyi ne kadar sevmeseler de öğrenciler ile husumet içinde olmamalıdır ve belli öğrencilere daha yakın olmaktan kaçınmalıdırlar. Bu uygulama öğrencileri memnun edecektir. Öğretmenler mümkünse teşvik edici olmalı, öğrencilere ilgi göstermeli ve öğrencilerin güvenini ciddi biçimde sarsabilen özellikle arkadaşlarının önünde onlarla alay etmekten uzak durmalıdır. Sinirli ve kibirli bir tavır sergilemek öğretmenler için eksi not olarak kaydedilir. Öğrenciler küçük düşürüldüğünde, zor durumda bırakıldıklarında veya korkutulduklarında genellikle öğrenme şevklerini kaybederler. Eğitimcilerin eşit fırsatlar eğitimine tabi tutulmaları da önem arz eder. Böylece cinsiyet, ırk ve kültürel ayrımcılık gibi algılanabilecek durumlara karşı dikkatli olurlar.

SOSYAL DESTEK

Eğitim süresince öğrenciler sosyal izolasyona maruz kalırlar ve eğitimcilerin ciddiye almaları gerektiği önemli rolleri mevcuttur. Örneğin maddi bir sıkıntı, kalacak yer sorunu, ailevi problem veya bir rahatsızlığı varsa ve de üzerine gidilip çözülmemişse öğrencinin derse kendini vermesi gayet zor olabilir. Ayrıntılı bilgi unite sonunda verilmektedir. Tıp eğitimcileri olarak Avrupa'nın değişik ülkelerine giden mülteci doktorların veya AB doktorlarının önemli kültürel, sosyal ve dil engelleri gibi sıkıntılarla karşılaştığının özellikle bilincinde olmalıyız.

ÇEŞİTLİLİK/DAĞILIM VE İŞ YÜKÜ

Zaman sınırlı, verilmesi gerekenler fazla olduğu için öğrencilerin klinik ve eğitimsel iş yükü arasında dengeli bir dağılım olmalıdır. Eğitimciler olarak derslerin bazen sıkıcı olabileceğini göz önünde bulundurarak eğitimi farklı formatlar halinde sunabilmemiz çok önemlidir. Eğitimciler summatif değerlendirmelerin öğrenciler üzerinde oluşturduğu ekstra stresin farkında olmalıdırlar. Çünkü bunlar öğrencilerin öğrenme yeteneğini, derse katılımını ve klinik aktivitelerini verimlice yapmasını etkilemektedir (özellikle de bir uzmanlık sınavı öncesi müfredattan ötürü derslerin sıkıştırılmış yoğun şekilde verilmesi halinde). Değerlendirme sınavlarının çok sık aralıklarla yapıldığı bir müfredata nispeten, sakin ve düzenli bir hızda çalışmanın tasarlandığı bir müfredata sahip olmak daha iyidir.

ROLÜN/GÖREVİN NETLİĞİ

Eğiticiler öğrencilere, belli bir zamanda başarı konusunda ne kadar bir beklenti içinde oldukları ve bunun hangi alanları kapsadığını açık bir şekilde ifade etmelidirler. Öğrenciler üzerinde gereksiz stress oluşturacak sürprizlerden uzak durulmalıdır. Eğiticiler, neyi amaçladıklarını ve öğrencilerin bunun ne kadarını yapmak zorunda olduğunu öğrencilere net olarak anlatmalıdırlar. Mümkünse, öğrencilerin eğitimleri ile ilgili her türlü probleminde rahatlıkla iletişime geçebileceği sorumlu bir eğitici veya denetmeni (supervisor) olmalıdır.

EĞİTİM KURUMLARINDAKİ KÜLTÜREL YAPI

Eğer personel/kadro ve klinisyenler öğretimi sorumluluklarının bir parçası olarak algılamazlarsa öğrenim tehlikeye atılmış olur. Bazı çevrelerce eğitim birincil derecede öneme haiz olmayabilir, öncelik verilen hizmet taahhütlerinde ve bir takım şartlarda öğrencilerin eğitim faaliyetlerinden ötürü kendilerini suçlu hissetmelerine neden olunabilir. Öğrencileri soruların sorulması ve açıkların yapılması için yeterli zamanın verildiği bir sürece dahil etme gereği konusunda ekip üyeleri duyarlı olmalıdır. Klinik faaliyetlerden bağımsız olarak, tıp eğitimine zaman ayrılmasını içeren bir profesyonel yaklaşım gereklidir. Bu durum eğitim standartının daha sabit ve düzenli bir yapıya geçmesini sağlamaya yardımcı olacaktır. Fakat tabii ki bu ciddi bir kaynak temini gerektirmektedir. Bazı ülkelerde tıp eğitimcilerine kurumlarındaki eğitim ortamını değerlendirmelerine yardım eden ve eğitim ortamını öğrenciler ve eğiticiler için daha stressiz hale getirmek için müfredatı modifiye ederek geliştiren kabul görmüş araçlar mevcuttur.

ÖĞRENİMİ ZORLAŞTIRAN FAKTÖRLER

Yetişkinlerin nasıl öğrendiğini açıklayan bazı teoriler ve bu işi kolaylaştırıcı bazı ortam ve eğitim süreçlerinin üzerinde durduk. Öğrenciler olarak hepimiz performansımızın düştüğü veya uykusuz kaldığımız, kendimizi pek iyi hissetmediğimiz, kritik olaylar yaşadığımız zaman dilimlerini tasvir edebiliriz. Eğitimin engelle karşılaştığını tahmin ettiğimiz muhtemel durum veya durumlar var mı? Öğretmenlerin bunu anlamaları için teorik bir yapı mevcuttur ve öğrencilerinin kendi sorunlarını çözmelerine yardımcı olurlar. Bu engeller arasında öğretim ve öğrenim teknikleri arasındaki uyumsuzlukları, içerik uygunluğunun eksikliğini ve öğrencinin desteğe ihtiyaç duyduğu durumlardaki problemleri dikkate almak zorundayız.

YAŞAM ŞARTLARI VE DESTEK

Neighbour bunların en sonunu Maslow'un çalışmalarına atıfta bulunarak, ancak aile hekimliği bağlamında yerleştirerek araştırdı. Maslow, insanların zaman zaman elde ettikleri deneyim, insan ihtiyaçları ve motivasyonlarını hiyerarşik bir liste ile göstermiştir. En temel unsurlar, hayatta kalmamız için gerekli olanlardır. Bunları bizim güvenlik, bireysel, duygusal destek ve konfor, toplumda saygı ve değerle ilgili ihtiyaçlarımız izler ve son olarak da kendini gerçekleştirme olarak tanımlanan bize doğuştan verilmiş olan potansiyelin en son noktada gerçekleştirilmesi ile sonlanır. Bunlar Şekil 2.6'da gösterilmiştir.

Hatırlanması gereken önemli bir konu bu ihtiyaçların her alanda bir sonraki seviyeye ilerlemek için enerjiye dönüşebilmesi için kendi bölgesinde tatmin olması gerektiğidir. Temel fizyolojik ihtiyaçların öncelikle ele alınması gereklidir, örneğin, sıcaklık ve barınak arayabilmek için öncelikle hava ve su ihtiyacı karşılanmalıdır. Bir kere biz çevremizi fiziksel olarak güvenli hissetmeliyiz ki, enerjimizi duygusal ve psikolojik ilişkiler içerisinde toplumda "aidiyet" için doğru kullanabilelim, iletişiminde olduğumuz kişiler içinde başkalarının beğenisini ve saygısını arayabilelim. Sadece bu

noktaya ulaşıldığında biz insan olarak tam potansiyelimizi gerçekleştirmek için kendimizi zorlayabiliriz.

5.Kendini gerçekleştirme ihtiyaçları	Doğuştan gelen potansiyeli kullanma; kendini gerçekleştirme, kendini ifade edebilme,benlik saygısı, öz güven
4.Saygı ihtiyaçları	Statü Takdir Onay Tanınma
3. Aidiyet ihtiyaçları	Sevdiği ve yakınlık hissettiği birine dostça sırrını açabilme ve kabul görme.
2. Güvenlik ihtiyaçları	Sınırları tahmin edilebilir, dengeli bir sıcaklık ve bir barınak ve korku ve anksiyeteden uzak kökleri özgürlüğe dayalı istikrar.
1. Fizyolojik ihtiyaçlar	Seks, uyku normal fizyolojik parametreler,gıda, içecek ve oksijen.

Şekil 2.6.Maslow'un insan ihtiyaçlarının hiyerarşisi (Neighbour'dan uyarlanmıştır)

Eğer bunu yansıtırsak, neredeyse kesinlikle bazı örnekleri düşünmemiz mümkün olacaktır. Neighbour bunlardan bazılarını açıklamaktadır: önemli bir toplantıda dolu bir mesane ile felsefe tartışmak, ya da çok açken çok önemli bir toplantıya başkanlık etmek, yüksek seviyeli bir aktivitede öncelikli ihtiyaçlar daha düşük seviyedeysen, engellenmiş veya ertelenmişse bunlar zorluklardır. Bunun önemi, yüksek düzeyde aktivite elde edilememesi sebebi, daha alt düzey bir ihtiyacın ele alınmamış olmasıdır; daha düşük seviyedeki ihtiyaç ilk önce karşılanmalıdır.

Neighbour'un "kısa sezgisel bir atılım" olarak tanımladığı şeyi aynı tip çerçeve kullanarak aile hekimliği eğitimi için uyarladığımızda bunun aile hekimliği eğitimindeki önemi daha açık hale gelmektedir. Neighbour, Maslow tarafından üretilen ana başlıkları aile hekimleri için daha uygun olan terimlerle değiştirdi: "fizyolojik ihtiyaçlar", "sağkalım" oldu; "güvenlik ihtiyacı" "güvenlik" oldu; "aidiyet ihtiyacı" "sırdaşlık" oldu. Böylece, bir öğrenme hiyerarşisi içerisinde, herhangi bir yüksek düzeyde aktivite yapılmadan önce alt düzeyde ele alınması gereken ihtiyaçların olduğu ortaya çıkmaktadır.

Bu hiyerarşiyi Neighbour, "iç müfredat" olarak adlandırmıştır ve bütün öğretmenlerin zihinlerinde canlanacak Şekil 2.7'de gösterilen çok açık bir mesaj verilmektedir.

Bu içsel "iç müfredat" görüşünün kabulü ile bazı kursiyerlerin öğrenme sürecinde öğrenebiliyor ya da meşgul olabiliyor görünmesinin nedeni anlaşılır hale gelir. Hayatta kalma ve güvenlik başlıkları altında tanımlanan temel konular ele alınmadığı sürece, aile hekimliği bir öz-yönelimli öğrenen gelişimi içinde yer alamaz. Aynı zamanda bunlar eğitim döneminin başlangıcında ele alınmış olsa bile, dış ortamda gerçekleşecek değişikliklerin sağ kalım üzerine etkisi olabileceği unutulmamalıdır. Hastalık ya da ilişki sorunları gibi önemli yaşam olayları, öğrencinin, öğrenme süreci ile ilişki kurma yeteneği üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Öğretmenin sorumluluğu açık hale gelir; öğrencilerini özerk sürekli öğrenen yetişkin öğrenenler haline getirmek istiyorlarsa öğretmenler bu ele alınan ihtiyaçlar hiyerarşisini sağlamalıdır. Bunu şu takip eder: eğer öğrenme düzgün ve

ilerleyici şekilde ortaya çıkmıyorsa öğretmen; öğrencinin "iç müfredatı" konularının düşünüldüğü gibi ele alınıp alınmadığı, ele alınan konuların yeterli olup olmadığı ve dış faktörlerin rol alıp almadığı konularından birini hesaba katmalıdır. Ardından öğretmenler yanlış bir konu ele alınmadığı sürece sorunu zorlaştırmaktan ziyade çözmek için kolaylaştırıcı müdahalede bulunabilirler.

İLGİ EKSİKLİĞİNİN ALGILANMASI

Daha önce yetişkin öğrenmesi ve yetişkin öğrenenlerin karakteristik özelliklerinden bazılarını duymuştuk. Öğrencilerimizin kendi öğrenme ihtiyaçları gibi öğrenme metotları ve müfredat yönteminin planlanma sürecine gerçek hayatlarındaki durumları ile ilişkili olarak dahil olmaları gerekir.

Açıktır ki, katılımcıların kendileriyle ilişkili bulamadıkları konularda çok az öğrenme gerçekleşecektir. Örneğin öğrenenlerin planlamaya katılma istekleri göz ardı edildiğinde, yetişkinlerin öğrenme prensipleri ele alınmadığında öğrenme sürecinin çöküntüye uğraması söz konusu olabilir. Bu durumun eğiticisiyle ilgili bir problem açıktır ve mutlaka ilgilenilmelidir. Ancak, özellikle tıp eğitiminde olmak üzere bazı durumlarda öğrencilerin ilgili konunun gelecekte ne kadar işlerine yarayacağını bilemedikleri durumlar da olabilir. Sonuçta öğrenciler sürece katılma konusunda isteksiz olabilirler.

Bir örnek bu noktaya açıklık getirmeye yardımcı olabilir. İngiltere’de başarılı bir aile hekimi olmak için ödeme karmaşıklıkları ve ofis organizasyonuna hakim olma ihtiyacı, asistanların eğitimlerinin sonuna doğru bu konularda da kendini yetiştirmesi gerektiğini göstermektedir. Ancak, bu konulardaki eğitimlere pek katılım omamaktadır ve gerekçe olarak ta çoğunlukla konunun ilgisiz olması gösterilmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminden sonraki ilk bir yıl içinde son zamanlarda yeni bir eğitim desteği sağlamak için girişimde bulunulmuştur. Mesleğin başında bu konuya büyük bir ilgi olmakla birlikte, birkaç hafta içerisinde konunun yine ilgisiz olarak değerlendirildiği görülmektedir.

Öğretmen için önemli olan “sizin için iyi olanı en iyi ben bilirim” şeklindeki öğretmen merkezli tutum ile öğrenenlerin programı belirlediği yaklaşım arasında dengeyi sağlamaktır. Usta eğitici bunun farkında olmalı ve öğrenenlerle ortak bir yol bulmak için çaba içerisinde olmalıdır.

6- Özerklik	Süregelen kendi eğitimi için sorumluluk alır Öğrenciliğe geçiş esasını başarılı bir şekilde görüşür İş memnuniyetini artırmak için yollar bulur ve geliştirir Genel hedeflerin hissi, değerler ve yön
5- Benlik saygısı	Öğrenci, rolünden eziklik duymaz ve kendini rahat hisseder Balint gibi kendini muayenede kullanır Profesyonel ve özel yaşam arasındaki dengeyi ayarlar İdealist bir doktor rolü bağımlısı değildir Belirsizliği, yetersizliği ve nadir başarısızlığı tolere eder Kendi eğitim programı hakkında görüşür ve organize eder Güncel ve iyi donanımlı bilgisi ile gurur duyar Kendi gücünü ve sınırlarını bilir Eğiticiye tavsiyede bulunabilir, itiraz edebilir, yapıcı bir şekilde eleştirir Öğrenci - eğitici ilişkisinde transferans konusun farkındadır.
4- Onaylama	Yeni bilgi ve deneyimlere açıtır. Kendi ihtiyaç ve motivasyonlarının farkındadır ve bunları karşılamaya çalışır Gizli hedefler, doktor-hasta ilişkisi ve muayene becerileri gibi "soft" konulara ilgi duyar Övgü ve eleştiriyi kabul edebilir Kendine özgü hasta takip yöntemi vardır Yeterlilik eğiticinin onayından bağımsızdır
3- Güven	Birinci basamak sağlık ekibi tarafından kabul görür ve ekibe katkıda bulunur Diğer ekip üyelerini uygun şekilde dahil eder Sorumluluk almaya isteklidir: sosyal ve psikolojik tanıları koyar ve yönetir, şartları muhafaza edebilir Klinik açıdan kör noktaları tanımlar ve düzeltir Eğitici ile birlikte minör hastalıkları yetkin bir şekilde ele alır Eğiticiyle bağ kurar
2- Emniyet	Eğiticinin yardım ve desteğinin olması Yardım isteyebilme ve isteme Kitap ve bilgi kaynağı varlığı Acil ve acil olmayan fiziksel hastalıklarla baş edebilme Temel klinik bilgi ve beceriler
1- Sağkalım	Zaman çizelgesi, kendine ait zamanın olması Kendi odası, masası, malzemelerinin olması Reçeteler, sertifikalar, formlar, yerel coğrafya, sağlık tesisleri, hizmetler, telefon numaraları bilgilerinin bulunması Muayenehane düzenlemeleri, ekip üyelerinin isimlerini bilme Sağlık, para, kişisel sorunlar gibi profesyonel olmayan endişelerden uzak olma

Şekil 2.7. Eğitimde Zorunluluklar "İç Müfredat" Hiyerarşisi (Neighbour'dan adaptat edilmiştir).

ÖĞRETME VE ÖĞRENME YÖNTEMLERİ

Eğitici veya grup tarafından benimsenen öğretim stili ve birey olarak öğrencinin tercih ettiği öğrenme stili arasındaki uyumsuzluk öğrenme için önemli bir engel teşkil etmektedir. Öğretmen için öğrencilerinin tercih ettikleri öğrenme stiline anlaşılması ve bunları uygulama çabası çok önem taşımaktadır. Mümkün olduğu kadar gerekli değişiklikler yapılmalı ve bu mümkün olmadığında da en azından olumsuz etkileri minimize edecek adımlar atılmalıdır. Eğitim teorisinin bu önemli yönü başka yerlerde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada açıkça görülmektedir ki, aile hekimleri nitelikli insanlar olmak zorundadır. Aile hekimlerinin müşterileri yetişkin öğrenenlerdir. Bu hastalar spesifik ve kendilerine göre ayarlanmış bir yaklaşımdan faydalanırlar. Bu yaklaşım, onların öğrenme ihtiyaçlarına ve öğrenme tarzlarına göre ayarlanmış, tecrübelerini dikkate alan ve eleştirel düşünmeyi teşvik eden bir tarzda olmalıdır. Eğitim sürecinin etkili olması için öğretmen ve öğrenci arasındaki karşılıklı işbirliği ve saygı olması şarttır. Artık iyi biliyoruz ki, sağlık hizmeti sunumunda çok becerikli uzmanlar aynı zamanda usta birer eğitici olmayabilirler. Tıp eğitimcilerine yetişkin eğitiminin teorik çerçevelerine dayalı eğiticilik becerileri öğretilmek zorundadır. Hem birinci hem de ikinci basamakta tüm tıbbi disiplinler tarafından bu konuya gereken değer ve takdir verilmelidir.

KAYNAKLAR

- Brookfield SD. Understanding and Facilitating Adult Learning. Milton Keynes: Open University Press, 1986.
- Bernstein B. On the classification and framing of educational knowledge. In: Knowledge and Control: New Directions for the Sociology of Education (ed. M. Young), London: Collier MacMillan, 1971.
- Bleakley A. Pre-registration house officers and ward-based learning: a "new apprenticeship" model. Medical Education 2002;36:9-15.
- Bloom BS et al. Taxonomy of Educational Objectives. Handbook 1. Cognitive domain. New York: McKay, 1956.
- Coulehan J, Williams PC. Conflicting Professional Values in Medical Education. Cambridge Quarterly in Healthcare Ethics 2003;12;7-20.
- Engel CE. Problem-based learning. British Journal of Hospital Medicine 1992;48:325-9.
- Gagne R. The Conditions of Learning - Chapter 12. Holt, New York: Rinehart & Winston, 1985.
- Gear J, McIntosh A, Squires G. Informal learning in the Professions. University of Hull, 1994.
- Grow G. Teaching learners to be self-directed. Adult Education Quarterly 1991;41: 125-49.
- Harden RM. Educational strategies in curriculum development: the SPICES Model. Medical Education 1986;284:97.
- Harden RM. Editorial: Developments in outcome based education. Medical teacher; 2002;24;(2):117-120.
- Hargreaves DH. Transforming the apprenticeship model of training, British Journal of Hospital Medicine 1996;55:342-3.
- Harth SC. et al. The quality of student-tutor interactions in clinical learning environment Medical Education 1992;26,321-6.

Jarvis P, Holford J, Griffin C *The theory and practice of learning*. Kogan Page, London: 1998.

Kaufman D, Mann K, Jennett P (2000) *Application of adult learning principles to undergraduate medical education in Teaching and learning in medical education: how theory can inform practice*. Edinburgh: ASME, 2000.

Knowles MS. *The Adult Learner: A Neglected Species*, Houston: Gulf Publishing Co., 1978.

Knowles MS. *The Modern Practice of Adult Education*. 2nd ed. Chicago: Association Press, 1980.

Knowles MS. et al *Andragogy in action: applying modern principles of adult learning*. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.

Kolb D, Fry RE. *Towards an applied theory of experiential learning in Theories of group processes* (ed. Cooper C), London: Wiley, 1975.

Krathwohl DR, Bloom BS. *Taxonomy of Educational Objectives. Handbook Affective domain*, McKay: New York, 1962.

Maslow A. *Motivation and Personality*. 2nd edition. New York: Harper and Row, 1970.

Miller GE. *The assessment of clinical skills / competence / performance*. *Academic Medicine* 1990;65(9):63-7.

Moore-West et al. *Distress and Attitudes Towards the Learning Environment: Efforts of a curriculum innovation*. *Teaching and Learning in Medicine* (1):151-7.

Neighbour R. *The Inner Apprentice*, Newbury: Petroc Press, 1992.

Newble DJ, Clarke RM. *The approaches to learning of students in a traditional and in an innovative problem-based medical school* *Medical Education*; 1986;20:267-273.

Newman P, Perle. E. *Valuing earners' experience and supporting further growth: Educational models to help experienced adult learners in medicine*. *B.M/2002;325:2002*.

Norman G, Schmidt H. *The psychological basis of problem-based learning: a review of the evidence*. *Academic Medicine* 1992;67:557-65.

Peyton L, Peyton R. *Curriculum to Course Development in Teaching and Learning in Medical Practice*. Ed. Peyton J.W.R. Manticore 1988.

Peyton R, Allery L. *Setting Objectives*. In: *Teaching and Learning in Medical Practice*. Ed. Peyton J.W.R. Manticore 1988.

Quinn F. *The curriculum: Principles and application*. In: *The Principles and Practice of Nurse Education*. (Third Edition) 267-297 Cheltenham: Nelson Thomes, 1995;267.

Quinn FM. *Principles and Practice of Nurse Education*. 4th Edition: Cheltenham: Nelson Thornes, 2000.

Roff S. et al. *Development and validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM)* *Medical Teacher* 19:295-299.

Rogers C. *Freedom to learn*. Ohio: Merrill, 1969.

Rotem A, Goodwin P. *Leaning in hospital settings*. *Teaching and Learning in Medicine* 1995;7(4):211-217.

Schön D. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. New York: Ashgate Arena, 1983.

Scriven M. *Evaluation Thesaurus*. 4th Edition. London: Sage, 1991.

Sowden DS et al. *The Future of Vocational Education for General Practice*. London: JCPTGP, 2002.

BÖLÜM 3: AİLE HEKİMLİĞİNDE ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Justin Allen, Jan Heyrman

Çeviri: Turan Set

İnsan çalıştığı sürece hata yapar.

(Johann Wolfgang Goethe – Faust)

WONCA Europe, 2002 yılında Aile Hekimliğinin yeni Avrupa Tanımını yayınladı. Bu tanım önceki tanımlar revize edilerek oluşturuldu. Revizyon ihtiyacı eski tanımların zaman aşımına uğradığı ve 21. yüzyıl için daha iyi bir tanımlamaya gereklilik hissedildiğinden ortaya çıktı. Yeni tanımlar ağırlıklı olarak 1974’de Leeuwenhorst Grubu tarafından yapılan ve yaygın olarak bilinen aile hekiminin görevlerini içeriyordu. Öncelikle aile hekimliği disiplininin temel özelliklerinin tanımlanmasının gerekliliği kabul edildi. Bu şekilde disiplinin temel özelliklerine göre aile hekiminin rol tanımı türetililecekti.

Tanım, disiplin için temel olan ve/veya olması gereken ve tüm sağlık hizmet sistemlerine genellenebilen onbir özellik içermektedir. Bunlar daha sonra aile hekiminin rol tanımında birleştirilmiştir. Bu onbir temel özellik yerinde olmadıkça aile hekimliğinin tam yarar sağlamayacağı ve sağlık sistemlerinin başarılı olamayacağı anlaşılması önemlidir. Konu burada bitmemekte, disiplinin vasıflı bir uzmanlık dalı olması için gerekli yeterlilikleri açıklamaya geçmektedir. Bu özelliklerin, altı çekirdek yeterlilikte nasıl toplanabildiğini tanımlamakta, üç uygulama alanı ve üç temel özelliği açıklamaktadır. Bu kazanımların uygulama için yeterliliklere ve sonunda hastaların bakımında gerçek performansa nasıl dönüştürülebileceğini tanımlamaktadır.

Son 30 yıldır, aile hekimliği; eğitim yöntemleri, eğitim süreçleri ve değerlendirmenin gelişmesini sağlamıştır. Bu, aile hekimliğinin uygulanmadığı yerlerdeki kurumlarda ve diğer disiplinlerin dersleri için tasarlanmış eğitim sistemlerindeki çalışmalara rağmen olmuştur. Uzmanlık programına giren doktorların klinik deneyimlerinin hemen hemen tamamı ikinci basamak ortamında kazanılmış olacaktır. Tıp eğitimindeki artan baskı nedeniyle aile hekimliği disiplininin eğitim hedeflerinin açık bir şekilde tanımlanması önemlidir. Bunun için aşağıdaki sorular cevaplanmalıdır:

- Temel tıp eğitimine aile hekimliğinin katkısı ne olmalıdır?
- Bütün uzmanlıklar için mezuniyet sonrası temel eğitime aile hekimliğinden bir katkı olmalı mıdır?
- Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin hedefleri nelerdir?
- Aile hekimliğinde sürekli profesyonel gelişim (SPG) için hedefler nelerdir?

Aşağıdaki konuların her birisi için cevapları belirlememiz gerekir:

- Aile hekimliği en iyi nasıl öğrenilir?
- Nerede öğretilmelidir?
- Ne zaman öğretilmelidir?
- Ne öğretilmelidir?

AİLE HEKİMLİĞİNİN TEMEL TIP EĞİTİMİNE KATKISI

Aile hekimliği doktorların eğitimine, eğitimin bütün aşamalarında katkıda bulunur. Tıp öğrencilerinin tutum değişiklikleri genellikle kendileri birinci basamak problemleri ile uğraşma ve öğretmenlerinin ortaya çıkan problemlerle başarılı bir şekilde başa çıktığını gözlemleme fırsatına sahip olduklarında oluşur. Tıp öğrencilerinin tıp fakültesine başladıklarında birkaç gün ile birkaç hafta kadar kısa dönemler şeklinde erken kliniğe çıkmaları, onların tüm tıp eğitimini algılamaları ve sağlık problemleri bağlamında insanlar hakkında öğrenmelerine yardım etmek için bir zemin hazırlayabilir. Klinik öncesi dönemde ders anlatımları ya da küçük grup seminerleri hastalarla meşgul olmaya başlamadan önce, gerekli bilgilerin bir kısmını sağlamada etkili olabilir.

Bütün öğrenciler tıp fakültesinin son yıllarında olan ve birkaç hafta süren, öğrencinin baştan sona kadar aile hekimliğinde bulunarak aile hekimliği uygulaması hakkında bilgi edinebilmelidir. Öğrenciler hem hastanede hem de toplumda akut hastalıkların sunumundan araştırma ve tanımlar, yönetim ve tedavi ya da rehabilitasyona kadar tüm sağlık hizmeti yolaklarını, hastayı takip ederek kazanılan bilgi ve temel becerileri sentezlemelidir. Bu eğitim için tıp fakültesi ile ailiye çalışan uygun bir eğitici aile hekimi kaynak olmalıdır. Öğrenciler staj boyunca aile içi fertlerinin birbirine olan duygusal çekim ve bağlılığı genelinde hastalığın, kendi çevresi içinde hastanın hayatındaki etkisi ve uygun olduğu durumlarda hastane deneyimlerinin etkisi hakkında hastanın düşüncesini, aile hekimliği uygulaması ve kesişim noktalarını dikkate almalıdır.

Öğrenme, Avrupa tanımının onbir özelliğindeki anlayışın (önceki bölümde atıfta bulunulan Miller piramidinin “bilir” ve “nasıl olduğunu bilir” basamakları) kazanılmasına odaklanmış olmalıdır (Tablo 3.1).

Aile hekimliği disiplininin özellikleri şunlardır:

- a) Normal olarak sağlık hizmet sistemi içinde ilk tıbbi temas noktasıdır; kullanıcılara açık ve sınırsız erişim sağlar; yaş, cinsiyet ya da ilgili kişinin diğer herhangi bir özelliğine bakılmaksızın tüm sağlık problemleri ile ilgilenir.
- b) Koordineli bakım vererek, birinci basamak ortamında diğer profesyonellerle birlikte çalışarak ve gerektiğinde bir savunucu rolünde diğer uzmanlarla görüşmenin yönetilmesi yoluyla sağlık kaynaklarının etkili kullanımını sağlar.
- c) Kişi merkezli, bireyin kendisine, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir.
- d) Zaman içinde bir ilişki kurulur, doktor ve hasta arasında etkili iletişim sayesinde eşsiz bir danışma sürecine sahiptir.
- e) Hastanın ihtiyaçları tarafından belirlenen bakımın sürekliliğinin sağlanmasından sorumludur.
- f) Toplumda hastalıkların prevalans ve insidansı tarafından belirlenen özgün bir klinik karar verme süreci vardır.
- g) Hastaların hem akut hem de kronik sağlık problemlerini aynı anda yönetir.
- h) Farklılaşmamış bir şekilde erken evrede ortaya çıkan acil müdahale gerekebilecek rahatsızlıkları yönetir.

- i) Uygun ve etkili müdahalelerle sağlık ve iyilik halini artırır.
- j) Toplumun sağlığı için özel bir sorumluluğu vardır.
- k) Bireylerin sağlık problemlerini fiziksel, psikolojik, kültürel ve varoluşsal boyutları ile ele alır.

Tablo 3.1. "Aile Hekimliği Avrupa Tanımı" aile hekimliği disiplininin özellikleri, WONCA 2002

Bu eğitim programını sunmak için tıp programı olan üniversitelerde öğretim programı ve değerlendirmesinin üniversite tabanlı unsurlarını sağlamak için aile hekimliği anabilim dalları ve elemanları ile birlikte iş ortamında eğitimi sağlayacak olan aile hekimliği saha eğitimcilerinin olması gerekir.

Temel tıp eğitiminde aile hekimliğinin hedefleri

1. Diğer öğrenme bağlamı içinde öğrencilere yardım etmek için mezuniyet öncesi eğitim programı esnasında aile hekimliği ile erken karşılaşma olmalıdır.
2. Öğrenme hasta merkezli olmalı, sağlık sistemi aracılığı ile hasta yolakları takip edilmeli ve hastaların bir insan olarak anlaşılması sağlanmalıdır.
3. Deneyimlerden öğrenme dersler ve seminerlerle tamamlanmalıdır.
4. Tüm öğrenciler toplumda bir aile hekimliği eğitimcisiyle ve üniversite tabanlı seminerler, dersler ve değerlendirmeler yoluyla aile hekimliğinin özelliklerini kavramalıdır.

TÜM UZMANLIK ALANLARI İÇİN MEZUNİYET SONRASI TEMEL EĞİTİME AİLE HEKİMLİĞİNDEN BİR KATKI

Birçok ülkede genç doktorlar temel tıp eğitimini tamamladıktan sonra intörlük veya uzmanlık eğitimi sırasında aile hekimliği rotasyonları yapabilirler. Bu uygulama İngiltere’de küçük ölçekte vardır, Danimarka’da ise oturmuş ve değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu eğitim programlarına katılan doktorların klinik deneyimlerinin neredeyse tamamı bir ikinci basamak ortamında kazanılmıştır. Aile hekimliği eğitimi bu hekimlerin eğitimine değerli bir katkı sağlayacak ve aile hekimliğini anlamalarını sağlayacaktır. Modern aile hekiminin beceri ve yeterliliklerini sağlaması amaçlanmamalıdır; bunu sağlayacak olan aile hekimliği uzmanlık eğitimidir. Bunun yerine öğrencinin kendi branşıyla ilgili girişimlerin etkisini ve hastalara nasıl yaklaşıldığını anlaması amaçlanmalıdır. Çoğu öğrenci için aile hekimliğindeki tek mezuniyet sonrası tecrübe bu olacaktır. İngiltere’de aile hekimliği için yetkin otorite konumunda olan Aile Hekimliği Mezuniyet Sonrası Eğitimi Ortak Komitesi (The Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice) bu eğitim için öğrenme çıktılarının bir listesini oluşturmuştur (Tablo 3.2).

Güçlü bir toplum yönelimi içerebilen birçok uzmanlık alanı vardır; psiko-geriatri, rehabilitasyon ve halk sağlığı alanları örnek olarak verilebilir. Böyle uzmanlık alanlarında bir aile hekimliği rotasyonu olup olmayacağı göz önünde tutulmalı ve bu uzmanlık alanları aile hekimliği uzmanlık eğitim programından faydalanıp faydalanmayacaklarını düşünmelidirler.

Tüm doktorlar için temel uzmanlık eğitimi ile ilgili olarak aile hekimliğinin hedefleri

1. Tüm doktorlar toplumlarındaki hastalıkların yönetim anlayışını kazanmak için erken dönemde mezuniyet sonrası eğitim programlarında genel uygulamaları tecrübe etmelidir.
2. Aile hekimliği eğiticileri diğer uzmanlık alanları ve disiplinlerin eğitim programlarına katkı sağlayabilecekleri konuları dikkate almalıdır.

Amaçlar üç ana alana sınıflandırılabilir: hastalar, onların rahatsızlıkları ve bunları yönetmek için gerekli işlemler. Yerleştirme esnasında doktor:

Hastalar

- Bireye yönelik, kişi-merkezli bir yaklaşım anlayışını kazanmış olacak
- Toplumda ve onların kendi bağlamında hastayla işbirliği yapabilecek
- Ailede bir birey olarak hastanın etkisi kavramış olacak
- Ortaya çıkan problemlerin fiziksel, psikolojik ve kültürel boyutlarını kavramış olacak
- Farklılıkları kavramış olacak

Rahatsızlıklar

- Erken ve farklılaşmamış bir evrede rahatsızlıklar görecektir
- Toplumdaki rahatsızlıkların farklı epidemiyoloji, prevalans ve insidanslarını anlayacak
- Hastalarda aynı anda olan kronik problemler ile yeni akut rahatsızlık ataklarını eş zamanlı yönetecek
- Sevk, akut başvuru ve hastaneden taburcu süreçleri esnasında ikinci basamak ile görüşmeleri yönetecek

İşlemler

- Toplum ortamında aile hekimliğinin avantajlarının farkına varacak
- Birinci basamakta çalışacak ve ekibin hastalara hizmet sunumundaki rollerini bilecek
- Hasta ve hekim arasındaki iletişimin ve zaman içerisinde oluşan ilişkinin önemini farkına varacak
- Sağlık bakım profesyonelleri ve hastaların bakıcıları arasındaki etkili iletişimin farkına varacak
- Toplumda sağlığı iyileştirmede birinci basamağın rolünün farkına varacak
- Destek servislerinin yokluğunda karar verme ve risk yönetimi hakkında bilgili olacak (patoloji, görüntüleme, kıdemli meslektaşlar)
- Hastalar için açık erişim ile sağlık hizmetine ilk temas noktasında çalışmanın önemini anlayacak
- Kanıta dayalı tıbbın analizleri ve birinci basamak ortamında uygulanmasının önemini farkına varacak
- Kişisel bilgilerini sürekli geliştirmenin önemini anlayacak

Tablo 3.2. Hazırlık programı için aile hekimliği öğrenme çıktıları: JCPTGP 2004

AİLE HEKİMLİĞİ UZMANLIK EĞİTİMİNİN HEDEFLERİ

Uzmanlık eğitiminin amacı, aile hekimliğinde bir uzman olarak bağımsız uygulamalar için yeterli klinik yeterlilik düzeyine ulaşmış bir hekim yetiştirmektir.

Toplum son 30 yıl içinde değişti ve sağlık bakımı ve onun tedarik edilmesinde belirleyici bir faktör olarak hastanın artan bir rolü ortaya çıktı. Klinisyenin düşüncesi artık dokunulmaz olarak kabul edilmemektedir ve sağlık hizmeti tüketicileri ve sağlayıcıları arasında yeni bir diyalog ortaya çıkmaktadır. Gelecekte aile hekimi sadece bu değişikliğin farkında olmayacak aynı zamanda böyle bir ortamda başarılı olabilecektir. Aile hekimliği disiplininin, hastaların sağlık ihtiyaçlarına cevap veren değişim faaliyetleri içindeki sağlık hizmet sistemleri olarak sürekli gelişmesi önemlidir. Aile hekimleri kendi sağlık sistemlerinin sürekli gelişimine dahil edilmelidir ve bu yeni zorlukları karşılamak için kendileri değişebilmelidir.

Aile hekimliği Avrupa’da farklı ülkelerde değişen derecelerde gelişmiş, görevler ve gelişme derecesi olarak eğitim ihtiyaçları saptanmış, ayrıca aile hekimliği eğitim programları son derece değişken olmuştur. Avrupa Birliği’ndeki ülkeleri kapsayan tıp eğitimi ile ilgili yasalar yıllardır mevcuttur. Bunlar 1993 yılında tek bir yönetmelik altında birleştirilmiştir (“Doctors' Directive” olarak bilinir) ve meslek eğitiminin süresini, eğitimin yapılacağı yeri ve ulusal yetkili kurumu tanımlar. Avrupa Birliği’nin aile hekimliğini “mesleki eğitim” (vocational training) yerine “uzmanlık eğitimi” olarak tanımlandığını vurgulamak gerekir. Bu yönetmelik içerik veya yeterliliklerle ilgili herhangi bir tanımlama yapmayıp hizmet kalitesinden ziyade hekimlerin serbest dolaşımını vurgular ve bu açıdan eksik kabul edilir. Bu yönetmelik aynı zamanda eğitimin asgari süresini de tanımlamaktadır ki, çoğu ülke bu sürenin üzerinde eğitim vermektedir. Bununla birlikte, eğitim süresi, aile hekimliğinde geçirilecek süre ve rotasyonların içeriği hakkında kesin bir talimat yoktur. Aile hekimliği rotasyonlarının kalitesi genelde yüksek olmakla birlikte hastane rotasyonları açısından bazı endişeler vardır. EURACT bu rotasyonlarla ilgili çeşitli görüşler yayınlamıştır. Yakın zamanda UEMO aile hekimliğinde verilen eğitimin kalitesini artırmak ve diğer branşlara göre statüsünü yükseltmek amacıyla bir uzlaşma metni yayınlamıştır. Burada tüm doktorların mezuniyet öncesi eğitimlerinde ve mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimine başlamadan önce aile hekimliği eğitimi ile karşılaşmaları gerektiği fikrini desteklemek de dâhil olmak üzere bazı önemli tavsiyelerde bulunmaktadır. Bu tavsiyeler şunlardır:

- Eğitim her nerede yapılırsa yapılsın (aile hekimliği ya da ikinci basamak ortamlarında) aile hekimleri eğitimin tüm yönlerinden sorumlu olmalıdır.
- Spesifik aile hekimliği eğitimi tüm eğitim süresi boyunca aile hekimliğine yönelik olmalıdır.
- Eğitim süresinin en az yarısı aile hekimliği ortamında yapılmalıdır.
- Avrupa genelinde tüm Avrupa ülkelerinde bağımsız uygulama yapabilecek aile hekimleri yetiştirmek için ortak bir çekirdek içerik tanımlanmıştır.

Avrupa’daki bazı ülkeler bunların tümüne karşı uzun bir yol kat etmiştir, fakat diğerleri bunların çoğunu karşılamada zorluklara sahiptir. Disiplinin yeni Avrupa tanımının gelişmesi ile artık aile hekimliğinin disiplininin onbir özelliğini kapsayan, aile hekimliğinde eğitilmiş bir uzman olarak çalışma yetkisi olması için kazanılması gereken çekirdek yeterliliklerin raporuna ulaşılabilmektedir. Bunlar her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken altı çekirdek yeterlilik şeklinde kümelendirilebilir. Altı çekirdek yeterlilik Tablo 3.3’de belirtilmiştir.

Sıklıkla aile hekimliği eğitiminin müfredatındaki yeterlilikler indirgeyici bir yaklaşımla hastane uzmanlığı bakış açısıyla tanımlanmaktadır. Bir eğitim programındaki bu sonuçlar istekli aile hekimlerinin eğitim ihtiyaçlarının hiç düşünülmediği ya da çok az dikkate alındığı dar uzmanlıklarda –üç ay pediatri; dört ay jinekoloji vb.- sabit hizmet periyotlarını içerir. Zamana

ve disipline bağı öğrenme şeklinden uzaklaşıp yeterlilik temelli öğrenme şeklini öne çıkarmak ve müfredattaki okul tabanlı düşünceden uzaklaşmak istiyoruz. Tablo 3.3’de listelenen yeterlilikler sağlanırsa aile hekimliğiyle ilgili bir eğitim programı sağlanmış olacaktır. Bu bir aile hekimliği programı esnasında ikinci basamak disiplinleri için eğitim yapılmayacağı anlamına gelmez, fakat genel uygulamada böyle ortamlarda ileride aile hekimleriz en iyi öğrenilmesi gereken bilgi tutum ve davranışlar tanımlanmalıdır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amaçları

1. Aile hekimliğinde uzmanların eğitim programları ağırlıklı olarak birinci basamak ortamında sağlanmalıdır.
2. Böyle programların müfredat ve içeriği, 2002 Avrupa tanımında belirtilen yeterliliklere dayalı olmalıdır.
3. Eğitimin süresi ağırlıklı olarak gerekli yeterlilikleri kazanması için öğrencinin ihtiyaçlarına göre belirlenmelidir.
4. Hem birinci hem de ikinci basamak klinikler öğrencilerin öğrenme amaçlarına ulaşması için uygun öğrenme ortamı sağlamalıdır.
5. Bu öğrenme programlarının denetimi ve onların değerlendirilmesi aile hekimleri tarafından yapılmalıdır.

WONCA’nın yeterlilikleri üç “uygulama alanı” altında ifade edilmektedir. Yetkin aile hekimleri klinik görevlerde; hasta ile iletişim, ofis yönetimi ve kişi merkezli bilimsel disiplin için esas olan üç arka plan özelliğinin bağlamsal yönlerinde; tutumsal ve bilimsel yönlerde mesleklerini uygulamak için bu yeterliliklere başvurur. Bunlar branş uzmanlıklarında aile hekimliği müfredatının içeriğini tanımlamak için kullanılabilir.

1. Birinci basamak yönetiminin özellikleri:

- Hastaların ilk başvurusunu yönetmek, seçilmemiş problemlerle uğraşmak;
- Sağlık durumlarının tümünü ele almak;
- Diğer uzmanlarla ve birinci basamaktaki diğer sağlık profesyonelleri ile koordineli çalışmak;
- Etkili ve uygun bir bakım ve sağlık hizmeti kullanımını sağlamak;
- Sağlık bakım sistemlerinde uygun hizmetleri hasta için ulaşılabilir hale getirmek;
- Hasta için savunucu olmak.

2. Kişi-merkezli bakımın özellikleri:

- Çevreleri bağlamında hastaların ve problemlerinin değerlendirilmesinde kişi-merkezli bir bakımı benimsemek;
- Hasta otonomisine saygı ve etkili bir doktor-hasta ilişkisi oluşturmak için aile

hekimliğinin özelliklerini uygulamak;

- İletişim kurmak, öncelikleri belirlemek ve ortak hareket etmek;
- Hastanın ihtiyaçlarına göre belirlenen bakımın sürekliliğini sağlamak, sürekli ve koordineli bakım vermek.

3. Özgün problem çözme becerilerinin özellikleri:

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplumdaki prevalans ve insidansları ile ilişkilendirmek;
- Öykü alma, fizik muayene ve laboratuvar araştırmalarını seçici olarak toplamak, yorumlamak ve hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı uygulamak;
- Uygun çalışma prensipleri benimsemek; örneğin aşamalı araştırma yapmak, zamanı bir araç olarak kullanmak ve belirsizliği tolere etmek;
- Gerektiğinde acil müdahale yapmak;
- Farklılaşmamış bir şekilde ve erken ortaya çıkabilen durumları yönetmek;
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli kullanmak.

4. Kapsamlı bakımın özellikleri:

- Bireylerdeki birden fazla şikayet ve patolojileri, akut ve kronik problemleri eş zamanlı yönetmek;
- Uygun bir şekilde sağlığı teşvik etmek ve hastalığı önleme stratejilerini uygulayarak sağlık ve iyilik halini artırmak;
- Sağlığı iyileştirmek, önlemek, tedavi etmek, bakım vermek, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetleri vermek ve bunların koordinasyonunu sağlamak.

5. Toplum yönelimli olmanın özellikleri:

- Mevcut kaynakların kullanımının dengeli bir şekilde yaşadıkları toplumun sağlık ihtiyaçları ile hastaların sağlık ihtiyaçlarını bağdaştırmak.

6. Holistik modellemenin (bütüncül yaklaşım) özellikleri:

- Kültürel ve varoluşsal boyutları dikkate alan biyo-psiko-sosyal bir model kullanmak.

Tablo 3.3. "Aile Hekimliği Avrupa Tanımı", WONCA Europe 2002 Aile Hekiminin çekirdek yeterlilikleri

EĞİTİM AMAÇLARI VE SÜREKLİ PROFESYONEL GELİŞİM (SPG)

Aile hekimlerinin SPG'sine temel tıp eğitimi ve uzmanlık eğitimi esnasındaki öğrenme kadar dikkat edilmemiştir. Aile hekimliğinin uzmanlık eğitimi sonrasında düz bir kariyer yolu vardır. Çoğu aile hekiminin formal eğitime devam etmek için çok az fırsatı ya da beklentisi vardır. Bazı ülkelerde sürekli tıp eğitimi (STE) uygulamaya devam etmek için gereklidir, fakat formal STE programları geleneksel olarak öğrenmeden çok öğretme üzerinde durmaktadır ve izlenen çıktılar davranış değişikliğinden ziyade eğitime katılma durumudur. Bir kurumda uzmanlar tarafından verilen derslerin toplumdaki hasta bakımını düzelttiğini gösteren çok az kanıt vardır.

Hastaların değişen sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için uygulayıcılara gerekli donanımı kazandırmak amacıyla özgün sürekli profesyonel gelişimin desteklenmesine doğru bir hareket vardır. Bu, bir doktorun erişkin eğitimi yöntemlerini kariyerindeki diğer herhangi bir evreden daha fazla kullanmasını gerektirir. Sağlık hizmeti sunumunun etkili olmasını sağlamak amacıyla SPG, öğrencilerin hastalarla günlük çalışmasına dayalı olmalıdır ve toplumun sağlık ihtiyaçlarına hitap etmelidir. Öğrenme ihtiyaçlarının değerlendirilmesi yapılmalı ve en uygun eğitim yöntemleri kullanılmalıdır. Eğitim programları süresince, aile hekimlerine yaşam boyu öğrenenler olarak yolculuğına devam etmelerini sağlamak amacıyla öz-güdümlü öğrenmenin beceri ve tutumlarının öğretilmesi gerekir. Zaman ve kaynaklar kendilerini değerlendirme ve sürekli kalite iyileştirmesine yönelik yüksek kalitede öğrenme programlarının geliştirilmesi için harcanmalıdır. Etkin SPG, EQuIP ve EURACT tarafından ortak bir politika raporunda tanımlanmıştır.

İleride, aile hekimlerinin becerilerini sürdürmek için harcadıkları enerjiyi ve hem akademik hem de finansal açıdan kendi uygulamalarını nasıl kabul ettirdiklerini dikkate almamız gerekecektir.

Aile hekimliğinin Sürekli Mesleki Gelişim hedefleri

1. Sağlık hizmeti sunumundaki gelişmelerde merkez olmalıdır.
2. Öğrenme programları öğrencilerin iş pratiklerine dayalı ve pratikleri ile ilgili olmalıdır.
3. Eğitim programları bireysel uygulayıcının öğrenme ihtiyaçlarına uygun olmalıdır.
4. Öğrencilere hayat boyu öğrenme sorumluluklarını alacakları beceri ve tutumlar kazandırılmış olmalıdır.
5. Program planlanmış olmalı, uygun erişkin eğitim yöntemleri kullanılmalı ve değerlendirilmelidir.
6. Finansal ve akademik teşvikler geliştirilmelidir.

KAYNAKLAR

Continuing Professional Development in Primary Health Care. Quality Development Integrated with Continuing Medical Education. Heidelberg, Germany: EQuIP, 2002.

BÖLÜM 4: EĞİTİM AKTİVİTELERİ İÇİN MUAYENEHANE ORGANİZASYONU

Egte Zebiene

Çeviri: Hamit Acemoğlu

Sadece var olmak yerine yaşamalısın

(Plutarkhos)

Bir Yunan efsanesine göre, Pellion Dağı'nın yamaçlarındaki küçük bir mağarada ilk tıp okulu açılmıştı. Mağarada tanrılar iyileştirmenin sırlarını at-adam Chiron'a açmış, Chiron da karşılığında Askleipos'u eğitmişti. Askleipos da yedi çocuğunu eğitti; iki kızı, Hygiea ve Panacea, iyileştirme tanrıçaları oldular. Sonrasında onlar da öğretmeye devam ettiler. Bu anlamda, Chiron'un mağarasını - günümüzün öğretim uygulaması anlayışından farklı olabileceği göz önünde bulundurularak - tarihteki ilk eğitim uygulaması saymak mümkündür. Eğitim şekli çağlar boyunca değiştikçe, öğretim ve öğrenme süreçlerinin gelişimleri de eğitim uygulamalarının kurulmasında etkilerini gösterdi. Son yılların yönelimi genellikle "hastalar nerede öğrenciler orada" olarak tanımlandı. Bu, geleceğin aile hekimlerinin toplum tabanlı eğitimine dikkat çekmekte ve bu yolla eğitim uygulamalarına ek ihtiyaçlar eklemektedir. Eğitim faaliyetleri için uygulama organizasyonu bire bir öğrenim sürecine giden yolda önemli bir adım olarak sayılabilir.

İngiltere'de olduğu gibi, ilk olarak, bir uygulamanın akademik (öğretim) uygulaması olabilmesi için hem uluslararası hem de ulusal olarak belli standartlar ve öneriler tesis edilmiştir. Dolayısıyla ilk evre eğitim aktiviteleri için hazırlık, eğitim uygulamalarının belli özelliklerinin var olan şartlara göre değerlendirme ve analizini içerir. Bu şartların karşılandığı eğitim uygulaması eğitim aktiviteleri için onay alabilir. Eğitim uygulaması durumunun onayından sonraki adımları, kursiyer kabul etmeden önce birkaç hazırlık aşaması oluşturur.

Eğitim ortamının niteliklerini analiz eden bazı çalışmalar göstermiştir ki, eğitim mekanlarının bütün karakteristikleri içinde, eğitici kalitesi öğrenciler tarafından en fazla öneme sahip seçilmiş, ya da diğer eğitim mekanları özelliklerine baskın çıkmıştır. Eğiticileri değerlendirirken, ayakta hizmet verilen yerlerde bulunan öğrencilerden gelen puanların yatarak tedavi gören hastaların olduğu yerde bulunan öğrencilerden gelen puanlardan daha yüksek olduğu da bulunmuştur.

EĞİTİCİLER

"İyi eğitici kimdir?" sorusu, hem uygulamadaki eğitim sürecinin organizatörleri hem de araştırmacılar tarafından düzenli olarak analiz edilmiştir. Durumların çoğunda en önemli özelliklerin şu 3 ana alanda olduğu üzerine karar verilmiştir: klinik performans, kişisel özellikler ve eğiticinin nitelikleri. EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) eğiticilerin özelliklerini önem sırasına göre şöyle sıralar:

- Öğretmeye kişisel istek/heves,
- Pratik öğretim becerileri,
- Klinik ustalıkta yüksek standart,
- Etkili iletişim kurma becerisi,

- Yüksek profesyonel nitelik,
- Tıbbi öğrenimin devamında aktiflik,
- Kalite güvencesine bağlılık,
- Uygulamada yeterli zaman,
- Diğerleri (denetim, araştırma aktiviteleri).

Her ülke, hatta eğitim kurumu, yukarıda belirtilen özellikleri ölçmek için kriterler oluşturmanın yanı sıra eğitimcilerin akreditasyonu için kendi (resmi veya gayri resmi) sürecini geliştirir. Eğitimcilerin seçimi için çok sayıda kriterler kullanılır. Bazı ülkeler 2-3 kritere dayalı seçim üzerine karar vermiştir (Örneğin Avusturya'da aile hekiminin musyenehanede bulunduğu süre ve muayenehanenin kendi kriterleri. Diğer ülkelerde (Örneğin İngiltere, İrlanda, İtalya) gelecekteki eğitimci için profesyonel nitelik, klinik ustalık, öğretme becerileri, öğretmeye istek gibi çok daha fazla şart vardır. Aktif sürekli tıp eğitimi (STE), kalite güvencesi özelliklerinin yanında diğerleri, mesela performans denetimleri de yer almaktadır. Bazı ülkeler araştırma aktivitelerini de değerlendirir (Örneğin İspanyanın bazı bölgeleri). Diğer ülkeler yukarıda belirtilmiş farklı kriterlerin bir kombinasyonunu kullanır. En yaygın olarak kullanılan kriterler kişisel nitelik, uygulamadaki zaman, öğretmeye bağlılık, ve eğitim uygulamasının spesifik kriterleridir. Öğrencilerin çoğu eğitimcilerini rol model olarak saydıklarından ve dolayısıyla kendi tavır ve profesyonel becerilerini gözlemledikleri örneklerine göre biçimlendirdiklerinden dolayı eğitimcinin kişisel nitelikleri çok önemlidir.

Hastalarla etkili iletişim, hastanın ihtiyaçlarına hassasiyet gösterme, tıbbi uygulamadan zevk alma öğrencinin daha da gelişmesinde önemli bir etkiye sahip olabilir. Eğitimcilerin önemli olduğu düşünülen bir başka özelliği de eğitimcinin eğitimde geçirdiği zamanıdır. Tecrübeleri nedeniyle eğitimcilik yapmış kişiler daha fazla tercih edilir. Diğer yandan da yeni eğitimciler aktivitelerine başlamak için ek bir çaba sarf etmeye ihtiyaç duysalar da kendilerinden daha deneyimli iş arkadaşlarından daha istekli görünürler. Hatta daha öğrenen merkezli olabilirler. Hatta bu, eğitimcinin eğitim faaliyetlerinde olma sebebi olabilir. Eğitime sadece eğitim olduğu için yüksek önem veren bir eğitimci bunu para için yapan ve bir öncelik olarak görmeyen bir eğitimciden daha uygun bir aday olabilir. Bir eğitimcinin eğitim sürecinde olmasına etki eden bir çok faktör vardır. Bunların arasında faaliyetlerin sürekliliği (zaten işin içinde olanlar için bu doğal bir ilerlemedir), eğitim ile kişisel tatmin ve profesyonel konular (aile hekimini daha önemli kılar performansı artırır) sayılabilir. Eğitimcinin pozisyon ve durumunu olumsuz yönde etkileyen eğitimcinin rolünün bazı problemler alanları öğretmenlerin olumsuz deneyimleri, profesyonel/eğitim izolasyonu, devam eden ailevi sorunlar, tükenme vs. gibi faktörler de vardır

Eğitimcinin eğitim sürecine katılımı, onun aktivitelerininin sorumlu enstitü ve öğrenci tarafından izlenip değerlendirilmesi anlamına da gelir. Öğrenci eğitimciden geri bildirim almaya ve yapıcı eleştiriye cevap sağlamaya hazırlıklı olmalıdır. Üstelik eğitimci eğitim standartlarını yüksek tutma konusunda istekli ise, öğrencilerinden aktif olarak geri bildirim istemelidir.

Uygulama kriteri, ki eğitim uygulamalarının seçimi için önemlidir, EURACT tarafından aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

- İyi nitelikte altyapı, donanım, kütüphane, tesisler ve diğer eğitim aygıtları,
- İyi organize edilmiş tıbbi kayıtlar,
- Öğrencinin tecrübe kazandığına emin olmak için yeterli sayıda hasta ve iş yükü,
- İyi nitelikte sağlık hizmetleri takımı,
- Etkili uygulama yönetimi,
- Diğerleri (teftiş, araştırma faaliyetleri, ilginin devamlılığı).

ALTYAPI

Sağlık hizmetleri eğitimi için sorumlu organizasyonlar bina ve eğitim araç gereçlerinin yeterli ve öğrencinin çalışmak için uygun donanımları olduğundan emin olmalıdır. Genellikle bina ve donanım eksikliği zorluk çıkarır. Bu da öğrencinin eğiticisiyle aynı anda muayene yapmasını ve gerektiğinde öneri istemesini imkansız kılar. En iyi seçenek asistana ayrı bir muayene odası sunmaktır. Böylece öğrenci eşit sayılmış olur ve diğer doktorların çalışma koşullarına yakın şartlarda çalışma imkanı elde eder.

Bu aynı zamanda eğitim süreci için de en verimli düzenlemedir. Çünkü öğrenciler belirgin açıklamalarla desteklenebilecek şekilde gözlem yapmaya değil “yaparak öğrenme” yaklaşımına daha çok değer verirler. Herhangi bir problem olduğunda öğrenci eğiticisine danışabilsin diye öğrencinin odasının eğiticinin odasına yakın olması istenir. Diğer önemli odalar tedavi (ya da işlem) odası ve bir ortak odadır. Tedavi odası öğrencinin işlemleri yerine getirmesi ve yeterli pratik beceri geliştirmesini garantilemek açısından önemlidir. Dolayısıyla aile hekimliği için uygun şartlara göre donatılmış olması önemlidir ve bu şartlar ülkeden ülkeye değişebilir. Bir ortak odanın varlığı da uygulama eğitimi için elzem olmasa da istenilir, çünkü asistana diğer partnerlerle ve muayenehane çalışanlarıyla daha az resmi bir ortamda tanışma fırsatı sağlar. Ortak odalar yazışma ve belgeler üzerinde çalışma, klinik problemler veya özel konular üzerinde tartışma ve personel toplantıları için kullanılabilir.

PARTNERLER VE EKİP

Bugünlerde yaygın bir şekilde kabul edilen bir durum var: diğer personelin desteği ve öğrencinin verimli bir şekilde çalışması için diğer ekip üyelerinin desteği şarttır. Eğitim muayenehanesinin önemli bir özelliği tek hekim veya grup pratiği olmasıdır. Eğitim kalitesine bakılmaksızın, tek hekim muayenehanesi grup eğitiminden daha az tercih edilir. Birlikte iyi çalışan personel bir iç problemi olan takımdan daha faydalı olabilir. Öğrencinin birden fazla eğitici ile çalışması farklı eğitim ve danışmanlık deneyimi fırsatını doğuracağından, pratik eğitimlerde birden fazla eğiticinin olduğu durum arzu edilir. Eğitici toplantı, yeterlilik kursları ve tatil gibi nedenlerle muayenehanede olmadığı zaman grup içindeki katılımcılar genellikle destek ve gözlem sağlar ki, bu tek hekim uygulamalarından deneyim elde etmek oldukça zordur. Buna ilaveten, tek hekim eğitimi eğiticinin herhangi bir sebeple olmadığı durumlarda daha kırılgandır. Bu durumda, öğrencinin iki seçeneği vardır. Birisi giden doktorun yerini bekler ve bağımsız çalışır. Gelen hastalar giden doktoru beklemek zorunda kalmadığı ve sorunları hızlı bir şekilde çözüleceği için, bu organizasyon açısından olumlu kabul edilir. Ancak bu durumda öğrencinin eğitime tanı ve tedavi problemleri ile ilgili veya hastayı başka doktora sevk etme gibi yönetme problemleri için yardım alma imkanı olmaz. Diğer muayenehane personelinin yardımı ile sorunlar çözülebilir. Eğitici pratik uygulamanın dışında olduğu zaman konsültasyondan geribildirim kazanma ve önemli konuları tartışma şansını kaybeder. Diğer bir olasılık, öğretim sürecine devam etmek için yakınlardaki başka bir uygulama eğitici ile bir anlaşma yapmak olacaktır, ama bu eğitim yönlendiricisi tarafından yapılacak pratik örgütlenme modeli yanı sıra ek düzenlemeler de gerektirir. Bu eğitim ayarlaması eğiticinin diğer eğitim imkanları hakkında verdiği geri bildirimlerle bile asistana muayenehanede kişisel öğrenme stiline geliştirmesine yardım edebilir. Yani, özellikle bir eğitici ile uzun süreli böyle bir işbirliği kişisel ilişkiyi geliştirmekte, eğitim süreci devam ettiği ve öğrenme ve öğretme sürecine adapte ettiği için de kursiyer tarafından olumlu görülmektedir. Bu durum genellikle öğrencinin ilerlemesi üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir.

Bazı araştırmacılar, muayenehanede partnerlerin olması ve öğrencilerin muayenehanede olması halinde daha düşük iş yükünün olduğunu ve öğretme sürecine kendi katkılarını yapmalarının beklenebileceğini bildirmişlerdir. Pratik uygulamalarla eğiticiye destek sağlayan diğer partnerlerin ev ziyaretlerini paylaşmaları veya bu yolla eğitim oturumları için zaman kazandırılması önemlidir. Hemşireler, kayıt personeli, muayenehane yöneticisi, sosyal çalışmacı ya da toplum hemşireleri öğrencinin uygulamaları yönetmesi için ihtiyaç duyduğu bilgi ve beceriyi hem de gelecekteki doktorun tutum ve etkili bir takım çalışması için temel becerileri kazanmasına katkı sağlamalıdır. Resmi olmayan iletişim öğrenmeye yardımcı olur. Geçici bir ekibin üyesi oldukları için değil, aynı zamanda diğer hekimlerin aşırı iş yükü nedeniyle onların izole olma olasılığını azaltmak ve potansiyel olarak oldukça geniş olan kuşak farkını kapatmak için, öğrenciler resmi olmayan pratik toplantılara davet edilmelidir. Resmi olmayan iletişim öğrencinin kişisel tutumunu ve personelin karar verme süreçlerini daha çok anlaması, bazı durumlarda farklı bakabilmesi bakımından yararlı olur ve böylece genelde ve takım çalışmasında sağlık hizmet süreçlerine daha geniş bir yaklaşım kazanmasını sağlar.

DONANIM

Öğrencilerin modern araştırma/inceleme ve tedavi metotlarını iyi bilmeleri zorunluluğu olduğu müddetçe, aile hekimliği düzenlemeleri (standartlarının) ihtiyaçlarına göre eğitim muayenehanesi gerekli donanıma sahip olmalıdır. Bu donanım birinci basamak sağlık hizmetleri uygulamaları için ülke şartlarına göre değişen, genellikle masa, sandalye, muayene yatağı, telefon, hekim çantası, kan şekeri cihazı, elektrokardiyografi, pik flowmetre, jinekolojik masa, mikroskop, santrifüj, tansiyon aleti, steteskop ve diğerlerinden oluşur. Öğrencinin bu malzemelere kolayca ulaşabilmesi de önemlidir. Oksijen tüpü ve maskesi, defibrilatör, ve aşıları muhafaza için soğutucu gibi teçhizat genellikle hekimin muayenehanesinde değil tedavi odasında bulunur ve bu malzemelerin bazıları her ülkede zorunlu değildir.

Diğer bir donanım çeşidi de eğitimsel faaliyetler için gerekir. Video kayıtlı konsültasyon analizlerinin eğitim ve öğrenim metotları çoğu ülkede ve eğitim uygulamalarında kullanıldığından bir TV seti veya bir video kaydedicisi günümüzde birinci basamak sağlık hizmetleri eğitiminde temel teçhizat olarak görülmektedir. Bir başka önemli alternatif, ileri analiz ve konsültasyonlara yönelik öğrencinin video kamera bulundurmasıdır. İletişim becerileri pratiklerinde ve uygulamada geçirdiği süre boyunca öğrencinin gelişiminin analizinde bu önemli bir araçtır. Video kamera eğitim aracı olarak oldukça pahalı bir alet olabildiği için eğitim kuruluşunca bir adet temin edilip eğitim programlarına göre birçok öğretim uygulamaları tarafından paylaşıldığı sıkça karşımıza çıkmaktadır.

Diğer donanım malzemeleri finansal imkanlar ve ihtiyaçlar doğrultusunda opsiyonel olarak bir klima (iklime göre), kahve makinesi, mikrodalga fırın, soğuk su makinesi, saat, takvim olabilir. Bunların zorunlulukları olmasa da hasta ve muayenehane personelinin ihtiyaçlarını göz önünde bulundurularak temin edilmeleri gayet faydalı olacaktır. Ayrıca hekimlerin ve diğer personellerin uygulamada oldukça uzun zaman harcamaları, bu maddelerin zaman kazanma konusunda onlara yardımcı olmasını sağlar ve ayrıca bazı resmi olmayan iletişime fırsat verir.

MUAYENEHANE KÜTÜPHANESİ

Kütüphane ihtiyacı oluşturan güncel ihtiyaçlar muayenehane eğitimlerinin gelişiminde oldukça büyük bir değişime neden oldu. Bir kütüphane diğer uzmanlık dallarıyla ilgili yayınlanmış kitap ve dergilerin yanında öncelikle aile hekimliği hakkında yayınlanmış ve birinci basamak sağlık

hizmetlerindeki problemlere tahsis edilmiş olanları bünyesinde bulundurmalıdır. Bu kütüphanelerin en son baskıları içermeleri, birinci basamak sağlık hizmetlerindeki problemlerinin çözümü için uygun olan tıp, psikoloji ve sosyal bilimler alanlarındaki güncel bilgileri sağlamaları büyük önem arz etmektedir. Bir muayenehane kütüphanesinin pratisyenlikte kolayca ulaşılabilen yani hekimlerin çekmecelerinde veya evlerinde gizlemedikleri kitap ve dergileri de ihtiva etmesi çok önemlidir. Eğitimin başlangıcında öğrencinin muayenehanede hangi kitap, rehber ve dergilerin kolaylıkla erişilebileceği konusunda gerekli bilgiyi alması da gayet önemlidir.

Bilgisayarlar, elektronik dergilere erişimi sağladıkları gibi internet üzerinden literatür araştırması eğitiminde, sunum hazırlanmasında ve bilimsel araştırmalar için istatistiksel analizlerde istatistik programlarının kullanımında öğrenciler için yararlı olmaktadır ve bu yönüyle muayenehane eğitimleri için temel ihtiyaçlardan biridir. Muayenehane kütüphanesinde internet bağlantısı yoluyla en uygun tıbbi ve eğitici veritabanlarına erişim de önemli bir avantajdır.

MUAYENEHANE ORGANİZASYONU

Öğrencilerin geniş bir yelpazede yer alan tanı ve tedavi aktivitelerinin sağlanması için yeterli sayıda hastanın eğitim muayenehanelerine kayıtlı olması gerekmektedir. Öğrenme periyodu boyunca pratiğin, her yaş ve sosyal gruptan yeterli sayıda ve geniş dağılımda farklı sağlık problemleri olan hastaları içermesi son derece önemlidir. Muayenehane mekanı bireyler ve aileler için danışmanlık hizmeti sunmalıdır ve tek bir kişiden geniş ailelere kadar hastaların tüm mevcut konularına hizmet etmelidir. Pratiğin en önemli noktalarından biri aile hekimliğinin gebe takibi aile planlaması pediatrik bakım minör cerrahi ve önleyici hizmetler gibi tüm büyük alt birimlerinde öğrencilerin yeterli deneyimi kazanmalarıdır. Öğrenme hedefleri ve öğrencilerin ihtiyaçlarına göre muayenehane aktiviteleri değiştirilebilir ve düzenlenebilir. Belirli bir muayenehanede bazı öğrenme amaçları yerine getirilemiyorsa öğrenci diğer muayenehanelerle gerekli düzenlemenin yapılması beklentisine girmelidir, böylece aile hekiminin iş tanımlamasına göre tecrübe edeceği sağlık problemleri ve prosedürleri ile karşılaşacaktır. Örneğin jinekolojik prosedürler beklenen düzeyde uygulanmadıysa, yeterli eğitim düzeyi ve öğrenim amaçları elde edildiğinden emin oluncaya kadar bir başka muayenehane ile anlaşması yapılmalıdır.

Öğrenciler, eğer mümkünse, kendilerine ait hasta edinmeleri konusunda desteklenmelidir, böylece aile hekimliğinin temel prensiplerinden birini öğrenebilirler: Hizmet devamlılığı. Ne yazık ki, bazı muayenehanelerde öğrenci eksik bir elemanın yerine kullanılma eğilimindedir, bu durum uygun öğrenme düzeni veya öğrenme hedeflerini elde etme yönünde etkin bir izlem bırakmaz. Öğrencinin özerkliği özellikle bu durum için yeterli tecrübeyi kazanmadığından öğrencinin ilk günden kendi başına ve bireysel çalışmaya başlayacağı anlamına gelmez, fakat öğrenme sürecinde öğrencinin gittikçe artan düzeyde özerklik kazanması en önemli konulardan biri kabul edilir. Aynı zamanda, öğretmen öğrenciyi ilginç veya yeni yeni hastalarla tanıştırmayı arzu edilen bir durumdur, böylece öğrencinin tecrübesi artar, aksi takdirde öğrenci yalnızca sınırlı hastayla iletişim kuracaktır. Muayenehane personeli şunun farkında olmalıdır ki öğrenciler sıklıkla tecrübeli doktorlara göre konsültasyon için daha uzun süreye ihtiyaç duyacaklardır; bu nedenle muayenehanede genel düzenlemeler yapılmalıdır. Öğrenci, eğitici ve muayenehane yöneticisi bir araya gelerek hastanın öğrenci ile konsültasyonlar için uygun zamanlamanın ne zaman olacağını tartışmalıdırlar. Öğrenme sürecinin başında, öğrenci bağımsız olarak çalışmaya başlarken, bir hasta için ayrılan konsültasyon süresi 15 veya daha fazla dakika olmalıyken; öğrenci, hasta ile iletişim kurmak veya muayene etmek için daha fazla süreye ihtiyaç duyabileceği gibi, aynı

zamanda hastaya ilaç reçete etmeden veya hastayı bir konsültana danışmadan önce eğiticilerle kararlarını tartışmak için ek süreye ihtiyaç duyabilir. Sıklıkla, öğrencinin gelişim göstermesi ve pratik ihtiyaçlara adaptasyonuna bağlı olarak süre daha sonraları kısılacaktır, ve öğrenci daha uzun süreli bir konsültasyonun, konsültasyon saatler boyunca daha az hasta görmek ve buna bağlı daha az hasta sağlığı problemleri ile karşı karşıya kalmak olacağına artan bir bilinçlilikle farkında olacaktır.

Hasta kayıtlarının kolaylıkla ve kısa bir süre içinde yerinin belirleyecek şekilde tutulması da önemlidir. Hasta hakkındaki bilginin bulunma zorunluluğu bazı belirgin sistem tiplerinin muayenehanede uygulanması ihtiyacını doğurur:

- yaş/cinsiyet kaydı
- tanı kaydı
- iş yükü kaydı

Hasta kayıtlarının bilgisayarlı sistemde şahsi olması ve bazı tanısıl verileri içermesi herhangi bir arama, denetim ve analiz için olduğu kadar koruyucu aktivitelerin planlanması içinde bu sistemleri son derece kullanışlı kılar. Öğrencilerin kaynaşması için ofisin iyi organize edilmesi beklenir. Krizler ve muayenehanedeki değişiklikler ortaya çıkan diğer problemler nedeniyle sıklıkla daha zayıf eğitim verilmesine neden olur. Etkili bir hasta zamanlama ve programlama sistemi iyi kalitede hasta kayıtlarıyla birlikte önemli bir mesele olarak tanımlanmıştır ki öğrenci için bunlara ulaşım mümkün olmalıdır. Ofisin konumu asistana hasta takibi, hasta sevk etmeye imkan ve sonuçlarını bilmeye imkan sunma, hastaneye yatırma, prosedürler ve testler hususunda fırsat sunmalıdır. Öğrenmeye başlamadan önce öğrenci, hasta sevk etme sistemi ve muayenehanedeki reçeteleme politikaları hakkında olduğu kadar muayenehane protokolleri ve öğrenme süreci boyunca önceden şaşkınlık oluşturacak diğer dokümantasyonlarla ilgili bilgilendirilmelidir.

Ev ziyaretleri ve nöbetlerde iken, öğrenci tecrübeli iş arkadaşları tarafından güvence altında olmalıdır. Bu tecrübeli yol göstericiler ya telefonla ya yüz yüze ulaşılabilir olmalı ve öğrenci ihtiyacı olduğu durumda her zaman onlara konsülte edebileceğini bilmelidir. Öğrencinin özellikle nadir de olsa son derece stres yaratan acil durumlarda tecrübeli doktorlardan yardım alabileceğini bilmesi hatırı sayılır derecede faydalı bir durumdur. Aynı zamanda, bu durum tecrübe yoksunluğuna bağlı oluşacak olan ve hem öğrenci hem de muayenehane için problemlere yol açacak olan medikal hataların olma olasılığını da düşürecektir.

Öğrenci, sağlık personeliyle eşit şartlarda muamele görmelidir; asistana kötü muameleden kaçınmak için, J. B. Donald'ın çalışmasında tanımladığı öğrencinin zorunlu olarak her Cuma akşamı nöbette olması gibi, öğrencinin yaptığı aktiviteler meslektaşlar arası işbirliği temelinde organize edilmelidir. Aynı kurallar tatil günlerinde ve diğer sağlık personelinin devam eden medikal eğitim aktivitelerinde de uygulanmalıdır. Öğrenci muayenehanede bir başka doktorun yerini alırsa bunda yanlış olan bir durum söz konusu değildir, zira bu durumda öğrenci daha fazla sayıda hasta görecektir ve daha geniş yelpazede sağlık problemleriyle karşılaşacaktır, fakat bu organizasyon öğrenci bağımsız olarak iş yapabilecek durumdayken planlanmalıdır ve eğitim süreci hastalar hakkında geri dönüşler, tartışmalar vs formunda devam etmelidir.

SAĞLIK KAYITLARI

Sağlık kayıtları muayenehanede önemli kalite ihtiyaçlarındandır. Hasta kartlarına tanı, tedavi ve koruyucu prosedürlerin doğru girilmesi, öğrencilerin gerekli bilgiyi toplaması ve karar aşamasında önceki aktivitelerin analizine, yardım eder. Bu, öğrencinin kendi kararlarını diğer

Klinisyenlerinkiyle karşılaştırmasına yardım eder ve eğer gerekliyse, diğler ihtimalleri veya problem çözenin diğler yollarını tartışmayı sağlar. Klinisyenin tanı, araştırmalar, tedavi ve bakım üzerine kararlarının sebeplerinden bahsettiğı bazı notların hastanın kayıtlarında olması da önemli olabilir. Böylece, öğrenci tecrübeli klinisyenin karar verme basamaklarını öğrenir ve gerektiğinde bunun hakkında soru sorabilir. Hasta üzerine öğrencinin yoğunlaşmasını daha kolay hale getirmek için tıbbi kaydının içinde “problem veya tanı listesi” nin ilk sayfada yer alması kullanışlıdır. Hastayla uzun dönemde iletişim kuran klinisyen hastanın hikayesi, daha önceki sağlık problemleri ve tetkikleri çok iyi bilmeliyse de, hastayı ilk kez gören öğrenci için hasta kartları çok önemli bilgi kaynaklarındandır. Hastanın hikayesini almak hatırı sayılır derecede vakit alır ve tüm hastalar aldıkları ilaçların ismini veya daha önceki test sonuçlarını bilemez. Bu nedenle öğrencinin problem çözüme kabiliyetini veya klinik düşünme kabiliyetini ortaya çıkarmak için hasta kartında tüm objektif bilginin doğru olarak toplanması son derece önemlidir. Hastahanelerden gelen mektuplar, konsültasyon sonuçları ve kesin test sonuçları testlerin tekrarlanmasına veya gereksiz test yapılmasına engel olur, ki muayenehane için mali yönden bakıldığında bu durum önemlidir. Öğrenci şunun bilincinde olmalıdır ki: muayenehanede kaldığı müddetçe öğrendiğı tıbbi kayıt tutma becerisi, kendisi gelecekte bağımsız bir doktor olduğunda temel bir beceriolacaktır. Dahası, öğrenciler sıklıkla bilmedikleri bir hastanın öyküsünü alırken daha kesin hükümlüdürler ve tanı ve tedavi basamakları için klinisyen tarafından unutulabilecek önemli ipuçları elde edebilirler. Bundan dolayı, muayenehane personeli öğrencilerin tıbbi kayıtlara girdilerinden de faydalanabilir. Öğrenci şunun da farkında olmalıdır ki kendisiyle hasta arasında bir ihtilaf durumunda, konsültasyon süresince ne yapılıp yapılmadığı üzerine tıbbi kayıtlar önemli bir bilgi kaynağıdır. Böylece kayıtları doğru ve açık yapma öğrenci içinde gereklidir.

Diğler taraftan, bazı ülkelerdeki klinisyenler hasta için büyük ölçüde memnuniyetsizliğe neden olan hastayla iletişim kurmaktan ziyade tıbbi kayıtlar için yazdıklarından şikayet etmektedirler. Kırtasiye yükünden kurtulmak için, bazı standart formların veya tanımlanması gereken temel öğeleri içeren kısa şekilleri gerektiğinde kullanabilirler. Bu, öğrencinin konsültasyonundaki bazı önemli bölümleri atlamamasını sağlayabilir.

MUAYENEHANEDEKİ DİĞER AKTİVİTELER

Öğrenen için araştırma, denetleme ve sürekli bakım gibi aktiviteleri gözlemlene veya katılma da önemlidir. Muayenehane personelinin kendi muayenehanelerini denetlemeleri öğrenene, sadece denetim fırsatı sunmayacak bunları uygulama yollarını, ayrıca bunların niçin gerekli olduğunu ve muayenehaneye bunların nasıl ilave bir katkısı sağladığını da öğretecektir. Öğrencinin, gelişme ve değerlendirme için iç; denetimin kapsamından önlemlerin iyileştirilmesine kadar denetimin bütün basamaklarını takip etmesi, öngörülen bu önlemlerin uygulanıp uygulanmadığını ve hastaların bakımı için bu önlemlerin ne gibi sonuçlar doğurduğunu gözlemlenmesi önemlidir. Muayenehane personelinin, muayenehanede bulunmanın denetim aktivitelerini öğrenmeleri açısından son derece önemli olduğunu farkına varmaları da önemlidir. Bu sebeple denetim sürecinin bütün basamaklarını takip etme sorumluluğunun bilincine varmalıdırlar. Araştırma aktivitelerine katılma öğrenene, ileride kendi araştırma projelerini geliştirme cesareti verecektir. Genellikle, öğreten doktor ve muayenehanenin diğler personeli araştırma projelerinde daha aktiftirler ve öğrenen doktora kendi tecrübelerini ve becerilerini aktarabilirler. Bir öğrenen ile birlikte bir araştırma projesi yürütmek öğreten doktora da başkalarının araştırma konusundaki ve araştırmanın sonuçları hakkındaki görüşlerini alma fırsatı sağlayacaktır. Bu da araştırma sonuçlarının değerlendirilmesinde bir tartışma ortamı yaratacak ve araştırma projesinin çıktılarını geliştirecektir. Koruyucu bakım hizmetlerine önem veren ve hastalara sağlık eğitimi sunan eğitimci

muayenehanesi, tedaviyi ana ve tek önceliği olarak gören muayenehanelerle mukayese edildiğinde daha çok günümüz sağlık hizmeti stratejilerine uygun faaliyet gösteren bir kurum olduğu görülür. Koruyucu tedbirlerin bütün muayenehane personelinin sorumluluğu kapsamında olduğunu vurgulamak önemlidir. Öğrenen her yönüyle koruyucu sağlık hizmetlerini tanımalıdır. Eğer diyabeti olan bir hastanın eğitimi tecrübeli bir hemşire tarafından veriliyorsa, öğrencinin bu eğitimlerin bir kısmına katılması, ne tür aktiviteler yapıldığını, ne kadar süre öğretim yapıldığı, hemşirenin hastaya nasıl destek olduğunu öğrenmesi önemlidir. Bu başka sorumlulukları olan ve hasta eğitimine fazla vakit ayıramayan hekimin yanında kalmaktan daha faydalıdır. Aynı şey diyabeti, hipertansiyonu veya yüksek kolesterol seviyesi olan hastalara verilen beslenme eğitimleri için de geçerlidir. Genellikle gebelik okulu, seyahat aşılması, tarama programları ve benzer aktivite eğitimleri de hemşireler tarafından verilmektedir. Diğer sağlık personelinin ne tür hizmetleri yapabileceğini iyi bilmesi; öğrenen doktora daha iyi sonuçları alma yollarını ve ileride kendi muayenehanelerinde zamanı nasıl daha etkili kullanabileceklerini öğrenmelerini sağlayacaktır.

BİRİNCİ BASAMAK MUAYENEHANESİNDE EĞİTİM FAALİYETLERİ İÇİN HAZIRLIK

Eğitim faaliyetlerine başlamak için ilk adım muayenehanenin eğitim için hazırlığını değerlendirmektir. Muayenehanede eğitime hazırlık konusunda bazı önemli ipuçları vardır.

EĞİTİCİ

- **Birçok ülkede öğretim faaliyetlerine başlamak için öğrenen ile eğitimi verecek kurum ve/veya öğretene arasında yazılı bir anlaşma gereklidir. Bazı durumlarda akredite bir eğitim kurumu olmak için resmi olarak eğiticiler ve öğretim uygulamalarının akreditasyonu gereklidir**

Bazı uzmanların görüşlerine dayanarak, bireysel eğiticilerden ziyade muayenehanelerle anlaşma yapmak eğitimin bir ekip tarafından yapılma ihtiyacını ve eğitim sürecinde diğer ekip üyelerinin eğitimde rol almaları gerekliliğini vurgular.

- **Gerekli düzenlemeleri yapabilmeye zamanı olması için eğiticinin öğrencinin muayenehanede geçireceği zaman konusunda önceden bilgilendirilmesi gerekir.**

Öğrencinin geliş tarihi ve çalışacağı zamanlar konusundaki son dakika değişikliklerini eğitime bildirmediği gecikme, eğitimin düzenlenmesinden sorumlu olan organizasyonun işidir. Bunun gibi gecikmeler ve ihmaller eğitim faaliyetlerinden sorumlu organizasyon üzerinde olumsuz etki yapar.

- **Eğiticinin, öğrencinin muayenehaneye uyumu ve gerekli düzenlemeler ve atılacak adımlar konusunda muayenehanenin diğer personelini bilgilendirmesi beklenir.**

Bazı yoğun çalışan muayenehanelerde bu uyum zaman alır. Var olan imkânların yeniden düzenlenmesi nadiren gereklidir. Hem eğitilen için hem de hastaların sağlık hizmeti almaları için en iyi düzenlemeleri yapmak amacıyla muayenehanedeki doktorların odalarında, personelin çalışma saatlerinde bazı basit düzenlemeler yapmak gerekebilir. Eğitim faaliyetleri için bir zaman ayrılacaksa hastalar çalışma saatlerinde yapılacak değişiklikler konusunda bilgilendirilmelidir.

- **Eğiticinin, kurum tarafından belirlenen eğitim ve öğretim faaliyetleri için belli bir zamanını ayırması beklenir.**

Eğitim için öğrenenle geçirilecek belli bir zamanın ayrılması ve bu zaman zarfında başka maksatlarla eğitimin bölünmemesi gerekir. Diğer meslektaşların eğiticinin öğretim için ayırmış olduğu zamanda yapması gereken ev ziyaretlerini yapmaları veya bakması gereken hastalara bakmaları gerekebileceği için, eğiticinin çalışma planındaki değişikliklerden kaynaklanabilecek problemleri çözüme konusunda diğer meslektaşlarıyla konuşması gerekebilir.

- **Zaman içinde şartlar değişebileceği için, eğitici öğretim süresince resmi prosedürler ve öğrencinin muayenehanede kazanması gereken hedefleri konusunda bilgilendirilmelidir.**

Genellikle muayenehanedeki bire-bir öğretim konusundaki gereklilikler ve hedefler öğretim kurumları tarafından tanımlanır. Öğrencinin faaliyetleri öncelikle onun ihtiyaçları ve görevleri doğrultusunda olmalıdır. Ev ziyaretleri ve telefonla danışmanlık gibi diğer faaliyetler eğitim amaçlarının gerektirdiği ölçüde olmalıdır ve bunlar öğrenen ile eğitim sürecinin başında konuşulmalıdır.

- **Eğitim sürecinin başında, eğiticinin bireysel bir öğretim planı geliştirmesi için, muayenehanedeki eğitimden beklentileri konusunda öğren ile konuşması beklenir.**

Eğitim faaliyetinin başlangıcında öğrencinin ihtiyaçlarına göre, tecrübe ve öğrenme stiline dayalı, kişisel öğrenme planı geliştirmek gerekir. Öğren kısa bir süre önce bir konuda özelleşmiş bir klinikte çalışmış ve bu alanda kendini tecrübeli görüyor, başka bir konuda da kendi bilgi ve becerisini eksik görüyor olabilir. Öğrenen öğrenme sürecindeki beklentilerinin neler olması gerektiği, hangi öğretim ve öğrenme metodlarının kullanılacağı ve gelişimindeki ilerlemelerin nasıl izleneceği konusunda bilgilendirilmelidir. Öğrencinin öğrenim ihtiyaçları tartışılmalı ve ele alınmalıdır. Öğrencinin görevleri ve onun muayenehane personelinden beklentileri konusunda muayenehane çalışanları bilgilendirilmelidir.

MUAYENEHANE

- **Bazı ülkelerde öğrenci ve muayenehane arasında yazılı bir sözleşme gereklidir.**

Bu sözleşme genellikle önceden veya öğrencinin faaliyete başlamasından hemen sonra imzalanır.

- **Öğrenci gelmeden önce staj kadrosu ortak bir toplantı ile uygulamada öğrencinin geçireceği zaman konusunda bilgilendirilir.**

Eğitim tesisleri ve yönetimin organize olması için gerekli zamanı sağlamak amacıyla en iyisi bunun stajdan önce olmasıdır. Ayrıca eğitim sürecinin muayenehane personelinin iş yükünde değişikliklere neden olabileceğini göz önünde tutarak, personelin kendi tutumunu doğru yönde değiştirmek üzere öğretim sürecinin önemini tartışmak için biraz zamana ihtiyaç olabilir. Endişeler muayenehane personeli arasında da daha önceki olumsuz eğitim tecrübelerinden kaynaklanan bir imaj olabilir, bu nedenle, gelecekte oluşması muhtemel sorunları önlemek için, düzenlemeler üzerinde tartışmaya zaman ayırmak, muayenehane personelinin eğitim sürecine katkıda bulunmasını sağlayabilir.

- **Uygulama yapılacak personelin öğrenci sorumlulukları ve iş yükü ile ilgili konuşması**

Muayenehane personeli, öğrencinin sorumluluklarının ne olduğunu, muayenehanedeki hedefleri ve sınırları hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Önceki uygulamada ortaya çıkan bazı

sorunlar, tekrarını önlemek için ele alınabilir. Personelin eğitim sürecine yönelik tutumları tartışılmalı ve staj faaliyetleri uygulama sorunları ile değil, öncelikli öğrenme hedeflerinin personelin zihninde organize olması gerektiği kabul edilmelidir.

- **Muayenede öğrenci bir meslektaş olarak görülmelidir.**

Bu, öğrencinin gelmesinden önce konuşulmalı, önceden tartışılmalıdır. Bazı muayenelerde önceki öğrencilerden yansımalar, personelin genç meslektaşına karşı tutumunu etkilemek için kullanılabilir.

- **Asistana danışmanlık için ortamlar hazırlanmalıdır.**

En iyisi, öğrencinin gerektiğinde danışması için fırsat bulabileceği danışmanın odasına yakın ayrı bir oda olmasıdır. Diğer taraftan, böylece eğitici, asistanı işyerinde gözlemleyerek, öğrencinin performansı üzerinde etkili geribildirim verebilecektir.

- **Öğrencinin kullanımı için yeterli tıbbi malzeme hazır olmalıdır.**

Genellikle, öğrenciler bir stetoskop, tansiyon aleti, beyaz önlük ve birkaç diğer öge gibi çok sınırlı kişisel donanıma sahip olmalıdır. Bu nedenle, iş için gerekli olan tüm diğer donanımın muayenehane tarafından sağlanması gerekebilir.

- **Öğrenciler, tüm muayenehane personeli ile en kısa sürede tanıştırılmalıdır.**

Eğitici ve personeli tarafından sıcak bir karşılama öğrencinin güvenini artıracak ve uygulama ekibi ile entegre olmada ona yardımcı olacaktır. Öğrencinin tüm personelin sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olması sağlanırsa yardıma ihtiyacı olduğunda kime ne sorabileceğini bilebilir.

- **Eğitim sadece eğiticinin kişisel faaliyeti değil, bir ekip işi olarak görülmelidir.**

Sadece bu şekilde öğrenci muayenehaneden öğrenme konusunda en fazla yararlanacaktır. Her personelin uygulama için asistana yardım teklif etmesi ve her bir ekip üyesinden ne öğrenebileceğinin açıklanması yararlı olacaktır. Bu, daha önce planlanmamış fakat öğrencinin eğitim için gerekli olabilecek yeni öğrenme imkanları sağlayabilir.

- **Öğrenci için görev organizasyonu sağlamak için her bir konsültasyona gereken zaman miktarı öğrenci, eğitici ve muayenehane yöneticisi tarafından karar verilir.**

Başlangıçta, öğrencinin en azından ilk hafta için, hasta konsültasyonları sırasında eğitici ile kalması ayarlanabilir, böylece eğitici öğrencinin bilgi ve hazırlık durumunu, bağımsız çalışma becerilerini, değerlendirmek için fırsat bulabilir. Bir hafta sonra, gelecekteki faaliyetleri ve düzenlemeleri öğrenci, eğitici, muayenehane yöneticisi ve resepsiyonist arasında tartışılmalıdır. Öğrencilerin genellikle klinik karşılaşmalar için daha fazla zamana ihtiyaç duyduğunu akılda tutarak, danışmalar için uygun programların yapılması gereklidir.

- **Düzenlemeler öyle yapılmalıdır ki, öğrencinin çalışma yükü aile hekimliği hizmetleri üzerinde olmakla birlikte, eğitim için mevcut bulunan geniş bir hizmet yelpazesi kullanılmalıdır.**

Bu durumda bazı faaliyetlerin muayenehanede verilmeyeceği anlamı ortaya çıkar; düzenlemelerin diğer muayenelerinde ve meslektaşlarla yapılması gerekir. Ayrıca

öğrenci muayenehanede hasta için özel hizmetler (minör cerrahi, aile planlaması vb.) sağlayan diğer personelin çalışmalarına katılma imkanına sahip olmalıdır.

- **Hastalara öğrencinin durumu ve faaliyetleri hakkında bilgi sağlanmalıdır.**

Her zamanki doktorlarını görmeye hazırlanmışken bazı muayenehanelerde, öğrenciler tarafından konsülte edileceklerini öğrenmek bazı hastalar üzerinde memnuniyetsizliklere neden olabilir. Bu durum öğrenci için kafa karıştırıcı ve tatsız olabilir. Bunu önlemek için, randevu verirken, hasta doğru bilgilendirilmiş olmalıdır. Hastalar çoğu zaman öğrenci tarafından muayene olmayı reddeder ve daha deneyimli bir hekim tercih eder. Problemleri durumlarda sorunları çözmeye yardımcı olmak için eğiticinin hazır olacağını açıklanması hasta ile uzlaşmada yardımcı olabilir.

- **Klinik kayıtlarına öğrencinin ulaşması sağlanmalıdır. Görüşmeye gelen hastaların kayıtları asistana önceden sağlanmalıdır.**

Bazı muayenehanelerde hasta kayıtlarının, testlerin sonuçlarının sevk vb hekimin önceden incelemesi amacıyla getirilmesi olağandır. Öğrencilerin hastalar üzerinde çalışmak için daha fazla zamana ihtiyacı bulunmaktadır, bu şekilde vizit sırasında hasta ile daha önceden yapılandırılmış bir iletişim kurmaları özellikle önemlidir. Bunlar bir hekim ve hasta arasındaki iyi ilişki gelişimini teşvik eder; hastalar doktorun ilgisini hissederek sağlık sorununa karşı olumlu bir tutum kazanır.

- **Öğrencinin katılabileceği personel toplantıları, denetim faaliyetleri, ya da seminer imkanları, niteliklerinin geliştirilmesi için faydalı olacaktır.**

Genellikle, personelden toplantılarına katılan öğrencilere itiraz olmaz. Takım halinde çalışma becerilerini öğrenmek için muayenehane ortamında öğrenmenin önemli bir parçası olup, toplantılar ve tartışmalar pratik sorunların nedenlerini değerlendirmesi ve çözüm bulmasında birlikte çalışmak için bir araç sağlamaya yardımcı olur.

- **Eğitim faaliyetleri için belli bir zaman tahsis edilmelidir, diğer personelin katkı ve yardımı tartışılmalıdır.**

Resepsiyonist, hemşireler, veya yöneticileri gibi diğer personelin katkısı daha önce tartışılmıştı. Uygulamada ortakların genelde katkısı eğitim faaliyetlerinde hasta ile konsültasyon dışında eğiticinin değiştirilmesidir. Bazı durumlarda, doktorların telefonla veya ev ziyaretlerinde doğrudan asistana yardımcı olması sağlanabilir. Bazı ülkelerde eğitim faaliyetleri genellikle muayenehane için faydalı olarak kabul edilir, ayrıca finanse edilir, bu nedenle, tüm meslektaşların bazı katkıları yaygındır.

- **Öğrenci kullanımı için kütüphane ve internet erişimi.**

Eğitim öğretim kurumu tarafından verilen listeye göre gerekli tüm kitaplar ve tıbbi dergiler, internet erişimi, yerinde olduğunu teyit için öğrenci gelmeden önce muayenehane kütüphanesi genellikle kontrol edilir.

- **Muayenehane protokolleri, idari ve klinik eğitim politikalarının erişilebilir olması.**

Asistana muayenehane organizasyonu tanıtarak her zamanki adımları, muayenehane yönetimi, muayenehane protokolleri ve diğer önemli bilgiler verilir.

- **Öğrenci muayenehane sistemindeki reçete ve havale politikaları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.**

Muayenehaneden muayenehaneye uygulamaya farklı olabilen reçete yazma politikası yazılı olarak bulunmuyor ise eğitici tarafından genel ilkeleri hakkında bilgi vermelidir. İkinci basamak konsültasyonu için hasta, tedavi ve sevk sistemi prensipleri, hastaneler ile yapılan anlaşma hakkında bilgiler öğrencinin etkin bir şekilde çalışması için önemli parçalardır.

- **Öğrenci deneyimi ve sorunları hakkında gelecekte oluşabilecek meseleleri önlemek için personel ile görüşülmelidir .**

Öğrenci değerlendirmeler yanı sıra eğitim sürecinin değerlendirilmesi uygulama personel görüşlerini kapsamalıdır.

Muayenehanede öğrencinin deneyimini yansıtmayı, bunun daha da geliştirilmesi için önemli bir temel olabilir. Muayenehane eğitimi dönemi sonunda olumlu izlenimlerin yanı sıra öğrenci bakış açısından imkanlar hakkında açık ve samimi bir konuşma, eğitici ve muayenehane personelinin kendi faaliyetlerini değerlendirmesi açısından yardımcı olur. Çalışanların da eğitim sürecini değerlendirmesi ve geleceğe yönelik önerilerde bulunma konusunda seçeneği olmalıdır.

- **Eğitim sürecinin iyileştirilmesi için takımla gelecek planları yapmak ve tartışmak.**

Değerlendirme ve yansımaları, eğitim sürecinin iyileştirilmesi için pratik adımlar her eğitim yılı sonunda atılmalıdır. En etkili pratik düzenlemeler genellikle her personelin gelecekte eğitim sürecine nasıl katkıda bulunabilecekleri önerilerini içermelidir.

Muayenehanede eğitim süreci sırasında ve sonrasında, değerlendirme yapmak ve tartışmak, hem eğitici ve hem de öğrenci staj iyileştirmenin yanı sıra, öğrenme sorunları ve engelleri tespit açısından önemlidir. Eğitim dönemi sonunda, staj başarılarını değerlendirmek için beklenen eğiticinin sadece eğitimi değil, eğitim muayenehanesini değerlendirmesi ve onun daha da geliştirilmesi için önerilerde bulunması da teşvik edilebilir.

KAYNAKLAR

Cyna AM, Przslo FR. Are the recommendations being met in the general practice year of vocational training? Trainee's views in the West Midlands region. BMJ 1987;294: 416-8.

Donald JB. The trainee year- a critical appraisal. BMJ 1975;1:672-5.

EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice. Tartu 2002.

Field J, Kinmonth AL. Learning medicine in the community, BMJ 1995;310(6976): 343-4.

Howe A. Teaching in practice: a qualitative factor analysis of community-based teaching. Medical Education 2000;34:762-8.

Recommendations on the selection of General Practice Trainers; Joint Committee on Postgraduate Training for General Practice. London, 2001, 79-91.

Riesenberg LA, Biddle WB, Erney SL. The medical student and faculty perceptions of desirable primary care teaching site characteristics. Medical Education 2001;35(7): 660-65.

Rose EA, Neale AV= Rathur WA. Teaching practice management during residency. Family Medicine 1999;31(2): 107-13.

Saba G. Preparing health care professionals for the 21st century: lessons from Chiron's cave. Families, systems and health. The Journal of Collaborative Family Healthcare 2000;18(3):353-64.

Scottish Council for Postgraduate Medical Education. Learning general practice. Appendix III. Characteristics of an approved teaching practice. 1991;41-3.

BÖLÜM 5: ÖĞRENCİLERİN AİLE HEKİMLİĞİ MUAYENEHANESİ İLE TANIŞTIRILMASI

Zbigniew J. Król, Tomasz Tomasiak, Ewa Teslar

Çeviri: Memet Işık

Öğretme sanatı genç beyinlerin tatminini sağlamak için zihinlerindeki doğal meraklarını uyandırma sanatından başka bir şey değildir.

(Anatole France)

I-EĞİTİM İHTİYAÇLARINI DEĞERLENDİRME

Aile hekiminin muayenehanesinde bireysel öğrenme planı oluşturulabilmesi maksadıyla eğitici olmak isteyenlerin eğitim ihtiyaçlarını değerlendirme (EİD) için mesleki geçmişlerinin detaylı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Her ne kadar bu konu yeni olmasa da tıbbi bilimlerde eğitim ihtiyaçlarını belirlemeye ve değerlendirmeye yakın zamanda önem vermeye başlanmıştır. Modern yönetim tekniklerinin gelişmesi, özellikle endüstride kalite yönetim metotlarının uygulanmaya başlanması ile çalışanların profesyonel gelişimleri üzerine farklı bir ışık tutmuş ve modern teknolojiyi kullanabilmeleri için eğiticinin gerekli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Eğitime ayrılacak kaynak miktarını belirlemek amacıyla, öğrencinin önceden edindiği bilgiler ve kazandığı beceriler de göz önüne alınarak, alacağı eğitim süresi ve ihtiyaç duyacağı kursları belirlemek için eğitim ihtiyaçlarının değerlendirilmesi gerekir. EİD ifadesinin çeşitli konularda çalışan görevlilerin her birinin farklı ihtiyaçlarının belirlenmesini ifade ettiği vurgulanmalıdır. Değerlendirme farklı değerlendirme metotları kullanılarak organizasyonel, profesyonel veya bireysel olarak yapılabilir.

İlk basamak organizasyondur. Seçilen ekip lideri değerlendirme yapar. Bu değerlendirmenin amacı standart minimum ihtiyaçların karşılanmış olup olmadığını tespit etmektir. Bu ihtiyaçlar, organizasyonun daha geniş bir anlamda, daha geniş bir sistem kapsamında, örneğin genel olarak sağlık bakımı konusunda, stratejik hedeflerine ulaşıldığını garanti eder. Bu seviyede, değerlendirmenin ana hedefi; daha önce bir organizasyon tarafından işin seviyesine göre belirlenmiş olan vasıflara çalışanların sahip olduklarını tespit etmektir. Örnek olarak tıp fakültesi mezunlarının teorik bilgilerini ölçecek yeterlilik testi yapılabilir. Bu testin ana amacı temel eğitimden sonra doktorun yeterlilik seviyesini ölçmektir. Bir doktorun belli bir branşta düşük not alması durumunda, onun eğitim ihtiyacını belirlemek ve kayda geçirmek oldukça kolaydır. Bu seviyede yapılan ölçmelere başka bir örnek de verilen hizmetin kalitesini garanti etmek için bütünleştirici eğitim ihtiyaçlarını ve eğitim programlarını tespit etme girişimleri ve doktorların zorunlu formal mesleki gelişim prensiplerini yerine getirmedir. Bu konu bütün Avrupa Ülkeleri için bağlayıcıdır.

İkinci basamak mesleki seviyedir. Meslekî ihtiyaçların değerlendirilmesi doğrudan doğruya mesleki profesyonelliğin (mümkün olduğu kadar fazla) garanti edilmesi ile ilgilidir. Bu durumda, eğitim ihtiyaçları değerlendirme öncesinde bilgi, kabiliyet ve davranışların dış bir kaynak tarafından teyidi yapılır. Uzmanlar bu şekilde değerlendirme prensiplerini belirlerler. Bu basamakta sürekli mesleki gelişim, mesleki uzmanlık dernekleri, tabip odaları ve mesleki örgütler gibi organizasyonlar tarafından organize edilen, profesyoneller tarafından verilen yüksek kalitede eğitim programları ve kurslar vasıtası ile sağlanabilir.

Üçüncü basamak bireysel seviyedir. Bu basamakta eğitimin amacı tıp bilimindeki en son gelişmeleri yakından izleyerek hastaya sunulan sağlık hizmetlerinde fark yaratmaktır. Sağlık hizmetleri yönetimindeki yenilikleri ve önleyici sağlık hizmetlerindeki gelişmeleri uygulamak bu farklılığı sağlayabilir. Tıbbın hızlı gelişen sahalarında, özellikle tıbbi uygulamalar ve diyagnostik metotlar konularında, EİD yöntemleri hakkında eğitilmiş olan doktorların ilave eğitimler almaları sırasında zamanları daha iyi kullanmaları için bu basamak önemli bir rol üstlenmektedir. İlave olarak hekim kendi uygulamalarına yardımcı olabilecek alanlara odaklanarak bu konuları en iyi öğrenmelerini sağlayacak eğitim metodunu seçebilir. Bu bölüm daha çok bu basamağa odaklanacaktır.

Eğitim planı oluşturma sürecinde, bireysel problemleri veya bilgi eksikliklerini değerlendirme ve öğretme hedeflerini belirleme, hastalara verilen hizmetlerdeki iyileşmeleri takip edebilme ve eğitim ihtiyaçlarını değerlendirme gereklidir. Bu aynı zamanda eğitime geri bildirim ve özel bir eğitim olur.

Uzmanlık literatürü ihtiyaç seviyeleri konusunda aşağıdaki gibi farklılık arz eder: hissedilen ihtiyaçlar (sorgulananlar tarafından bildirilen), dışa vurulan ihtiyaçlar (şahısların aktiviteleri sırasında gözlemlenen), kurallarla belirlenmiş ihtiyaçlar (özel uzmanlık alanları tarafından tanımlanmış olan) ve mukayeseli ihtiyaçlar (kıyaslama, önceden yapılan eğitimler sırasına fark edilen bireysel ihtiyaçları göz önüne alarak belirleme). Karşılaşılan diğer farklar kıyaslama yapmaya ihtiyaç duyulacağını (örneğin şirket veya grup ihtiyaçlarına karşın bireysel ihtiyaçları; yönetim becerisine karşın bireysel klinik becerileri, objektif ihtiyaçlara karşın subjektif ihtiyaçları seçme) gösterir.

Eğitim ihtiyaçları değerlendirme metodu aşağıdaki gibi yedi ana kategoriye ayrılabilir:

1. Eksik yönler ve tutarsızlıkları analiz	Klinik işlem yönteminin, doktorun beklenen yeterliliğe ulaşmasını sağlayacak olan yöntemle karşılaştırılmasını kapsar. Analizler kendi kendini değerlendirme ve akran değerlendirmesi şeklinde yapılabilir.
2. Eylemin değerlendirilmesi ve eylemde değerlendirme	Eylemin değerlendirilmesi tecrübe, özel işlemlerin analizi (video kaydı ile), ve neyin doğru neyin yanlış olduğunu belirleyerek; işlem sırasında değerlendirme yaparak öğrenmeyi kapsar. Eylemde değerlendirme ise uygulanmakta olan işlem yöntemlerinin ihtiyaçlarını değerlendirmeyi ve işlem prosedürleri konusunda bazı pozitif veya negatif yönde yeterliliklerin değerlendirilmesini kapsar (kuvvetli ve zayıf yönler).
3. Öz-değerlendirme	Sistematik bir şekilde günlük tutarak, haftalık

	değerlendirmeler yaparak ve tıbbi dergiler gibi materyaller kullanarak yapılır. Bu yöntem iş tecrübelerinin girişini gerektirir. Fakat önceki tecrübeler göstermiştir ki eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için günlük tutan insanlar eğitim için başvurularını son başvuru tarihinin hemen öncesinde yapmaktadırlar.
4. Akran değerlendirmesi	Gittikçe tercih edilen bir yöntem olmaktadır. Bu yöntem yukarıdaki değerlendirme sonuçlarına dayanarak, gruplar olarak odaklanmış ve geri bildirim veren doktorlar tarafından yapılan işlem değerlendirmesi şeklinde yapılır.
5. Gözlem	Öğrenen doktorlar çalışmaları sırasında, zamanı önceden belirlenmiş işlemleri yaptıkları sırada gözlemlenerek, az ya da çok yapılandırılmış kriterleri olacak şekilde, değerlendirme yapılabilir.
6. Vakaların kritik değerlendirilmesi ve önemli vaka analizleri	Bu yöntem özellikle kişisel mesleki yeterliliklerin değerlendirilmesinde veya hizmet kalitesini değerlendirmek için kullanılır. Fakat bireysel eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için de kullanılabilir.
7. Muayenehane değerlendirmesi	Hasta kartlarının, reçetelerin, uzman bir doktorun görmesi için yapılan sevklerin ve bunun gibi diğer ofis dokümanlarının rutin değerlendirilmesidir. Özellikle gelişmeye ihtiyaç duyulan alanlarda eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için kullanılabilir.

II-AİLE HEKİMİ MUAYENEHANESİNDEKİ İLK GÜNLER

Eğitici rolü üstlendikten sonra, aile hekimi, hastalarını öğretme ve öğrenme kategorilerine ayırma düşüncesi, kendi uygulamaları veya ödeme yapanların beklentileri gibi problemlerle karşı karşıya kalacaktır. Aile hekimi öğrenen doktor için eğitim amaçlarını tanımlamaya başlar; eğitim için yöntem ve yollar seçer; hasta bakımındaki becerileri geliştirmeye çalışır; öğrencinin gelişimini kontrol eder ve değerlendirir. Bir öğrenen için özel bir öğretmen olmaya karar veren aile hekimi öğretme sürecinde sezgisel yaklaşımları kullanmamalıdır. Sadece, uzun bir süre öğrenci olduğumuz için iyi bir öğretmen olamayız. Geleceğin aile hekimini eğitme süreci, eğiticinin seçimi basamağı ile başlamalıdır. Bu elkitabı, aile hekimi muayenehanesindeki eğitimle ilgili olmasına rağmen farklı uzmanlık alanlarındaki öğrenen-öğreten ilişkileri için de bir rehberdir.

Doktorlarla eğitimin başlamasından birkaç ay önce şahsen tanışılmalıdır. Tanışma için tavsiye edilebilecek yöntem şu şekilde olabilir: ilk tanışma için bir telefon görüşmesi, doğrudan karşılıklı görüşme, iki günlüğüne aile hekiminin muayenehanesine gidip gelme. Muayenehanede eğitim konusu diğer muayenehane çalışanlarının (asistan, hemşire veya diğer görevliler) bulunduğu bir ortamda yapılmalıdır. Eğitim alacak doktor ile diğer muayenehane çalışanlarının karşılıklı olumlu ilişkileri önemlidir. Hem aile hekimi hem de eğitim alacak hekimin eşleştikleri andan itibaren geleceklerinde etkili olacak mesleki yardımlaşma konusuna dikkat etmeleri zorunludur.

Bazen öğrenen, istenen şartları sağladığında, eğitim göreceği yeri seçme hakkına sahip olabilir. Bazen de eğitim merkezinin yönlendireceği yerde eğitim görür. Öğrenen doktor için öğrenim göreceği muayenehaneyi seçmede etkili olan faktör öğrenene sağlayacağı konfor mu (evden çok uzak olmama) yoksa eğitim ihtiyaçları dikkate alınarak gerçekten ihtiyacı olan eğitimi verecek merkezi seçme mi (muayenehanenin standartları ve muayenehanede eğitim veren doktorun becerileri) gerektiği önem arz etmektedir. Öngörüşmeden de önce, öğrenen doktor kendisi için seçilen muayenehanenin özellikleri hakkında bir bilgiye sahip olacaktır. Eğitim seviyesine bağlı olarak bu bilginin onun için farklı değeri olacaktır. Bir aile hekiminin muayenehanesinde ilk defa eğitim alacak bir doktorun ne öğrenilebileceği konusunda fazla bir bilgisi olmayacaktır. İkinci defa eğitim almayı düşünen bir öğrenen tam olarak ne öğrenmek istediğini bilir. Her iki durumda da hem öğrenen hem de öğretene, öğretim sürecinin herhangi bir basamağında eğitimden ayrılabilme seçeneğine sahip olmalıdır. Eğitim merkezi öğrencinin başka bir muayenehaneye geçmesine engel olmamalıdır. Yanlış bir seçim eğitim sürecinde rol alan iki tarafın da enerjilerini boşa harcamaya sebep olacaktır. İlk görüşmede bırakılan etki, gelecekte aile hekimi ve öğrenen arasındaki işbirliği üzerinde etkili olacaktır. Bu yüzden taraflardan herhangi birisinin süreçten ayrılma isteği problem oluşturmamalıdır. Bu yüzden önsözler, önyargılar ve şüpheler eğitim yerini değiştirme için yeterli bir sebeptir. Buna rağmen tanışma sürecinde, çalışma günleri belirlenir ve özel mazeretler önceden konuşularak anlaşılırsa süreç olumlu gelişir (örneğin öğrencinin öğle tatilini doktorun ailesi ile mi yoksa ayrı mı geçireceği). Şunu unutmamak gerekir ki, ilişkilerin çok sıkı olması da ileride farklı sonuçlar doğuracaktır ve kuvvetli bağlar şeklinde gelişen alışkanlıkları da sonradan değiştirmek zordur.

Telefonla ilk görüşme sırasında, eğitici doktor öğrenenden, gerçek mülakata hazırlık için beklentilerini gösteren bir mektup yazmasını isteyebilir. Öğrenenden ayrıca aile hekimliği muayenehanesindeki eğitim sürecinde kendi beklentileri ve düşünceleri konusunda bir mektup yazması istenebilir. Öğretmen muayenehanesindeki görüşmeye bir kâğıt üzerine kısa notlar alarak hazırlanmalı, neler söyleyeceğini ve öğrencinin ihtiyaçlarını belirlemek için neler soracağını yazmalıdır. Genellikle eğitim merkezlerinde önceden hazırlanmış görüşme formları vardır. Sonraki görüşme, formal bir anlaşma çerçevesinde aile hekimi tarafından düzenlenmeli ve muayenehanede gerçekleştirilmelidir. Bu anlaşmalar hastaya sunulan hizmetleri ilgilendirdiği için iki doktor arasındaki kooperasyon eğitim süreci kadar önemlidir ve bu konuşmalar da mümkün olduğu kadar gerçekçi bir şekilde yapılmalıdır; mümkün olduğu kadar gerçekçi veriler kullanılmalıdır. Yanlış anlaşılmalara ve uyumsuzluklara süreç içinde gidilmelidir.

Toplantılar öğretene ve öğrenen arasındaki ilişkileri etkileyebilir ve problemlerin gündeme gelmesini sağlayabilir. Problemlerin başlangıçta giderilmesi her iki tarafın da çıkarınadır. Aşağıdaki problemler görülebilir:

- Eğitici ve öğrenen arasında çok fazla kişisel mesafenin olması. Öğretene üstünlüğünü çok fazla vurgularken öğrenen gerçek duygularını ifade etme fırsatı bulamaz;
- Yeterince kişisel mesafenin olmaması, aşırı samimiyet: varılan özel anlaşmadaki şartların yerine getirilmesi mümkün olmaz, gelecekteki işbirliğinin olumlu bir şekilde gelişmesi için gerçekçi değerlendirme mümkün olmaz. Yüzleşme korkusunun olması aşağıdaki noktalarda belirtilen sonuçlara sebep olur;
- Reddetmekten utanma: öğrenen doktor manevi bir destek olabilir, gerçek bir destekleyici değil. Bir öğretmene özellikle herhangi bir ilerleme kaydetmeyen öğrenenlere "yok" demeye isteksiz olmamalıdır.

Önceden uyarma hem pozitif hem de negatif reaksiyonlar için en etkili faktördür. Bu sebepten, ilk intiba ve ilk duygulara önem verilmeli ve bunlar dikkate alınmalıdır. Belirsiz “nasıl olsa bir şekilde yürüyor” gibi ifadelerden kaçınılmalıdır. Özel bir düzenleme yapılması durumunda er veya geç bunun için bir şekilde bedel ödenecektir.

Öğrenen için iyi bir eğitim alma ana hedeftir. Aile hekimi için muayenehanesi içindeki düzen ve işlerin aksamaması önemlidir. Aile hekimi, bir öğrenen kabul ettiğinde bazı şeylerin değişebileceğini önceden kabul etmiş olduğunu belirtmeye gerek yoktur. Farklı amaçlar bazen çatışmaların kaynağı olabilir. Bu sebepten sınırları belirgin anlaşmalar ve düzenlemeler yapmak önemlidir. Bu anlaşmaların önemi, aile hekiminin yürüttüğü farklı görevlerinden ve farklı, bazen özel bir görevleri üstlenmelerinden kaynaklanabilecek aksaklıklar olduğunda ortaya çıkmaktadır.

Eğitim her iki tarafın da menfaatine olan karşılıklı ilişkidir. Aile hekiminin öğrenenle olan önceliklerinin, sınırlamalarının ve ihtiyaçlarının farkında olması önemlidir. Bu yüzden ilk görüşmede, yakın bir zamanda her iki tarafın da nelerle karşılaşacaklarının açık bir dille konuşulması önemlidir. Tanışma sırasında görüşmenin bir kısmı resmi olmayan bir şekilde, dostça bir ortamda yapılmalıdır. Fakat özel konulara geçildiğinde görüşme bir iş görüşmesi şeklinde devam etmelidir. Çalışmayla ilgili konular, işbirliğinin nasıl olacağı ve eğitim süreci hakkındaki görüşmeler resmi bir ortamda yapılmalıdır.

Çalışmayla ilgili düzenlemeler: Aile hekiminin muayenehanesi kendi içinde rutinleri, düzenlemeleri, çalışma saatleri, çalışanları, araç gereci, tesisi, idare sistemi olan küçük bir şirkettir. Bu durumda aile hekimi patron, öğrenen de onun emrinde çalışandır. Öğrenen bu durumu ve eğitim gördüğü yerin işleyiş kurallarını bilmelidir. Hoş olmayan durumlar ortaya çıkmadan önce belirsiz konuların önceden konuşulup anlaşılması gerekir. Aile hekimi için muayenehanenin işleyiş kuralları açıktır. Öğrenen (çoğu zaman) bir aile hekiminin muayenehanesinde ilk defa bulunmaktadır. Bu kuralların bazılarını uymak öğrenen için zor olabilir. Böyle bir durumda bu kurallarda esneme yapılıp yapılamayacağı düşünülmelidir. Bir konuda farklı görüşlerin olması durumunda pazarlık yapma ihtimali olmalıdır: bu durumda kimin menfaati daha önemlidir? Genel olarak, uzman doktorun muayenehanenin işleyiş kurallarını öğrencinin ihtiyaçlarına göre değiştirmemesi gerektiği söylenebilir. Aile hekimi muayenehanenin işlevselliğini ve devamlılığını sağlamalıdır.

İşbirliği ile ilgili düzenlemeler: Her hangi bir durumu içtenlikle tartışabilmek ve iyi bir işbirliği sağlayabilmek için karşılıklı olarak açıklık ve dürüstlük gerekir. İnsani değerler burada en önemli faktördür. Bir şey yanlış geliştiğinde, karşı tarafı iyi tanırırsak nasıl bir reaksiyon vereceğini kestirebiliriz. Aynı şekilde karşılıklı olarak zayıf ve kuvvetli tarafların bilinmesi de önemlidir. Öğrencinin başka bir doktorla ilk defa uzun süreli bir işbirliğine girdiği akıldan çıkarılmamalıdır. Düzenlemeler muayenehane içinde yapılacak işlemlere ve verilen eğitime göre ayarlanmalıdır. Bununla birlikte, ayrıntılı bir şekilde yapılan düzenlemeler muayenehanede çalışma sırasında yapılan gerçek aktivite hissi vermelidir. Detaylı düzenlemeler onları bir süre sonra tartışabilecek, muhtemel değişiklikleri yapabilecek şekilde yapılmalıdır. Öğrencinin görevlerinin ve sorumluluklarının gittikçe artması da ayrı bir konudur. İşbirliği sürecinde tedrici görevlendirmelerle özel düzenlemelerin yapılmalıdır. Hem aile hekimi hem de öğrenen işbirliği sürecindeki ilişkileri hakkında düzenli bir şekilde konuşmalıdırlar. Bir süre sonra onlar bu yaklaşımın eğitim sürecindeki olumlu etkilerini gözlemleyeceklerdir.

Eğitim süreci ile ilgili anlaşmalar. Aile hekiminin muayenehanesindeki eğitim süreci pratik uygulamalar yapmaya ve tecrübe kazanmaya yoğunlaşmıştır. Bir kararın doğruluğu veya

öğrencinin hastalara yaklaşımı gibi eğitim sürecindeki uygulamaları her iki tarafın da değerlendirmesi gerekir. Tarafların birbirine bağımlılığı ve onların farklı konulara ilgileri, problemleri çözmek için karşılıklı pazarlık yapmalarını zaruri kılar. Sonuç olarak aile hekimi ciddi bir açmazın içine girebilir. Bu pazarlıkların görünmeyen yüzünde güç ve etkinlik paylaşımı gizli olabilir. Eğer tartışmada taraflardan biri gücünü kullanarak rest çekerse; istenmeyen zıtlıklara sebep olabilir. Bu yüzden hem öğrenen hem de aile hekimi ilk görüşmelerindeki karşılıklı etkileşimlerinin gelecek ilişkilerinin şekillenmesinde önemli olduğunu bilmelidirler. Her ikisi de sınırlarının sonunu bilmeli ve bu konularda serbestçe konuşabilmelidir. Her görüşme konusu bir anlaşma ile sonuçlanmalıdır. Bazen bu ağır işleyen tedrici bir süreçtir ve tarafların bir uzlaşmaya varması için karşılıklı istek duymaları gerekir. Görüşmeler sırasında duygu ve niyetleri tam olarak ve açıkça ifade edebilmek için özel bir gayret gerekir. Bu şekilde prensipleri takip etmek bazı riskler taşır. Bazen konuşmalar üzerinden gelinemeyecek problemleri ortaya çıkarır. Bunlar sadece etik problemleri (örneğin, kürtaj konusu) olmayabilir, ev ziyaretleri, hastaya yaklaşım ve reçete yazma gibi basit günlük aktiviteler de olabilir. Ciddi fikir farklılıkları ortaya çıktığında her iki tarafın da uzlaşabileceği bir çözüm bulunmaya çalışılmalıdır. Bu bir anlaşma şeklinde de olabilir; her iki tarafın da uyması gereken sınırların belirlenmesi şeklinde de olabilir. Tartışılmayan fikirler günlük hayatta ciddi problem kaynağı olabilir.

Sonuç olarak yukarıdaki düşünceler ışığında, aradaki buzları eritmek için hedefler ve sorunlar detaylı bir şekilde yazılabilir.

Hedefler:
<ul style="list-style-type: none">• Karşılıklı tanışma,• Eğiticinin öğreneni seçmesi ve karar verebilmesi için bilgi verilmesi,• Eğitimin başlaması için birlikte bir karara varma,• Yapılacak işlerin bir listesini oluşturarak eğitimle ilgili düzenlemeler yapmak,• İleride çıkabilecek muhtemel problemleri önlemek için bunları şimdiden konuşmak

Öğrenenle ilk görüşmede konuşulacak konuların örnek bir listesi:
<ol style="list-style-type: none">1. Eğitim süreci ve kapsamı konusunda karşılıklı beklentiler.2. Muayenehanenin düzenlenmesi ve bir çalışma şemasının hazırlanması: çalışma saatleri, vazifeler, doktor muayenehanesindeki araç gereçler, hasta kabul saatleri, bir saat içinde kabul edilecek hasta sayısı, ulaşılabilirlik, yönetim ve kayıt sistemi, kullanılan yazılımlar, muayenehanenin dâhili ve harici denetimleri, giyinme kuralları, eğitim için ayrılan zaman, öğrencinin kalacağı ev (eğer başka bir yerden gelecek ise), çalışma saatleri sırasındaki dinlenme saatleri, doktorun çantasının içeriği.3. Tıbbi olmayan düzenlemeler: muayenehanenin anahtarları, sağlanan imkanlar, yemek, çay, kahve, öğrencinin odası, eğitimde aile hekiminin iş arkadaşlarının rol alıp almayacakları.4. "Yaşam görüşü": istenen belli bir görüş var mı? Bu görüş eğitim veya intörlüğü etkileyebilir mi?5. Tanışma süreci: hastaların bilgilendirilmesi ve öğrencinin muayenehaneyi tanınması6. Eğitim: muayenehane ile ilgili günlük değerlendirmeler (başlangıç, süre, şekil, içerik), hasta kabulü sırasındaki gözlemler, görsel-işitsel kayıt yapma, eğer bir konsültasyon yapılıyorsa karşılıklı konsültasyonun ne şekilde olacağı, bağımsız çalışma zamanı

konusunda düzenlemeler.

7. Beceriler: belli bir girişimi yapabilmek için öğrencinin sahip olması gereken beceriler.
8. İşbirliği: aile hekimi ile öğrenen, asistan ile hemşire, takımdaki diğer meslektaşlar, diğer uzmanlar, hastane ve diğer kurumlar arasındaki işbirliği. Muayenehanedeki çalışma saatleri konusundaki kurallar.
9. Tatiller: öğretmen ayrılacak mı, öğrencinin muhtemel istekleri ve diğer düzenlemeler.
10. Aile hekiminin veya öğrencinin hastalığı durumundaki düzenlemeler.
11. Öğrenen ve aile hekiminin görevleri ve ilave işleri.
12. Öğrenen doktorun sigortası konusundaki düzenlemeler.

Başlangıçtaki birkaç görüşme sırasında öğrenen muayenehanenin yapısı işleyişi hakkındaki düzenlemelere aşinalık kazanmalıdır. Muayenehane çalışanları ile kısa bir tanışma toplantısı yapılması öğrencinin ekipteki diğer insanlarla iyi bir ilişki kurmasını kolaylaştırır. Öğrencinin muayenehanedeki pozisyonu bilgi, tecrübe ve eğitimdeki kıdemine bağlıdır. Bu sürecin sistematik bir şekilde, düzen içinde geçmesine dikkat edilmelidir:

- Öğrenen aile hekiminin çalışma sistemini gözlemleyerek öğrenir.
- Öğrenci öğrenim gördüğü muayenehane sistemi hakkında bilgilendirilmeli, muayenehanenin işleyiş kuralları dâhilinde talimatlar verilmelidir.

Özellikle iyi düzenlendiğinde ve öğretmenle konuşarak yorumlar yapılabildiğinde gözlem yaparak öğrenmenin etkinliği yüksektir. Bu basamakta bir kontrol listesi kullanmanın büyük önemi vardır. Gözlem yoluyla, öğrenen, hastanın muayene etmesini, reçete yazmayı, sevk etmeyi ve idari işleri öğrenir. Gerçek eğitime başlandığında öğrenen bir muayenehanenin işleyişi ilgili kurallara ve muayenehanedeki alışkanlıklara aşinalık kazanır. Gerçek eğitim sürecinin başlaması için muayenehanedeki düzenlemelerin bir an önce yapılması gerekir. Aile hekiminin asistanı da eğitim sürecinde önemli bir rol oynar. Kayıt masasındaki çalışma kuralları konusunda öğreneni eğitmelidir. Bunu yapmanın en iyi yolu haftada birkaç defa öğrencinin sekreterin yerine bakmasıdır.

Aile hekimi öğrenene yazılı olarak işbirliği yaptıkları diğer kurumların bilgisini (adres listesini) vermelidir. Öğreten doktor başlangıçta, uyum süresince diğer kurumların ve insanların asistanı tanımaları için bizzat gayret etmeli ve bunun için zaman harcamalıdır. Birkaç hafta sonra, bu kurumlar konusunda kazanılmış tecrübeleri ölçmek için bir değerlendirme yapılmalı, gözden kaybolan adresler belirlenmeli ve yeni randevular verilmelidir.

Ayrıca öğrenen, mümkün olan en kısa sürede, en sık 20 görüşmede başvurma nedeninin bir listesini çıkarmalıdır (Top 20 listesi). Eğitimin başlangıç aşamasında, öğrenen aile hekiminin muayenehanesinde en çok ne tür hastalıklarla uğraşıldığı konusunda bir fikir sahibi olmalıdır. Top 20 tartışılırken, en sık başvuruya neden olan sağlık problemlerine (hipertansiyon, miyokard iskemisi, diyabet, grip, vs.) yaklaşım yolları hakkında, bir kontrol listesi oluşturulmalıdır. Bu kontrol listesinde aşağıdaki hususlar yer almalıdır:

- Semptomlar nelerdir, bunlar ne zaman ve nasıl ortaya çıktılar?
- Mümkün olan en fazla bilgiyi almak için doktor hangi soruları sormaktadır?
- Tanı veya ön tanı nedir?
- Ne tür işlemler yapılacaktır?

Bu tür bilgiler, belli bir konuda öğrenen doktorun bilgi seviyesini değerlendirmeyi ve bilgi eksikliklerini gidermek için tavsiyede bulunmayı mümkün kılar.

Tanışma, bazı konuların açıklığa kavuşması için görüşmeler yapma ve bir sonuca varma veya önceden konulmuş olan kuralları kabul etme süreç içinde olması gereken basamaklardır. İlk temastan sonra taraflar aşağıdaki davranışları sergilemelidir: öğrenen “ben sizin gibi bir aile hekimi ile işbirliği yapmayı istiyorum” aile hekimi de “ben sizin gibi bir öğrenene bilgilerimi öğretmek ve rehberlik yapmak istiyorum” şeklindeki cümleleri sözlerine dökmeli ve bu duygularını açıkça ifade etmelidirler.

III-AİLE HEKİMİ MUAYENEHANESİNDE BİREYSEL EĞİTİM PLANI

Günümüzde, aile hekimliği eğitiminin geleneksel şekilde diğer uzmanlık dalları ile birlikte yapılmasıyla, aile hekiminin günlük işlerinin tam yansıtılmayacağı kanaati yaygınlaşmaktadır. Bu sebeple, lisans üstü eğitimi geliştirmeye yönelik girişimler yapılmaktadır. Bireysel eğitim planı bunu gerçekleştirme yollarından biridir.

Kalite Güvence Ajansı (Quality Assurance Agency) tarafından 2000 yılında yapılan tanımlamaya göre bireysel gelişim planlaması (BGP) bireylerin eğitim ve kariyer gelişimleri için kendi bilgilerini, performanslarını ve/veya başarılarını gösteren yapılandırılmış ve desteklenmiş bir süreçtir. BGP'nin birincil amacı bireylerin neyi nasıl öğrenmeleri gerektiğini anlamak, kendi öğrenmelerini gözden geçirmek ve bu konuda sorumluluk almaktır.

Bir süreç olarak, bireysel eğitim planına, uzmanlık alanına (tıpla ilgili veya tıp dışı) ve eğitim seviyesine (mezuniyet öncesi veya mezuniyet sonrası) bakılmaksızın başlanmalıdır. Diğer tıbbi personel gibi, bir muayenehanenin öğrencisi ve doktoru için müfredat aynı prensipleri kapsamaktadır.

Bireysel müfredat hazırlama bir süreçtir, şunları içerir:

- Planlama (ihtiyaçları belirleme, hedefleri belirleme ve bunları karşılayacak yolları belirleme);
- Uygulama (planlanan işlerin yapılması ve öğretme);
- Not alma (öğrenme kanıtı, fikir, tecrübe);
- Düşünceler (atılan adımları değerlendirme, yapılanların sebeplerinin açıklanması);
- Değerlendirme (kendi işini değerlendirme ve gelecekte yapılacak işler için tavsiyede bulunma)

Bu şekilde bir müfredat bireyin kendi gelişimi için daha derin değerlendirmeyi, yansıtmayı, eleştirel yaklaşımı, garanti eder. Bu şekilde sistematik çalışma bireyin yeterliliğinin gelişmesini sağlar. Bu takip etmeyi, yapmayı ve kişinin gelişimini değerlendirmeyi mümkün kılan bir süreçtir. Bu bireyin eğitim ihtiyacını tanıması ile başlayan adım adım bir süreçtir. Bu etkili bir eğitim için daha çok öğrenmeyi, sahiplenme duygusunu güçlendirmeyi ve sorumluluğu gerektirmeyi motive eder. Bunun aktif bir süreç olduğunun, bireyin menfaati için, birey tarafından başlatıldığının altını çizmek gerekir.

Öğrenen, aile hekiminin muayenehanesindeki periyotları kapsayan bir eğitim planı hazırlamaya başladığında, kendi eğitim ihtiyaçlarını belirtmeli, sonra da bir öncelikler sırası oluşturarak eğitimde bir sıralama yapmalıdır. Eğitim ihtiyaçları birçok eksiklikten kaynaklanıyor olabilir, fakat ana ihtiyaç genellikle bilgi, beceri ve tavır eksikliğidir. Bunlar:

- Ulusal (merkezi) uzmanlık programları tarafından tanımlanmış olabilir;

- Belli bir bölgedeki hastalıkların görülme sıklığından kaynaklanıyor olabilir;
- Bir muayenehane için faydalı olabilir;
- Bireyin kendi tecrübeleri doğrultusunda gerekli olabilir.

Yapılan plan muayenehanedeki öğrenim sırasında ve gelecekte başka işlerde kullanılacak şekilde konuları tanımlamalıdır. Ayrıca daha önemli olan sınav konularını da içermelidir. Bütün konuları içermesi gerekmediğinin de vurgulanması gerekir.

Eğitim sırasında, uzmanlık programlarında yeterince önem verilmemiş fakat hastalara faydalı olabilecek alanları dikkate almak gerekir. Mesela bir öğrenen muayenehanedeki bir bilgisayar programını öğrenmeye veya bölgesel bir kurum tarafından istenen bir raporun nasıl yazılacağını öğrenmeye ihtiyaç duyabilir.

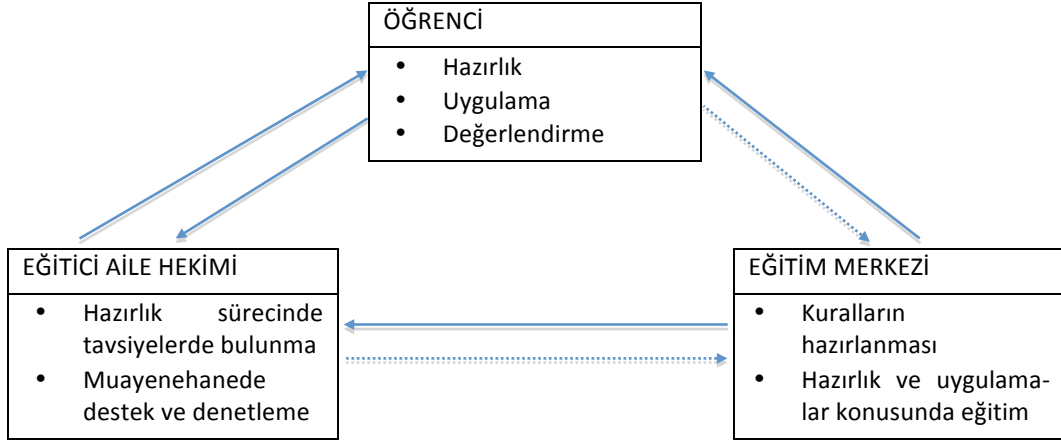
Bir müfredat, sadece aile hekiminin cerrahi girişimleri öğrenmesini kapsamamalı, aynı zamanda hastane servislerindeki öğrenmeyi, özel klinik ve diğer kurumlardaki öğrenmeyi de kapsamalıdır.

BİREYSEL ÖĞRENME PLANLAMASINDAKİ SORUMLULUKLAR

Bireysel müfredat hazırlamakla yükümlü olan şahıs öğrencidir. Geliştirilmiş olan planı uygulamalı ve yapılan aktiviteleri kaydetmelidir. Eğitimin yapıldığı muayenehanedeki eğitici aile hekimi ayrıntılarıyla planı uygulamaya katkıda bulunmalıdır. Eğitim merkezi de planın yapılmasında rol oynamalıdır.

Hem aile hekimliği muayenehanesindeki eğitim sırasında hem de bireyin sonraki kendi işi sırasında aile hekimliği kapsamını belirleyen dış ihtiyaçlar; sıkça her zaman gerekli olmayan isteğe bağlı özel konuları içermektedir. Planın hazırlanması sırasında veya planda sonradan yapılacak değişiklikler konusunda daha önceki öğrencilerin tavsiyesini almak faydalı olacaktır. Büyük ölçüde diğer öğrenenler ve meslektaşların fikirlerine bağlı kalarak öğrenen ne öğrenmek istediğine karar vermeli ve öğrenmek istediği şeylerle öğrenmeye ihtiyaç duyduğu konular (örneğin bir sınav için) arasında bir denge oluşturmalıdır.

Oluşturulan planın gerçek kopyası öğrencide kalmalı, bir kopyası da eğitim yapılan merkezde olmalıdır.



Şekil 5.1. Eğitimde rol alan taraflar, temel görevleri ve ilişkileri

Bireysel eğitim planı çalışmasının yazarları, bireysel olarak hazırlanan aile hekiminin muayenehanesindeki eğitim planı öğrenene şu kolaylıkları sağladığını vurgulamaktadırlar:

- Daha etkili, bağımsız, kendine güvenen ve sorumlu bir öğrenen olur;
- Planlama yapma, karar verme ve eğitim kaynaklarını seçme konusundaki becerilerini geliştirir;
- Nasıl öğrenileceğini anlar;
- Bireye özgü planlanan eğitimi daha geniş bir kapsamla ilişkilendirir;
- Bireysel ve profesyonel hedefleri birleştirerek bunları gerçekleştirmedeki gelişimi değerlendirebilir;
- Kendi kuvvetli ve zayıf yönlerini tanımlayabilir;
- Eğitim merkezinde resmi olarak tanımlananların dışında faydalı eğitim kaynaklarını belirler;
- Öğrenme becerilerini geliştirir, kendi kariyerini yönlendirir;
- İş bulmaya veya kendi işlerini kurmaya daha iyi hazırlanmış olur;
- Hayatı boyunca ilave eğitimler konusunda olumlu bir tavır kazanır;
- Muayenehanede geçen zamanını daha iyi kullanır ve orada harcadığı süre içinde daha çok kazanır.

Birçok aile hekimliği eğiticisi (muayenehanede) geleneksel eğitim sisteminden bireysel eğitime geçmeyi zor bulabilir.

Aile hekimliği eğiticileri öğreneni müfredat geliştirme ve uygulama konusunda cesaretlendirmelidir. Doktor, bilgi kaynaklarını sağlayarak öğrenene müfredat hazırlaması için destek olmalıdır. Doktor, müfredattaki hedeflerin, eğitimin kapsamını belirleyen dokümanlara uygun olup olmadığını, hedeflerden herhangi bir sapmanın olup olmadığını kontrol etmelidir. Müfredatta belirtilenlerin belirtilen zaman çizelgesine uygun olarak yapılıp yapılmadığı sistematik olarak kontrol edilmelidir. Öğretmenler bilgi elde edilecek kaynakları tavsiye etmede önemli rol oynarlar.

Plan ayrıca öğretmenler için de bazı faydalar sağlar:

- Öğrenenlerin başarılarına eleştirel bir yaklaşım geliştirmeyi sağlar;
- Öğrenenlerde bağımsızlık geliştirir;
- Öğrenenlerin öğrenme sürecine daha çok katkıda bulunmalarını ve eğitimde daha çok sorumluluk almalarını sağlar.

Öğrencinin müfredatının muayenehanedeki önceki müfredatlar ile entegre edilmesi önemli bir konudur. Uzmanlaşmak isteyen biri aile hekiminin muayenehanesinde daha uzun süre (örneğin 2 yıl) kalabilir. Bireysel müfredat hazırlarken doktor-öğretmenin gelişim planı, muayenehane gelişim planı, diğer tıbbi personel gelişim planı hazırlanması düşünülmeye değerdir. Muayenehane gelişim planında hedeflerin tanımlanması ve bir yıldan uzun bir süreyi kapsamaması gerekir. Tanımlanan amaçlar, sırayla, bir takım çalışmasıyla başarılabilir. Öğrenen kendi müfredatına muayenehane planlarından kaynaklanan ilave ihtiyaçlarını ekleyebilir. Bununla beraber, muayenehanenin ihtiyaçları bireysel eğitim ihtiyaçlarının şekillenmesinde ağırlıklı

olmamalıdır. Yukarıda belirtilmiş olan planlama metodu takım çalışmasını ve birlikte öğrenmeyi cesaretlendirir, hedeflerin gerçekleştirilmesini sağlar.

Öğretmen hazırlamak için çok fazla iş yükü oluşturup, çok fazla zaman alan çok detaylı planların yapılmasına engel olmalıdır.

Plan eğitim merkezine aşağıdaki faydaları sağlar:

- Eğitimin gelişimini kolayca kontrol etme
- Öğrencinin sürekli gelişimini konfirme etme
- Eğitim etkinliğindeki artış

Eğitimin başlangıcında, öğrenen kendini hem teorik olarak hem de pratik olarak bir eğitim planı yapmaya hazırlamalı ve bunun faydalarını öğrenmelidir. Bu yüzden, aile hekimlerinin eğitim kurslarında bireysel eğitim planı hazırlama konusu da yer almalıdır.

PLAN HAZIRLAMA METOTLARI

Bireysel eğitim planı hazırlama kendi başına yapılması gereken bir işidir. Bazı kurumlar, öğrenenler için bu konuda yardımcı olmaktadır. Bazı kurumlar ise sadece böyle belgeler isterler, onları kabul ederler ve sonra da onların uygulanmasını kontrol ederler. Belirtilen bütün yöntemler öğrenene, eğitimleri için bir plan yapma, uygulama ve eğitim kurslarının ve sonuçlarının belgelenmesi sorumluluğunu yükler. Bireysel eğitim planı konusunda çeşitli çalışma metodları vardır. Bazıları tutarsız görülebilir. Mesela:

- Bağımsız plan, tartışma sonucu oluşmuş plan, yardımla yapılmış plan, yönetilen plan,
- Bir kurum tarafından daha önce istenmiş plan, kişinin kendi isteğiyle yapılmış olduğu plan,
- Özel bir amaç için yapılmış plan, sürekli eklenti ve gelişimle oluşturulan plan.

BİREYSEL EĞİTİM PLANIN YAPISI

Şu unutulmamalıdır ki, kendini eğiten doktorlar için böyle evrensel, standart hale getirilmiş bir müfredat yoktur. Her şahıs problemlere farklı bir şekilde yaklaşır ve planlama sürecinde faydalı olacak kendi formunu doldurur. Uygun modeller, daha önceden belirtildiği gibi, eğitim merkezlerinde, hatta daha geniş bölgelerde yapılıyor olabilir. Bunlar bile bireysel olarak hazırlanabilir. Aşağıda, örnek bir bireysel müfredat programı içeriği vardır. Bu tür dokümanlar aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi farklı bölümlerden oluşmalıdır.

Müfredat bölümü	İçeriği
I	Başvuru bilgileri
II	Şahsi ve mesleki amaçlar
III	Eğitim amaçları
IV	Eğitim anlaşması sözleşmesi

Tablo 5.1. bireysel müfredat programının bölümleri

Yukarıda belirtilen bölümlerle ilgili detaylar ve belirtilen bölümler kişinin ihtiyaçlarına göre düzenlenebilir. Bazı noktalar atlanabilir. Bu kadar detaylı hazırlık, oluşan planın hacmi de göz

önüne alındığında, bazı kişilerin cesaretini kırabilir. Diğer yandan, mantıklı yapılmış bir plan örneği, öğrencinin, benzer şekilde eğitimini planlaması için yardımcı olabilir.

Bireysel müfredatın dört bölümünden her biri aşağıdaki bölümleri kapsamalıdır:

Bölüm I- Başvuru bilgileri

- Öğrencinin adı soyadı;
- Doğum tarihi;
- Mezuniyet bilgileri: lise, yüksekokul, kurslar v.s.;
- Eğitimi verecek kurum;
- Eğitimin başlangıç ve bitiş tarihleri
- Muayenehanenin adı ve adresi.

Bölüm II-bireysel ve mesleki amaçlar:

Bireysel amaçlar: kişinin şahsi hayatını iyileştirmek planlanır (örneğin, eğitim, finansal, fiziksel uygunluk).

Mesleki amaçlar: kişinin mesleki becerilerini geliştirmek planlanır (bilgisayar, yabancı dil, öğretmen, araştırmacı gibi diğer mesleki gelişimler).

Bölüm III- Eğitimle ilgili hedefler:

Bunlar profesyonel amaçları karşılamak için yapılır ve daha fazla bilgi, gelişmiş beceri, tutum üzerinde etki edecek alanları kapsar. III. Bölüme dâhil dokuz konu kitabın takip eden bölümünde tartışılmaktadır.

III. Bölümdeki konular:

1. Eğitimin gerekli olduğu genel alan;
2. Bu alanı seçme nedeni;
3. Genel eğitim amaçları;
4. Özel eğitim amaçları;
5. Özel eğitim amaçlarını karşılamak için yöntem;
6. Amaçları karşılamak için gerekli olan kaynaklar;
7. Plan değerlendirme metodu;
8. Plan uygulama onayı;
9. Uygulama zaman çizelgesi.

Bölüm IV- Eğitim sözleşmesi:

- Anlaşmanın yapıldığı tarih ve yer;
- Öğrencinin imzası, kabul yazısı ve öğretmenin imzası.

III. Bölümde müfredat öğretmenin detaylı şekilde tanımlandığı, en önemli ve öncelikli konuları içeren bir liste halindedir.

Böyle bir düzenleme belli bir konuda eğitim ihtiyacını ve bu konuda çalışmaya devam etme nedenlerini daha iyi anlamaya ve bunları gerçekleştirme yollarını bulmaya yardımcı olur.

Bireysel öğrenme planının III. bölümünün son sürümü (eğitim hedefleri) tedrici olarak tamamlanan özel bir dosyada düzenlenen kartların toplanmasından (formlar) oluşur.

Plan onaylanmalı, tarih atılmalı ve hem öğrenen hem de öğretenden tarafından imzalanmalıdır.

EĞİTİM HEDEFLERİNİN AYTINTILI PLANLANMASI

Seçilen eğitim hedeflerinin gerçekleştirilmesi planlanırken aşağıdaki başlıklara başvurulmalıdır:

1. Eğitimi gerektiren genel konular

Öğrenme hedefi bu noktada tanımlanır. Sadece biyomedikal konuları kapsamı gerekmez; teknik, idari ve çalışanlarla ilgili konuları da kapsayabilir.

2. Bu konuyu seçmek için sebepler

Kişinin belirlenmiş konunun eğitimde yer almasını önemli vaatler sonucu mu olduğunu kontrol etmeyi sağlar. Bu vaatler müfredatta zaman çizelgesinde son sıralara konulan hedeflerin sıralanmasında ve gerçekleştirilmesinde önemli rol oynayabilirler.

Belli bir eğitime neden ihtiyaç duyulduğu sorusuna verilecek cevap tatmin olma yollarını bulmayı sağlar (örneğin, öğrenen antikoagulan tedavi verilmesi konusunda çok rahat değilse, hastanın kan parametrelerini çok sık kontrol etmeye ihtiyaç duyabilir). Böyle bir durumu eğitim amacı olarak kullanmak - ne kadar sıklıkla INR (Internasyonal Normalize Oran) istenmelidir - hastanın nasıl tedavi edileceği ve gereksiz muayenelerin sayısını azaltma konusunda yardımcı olacaktır.

3. Genel eğitim hedefleri

Öğrenen müfredat hazırlarken hedeflerini tanımlamalıdır. Öğrenen daha önce yapamadığı işler listesinden şu anda bağımsız olarak yapabildiklerini planlamalıdır. Mesela:

- bilgide yeni ufuklar, örnek hasta bakımında aile faktörünü anlama ve değerlendirme;
- yeni bir beceri kazanma- örneğin optalomoskop, otoskop;
- belli bir hasta grubunun bağımsız olarak bakımı ve izlenmesi, örneğin yaşlı bakımı, genel anestezi altında ameliyat olacak bir hastanın hazırlanması;
- yaklaşımda değişiklik, örneğin alkol bağımlılarının bakımında kendine güven kazanma.

Muayenehanedeki öğretmen aile hekimi doktor öğrencinin iyi bildiği konular ve iyi bilinen işlere doğru kaçamak yapıp, zor konular ve eksik olan yönleriyle ilgili konularda çalışmaktan kaçınıp kaçınmadığını dikkat etmelidir.

Çok fazla öğrenim hedefi koymamaya dikkat edilmelidir. Her bir hedef genellikle beklenenden daha fazla zaman alıcıdır. İlave olarak, eğitim sürecinde bir hedefi gerçekleştirdikten sonra yerine başlangıçta öngörülemediği yeni bir hedef konulmalıdır.

4. Özel eğitim hedefleri

Bunlar genel hedefleri gerçekleştirmek için yapılması gereken görevlerdir. Bir taraftan, bunlar hedeflere yaklaşımı belirginleştirirken diğer taraftan genel hedefleri uygulanabilir bölümlere ayırır. Hedefler anlaşılabilir ve basit bir şekilde ifade edilmelidir.

Ayrıca bunlar:

- **spesifik** ve genel hedeflere uygun;
- **ölçülebilir**, uygun terimler ve kelimelerle ifade edilmiş (örneğin, planlama, okuma, reçete yazma, tartışma, enjeksiyon yapma, bir aletle muayene yapma, dikkatli olma, insizyon yapma, sütür atma) olmalıdır. Dikkat et, anla, yapmaya alış şeklindeki ifadeleri kullanmaktan kaçınılmalıdır.

- **ulaşılabilir:** bilgi ve beceri kaynaklarına öğrenen ulaşabilmelidir (uzmanllar, zaman, finansal kaynaklar, odiyoy-vizyel kaynaklar, kurslar);
- **zaman** konusunda, bitirilme tarihi net olmalıdır, gerçekleştirilebilirliği göz önünde bulundurulmalıdır.

5. Özel hedeflerin gerçekleştirme yolları

Bu noktada, öğrenen hangi eğitim kaynaklarına müracaat edeceğini tanımlar.

Aşağıdakiler eğitim yöntemlerine örnek teşkil edebilir:

- Yazılı kaynaklar (kitaplar, dergiler, kılavuzlar)
- Dersler, çalıştaylar, kurslar, konferanslar
- Toplantı ve tartışmalar (öğretmen, diğer meslektaşlar ve konsültan)
- Pratik becerilerde özel eğitim
- İş yoluyla tecrübe (özel bir klinik veya laboratuvarında kısa süreli eğitim)
- Denetleme (performansın kontrolü ve düzeltme)

Öğrenen hangi metodun kendisi için daha çok yararlı olacağını seçmelidir. Ayrıca, öğretmen/eğitici belirtilen hedefleri gerçekleştirmek için en etkili yolu seçme konusunda dikkatli olmalıdır (mesela davranış değişikliği yapmayı garanti edenler). Bu metodların büyük bir çoğunluğu interaktif aktiviteler gerektireceği için planda sadece ders kitabı okuma, derse katılma şeklinde aktiviteler olmamalıdır.

Birçok öğrenme tarzı olduğu için, bu talimat tabi ki zorunlu değildir; eğitim seçenekleri kısıtlanmamalıdır.

6. Hedefleri gerçekleştirmek için kaynaklar

Katılınacak etkinliğin maliyeti ve harcanacak zaman göz önüne alınmalıdır.

7. Plan değerlendirme metodu

Öğrenen belirtilen işin yapıldığını ve hedeflerin gerçekleştirildiğini tanımlayabilme becerisine sahip olmalıdır. Bir konudan elde edilen sonuç diğer planların hazırlanmasında faydalı olacaktır. Plan sistematik bir şekilde zaman dilimleri dâhilinde değerlendirilmelidir (örneğin her üç ayda bir).

8. Plan uygulanabilirlik onayı

Bu bölümde aktivitelerin dokümanite edilme yolları tanımlanmalıdır. Bu öğrenene plan ve eğitim sürecinine katkı sağladığını gösterme fırsatı verecektir.

9. Uygulama zaman çizelgesi

Bu bölümde yapılacak işlerin sıralaması ve en son kabul tarihi belirtilmelidir. İşerin ne kadar süre içinde yapılacağı da hesaplanmalıdır. Öğrenme planı hazırlanırken, 6 ay 12 ay gibi çeşitli zaman dilimleri belirtilmelidir. Öğrenen yapılacak her iş için zaman konusunda gerçekçi olmalıdır. Belli bir işi yapmak için belirlenen zamanın çok kısa olması bu işin yüzeysel ve aceleyle yapılması, yeterince öğrenilememesi ihtimalini doğurabilir. Diğer yandan, bir tek konu için çok fazla zaman harcanması diğer konuların öğrenilmesini olumsuz etkiler ve sistemli çalışma motivasyonunu düşürür; işlerin sürekli tehir edilmesine sebep olur.

Zaman çizelgesi hazırlanırken muayenehane ile ilgili oluşabilecek işlerin öğrenilmesi için günlük yapılacak işler kapsamında uygun bir süre bırakılmalıdır. Bu çoğu zaman planın günlük ihtiyaçlara göre düzenleme esnekliğini sağlar.

Yukarıda anlatılan planlama ileri derecede ayrıntılı bir planlamadır. Bunun kısa şekli analizler yapıldıktan ve gerekli değişiklikler yapıldıktan sonra uygulanabilir.

Planın aşırı şekilde basitleştirilmesi yorumlama problemlerine sebep olabilir ve kullanılabilirliğini azaltır. Her şeye rağmen, öğrenen, basit çözümler sunan bir planını uygulamakla dahi bilgi ve tecrübe kazanacağı için planlama faydalıdır. İhtiyaçlara ve kişinin kapasitesine göre plana eklemeler yapılabilir.

Aşağıdaki listede bir eğitim planı örneği görülmektedir.

1. Eğitim gerektiren genel konu	Atriyal fibrilasyonlu hastaların antikoagülan tedavisi
2. Bu konuyu seçme nedeni	Eğitici aile hekimi INR sıklığı ve terapötik seviyenin ayarlanmasının zorluğu konusunda öğrenene bilgi vermelidir.
3. Genel eğitim hedefleri	Atriyal fibrilasyonu olan hastalarda emboliye bağlı intravasküler pıhtı komplikasyonlarını önlemek için tedavi
4. Özel eğitim hedefleri	<ul style="list-style-type: none">- antikoagülanların nasıl uygulanacağı ve tedavinin nasıl takip edileceği hakkında bilgi- tedavi raporu yazma ve bu raporun muayenehanedeki aile hekim tarafından onaylanması- belirtilen ilaçların raporda belirtildiği şekilde uygulanması ve verilen orderlerin rapora uygunluğunun kontrol edilmesi
5. Özel hedeflerin karşılanması için yöntemler	<ul style="list-style-type: none">- el kitabında ilgili bölümü oku- antikoagülan tedavi konusunda muayenehanedeki kaynakları veya dışarıdan temin edilebilecek kaynakları belirle ve oku- hazırlanmış rapora uygun olarak kendi başına antikoagülan tedavi uygula- aylık toplantılarda, muayenehane çalışanlarına eğitimler planla ve yap
6. Hedeflere ulaşmak için kaynaklar	<ul style="list-style-type: none">- kitapçıklar, tıbbi dergiler- internet bağlantısı- tıbbi kütüphane bağlantısı- öğretmene başvurma imkanı
7. Plan değerlendirme metodu	<ul style="list-style-type: none">- planın uygulanmasından önce ve uygulama sırasında antikoagülan tedavinin değerlendirilmesini de içeren hasta değerlendirmelerini gözden geçirme
8. Plan uygulama onayı	<ul style="list-style-type: none">- şu anki ihtiyaçlar listesi- tedavi raporları- önceki bölümde ifade edilen raporların listesi
9. Uygulama zaman çizelgesi	1 hafta - kitapçıkların ve ihtiyaçların okunması 1 hafta - raporların hazırlanması ve onaylanması 6 ay - tedavi

	1 ay - hastaların gözden geçirilmesi ve liste hazırlanması 1 ay - eğitim hazırlanması ve yürütülmesi
--	---

PLANLAMA BAŞLANGICI

Bireysel eğitim planına başlama kararı, süreci tanımlayan dokümanlar ile birlikte bir eğitim kurumunda başlamalıdır. Bu yolla, kayıt altına alma daha pratik olur ve hâlihazırdaki potansiyel ve ihtiyaçlara göre de şekillenir. Hazırlama, uygulama ve planı güncelleme öğrencinin sorumluluğundadır. Muayenehanedeki öğretmen sadece gerekli desteği verir. Yine de, bireysel bir eğitim planı hazırlamaya başlama kararı ve planı uygulama zordur. Bir grup bireysel eğitim planı hazırlamak isteyen öğrencinin işe başlamadan önce, bir araya gelerek bir plan oluşturmaları önerilir. Aslında öğrenenlerin kendi planlarını hazırlamaları ve sonra da bu hazırladıkları planı grup önünde sunmaları daha faydalıdır. Tecrübeli bir aile hekimi bu sırada yardımcı olabilir. Eğitim sürecinde, basit görevlerle işe başlanmalıdır. Örneğin tek bir eğitim hedefi belirlenmesi ve bu örneğe dayandırılarak diğer hedeflerin yapılması daha başarılı olur. Grup içinde tartışılarak ortak çalışma sonucu ortaya çıkan müsvedde plana son şekli verilmelidir.

Ayrıca alternatif planlama teknikleri de kullanılabilir. Örneğin, büyük gruplarda, bir kişi teorik temelleri sunabilir; daha önce yapılmış olan planları gösterebilir ve öğrenenleri kendi planlarını yapmaları konusunda cesaretlendirebilir.

PLANIN SON DEĞERLENDİRİLMESİ

Müfredat hazırlamak için verilen zamanın bitmesinden sonra, bu zamanı değerlendirmek ve kazanımları belirlemek gerekir. Görevi rahat bir şekilde tamamlamak çok faydalıdır. Belirlenen eğitim hedeflerinin tamamlandığına, verilen işlerin tam olarak yapıldığına dikkat edilmelidir. Plandan bir sapma olduğunda, özellikle müfredat ilk defa kullanılıyorsa, bunun haklı bir sebepten mi kaynaklandığına karar verilmelidir. Hiç kimse bir müfredatın uygulanamayacak olduğuna önceden kara vermemelidir. Gelecekte planın geliştirilmesi ihtimali vardır. Plan değişiklik yapacak şekilde esnek olmalıdır.

İlk planı uygulama sırasında kazanılan tecrübe bu konuda ileri girişimlerde bulunmayı kolaylaştıracak ve mesleki gelişim sağlayacaktır. Bu ayrıca günlük ihtiyaçlara göre bir kişinin kendi eğitimini adapte etme becerisini de kazandıracaktır.

Plan uygulamasının son değerlendirmesini yaparken, aşağıdaki sorulara cevap aranmalıdır:

- Hangi aktiviteler en yararlı olmuştur ve niçin?
- Hangi aktiviteler en az yararlı olmuştur ve niçin?
- Kazanılan bilgi ve beceriler nasıl pratiğe dökülecektir?
- Bu aktivite sonucu ileri eğitim gerektiren özel bir amaç oluşmuş mudur?

Müfredat üzerinde çalışmalar tamamlanır tamamlanmaz, gelecek yıl için plan yapmak gerekir.

Şimdiye kadar bireysel öğrenme planının kullanılabilirliği konusunda çok az deneysel çalışma yapılmıştır. Bu şekilde planlar sunan kurumların çoğu, büyük ölçüde, istekli kişilerin fikirleri ve inançlarına göre planlamalar yapmaktadırlar. Bireysel öğrenme planı yapmanın bazı mahsurları da vardır. Öğrenen plan yapmayı başka bir bürokratik iş olarak görebilir. Ayrıca özel hayatın ihlali korkusu da söz konusu olabilir (örneğin, kişisel hedefleri listeleme). Başka bir ilave engel de, birçok ülkede öğrenenlerin daha önceki eğitimleri bu tür yaklaşımı gerektirmediğinden, bu tür aktiviteler konusunda tecrübelerinin olmamasıdır.

Her Şeye rağmen, aile hekiminin muayenehanesinde bireysel eğitim planı eğitimin gelişmesine belirtin katkı sağlar.

KAYNAKLAR

Elwyn G, Hocking P. Organisational development in general practice: lessons from practice and professional development plans (PPDPs). BMC Family Practice 2000;1(1):2.

EPPI -Center team. A systematic map and synthesis review of the effectiveness of personal development planning for improving student learning. 2003. www.eppi.ioe.ac.uk Grant J. Learning needs assessment: assessing the need. BMJ 2002;324: 156-9.

Jaques D. Teaching small groups. BMJ 2003;326:492-4.

Lukas W. ed. Wprowadzenie do nauczania praktycznych umiejtnosci w medycynie rodzinnej. Krakow: Zdrowie i Zarzadzanie, 2002.

Pearson P, Jones K. Primary care - opportunities and threats. Developing professional knowledge: making primary care education and research more relevant. BMJ 1997;314:817.

Rughani A. The GP's Guide to Personal Development Plans. Abingdon: Redcliffe Medical Press, 2000.

Swist J. Conducting a Training Needs Assessment. AMX International, 2004, www.arnxi_mi30.

The Quality Assurance Agency for Higher Education. Guidelines for HE Progress Files. 2001. www.qaa.ac.uk.

Training and Leader Development Program: Training Needs Assessment. 2004, <http://www.cpoi.army.mil>.

BÖLÜM 6: HASTA İLE İLETİŞİMİN TEMEL UNSURLARI: UZUN SÜRELİ İLİŞKİLERİN ÖĞRETİLMESİ

Witold Lukas, Ewa Teslar, Jean Brami, Aleksandra Oleksiak, Boguslawa Franek

Çeviri: Zeliha Cansever, Ü. Zeynep Avşar

Öğrencilerin muayenehanedeki eğitimi birçok faktöre bağlıdır. En önemlisi de, uzun süreli öğrenci – eğitici – hasta ilişkisininin öğretilmesidir. Diğer muayenehane üyeleri, örneğin doktorlar, hemşireler ve personel, eğitim sürecini etkileyecek olsa da, eğitim etkinliklerinin çoğunluğu öğrenci – hasta ilişkisi içinde ortaya çıkar. Öğrenci ve hasta arasında yapılan toplantıların tek amacı öğrenme ve tanı veya tedavi ile ilgili faaliyetlerdir. Bu bölümün amacı üç kişi arasında meydana gelen belirli eğitim durumlarındaki etkileşimleri tanımlamaktır: eğitici (aile hekimi), aile hekimi öğrencisi ve hasta. Tabii ki, ideal olan, bu üçgenin tüm üyelerinin birbirleri ile uyumlu olmalarıdır. Eğiticinin (bilgi ve mesleki becerilerde) yeterlilik gösteren, esnek, açık ve eğitim becerilerini kullanan, iyi bir ustanın tüm özelliklerini göstermesi gerekir. Öğrenci, çalışma, açık fikirli olma, hastanın tedavi sürecinde işbirliği yapma konusunda güçlü bir şekilde motive edilmeli, tanı ve tedavi sürecine dahil edilmeli ve doktorun tüm talimatlarına uymalıdır. Ancak, bu tür bir senaryo, gerçek hayatta nadiren vardır. Bu nedenle, biz bu üçgen içinde en sık ortaya çıkan sorunları, bu sorunların kaynaklarını ve bunları nasıl önleyebileceğimizi ya da en azından etkilerini nasıl azaltabileceğimizi tartışacağız.

AİLE HEKİMLİĞİ EĞİTİMİ

Bu üçgen üyelerinin [eğitici (aile hekimi), aile hekimi öğrencisi ve hasta] etkilerini birbirinden tamamen ayırmak mümkün değildir. Ancak, bu bölümün amaçları içinde, üçgen içindeki dört ana oyuncu ve bunlar arasındaki etkileşim vardır. Bunlar:

- Eğitici
- Öğrenen
- Hasta
- Öğrenen - hasta ilişkisi

EĞİTİCİ

Eğitici, üçgen içinde belirli bir konuma sahip bir aile hekimidir. Bu pozisyon, üç kişi arasındaki ilişkilerin doğasını şekillendirir. Eğitici, aile hekimliği uzmanlığı pratiğinde staj süresince, hastanın tıbbi bakım kalitesi, aynı zamanda, staj eğitimi için tam sorumluluk üstlenir.

Tabii ki, bu öğrenciyi sorumluluktan dışlamak anlamına gelmez; tedavi sürecinde hastayı da ortak sorumluluğa dahil etmek, eğiticinin eğitim ve tedavi aşamalarında her bir katılımcıyı doğru değerlendirebilmesi içindir. Bu yargının doğru olması için aile hekiminin iki soruyu cevaplaması önemlidir. Bunlardan birincisi kendi öz farkındalığı ile ilgili endişeleridir. Örneğin: Ben kimim? Hastaya doğru yaklaşım nasıldır? Benim kişilerarası iletişim becerilerim nelerdir? Benim

uzmanlığım nedir? Öğretim becerilerim var mı? İnsanları yönetme tarzım nasıldır? Stresi nasıl yönetirim? Çatışmaları nasıl çözerim? Soruların ikinci kısmı öğrencinin endişeleridir. Eğitici bir öğrenciyi kabul ettiğinde onun aşağıdaki öğrenen profili bileşenlerini saptaması gerekir:

- Başlangıçtaki bilgi ve klinik beceri düzeyleri,
- Tercih ettiği öğrenme stili,
- Hastalara karşı tutumu,
- Üstlerine karşı olan tepkisinin karakteristik özellikleri,
- Kişisel beceriler,
- Kişisel olgunluk düzeyi (öğrencinin strese, hayal kırıklığına veya gecikmiş memnuniyete karşı toleransını değerlendirmeye dayalıdır.)
- Stres kontrol stili ve çatışma yönetimi v.s.

Aile hekimi ayrıca muayenehanede geçici olarak kalan öğrenciyle hastalar arasında uzun vadeli ilişkiler geliştirmek için bir bağlantıdır. Aile hekimliği muayenehanesini eğitim merkezi olarak yetkilendiren belge herkesin görebileceği bir yere asılmalıdır. Aile hekimi bu ilandan bağımsız olarak hastaya öğrencinin varlığına rızası olup olmadığını her zaman sormak zorundadır. Benzer bir soru doktorun muayenesine girişte de sorulmalıdır.

Biz usulüne uygun olarak hastayı bilgilendirmiş olsak ve hasta öğrenci varlığına izin vermiş olsa bile, hastaya, özellikle jinekolojik, proktolojik ya da hasta için kabulü zor diğer muayene durumlarında herhangi bir zamanda bu kararında değişiklik yapma hakkına sahip olduğu belirtilmelidir. Aile hekimi, hastanın güvenliğini korumalı ve alınan her türlü kararlar ile ilgili suçluluk duygusundan kaçınmalıdır. Aile hekimi, hastanın kararlarına saygı göstermek zorundadır. Öte yandan, aile hekimi, mesleki bilgi ve becerileri kazandırmak için öğrenciye eğitim fırsatları sağlamakla yükümlüdür. Bazen, aile hekimi, öğrenciyle birlikte muayene için hastanın rızasını almada ciddi bir çaba harcayabilir.

Aile hekimi profesyonel gelişim planlarıyla geliştirebilecek kişisel becerilere ihtiyaç duyar. Bu aile hekiminin yüzleşmek zorunda olduğu tek sorun değildir. Aile hekimliği muayenehanesindeki eğitimlerde, aile hekiminin üç rolü vardır: hekim (tanı ve tedavi işlemleri için sorumlu), eğitici (eğitim sürecinden sorumlu) ve yönetici (uzmanlık eğitimi organizasyonundan ve öğrencinin muayenehanedeki aktivitelerinden sorumludur). Bu roller birbiriyle bağlantılıdır fakat çelişki içinde kalabilirler.

HEKİM OLARAK AİLE HEKİMİ

Aile hekimi, tanı ve tedavi işlemleri için sorumlu kişi olarak, hastalarla değişik şekillerde iletişim kurabileceğinin farkında olmalıdır. İletişim biçimlerinden biri de karşılıklı katılım modelidir: her iki katılımcı faaliyetleri ve sorumluluklarının dağılımıyla ilgili olarak katkıda bulunur. Bu iletişim tipi örneğin kronik hastalıklarla ilgili durumlarda ya da kendine güveni olmayan kişilerde teşhis ve tedavi sürecinde başlar ya da hastanın probleminin tedavisinde karar almak gerektiğinde önerilir. Başka bir iletişim formu, hekimin kendisini doktoru olarak kabul eden ve tavsiyelerine uyan kişinin bakım ve yönetme rolünü üstlendiği rehberlik ettiği ilişkidir. Bu model kısa görüşmelerde ya da kronik hastalıkların akut dönemlerinde en iyi modeldir. Hasta hekim ilişkisinde üçüncü model hekimin tedavi sürecinden tam olarak sorumlu olduğu aktif-pasif yöntemidir. Bu model hastanın hayatının tehlikede olduğu veya hastanın hekim ile iletişim kuramadığı durumlarda kullanılır. Kişilerarası uygun bir strateji ve hasta-hekim ilişkisinde en iyi yöntemin seçimi, hekimin hastaya

karşı tutumuna ve hastanın kararına bağlıdır (hasta merkezli yaklaşım). Hasta merkezli yaklaşımda, aşağıdaki hekim davranışları görülebilir:

- Hastanın tedavisinde kibar ve dikkatli olmak,
- Hastanın haysiyet ve gizlilik hakkına saygılı olmak,
- Hastanın bakış açısının tanınması,
- Hastayla anlayabileceği şekilde iletişim kurmak,
- Teşhis ve tedavi kararlarını alma sürecinde hastanın ihtiyaçlarını dikkate almak,
- Hekimin konumunu suiistimal etmekten kaçınması,
- Hekimin kendi iç dünyasındaki önyargıların etkisini hastaya karşı olan tutumunda azaltması,
- Hasta haklarının gözetilmesi ve hastanın duygu, problem ve ihtiyaçlarının ihmalinden kaçınılması,
- Hastanın bakış açısının (veya hastaya ait gerçeklerin) tanı ve tedavi işlemlerinde özellikle de hastadan hekimin talimatlarına uymasının istendiği durumda dikkate alınması.

Tanı ve tedavi için sorumlu bir hekimin yaklaşımını anlatırken, bir konsültasyon sırasında görüp duyabileceklerimizi görmezden gelemeyiz. Kendi duygularımız ne olursa olsun, her zaman profesyonel bir hekim imajını korumak zorundayız. Bu bölümdeki eğitim ihtiyaçları için, konsültan doktorları aşağıdaki aşamalara ayırabiliriz:

- Bir doktora gitmeye karar verme
- Karşılıklı etkileşim ve rapor yazımı
- Hastanın sağlık probleminin tanımlanması
- Hastanın sağlık durumunun açıklanması
- Tutum ve eylem planları arasındaki uyumun tanımlanması (doktorun önerileri)

Bu bileşenler her zaman yukarıdaki sırayla meydana gelmez. Bunların bazıları muayenenin tamamı boyunca birbirleri ile bağlantılıdır (örneğin: karşılıklı etkileşim ve rapor oluşturmak ile hastanın sağlık durumunun tanımlanması gibi).

BİR HEKİMLE GÖRÜŞMEYE KARAR VERME

Kişi hastalandığında doğal olarak bir hekime gitmeye karar verir. Aile hekimi, hastanın sağlık yönetiminin farkında olmalıdır. Hasta, bir doktor görmeden önce ilk olarak belirtilerin farkına vardığında veya sağlığında kötüleşme olduğunda çeşitli şekillerde tepkiler verebilir. Örneğin:

- **Sağlığı destekleyen.** Bu yaklaşımda hasta tarafından sağlık pozitif, hastalık negatif olarak değerlendirilir. Sonuç olarak, böyle biri temelde iyi bir sağlığa sahip olmak ve iyi halini korumak niyetindedir (birinin fikrine ve bu durumdaki anlayışına dayalı olarak). Olası eylemler sadece bir doktora görünmekle kalmaz, sıra dışı ilaç kullanımı veya kendi kendine tedaviyi de içerir.
- **Sağlıkla çatışan.** Bu yaklaşımda sağlık hasta tarafından negatif kabul edilen bir değere sahiptir. Bu durum hastalığın sekonder kazançları hasta olmanın maliyetini aştığında meydana gelir. Böyle hastalar bilinç altında mevcut semptomları sürdürmek veya yenilerini oluşturmak niyetindedirler.
- **Sağlıksız.** Bu yaklaşımda sağlık ve hastalığın kendileri için değeri sıfıra kadar azalmış kişilerle karakterizedir; kişi sağlık veya hastalığa karşı ilgisizdir. Bu hastayı hiç ilgilendirmez. Böyle kişiler kendi sağlık durumlarının üzerinde durmazlar.

Doktorlar ayrıca hastalara yukarıda belirtilen yaklaşımlardaki eylemlerin doğasını ve tipini anlamada ve bunların hastanın hastalığına bakışı ve onunla ilişkilendirdiği duygulara da bağlı olduğunun farkına varmasına yardımcı olmalıdır. **Hastalık görüşümüz** aşağıdaki temellere dayalı olarak oluşur:

- Hasta olmak, tedavi, veya sağlık sistemi düzenlememiz bize bilgi olarak ailemizden, arkadaşlarımızdan veya doktorlardan geçmiştir.
- Vücut fonksiyonlarımızın nasıl olduğunu gözlemlemek.

Başlangıçta biz bu bilgileri toplar ve yorumlarız; ya hasta ya da sağlıklı olduğumuzu düşünürüz. Bu nedenle bizim hastalık imajımız gerçeğin sübjektif ve bölük pörçük bir algısı ve değişen duygularımızın bir sonucudur. Bilişsel süreçlerin yanı sıra bizim doğal olarak hastalıkla ilgili duygularımız kişi ve çevremizle ilişkimizi etkiler. Sağlık ve hastalık bağlamında en sık görünen duygular şunlardır:

- Ciddi veya tedavisi olmayan bir hastalığa yakalanma korkusu,
- Yargılanma korkusu (bir doktora muayene olma kararında gecikmek veya doktorun zamanını almaya değmeyecek kadar küçük bir neden olduğunu düşünmek),
- Muayene olmaya çekinmek,
- Öfke

Duygular sağlığı destekleyen aktivitelerin başlamasını motive edebilir, ya da tam tersi, örneğin çoğu kişi tarafından bir doktora gitme kararını ertelemesine rağmen duygularını kontrol altına almak, anksiyeteyi azaltmak ve daha iyi olmak için savunma davranışları benimsenir. Düzenli uygulanan ve sabit bir savunma davranışı hastalık durumunu azaltan ve tedavi gecikmesine yol açan bir tutumla sonuçlanabilir. Hastanın bir doktoru görme kararı onun kar-zarar analizi sonucu olarak yer alır. Bazen hastalık algısı ve hastalıkla ilgili duygular hastanın mümkün olan en iyi kararı zamanında almasını engelleyebilir.

Doktorun bilinçsizce davranışı muayene sürecini etkileyebilir. Doktorun hastaya karşı korku veya antipatiyle ilişkili negatif bir tutumu (çeşitli kişisel tecrübelerin sonucu olarak) bastırılabilir veya reddedilebilir. Böylece doktorun davranışı herhangi bir hastanın önyargısını artırmaz veya bilişsel bir uyumsuzluk hissetmesine neden olmaz. Bilişsel uyumsuzluk daima doğal olarak çelişkili mesaj verildiğinde ortaya çıkar. Örneğin, doktor hastayı açık olmaya teşvik ederken aynı zamanda saatine bakar ve sandalyenin kenarına kayar. Doktorun davranışlarını sınıflama girişimi gerçekte sadece ısmarlama davranışları yerine getirerek olur. Bunlar davranışın uygun olup olmadığını tanımlamadığı için kesin olumlu veya olumsuz bir model olduğu anlamına gelmez.

Örneğin, iyi bir aile hekimi ya dışa dönük veya içe dönük davranış gösterir; ya sezgileriyle çalışır ya da çıkarım yaparak çalışır; ya rasyonel düşünceyle ya da duygularıyla hareket eder; en sonunda ya hızlı kararlar verir ya da beklemeyi tercih eder. Bizim bilişsel psikoloji kavramımız doktorun etkili danışmanlığına bağlı olarak etkili hasta görüşmeleri için temel oluşturabilir.

KARŞILIKLI ETKİLEŞİM VE UYUM SAĞLANMASI

İkinci aşamada önemli olan hastayla görüşme sırasındaki koşulların nasıl olduğudur. Muayene daha hasta doktorun ofisine girmeden önce başlar. Hasta için muayene aşağıdakilere bağlıdır:

- Doktorun ve çevresindekilerin oluşturduğu genel izlenim,
- Yardımcı sağlık personelinin kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarının gözlemlenmesi,
- Ulaşılabilir olma

Hasta muayenehaneye girdiğinde hekim aşağıdaki hazırlıkları yapmış olmalıdır:

- Hastanın tam olarak adının öğrenilmesi
- Hastanın tıbbi kayıtlarının incelenmesi (test sonuçlarına ve diğer konsültasyonlarına göz atılması)
- Diğer sağlık sorunları veya kişisel özelliklerinden dolayı daha fazla ilgiye ihtiyaç duyan hastalara daha fazla zaman ayrılması

Bir doktorun etkinliği, hastayı muayenehaneye almasıyla başlar ve aşağıdakilere bağlı olarak çeşitli biçimler gösterebilir:

- Hasta ve ailesi hakkındaki bilgi düzeyi
- Hastanın yaşı
- Doktorun hastayla daha önceki görüşmelerindeki tecrübeleri
- Muayenenin amaçları v.b.

Doktorun muayenesinin etkinliğini;

- hekimin hastayı karşılamak için muayenehaneden çıkıp beklemesi
- selamlama
- muayenehanede karşılama
- ilk muayene olduğu için giriş yapma
- oturacak yer gösterme
- tıbbi olmayan bir konuda açık uçlu bir soru sorma
- açık fikirli olma etkileyebilir.

Hastayla ilk karşılaşma ve ilk izlenim hem muayenenin seyrini, hem de hasta ve hekimin daha sonraki ilişkilerini etkileyeceğinden görüşme sırasında doktorun hastayla ilgili kafasında oluşturduğu şablon çok önemlidir.

Bu nedenle hasta ile iletişim kurarken aile hekimi hastanın ailedeki durumunu ve randevunun gerçek nedenini veya muayenenin amacını göz önünde bulundurmalıdır. Bunu tespit etmek hem hasta hem de doktor için kolay olmayabilir.

HASTANIN SAĞLIK PROBLEMİNİ TANIMLAMA

Doğru ve etkili bir konsültasyonun üçüncü aşaması hastanın problemini bulma ve onun duygu durumunu tanımadır. Üç fonksiyonlu doktor görüşme modeli doktor-hasta iletişim sürecini üç aşamaya ayırmıştır:

1. aşama: bilgi toplama ve düzenleme
2. aşama: hastanın duygu durumunu tanıma
3. aşama: hastanın doğru olmayan tutum veya davranışlarını öğretme veya değiştirme.

Hekimin, hastanın duygularını analizi ve onları tanımlama girişimi konsültasyonun başında başlar ve görüşme boyunca devam eder. Hastanın duyguları sağlığı koruyucu sistemle ilgili daha önceki tecrübelerinin etkilediği sağlık ve hastalık durumuyla ilişkilidir. Genellikle hasta doktorunun kendi duygularının farkında olduğunu bildiğinde daha iyi hisseder. Hasta kaygı, üzüntü veya öfke gibi duygulardan kurtulduktan sonra daha iyi odaklanabilecek ve daha iyi karar verme yeteneğine sahip olacaktır. Duygularını ifade etme hasta için tedavinin ek bir parçası olabilir. Ancak duygusal durumları direk olarak saptamak mümkün değildir; onları anlayabilsek ya da onlar hakkında soru

sorabilek bile. Hastanın duygusal durumunu tahmin etmek, hekimin kendi duygularını yansıtmaması ve hastayı yeterince anlayamama tehdidini beraberinde getirir. Bu nedenle hekimin kendi duygularını tanıması ve onları hastaninkilerden ayırt etmesi önemlidir. Başka bir kişinin duygularını tecrübe etme yeteneği ya da empati, iletişim sürecini kolaylaştırır. Empati sadece duygu paylaşımı değil, aynı zamanda başkasının tecrübelerindeki duygularına karşı anlayış ve merhameti de içerir.

Empati:

- Fedakar davranış ortaya çıkarır ve saldırgan davranışları baskılar.
- Kişinin kendisi ve başkalarının duygusal durumları arasındaki farklılıkları anlamasına izin verir.
- Daha iyi iç gözlem yoluyla kişilik gelişimi sağlar.
- Hasta ile temasa başlama ve devam ettirilebilme hassasiyeti artar.

Duyguları tanımayı kolaylaştırmak için bazı teknikler tanımlayabiliriz. Bunlar aşağıdakileri içermelidir:

- **Yansıtma** hekimin belli sorular sorarak, bir sağlık sorununa eşlik eden duyguları öğrenme ve bilgi almayı kolaylaştırır. Hastalar sözel ve sözel olmayan ipuçlarını kullanarak dolaylı olarak duygularını ifade ederler. Örneğin "Son zamanlarda, bu sorun benim için bazı zorluklara neden oldu". "Zorluk" burada çaresizlik, güçsüzlük, sinirlilik veya saldırganlık anlamına gelebilir. Bunların hastanın aile üyeleri ya da hekime de yansıtılması mümkün olabilir. Doktor hastaya ne hissettiğini açıkça sormalıdır.
- **Kabul edilebilirlik**, empati, anlayış, ve kabulü ifade etme niyetidir. Bu teknik, utanç verici, yüz kızartıcı veya samimi durumlarda özellikle yararlıdır. Hekim hastaya sorunun önemli olduğunu ve hizmet alan pek çok ailenin buna sık maruz kaldığını belirtebilir. Bu yalnızlık, damgalanma veya etiketlenme duygularının üstesinden gelmek için yardımcı olacaktır.
- **Destek** anamnez almayı ve muayene sürecini kolaylaştırır. Destek doktorun hastaya yardım etmek için hazır olduğu vurgusunu içerir. Bu amaçla, hekim şöyle söyleyebilir: "Size yardım etmek için buradayım; beni görmeye geldiğimize sevindim. Bu şekilde destek olmanın tam tersine, doktorlar tarafından sık kullanılan problemin ihmal edildiğinin görüldüğü başka bir form olabilir. Örneğin doktor şöyle diyebilir: "Bu özel bir şey değil, bir yolunu bulup bununla başa çıkacaksınız, insanlar çok daha ciddi sorunlarla karşı karşıyalar".
- **Ortaklık**, hastanın aktif katılımı ve üzerinde anlaşılan bir eylem planından kaynaklanır. Plan hastanın beklentilerini karşılamazsa performans ertelenebilir, hatta göz ardı edilebilir. Bu nedenle hekim hastanın beklentilerini tanımalı ve onları dikkate almalıdır.

GÖRÜŞMENİN ETKİNLİĞİNİ ARTIRMAK İÇİN TASARLANMIŞ TEKNİKLER

- **İletişimi kolaylaştırma**: hastanın hastalığıyla ilgili yorumlarının doğruluğuna bakılmaksızın öyküsüne başlama ve devam ettirmesi için cesaret verir. Kolaylaştırma; etkin dinleme, göz teması, başını sallayarak onaylayıcı katkıda bulunma gibi kişisel becerileri veya "Sizi doğru anladım mı?", "Şöyle mi demek istediniz?" gibi cümleleri kapsar.
- **Özel sorular**: Hekim, tanı için vazgeçilmez bir veri elde etmek için açık uçlu sorular kullanmalıdır.

- **Doğrulama:** Hastaların semptomlarını teyit etmek için soru sorarak bilgilerin doğruluğunu kontrol etmek yararlı olabilir: “Bununla ne demek istediğinizi açıklar mısınız?”, “Ne kastettiniz?”, “Tam olarak nerede ağrı hissettiğinizi gösterebilir misiniz?” v.s.
- **İrdeleme:** Bu teknik özellikle sosyal açıdan kabul edilemez olan bir hastanın içinde bulunduğu zorlukları yorumlamasıyla ilgilidir. Böylece, doktor önemsiz gibi görünüp tanıda gerekli hale dönüşebilecek bazı belirsiz bilgileri elde ederek başarısızlık riskini azaltabilir.
- **Bilgiyi özetleme ve öncelik seçimi:** Doktor, görüşmeden çıkarılan hasta ile ilgili bütün tıbbi ve tıbbi olmayan problemleri toplamaya çalışmalıdır. Böyle bir tanımlama üzerine hekim, kendi tecrübe ve bilgi birikimi ile bağlantılı olarak, hastanın katılımı ile öncelikleri oluşturabilir. Hasta muayenesi sırasında hastaya, nasihat etmek, alay etmek, sınırı aşma ya da yargılamaktan kaçınmamız gerektiğini unutmamalıyız. Bu tür tepkilerin yerini hastanın en ufak başarılarının bile desteklenmesi ve pozitif güçlendirilmesi almalıdır.

Bir muayene sırasında hekimin, hastanın alışkanlıkları ya da rutinlerinden etkilenme olasılığı vardır. Hasta eğitimi, hasta ile bir diyalog, bir "ortak dil" geliştirmeyi gerektirir. Bu sözlü iletişim hastanın sağlık sorunu hakkındaki bilgi ve endişeleri ile bağlantılıdır.

Hasta tarafından anlaşılır, basit cümleler ve deyimler kullanılmasının yanısıra olası cevapları düşündürmeksizin açık uçlu sorular sorulması tavsiye edilir. Hekim, hastanın direnç göstermesine neden olabilecek sorulardan kaçınmalıdır. Örneğin: “Neden bu şikayetle gelmekte geciktiniz?” Bu gibi suçlayan soruların yerine "Sizi benimle görüşmeye şu anda getiren sebep nedir?" diye sorulabilir. Doktorlar, özel tıbbi terminoloji ve meslek dili kullanmaktan kaçınmalıdırlar. Hastanın anlama kabiliyeti, hastalığı hakkındaki kişisel ,yarım yamalak, hatta yanlış düşünceleri ya da yaş gibi üstesinden gelemeyeceği olumsuz durumlarla ilgili duygularıyla sıkı bir ilişki içindedir.

HASTANIN SAĞLIK DURUMUNUN AÇIĞA KAVUŞTURULMASI

Bu, doktorun hastanın tıbbi problemiyle ilgili gerçek yakınmalarıyla bağlantılı anksiyetesi, fizik muayene sonuçları, laboratuvar ve diğer testlerin sonuç bilgilerinin birleştirilmesi anıdır. Bu aşamanın hastanın sağlık durumunun açıklanması, bir eylem planı oluşturulması ve hastanın hekimin talimatlarına uyması ile tamamlanması gerekir. Semptomlar ve hekimin talimatları arasında bir neden-sonuç ilişkisi olduğunu göstermek önemlidir.

Hastanın sağlık durumunun netleştirilmesi hastalıkta insan davranışını etkileyen bazı etkileri dikkate almayı gerektirir. Bazı insanlar hastalığın seyri boyunca sürekli izlenmeyi ve olası tehditlerin mümkün olduğunca anlatılmasını talep ederler. Bu nedenle doktorlara hastanın hastalığı ve tıbbi problem ve bozukluğa yol açan nedenleri anlamasını kolaylaştıracak detaylı bilgiyi çizimlerle, grafiklerle veya tedavi algoritması yoluyla anlatması tavsiye edilir. Bazı hastalar streslerini kontrol altına almak için hastalıkları hakkında bilgi almaktan kaçınmayı tercih ederler. Bu durumda daha iyi iletişim ve sağlıkla ilgili alınacak kararlar için kaçınılmaz olan bilgileri verip geçmek daha iyidir. Hastanın hastalık ve sağlık bilinci, hastalık seyri sırasında hekim ve hasta arasındaki iletişim ve veri miktarı artırılarak kademeli olarak genişletilebilir. Bu nedenle, hekim hastaya kabul etmeye hazır olduğu kadar bilgi vermelidir.

TUTUM VE EYLEM PLANLARI ARASINDAKİ UYGUNLUĞUN BELİRLENMESİ (DOKTORUN TAVSİYELERİ)

Bu aşamada hekimin tavsiyeleri kadar önerilerin anlaşılabilirlik derecesini belirleme ve hastanın sağlık durumu da önemlidir. Hekimin talimatları ile hasta uyumunun en önemli şartlarından biri, hasta odaklı bir işlemdir.

Hekim tavsiyelerde bulunurken hasta ile uygun bir yakınlık elde etmiş olmalıdır. İyi bir iletişim, hastaya önerilen tedavi seyri sırasında tedaviye uyum konusundaki endişelerini veya iç direncini dile getirme konusunda cesaret verir. Böylece, hekim bu direnci azaltmak için önlemler alabilir. Bu bağlamda, hastanın uyumsuzluğu, zayıf hasta-hekim ilişkisinin bir sonucu olarak kabul edilebilir. Bu, hekimin vereceği tavsiyeye hastasının nasıl tepki vereceğini tahmin edebilmesinin önemini fark etmediğini de gösteriyor olabilir.

Doktor; tavsiyelerinin tutulması ve anlaşılmasının kolaylaştırılması için aşağıdaki stratejileri uygulayabilir:

- Tavsiyelerin başında önemli olanları söylemek ve onları sonunda tekrar etmek
- Eylem planı geliştirme sürecinde hastanın aktif katılımını sağlayarak hastayla işbirliği yapmak
- Somut görevleri belirtmek
- Görevleri kategorilere bölmek
- Hastaya yapılan öneriler için kayıt tutmak
- Hastayı teşvik etmek (Hatta küçük başarılarını bile vurgulamak)

Tedavi sürecini desteklemek için son derece önemli bir unsur, tedavi almak için hastanın motivasyonunu arttırmaktır. En faydalı durum hekimin hastayı, hastanın da kendi iç motivasyonunu tanıyıp değiştirme ve güçlendirme yapabilmesidir. Bu nedenle, dikkatli bir sorgulama ile hastanın hekim tarafından önerilen tedavi hakkındaki muhtemel şüphelerini tanımlamak gereklidir. Çözümleri dayatma, direk baskı veya hekim tarafından cesaretlendirme bu gibi şüpheleri gidermez ve hastanın doktor tavsiyesine direncini artırabilir. Bu aynı zamanda hekim için de hastalığın belirli bir zamanda hasta için ne kadar önemli olduğunu ve hastanın gerçek durumunda önerilen tedavi çözümünü anlaması için de önemlidir.

Sokratik diyalog, hekim-hasta ilişkisinde, hasta odaklı bir yaklaşımla yukarıda belirtilen ilkelerin uygulanmasını kolaylaştıran özellikle yararlı bir yöntemdir. Bu yöntem, hasta için uygulanabilir bir çözüm olduğu zaman hastanın başa çıkmakta zorlandığı bir sorunla ilgili konular hakkındaki dolaylı soruları cevaplamasını içerir. Uygun sorular hasta için engelleri belirlemek ve kendi başına bir çözüm bulması içindir. Bu bağlamda, Sokratik sorular hastanın sorunları duygusallıktan ziyade daha gerçekçi olarak görmesine izin verebilir. Ayrıca hastanın etkinliğini artırır ve böylece stres ile başa çıkmak için stratejilerini geliştirir ve güçlendirir, sorunların çözümüne yönelik stratejiler geliştirmesini sağlar. Hastanın bu stratejileri uygulaması büyük ölçüde tedavi etkinliğini artırır.

BİR EĞİTİCİ OLARAK AİLE HEKİMİ

Bir eğitici olarak (koç, antrenör, rehber) aile hekimini tanımlamak için etik ve ahlaki ilkelere saygısının yanı sıra onun tıbbi yeterlilikte belirli kriterlere uyup uymadığını, eğitim becerilerini ve kişilik özelliklerini kontrol etmelisiniz. Aile hekiminin şu profesyonel kriterleri yerine getirmesi gerekir: en azından birkaç yıllık profesyonel deneyim, bir sözleşme uyarınca yetkinliği kapsamında ölümcül hastaya hizmet verme (palyatif bakım bilgisine dayanarak), acil durumlarda uygun sağlık hizmetleri sunma ve tıbbi kayıt tutma. İyi bir aile hekimi eğitici, sağlıklı olmanın yanı sıra açıklık, değişikliklere karşı yeterli tepki verme yeteneği, uzmanlığını ve becerilerini iletmesi ve paylaşması ile de karakterizedir.

Aile hekimi eğitici kendi profesyonel eğitim programını benimsemelidir. Bize düşen, özellikle literatürü eleştirel olarak değerlendirmek ve profesyonel gelişim için gerekli olan kılavuzların ve

dergilerin seçimi için uygun kriterlere başvurma yeteneğini vurgulamaktır. Eğitici aynı zamanda Kanıta Dayalı Tıpa (KDT) dayalı algoritmalar ve kuralların doğrulamalarını yapmalıdır. Örneğin bir öğrenci mevcut prosedürleri sorgulayan yeni bir gelişme ile geldiğinde şaşırarak duruma düşmekten kaçınmalıdır. Eğitim kalitesini artırmak için, eğitici aynı zamanda bir eğitim merkezi ile düzenli temas halinde olmalıdır.

Bu özellikler ve beceriler, eğitici hekimin öğrenci ile gerçekleştirdiği özel görevlerdeki performansı için yararlıdır. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- Aile hekimliği uzmanlığına olan ilgiyi artırmak
- Profesyonel değerlerin öneminin artırılması
- Aile hekiminin çalışmasının cazip yönlerinin gösterilmesi ve vurgulanması
- Hastanın tıbbi ve tıbbi olmayan problemlerini çözme becerilerini bir aile hekimliği ofisinde geliştirilmesi
- Soru sorma ve tartışma becerilerini öğretme ve iyileştirme
- Eğitim süreçleri ve / veya eğiticinin kişisel gelişimi için gerekli ek bilgi kaynaklarını gösterme
- Eğitici tarafından muayene süresince hastalara sunulan önerilere karşı esnek ve kritik bir tutumun güçlendirilmesi
- Öğrencinin hastaların çeşitli davranış stillerini anlamasını ve hastaların niçin değişik yollarla hekime başvurduğu ve yüksek hasta beklentilerini yeterince tanımlayabilme yeteneği kazanmasını sağlama
- Bir muayeneden sonra hastanın memnuniyetini etkileyen faktörlerin gösterilmesi ve hasta uyumu
- Özel durumlar için eylem planları geliştirilmesi
- Öğrenci için ayrı bir eğitim programı geliştirme
- Eğitim sürecinin subjektif ve objektif değerlendirmesinin yapılması
- Eğitim dokümanlarının tutulması
- İlgili eğitim merkezlerine öğrenci performans verilerinin sunulması

Bir aile hekimliği uygulamasında eğitim sürecinin etkinliği, problemin doğru seçimi, problem çözme adımlarının sırası, eğitici ve öğrencinin her ikisinin özverisi materyallerin toplanması ve öğrencinin geribildirimine bağlıdır.

Aile hekimi eğiticisinin gerçekleştirdiği eğitim görevlerinde esas önemli olan öğrenim hedeflerinin belirlenmesi, ihtiyaçlar ve görevler gibi uygun planlamanın yapılmasıdır. İyi formüle edilmiş hedefler, ölçülebilir, uygulanabilir, açık ve kabul edilebilir olmalıdır. Bu tür ihtiyaçlar temel bir kapsama sınırlı değildir, fakat aynı zamanda ilerlemeleri ve uzmanlığın ve becerilerin düzenli olarak güncellenmesini de dikkate almalıdırlar.

Eğiticinin temel görevi çalışma için optimum koşulları sağlamaktır. Böylece eğitici, intörn performansı üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olabilir. Eğitici, bilgi ve öğretim yöntemlerinin kapsamı, eğitim ortamının organizasyonu ve bilgi sunum metotlarından sorumludur. En son etkinlik intörnün kendisine (bkz. Bölüm 5) bağlı olmasına rağmen eğitici, etkili motivasyon teknikleri uygulayarak intörnün motivasyonunu etkileyebilir.

Temel eğitim görevi öğrenci profilinin tanımlanması ve açıklanmasıdır. Her kişi, özel bir öğrenme yöntemi veya tarzını temsil eder. Tarz, kişisel özelliklerin ve öğrencinin önceki deneyimleri ile şekillenen davranışlarının kombinasyonudur. İntörnün öğrenme stiline tanınması ve verilen öğretim tarzı ile uyması öğrenme etkinliğini önemli ölçüde artıracaktır (bkz. Bölüm 1).

Öğrenme süreçlerinin farkında olmak eğiticiye etkili olabilmek için yardımcı olur. Bu sürecin belirgin bir yapısı vardır: bilgi ve beceri edinimi ve tutum geliştirme temeline dayanır. Bu alanların her biri ayrı yaklaşımlar gerektirir. Öğrencinin sorunu bilgi alanına ait ise, uygun eylem gerekli verilerin sağlanması olacaktır. Beceri ile ilgili ise, asistanı aktif olarak dahil etmek iyi bir yöntem olacaktır: eğitici gözlemler, belirli işlemleri gerçekleştirirken olan hatalarını düzeltir veya işlemi tekrarlattırır. Sorun öğrencinin tutumu ile ilgili ise, eğiticinin eylem hedefi öğrencinin nasıl bir kişisel yaklaşımla çevreyi etkileyebileceğini göstermeye yardımcı olmak olacaktır. Aile hekimi asistana en iyi davranış şeklini kendi tutumlarıyla gösterebilir.

Yukarıda belirtilen hedeflere ulaşmak amacıyla, eğitici bilinçli olarak çeşitli öğretim yöntemleri uygulayabilir. Örnek: verilen öğrenme aşamasını da dikkate alarak, eğitici bir görüşme sırasında eğitim sürecinde öğrencinin kişisel özelliklerinin etkisinin farkına varması için gerekli olabilir. Böyle bir konuşmanın öğrencinin birkaç hafta izleminden sonra hatta eğitim sürecini tehdit edebilecek uyumsuzluk durumları olmadan önce yapılması tavsiye edilir. Böyle bir görüşmenin , eğitim sürecinin orta ve son evrelerinde gereklidir. Belirli tipte bir eğitim yaklaşımı konuşma yoluyla bir görüş oluşturarak olabilir. Kuşkusuz metodoloji ve eğitim hedeflerinin ele alındığı bu dönemde, özlü bir konuşma temel bir öneme sahiptir. Böyle bir konuşma muhtemelen mesainin sona ermesinden sonra sabit bir saatte düzenli olarak yapılmalıdır. Konuşmanın belirlenmiş bir konusu olmalıdır ve öğrencinin bilgi ya da becerilerini tamamlayıcı olmalıdır. Aynı zamanda hasta ile temasta karşılaşılan tıbbi ya da psikolojik sorunlarda asistanı desteklemek için tasarlanmış olabilir. Aynı zamanda profesyonel bir tartışma şeklini alabilir ve hastanın bilgileri veya hekimlerin uygulama organizasyonları hakkında bir gözden geçirme ile ilgili olabilir. Bu gibi durumlarda, diğer öğretim yöntemlerini uygulamak veya öğrenci tarafından hazırlanmış ya da eğitim kayıtlarında alınmış notlardan oluşan bir rapor görüşmek faydalı olacaktır. Kesinlikle, gözlem önemli bir öğretim metodudur. Gözlem yoluyla, aile hekimi, öğrencinin gelecekteki pozisyonu (bağımsız bir aile hekimi gibi) ile ilgili olarak çalışma tarzı hakkında bilgi sahibi olabilir. Açıkçası, gözlem tüm lisansüstü eğitim süreci boyunca devam eden ana yöntemdir. Bu noktada, aile hekiminin eğitici olarak, öğrenciler tarafından sürekli gözlenen ve değerlendirilen biri olduğunu belirtmekte yarar vardır. Aile hekimi bu gerçek ile başa çıkmalı ve bu gözlemin doğal olarak onun rolüyle ilgili olduğunu kabul etmelidir.

Öğrencinin eğitimi sırasında hasta hekim ilişkilerinde iletişim becerileri doktorluğun özel bir bölümüdür ve bu aile hekimlerinin temel araçlarıdır; bu onları diğer uzmanlardan ayırır.

Öğrenci aile hekimliği uzmanlık eğitimi süresince hasta ile iletişimin primer önemine bağlı olarak eğiticiden kesin mesajlar almalıdır. Eğiticinin asistana hastayla görüşme boyunca dikkatli gözlemler yapmasını ve bunun için de not alması gerektiğini önermesi gerekir .

Gözlemler sırasında, öğrencinin aşağıdaki unsurlara (doktor-hasta etkileşimi ile ilgili) özellikle dikkat etmesi gerekir:

- Hekim ve hasta arasındaki ilk görüşme yöntemleri , ilk ve sonraki ziyaretleri arasındaki farkların tanımlanması
- Konuşmalardaki ima içeren sözler ve olası nedenleri
- Selamlaşma, tanışma, varılan sonuçlar ve görüşmeyi sonlandırma
- Hasta davranışları, vücut duruşu, el kol hareketleri, yüz ifadeleri vb (sözel olmayan davranışlar) özellikle zor konuların tartışıldığı sırada (evlilik ilişkileri, cinsel problemler, işteki zorluklar gibi) hastanın duygularını anlamayı kolaylaştırır
 - Hastayı güldürecek ya da şaka yaptırarak durumlar

- Cinsel sorunları tartışma yöntemleri
- Evlilik ilişkileri ya da kuşak çatışması konuları, hastanın ailesini endişelendirecek boşanma gibi konular
- İnanç veya din konularını tartışma yöntemleri

Tüm bu bileşenler bir gün veya bir hafta boyunca gözlemlenir ve öğrenci ile onun gözlem ve notları ile ortaklaşa daha sonra ele alınır. Doğru iletişim eğitim yöntemlerinin çeşitli teorileri vardır. Bunların bazılarını aşağıda sunuyoruz:

HASTA-HEKİM İLİŞKİSİNİN ÜÇ FONKSİYONEL MODELİ

Biyoterapötik işlev

Hasta-hekim iletişiminin hedeflerinden bazıları hastanın sağlık davranışı, önceki rahatsızlıkları, yaşam tarzı, bağımlılık alışkanlıkları, hastalığının aile öyküsü, ve de en son olarak, mevcut rahatsızlıkları ve bunların belirtileri hakkında bilgi edinmektir. Görüşme, hasta ile gelecekteki işbirliği için temeldir ve tedavi etkinliğini güçlendiren unsurlardan biri olarak üzerinde anlaşılmalı bir tedavi planı verme amacı güdülmür. Bu yaklaşıma "biyomedikal" denir, ya da kesin olmak gerekirse biyoterapötik olarak adlandırılır. Bu yaklaşımı kullanarak, hekim, tıbbi uzmanlık ve klinik becerileri doğrultusunda hastanın tedavisine devam edebilir.

Sosyoterapötik işlev

Biyomedikal faaliyetlerinin yanı sıra, hekim, hastanın çevresinde hastanın pozisyonunun güçlendirilmesine yoğunlaşmasını isteyebilir. Hekim, aile, iş ve yerel toplum kapsamında hastanın durumunu anlamak için hastaya yardımcı olabilir. Bu amaca ulaşmak için doktor, çevresel faktörler ve hastanın şikayetleri arasındaki olası bağlantıları hasta ile birlikte kurmak ister. Bu gibi durumlarda aile hekimi, aile ve sosyal psikoloji ve sosyolojik faktörler teorisi gibi sosyolojiyle ilgili bilgilerini uygulamalıdır.

Psikoterapötik işlev

Hasta-hekim ilişkisini geliştirme, yavaş yavaş ilk vizitin ilk anlarından itibaren başlar ve hasta ile hekim arasında belirli bir yakınlık kurulur. Bu sürecin dinamikleri ve tipik olarak hastanın hekime reaksiyonları (örneğin, işbirliği kolaylığı, zor etkileşim, ya da iletişim eksikliği) hastanın çevresindeki diğer insanlarla arasındaki olası ilişkilerin önemli göstergelerini oluşturmaktadır. Bu göstergeler, sağlık sorunları ile bağlantılı olabilecek ne tür davranışlar olabileceğini açıklayacak psikolojik süreçlerin hipotezlerini üretebilir. Hekim sadece hastanın bu konuları anlaması için daha kolay hale getirmekle kalmaz, aynı zamanda psikolojik ya da psikanalitik bilgiye dayalı olası çözümleri de gösterir.

Yukarıdaki fonksiyonlar aşırı teorik görünebilir, ama hekimin hasta - hekim ilişkisi sırasında meydana gelebilecek davranışa bir bakış açısı geliştirmesini ve hastanın beklentileri ışığında sorunları için olası seçenekler ve uygun çözümler geliştirmesini sağlayabilir.

İLETİŞİM KAVRAMLARININ İNCELENMESİ

Öncelikle vurgulamalıyız ki, mevcut iletişim kavramlarının çoğunluğu özellikle tıbbi ortamlarda ayarlanmamıştır. Biz aşağıdaki kavramlardan bir seçim sunuyoruz.

Bilgi teorisi kavramı; Shannon ve Wiener'e dayalı bilgi kuramı anlayışında, iletişimde birincil önemli olan bilgi transferi gerçeğidir; bilgilerin önemi ikincil öneme sahiptir. Bilgi kesinliği eşit derecede önemlidir. Bu yaklaşım, karşı tarafın iknasının çok önemli olduğu siyaset ve ticarete uygulanır.

Dışavurumcu anlayış, insan davranışlarını gözleme tekniklerine dayanmaktadır. Psikoterapinin içinde farklı temalardan kaynaklanan görüşler içerir:

- Hümanistik Psikoterapi (K. Rogers): İyi bir iletişimin temelinde aktif dinleme olduğuna inanır.
- İşlem Analizi (E. Bern): Etkili bir iletişim belirli koşullarla kendi aranızdaki tamamlayıcı işlemlere dayalıdır (ego).
- Gestalt Terapi (Perls): İyi anlamının temelinde burada ve şu anda ne olduğuyula alakalı duygularla olan bağlantı ile ilgili konsantrasyon vardır.
- NLP veya Nöro Linguistik Programlama (R. Bandler ve J. Grinder): İyi bir iletişim tarafların iletişim tarzlarının uyumu ile ilgilidir. Böyle bir uyum mesaj gönderen tarafın nörobiyolojik modelinin bilinmesi ve mesaj alan tarafın böyle bir model uygulama becerisinin tanınması ile mümkün olacaktır.

Yorumlayıcı anlayış; çalışmanın bilinçaltı yönlerindeki bilgileri kullanarak psikanaliz temeline dayanmaktadır. Bu anlayışı ayrıntılı olarak öğrenme aile hekimliği uygulamaları dışında, çoğunlukla psikoterapi merkezlerinde mümkün olmaktadır. Balint Grupları gibi iyi iletişimin çeşitli yönlerini gösteren özel toplantılara katılmak da mümkündür.

Konsültasyonun belirli aşamalarında öğrencinin katılmasının öğrencinin tutumunu geliştirmeye katkısının olduğunu burada vurgulamamız gerekir.

AİLE HEKİMİNİN EĞİTİCİ OLARAK ÇALIŞMASINA ÖRNEKLER

1 - Aile hekimi (AH) Erkek 45 yaşında, bir kaç yıldır muayenehanesine eğitim amacıyla öğrencileri almakta ve öğrenci eğitimi ve koçlukta önemli bir deneyime sahiptir. Bugünlerde aile hekimliğini seçtiği için pek de memnun olmayan ve babası radyolog olan 29 yaşındaki öğrenciye rehberlik yapıyor. Daha çok acil ve travmatoloji bölümünde çalışmayı istiyordu. Hastaların sorunlarını saçma bulduğu için muayeneler ona sıkıcı geliyor. Hakkındaki eğitici eleştirilerini ve hastaların müdahale isteklerini kabul edebilecek durumda değil. Aile hekimi, öğrencinin karşı çıkışlarını hoşgörü ve mizah anlayışı ile kabul edecek ve onu daha iyiye yönlendirmek için babacan bir tutum sergileyecek biridir. Sonuç olarak, öğrenci görevlerini yapmadaki performansındaki artışın yanı sıra kendi uzmanlık alanına da ilgi göstermeye başlar.

Benzer durumlarda öğrencilerin bölümlerinde uygunsuz tepkiler gösterilmesinden sonra aile hekimleri asistanı kabul etmeyi reddetmek veya terk etmek gibi tehditlere maruz kalmaktadırlar.

2 - AH, büyük bir şehir ortamında çalışan erkek, yaşı 52, İspanyol kökenli. Düzenli olarak AIDS hastalarını alıyor ve çoğu zaman yabancı bir dile başvurmak zorunda kalıyor. Bu hekimin aile hekimliği muayenehanesinde eğitimini tamamlayan tüm öğrenciler sadece muayenelerde gözlem yoluyla eğitim almışlardır. Ancak, özelliği nedeniyle belirli bir hasta popülasyonuna karşı uygulama öğrencilerin bağımsız konsültasyon gerçekleştirememelerine neden oluyor.

Bazı son derece uzmanlaşmış uygulamalar öğrencilerin eğitimi için yeterli olmayabilir.

3 - AH 39 yaşında kadın, bekar, anne. Muayenehanede yönetici yardımcısı.Çok çalışıyor. öğrencileri kendi kendilerine düşünmeye bırakmaktansa onlara cevap verme eğiliminde.

Muayenede intörn bulunması, aile hekiminin hoca olarak hizmet vermesini gerektirir. Bu süreci gerçekleştirmek, aile hekimi için zaman alıcıdır.

4 - AH 58 yaşında erkek. Birçok milletlerden farklı bir nüfusa hizmet veriyor. Çalışma saatleri çok esnek ve sık sık saat 21:00'de randevu alıyor. Staj programı, hasta popülasyonunun sayısı ve

çeşitliliğinden dolayı çok ilginç olmasına rağmen, öğrenciler bu tarz çalışma organizasyonlarından hoşlanmıyorlar.

Ekip üyesi aile hekimi, diğer bölümlerde belirtilen diğer birçok becerilere ek olarak ekibin zamanını yönetme becerilerini de göstermelidir.

5 - AH 35 yaşında erkek, genç bir eğitici. Aile hekimi ve eğitim programının ekip üyesi. Çalışkan, güçlü diğer mesleki faaliyetler ile ilgili öğrencilerle de ilgilendiği için diğer işlerini tamamlamadan öğrenci eğitimi ile ilgilenemiyor.

Çok sayıda faaliyetlerde yer alan bir kişinin yeterli derecede öğrenci eğitimini yürütmesi mümkün değildir.

6 - AH, 40 yaşında kadın, kişisel ve mesleki sorunları ile boğulmuş, hasta ve diğer personelin varlığında öğrencilere karşı olumsuz duygularını ifade ediyor, olaylara uygunsuz tepki gösteriyor.

Eğitici çözülmemiş sorunlarını ve bunu izleyen negatif duygularını öğrencilere yansıtmemelidir. İnsanlar ile çalışmak ve öğrenme konusunda onlara yardımcı olmak, belirli kişilik özellikleri, stres kontrolü ve güçlü motivasyon yöntemlerini gerektirir.

7 - AH 50 yaşında erkek kayda değer bir uzmanlığı ve uzun yıllar hizmeti var. Öğrencilerden çeşitli projeler üretmelerini istiyor, ancak onları denetlemede başarısız.

Öğrencide ödevlerin ihmal edilebileceği fikri gelişir. Öğrenme ve çalışma motivasyonları başlangıçta yüksek olsa bile düşer.

Aile hekimi, görev belirleme ve tutarlı performans yürütülmesini içeren yönetim becerilerine sahip olmalıdır.

YÖNETİCİ OLARAK AİLE HEKİMİ

Öğrenciler için eğitici olan aile hekimi, hem organizasyon (aile hekimi uygulamalarında) hem de eğitim sürecinden sorumlu olan kişi olarak her iki rolün de temsilciliğini yerine getirir. Aile hekimliği eğitiminin büyük bölümü eğiticiye dayandığından, yönetici ve öğrenci arasındaki ilişkiler ve işbirliğinin kalitesini doğrudan etkileyen bu konu ve bu yapıların üzerinde durulması faydalı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, yönetim tarzları ile ilgili konuların da göz önünde bulundurulması çok önemlidir.

ÖĞRENCİ YÖNETİM STİLLERİ

Bir yönetim stiline temel üstün alta veya bizim vakamızda asistana uygulayacağı kuralları belirttiği bir yönetim felsefesidir. Böyle bir felsefe ya kısmen ya da tamamen gerçekleşmemiş olabilir ve karakteristik özelliği istikrar ve sürekliliğinin olmasıdır. Bir yönetim felsefesi, bir yönetici ve öğrenci arasında gelişen çeşitli durumlara karşı oluşacak tepkinin bir paternini yansıtır ve anlaşılabilir ve değerlendirilmiş durumlarda doğrudan etki eder. Douglas McGregor'un, çalışması ile gösterilen yönetim felsefesine göre yöneticilerin, aşağıdaki iki varsayımdan birini benimseyeceğini düşünebiliriz.

Yönetim teorisi X	<ul style="list-style-type: none">• İnsanlar tembeldir.• Para ve ödüller için çalışırlar.• Kontrolün temel aracı (teşvik) korkudur.• Bir yöneticiye bağlı kişiler yapacakları işler için başvuru kılavuzu ve direktifler beklerler.• İnsanlar sıkı bir kontrole ihtiyaç duyarlar.
-------------------	---

Yönetim teorisi Y	<ul style="list-style-type: none"> • İnsanlar aktif ve bağımsızdır • İnsanlar amaçlarını kendi kendilerine ayarlayabilirler. • Ana teşvik unsuru insanların memnuniyete ve gurura ulaşma niyetleridir. • İnsanlar kendi kendilerini kontrol edebilirler.
-------------------	--

İnsan doğa ve tutumlarının çalışmaya olan etkileriyle ilgili başlangıçtaki bazı genel varsayım ve fikirlerin temelinde yönetici aşağıdakilere uyarak karakteristik bir davranış şekli geliştirebilir. Yönetim şekillerini aşağıdaki bölümlere ayırabiliriz:

Otoriter-despotik (Baskıcı otokratik)	<ul style="list-style-type: none"> - Özgür iletişim eksikliği net bir ödül ve ceza sistemi - Öğrencinin öneri veya fikirlerinin nadir kabulü
Otoriter-samimi (Babacan)	<ul style="list-style-type: none"> Önceki stile benzer ancak tam olarak yönetici gibi değil anne-baba gibi yaklaşım gösterilir. - İşbirliği ve ortaklık niyetiyle yetersizliklerin belirlenmesi - Öğrencinin isteklerinin belirgin olarak ayarlanması
Demokratik	<ul style="list-style-type: none"> - Karar verme sürecine aktif olarak katılım niyetindedir - Ortak amaç ve görevlerin oluşumuna katılım
Danışıcı	<ul style="list-style-type: none"> - Öğrencinin görüşleriyle gerçekten ilgilenir - Karar verirken öğrenciye de danışır

İlk iki stil, insanların çalışmayı sevmediği ve daha çok kontrol edilmesi gerektiği inancıyla tasarlanmış. Bu stilleri uygulamak yönetici için çok fazla zaman ve enerji gerektirir. Yönetici, teşvikler sunmak, kontrol etmek, gözden geçirmek, ilerideki çalışmalarıyla ilgili direktifler tanımlamak için çalışmalarını sürekli izlemelidir. İşbirliği bu şekilde sabit ise, yönetici, takımın sürekli yöneticinin kararlarını ve değerlendirmelerini bekleyeceğinin farkında olmalıdır. Aksi takdirde çalışma ciddi olarak bozulacaktır.

Son iki stil; insanların bağımsız çalışma yeteneğine sahip olduğu ve aktivitelerinin dışarıdan kontrole ihtiyacının olmadığı ve çalışmanın kendisinin bizzat teşvik edici olduğu inancıyla tasarlandı. Bu stiller, ekip üyelerinin bağımsızlığını vurgulamaktadır. Üyelerin kararları kabul edilir ve uygulanır ve böylece yetki ve sorumluluklar, paylaşılır. Buna bağlı olarak da iç motivasyon ve kişisel gelişimin geliştirilmesi kolaylaşır.

Yöneticinin yönetim stiline farkında olması, yönetim süreci ve öğretim sürecinin her ikisinin de uygulamasında önemlidir. Bir yandan, yönetici tarafından sunulan pratik yönetim tarzı öğretme stratejilerinin seçimini etkiler. Öte yandan, eğiticinin yönetim stili öğrenci tarafından temsil edilen yönetim felsefesine aykırı düşebilir.

Tekrar şunu hatırlatmalıyız ki, hasta her zaman doktor-hasta-öğrenci üçgenindeki merkezi kişidir. Hasta muayenesinin başında asla unutmamız gereken ilk soru, hastanın öğrenci varlığını kabul edip etmediğidir. Hasta ile hekimin gelişmekte olan ilişkisi içine öğrencinin varlığının nasıl ekleneceği kararı muhtemelen bir kaç yıllık bir sorundur. Sonuç olarak, aile hekimi öğrenci ve hastanın her ikisiyle doğrudan bir ilişkiye ek olarak, öğrenci ve hasta arasında bir köprü rolü

oyun. Hekimin olgunluğu, motivasyonu, ve hazırlıklı olması bu programın oturmasındaki başarısını etkileyen önemli unsurlardandır.

YÖNETİM TARZI ÖRNEKLERİ

1-Aile hekimi, eğitici, 56 yaşında erkek, 7 yıldır öğrencilere eğitim vermektedir, aynı zamanda son sınıf öğrencilerinin ders ve sınıflarının organizasyonunun ve koordinasyonunun sağlandığı eğitim merkezinde çalışmaktadır. Öğrencilerden belirli kurslar için kaydolmaları istendi. İki hafta sonra listeler sonlandırıldığında bayan bir öğrenci uzmanlık alanını tamamlamak amacıyla eğitimi için gerekli olan kursa gitmek üzere eğiticiden izin istedi. Eğitici, başvuru tarihi geçtiği için reddetti. Öğrenci, yaklaşmakta olan uzmanlık sınavı için başarısızlık gösterme olasılığı nedeniyle eğiticiyi suçladı.

Bu, otoriter - baskıcı bir yönetim tarzı örneğidir. Eğitici öğrencinin başvuruya geç kalmasının herhangi bir nedeni olup olmadığını sormadı. Asistana bu durumu çözmeyi önermede başarısız oldu. Aslında bir sonraki dönemi bekleyebilecek başka biri ile asistanın yerini değiştirmeyi düşünebilirdi.

2-Aile hekimi, eğitici, 39 yaşında bayan yukarıdakine benzer durumdadır. Öğrencinin bu zor durumunu dinledikten sonra (bir sonraki dönem uzmanlık sınavına girememe), eğitici asistana buna benzer bir sorunla karşılaşmaması ve idare ile anlaşması için yardımcı oldu. Eğitici kurs listesinden uzmanlık kursunu tamamlamak için daha fazla zamanı olan bir asistanın ismini sildi ve bu asistanın ismini ekledi.

Bu otoriter- babacan bir yönetim tarzı örneğidir. Eğitici asistanın problemine çözümcül yaklaşmıştır.

3-Aile hekimi, muayenehane yöneticisi, 37 yaşında bayan, öğrencileri eğitmekte ve birkaç yıldır bir muayenehanede çalışmaktadır. Genellikle meslektaşlarıyla ilişkilerini geliştirme meylinindedir. Muayenehaneye başladığında asistana teorik bilgi ve klinik becerileri sabır ve anlayış göstererek verir. Aynı zamanda yeterli metotlarla değerlendirme için asistana anlaşılabilir, spesifik, açık, görevler vermektedir. Özellikle uygulamalardaki sorumluluklar ve görev dağılımları için asistan ile iyi anlaşır.

Asistan işbirliği ile birkaç hafta çok iyi çalıştı. Birkaç gündür bir açıklaması olmaksızın, aniden muayenehaneye gelmemeye başladı. Çocuğunun hastalığına dair doktor raporu vardı, fakat idareye evdeki sorunlar nedeniyle haber verememişti. Muayenehanedeki işlerin tekrar düzenlenmesi için Eğitici asistan görüşmesinde aniden ortaya çıkabilen bu gibi durumlarda onun tepkisine odaklandı. Daha sonra asistanın açıklamalarını dinledi. Sonra asistanla birlikte yeniden iletişim ilkelerini tartıştı ve olası başarısızlığın sonucunda uyulması gereken kurallar hakkında uyarıda bulundu.

Bu örnek danışmanlıkla ilgili muayenehane yöneticisi olan eğiticinin görevleri düzenleyerek ve eğitimi göz önünde bulundurarak asistanın gerçek durumu ile ilgilenmesini ve olası en iyi çözümü bulmaya çalışmasını göstermekte olduğu yönetim tarzını sergilemektedir.

4-Aile hekimi, eğitici, 40 yaşında erkek, birkaç yıldır bir muayenehanede çalışmakta ve aynı zamanda öğrencileri eğitmektedir. Buna ek olarak ta, son sınıf öğrencilerinin koordinasyonuna katılmakta ve özel aile hekimliği eğitim merkezinde yer alan doktorlar için kurslar organize etmektedir. Çalışkan ve hastaların sorumluluğunu tek başına üstlenen asistanlardan biri, bir problemle karşılaşarak eğiticiye danışma gereği duydu. Asistan hastalarının rahatsızlıklarından

birinin alkol kötüye kullanımı ile ilgili olduğundan şüphelendi. Fakat hasta bu tanıyı ve doğrulayan laboratuvar testlerini de yaptırmayı kabul etmedi.

Asistanın bu durumun üstesinden gelmek için daha fazla deneyimi yoktu. Eğitici ona literatür araştırması yapması için iki gün süre verdi. Eğitici asistanla görüşmesi sırasında onu, endişelerini gidermek için gözlemleri ile ilgili olarak cesaretlendirdi. Bu tip hastalar için hekimin kesin tanısı ve güçlü kanıt gerektiği konusunda anlaşarak görüşmeyi sona erdirdiler. Bu gibi durumlarda tanı koydurucu tetkik ve klinik muayenenin düzenlenmesi gereklidir. Bu tanı araçları; hastanın alkol sorunları olup olmadığını ve eğer var ise sağlığını tehdit eden kategoriye mi ait olduğunu ya da hastada alkol bağımlılığı olup olmadığını belirlemeye yardımcı olacaktır. Bu temele dayanarak doktorun hasta için kısa bir tedavi planı hazırlaması mümkün olabilecektir.

Bu her bir kişinin aktivitesine aynı derecede önem veren ve görev almaya katılımı teşvik eden demokratik bir yönetim tarzı örneğidir.

ÖĞRENCİ

Bir aile hekimliği öğrencisinin, aile hekiminin muayenehanesinde eğitim gördüğü sırada üç çeşit görevi bulunmaktadır; doktor, öğrenci ve yönetilen.

Sadece hastane ortamlarında stajını tamamlayan genç bir öğrenci, hasta ile karşılaştığında kendi rolünü ve hasta ile ilişkilerini her zaman anlaması mümkün olmayabilir. Özgün bir hasta doktor ilişkisi anlayışının gelişmesi zamanla olacaktır ve aynı şekilde öğrencinin farklı hastaların ihtiyaçlarına göre davranışlarını nasıl düzenlemesi gerektiğini öğrenmesi yavaş yavaş olacaktır. İlk olarak eğiticiyi taklit edecek, davranışını ve tedavisini örnek alacak ve daha sonra da kendi tarzını ortaya çıkaracaktır.

Görüşmeye başlamadan önce aile hekimi asistana uyulması gereken kuralları açıklamalıdır. Bu şekilde kuralların kabul edilmesi, stajın başlangıcı için bir önkoşuldur. Zaten öğrenci de bu tür kuralları saygı ile karşılamalıdır.

Staj için kendi muayenehanelerinde öğrencilere ev sahipliği yapan aile hekimleri onlara kulak vermeli ve kişiliklerini değerlendirmelidir. Bunu usulüne uygun olarak doğru bir şekilde yapmak için de psikiyatri tanı kriterleri hakkında bilgi sahibi olmak ve veya insan savunma mekanizmalarını değerlendirme ve tanımlayabilme becerilerini bilmek gerekir. Ancak aile hekiminin olgunlaşmamış ve anormal kişilikleri tanıması yeterli olacaktır. Bu nedenle de öğrencinin hayal kırıklığına uğrama, stresle baş etme ve gecikmiş memnuniyeti tolere etme yeteneğini uygun olarak değerlendirmesi gerekir.

Stresi tolere etme yeteneği asistana zor durumların üstesinden gelip gelemeyeceği ve yarışma ortamlarından hoşlanıp hoşlanmadığı veya daha az sorumluluk gerektiren ve daha barışçıl aktivitelerden ziyade zorlayıcı ve gerginlik içeren problemleri mi tercih edeceği sorularak değerlendirilebilir.

Stres konusunda üç temel yaklaşımı belirten psikolojik teorinin üzerinde durmamız gerekir. Stres bireysel ihtiyaçların karşılanmaması, hayal kırıklığı veya tehdit edici olaylara tepki olarak psikolojik bir durum veya psikososyal bir reaksiyon olarak anlaşılabilir. İçinden çıkılmaz durumlar buna bir örnek teşkil edebilir. Ancak en çok kabul edilen stres kavramı bireyle çevresi arasındaki ilişkilerde oluşan durumdur. Bu durum kişinin imkanlarını aşan bir maliyete neden olacak, kapasitesi üstesinden gelmeye yetmeyecek ve böylece de bireyin iyilik hali zarar görecektir. Stresle başa çıkma iki tip değerlendirmeye bağlıdır: Birincil değerlendirme; durum değerlendirmesi, diğeri ise bu durumla başa çıkma yeteneğidir (ikincil değerlendirme). Stres kontrol mekanizmaları kişiye

yüklenen iç ve dış baskıları kontrol etme bakımından, bireysel ve bilinçli çabalaradır. Stresle baş etme mekanizmaları stresi ortaya çıkaran problemi çözme ve/veya duyguları kontrol etmek için tasarlanmıştır. Çeşitli koşullarda stresi kontrol etmenin seçilmiş spesifik yöntemleri "stres kontrol stili" olarak adlandırılmaktadır. Stresle başa çıkılacağı zaman aşağıdaki stilleri çoğunlukla göz önüne serebiliriz:

- **Göreve Odaklanma:** Bilişsel dönüşümlerle problemi çözmeye yönelik çabalar ve/veya problem çözme planını kullanmada değişen duruma göre girişimde bulunmak. Böyle bir davranış uygun kararları uygulamak için tasarlanmıştır. Bu nedenle birey bilgi toplar, veri seçer, karar verir ve eğer mümkünse problemi çözmek için harekete geçer veya kararı uygulamak için yöntemini değiştirir. Aksi takdirde çözüm mümkün olmadığında birey sorunla yaşamaya adapte olur.
- **Duyulara Konsantre Olma:** Stresli durumlara karşılaştıkları zaman kendilerine ve duygusal tecrübelerine eğilim göstermeleri özelliğidir. Böyle insanlar hayal kurarak ve düşünerek gerginliklerini azaltacağını zannetme eğilimindedirler. Ancak bu yaklaşım bazen stres veya depresyon hissinin ve gerginliğin artmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu tarzı temsil eden kişi, stresle baş ederken öncelikle duygularının yoğunluğunu azaltmakta ve iyilik durumunu geliştirmektedir (örn: mantıksız yapılan ya da aşırı iyimser beklentiler kurarak problemleri çözememe). Çünkü aşırı duygusallaşma bireylerin fonksiyonlarında bozukluklar meydana getirir.
- **Kaçınmaya Yoğunlaşma:** Bireylerin stresli ortamlardan kaçınmaları veya stresli ortamı hissettikleri anda o ortamdaki uzak durmaları ile karakterizedir. Bu tür bireyler sosyal ilişkilerle uğraşmayı ve/veya aktivitelerini değiştirmeyi düşünebilirler. Bu tarzın belirleyici tanımlanması için kişinin problemi çözüme kavuşturmaya yönelik harekete geçmede başarısızlık göstermesi ve problemi önemsememesi ile bu yargıya varabiliriz. Genellikle problemi görmezden gelmekte ve bariz olarak problemi akla yatkın bir şekilde çözmek yerine küçümsemektedirler.
- **En İyi Çözümü Aramaya Yönelme:** Bu tarz bireyler, problem çözmeyi bırakmamaları ve mümkün olan en iyi çözümleri aramalarıyla karakterizedir. Yeni ve olumlu çözümlerle detaylarda boğulmadan ilgilenmektedirler. Stresle başa çıkmanın her aşamasında göreve yoğunlaşmakta ve en iyi çözümü aramaya devam etmektedirler. Kaynak seçiminde, veriyi analiz etmede çok fazla zaman harcarlar ve sıklıkla seve seve uzman yardımını kullanırlar. Uygulanacak yöntemi seçmede temel kriter en iyi sonucu elde etmektir.

Çoğu zaman bireyler yukarıda belirtilen özelliklerin tamamını sergilememektedirler; ancak biri diğerine baskınlık gösterir. Stresle başa çıkmada baskın olan yöntemi tanımak için, çeşitli tanı araçlarından ölçeklerle veya stresle başa çıkma durumlarıyla ilgili hastalıklara yönelik testlere başvurabiliriz. Ancak, eğitim durumu çeşitli stresli durumlarda öğrencinin davranışlarını gözlemlenmede yeterli gibi görünmektedir.

Hayal kırıklığına tahammül etme yeteneği, öğrencinin ihtiyaçlarının karşılanmasının geciktirilebilir geciktirilemeyeceği sorularak değerlendirilebilir. Hayal kırıklığına tahammül etme yeteneği düşük olan insanlar ihtiyaçlarının acilen ve eksiksiz olarak karşılanmasını isterler. Çoğunlukla bir şey için beklemek zorunluluğu bu kişileri üzer ve öfkelenir.

Gecikmiş memnuniyeti tolere etme yeteneği, asistana uzun ve sistematik bir çalışmadan sonra elde edilecek bir hoşnutluğu veya hemen sonuçlanabilecek görevleri isteyip istemediğini sorarak değerlendirilebilir. Bu soruya verilen cevaplara göre genellikle öğrencinin olgunluk düzeyini

belirleyebiliriz. Ancak başlangıçta bu sonuçlarımızı hipotez gibi düşünerek hareket etmek daha iyidir. Daha sonra öğrencinin eğitimi sırasındaki performansını gözlemleyerek doğrulamak gerekir. Stajyerin stresi tolere etmede zorluk yaşaması veya hayal kırıklığı, memnuniyetin ertelenmesi durumunda yapılacak en iyi şey aile hekiminin bu gibi durumlarda, en basitten başlayarak en karmaşık olanlarına doğru planlar oluşturmasıdır. Eğitici aynı zamanda öğrencinin kendine güveninin oluşmasının uzun zaman alacağını kavramalıdır. Öğrencilerin eğiticiden performansları için geri bildirim almaları ve doğrudan desteklenmeleri gerekir.

Öğrencinin konu ile ilgili cevabının ve becerisinin değerlendirilmesi öğretim programlarının hazırlanmasında önemli bir anahtardır. Öğrenci – hasta ilişkisinin yanı sıra hasta – aile hekimi ve öğrenci üçlüsünün de programda yer alması gerekir.

Öğrenci yıllardır hasta – doktor ilişkisinde bir engel olmaksızın yeni bir eleman olarak bulunmaktadır. İnsanlar genellikle hastaların doktorlarına benzediğini söylemektedirler. Bu denge aniden bozulabilir. İlişkilerdeki değişimin yönü bazı faktörlere bağlı olacaktır, Örn; iyi yetişmişse ve gelecekte aile hekimi olarak çalışmaya yeterince motive ise. Bunlardan biri öğrencinin kişilik özelliğini yansıtacaktır. Öğrencilerin beceri uygulama çalışmalarının yasal ve etik olmasının yanı sıra, yeni durumlarla karşılaştığında bilgilerini uygulayabilme kabiliyetleri de önemlidir. Bazıları yeni rolleri hemen üstlenip karmaşık görevleri memnuniyetle yaparlarken, diğerleri ise yeni ortamlarda kendilerini güvende hissetmek için daha fazla zamana ihtiyaç duyacaklar ve kendine güvenmeleri ve bağımsız olarak rol almaları zaman alacaktır. Buna karşılık görevlerine ilgi göstermeyen küçük bir grup vardır. Bunlar stajlarla veya tıbbi çalışmalarla ilgilenmeyen kişiler oldukları izlenimini vermektedirler. Bazen bu durum uzmanlık eğitimi yerinin yanlış seçiminden ve bazen de aile hekimi ile iletişim zorluklarından kaynaklanabilir. **Bu nedenle aile hekimi ve öğrenci arasındaki oturumun başlamasından önceki ilk görüşme ileriki oturumlar sırasındaki kurallar ve işbirliğinin sağlanması için çok önemlidir.**

İlk toplantı sırasında öğrenci bireysel rollerini ve diğer ekip üyelerinin çalışma koşullarını göz önünde bulundurarak doktorun çalışma planlarının kooperasyonunu sağlayarak işi organize etme kurallarını öğrenir. Bu aynı zamanda öğrencinin bilgi ve beceri düzeyini belirlemek için ve yetersiz bulunduğu takdirde ilgi ve becerisini artırmak için de gereklidir.

Öğrenci tanı ve tedavi işlemlerinde bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanır. Ancak öğrencinin teorik bilgisi eğitici ile aynı seviyede ya da daha fazla olabilmesine rağmen beceri ve deneyimi eğitici ile karşılaştırılmaz. Eğitici ve öğrenci arasındaki gerilim çözülmesi zor bir dizi sorunlara sebebiyet verebilir. Öğrenci tedavi etkinliği için hasta – doktor ilişkisinin önemini kavramada başarısız olduğu takdirde hastanın tıbbi sorununu mümkün olan en kısa sürede çözüme kavuşturmak için belirli aşamalar atlayarak direkt doktora danışabilir. Tıbbi psikoloji ve sosyoloji alanlarında deneyimsizlik ve bilgisizlik nedeniyle öğrenci, eğiticinin hasta ile dostça bir ilişki kurmasını zaman kaybı olarak değerlendirir veya doktoru yetersizlikle suçlayabilir. Diğer yandan öğrencinin teorik tıbbi bilgisi staj çalışmalarının tamamlanmasının ardından daha yeni, detaylı ve daha doğru olabilir. Bu durumda öğrenci ve eğitici arasında bilgi alışverişi kaçınılmazdır. Ancak bu, iyi iletişim sağlamak için sürekli çaba göstermenin yanı sıra her iki taraf arasında uyumu ve açık olmayı gerektirir.

AİLE HEKİMLİĞİ MUAYENEHANESİNDEKİ ASİSTANLIK EĞİTİMİ SIRASINDA SEÇİLMİŞ ÖĞRENCİ ÖRNEKLERİ

1 – ÖĞRENCİ, 29 yaşında erkek, aile hekimi muayenehanesinde staja başlıyor. Öğrenci programa başlamadan özellikle de acil ve travma olaylarına daha fazla ilgi duyduğunu vurguluyor.

Başlangıçta eğitici onu sadece muayeneler sırasında intramüsküler enjeksiyon yapmaya teşvik eder. Şurası açıktı ki, öğrenci enjeksiyonu yapmak bir yana hazırlayamıyordu bile. Eğitici için kabullenilmesi en zor gerçek, öğrencinin bu alanda bilgi veya becerisinin olmadığını itiraf etmemesidir.

Bütün öğrenciler bilgi ve becerileri ile ilgili eksikliklerini kabul etmeyebilirler.

2 – ÖĞRENCİ, erkek 30 yaşında uyumlu ve dengeli. 24 yaşında, 7. haftasında hamileliğine son vermek düşüncesinde olan bir kadın hastayı kabul eder. Birkaç teknik sorudan sonra öğrenci muayeneyi nasıl sürdüreceğinden emin değildir. Onu takip eden eğiticisine şaşkın şaşkın bakar. Aile hekimi öğrenciyi danışmanlığa devam etmesi için onu destekler ve cesaretlendirir. Öğrenci hastanın sorularını yanıtladığında ve muayene ettiğinde sakin bir şekilde tartışma devam eder.

Öğrencinin tutumu, eğiticisinin eksiklikleri kontrol becerisinin yanı sıra sınırlarının farkındalığını ve otoritesine saygıyı gösterir.

3 – 26 yaşında uzun boylu bayan öğrenci. Muayenehane çevresinde bazı hareket güçlükleri bulunmaktadır, sıklıkla eşyalara çarpılmaktadır. Baştaki muayenelerde üstesinden gelmesi epeyce zordur. Konuşmaya başladığında kendine güvenmemektedir. Tepkili bir görünüm vermez; sıklıkla da eğiticisinin desteğine ihtiyaç duyar. Karar vermesi yavaş yavaş kendisine güven verir ve sorumlu hekim rolüne adapte olmaya başlar.

Eğitici desteği ve teşviki ile öğrencinin kendine güveni gelişir.

4 – Hevesli ve espirili 29 yaşında erkek öğrenci. Eğitici ile yaptığı ilk toplantı sırasında iyi bir aile hekimi rolünü hissettirecek bir izlenim vermektedir. Zaman zaman uygunsuz düşünceler veya araya girmeleri ile şaşırsa da başlangıçta muayenelere pasif olarak iştirak eder. Hastaları görmeye geldiğinde tüm muayene malzemelerine ulaşılabilir olmasına rağmen öğrenciyi şık bir çanta ile yüksek kalitede çok sayıda tıbbi malzemelerle görmesi ile eğitici şaşırır. Daha sonra hasta ile çevresi, aile hekimi ve öğrenci arasında dikkate değer biçimde iletişim problemleri belirginleşir. Ne iletişim problemleri ne de paranoyak bozukluklar bir önceki staj sırasında fark edilmişti. Bu durumda eğitici eğitim merkezinden yardım istemek ve özel bir rapor hazırlamak zorunda kalır. Sonuçta öğrenci, tıp dışı başka bir eğitim seçer.

Bazen öğrencilerin patolojik bozukluklar ve daha derin kişilik problemlerini göz önüne sermek için stresle başa çıkmada pasif durumdan aktif hale getirilmeleri düşünülebilir.

5 – 31 yaşında erkek bir öğrenci, aynı zamanda acil ve travmatoloji bölümünde çalışmaktadır. Hastalarla daha yakından bir ilişki kurmaksızın sadece kısa müdahalelerle davranmaktadır. Hasta odaklı tutumunda zorlukları vardır. Aile hekimine gelen hastalar çok iyi bir iletişim kurmakta iken, öğrenciyle görüşenler kısa ve öz bir danışmadan sonra hayal kırıklığı hissi ile ayrılırlar.

Aile hekimi ve hastası arasında geliştirilen iyi ilişkiler öğrencinin uygun olmayan tavrı nedeniyle zayıflayabilir. Sağlam bilgi ve klinik beceriler gereklidir, ancak aile hekimi rolü için yeterli değildir.

HASTA

Bizim üçgenimizde hasta anahtar kişidir. Hasta muayenesinde hasta üzerine yoğunlaşılır. Böylece hastanın davranışları çoğunlukla kendini ifade edebilmesi ve motivasyonlarına bağlıdır. Çok sayıda faktörün hastanın tavrını, öğrenci – eğitici rehberliğini etkileyebileceğini söyleyebiliriz. Burada hastanın yaşı çok önemlidir. Elbette ki çocuk, genç veya orta yaşlı biri ile yapılan görüşmeler tamamıyla birbirinden farklılık gösterecektir. Ayrıca bu tür durumlarda daha fazla insanın, hasta sahiplerinin hasta – hekim – öğrenci üçgenine girmesi mezuniyet sonrası eğitimi ve muayeneleri kesinlikle etkilemektedir.

Ayrıca bağımlılar gibi (alkol, ilaç, hap, sigara), depresyonu olan hastalar, organik periferik sinir sistemi hastalığı olanlar, kişilik bozuklukları, ahlaki sorunlular gibi daha özel hasta gruplarından da bahsetmeliyiz. Bu hastalar zor hasta grupları olarak adlandırılan agresif veya iddialı gruptan olabilir. Bunlar aile hekiminin özel hizmet ve tedavisine ihtiyaç duyarlar ve aile hekimi kişilerarası zor durumlara baş etmenin iletişim becerilerini test edecek bir meydan okuma ile karşı karşıya kalabilir. Herhangi bir olayda hasta – hekim ilişkisinin değişme olasılığı vardır: memnuniyetten memnuniyetsizliğe bir durum ya da tam tersi.

Doktor ve çocuk arasında başka bir iletişim şekli gelişebilir. Hekim küçük bir hastayı kabul ederken çocuğun bilişsel sürecini sınırlayan yaş, çevresel, ekonomik veya kültürel faktörler dahil olmak üzere duyarlı olmalıdır. Doktor görüşme sırasında, çocuğun hafıza, dikkat, düşünce ve zaman içerisindeki duygularını düzenlemesine bağlı olan bilişsel sürecin gelişme aşamasını göz önünde bulundurmalıdır. Hekim sorularını bu etkenlere göre belirlemiş olmalıdır. Normal gelişen iki yaşa kadar çocuklarda sensorimotor biliş sözkonusu iken, 2-6 yaş arasında somut ve görsel biliş baskındır; hayal gücü eğilimi veya sihirli düşünme, çocuğun rahatsızlıkları sunuşunu etkileyebilir. 7 yaş ve üzerindeki çocuklarda hastalık durumunu yorumlama ile birlikte neden - sonuç ilişkisini düşünme gelişir. 11 yaşından sonra ise çocuk hastalığın nedeni ile sonucu arasındaki ilişkiyi fark etmeye başlar. Bundan dolayı çocuk ile görüşme yaparken aile hekimi çocuğun verdiği gerçek bilişsel mesajı anlayabilmelidir.

1-2 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLAR genellikle hekim bakıcı ile görüşürken odayı keşfetmekle meşguldürler. Çocuğu gözlemleyerek fizik muayene ve görüşme tamamlandıktan sonra hekim ,hasta ile ilgili veriyi toplar. Bu nedenle bu yaş grubundaki çocukları kabul ederken ana bilgi kaynağı, bakıcı, çocuğun gözlenmesi ve fizik muayenedir.

2-3 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLAR fizik muayeneye ilgilidir ve zamanla hasta ile işbirliği kurulması mümkündür. Doktor çocuğun fizik muayeneye istekli olduğunu her zaman dikkate almalı, korku seviyesini değerlendirmeli ve azaltmaya çaba göstermelidir. Kural olarak bakıcı ile en yakın mesafede (örn: anne kucağında iken) muayene edilmelidir.

3-6 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLAR genellikle doktor ile görüşmeye katılırlar fakat güvenmezler. Görüşme veya muayene sırasında baskı hissetmemelerine karşın direnç gösterebilirler veya kolayca kabul etmek zorunda kalabilirler. Çocuğun güvenini artırmak ve bu durumu kontrol etmek, çocuğun onayını kazanmak ve işbirliği içinde olmak için şu kelime gruplarını kullanabiliriz: “Nerede ağrı hissediyorsun?”, “Ağzına ve daha sonra kulağına bakabilir miyim?” gibi.

7-11 YAŞ ARASINDAKİ ÇOCUKLAR genellikle kendi sağlık problemleri ve hastalıkları hakkında doktorla konuşma yeteneğine sahiptirler. Ancak zaman içinde hastalıkların ifadesi gibi yeri de tam ifade edemeyebilirler. “Uzun süredir ağrı hissediyorum ” ifadesi bir gün, birkaç gün veya bir saat anlamına gelebilir. Hekim çocuğa okulunu, akranları ve tercih ettiği aktiviteleri sormalıdır. Benzer soruların cevaplanması hekimin çocuğun fiziksel durumunu etkileyebilecek sosyal ve duygusal

fonksiyonları hakkında bilgi sahibi olmasını sağlayacaktır. Bu yaş grubu doktor tarafından tanı ve tedavi sürecine dahil edilmelidir. Çocuk hastalığını anlamaya ihtiyaç duyar, hastalığın seyrini kontrol etmesi olasılığı doktor tarafından hesaba katılmalıdır. Hekim çocuğun hastalığı hakkındaki düşüncelerini ve endişelerini konuşmak için gerekli koşulları oluşturmaktadır.

Özel bir dikkat gerektiren diğer hasta grubu ergenlerdir. Doktorun genç yaşta bir hasta ile ayrıntılı görüşme yapmak için daha fazla zaman ayırması çok önemlidir. İşbirliği içinde olma veya işbirliğini reddetme gibi durumlarda güven kilit faktördür. Bu aynı zamanda ergenin tıbbi olmayan sorunlarının adanması, hastalığı önleme veya sağlığı iyileştirme ile doğru teşhis geliştirilmesinin temelidir. Ergenlerle görüşme yedi alanda standart soruları içermelidir : ev ortamı (anne- baba ve kardeşleri ile ilişkileri), okul sorunları (çalışmaların üstesinden gelmesi, akranları ve eğiticileri ile ilişkileri), okul dışı faaliyetleri (ek çalışmalar ve eğlenceleri), madde kötüye kullanımı (uyuşturucu, alkol ve sigara), cinsel aktivite (cinsel yönelim, başlangıç ve korunma), intihar düşünceleri veya eğilimleri (depresyon, yaşanan sorunlar, örn. çözümü olmayan durumlar), kendi veya başkalarının güvenlik derecesi (örn: yüksek riskli durumlara katılma veya araba gezileri sırasında emniyet kemeri takma gibi). Tabi ki tek bir ziyaret sırasında bütün konular tartışılmayabilir, fakat doktorun hastasının bütün problemlerini anlaması ve aktif olarak ilgilenmesi çok önemlidir. Her bir ziyaret sonunda gencin doktora anlattıkları hakkında saygı ve güven çerçevesinde yapılan açıklama ile özet yapılmalı, genç soru yöneltmeye teşvik edilmeli, ek sorunları ve düşünceleri ile ilgili olarak fırsat verilmelidir. Yukarıda belirtildiği gibi doktorun çeşitli hasta grupları ile ilişkilerini istenilen doğrultuda geliştirmesi için doktorun psikolojik ve psikoterapik bilgisi ile desteklenen somut hareket etmesi gerekir. Hastaların çoğunluğu aile doktorları ile işbirliği içinde olmayı istememelerine karşın büyük bir kısmı öğrencinin varlığını kabul etmektedir. Bu noktada öğrenci – hasta – doktor ilişkisinin gelişmesini etkileyen en önemli faktörlerin listesini belirtmeliyiz:

- Hastanın yaşı ve cinsiyeti, olası hasta yakınlarının yaşı ve cinsiyeti
- Aile hekimi ve öğrencinin yaşı ve cinsiyeti
- Aile hekimi seçiminde ailenin kararı
- Anksiyete veya kronik hastalıklarla ilişkili bazı klinik durumlar hasta ile doktor arasında bir bağlılık kurulmasına neden olabilir, öğrenci bunların dışında tutulabilir.
- Kültürel bağlamda doktorun ağrı, acı veya ölüm üzerine düşünceleri toplum içindeki rolünü gösterir. Bu fikirler bizim hastalara olan tutumlarımızı değiştirebilir.
- Dini inançlarla ilgili konular
- Doğal olarak anadili hasta ile ilişkide önemli bir etkidir. Şu açıktır ki, göçmenler iletişimlerinde kendi dillerini tercih ederler. Araya tercümanın girmesi ilişkileri değiştirebilir ve bu da temel olarak doktor-hasta-öğrenci üçlüsünün fonksiyonlarını etkileyebilir.
- Hekimin öğretmesindeki zorluk özellikle de hasta ile iletişimin etik yönleri bakımından oluşmakta ve sıklıkla da uzlaşma kararları aldırılmaktadır.

Öğrencinin varlığı için hastanın rızasını aldıktan sonra öğrenci yanında yapılan muayenelerde çeşitli hasta davranış örneklerini aşağıda sunuyoruz. Bu örnekler bize tıbbi uygulamada karşılaşılabileceğimiz hasta davranış türlerini göstermektedir.

- Emin olmayan ve tereddüt eden hasta
- Sert bir hasta
- Hassas ve üçüncü bir şahsın varlığı durumunda kişisel problemlerini gizleyen hasta

- Genç bir doktorun güven vermemesi ile rahatsız olan, endişe ve korku duyan bir hasta
- Kültürel yapısından dolayı öğrencinin varlığını istemeyen bir hasta
- Bir ergenin aşırı korumacı annesi
- Ebeveyn çatışması durumunda günah keçisi olarak bir çocuk hasta
- Öğrenci muayenesinden menfaati olan hasta
- Hak iddia eden hasta

1-Bayan J., 62 yaşında üç çocuk annesidir. Uykusuzluk tedavisine devam etmek istediğini görüşmek için hekime geldi. Güçlkle konuşmakta ve rahatsızlığının nedenlerini bilmeksizin uyku hapları ile ilgili soru sormak istemektedir. Asistanı görünce Bayan J, tereddüt gösterir ve aile hekimine dönerek 'Bugün size anlatacağım şeyi güven içinde anlatmayı tercih ederim' der. Öğrenci ayağa kalkar ve gitmek ister. Bir süre sonra bayan J ekler 'Belki de.. neden olmasın.. söyleyeceğim şeyi hayatınızda faydalı bulabilirsiniz.' Güçlkle konuşur, hıçkıra hıçkıra, doktordan daha ziyade asistana, yakın zamanda emekli olan kocasının 16 yıldır sekreteri ile yaşadığını ve ona kırgın olduğunu ifade eder.

Hasta başlangıçta öğrencinin varlığından rahatsızlık gösterirken sonunda memnun görünmektedir. Acısından söz edip şikayetlerini dile getirirken, başkasını da uyarıp eğittiği için öğrencinin varlığı faydalı olmuştur.

2-Bay L., 34 yaşında, uzun yıllardır HIV tedavisi altındadır, sağ baldır ağrısı yakınması var. Öncelikle öğrencinin varlığından memnun değil. 'Görüyorsunuz. Bana sero pozitif tanısı koyan bir doktorum var bu gizlilik nedeni ile sadece onunla görüşmeyi uygun bulmaktayım. Fakat bugün çok hızlı hareket etmek gerekiyor...'

Hasta tarafından ciddi ve aniden hareket etmeyi gerektirdiği algılanan bu durum uzun süredir var olan hasta ve aile hekimi arasındaki ilişki ile kaldırılır. Sonunda hasta iki hekim tarafından konsulte edilmekten dolayı memnundur.

3-Bayan G., 20 yaşında öğrenci. Bayan aile hekimine oral kontraseptif ilacını tekrar reçete ettirmek için gelmiştir. Öğrenci erkektir. Hasta görüşmeyi ve reçete ettirmeyi kabul etmiş ancak jinekolojik muayeneyi reddetmiştir.

Açıktır ki, her ikisinin yaşı birbirine yakındır ve öğrencinin cinsiyeti bayan hastanın kararının nedenini açıklamaktadır.

4-Bay G., 63 yaşında, yakın zamanda emekli olmuş. Tedavisine devam etmek için gelir. Ona hipertansiyon, hiperkolesterolemi ve gut tedavisi uygulanmaktadır. Hekimi impotans yanı sıra düzenli olarak rahatsızlıkları için ilaç reçete etmeye alışkındır. Hasta sadece impotans sorunlarının giderilmediği hakkında aldığı ilaçlarla ilgili olarak soru sormak istemektedir. Öğrenci bir önceki reçete edilen ilacın etkinliğini ve bilgisayarda reçete konularını daha sonra inceler. Hastası için impotans problemlerini görüşmenin sorun olup olmayacağını sorar. Hasta 'Erkek erkeğe değil miyiz?' der.

Rahat konuşulur gibi görünse de cinsel konular özel konular arasındadır, hastalar için cinsel konuları başkalarının yanında tartışmak oldukça zordur.

5- Bayan D., 30 yaşında, bir devlet memurunun kızıdır. Uzun süredir aile hekiminin yanında öğrenciyle karşılaştığının farkındadır. Hamile olduğu için gelmiştir. Bayan D tereddüt etmeksizin öğrencinin muayenesini kabul eder. Muayene sonunda samimi bir atmosfer olmasına rağmen Bayan D, hamileliğinin gizliliği hakkında asistana ve aile hekimine aynı soruyu sorar.

Hasta öğrencinin varlığını kabul etse bile özel durumları için gizlilik isteklerini dile getirebilir.

6- Bayan R., 52 yaşında, küçük bir restoran sahibidir. Hormon replasman tedavisine devam etmek için gelir. Hasta aile hekimi tarafından uzun süredir tanınmaktadır ve görüşmeye hemen her zaman öğrenci eşlik etmektedir. Ziyaret sırasında öğrencinin geleceği ile ilgili sorular sorar. Tavrı dostçadır. Doktorların hormonal ilaçları reçete etmeye hevesli olmadıklarını bilerek tedavisini sürdürmek istemesinin nedenini asistana açıklamaktadır, fakat tedavi için sorumluluğunu kabul etmekte ve sonunda da ülkemizde eğitilmiş çok iyi doktorlar bulunmasından oldukça memnuniyet duymaktadır.

Bu durumda hasta tıp fakültesinden yeni mezun olmuş öğrencinin kibarca dinlemesinden memnuniyet duymaktadır. Bayan HRT reçete ettirmeyi ikna etmeyi başarmıştır.

7-Bayan B., 54 yaşında Akdeniz ülkesinden. Hipertansiyon ve hipotiroidi tedavisine devam etmek istediği için gelir. Büyük oğlu, her ne kadar bayan görüşmeyi çok iyi anlasa da anlaşmalarına yardımcı olmak için gelir. Sonuç olarak her cümle iki kez söylenir. Bayan B'ye öğrencinin varlığını kabul edip etmediğini sorduğunda, aile hekimi ona gülümser. Hastanın oğlu 'Bizim üç kişi olmamız bile bir komplikasyon iken 4 kişi olmamız imkansız' der. Aile hekimi, öğrenci Bayan B ile ilgilenibilsin diye muayenehaneyi terk etmeye karar verir. Oğlu itiraz eder. 'Biz doktorumuzu görmek için geldik' Bayan B gülümsemeye devam eder...

Dil, kültür, inanç ya da yaşı nedeniyle bir yakını eşlik ettiğinde, doğrudan hasta - hekim görüşmesi sıra dışı bir hal alabilir.

8-Hasta 16 yaşında, lise öğrencisidir, annesi ile birlikte muayenehaneye gelir (annesi ilkokul öğretmenidir). Annesi oğlunun şikayetlerini sıralar: uykusuzluk, iştahsızlık, günlük aktivitelere ilgisizlik. Aynı zamanda oğlunun çok fazla sigara içtiğinden ve eğitimine devam etmek istememesinden şikayetçidir. Hasta daha önce aile hekimi ile görüşmeyi birkaç kez reddetmişti. Bu sefer erkek öğrencinin varlığına ilgili görünmektedir. Aile hekiminin önerisi ile öğrenci ile görüşmeyi kabul eder. Anne karşı çıkar: 'Buraya oğlumu çok fazla sorun nedeniyle getirdim. Üzgünüm, ben bazı sonuçları görmek isterim'. Anne ile görüşmeye başlamak için bu durumda hastanın da fikrini almak gerektiğinden dolayı hasta – hekim - öğrenci üçgeninde görüşme yapılabilir.

Anne oğluna bağlandığından dolayı görüşmeleri doğru bir şekilde başarmak oldukça zordur. Böyle bir vakada öğrencinin genç yaşı ve cinsiyeti hastayla hekimin yakınlık kurmasına yardımcı olabilir.

9- Bir erkek çocuk, 7 yaşında, annesi ile birlikte gelir. Bir önceki gece nefes darlığından muzdarip olmuştur. Annesi görüşme sırasında öğrencinin varlığını kabul etmez. Bir yabancı varlığında kişisel meselelerini tartışırken isteksizliğini ve oğlunun güç durumunu ifade ederek kendisini haklı konuma getirmektedir: Oğlunun astımı kocası ile çok şiddetli bir kavga sonrası başlamış. Konuşma daha çok çocukların varlığında ebeveynlerin tartışması üzerine yoğunlaştı.

Sorun hastanın kim olduğu? Kim daha fazla tehdit altında? Öncelikle ele alınması gereken kim?

10- Bayan hasta, 42 yaşında, 10 yaşındaki ikiz kızların annesidir. Aile hekimi ile görüşmeye hazırlanmıştı, ancak hızlıca asistanın görmesini kabul etti. Meme kanseri var ve iyi bilinen bir kanser merkezinde tedavi ediliyor. Son yapılan test sonuçlarından endişeli ve hastanedeki muayenesinde yeterince bilgi verilmemesinden şüphelenmektedir. Asistana evdeki test sonuçlarının kopyasını vermek ister. (Aile hekimine sonuçlar hakkında soru sormaya cesaret edemedi). Asistan bu isteği kabul eder.

Hastanın isteği öğrenci tarafından olumlu karşılandı ve kabul edildi.

11- Bayan hasta, 57 yaşında, popüler bir dergide gazetecidir. Bayan bir öğrenci tarafından randevu verildi: dostça, morali yüksek, aktif, kendi başına hasta kabul yetkisi olan bir asistan. Buna karşılık, asistan özel hasta ile temas sırasında sıklıkla karşılaşılan zorluklar konusunda uyarıldı. Hastada tip 2 diyabet var. Hasta kısa boylu ve şişmandır. Sıklıkla hak iddia eden bir tutumdur ve yanında daha önce yapılmış gereksiz tetkiklerini getirdi. Aile hekimi asistanı tanıtır ve öğrenci tarafından görüşmenin yürütülmesi için hastanın rızasını ister. Hasta kabul eder ve asistanın sorularını sakince yanıtlar, öğrenci hastanın karışık hastalık öyküsüne bir hayli ilgi gösterir. Ancak öğrenci, hasta için uygun diyeti tartışmaya başladığında durum radikal bir değişiklik gösterir ve hasta sinirlenir.

Öğrenci tarafından hasta ile yeniden iyi bir yakınlık kurmak için verilen tüm çabalar boşa gitmiştir. Hasta yaşam hakkında hiçbir şey bilmeyen genç birini dinlemek istemediğinin farkındadır. Sonunda aile hekimi bu durumu çözmek üzere müdahalede bulunur.

Sorular : Ne oldu? Hoş, zarif ve genç bir bayan tarafından belirtilen uyarılara tahammül edemedi mi? Aile hekimi tarafından kontrol altında olan ve iyi ilerleyen bir muayene olmasına rağmen hastanın tutum problemleri eğitimin hedeflerine ulaşmasını imkansız hale getirmektedir.

12-Bayan hasta, 53 yaşında, Karın ağrısı ile ilgili şikayetleri bulunmaktadır. Ek tahliller hafif bir anemiye göstermektedir. Görüşme sonunda aile hekimi muayene bulgularına dayanarak jinekolojik bir muayene önerisinde bulunur. Hasta kesin bir dille reddeder; öfke ile muayenehaneden ayrılır; idareye hekimi şikayet eder.

Aile hekiminin iş tanımlaması jinekolojik muayeneleri içermesine rağmen, aile hekimliğinin uzun süredir uygulanmadığı geleneksel ve kültürel koşullar bulunan ülkelerde birinci basamak merkezlerinin neden aile hekiminin jinekolojik problemlerin üstesinden gelebilecek kişi olarak kabul edilmediğini açıklamaktadır.

Yukarıda bazı vakalarda muayene sırasında hastaların öğrencinin varlığına rızaları ile ilgili davranışlarının farklı olabileceği gösterilmiştir. İkili hasta - doktor ilişkisinin daha iyi olmasına rağmen, kooperasyonda üçüncü bir kişinin katılmasının yardımcı olduğu bazı durumlar da bulunmaktadır.

DOKTOR – ÖĞRENCİ – HASTA İLİŞKİSİ

Hasta – hekim ilişkisi karmaşıktır. Diğer etkenlerle birlikte hekim ve hastanın kişiliğine de bağlıdır. Hastaların muayeneleri sırasında başka kişi veya kişilerin varlığı muayene gidişatını etkileyebilecek önemli unsurlardandır. Aile hekimlerinin uzmanlık eğitim programlarında kliniklerde konsültasyonlar sırasında nadiren hasta - hekim yanında başka biri bulunur. Genellikle de üçüncü kişi olarak asistan vardır. Doğal olarak ilave bir kişinin varlığı hasta ve hekim arasındaki ilişkinin kalitesini etkiler.

Araştırma sonuçları asistan varlığının aile hekimi ile görüşmenin kalitesini etkilemediğini , hastaların görüşme kalitesi yargılarını değiştirmede göstermektedir. Bazı anket sonuçları ise asistanın varlığının hasta bakımı kalitesi ve hasta memnuniyetini arttırdığını göstermektedir.

Konsültasyonlarda hasta ile ilişkilerden ziyade hastane koşullarındaki tıbbi görüşmeler primer öneme sahiptir. Doktorun etrafında öğrenci gibi insanların varlığı hastaları şaşırtmayı tam tersine doğal bir uygulama olarak kabul edilir. Aile hekimi muayenehanesindeki tıbbi görüşmede hasta üzerine yoğunlaşılır. Aile hekimliğinde hasta ve doktor birbirlerini uzun süredir tanıdıklarından dolayı her bir muayene sırasında görüşmelerin detaylı olmasına gerek yoktur. Görüşme hastanın probleminin hızlıca belirlenmesini sağlayan bir ortamda oluşabilir. Hasta, öğrenci ve aile hekimi ile

oluşturulan üç kişilik görüşme eğitim amacıyla oluşturulmuş yapay bir oluşumdur. Toplantının hedefi öğrenciye en iyi bilgi ve becerilerin kazandırılması için hasta ve hekim arasında kurulacak ilişkiye bağlıdır. Hedefe ulaşmak için aile hekiminin eğitici rolünün kontrolünde öğrenilmesi gerekenlerin öğrenilmesi için hekim - hasta, hekim - öğrenci, öğrenci - hasta gibi bir dizi çapraz ilişkiler serisini içermelidir. Eğitici doktor her zaman hastanın sağlığının öncelikli ve eğitim hedeflerinin ikincil kalması gerektiğini unutmamalıdır. Bu amaçla öğrenci – doktor – hasta üçgeninde eğitim çok sıkı kurallara tabi tutulmalıdır. Öte yandan, hasta ile temas ederek yeni bilgi ve iletişim becerilerinin öğrenciden beklendiği gibi elde edilmesi ve öğrencinin kişiliğinin belirlenmesi için kurallar yeterince esnek olmalıdır. Hasta – doktor ilişkisinin kalitesi, aile hekiminin hazırlanma kalitesi, doktorun öğrenciyi yönlendirme becerisi ve öğrencinin kişiliği eğitim planının başarısını bağlayıcı önemli değişkenlerdir. Aile hekimlerinin pratikte eğitim durumu üç kişi arasındaki ilişkileri içerir: aile hekimi, öğrenci ve hasta. Teorik olarak üç kişilik bir ilişki, iki kişilik bir ilişkinin aksine değişmeyen bir duygu durum olarak kabul edilir.

Genel olarak söyleyecek olursak üçlü ilişki rahatsız edici ya da çatışma gibi durumlarla baş etmek için fırsatlar sağlar.

Duygusal üçgenler, üç kişinin katıldığı tekrarlayan döngüsel etkileşimlerle uzun ömürlüdür. Üçlü ilişki aynı zamanda iki kişinin problem hakkında konuşmadığı zamanlarda gerekli olabilir. İki kişi arasında gergin ilişki durumunda diğer bir kişiye ihtiyaç doğabilir. Üçgen sisteme üçüncü bir parçanın dahil edilmesi, problemden uzaklaşmayı veya çatışmanın şiddetini azaltmayı sağlayan bir fırsat sunar. Sıkıntı ve endişe bir süre kontrol altında tutulabilir.

İki kişi arasındaki ilişkilerde güçlükler ortaya çıktığında bu insanların hareket olanakları sınırlanır. Ya onlarla yüzleşerek problemlerini çözüme kavuştururlar ya da kendi girişimleri ile sorunlarının üstesinden gelirler. Aksi takdirde ilişkilerini kesmek zorunda kalırlar. Üçüncü bir tarafın katılımı yeni çözümlere olanak sağlar. Ayrıca üç kişilik bir grup bir dizi farklı koalisyon sistemlerinin de gelişimini sağlar. Üçüncü kişiye karşı açıkça veya gizlice birlikte el ele verebilirler. Bu tür tepkilerin tamamen bilinçaltı olabileceğini vurgulayabiliriz.

Çatışmalı durumlardan kurtulma yolları:

- Üçüncü kişinin güç ve otoritesini sorgulamak için iki kişinin **gizli ittifak** etmesi. Aile hekimi ve öğrenci arasındaki gerginlik varlığında bu durum bir örnek olabilir. Gerginlik açıklanmamıştır veya konuşarak sorunu çözüme kavuşturmak için herhangi bir girişim bulunmamaktadır. Sıklıkla eğitim sırasında, hastanın önünde aile hekimi tarafından öğrenciye karşı otoritesini hissettirmesini içerir. Doktor hasta ile öğrenciye karşı bir koalisyon oluşturabilir (Görüyorsun! Halen öğrenmen gereken çok şey var!)
- İki kişiden biri veya üçüncü bir kişi arasında hiç bitmeyen tartışmalara tanık olduğunda yani iki kişi arasında **anlaşmazlık**. Aile hekimi ve onun düzenli gelen hastaları arasında güç durumlar ortaya çıktığında bir örnek olabilir (örn: hasta doktorun önerisini yerine getirmede başarısız olduğunda ya da öfkeli olduğunda). Doktor hasta ile çatışmaya gitmez ve öğrenciye karşı hasta ile ilişkisindeki olumsuz duygularını belli etmez.
- Üçüncü bir kişiye karşı iki kişi arasında **ittifak** olması. Hasta öğrenci ile açıkça bir çatışmaya girdiğinde yukarıdakine benzer bir durum olabilir. Bu durumda bu ittifak hasta - hekim ilişkisindeki gerginliği önemli ölçüde rahatlatılabilir.

Yukarıda statüko yöntemleri sonucu olarak gerilim ve rahatsız edici duygular motivasyonu düşürmekte ve değiştirmektedir. Sonuç olarak çatışmadan dolayı eğitim süreci, tanı ve tedavinin her ikisini de aksatabilir.

Açık ve net bir iletişim daha değerlidir. Eğitim sürecinde ortaya çıkan, tekrar etme eğilimleri varlığında bu durum kabul edilebilir ve çatışma durumlarının üstesinden gelebilmek için bu tür yapıcı olmayan yöntemlerden kaçınmayı sağlar.

Bu aynı zamanda aile hekimi ve öğrencisine, stresle başa çıkma ve çatışmayı çözüme kavuşturma yöntemlerini tanıtmak için gereklidir. Her iki taraf da anlaşmaya varmayı ve tartışma becerilerini ve düzenli olarak gözlemlene tekniklerini geliştirmeyi öğrenmelidir. Diğer kişilerle kendilerini nasıl ifade etmeleri gerektiğini öğrenmelidirler. Bu becerilerini rol oynama, klinik vaka tartışmaları ile birlikte akranlarıyla grup toplantılarına katılarak geliştirebilirler.

Zor durumlarla başa çıkmak için yapıcı olarak birkaç yöntemi aşağıda sunuyoruz.

ANLAŞMAZLIĞI ÇÖZME YÖNTEMLERİ

Çatışma kavramı insanoğlunun doğası ile ilgilidir; doğal bir durumdur. Çatışma katılımcıların kendi rollerini birbirlerine düzenli olarak empoze etme çabalarını içerir. Her iki tarafın da çatışmada nasıl davranması gerektiğine karar vermesi gerekir. Biz bu davranış şekillerini şöyle ifade edebiliriz:

- Baskınlık stratejileri,
- Ayrıcalıklar,
- Vazgeçme, hiçbir şey yapmama,
- Bir problem çözme arayışında olma.

Çatışmayı çözme girişimleri, açıklamalar çoğu kez bahane gibi olduğundan ve sorunları provake ettiğinden başarısız olmaktadır. Hayal kırıklığına uğramış taraf, ilişkilerin düzeltilmesi ve geliştirilmesinden ziyade gerçekler, açıklamalar ve nedenleri ile de ilgilenmez. Bu nedenle diyalog kurarak problem çözme yöntemleri daha etkilidir. Böyle bir diyalogun hedefi hemen gerginliğe son vermek ve karşı tarafın tavrını değiştirmek olmalıdır.

Çatışmayı çözme yöntemlerinden biri kolay uygulanabilir ve kullanışlı olan '3A tekniğidir'. Bu teknik aşağıdaki aşamaları içermektedir.

3 A Tekniği	<ol style="list-style-type: none">1. Acknowledgement - kabul etme (onaylama),2. Apology - özür dileme: "bu durumdan dolayı çok üzgünüm"3. Action – eylem "böyle bir durumda lütfen bana bildirin"
-------------	---

İftira durumunda başka modifiye bir yaklaşım, 2A tekniği olabilir.

2 A Tekniği	<ol style="list-style-type: none">1. Assurance of understanding - anlayış gösterme güvencesi "gerçekten çok üzgünüm"2. Action - eylem: "başka nasıl yardımcı olabilirim?" Olabilir...
-------------	--

ÖRNEK

Bayan bir hasta kliniği yöneten kişiye öğrenciyi şikayet etmek için gelir. Öğrencinin kendisinden nasıl öykü aldığını anlatır. Öğrencinin ona durumu ile ilgili şikayetlerini dinledikten sonra "Tam da kırkınızdasınız. Bu yaşınızdan ne hissetmeyi beklersiniz?" demesine öfkelenmiştir. Hasta bu yüzden öfkeli ve bu şikayetinden dolayı görüşmeyi terk etmeyi düşünmüştür. Yönetici hemen öğrenciyi görmeyi planlamıştır. Hastanın şikayetini iletip ondan özür dilemesini ister. Öğrenci hasta ile iletişimini ve onunla baş etmenin zor olduğunu kabul eder. Hasta öğrenci tarafından

reçete edilen ilaçların şikayetlerine iyi gelmediğini ve haftada bir veya iki kez devamlı gelmek durumunda kaldığını ifade etmiş ve diğer tanı testlerini de yaptırmayı reddetmiştir.

Öğrenci bu durumda kendisini çok çaresiz ve rahatsız hisseder ve duygularını kontrol edemez. Hastaya karşı yanlış tutum sergilediğini kabul eder ve bu durumu çözmeyi üstlenir.

Hasta ile sonraki görüşme sırasında :

3 A-1. Öğrenci yanlış sözler sarf ettiğini, hoş olmayan duygular ortaya çıkabileceğini kabul etti

3 A-2. Öğrenci üzgün olduğunu söyledi.

3 A-3. Öğrenci harekete geçti: İşbirliğine varmak için bir yöntem belirledi, hasta ile anlaşmaya varmak istedi. Görüşme sırasında bir talihsizlik olduğunu ve hastayı incitmek istemediğini ve muayeneler sırasında çaresizlik hissini çok arttığını vurguladı. Aynı zamanda bahsedilen hasta ile iletişimin özellikle güç olan yönlerini belirtti.

Hasta öğrenciden duyduğu sözlere çok şaşırды ve iletişimiyle ilgili bakış açısını açıkladı. Ona hekimin kendisinden mümkün olan en kısa sürede kurtulmak isteyen ve onun rahatsızlıkları ile hiç ilgilenmeyen hekim izlenimi veriyordu. Belki de şikayetlerinin de oluşmasına neden bu olmuştu ve bu ciddi şikayetler üzerine o çok şiddetli bir tepkide bulundu. Konuşmalar sırasında pasifize edildiğini hissettiğini ekledi. Aynı zamanda samimi ve içten yapılan görüşmeden etkilendiğini ve öğrenci ile daha fazla işbirliği ümit ettiğini belirtti.

Başka bir çatışma çözüm yöntemi de görüş ayrılığını ele almaktır. Burada görüş ayrılığının etkili bir şekilde ele alınması için kesinlikle bazı kurallar uygulanmalıdır. Aşağıda çatışmayı etkili şekilde çözmeye yardımcı olacak bazı kriterleri sunuyoruz (problemi çözme, geleceğe yön vermek için kararlar alma)

- **Somutluk:** Görüşme somut yapıldı mı, gerçekçi mi, elle tutulur bir durum mu?
- **İşbirliği:** Her iki taraf anlaşmazlığa eşit olarak katıldı mı? Kaçınma, suiistimal, kötü hissetme veya diyalogda bir kesinti var mıydı?
- **Affetme:** Gerginlik, kızgınlık veya dargınlığı affetme var mıydı?
- **Net ve açık bir iletişim:** Her bir taraf kendisini savundu mu? Söyledikleri ile ne kastettiler? Birbirlerini anladılar mı? Geri bildirim iyi miydi?
- **Tarafsızlık:** Her iki taraf güç kullanmaya kalkıştı mı? Karşı tarafa ne kadar tahammül edebileceklerini nasıl test ettiler?

Diğer çatışmayı çözme yöntemlerinin kendine güvenmeyi ve olumlu olmayı sağladığını savunabiliriz. Kendine güvenme diğer insanlarla temas durumunda kişinin kendini tamamıyla ifade edebilme yeteneğidir. Olumlu bir davranış doğrudan; hilesiz, hislerini ifade etmeyi, tutum, başka birinin fikir ve isteğini, başka kişilerin duygu, düşünce, tutum ve haklarına saygılı olmayı içerir. Olumlu bir davranış sergileme, agresif bir davranıştan farklıdır. Olumlu bir davranıştan, diğer insanların yasal haklarını ihlal etmeksizin insanların kişisel haklarını kullanmaları kastedilir. Bu aynı zamanda kişilerin kendi haklarını savunma ve korumaya ilgisi doğrultusunda hak arama davranışı olduğundan dolayı boyun eğen bir davranıştan farklıdır.

Üçgensel ilişki içerisindeki insan davranışı tanımlamaları yukarıdaki modelde mezuniyet sonrası eğitimde aile hekimliği uygulamalarının karşı karşıya kaldığı birçok faktörü kapsamlı bir şekilde analiz etmek gerekir.

Aile hekimi muayenehanesinde bir öğrencinin eğitilmesi aile hekimine mesleğini öğretme fırsatı verir. Ancak, aile hekiminin rolü asistana mesleğinin yeteneklerini ve sınırlarını bilerek farkında

olması için fırsatlar oluşturarak rehberlik etmektir: Bu süreç zaman alacaktır, o nedenle olağanüstü bir başarı veya hız olmazsa her iki tarafın da cesareti kırılmamalıdır.

Sonuç olarak aile hekimliği muayenehanesindeki eğitim, tıbbi olan ve olmayan durumlarda diğer kişilerin kişiliklerini keşfetmenin yanı sıra daimi olarak kendini de keşfetmeyi içerir. Bu süreçler eşit derecede aile hekimi, öğrenci ve hasta ile ilgilidir. Bunların her bir durumu hem eğitim ve hem de tedaviye paralel olması ile birlikte stresli olabilir. Bu insanların her biri kendi imkanları ile yeni durumun üstesinden gelebilir. Bu nedenle biz oldukça yapay bir durum için bilgiyi sınıflandırmak gerektiğini vurgulamalıyız. Kişilerin bilgileri, stresle baş etme stilleri, çatışmayı çözme yöntemleri aile hekimi ve hastalara özgü değildir, fakat doktor – öğrenci – hasta ilişkilerinin genişletilerek katılımı herkesi ilgilendirmektedir.

KAYNAKLAR

Balint M. *Le medecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot, 1972.

Barker LD. The Practitioner-Patient Relationship and Communication During Clinical Encounters. In: Barker FD, Burton JR, Zieve PhD (ed.). *Principles of Ambulatory Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2003:23-34.

Barker FD. The Practitioner-Patient Relationship and Communication During Clinical Encounters. In: Berkowitz CD (ed.). *Pediatrics. A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders Company, 2000.

Behrman PE, Nelson WE, Kliegman RM, Yaughan VC. *Podrecznik pediatrii*. Warszawa: PWN, 1996.

Bentham J, Burke J, Clark J, Vallance G, Yeow M. Students conducting consultations in general practice and the acceptability to patients. *Medical Education*. September 1999; 33(9):686-7.

Bertakis KD, Franks P, Azari R. Effect of physician gender on patient satisfaction. *J Am Med Womens Assoc*. 2003 Spring; 58(2):69-75.

Ciabrini N. *Comment la presence du resident est-elle perçue par le patient, lors d'une consultation en medecine generale au cours du stage chez le praticien?* Thèse de doctorat en medecine. Universite Paris VI, Janvier 2002.

College National des Generalistes Enseignants. *Les theories de la communication*. Chapitre 39. Medecine Generale - Concepts et Pratiques. Masson.

Conference Permanente de la Medecine Generale. *Pedagogic de la relation therapeutique*. Editoo.com, 2003.

Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richard D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice: How do patients feel? *BrJGenPract* 1996 June; 46(407) :361-2.

Frank SH, Stange KC, Langa D, Workings M. Direct observation of community-based ambulatory encounters involving medical students. *JAMA* 1997 September 3; 278(9): 712-6.

Galam E. Comment mieux écouter nos patients? *Revue du Praticien*. 21 octobre 2001; 15(550): 1783-85.

Grover G, Talking to Children. In: Berkowitz CD (ed.). *Pediatrics. A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders Company, 2000.

Grover G. Talking to Parents. In: Berkowitz CD (ed.). *Pediatrics. A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders Company, 2000.

- Heszen-Niejodek I. *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Krakow: Universitas, 1992.
- Kokoszka A, Santorski J. *Postepowanie psychoterapeutyczne w cukrzycy: praktyczne wskazowki dla lekarza*. Narodowy Program Wsparcia Osob z Cukrzyca; Novo Nor-dick, 2003.
- Kozusznik B. *Psychologia zespolu pracowniczego. Doskonalenie efektywnosci*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Slaskiego, 1998.
- Kurth RJ, Irigoyen MM, Schmidt HJ, Li S. The effects of patient characteristics and practice settings on students' participation in primary care clerkship. *AcadMed* 2000 June; 75(6):634-8.
- Magill MK. Difficult Doctor-Patient Relationships. In: Saultz JW. *Textbook of Family Medicine*. New York: The MacGraw-Hill Companies, 2000:699-714.
- Negocjacje. i rozwiqzywanie konfliktow. Materiały szkoleniowe. Krakow: Heidtman Group, wrzesien 2003.
- Patterson HR. *Tutorials in Management in General Practice*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1998.
- Prislin MD, Morrison E, Giglio M, Truong P, Radecki S. Patients' perceptions of medical students in a longitudinal family medicine clerkship. *Fam Med* 2001 March; 33(3): 187-91.
- Reichgott MJ, Schwartz JS. Acceptance by private patients of trainee involvement in their outpatient care. *JMedEduc* 1983 September; 58(9):703-9.
- Rogers CR. *Le developpement de la personne*. Paris: Dunod, 1988.
- Rouy JL. Faut-il enseigner la communication, former a la relation, ou voir venir? *La revise* .Erercer janvier-fevrier 2004 ;68:25-29.
- Scherzer LN. Adolescent Patients: Special Considerations. In: Barker FD, Burton JR, Zieve PhD. (ed.) *Principles of Ambulatory Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2003:133-53.
- Sifientes M. Talking to Adolescent. In: Berkowitz CD (ed.). *Pediatrics. A Primary Care Approach*. Philadelphia: Saunders Company, 2000.
- Simon SR, Peters AS, Christiansen CL Fletcher RH. The effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. *J Gen Intern Med* 2000 July; 15(7):457-61.
- Simons RJ, Imboden E, Mattel JK. Patient attitudes toward medical student participation in a general internal medicine clinic. *J Gen Intern Med* 1995 May; 10(5):251-4.
- Turgeon J, St-Hilaire S. La supervision directe en medecine de famille - 1'experience d'une residente. *Pedagogie Medicale* 2001;2:199-205.
- WHO-WONCA - *Making medical practice and education more relevant to people's needs, the contribution of family doctor*. 1994.

BÖLÜM 7: AİLE HEKİMLİĞİNDE KLİNİK BECERİLERİN ÖĞRETİLMESİ

Igor Šwab, Rade Iljaž, Nena Kopčavar Guček

Çeviri: Zeliha Cansever, Yasemin Çayır

Duyarsam unuturum, görürsem hatırlarım, yaparsam öğrenirim.

(Çin Atasözü)

Stajyer birinci basamağa ilk geldiğinde farklı bir tıbbi uygulama ile karşılaşabilir. Aslında bu yarı doğru bir varsayımdır. Aile Hekimliğinde eğitim süreci aile hekimliği disiplinin özellikleri ve tanımı ile yakından bağlantılıdır. WONCA 2002 tanımına göre denilmektedir ki:

Aile hekimliği; kendi eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli, klinik aktivitesi ve birinci basamağa yönelik klinik özellikleri olan akademik ve bilimsel bir disiplindir.

Topluma dayalı klinik eğitimin tıp fakültesi eğitiminin önemli bir kısmını oluşturduğu uzun zamandır çok iyi bilinmektedir. Aile hekimliğinin yanısıra yataklı servisler, muayenehaneler ve ameliyathaneler de aktif öğrenme ortamlarıdır. Bununla birlikte, ayrı bir disiplin ve tıp uzmanlığı olan aile hekimliğinin farklı çalışma ortamlarından kaynaklanan farklı çıktıları olabilir. Stajyerlerin genel tıbbi uygulamaları en iyi rahat ve samimi ortamlarda öğrendikleri gösterilmiştir. Aile hekimliğinde de stajyerler için dostça ve kolay ulaşılabilir eğiticiler vardır.

Ayrıca araştırmalar aile hekimleri, dahiliyeciler, pediatristler, jinekologlar gibi birinci basamak hekimlerinin farklı bir çok işlemi gerçekleştirebildiğini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalar bu işlemlerin; radyoloji filminin yorumlanması, tanısal sonografi, flexibl sigmoidoskopi, kolposkopi, EKG yorumlama, egzersiz stres testi, ösefagogastroduodenoskopi gibi yöntemler olduğunu göstermektedir. Hastanedeki yoğun bir klinikte bu işlemlerin eğitimini vermek her zaman mümkün olmayabilir. Yapılan birçok çalışmaya göre aile hekimliğindeki eğitimin en azından hastaneler kadar etkili ve keyiflidir. Sahada hastalar, doktorlar ve diğer sağlık personelleri sürekli ve kapsamlı bir sağlık hizmetinin bir hekim tarafından yürütülmesi gerektiğini düşünür. Yine çalışmalar 3. basamak hastanelerde çalışan eğiticilerin akademik performansının aile hekimliği ofisindeki eğiticilerden daha iyi oldukları görüşünün doğru olmadığını göstermektedir. Sahadaki öğrenmenin özellikle iletişim becerilerini geliştirmek, hasta otonomisinin farkındalığını artırmak ve tıptaki psikososyal konular hakkında birşeyler öğrenmek için uygun olduğu düşünülmektedir. Kuzey İrlanda'da yapılan bir araştırmaya göre stajyerler aile hekimliği ofislerinde zamanın çoğunu ders dinlemekle, eğitim hastanelerinde ise eğiticiyi beklemekle geçirdiklerini bildirmişlerdir. Aynı araştırma, müfredattaki klinik becerilerin erken dönemde öğretilmesi için aile hekimi eğiticilerinin kullanılmasının uygun olacağı sonucuna varmıştır. Birinci basamak ortamında eğitim vermenin başka bir avantajı da aile hekimliği asistanının klinik becerilerinin yoğun bir şekilde öğretilmesi için uygun eğitim tekniklerinin ve fırsatlarının olmasıdır. Eğitim yönteminin seçilmesinde genellikle aile hekiminin tecrübesi ve önceki bilgileri rol oynar. Eğitimin giderek daha fazla üniversite

hastaneleri dışında yapılmasının birçok sebebi vardır. Birçok muayenehane stajyer almanın ortama yeni bir hava katacağı ve buna değeceği görüşündedir. Aile hekimliği eğitici, eğitim verilmesi halinde **morallerinde artış, klinik becerilerinde iyileşme ve klinik uygulamalarında değişiklikler** olduğunu bildirmektedir. Araştırmalar stajyerlerin aile hekimliği ofisinde aldıkları eğitimden, hem stajyerlerin hem de aile hekimliği ekibinin ve hastaların faydalandığını göstermektedir.

Aile hekimliğindeki öğrenme süreci stajyerlerin gelecekteki kariyerleri için değerli tecrübeler ve önemli bilgiler kazandırmaktadır. nc taraf olarak eğitim sürecinde rolü olan hastaların tutumu da göz ardı edilmemelidir. Genelde hastalar saha eğitiminde rol almaktan memnun olurlar ve değerli bir katkıda buldukları hissine kapılırlar. Aile hekimlerinin mesleki eğitimleri açısından Avrupa Birliği'nde (AB) farklı eğitim programları vardır. Bunların hepsinin AB 93/16/EEC direktifi ile uyumlu olması gerekir. Bazı programlarda hastanede geçirilen iki yılın ardından bir yıl muayenehanede geçirilir, diğerlerinde ise bir yılın bir ayı hastanede, onbir ayı muayenehanede ya da sırasıyla üç ay, dokuz ay veya altışar ay olmak üzere bölünmüştür. Bazı araştırmalara göre aile hekimliği asistanları hastanede aldıkları eğitimden bazı açılardan memnun değildir. En sık eleştirilen konular şunlardır:

- ğrenim hedeflerinin olmaması,
- yetersiz formal eğitim,
- Çok az veya yetersiz informal eğitim,
- eğitim içeriğinin aile hekimliğine odaklı olmaması,
- yetersiz geribildirim,
- ders izniyle ilgili sorunlar,
- aile hekiminin işine katılmada zorluklar,
- bireysel çalışma için ayrılmış zamanın olmaması.

Bazı yazarlar aile hekimliği asistanlarını pahalı eğitim hastanelerine göndermek ve (belki) gereksiz harcamalar yapmak yerine asistanları toplum içerisindeki eğitim hastanelerine ve diğer eğitim birimlerine yönlendirmenin daha uygun olacağı görüşündedir.

Aile hekimleri kendileriyle ilgili üzerlerindeki zaman baskısı, hastalardaki tedaviyle ilgili sıkıntılar ve yeterince destekçi olmayan iş arkadaşları gibi problemler bildirmektedirler. Herhangi bir eğitimde eğiticilerin motive olması ve sonuçta bir başarı sağlanması için hekimin ve personelin harcadığı zamanın ve malzemelerin maddi olarak karşılanması eğitime zaman ayrılması kadar önemli bir konudur. Eğitim ortamındaki en güçlü faktörün eğitici olduğu bilinmektedir. Eğiticinin memnuniyetinin ve motivasyonunun stajyer eğitiminin kalitesine olan etkisi tartışılmaz.

Aile hekimliğinde stajyerlerin eğitiminde, hastaları eğitim sürecine dahil etmenin etik yönlerinin de tartışılması gerekir.

AİLE HEKİMLİĞİNDE TIP EĞİTİMİ VERMENİN ETİK YÖNLERİ

Birçok sağlık sisteminde birinci basamağa önem verilir. Sonuç olarak birinci basamak ortamları mezuniyet öncesi ve sonrası tıp öğrencilerine eğitim vermek için giderek daha fazla kullanılmaktadır. Hiç şphtesiz tıp eğitiminin kalbinde klinik eğitim vardır: bu da tıp öğrencisini olabildiğince klinik uygulamaya maruz bırakarak eğitimin erken döneminde hastalarla temasa geçmesini sağlar. Stajyerler için ise profesyonel gelişimlerine katkı anlamına gelir. Kariyerimizin belli noktalarında hepimiz klinik eğitimle karşılaşmışızdır. Az sayıda kişi eğitim becerileriyle ilgili formal eğitim almış olsa da çoğu aile hekimi bu işi bilinçli, dikkatli ve istekli olarak kabul eder.

Stajyerler tarafından aile hekimleri dostça ve ulaşılabilir eğiticiler olarak bilinirler. Stajyerler genelde rahat ve dostça bir ortamda öğrenirler. Genellikle stajyerler poliklinik hizmetlerinde az zaman geçirdiklerinden, bu uygulamayı yeni ve nefes aldırıcı bir tecrübe olarak görürler. Öğrenme hayatı boyu süren bir iştir. Tecrübeli bir hekim zamanında şöyle demiş: “Hiçbir zaman yeterince bilmiş olamazsınız!”

Aile hekimliği ortamında verilen eğitim iki önemli süreci içerir: stajyernin eğitimi ve hastanın tedavi edilmesi. Bunlardan birisi ötekine engel olmamalıdır. Birçok araştırma, hastaların tıp eğitimine bu şekilde katkı vermekten mutlu olduklarını göstermektedir. Ancak bu hastaların her zaman ortamda stajyer bulunmasından memnun oldukları anlamına gelmez. Birçok hasta bilgilendirilmiş olur alınması ve gizlilik gibi etik konulara önem verir. Tipik olarak benzer konular tedavi ve araştırmalarda da karşımıza çıkar. Bu endişeleri gidermek için uygulamayı güvensizlik ve çelişkilerden kaçınmak yönünde değiştirmek önemlidir. Aile hekimliği otörleri hasta-hekim ilişkisi ve iletişimiyle ilgili araştırmalar yapmışlardır. Muhtemelen tıp branşları içerisinde eğitim ve araştırma başlıkları arasında doktor-hasta ilişkisine en fazla yer veren branş aile hekimliğidir.

Tıp etiğinin temel ilkelerine saygı duymak, iletişim becerilerini geliştirmek ve mükemmelleştirmek ve tedavi edici ilişki prensiplerini uygulamak aile hekimliğindeki eğitimin temel rehberleri olmalıdır. Tecrübeli bir şekilde, dikkatle uygulandığında aile hekimliği ortamındaki eğitim hem hastaya, hem stajyere, hem de eğitime faydalı olacaktır.

Tıp stajyerleri hekim olma istekleri nedeniyle otomatik olarak saygınlık kazanırlar. Halkın bu güvenini devam ettirmek için öğrenenlerin sadece etik uygulamalarda bulunmakla kalmayıp aynı zamanda akranları ve eğiticilerinin denetlemelerine de açık olmaları gerekir. Sonuçta aile hekimliği uygulamasındaki eğitimin esası stajyernin eğiticisini nasıl bir rol model olarak gördüğü ile alakalıdır. Tıp etiğinin temel ilkelerine saygı duymak eğitici-stajyer-hasta üçgeninde öğretme/öğrenme/tedavi çıktıları için vazgeçilmez bir öneme sahiptir.

AİLE HEKİMLİĞİNİN ÖĞRETİLMESİNDE TEMEL ETİK İLKELER

Tıbbi uygulamanın etik temelini oluşturan dört ana ilkeyi gözden geçirirsek:

OTONOMİ (autonomy): Yetişkin bir kişinin devletten devlete farklılıklar gösteren tıbbi konular ve hukuki yönleri içeren yaşamın her alanıyla ilgili kendi seçimini yapma hakkına sahip olması fikridir. **BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM** kavramı tamamen otonomi prensibinden kaynaklanmaktadır.

GÖREVİ KÖTÜYE KULLANMAMA (nonmalfeasance): Hastaya kötülük veya zarar vermeme çabasıdır. Potansiyel olarak zararlı olan hiçbir şey yararı zararından şans eseri daha fazla olmadığı sürece bir hastaya tavsiye edilemez. Hem otonomi hem de görevi kötüye kullanmadan kaynaklanan **GİZLİLİK** önemli bir ilkedir. Hastaya yanlış bilgi verilmesi kesinlikle yanlış bir harekettir ve bazen telafisi mümkün olmayan büyük bir zarara neden olabilir.

FAYDA (beneficence): Bir hastanın iyi olma halini desteklemek ve zarar görmesinden kaçınmak çabasıdır. Hasta için iyi bir şey yapmak için zarardan kaçınmak gerekir. Örneğin; babaca (paternalist) davranıp hastalar adına karar vermek hastaların menfaatine olmayabilir.

ADALET (justice): Sağlık hizmetlerine ulaşma bütün insanlar için aynı ve eşit olmalıdır. Maliyet, coğrafik koşullar ve diğer faktörler açısından hastaların tıbbi bakıma ulaşmaları oldukça değişken olmasına karşın hepsi eşit tedavi edilmelidir.

Etik inanışların ve standartların tam olarak gelişmesi yaşamı boyu sürececek bir gelişim sürecidir. Şimdiye kadar araştırmacılar kursiyerlerin ahlaki gelişimleri için gizli müfredatı (hidden

curriculum) fark edemediler. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin gelecekteki rolünü vurgulayarak tıp eğitiminde etiğin güçlendirilmesinde eğitimcilere önemli bir görev düşmektedir.

Hastalar eğitim sürecine katılıp katılmayacaklarını tercih etme hakkına sahip olmalıdırlar. Hastaların son anda karar verme durumunda kalmamaları için önceden bilgilendirilmeleri önerilmektedir. Hatta asistanın durumu ve niteliği konusunda dahi bilgilendirilmeleri önerilmektedir. Çoğunlukla hastalar stajyerleri olduklarından daha yeterli varsayarlar. Flynn ve arkadaşlarına göre muayene basit fiziksel bir sorunla ilgiliyse duygusal problemler ve tam muayene gerektiren hallere göre hastaların stajyeryi kabul etmeleri daha muhtemeldir. Dikkatli hasta seçimi hastaların stajyerlere isteksiz muamelelerini azaltıp stajyerlerin katılımını artırarak geliştirebilir. Eğitim oturumunun hedefinin açıklanması hastaların katılımını büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır.

Hastaları endişelendiren diğer önemli bir nokta gizlilik. Bazı hastalar stajyerlerin etik yükümlülükleri ve profesyonellikleri konusunda kendilerini tedirgin hissetmektedirler. Hastanın rızasının varlığı açıkça tartışılmalıdır; hatta gerekirse asistanın aldığı notları görmesine izin verilmelidir. Aile hekimliği eğitimiyle ilgili etik konular aşağıda özetlenmiştir.

Aile hekimliği eğitimiyle ilgili etik konular:

- Asistanın varlığı hususunda hastalar önceden bilgilendirilmelidir.
- Hasta seçimi, hasta-hekim ilişkisini ve konsültasyon sonucunu etkilememelidir.
- Basit fiziksel problemlerli hastalar tercih edilmelidir.
- Asistanın etik ilkelere saygısından emin olunmalıdır.
- Hasta, asistanın eğitim seviyesi, eğitim oturumundaki rolü ve katılımının hedefi konusunda bilgilendirilmelidir.

EĞİTİM SIRASINDA HASTA İLE İLETİŞİM

Hasta ile olan ilişkide tedavinin temel parametrelerinden birinin iletişim becerileri olduğu çok kez vurgulanmıştır. Eğitim sırasında stajyer-hasta iletişimi ile ilgili önemli hatırlatmalar aşağıdaki listede verilmiştir:

- Hasta, mümkün olduğunca eğitim sürecine aktif olarak dahil edilmelidir.
- Asistana aktif dinlemenin önemi hatırlatılmalıdır.
- Stajyer performansı hakkında hastanın geribildirimi olmalıdır.
- Asistanın pozitif rolünün: dikkatli bir dinleyici, sevecen ve meraklı bir katılımcı, zaman sınırı olmayan bir ekip üyesi olabilmesinden kaynaklandığının farkında olun.
- Başta kendini tanıma ve eğitim sonunda hastaya teşekkür etme her eğitimin standart bir parçası olmalıdır.

HASTA – HEKİM İLİŞKİSİ

Hasta – hekim ilişkisi “güçlü, bazen gizemli, sıklıkla şifa veren” olarak tanımlanmıştır. Hasta hekim ilişkisi Carl Rogers tarafından tanımlanan saygı, samimiyet ve empatinin tedavi edici özellikleri üzerine kurulmuştur ve aşağıda gösterildiği gibidir:

Hasta–hekim ilişkisi esasları: S.A.Mc CARTY ve M.C.Vetita tarafından yazılan “hastaya dokunma ve

görüşme” den uyarlanmıştır.	
Saygı	Hastayı tam olarak kabul edin ve eleştirmekten kaçının
Samimiyet	İlişkide kendiniz olun
Empati	Hasta ile olan iletişimde onun duygularını anlamaya çalışın

Tıbbın temel ilkelerinden biri kişilere saygı göstermektir, CMA Etik Kodun önsözünde belirtildiği gibi sıralanan özel yükümlülükler arasında ilk sırada “tüm hastaları saygıyla tedavi etmek” zorunluluğu bulunmaktadır. Filozof yazar Sarah Buss “Bir başkasına nezaketli davrandığımız zaman, ona açıkça saygımızı ifade ederiz” demektedir. Güzel davranıştan yoksun olma hasta - hekim iletişimi ile ilgili olarak özellikle endişe vericidir. Saygısızca bir davranışın sonucu olarak, hasta yanlış anlamadan dolayı tedaviyi reddedebilir. Bu bağlamda rol modellerinin önemi bize profesyonelizmin uzmanlığın yanı sıra bir karakter sorunu olduğunu hatırlatmaktadır. Samimiyet, hasta – hekim ve stajyer – eğitici arasındaki ilişkide esastır. Stajyerlerin bilgi seviyelerini yanlış yansıtmak etik olmayan bir durumdur. Asistanın bilgi eksikliğini kabul etmek rahatsızlık verici olabilir fakat entelektüel bir sahtekar gibi anlaşılması çok daha büyük bir problemdir. Tıpta bazı şeyler sadece kitaplardan öğrenilemez. Empati kesinlikle bunlardan biridir. Eğitim süresince stajyerler hocalarını basitçe gözlemlemekten hasta ile yalnız görüşmeye ve o görev koltuğuna oturmaya kadar birçok süreçten geçer. Stajyerlerin aktif katılımının seviyesi bazen kendilerini huzursuz ve emniyetsiz hissetmelerini artırmasına karşılık yine de ödüllendirir. Tecrübesizliğine rağmen asistanın anlamlı bir ilişki kurma ve hastaları tedavi etme yeteneği vardır. Kursiyerlerin endişeleri ve huzursuzluğu öğrenmenin normal bir sonucu olarak yorumlanmalıdır. Doktorla görüşme hakkında endişesi olan hasta ile empati kurma, onun yüz ifadelerini, davranışlarını gözleme, hikayelerini dinleme, hasta ile ilgilenme ve meraklı olma, başarılı öğrenmenin anahtarlarıdır. Sağlık ekibinde hiç kimsenin bilmediği beklenmedik detayları öğrenmek stajyernin hoşuna gider. Hasta ile karşılaşma, uygun bir şekilde kullanılırsa gerçekten tıbbın en ödüllendirici yönlerinden biridir. Ve nihayet eski bir atasözünde denildiği gibi, eğitici için başarılı bir asistandan daha ödüllendirici bir şey olamaz. İyi geçirilmiş bir eğitim döneminden sonra eğitici ödüllendirilmiş hisseder. Buradan şu sonuca varabiliriz:

- Stajyerler klinik becerileri aile hekimliğinin yanısıra hastanede de öğrenebilirler.
- Mezuniyet öncesi eğitim müfredatının planlanmasına izin verecek özel bilgi, beceri ve tutumların en iyi nerede kazanılacağı henüz net değildir.
- Hastanede daha az, toplum içinde daha fazla verilen eğitim ile aile hekimliği için eğitim gelişimin yeni bir aşamasına girmek üzeredir.
- Hastanelerde ve aile hekimliğindeki öğretim şu anda tamamlayıcı niteliktedir ve bunun gelecekte de benzer olması beklenebilir.

KLİNİK BECERİLERİN ÖĞRETİLMESİ

İyi tıp fakültelerinde zorunlu olarak edinilmesi gereken bilgi ve becerilerin hazırlanmış listeleri bulunur. Mezunların eğitim-öğretim programları süresince en üst düzeyde ustalık elde etme zorunlulukları her bir üniteye eğitim müfredatına kuvvetle bağlıdır. Her bir müfredatta en az dört önemli etmen vardır: İçerik, öğretme ve öğrenme stratejileri, ölçme yöntemleri ve değerlendirme yöntemleri. Eğiticilerin her bir klinik becerinin öğretilmesinde anahtar rolleri şunlardır:

- Becerilere önem verin,
- Demonstrasyon sağlayın (nasıl yapılacağını gösterin),
- Asistanın hedef belirlemesini sağlayın,
- Asistanın performansı hakkında açık ve yapıcı geribildirim verin,
- Asistanın başka bir hedefinin daha olmasına izin verin,
- Bütün becerileri birden yapabilmeye kadar küçük uygulamalar yaptırın,
- Stajyerleri bütün becerileri bağımsız yapabilmeye kadar uygulamaya teşvik edin,
- Stajyerlere güvenli koşullar ve kontrol altında uygulama becerilerini yapmak için fırsatlar oluşturun.

Öğrenenler için daha rahat ve kolay, verimli öğrenme süreci oluşturmak için bütün çalışma süreci boyunca farklı öğretme stratejileri uygulanabilir. En sık ve etkili kullanılan yöntemlerde hastalara ve problemlerini içeren noktalara odaklanılmaktadır ve bunlar tıp eğitiminin çekirdeği hükmündedirler.

Bire bir öğrenme tıp eğitiminin temel özellikleri arasındadır ve aile hekimliğinde eğitim sürecinin (öğretme ve öğrenme) önemli karakteristiklerden biridir. Bu uygulama kursiyerleri etkileyen en güçlü yollardan biri olarak geniş ölçüde kabul görmektedir:

- Bilgisayar destekli öğrenme,
- Gerçek hasta bakımı
- Kaynaklar (internet, intranet, kitaplar ve dergiler)
- Standardize hastalar, demonstrasyonlar (gösterimler) ve rol oynama,
- Proje veya yazılı ödevler

Birinci basamakta öğretilen temel klinik beceriler resmi olarak dört kategoriye ayrılabilir;

- İletişim becerileri, (anamnez alma, kötü haber verme, klinik danışmanlık)
- Muayene becerileri,
- Klinik prosedürlerin yerine getirilmesi,
- İlaç reçetelenmesi, klinik koruma.

BİRİNCİ BÖLÜM: İLETİŞİM BECERİLERİ

ANAMNEZ ALMA

Tıp fakültesinde stajyerlerin altı yıllık sürede öğrendikleri en önemli beceri anamnez almadır. Eş anlamlıları, hikaye alma ve tıbbi görüşmedir. Biz aile hekimleri olarak teşhiste muayene ve tetkik minör rol oynamakla birlikte anamnezin tek başına en az % 80 etkili olduğunu biliriz. Tıbbi görüşme üç temel bileşen içermektedir:

- Başlangıç: bilgi arama
- Bilgi toplama aşaması
- Hasta eğitimi, bilgi paylaşımı, hasta ile birlikte yapılan tedavi planlarını içeren özet.

Öykü almanın öğretilmesi birçok farklı alanla ilişkili olabilir:

- İletişim becerilerinin öğretilmesi,
- Hasta odaklı bilginin açığa çıkarılması becerisinin öğretilmesi,
- Bilgiyi organize etme becerisinin öğretilmesi,
- Teşhis koyma becerisinin öğretilmesi,
- Tanıya ulaşmak için gereken bilginin öğretilmesi,

- Hasta yönetim becerisinin öğretilmesi,
- Hasta ile bilgi paylaşımının öğretilmesi.

Tıp stajyerlerinden tıbbi görüşmenin temel hedeflerine ulaşmak için; yakınlık kurmak, bilgi toplamak, problem listesi ve ayırıcı tanıları belirlemek, hastalara hastalığı ile ilgili bilgi vermek, korku ve beklentilerini anlamak, hasta eğitimini sağlamak gibi gerekli becerileri kazanmaları beklenmektedir.

Bilindiği gibi, iletişim becerileri sözel olan ve olmayan olarak ikiye ayrılabilir (Tablo 7.1)

Sözel olmayan beceriler	Sözel beceriler
Göz teması	Sessizlik
Beden dili	Yönlendirmeyen açık uçlu sorular
Yüz ifadeleri	Yansıtma ve açıklama
Kişisel alan kullanımı	Özetleme

Tablo 7.1 İletişim Becerileri.

Açık ve kapalı soruların uygun kullanımını benimsemek ve sessizliğin insanlar arası normal bir etkileşiminin sonucu olduğunu kabul etmek stajyer için önemli bir konudur. Eğiticilerin kısa ve uzun vadede sağlık durumu çıktılarına sözel ve sözel olmayan iletişimin her ikisinin de önemli etkilerinin olduğunu vurgulamaları önerilir. İletişim becerilerinin genel modellerinin öğretilmesi şunları içerebilir:

- 1- Gerçek görüşmelerin, eylem becerilerinin video ve ses kaydı ile gösterilmesi. Dinledikten sonra da tüm katılımcıların hasta – hekim arasındaki iletişim becerilerinin etkileri hakkında tartışmaya katılmaları,
- 2- Standardize hastalarla rol yapmaları
- 3- Eğiticiyi izlemeleri ve onun gözetimi altında gerçek bir görüşme yapmaları

Eğitcinin tıbbi bir görüşme sırasında veya sonrasında iki temel soruyu stajyerlerle tartışması tavsiye edilmektedir:

- Hasta şu anda niçin tıbbi yardım istemektedir? (yoğun ağrısı mı var? Kanser korkusu mu?)
- Hasta için ne yapmamız beklenmektedir?

İLETİŞİM BECERİLERİ

Tıp eğiticileri, lisansüstü stajyerlerine hastalarla iletişimde aşağıdaki hedefleri geliştirmede ve kabul etmede yardımcı olmalıdır:

- Hastanın temel sorunlarını ortaya çıkarmalıdır. (hastanın algıladığı tıbbi sorunları, fiziksel, sosyal ve duygusal açıdan bu sorunların hasta ve ailesine etkilerini)
- Hastaya bilmek istediği kadar bilgi vermek, hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmek,
- Hastanın belli başlı kaygılarını ve verilen bilgiye tepkisini öğrenmek,
- Hastayla tedavi seçeneklerini tartışarak yaşam tarzı değişiklikleri hakkındaki tavsiyelere ve tedavi kararlarına uyma şansını artırmak.

VAKA ÇALIŞMASI 1

Bay N: İki yıl süren sırt ağrısından şikayet eden yaşlı bir adamdır.

S: Bay N, ağrınız hakkında neler söylemek istersiniz?

Bay N: Yaklaşık iki yıl önce başladı, ayda birkaç kez olur. Beş dakika ile birkaç saat arasında sürer ve kaybolur.

S: Ağrınızı hafifletmek için ne yaptınız? İlaç aldınız mı?

Bay N: Genellikle uzanıp dinlendim, bir süre sonra kayboldu. Eşim hastalanıp, kanaması oluncaya ve üç ameliyat geçirincede kadar hiç endişelenmemiştim.

S: Hiç kanama, bulantı veya baş dönmesi oldu mu?

Nay N: Hmm, olağanüstü bir şey olmadı; iyi. Birkaç kez, gaitamda birkaç damla kan fark ettim. Kesinlikle kabızlık veya hemoroid nedeniyledi.

S: Kilo kaybı, iştah veya ishale ilgili bir şey?

Bay N: Hayır, ishal ya da kilo kaybım olmadı; iştahım da gayet iyi.

Bu noktada öğretmen ara verip stajyer ile birlikte görüşmenin bu kısmını birlikte değerlendirmeyi deneyebilir. İlk sorunun önemi hakkında tartışmaya başlayabilir. Bay N niçin sağlık hizmeti istiyor? (Ağrı şiddetinin artması? Kansere korkusu? Diğer fiziksel, zihinsel, sosyal zorluklar mı?) Kısa danışma molasından sonra, stajyer Bay N'nin ek soruları ile birlikte kapanış önerilerini ve beklentilerini karşılamaya çalışmalıdır:

S: Peki, Bay N ağrınız ciddi bir hastalıkla ilişkili görünmemekte fakat fizik muayene ve bazı ek tetkikler yapmamız gerekmektedir. Bu bizim sizdeki kanamanın hemoroidden kaynaklanıp kaynaklanmadığını bulmamız için gereklidir. Bununla birlikte kan sayımınız, kan şekeriniz ve sedimentasyon oranınızı kontrol etmeliyiz. Cinsiyet ve yaşınızla ilgili olarak PSA testini yapmamız gerekmektedir.

Bay N: Mide ultrasonografisi yaptırmam ile ilgili olarak ne dersiniz?

S: Evet tabii ki, ilk önce yapmak zorunda olduklarımızı yapalım, daha sonraki tetkikleri sonra tartışabiliriz.

Bay N: Katılıyorum, lütfen kanser olasılığını ekarte etmek için ne gerekiyorsa yapın. Bu ağrı tolere edilmeyecek gibi değil, fakat yine de daha ciddi bir hastalıkla ilgili endişelerim bulunmakta ve bu beni sinirli ve uykusuz bırakmaktadır.

S: İnanın, beklentilerinizi karşılamak için elimizden geleni yapacağız.

Görüşme bittikten sonra öğretmen stajyeri ile birlikte; Bay N'nin beklentilerini, korkularını, mümkün olduğunca bu vizitle ilgili memnuniyetini değerlendirmelidir.

ÖĞRENCİYLE BİRLİKTE BAŞKA BİR ÖYKÜ ALMA UYGULAMASI YAPILABİLİR

- Spesifik şikayeti olan bir hasta rol yapar. Müfredatı amacına uygun hale getirmek için bazı önemli noktaları öne çıkararak tartışmamız ve bir senaryo seçmemiz önerilir. Örn; nefes darlığı olan bir hasta olabilir. Hastanın hikayesine tamamen bağlı kalmanız da

gerekmemektedir. Abartılmış bir kalp hastalığı veya alerji de pekala kabul edilebilir. Stajyer hikayenizi alırken “rolünüzden çıkıp” geri bildirim verebilirsiniz.

- Asistanın görüşmesini kamera ile kaydediniz. Görüşmenin ilk kısımlarından olumlu bahsedin. Asistana olası görüşme hataları ile ilgili olarak fikrini sorun. Olası yargılayıcı konuşmalara, mesleki dil kullanımına, hastadan gelen olumsuz soruları ve yanlış anlamaları düzeltmedeki başarısızlığına dikkat edin.
- Stajyerlere niçin spesifik sorular sorduklarını sorabilirsiniz, elde edecekleri yanıtta neyi bilmeyi umuyorlar? Başka, hangi soruları sormalılar?
- Stajyerlerden ana semptomların nedenlerini içeren bir liste oluşturmalarını isteyin (örn; göğüs ağrısı). Öykü almaya başlamadan önce ve böylece çalışma ilerledikçe listeyi aşağı doğru daraltın. Bu çalışma benzer semptomların farklı patolojik nedenleri ile birlikte farklı hastalar rol yaparak tekrar edilebilir (örn; semptom karın ağrısı ise idrar yolu enfeksiyonu olan, olası dispepsisi olan ve kalp krizi olan bir hasta rol yapabilir)
- Diyabet gibi birden fazla sistemi içeren bir konu düşünün; semptomlarını, risk faktörlerini, komplikasyonlarını, muayene bulgularını, tetkikleri ve tedaviyi tartışın.

VAKA ÇALIŞMASI 2: STANDARDİZE HASTA (ÖĞRENCİ ve AİLE HEKİMİ)

Bir anne üç yıldır alerji ve astım sorunu olan yedi yaşındaki oğlu ile birlikte ofise geldi. Oğlunun birkaç gündür devam eden öksürük ve nefes darlığından endişeli. Bu seferki belirtileri aniden gelişmişti ve anne çocuğunun yiyecek aspire etmiş olabileceğine inanmaktaydı. Çocuğun pik akım değeri beklenen aralıktaydı, patolojik fizik muayene bulgusu yoktu ve çocuk konuşmıyordu.

Asistanın görevi çocuğun annesi ile tıbbi görüşme yaparken onu bilgilendirmek ve sakinleştirmeye çalışmaktır. Aile hekiminin görevi ise ileri tetkikler ve tedavi planı için anne ile konuşarak onun onayını almaktır.

VAKA ÇALIŞMASI 3: STANDARDİZE HASTA

Kırk dokuz yaşında (tiroidektomi ameliyatı sonucunda) hipoparatiroidi öyküsü olan yaşlı bir adam, iki yıl önce babası ölünce başka bir ülkedeki işini bırakmış ve orta derecede hipertansiyonu bulunmaktadır. Düzenli olarak iki antihipertansif ilaç (ACE İnhibitörü ve Beta Bloker) ile tiroid hormonu kullanmaktadır. Kendisinden 20 yaş daha genç bayan arkadaşı ile birlikte ülkesine geri döndü ve aile hekimi olarak sizi seçti. Ayda en az iki kez olmak üzere sizi ofisinizde sık sık ziyaret etmektedir. Kalp çarpıntısı, kanser korkusu ve anksiyete gibi temel şikayetleri bulunmaktadır. Tüm bu belirtiler birkaç yıldır mevcut. Hafif depresyonu vardı ve farklı antidepresanlardan fayda görmemişti. Birkaç kez kardiyolog, endokrinolog ve gastroenteroloğa başvurmuştu. Hasta psikiyatri konsültasyonu istemiyordu. Bu seferki esas şikayeti yorgunluk ve sırt ağrısıdır. Asistanın hastanın semptomlarının tedavisini kabul ettirmesi için yirmi dakikalık bir süresi vardır. Konsültasyondan sonra diğer grup üyelerinden, asistanın gösterdiği beceriyi iki adımda ve yazılı olarak değerlendirmeleri beklenmektedir. Eğitici diğer grup üyelerini pozitif geri bildirim vermede teşvik edici olmalıdır; böylece asistanın olası hatalı tutumları engellenebilir ve en azından alternatif bir strateji sunulabilir.

Asistandan hastanın şikayetlerinden sorumlu olan majör faktörleri tartışması beklenir (örneğin cinsel hayatı ile ilgili problemleri).

VAKA ÇALIŞMASI 4: AİLE HEKİMLERİ

Otuz beş yaşında doğuştan sağır ve dilsiz, ciddi duygusal sorunları olan sağlıklı kadın hasta. Size güven duymadığı eşi ve para problemleri hakkında yazmış (tek iletişim yolu), yardım için size soru

sormaktadır. Hastanın problemlerini ve endişelerini gidermek ve uygun tedavi stratejisini sağlamak için 15 dakikanız var.

Diğer grup üyelerine yazılı materyalleri gösterdikten sonra;

- *danışmanlığınızla ilgili olumlu eleştiriler yapmaları,*
- *tedavi seçeneklerinizi tartışmaları,*
- *destekleyici rolünüzü ve hastanın tepkisini değerlendirmeleri,*
- *kendi danışmanlık stratejilerini sıralamaları istenir.*

KÖTÜ HABER VERMENİN ÖĞRETİLMESİ

Kötü haberler hastanın geleceğe bakışını büyük ölçüde ve olumsuz yönde değiştiren herhangi bir haber olarak tanımlanabilir. Kötü haber vermek doktorun en zor görevlerinden biridir. Bu nedenle stajyerler ve aile hekimlerinin kötü haber vermeyi kolaylaştırıcı teknikleri ve iletişim becerilerini uygun bir eğitimle almaları gereklidir. Bu eğitimlerden hasta - hekim ilişkisini en iyi şekilde geliştirmesi, hekimin konforu ve hasta memnuniyetini arttırması beklenmektedir. Kötü haber vermek için hatırlatıcı ipuçları önerilmektedir:

- A- Önceden hazırlık yapın (yeterli zaman, gizlilik, kesintisizlik, önemli klinik verileri gözden geçirme, kendini duygusal olarak hazırlama, belirli cümleleri veya kelimeleri kullanma ve kaçınma)
- B- Tedavi edici bir çevre/ilişki kurun (hastanın ne kadar bilmek istediğini belirleyin, onlara destek olduğunuzu gösterin ve kendinizi takdim edin, kötü haberin gelişiyile ilgili uyarıda bulunun, uygun olduğunda hastaya dokunun)
- C- İyi iletişim kurun (hasta ve ailesinin bildiklerini bulup ortaya çıkarın, meslek dili kullanmadan ve çarpıtmaksızın açık sözlü fakat merhametli bir şekilde olmaya çaba gösterin, suskunluklarına ve gözyaşlarına izin verin, yazılı bilgi sağlamak ve sorulara yanıt vermeleri için zaman tanıyın. Her bir vizit sonunda özet ve planlama yapın)
- D- Hasta ve ailesinin tepkilerini anlayışla karşılayın (hasta ve ailesinin duygusal tepkisini değerlendirin; empati yapın, meslektaşlarınızla tartışmayın ya da tenkit etmeyin)
- E- Cesaretlendirin ve duygularını onaylayın (gerçekçi bir umut vaat edin, farklı kaynaklar kullanın, haberlerin hasta için ne anlama geldiğini araştırın, kendileri ile ve ev üyelerinin ihtiyaçları ile ilgilenin.)

EĞİTİM YÖNTEMLERİ VE OLASI SENARYOLAR

- A) 20 veya 25 dakikalık video izlenmesi ve akabinde 3-6 kişilik küçük gruplarla tartışmalar. Küçük grup tartışmaları klinik danışman tarafından özetlenir. Kötü haberin etkili bir şekilde verilmesi için gerekli teknikler ve modellerin üzerine yoğunlaşmaları gerekir.

Olası video senaryoları:

- 1-Kocası kalp krizinden az önce vefat eden kadın ile doktorun görüşmesi,
- 2-Annesinin kanser tanısı aldığını bilmesini istemeyen kızın danışmanlık için başvurması.

- B) Hasta rolü yapan bir stajyer veya standart bir hasta kullanılarak yapılan bir senaryo. Başlangıçta bir grup danışman konsültasyon için uygun stratejik önerilerde bulunmaktadır. Taklit olarak yapılan danışmadan sonra grup üyeleri kullanılan becerinin etkileri hakkında eleştiriler yapmalıdır.

ÖĞRENCİ İÇİN OLASI GÖREVLER

2. Lenfoma tanısı yeni konulmuş bir adam ile görüşmek,
3. Oğlunun ilaç bağımlılığı hakkında bilgi almak isteyen bir aile ile görüşmek,
4. Yanlışlıkla kendisinde pnömotorax oluşturulmuş bir hasta ile görüşmek (uygunsuz interkostal sinir infiltrasyonu sonucu olarak)
5. Deri kanseri olduğu doğrulanmış genç bir kadına bilgi vermek,
6. (Başka becerileri olmayan) profesyonel bir sürücüye, kendisinde epilepsi rahatsızlığı bulunduğunu anlatmaya çalışmak,
7. Partneri henüz AIDS tanısı alan bir kişiyle konuşmak,
8. Hamile bir kadına ultrasonografik olarak fetal ölümün gerçekleştiğini açıklamak,
9. Kocasında geri dönüşümsüz beyin ölümü oluşan bir ev hanımını ile konuşmak,
10. İntihar riski ile birlikte majör depresyon rahatsızlığı bulunan genç bir kadına annesinin beklenmedik ölümünü bildiren bir rapor vermeye çalışmak.

Eğiticinin rolü, müfredata uygun olarak belirtilen öğrenim hedeflerinin sağlanmasına destek olmaktır.

BECERİ SINAVLARI

Sistemler içinde organları ve semptomları ayrı ayrı değerlendirmek, muayene etme becerilerini öğrenmek, klinik beceri eğitiminin sadece temel bir kısmını temsil eder. Stajyerlerin başlangıçtan itibaren bazı muayene becerilerini kazanmaları faydalıdır. Farklı beceriler ve yöntemler klinik modeller (maketler) üzerinde başarılı bir şekilde öğrenilebilir.

FARKLI SİSTEMLER	AİLE HEKİMLİĞİNDE ÖĞRENİLMESİ GEREKEN DURUMLAR
Genel tıbbi muayene	Ateş, kaşıntı, pamukçuk, sarılık, baş dönmesi, kilo ve iştah kaybı, yorgunluk, ödem, baş ağrısı olan hastalar
Kardiyo vasküler sistem	Hipertansiyon, çarpıntı, ve-veya taşikardi, farklı yerden kaynaklanan göğüs ağrısı, kapak hastalığı, kalp yetmezliği. Kludikasyon ve derin ven trombozu ile birlikte periferik damar sisteminin de dikkate alınması gerekmektedir.
Solunum sistemi	Nefes darlığı, öksürük, hırıltı, astım ve alerji, solunum yolu enfeksiyonu, KOAH, amfizem, akciğer kanseri olan hastalar. İnhalerlerin kullanımını, pik akımının ölçüm tekniklerini öğrenmek gerekmektedir.
Ortopedik ve romatizmal sorunlar	Farklı iskelet kas yaralanmalarından kaynaklanan eklem ve kas ağrıları, eklemde şişlik, sırt ve boyun ağrısı bulguları.
Sindirim sistemi	Yutma güçlüğü, kusma, ishal ve veya kabızlık, karın ağrısı, gastrointestinal kanama, gastroözafagial kanama, safra taşları, karaciğer hasarı, fitiklar, kolon kanseri ve hemoroidi olan hastalar.
Merkezi ve periferik sinir sistemi	Hemipleji, nöropatiler, yüz felci, göz felci, görme alanı kusurları, parkinson hastalığı, multipl sklerozu olan hastalar. Nöbetler, yığılma, bayılma, lokal güçsüzlük.

Psikolojik problemler	Depresyon, psikoz, demans, anksiyete, somatoform bozukluklar ve yeme bozuklukları. İlaç ve alkol kötüye kullanımı, deliryum, kişilik bozuklukları, cinsel bozukluklar, intihar eğilimli hastalar.
Metabolik ve endokrin bozukluklar	Diyabetes mellitusun tedavisi, hiperlipidemi, gut, hiper-hipotiroidizm, menopozal problemler, osteoporoz.
Genito-üriner sistem	Prostat, böbrek taşı, idrar kaçırma, disüri, üriner retansiyon, üriner enfeksiyon, vajinal akıntı, vajinal kanaması olan hastalar.
Okul çocuğu ve erişkin	Fiziksel büyüme ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. Psikolojik gelişimin değerlendirilmesi, depresyon ve ergende intihar, cinsellik ve risk alma davranışının değerlendirilmesi, aile içi şiddet, ilaç, alkol ve nikotin kullanımı. Engelli veya kronik hastalığı olan çocuk. Aşılama ve koruyucu danışmanlık.
Son dönem hasta	Palyatif bakımın tanımı ve ilkeleri. Sık karşılaşılan problemleri çözme. Ekip çalışması ve aile üyelerine destek olma. Etik ilkeler ve ikilemler.
Etik konular ve aile hekimliği	Gizlilik, gerçeği söyleme, hasta refahının önceliği, hasta özerkliği, hukuki durum, maliyet etkinliği, mevcut kaynaklar.

Tablo 7.2: Sistem muayeneleri için klinik vaka örnekleri.

BAZI SIK GÖRÜLEN TIBBİ BULGULAR İÇİN BECERİLER LİSTESİ

GÖĞÜS AĞRISI OLAN BİR HASTA

Eğitim programının sonuna geldiğinde doktorun şu konularda bilgi elde etmesi gerekir:

- Göğüs ağrısı öyküsü olan hastadan rutin öykü almalı ve aciliyet derecesini belirlemeli. Ağrının önceki periyodları hakkında sorular sormalı, damar hastalıkları açısından aile öyküsünü, sigara içme, hiperlipidemi ve diyabet gibi kalp ve akciğer hastalıkları açısından özgeçmişini sorgulamalı. Genel verilerin hepsi ile ilgili olarak değerlendirme yapılması örn: yüz ve deri inspeksiyonu, ödem varlığı, periferal nabızlar (ritim ve nabzın niteliği), kan basıncı, oksijen satürasyon ölçümü gibi beceriler zorunlu olmalıdır.
- Ağrının özelliklerini dikkatli bir şekilde inceleyebilmelidir (ne zaman ve nerede başladığını, sürecini, yayılmasını, fiziksel veya ruhsal bağlantısını, vücut pozisyonu ile (örn: hareket ve solunumla) ilgisini).
- Kalp-damar sistemi ve diğer sistemlere yapılan dikkatli ve doğru bir fizik muayene ile sindirim sistemi, kas-iskelet sistemi, solunum sistemi ve ruhsal nedenlerden kaynaklanabilecek olası ağrı nedenleri belirlenebilir. Kalp, göğüs ve karın muayene bulgularının yorumlanması ve detaylı olarak damarsal problemlerin değerlendirilmesi beklenmektedir.
- Hikayenin yorumlanması ve tutarlı bir özetleme yapılması, EKG ve laboratuvar testlerinin incelenmesi, omurilik, göğüs ve batin görüntülemesinin yapılması. Uzmanına sevk etme ve/veya ilave testler hakkındaki makul kararlar. Kardiyopulmoner resüsitasyon becerisini de içeren göğüs ağrısını ortaya çıkaran tüm acil durumları yönetme becerisinin kazandırılması.

- Primer ve sekonder kalp damar hastalıklarının önlenmesinin yanısıra iskemik hastalıkların yönetimi.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTA

Eğitim süresi boyunca kursiyerlerden şu konularda ustalık kazanmaları beklenmektedir:

- Hipertansiyonu olan hastadan öykü almak (kişisel, ailevi, sosyal) ve total kalp damar riskinin değerlendirilmesi. Sekonder hipertansiyonun olası nedenlerinin değerlendirilmesi.
- Kan basıncının çocuk, ergen ve yetişkinde farklı sfigomanometreler (civalı, kadranlı barometreler, otomatik cihazlar) kullanılarak ölçülmesi, kayıtların yeterli tutulması ve sonuçların yorumlanması (JNC hipertansiyon sınıflandırma kriterleri veya bugüne kadar elde edilmiş belli bilgilerle).
- Doğru, dikkatli ve zaman-etkin inceleme ile ilişkili fiziksel sistemler ve organların muayene edilmesi.
- Hedef organ hasarının tanınması ve teşhis edilmesi (gözler, kalp, böbrekler, merkezi sinir sistemi, periferik damar hastalıkları) ve eşlik eden kronik hastalıkların (diyabet gibi) ve alkol veya ilaç kötüye kullanımı gibi durumların değerlendirilmesi, EKG'nin yorumlanması ve fundus muayenesinin bilinmesi gerekir.
- Uygun laboratuvar testleri ve ihtiyaç duyulduğunda gerekli yardımcı testleri (kalp ve karın ultrasonografisi, 24 saat RR ölçümü, stres testleri gibi) seçebilme.
- Farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedavi prensiplerini bilme ve inme riskini değerlendirebilme.
- Metabolik sendrom ve eşlik eden kalp damar hastalıkları veya sekonder hipertansiyon tedavisinde güncel stratejileri uygulamak.

VAKA ÇALIŞMASI 5: STANDARDİZE HASTA

Elli dört yaşında bir kasap randevu almadan gelir. Ziyaretinin başlıca nedeni baş ağrısı ve uykusuzluktur. Bu sıkıntılarında eski işini ve iş yükünü suçlamaktadır ve sizden sadece dinlenmek için birkaç günlük istirahat raporu ve ağrı kesici istemektedir.

Asistanın görevi: 5-7 dakika içinde bir öykü almak (ailesel, sosyal ve kişisel) ve ayrıntılı inceleme için bir plan yapmaktır.

Eğitcinin görevi: Planı kontrol etmek ve önerilerde bulunmaktır (1-2 dakika içinde).

Asistanın görevi: Sonraki 5-7 dakika içinde stajyer tarafından yapılması gereken fiziksel muayene ve teşhis ve tedavi adımlarını eğitime sunmaktır.

Eğitcinin görevi: Asistandan ek muayeneleri uygulamasını istemek ve asistanın planı üzerine son eleştirilerde bulunmaktır.

OLASI SENARYOLAR

- 1) Ailesinde ve kendisinde migren ve/veya baş ağrısı öyküsü olmayan, fakat ailesinde erken dönemde inme ve arteriyel hipertansiyon öyküsü bulunan bir kişi. Düzenli olarak ağrı kesici ve geçmişini unutturan sedatifler almaktadır. Hasta 20 yıldır günde yaklaşık 20 sigara içmektedir.
- 2) Ailesinde arteriyel hipertansiyonun yanısıra migren öyküsü de bulunmaktadır. Son iki yıl içinde belirgin kilo kaybı mevcuttur.

BİRİNCİ SENARYO: Terli cildi olan (vücut kitle indeksi 37) şişman bir hasta. Bugünkü TA: 180/98 mmHg, nabızı düzenli, dakikada yaklaşık 95, 3. kalp sesi ve hafif ayak bileği ödemi mevcut. Diğer muayene bulguları nöroloji de dahil olmak üzere normaldir.

EĞİTMENİN GÖREVİ: Asistanın öncelikle yapması gereken diğer iki teşhis yöntemi nedir? EKG’de sol eksen sapması ve sol ventrikülde hipertrofi başlangıcı görülmektedir. Muayene bulguları normal görünmektedir.

EĞİTMENİN GÖREVİ: Bir sonraki teşhis ve tedavi adımının ne olduğunu sormaktır. Ek sorular sorması gerekirse bunlar neler olmalıdır? Birkaç soru daha sorulunca hastanın uykusuzluğunun tipik olmadığı anlaşılmaktadır. Hasta son üç ay içinde reçetesiz ilaç kullandığını ve birkaç kez akupunktur tedavisi aldığını ve herhangi bir sonuç alamadığını hatırlamaktadır. Evliliğinden memnun değildir ve cinsel yaşamından ve dispepsiden muzdariptir.

ÖĞRENCİNİN GÖREVİ: Sonraki mantıklı adım ne olmalıdır? Kısa depresyon (DUKE), alkol kötüye kullanımı (CAGE) bulguları negatiftir. Laboratuvar testleri için karar verme zamanı mı?

ÖĞRENCİNİN GÖREVİ: Eğer cevabınız evet ise hangileri? Hayır, ise diğer adımları üstlenebilir misiniz? (ek sorular veya fiziksel muayeneler).

NEFES DARLIĞI OLAN VE ÖKSÜREN BİR HASTA

Asistan ve uzmanların bilmesi gerekenler:

- Hastanın şikayetlerini aciliyet sırasına göre belirlemek ve bu durumların acil tedavi prensiplerini bilmek.
- Nefes alamayan ve öksürüğü olan bir hastadan öykü almak.
- Nefes darlığı ve öksürük (süre, tetikleyiciler, egzersizle ilişkisi), sigara içme, diğer hastalıklarla ilgili belirtiler, ilaçlar ve aile-sosyal öykü ile ilgili sorular sormanın önemini anlamak.
- Basit solunum sistemi muayenesini yapmak (kalp ve akciğer oskültasyonu, oksijen saturasyonu ölçmek), muayene bulguları ve öyküyü özetlemek.
- Mini pik akım ölçeri kullanmak ve hastayı teknik olarak bilgilendirmek.
- Laboratuvar testleri, akciğer fonksiyon testlerini (spirometre), x- ray bulgularını yorumlamak.
- İlave ve daha ileri testleri (EKG, CT-görüntüleme, üst GİS incelemeleri, arter kan gazı, Manteux Testi, balgam inceleme gibi) belirtmek ve diğer uzmanlara sevk etmek.
- Solunum yolu enfeksiyonları, alerjik hastalıklar, erken dönem kalp yetmezliği gibi kolay durumların tanı ve tedavisini bağımsız olarak yapmak.

VAKA ÇALIŞMASI 6

Elli yaşında pazarlamacı bir bayan, ağır sigara içicisidir. Üç gündür polen ve ev tozu akarı (mite) alerjisi ile birlikte solunum güçlüğü ve öksürük yakınması bulunmaktadır. İki hafta önce yaygın soğuk algınlığı, 38 derece ateş ile öksürük mevcuttu. Stridor ve ses kısıklığı nedeniyle konuşmakta zorlanmaktadır.

Asistanın görevi; öykü almak, mümkün olan en kısa sürede tıbbi görüşmeyi gerçekleştirmek, acil durum seviyesi belirlemek için fizik muayene yapmak ve bütün gerekli tedavi prosedürlerini üstlenmektir.

Bu ziyaretin tıbbi kayıtları yapıldıktan sonra, eğitici-gözlemcinin bu ziyareti değerlendirmesi ve aile hekimi ile birlikte vakayı tartışması gerekir.

KARIN AĞRISI OLAN HASTA

Asistanların kazanması gereken klinik beceriler;

- Karın ağrısı olan hastadan öykü almak. Ağrı ile ilişkili önemli soruları (tipi, şiddeti, başlangıcı, süresi, yeri, başlatıcı faktörler, yayılımı, yiyeceklerle ilişkisi gibi) ishal, kusma, kilo kaybı, ilaç alımı gibi diğer belirtileri ve geçmiş öyküyü göz önünde bulundurmak.
- Hikayeden alınan bilgiye ve fizik muayene bulgularına (vücut ısısı, kan basıncı, nabız hızı, cilt görünümü, karın inspeksiyonu) göre aciliyet seviyesini belirlemek ve ağrı kontrolü, sıvı replasmanı gibi gerekli tedbirleri alarak, mümkün olan en kısa sürede sevk etmek.
- Gerekirse rektal ve jinekolojik muayeneleri de içeren basit karın muayenesi yapmak.
- Rutin laboratuvar testleri (idrar tetkiki, CRP, tam kan sayımı), ilave laboratuvar testleri (lipaz, amilaz, karaciğer enzimleri, bilirubin, gayta tahlili gibi) ve gerekirse diğer tanısal çalışmaları (görüntüleme, ultrasonografi, endoskopi) yorumlamak.
- Öykü ve fizik muayene bulgularını özetlemek ve zamanında sevk edebilmek.
- Yaşamı tehdit etmeyen hastalıkları erken dönemde bağımsız olarak ayırt edebilmek ve tedavi edebilmek.

VAKA ÇALIŞMASI 7

Yaşlı, şişman 62 yaşında bir kadında öğle yemeğinden yaklaşık bir saat sonra başlayan ve aniden 2 saat önce ortaya çıkan şiddetli bir karın ağrısı saptadınız. Ağrı yaygın ve kolik tarzında idi, sırta yayılıyordu, iki kez sarı içerikli kusması oldu. Hasta kendi başına hareket edemiyordu ve solğundu. Kan basıncı 115-72 mmHg idi ve nabız dakikada 95 idi.

Stajyernin görevi: Öncelikle hangi ek sorular sorulmalıdır?

Bayanın aile öyküsü hakkındaki sorular sağ üst kadran ve göbük çevresindeki rahatsızlığın birkaç kez tekrarladığını ortaya çıkarmaktadır. Diyabet için düzenli olarak metformin ve lipit düşürücü ilaç almaktadır. Son bir ayda birçok defa antiasid ve reçetesiz olarak bazı ağrı kesiciler almıştı. Hem annesi hem de teyzesinde safra kesesi taşı bulunmaktaydı ve her ikisi de kalp rahatsızlığından ölmüşlerdi. Hastanın karnı hafif gazlı, eski bir apendektomi skarı var ve palpasyonla göbük çevresi çok duyarlı. Koltuk altı ateşi 37.5 derece. Rektal muayenede herhangi bir özellik bulunmamaktadır.

Asistanın görevi, yapılması gereken ek inceleme ve testler hakkında karar vermek ve bu durumun aciliyet seviyesini tespit etmektir.

Asistan laboratuvar testleri ile göğüs ve üst karın grafipleri istedi. Laboratuvar testlerinde hafif lökositoz ve hemokonsantrasyon vardı. CRP seviyesi 85 idi (normal alt düzey 8). İdrar tetkiki ve karaciğer enzimleri normaldi, fakat serum amilaz ve kan glikoz seviyeleri hafif artmıştı. Göğüs filminde diyafragma altında serbest hava vardı. Tekrarlanan karın muayenesinde yaygın distansiyon ve bütün üst karın bölgesinde rebaund ve hassasiyet vardı. Eğitici ile kısa bir konsültasyondan sonra en yakın cerrahi kliniğe acil sevk için gerekli tüm tedbirler alındı.

Karın ağrısı ile alakalı çok sayıda hastalık ve sendrom, ciddi ve yaşamı tehdit edici olabilir. Her stajyer poliklinikte mevcut tanı yöntemlerindeki sınırlamanın farkında olmalıdır. Eğitcinin görevi

karın ağrısına neden olan durumların ayırıcı tanısında iyi bir öykü almanın ve dikkatli bir fizik muayene yapmanın önemini ve değerini vurgulamaktır. Stajyerden bazı yardımcı testlerin istenmesindeki gecikmelerin kabul edilemez olduğunu bilmesi beklenir. Bu, durumun aciliyet seviyesinin değerlendirmesine bağlıdır. Bu vakada asistanın kararları akut karının ilk baştaki muayene özelliği belirsiz olduğu düşünülürse yeterli ve dikkatlidir. Hasta hastaneye kabul edildikten sonra akut pankreatit tanısı doğrulandı ve konservatif olarak tedavi edildi.

SIRT AĞRISI VE YÜRÜME GÜÇLÜĞÜ OLAN HASTA

Asistanların eğitimleri boyunca benimsemesi gereken iletişim becerileri:

- Sirt ağrısı ve yürüme güçlüğü olan hastadan öykü almak.
- Ağrının başlangıcı, yeri, süreci, niteliği, ağrının yayılması, diğer sistemlerle ilişkisi, nörolojik belirtiler, önceki travmaları, sosyal hayatındaki etkileri ve geçmiş öyküsü ile ilgili sorular sormanın önemini kavramak.
- Sirt, kalça ve sakroiliak eklem de dahil tüm ortopedik muayeneyi yapmak ve nörolojik testleri yapabilmek (Laseque, Schoeber, Mennel testleri gibi). Yürüme güçlüğü belirtildiği zaman dizler, ayak bilekleri ve ayak muayeneleri zorunludur.
- Basit bir periferik sinir sistemi muayenesi yapmak (eğer uygunsa genital-anal bölge, karın ve alt ekstremiteler), bacak damarlarının durumunu ve üst ve alt ekstremitelerdeki refleksleri kontrol etmek.
- Öykü ve muayene bulgularını özetlemek, gerektiğinde yardımcı tetkikler istemek, görüntülemeleri ve laboratuvar bulgularını doğru yorumlamak.
- Ciddi sinir sıkışması, kırıklar, enfeksiyonlar ve tümörler gibi acil durumları başarılı ve güvenilir şekilde değerlendirmek. Ne zaman ve hangi ek incelemelerin yapılacağını ve sevk gerekip gerekmediğini belirlemek.
- Farmakolojik veya farmakolojik olmayan tedavi ile ilgili geniş bilgi sahibi olmak. Mevcut profesyonel yönergelerle hastaları tedavi veya sevk etmek, öneride bulunmak.

VAKA ÇALIŞMASI 8

45 yaşında serbest çalışan bayan bir terzi ofisinize 3 gündür devam eden şiddetli bel ağrısı ile geliyor. Günlük işi sırasında bir şey kaldırmaya çalışırken ağrı aniden başlamış. Her iki alt ekstremitesine yayılmakta, yüzünde acı çeken bir ifade bulunmakta ve güçle yürümektedir. Hastanın bu ziyarete kadar herhangi bir sağlık problemi yoktu. Sigara içmez, alkol ve ilaç almaya da hevesli değildir. Fakat bu kez birkaç ağrı kesici ve sakinleştirici almak zorunda kalmıştır.

Stajyernin Görevi; 5 dakikada hastaya kişisel sorular sormaktır. Hasta herhangi bir travma geçirmemiş ve son üç yıldır amenoreesi var. Yılda bir kez düzenli olarak jinekolog tarafından kontrol edilmektedir, fakat hormon replasman tedavisini kabul etmemektedir.

Stajyernin Görevi; 7- 10 dakika içinde dikkatli bir fizik muayene yapmak ve kısa bir tıbbi kayıt almaktır. En önemli bulgular, kas güçsüzlüğü, her iki alt ekstremitelerde refleks kaybı ile birlikte duyu değişiklikleridir. Her iki tarafta bacak yükseltme testi (Laseque) açıkça pozitifdir. Vücut ısısı normaldir. Bu arada kan basıncı yükselmiştir (142-95 mmHg). Karın, böbrek ve akciğer muayenelerinde patolojik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Stajyer hastanın sfinkter fonksiyonunu kontrol etmeyi ihmal etmiştir. Stajyer şimdi acil durum tespiti yapmalı ve yardımcı olacak ileri tetkikler istemeli ve/veya branş uzmanına sevk etmelidir.

Çok sayıda akut bel ağrısı şikayeti ile karşılaşıldığı zaman öncelikle bu durumun aciliyet seviyesini belirlemek çok önemlidir. Her ciddi sinir basısını takip eden sfinkter bozukluğunda ve şüpheli

kauda ekina durumunda ve dekompresyon varlığında mümkün olduğunca çabuk acil sevk gerekir. Diğer aciller gruplanırsa; septik süreçler, yeni travmalar, karın anevrizması ve ciddi üriner patolojiler gibi sekonder akut bel ağrısı nedenleridir. Öyküye odaklanıldığında ve iyi bir fizik muayene ile ağrının ayırıcı tanısını yapmak mümkündür. Bu bayan hastada akut bel ağrısının temel nedeni tam olarak kauda ekina sendromunun gelişmiş olmasıdır. Stajermizin öykü alma ve fizik muayene becerisi iyiydi fakat her iki muayene sırasında da sfinkter fonksiyonunu kontrol etmeyi kaçırdı. Genital-anal bölge muayenesi hassastır ve daha az deneyimleri olduğu anlaşılan stajyerlerin tek başlarına bunu yapmaları konusunda görüş birliği yoktur. Buna karşılık her hastaya sfinkter disfonksiyonu ile ilgili akut bel ağrısını ve nörolojik semptomları sorması gerekir.

GÖZ PROBLEMLERİ OLAN BİR HASTA

Uzmanlık Stajyerlerine Şunlar Öğretilmeli:

- Görme duyası - göz problemleri olan bir hastadan etkin bir öykü almak.
- Sosyal (çalıştığı yer, meslek) ve kişisel konularla (daha önceki göz travmaları ve hastalıkları) ağrının karakteristik özellikleriyle (başlayışı, şiddeti, süreci, yayılımı) mevcut akut ve kronik hastalıklarla (soğuk algınlığından, hipertansiyon ve migrene kadar) ve eşlik eden durumlarla (alerji, ilaç alımı, mevsimsel özelliği) ilgili soruların öneminin anlaşılması.
- Tam bir göz muayenesi yapmak: Snellen grafiği ile görme muayenesi, damar enjeksiyon paterni, dikkatli gözbebeği ve kornea muayenesi, ekstra oküler kas aktivitelerinin değerlendirilmesi.
- Mental durum tespiti (zehirlenme ve metabolik bozukluklar, psikotik hasta) ve temel nörolojik muayene yapmak (kafa sınırları, fokal bulgular, meninges irritasyon belirtileri).
- Öykü ve fizik muayene bulgularını özetleyerek aciliyet düzeyini tespit etmek ve gerekli ilave tetkikler ve/veya sevk konusunda karar vermek.
- Yaygın konjunktival enfeksiyonların tanı ve tedavisini yapmak.

Aile hekimleri ayrıca şu konularda ustalık sahibi olmalıdır:

Fundus muayenesi, basit göz içi basınç ölçümü (Tapple aracı ile) alerjik hastalıkların, bakteriyel ve viral enfeksiyonların erken dönemde tanı ve tedavisi, kornea kenarından yabancı cisim çıkarılması, diyabetik ve yaşlı hastalara doğru danışmanlık vermek, ciddi durumları erken dönemde tanımak.

VAKA ÇALIŞMASI 9

Kış ayında bir Pazartesi gecesini 50 yaşında bir tamirci ofisinize sağ gözünde iki gün önce yavaş yavaş başlayan ağrı ve kaşıntı şikayeti ile gelir. Üç yıldır hafif derecede hipertansiyon ve gençlik yıllarından itibaren de saman nezlesi bulunmaktadır. Hasta günde iki kez Beta bloker (Atenolol) ve çiçek açma sezonunda da bazı antialerjik ilaçlar almaktadır. Hastanın biraz alkollü olduğu aşikar, fakat yürüyüşü normaldir.

Stajyerinin Görevi: Tanı için kişisel öyküyle ilgili hangi ek sorular sorulmalıdır? Öncelikle hangi bulgular ekarte edilmelidir?

Kişisel öyküsü ile ilgili olarak; hasta diğer gözündeki eski birkaç travmayı (çoğunlukla da yabancı cisim) ve çiçeklerin açma döneminde bazı ciddi konjunktival enfeksiyonları hatırlıyor. Okumak için gözlüğe ihtiyaç duymaktadır fakat neredeyse beş yıldır hiç göz muayenesi olmamış. Kendi otomatik aleti ile düzenli olarak kan basıncını ölçmektedir.

Stajyernin Görevi: Ek bilgiler gerekli mi? Başlangıçta hangi incelemeler yapılmalı?

Dikkatli yapılmış göz muayenesinde herhangi bir bulguya rastlanmamıştır, sadece hafif bir konjonktival enfeksiyon bulunmaktadır. Yabancı cisim yoktur. Kornea sağlam görünmektedir. Snellen eşeli ile sol göz 0.9 sağ göz 0.8 olarak değerlendirilmiştir. Tapple aleti ile yapılan göz içi basıncı normal olarak ölçülmüştür.

Stajyernin Görevi: Bir sonraki adım ne olmalıdır? Tanıyı koyma ve reçeteleme zamanı geldi mi?

Çok da yetenekli olmadığınız göz dibi muayenesinde grade 1-2 hipertansif değişiklikler görülmektedir. Kan basıncı 145/98 mmHg ve temel nörolojik muayenesi normaldir. Mental muayenede, hasta gergindi ve hafif hafıza bozukluğu vardı.

Sonuç olarak bu vakada eğiticiden stajyernin ev ödevi olarak bazı teşhis ve tedavi önerilerini sunması beklenmektedir. Örneğin:

1. Tedavi planınız nedir? Aciliyet seviyesi, kontroller, uzmanlara sevk? En az iki çözüm istenmektedir.
2. Ek floresan testi pozitif bulunmuştur: herhangi bir yabancı cisim olmaksızın aşınma olmuştur. Tedavisi nedir?
3. Korneada yabancı cisim varlığını ekarte edemediniz ve floresan testi pozitif bulundu.
4. Ek floresan testi negatif ve göz hasarı kesin bir şekilde ekarte edilemedi.

ANKSİYETE VE DEPRESYONU OLAN HASTALAR

Bu sorunlar polikliniklere başvuran hastalarda sık sık ve farklı şekillerde görülebilmektedir. Son sınıf stajyerleri ve stajyerler için anksiyete ve depresyonu olan hastaları yönetmek ve ayırıcı tanısını yapmak için yeterli bilgiye sahip olmaları hayati önem taşımaktadır. Uygun bilgi ve beceriler stajyerlerin hastaları daha bütüncül yaklaşımla değerlendirmelerine yardımcı olur.

Stajyerlerin bu profesyonel alanda kazanması gereken becerileri şunlardır:

- Tanı koymak için en temel araç olarak yeterli bir psikiyatrik görüşme yapılması. Bu görüşme şunları içermelidir: hastanın sorunlarını, kişisel, ailesel, sosyal ve iş öyküsünü içeren detaylı bilgiler.
- Belirtilen sistemlerin gözden geçirilmesi. Hastadaki duygudurum bozukluğuna neden olacak muhtemel fiziksel problemleri ekarte etmek, gerekli test ve incelemelerin yapıp, zamanında uzmana sevk etmek.
- Mevcut mental durumun ve ilişkili psikolojik bozuklukların (örn.: madde bağımlılığı) yeterli değerlendirilmesi. Öykü ve muayene bulgularını sentezleme ve özetleme becerisi ve ayırıcı tanı yapmak.
- İntihar riskinin değerlendirilmesi. Erken tanı ve intihar riski olan hastaya danışmanlık verilmesi. Aile stresinin yönetilmesi.
- Olumlu hasta - hekim ilişkisinin geliştirilmesi. Yakın akraba ve aile ile işbirliği yapmak.
- Yaşamı tehdit eden durumların ve en sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların yönetimi ve bozukluğun mevcut durumunun değerlendirilmesi.
- Depresyon ve anksiyetik rahatsızlıkların farklı formlarının yönetimi ve tedavi prensiplerinin detaylandırılması.

ALKOL KULLANIMINI DEĞERLENDİRMEK

Asistanlar alkol içmenin beş aşamasını tanımalı ve ayırabilmelidir:

1. Uzak durma
2. Az riskli içme
3. Riskli içme
4. Olumsuz sonuçları ile riskli içme
5. Alkol bağımlılığı sendromu

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi sonunda asistanlar şunlara aşına olmalıdır:

- Alkol problemleri ile ilgili kişinin ailesel, sosyal ve kişiliği ile ilgili öykünün tam olarak alınması.
- İçme paterni 3, 4 ve 5'in altında bulunanlardan tam alkol öyküsü alınmalıdır. Şunların araştırılması gerekir: ne zaman içmeye başladı, alkol tipi (şarap, bira ispiroto), sıklığı, günlük ve haftalık alınan alkol miktarı (içki alemi veya sürekli içme), tetikleyen durumlar, favori içme yerleri, mevcut stresler, yoksunluk peryodu, geçmişte aranan çare, ailesinde bağımlılık öyküsü, olası psikososyal komplikasyonlar.
- Alkol kullanım performansını en az iki yaygın kabul görmüş anketle (örn: CAGE ve AUDIT) taramak.
- Alkol kullanım komplikasyonlarının taranması ve belirlenmesi (fiziksel, psikolojik, kişilerarası, sosyal ve ekonomik).
- Beş evrenin hepsinde de hastalara ve ailelerine danışmanlık verme.
- Akut zehirlenme ve deliryum gibi hayatı tehdit eden durumları tedavi etmek.
- Bağımlılıkları hayat boyu tedavi etmenin temel prensipleri.

ERGEN HASTALAR

Asistanların aşağıdaki klinik becerileri kazanması gerekir:

- Ergen hastalarla iletişim kurma, bilgi ve öykü alma becerisi. Eğitim sırasında göz önünde bulundurulması gereken bazı önemli konular şunlardır: yaş, cinsiyet, her bir ergenin fizik ve psikolojik olgunluk seviyesi, gizli konular, adolesanın ebeveyni ile iletişimi, dikkatli dinleme, sözel veya sözel olmayan mesaj verilmesi, gençlerin spesifik duygusal sorunları ile ilgilenme ve problem çözme becerileri.
- Fiziksel muayene sırasında ergenin utangaç veya çekingen tavrına karşı saygı gösterme yeteneğini değerlendirmek ve spesifik muayenelerle (genital muayene ve kardiyak dinleme gibi) ilgili açıklama yapma kapasitesi.
- Ergenin fiziksel ve psikolojik gelişimini iyi değerlendirmek ve bu yaş grubunda sık görülen rahatsızlıkları tespit etmek.
 - Ergenin fiziksel muayenesinde şu noktaların üzerinde durulmalıdır: Genel görünüm, boy, kilo, kan basıncı, nabız. Stajyerin büyümeyi erken değerlendirmeye, şişmanlık, yeme ve fiziksel bozukluklara aşına olması gerekir. Stajyerin her bir organ ve sistemin gelişimine dikkatlice odaklanıp doğru değerlendirmeyi öğrenmesi gerekir: görme, ağız ve diş, kardiovasküler sistem (üfürümü tanıma), karın (karaciğer ve dalak büyümesini değerlendirme), deri (şiddete maruziyetin belirtileri, infeksiyon ve ilaç kullanımı), cinsel olgunluğu değerlendirmek, erkek genital muayene.
- Aşı durumu, diyet, yaşam tarzı, fiziksel aktivite, aile içi şiddet, okul performansı, yasal ve yasa dışı ilaç kullanımı, depresyon ve intihar riskini değerlendirme.
- Koruyucu sağlık hizmetleri, danışmanlık ve risk durumunun değerlendirilmesi.
- Sık karşılaşılan problemlerle başa çıkma, uzmana sevk etme, yardımcı testleri yapma.

SON DÖNEMDEKİ HASTALAR

Eğitimin başından sonuna kadar stajyer şunlarla aşına olmalı:

- Palyatif bakımın tanımı ve prensipleri.
- Yaygın görülen problemleri (ağrı yönetimi, nefes darlığı, bulantı ve kusma, kabızlık, ishal, endişe ve korku, halsizlik) çözme becerileri.
- Ekip çalışması, (hemşireler, uzmanlar, psikoterapistler, sosyal hizmetler uzmanı, gönüllü bakıcılar ile iletişim).
- Etik ikilemlerle ilgilenmek.
- Kötü haber verme.

KLİNİK İŞLEMLER

- Stajyerlere kan basıncını ölçmelerini ve yazmalarını söyleyin. Farklı sonuçları karşılaştırın. Farkların neden kaynaklanmış olduğunu sorun. Kolun nasıl yerleştirildiğini, manşon büyüklüğünü vb. tartışın.
- Stajyerden peak akımölçeri nasıl kullanıldığını göstermesini ve sonuçları yorumlamasını isteyin. Cinsiyet ve boy ile olan ilişkisini tartışın.
- Stajyerleri oftalmoskop kullanmaları ve sık görülen fundus anormalliklerini tanımaları için teşvik edin. Göz muayenesi yaptırın (Snellen grafikleri kullanımı da dahil olmak üzere, yakın görme çizelgelerini ve oftalmoskopiye öncelikle birbirlerinde kullandırın). Anormal fundus resimlerine bakın, anormallikleri tanımlayın. Bunlar birçok tıp kitabında bulunabilir.
- Stajyerden kendi nabızlarını ve pulsoksimetre ile kan oksijen saturasyonlarını ölçmelerini isteyin. Stajyere saturasyonu ölçmesi ve oksijen vermesi için fırsat tanıyın.
- Eğer eğitici olarak rutin jinekolojik işlemleri yapıyorsanız, stajyerleri spekulum ile vajinal muayene ve servikal tarama yapmaya teşvik edin. Her rektal veya vajinal muayene öncesi hastanın onayını alın.
- Stajyere hastanın idrar testleri ile ilgili görüşünü sorun. Stajyere idrar kateteri ve nazogastrik sonda takma için birkaç deneme fırsatı verin.
- Birbirlerine kraniyal sinir muayene uygulamaları yaptırın. Esas hedef teknikleri geliştirmektir. Her bir kraniyal sinirde olası anormallikleri ve altta yatan patolojinin ne olabileceğini tartışın.
- Stajyerlerin parmak ucundan kan alarak kan glikoz düzeylerini ölçmelerini isteyin. Diyabet hastalarını takip etmek için gerekli laboratuvar testleri hakkında sorular sorun.
- Stajyerlerden birbirlerine veya gönüllü öğrencilere EKG çekmeleri için izin verin (cinsiyeti göz önünde bulundurarak), EKG kayıt tekniklerini kontrol edin, gerekli önerilerde bulunun. EKG kaydını yorumlamasını isteyin.
- Stajyerin hasta veya gönüllü bir başka stajyere deri altı ve/veya kas içi enjeksiyon yapmasına izin verin. Stajyerlere damar içi kanül yerleştirmeleri için fırsat verin. Uygulama tekniğini kontrol edin, gerekli düzeltmeleri yaptırın.
- CPR ve trakeal entubasyon için maketiniz olsun. Arteriyel kan gazı alımı, kan tranfüzyonu, pleval aspirasyon ve eklem aspirasyonu gibi işlemleri bütün stajyerlerin gözlemlemesine izin verin.

- Nebulizer kullanımını tartışın. Muayenehanede varsa kurulup denenmesini isteyin. Toplum içinde görülen astımın acil tedavisini tartışın. Stajyerden nebulizatörün kurulumunu ve nasıl kullanılacağını (hastanın rolünü) açıklamasını isteyin.
- Bütün stajyerlere refleks çekici ile reflekslerin alınması, otoskop kullanımı, ateş ölçümü, nabız kaydı ve kulak yıkama gibi sizin varlığınızda yapabildikleri becerileri siz olmadan dayapma şansı verin.
- Stajyerlere yara pansumanı yapma, yaradan numune alma, hasarlı ekstremitte veya parmağı sabitleme, sütür alma, yüzeysel dokudan yabancı cisim çıkarma, gözetim altında cilde sütür atma gibi uygulamalara izin verin. Küçük cerrahi becerilerini geliştirmelerine yardım edin.
- Mümkünse bebek ve yenidoğan muayene becerileri geliştirmelerine izin verin.
- Stajyerlere defin ruhsatı, bütün aciller ve tedavi planlarını tamamlamalarında yardımcı olun. Sizin gözetiminiz altında acil psikiyatrik vakaları yönetmelerine fırsat tanıyın.
- Stajyerlerin bilgisayar teknolojisi becerilerini kontrol edin. Kullandığınız sağlık kayıt yazılımına aşina olmalarını sağlayın.

Faydalı eğitim teknikleri: Bazı klinik işlemlerin video kayıtları, farklı eğitim maketleri, fundus resimleri, sık görülen fiziksel belirtilerin resimleri (aile hekimliği dergileri, yararlı kaynaklar), araştırmaların kopyaları, idrar testi çubukları, hastaların semptomlarıyla ilgili eğitim senaryolarının olduğu kayıtlar, kronik hastalığı olan hastaların bilgisayardan çıkarılmış kayıtları.

İLAÇ REÇETELEME

Stajyerin yapması gerekenler:

1. Penisilin, sefalosporin antibiyotikler, makrolid antibiyotikler, diüretikler, beta blokerler, ACE inhibitörleri, kortikosteroidler, antiastmatikler, sedatifler, nonsteroid anti inflamatuvar ilaçlar, antidepresanlar gibi sık kullanılan ilaçlardan en az ikisinin endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, yan etkilerini saymak.
2. Endikasyonlar, dozlar ve prensipler açısından şok tedavisine hakim olmak.
3. Kendi seçtiği son beş yıllık tıbbi kayıtlar içerisinde yazılan ilaçları çıkarmak.
4. Aşağıdaki durumlar için tedavi reçetesi düzenlemek:
 - Üriner enfeksiyonu olan 25 yaşındaki bayan öğretmen
 - 35 yaşında akut bel ağrısı şikayeti olan kamyon şoförü
 - 10 yaşında tonsilliti olan erkek öğrenci
 - 48 yaşında evli, ev hanımı olan anksiyetik bayan
 - 71 yaşında pnömonisi olan emekli
 - 35 yaşında hazımsızlığı olan kasap
 - Diz ağrıları olan 65 yaşındaki köylü kadın
 - 4 yaşında soğuk algınlığı olan kız çocuğu
 - Hafif alerjisi olan 17 yaşındaki genç kız.

Aile hekimliği eğitimi hastanelerdeki eğitimden oldukça farklı olmakla birlikte vazgeçilmez ve paha biçilemezdir. Hasta, bakımın merkezinde olmalıdır. *Hastalara saygı* eğitimin temeli olmalıdır. Tıbbi etik ilkelerine saygı zorunludur. Hasta-hekim ilişkisinin temeli iletişimdir ve iletişim hasta-doktor-stajyer üçlüsünün öğrenmesinde majör rol oynar. Eğiticiler stajyerler için birer rol model iken hastalar saygı, empati ve samimiyetle tedavi edilmelidirler.

Çalışmalar tıp eğitimi sürecinin eğiticiler ve öğrencilerin yanısıra hastalar için de olumlu ve eğlenceli bir deneyim olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-9.
- Eidus R Warburton S. Models of health care delivery. In: Taylor RB. *Family Medicine*, fourth edition. New York: Springer-Verlag, 1994: 1022-27.
- Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical, students: how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156: 1159-64.
- Greenhalgh T, Macfarlane F. The practice as a small business within the NHS. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds. *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999: 178-194.
- Jacques D. Teaching small groups - clinical review. *BMJ*2003;326:492-4.
- Kemple T. Practice systems. In: Hall, M Dwyer D, Lewis T eds. *The GP Training Hand-book*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:235-51.
- Kocijancic A ed, *Clinical Examination*. Ljubljana: Littera picta, 2000.
- Lewis T. The one-to-one tutorial. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds, *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:53-65.
- Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them - clinical review. *BMJ*2002;325:697-700.
- McCarty S, Marie V. Interviewing and touching patients. In: Neitch MS, Maurice AM. *Becoming a Clinician - a Primer for Students*. New York: McGraw-Hili, 1998:39-52.
- McCarty S. The general medical examination of an adult patient: "The H&P". In:Neitch MS, Maurice AM. *Becoming a Clinician - a Primer for Students*. New York:MCGraw-Hill, 1998: 119-33.
- Murphy GC. Basic Teaching Skills. In: Michener L. *Family Medicine. Proceedings*, Salzburg Duke Seminar 2003; chapter 5:1-9.
- Pintar HR. Economic operations in general practice. In: Svab I,- Pavlic RD et al, *Family Medicine*. Ljubljana: Slovene family medicine society, 2002:540-45.
- Prideaux D. Curriculum design - ABC of learning and teaching in medicine. *BMJ* 2003;326:268-70.
- Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171 :260-3.
- Rainer SB, Daughtridge R, Sloane PD. Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Pract* 2002;15:25-38.
- Sackin P. Continuing your education. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds. *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:252-73.
- Salinsky J. Practice experience. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:29-52.
- Sample Learning Objectives for each System. In: Imperial College - University College London. *CMT Manual-draft*. London 2003:43-45.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliff Medical Press, 1998.

- Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment - ABC of learning and teaching in medicine. *BMJ* 2003;326:591-4.
- Steele R. The vocational training scheme course. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds, *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:80-95.
- Svab I ed. *Family Medicine - Manual for Tutors*. Ljubljana, 2000.
- Svab I, Kersnik J. Teaching communication. In: Svab I et al. *Communication between Doctor and Patient*. 12. Workshop for general practitioners, Ljubljana: 1995:91-98.
- Svab I, Ribaric S, Plemenitas A, Kopac I, Pirtosek Z. Contemporary university medical education. *Zdrav Vestn - editorial* 2004;73: 109-11.
- Tate P. Consultation Skills. In: Hall M, Dwyer D, Lewis T eds, *The GP Training Handbook*, third edition. Oxford: Blackwell Science, 1999:66-79.
- Taylor RE. *Family Medicine*, fourth edition. New York: Springer-Verlag, 1994.
- Teaching Clinical Method. In: Imperial College - University College London. *CMT Manual-draft*. London 2003: 54-61.
- Vandekieft GK. Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001 :64.
- Vodopivec-Jamsek V. Consultation. In: Svab I, Pavlic RD et al. *Family medicine*. Ljubljana: Slovene family medicine society, 2002:610-18.
- Voljc B, Svab I. Learning in family medicine. In: Svab I, Pavlic RD et al. *Family Medicine*. Ljubljana: Slovene family medicine society, 2002:756-64.
- Voljc B, Svab I. Researches in family medicine. In: Svab I, Pavlic RD et al. *Family Medicine*. Ljubljana: Slovene family medicine society, 2002:763-71.
- Wood DF. Problem based learning - ABC of learning and teaching in medicine. *BM* 2003;326:326-30.

BÖLÜM 8: MUAYENEHANE YÖNETİCİLİĞİ EĞİTİMİ

Jacek Klich

Çeviri: Ümit Avşar

Etkili yöneticiler şimdiki zamanda yaşarlar ancak geleceğe odaklanmışlardır.

(James L. Hayes)

Bu bölümün amacı, temel yönetim alanlarını belirleme ve bunun aile hekimliği ofisine doğrudan uygulanabilirliğini ortaya çıkarmaktır.

Bu bilimsel yönetimin temel ilkesi; bilgi ve tecrübeler mevcut uygulayıcı yöneticiler tarafından aile hekimlerine ustalıkla aktarılırsa, bunun muayenehanenin etkinliğini artıracığı ve rekabet gücünde de artan bir etkinliğe yol açacağı varsayımdır. Bu bölümün düzenlenmesinde 4 klasik yönetim fonksiyonu olan; **planlama, organizasyon, liderlik (motivasyon) ve kontrol** göz önüne alınmıştır. Ancak bu dört fonksiyondan doktorun motivasyonu konusu daha ön plana çıkarılmıştır.

Eğitimin başlangıcında, aile hekimi eğiticisinin öğrencilerine sağlık hizmetlerinin sunumunu diğer hizmet türlerinden ayıran kendine has özelliklerinin olduğunu fark ettirmesi gerekir. Bunlar:

Doktor performansının belirlenmesi ve ölçümündeki zorluklar

Doktor ve personelinin uygulamalarının karşılıklı bağımlılık ve karmaşıklığı

Doktorun yapması gereken aktivitelerin ertelenemez oluşu ya da hastaların acil hizmet alma baskısı

Hatalar ve yanlışlar için düşük tolerans

Doktor ve personelinden yüksek düzeyde profesyonel hizmet beklentisi

Doktor faaliyetlerinin harici yetkililer tarafından sınırlı denetimi

Muayenehanede tamamen mali piyasa odaklı çalışılması (Polonya'da: idari geri ödeme sistemi)

Aile hekimliği ofis uygulamalarında, yönetim teorisi olarak bilinen yönetim ilkelerine çoğunlukla (ya da tamamen) başvurabiliriz. Bu nedenle, doktor eğiticileri yönetim bilgisi konusunda eğitmenin makul olduğu sonucuna varabiliriz. Aile hekimliği ofisi çalıştıran her doktor, bir yöneticidir ve dört klasik yönetim işlevi olan; planlama, organizasyon, liderlik (motivasyon) ve kontrol faaliyetlerini yürütmektedir.

AİLE HEKİMLİĞİ OFİSİNDE PLANLAMA

Planlama; hedefleri ve bu hedeflere ulaşmak için araçları (yolları) tanımlama anlamına gelir. Teorik olarak, doğru belirlenmiş hedefler aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

Ölçülebilir hedefler.

Somut hedefler.

Gerçekçi hedefler (mevcut imkanlarla ulaşılabilir).

Zamanı belirlenmiş hedefler (yani tanımlanan dönemlerde:bir ay, üç ay veya birkaç yıl gibi).

Hedef ödülleriyle birleştirilebilir (hedeflere daha çabuk ulaşılacak için).

Bir aile hekimliği ofisinin amacı (muayenehanede görev yapan doktorların çoğunluğu tarafından açıklandığı gibi), topluma, yüksek kalite standartlarında ve bir anlamda hastaları da tatmin eden kaliteli sağlık hizmetlerinin sunumunu sağlamaktır. Ancak, aile hekimliği ofisi, aynı zamanda bir işletmedir ve bu nedenle, hedefler listesinde ekonomik hedeflerin de yer alması, vurgulanmalıdır. Bu tür ekonomik hedefler, yıllık planların gelir hanelerinde sözleşme imzalanan ödeme kurumları ve ücretlerini kendisi ödeyen hastalar olarak varsayılabilir.

Bir aile hekimliği muayenehanesinin planlanmasında gösterilen hedefler yine muayenehane tarafından sağlanan hizmetler ve muayenehanenin kaynaklarıdır (insan ve maddi kaynaklara bölünmüştür, ikincisi de yine mali kaynaklarla ilişkilidir). Aile hekimliği muayenehanesinde tıbbi bir hizmeti vermek için planlama yapılırken karşılaştığımız zorlukları aşmak için, aile hekimliği muayenehanesinde sunulan sağlık hizmetinin toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılaması gerektiğinin planlama faaliyetlerinin vazgeçilmez bir bileşeni olduğunu aklımızdan çıkarmamalıyız. Bu tür ihtiyaçlar epidemiyolojik veriler temelinde ve seçilmiş hastaların sağlık sorunları hakkındaki bilgilerle belirlenir. Bu da aşağıdaki verileri elde etmek ve analiz etmek için bir gerekliliktir;

- nüfusun yaş ve cinsiyet yapısı,
- temel sağlık risk faktörlerinin ortaya çıkma oranı,
- insidans,
- prevalans,
- mortalite.

İlgili teoriyle çizilmiş planlama faaliyetleri ile ilgili göstergeleri dikkate alırken, aile hekimliği ofisi planlamasında pratik açıdan, aşağıdaki sağlık sorunlarını tespit etmek anlamına gelen, anahtar değişkenlere dikkat etmemiz gerekir:

- sık görülür,
- önemli bir hasta grubunu ilgilendirir,
- hastalarda ciddi sonuçlara veya önemli sağlık kayıplarına yol açar,
- yüksek bakım maliyetleri oluşturur.

Kısa ve orta vadeli planlar aile hekimliği ofisinin stratejik planının bir sonucu olmalıdır ve stratejik plan, ofisin **görev tanımlamasına** uygun olmalıdır. İyi yönetim uygulamaları, ilgili organizasyonlar tarafından iyi tanımlanmış görevlerle elde edilen birçok yararları gösterir. Aile hekimliği ofisinin misyonu aşağıdaki sorulara yanıt vermelidir:

- Bir aile hekimliği ofisi olarak biz kimiz?
- Hangi tıbbi ve sosyal ihtiyaçları karşılıyoruz?
- Hangi faaliyetlerimiz tedavi ihtiyaçlarını karşılıyor?
- Ne şekilde ana paydaşların beklentilerini karşılıyoruz?
- İşletme felsefemiz ve tanımladığımız değerler sistemi nedir?

- Neden bizim aile hekimliği ofisimiz mükemmeldir?

Bütün personel, muayenehanenin görev tanımlamasına katılmalıdır. Görev dağılımı çalışanlar tarafından bilinmelidir, muayenehanenin stratejik planında kayıt altına alınmalıdır. Muayenehanenin yani aile hekimliği ofisinin misyonu (muayenehanenin varlığının en azından en temel ve en yaygın hedefleri), stratejik plana girilen stratejik hedefler göstermelidir ve bu hedefleri muayenehanenin operasyon stratejisinin temeli haline çevirmek gerekir. Muayenehane için stratejik plan sekiz adımda oluşturulur:

1. Stratejik planı oluşturma sürecinin başlatılması.
2. Muayenehanenin sosyal görev süresinin belirlenmesi.
3. Muayenehanenin misyonunun belirlenmesi.
4. Muayenehane ortamının değerlendirilmesi (fırsatları ve tehditleri tanımlama).
5. Muayenehanenin iç değerlendirmesi (güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirme).
6. Muayenehanenin stratejik sorunlarının belirlenmesi.
7. Sorunları çözmek için amaçlanan stratejileri çalışma.
8. Stratejik planlama başlaması ve muayenehanenin gelecekteki çalışma vizyonunun geliştirilmesi.

Muayenehanenin stratejisi aşağıdaki gibi sorulara cevap vermelidir:

- Stratejimizin temel özellikleri (örneğin hasta sayısı artışı, operasyonlarımızda genişleme, statümüzün devamı ya da kârlılığımızın iyileştirilmesi) nelerdir?
- Öngörülen sonuç veya sonuçlar nelerdir?
- Operasyonların programlama zamanı nasıldır?
- Stratejinin uygulanması, belirli görevler ya da stratejik hedeflerin yerine getirilmesinden kim sorumlu?
- Hangi kaynaklar stratejimizi uygulamamız için gerekli ve bu kaynaklar nereden geliyor?
- Acil durum planlarımız nelerdir?

En temel sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite konularının önemine dikkate çekerken, kalite iyileştirme programlarının muayenehanenin stratejik planının değişmez bileşenlerini teşkil ettiğini vurgulamamız gerekir. Her planın, stratejik planlar da dahil olmak üzere, varsayımlar ve elde edilen sonuçlar açısından düzenli olarak gözden geçirilmesi gerekir. Düzenlemeler muayenehane yöneticileri tarafından yapılır ve çalışanlar plan revizyonlarına ayrılan oturma katılmalıdır.

Muayenehanede, tüm yaş gruplarını dikkate alarak bir hastalıklardan korunma planı geliştirmelidir. Böyle bir plan, belirli yaş grupları arasında yapılmalıdır; taramaların sıklığı belirtilmelidir. Planda aynı zamanda kontrol (değerlendirme) yöntemleri belirlenmeli ve hastaların uyumu için sorumlu kişiler tayin edilmelidir. Bu noktada, tarama testleri listesine dahil olan bir muayenenin, tıbbi muayeneler kritik değerlendirme ilkeleri referans yapılarak olması gerektiği, etkinliği ve tartışılmaz yararları vurgulanmalıdır.

Ayrı bir konu, muayenehanede bir kalite geliştirme ve değerlendirme programı hazırlamaktır. Böyle bir program, aşağıdaki alanlarda döngüsel diziler şeklinde uygulanmalıdır: planlama, gelişim uygulamaları, sonuçların değerlendirilmesi, sonuç çıkarma, (PARK döngüsü: Planlama, Aksiyon, Revizyon, Kabullenme):

- Tanısal ve tedavi edici prosedürlerin uygunluğu ve kalitesi
- Tıbbi dokümantasyonun içeriği, eksiksizliği ve kalitesi
- Organizasyonel faaliyetler
- Erişim ve hasta memnuniyetinin iyileştirilmesi
- Toplum bakımı

- İlaç uygulamaları

Program, sağlık hizmetlerinin temel yönlerine de (prevalans, yüksek risk ve / veya olası komplikasyonlar) yönlenmelidir. Programın hedefleri açıkça belirtilmelidir. Programın uygulanması, çeşitli eylemlerin kullanımı ile planlanmış olabilir; örneğin akran gruplarıyla işbirliği, denetimler ve hasta belgelerinin analizi gibi. Muayenehanede kalite iyileştirme sorunları çözümünün teyidi, bir yandan toplantıların süresi içinde kayıtlarının yapılması ve diğer belgelerin oluşturulması, diğer yandan da kalite sorunlarını benimseyen ve çözen personel ya da takımların olmasıyla mümkündür.

ORGANİZASYON

Organizasyon işlevlerini yürüten ofis yöneticileri, kaynakların entegrasyonundan sorumludurlar, bu da ofisin hedeflerine ulaşma sürecinde kaynakların en etkin şekilde kullanımına yol açacaktır. Etkinlikteki artış, daha az insan ve maddi kaynak ile aynı görevlerin tamamlanması veya aynı kapasiteyi kullanarak görev kapsamının genişletilmesi ve ek hedeflerin dahil edilmesiyle elde edilebilir.

İyi gelişmiş bir organizasyon yapısı; muayenehanedeki görevlerin yerine getirilmesinde belirlenen kaynakların entegrasyonunu ve kullanımını tanımlamada bize yardımcı olur. Organizasyon yapısı, çalışanların sayısını, personel niteliklerini ve iş organizasyonu yöntemlerini açıklar. Çalışan personelin aşağıdaki özellikleri içeren görev tanımları yapılmalıdır.

- Sorumlulukların kapsamı iyi belirlenmiş
- Diğer personelle ilgili ilişkilerinde özel durumu (itaat), (örneğin, çalışanın üstleri ve diğer personellerle olası yer değiştirme durumu)
- Yetki ve sorumluluklar
- Belirli görevlerin yürütülmesi için gerekli nitelikler

Muayenehane personelinde bulunması gereken yeterlilik ve sorumlulukları belirlerken öncelikle, doktorlar, hemşireler ve toplum hemşireleri tarafından; bir konsultan veya uzmana sevk etme, tanısal testlerin tip ve sayısının seçimi, tanısal prosedürlerin seçimi, tedavinin başlatılması ve sürdürülmesi veya klinik operasyon ve işlemlerin uygulanması gibi klinik kararlar alınırken hastaya göre kişisel kararlar almak gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

Muayenehanede güvenli ilaç kullanımına özel bir anlam yüklenir. İlaç, serum ve aşı uygulama yetkisi verilen çalışanların bu işi yapabilecek bilgi ve becerisinin olması gerekir. Ayrıca muhtemel yan etki ve beklenmeyen etkilerin farkında olmaları ve ortaya çıktığında nasıl önleyeceğini de bilmeleri gerekir. Sonuç olarak ilaç uygulamalarıyla ilgili talimatlar yazılı olarak maddeler halinde belirtilmeli ve böylece yetkili personel herhangi bir zamanda gerekli bilgiye ulaşabilmelidir.

Muayenehane personelinin hedeflerine ulaşabilmesi ve diğer muayene ve kuruluşlarla yakın işbirliği yapabilmesi için çalışanların görev tanımlarının (örn. hemşirelik pratiği) açık olarak yapılmış olması gerekir. İyi yönetim uygulamaları net olarak personelin yetki ve sorumluluklarını mümkün olduğu kadar azaltmayı tavsiye etmektedir. Sağlık servislerinin tabiatı gereği muayenehane yöneticisi, personeller arası ilişkilerin raporlanmasına karar verme ihtiyacından sorumludur, örneğin tedavi sonuçları ve hasta memnuniyetine bağlı bir takım çalışması olarak tanımlanan ve anlaşılabilir aile hekimliği uygulamaları gibi.

Görev tanımları resmi olmalıdır. Örneğin yazılı olmalı ve ilgili personelin de bundan haberi olmalıdır. Görev tanımları her iki veya üç yılda bir personelin verilen pozisyonda fiilen yaptığı işlere uyumuna göre gözden geçirilmelidir.

Muayenehane yöneticisi çalışanların aktivitelerini organize etmeli ve günlük veya haftalık programlar yapmalıdır. Bu program, aile hekimliği ofisi çalışma saatlerini, muayene saatlerini, ev ziyaret saatlerini, test için örnek alma saatlerini, aşı programlarını ve konsültasyon zamanlarını içermelidir. Bu program ofiste kabul edilen tüm ana aktiviteleri kapsamalıdır. Bu bilgiler bir duyuru panosuna, çalışanın kartvizitine, tanıtım kitapçığına veya broşürüne (eğer basıldıysa), bunun yanı sıra eğer varsa web sitesine yazılmalıdır.

Sağlık kuruluşlarının özel yapılarını da göz önünde bulundurarak, muayene zamanları sadece randevuyla olmamalı, mümkün olduğunca esnek olmalı aynı zamanda acil gelenler ve uzun görüşme yapılması gerekenler de dikkate alınmalıdır. Telefonla randevu alan hastaların telefonlarını da kaydetmemiz önemlidir. Öyle ki, planlanmamış işlerimiz çıkabilir veya planlanmış işlerimize daha fazla zaman harcamamız gerekebilir. Böylece hastamıza randevusundaki değişiklikleri bildirmemiz mümkün olabilir. Randevular doktorun kendi belirlediği sıraya göre yapılmalıdır (hastalar planlanmış alt gruplara ayrılırlar; randevusu bir önceki vizitte yapılanlar, acele ya da 24 saat saat içinde görülmesi gerekenler ve çok acil yani gelişlerinin ilk 15 dakikası içinde hizmet alması gerekenler gibi). Muayenehanede hastaların randevu alabilmesine imkan sağlayacak sayıda telefon hattı olmalıdır.

Organizasyonel fonksiyonların bir parçası olarak muayenehane başlıca dış işbirlikçilerini de belirlemelidir. Bunlar başlıca sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlayan kurumlar (örneğin, hastaneler, hemşirelik bakım hizmetleri veya sosyal yardımlaşma evleri) ve başka kiminle işbirliği yapması gerekiyorsa onlar olmalıdır. Muayenehane ile dış işbirlikçileri arasında böyle bir ilişkinin başlıca bileşeni bilgi alış verişidir. Bizim amacımız etkili ve güvenli bakım için gerekli bilginin iletimini ve bir başka hasta bakımı yapan hizmet sağlayıcısına transfere imkan sağlayan yöntemler geliştirmek olmalıdır. Bu, özellikle hasta bir uzman veya hastaneye sevk edilirken düşünülür (hasta bilgileri muayenehaneden hastane veya uzmana gönderilir). Bu ayrıca hastanın uzman veya hastaneden muayenehaneye geldiğinde geribildirim olarak epikriziyle gelmesinde de aynı derecede önemlidir. Muayenehaneden sevk edilirken sevk gerekçeleri açık bir şekilde belirtilmeli ve konsültasyon anlamında faydalı olabilecek ve hastanın ileri bakım için kabulünü sağlayacak bilgileri içermelidir. Hasta tarafından aile hekimliği ofisinin doktoruna getirilen taburcu formunda ileri tedavinin açık gerekçeleri olmalıdır. Kurumlar arasındaki hasta transferleri kaydedilmelidir. Bu kayıtlar hasta transferlerinin en sık olduğu uzmanlığı veya hizmeti belirlemek için istatistik yapmaya imkan sağlamalıdır. Hastaneler veya uzmanlardan gönderilen taburcu formları aile hekimliği ofisine hizmet sağlayıcılar üzerinden hastalarının kime sevk edildiği hakkında kişisel bilgilerini elde etme imkanı sağlamalıdır. Uzun dönemde dış işbirlikçilerin hizmet kalitesini ölçmeye imkan sağlamalıdır. Aile hekimliği ofisinin güvenliğini sağlayan ayrı bir işbirlikçi kategorisi de vardır (örneğin itfaiye, gaz şirketi vesaire).

Doktor ile hastanın arasında oluşan kuvvetli bağlar aile hekimliği ofisinin organizasyonunda özel bir rol oynar. Bu bağların oluşturulmasının ön şartlarından biri doktor, hasta ve muayenehane arasında etkili bilgi alış veriş kanallarının geliştirilmesidir. Bunlar randevu zamanları, muayenehane veya evde muayeneler gibi yönetsel bilgilerle tıbbi bilgilerin her ikisini de kapsar. İkinci durumda doktor hastalarına sağlık durumları hakkında uygun bir dille, açık ve anlaşılır bilgiler vermelidir. Kronik hastalık durumunda hasta ve ailesi günlük yapmaları gereken işlemler hakkında tavsiye edilen ilave bilgileri almalıdır (sağlık eğitimi). Aile hekimliği ofisi el

ilanları, broşürler, kendini değerlendirme testleri veya video ve DVD sunuları gibi eğitim materyallerini hasta ve ailelerini eğitmek amacıyla bulundurmalı ve bu eğitimler belli bir plan dahilinde yapılmalıdır. Hastaların, doktorlar ve muayenehane hakkındaki görüşlerini toplamak için imkanlar oluşturmalıdır. Bu konudaki standart aktivite düzenli hasta memnuniyet anketleri yapmak veya merkezle ilgili şikayet ve önerilerin atıldığı bir kutu koymaktır.

Hasta memnuniyet anketleri sosyal bilimlerde uygulanan inceleme yöntemlerini içermelidir (bunlar özellikle örneklem büyüklüğüyle ilgilendirir). Her iki durumda da hastalara değerlendirmeler, şikayetler ve önerileriyle ilgili form doldurduklarında kimin doldurduğunun bilinmeyeceği konusunda garanti verilmelidir. Prosedürler hastaların fikirleri de göz önüne alınarak çözümlenmelidir. Hasta memnuniyet anketlerinin değerlendirmeleri, şikayet ve önerilerin çalışanlarla yapılan toplantılara rehberlik etmesi tavsiye edilmektedir. Bu analizlerden sonra yapılacak muhtemel faaliyetler belgelenmelidir. Hastaların fikirlerinin muayenehanenin geleceği açısından önemini de düşünerek, hasta haklarıyla ilgili tüm ihtiyaçları ofisin organizasyonuna uyarlamasının gerekliliğini vurgulayabiliriz. Merkez çalışanları hastaların onuruna her zaman saygı göstermeye dikkat etmelidirler (özellikle fiziksel, zihinsel veya ekonomik olarak engelli veya yetersiz kişilere hizmet verirken).

Organizasyonel faaliyetlerde muayenehanede standartların ve belge dolaşım yollarının belirlenmiş olması önemlidir. Belgeler iki ana kategoriye ayrılabilir: hastaya ait tıbbi belgeler ve merkezin kendi belgeleri (personel dosyaları da dahil). Muayenehane, bilgilerin kapsamını ve hastanın tıbbi belgelerinde bulunması gerekenleri belirlemelidir. Aşağıdaki bilgileri içeren bir yönerge yayınlanarak bu sağlanabilir:

- Başlıca hasta bilgilerinin listesi
- Her hasta muayenesinde toplanan bilgilerin listesi
- Hastayla ilk görüşmede kaydedilen bilgilerin listesi
- Bilgilerin dağılımı şöyledir:
 - Resepsiyonist tarafından alınan bilgiler
 - Hemşire tarafından alınan bilgiler
 - Doktor tarafından alınan bilgiler

Muayenehanenin belgelerindeki bilgilerin bulunulan ülkenin mevzuatlarına uygun olması gerektiğini vurgulamalıyız.

Talimatlar örnek belgelerle desteklenmelidir. Örnek tıbbi belgeleme ve belge toplama metodları ve güncellemede, anahtar hasta bilgilerinin bir yerde toplanmasına dikkat edilmelidir. Asıl çözüm bir ağ içinde bir çok bilgisayar kullanarak bilgileri elektronik formda toplamaktır. Bu durumda güncellemeler değişik pozisyonlarda yapılabilir. Hasta bilgilerinin güvenliğinden emin olmak için bilgilere erişim, erişim koduyla korunmalıdır. Tıbbi bilgiler (nerede saklandığına bakılmaksızın) hastanın durumu ve ihtiyaçlarını olabildiğince her yönüyle saptamalı, muayenehane çalışanlarının uygulamalarına imkan sağlamalı ve gerekirse yetkili kişi ve organizasyonlar için bulunur hale getirilmelidir.

Personel dosyaları prosedürlere göre uygun bir şekilde korunmalıdır. Bunlar kaybolmaya, hasar görmeye ve yetkisiz kişilerin ulaşımına karşı güvende olmalıdırlar. Dosyalar kilitlenebilir, kuvvetli kutularda (örn. Metal dolaplar) veya kolay ulaşılamayacak bir odada saklanmalıdır. İsterlerse çalışanlara kendi dosyalarını inceleme hakları gereğince dosyaları verilmelidir. Dosyaları bulabilmek için uygun bir açıklama ile ilgili kişilerin kolayca bulması sağlanabilir.

Muayenehanenin acil durumlar için planları olmalıdır:

1. Yangın
2. Gaz kaçağı
3. Patlayıcı tehdidi
4. Yapısal hasar
5. Elektrik kesintisi
6. Su kesilmesi
7. Asansör bozulması (eğer muayenehanede asansör kullanılıyorsa)
8. Diğer aciller

Bu planlar merkezin kendine has özelliklerine uyarlanmalıdır.

Muayenehanenin tahliye planında şunlar olmalı;

- Hasta ve personel tahliye planı
- Uygulanabilir düzenlemelere uyulmalıdır (örneğin alarm çalması)

Tüm çalışanlar plan doğrultusunda eğitilmeli ve tehlikeli durumların yönetiminin farkında olmalı, en azından acil durumlarda ne yapacağını bilmelidirler. Merkezin tahliye planı hastaların ve personelin kolayca ulaşabileceği bir yere asılmalıdır.

MOTİVASYON VE LİDERLİK

Muayenehane yöneticisi çalışanlar için etkili bir teşvik sistemi oluşturmaktan sorumludur. Belirli sağlık bakım hizmeti politikalarını da göz önünde tutarak, bir açıdan personel motivasyonunda finansal teşviğin önemli rolünü akıldan çıkarmadan, diğer yandan güdüleme gibi finansal olmayan faktörlerin kıymetini bilmeliyiz. Muayenehanede çalışanların ücretleri belirlenirken her çalışanın bireysel katkısı ve performansı ile ilişkilendirmek gerekir.

Aile hekimliği ofisi için finansal teşvik planı üzerinde çalışırken öncelikle çalışan grubu olarak tıbbi personelin vasıfları dahil olmak üzere bir çok spesifik özelliği dikkate almalıyız. Tıp uzmanlarının 7 belirgin özelliğini ön plana çıkarabiliriz:

1. Tüm zamanını tıbbi uğraşına ayıran uzmanlar, bunlar temel gelirlerini bu faaliyetlerden sağlarlar.
2. İşlerini hizmet ve meslek olarak algılayanlar.
3. Belirti ve işaretlerle diğer meslek erbabından kolayca ayrılabilen uzmanlar
4. Finansal veya maddi kazanç dışında bir sebeple derneklerde organize olmuş uzmanlar.
5. Bilgi ve becerileri uzun ve karmaşık öğrenim sürecinde kazanmış uzmanlar
6. Uygulamalarında aktif bir tutum içinde olan ve maddi teşviklerin çok uzağında bulunan uzmanlar.
7. Kendi alanlarında bağımsız ve kendi değerlendirmelerine güvenen uzmanlar.

Aşağıdaki fikirlerin tıp profesyonellerini ilgilendirdiğini söyleyebiliriz:

1. Tıp çalışanları çalışma etiğine çok önem verirler (tahmininizin ötesinde) (Madde 2, 3, 4 ve 6).
2. Tıp çalışanları zamanlarının çoğunu profesyonel görevlerine ayırırlar (Madde 1).
3. Tıp çalışanları, kurumları için diğer çalışanların uzun zaman işte kalma motivasyonlarının değerli bir kaynağını (Madde 5) teşkil ederler.

4. Tıp çalışanları karşı oldukları kural ve prosedürleri uygulamak için (tam anlamıyla) zorlanamazlar. Tıp çalışanları onlar tarafından kabul edilebilir olmayan kontrol ölçütlerine bağlanamazlar (Madde 7).

Muayenehanede bir teşvik sistemi oluştururken yukarıdaki özellikleri göz önüne almakta fayda vardır. Bazısı tıp çalışma etiğini hiç üzerine alınmaz ve parasal olmayan teşviğin yerini daha etkili parasal motivasyon alır. Değişiklikler olmasına rağmen muayenehane çalışanları diğer profesyonel grupların yaptığı gibi finansal teşviklere karşılık verirler. Bu şöyle bir örnekle açıklanabilir; 1990'nın ortalarında Norveç'te aile hekimlerinin ücretleri hastanede çalışan meslektaşlarından daha fazla idi. Prestijleri de fazlaydı. Bu iki sebeple (burada söylenmeyen diğer faktörlerin yanı sıra) hastanelere çalışmak için başvuran doktor sayısı azalmıştı. Bu eğilimi geri döndürmek için 1995-1998 arasında hastanelerde ücretler % 30 artırıldı ve bu da hastanelere başvuruları artırdı, aynı zamanda ücret farklılıklarını da azalttı.

Diğer bazı ülkelerde finansal teşviklerin etkinliği hasta kuyruklarının yönetiminde tecrübe edilmiştir.

PARASAL MOTİVASYONDAKİ TUZAKLAR

Bir hekimin mesleğini icra esnasında ona yapılan teşviklerde hatalardan veya basitleştirmelerden kaçınmak için belirli parasal motivasyon tuzaklarına dikkat etmelidir. Bu sebeple gelişmiş sistemlerin tecrübelerinden faydalanmak daha değerlidir.

Amerikan şirketlerinin önemli bir çoğunluğu (% 75), performansa dayalı ödeme sisteminin bir çeşit teşvik stratejilerine başvurduğunu itiraf etmelerine rağmen, yönetimin teorisyenleri ve uygulayıcılarının her ikisinin de bu tür sistemler konusunda çekinceleri vardır.

Ancak havuç ve sopa, davranış ya da tutumda kalıcı değişiklikler elde etmekte çok az etkilidir. "Çok sayıda yapılan araştırmalar bir projenin tamamlanması için (mali) ödül bekleyen insanların bu beklentiye sahip olmayanlar kadar etkin bir şekilde çalışmadığını göstermektedir.

Personelin uygulamalarını teşvik için finansal bir teşvik tercihinin sonucu ortaya çıkabilecek dört potansiyel tehdidi şöyle sıralayabiliriz:

1. Ödüller cezalarla aynı işlevleri yerine getirebilir. İlkenin benimsenmesi ve uygulanması: Eğer böyle yaparsanız ödül kazanacaksınız; bu ayrıca şu anlama da gelebilir (ve çoğu durumda böyledir): bu şekilde yap, aksi takdirde bununla veya bununla yüzleşebilirsin. Bu yorumların her ikisi de yönetici (güç ve kontrol araçlarını elinde tutar) ve işçiler arasında var olan mesafeyi gösterir ve yöneticiler, işçiler için bir şeyler yapar, ancak işçilerle birlikte değil anlamına gelir. Mali olarak ayırt edilmemiş veya ödüllendirilmemiş kişiler cezalandırılmış gibi hissederler.
2. Bedel ve ödülde ayırma, özellikle de takım ya da bireysel olarak işçiler arasında keskin rekabete yol açtığında ekip çalışması ruhunu tahrip edebilir. Bu şirketlerin ya da kurumların başarıları öncelikli olarak takım çalışmaları ile ölçüldüğünde olur ve bu başarılar bireysel olarak işçilerin değildir. Ayrıca, yönetici bedel hakkında ayırtetme kararı verdiğinde (bazılarının ödüllendirilmesi bazılarının ödülü kaybetmesi ya da başarısızların cezalandırılması gibi) yöneticiler ve işçiler arasındaki ilişkiler gerilebilir. İşçiler zorluklarını ve tereddütlerini saklama eğilimi sergileyecekler onlar tam yetkin ve değerli oldukları izlenimi bırakabileceklerdir. Yardım istemek yerine, her şeyin yolunda

ve onların kontrolü altında olduğunu göstermeye çalışacaklardır. Genç doktorların bu durumda ne gibi olumsuz sonuçlara neden olabileceğini herhangi biri kolaylıkla hayal edebilir.

3. Mali teşviklerin aşırı kullanımı; işçilerin risk almada ve diğer (genellikle daha iyi) çözümler aramada motivasyonlarını düşürebilir. Araştırma ve deneylerin sonuçları daha fazla işçinin işlerinde ödül elde etmek için motive olduğunu, onların çoğunun basit görevler almak ve karmaşık olanlardan kaçınmak için çabaladığını göstermiştir. Aynı zamanda işçilerin zorlukları ya da standart olmayan işleri üstlenmeye gönüllü olacağını beklemek ve onların faaliyetlerinde bağımsızlık ve yenilik göstereceklerini düşünmek zordur. Prensibin uygulanması: Bunu yap sana gerçekten prim verilecektir; sonuç olarak işçiler ödüllere daha fazla konsantre (ya da işlerine daha az konsantre) olacaklar. Ödül sistemi, işçileri motive eder ama işçilerin katılımını ve yenilik konularını bir kenara bırakarak, ödül kazanmayı ön plana almasına neden olur.
4. Maaş şeklindeki teşvikler, sadece işsel motivasyondan daha az etkili olmakla kalmaz, aynı zamanda motivasyon erozyonuna da yol açmakla sonuçlanır. Çoğunlukla yönetici işçilerini iyi performans için ödüller gibi finansal teşvikleri düşünmeye ikna eder, daha az sayıda işçi işin kendisiyle ilgilidir.

Biz işçilerin iyi ve adil bir şekilde desteklenmesi gerektiği sonucunu çıkarabiliriz, fakat aynı zamanda yöneticiler işçilerinin finansal teşvikleri unutmalarında da rol almalıdırlar.

Ne yazık ki, böyle bir duruma nasıl ulaşılabacağına dair kanıtlanmış hiçbir reçete veya yöntem yoktur. Biz sadece işçiler için oluşturulacak teşvik sistemlerinin sopa ve havuç psikolojisinden yavaş yavaş daha kompleks eylemlere değiştirilmesi gerektiğini önerebiliriz, örneğin TİK, ya da Tercih, İşbirliği ve Kapsam. İşçilerin günlük işlerinde kendileri tarafından üstlenilen görevlerde karar verme sürecine katılmalarını hassasiyetiyle tavsiye etmek gerekir. İşbirliği, takım çalışmasına (teknik ve örgütsel olarak mümkün ve geçerli olduğu her yerde) imkan sağlamaktır. Bir işin kapsamı, bir işi tamamlamak için işçiler tarafından gerçekleştirilen özel etkinlikler (faaliyet alanlarında) anlamına gelir. Ayrıca, iyi bir iş performansı ve işçilerin daha iyi motive olmaları için, sunulan görevlerin makul olması ilkesi geçerlidir. Hizmetlerin niteliği ve gerekli işçi tipleri nedeniyle, aile hekimliği ofisi bu yaklaşımın uygulanabilmesi için neredeyse ideal bir yerdir.

İşçi motivasyon sistemini zenginleştirmede bir parça rol oynayacak diğer bir eylemi şart koşmak iş ortamında olumlu ve pozitif bir atmosfer oluşturabilir. Yöneticilerin işçileriyle her hafta 3-6 konuşma ve görüşmeye katılmaları, aşağıdakileri gerektirir:

- Etkin işçi motivasyonu için bir koşul, işçilerin ihtiyaçlarının ve tercihlerinin bilinmesidir: Biri işçilere ihtiyaçlarının ve tercihlerinin neler olduğunu sormalıdır (bir ön koşuldur). İşçi ihtiyaçlarını sorgulamak bazen sorunlardan kaçınmak için yardımcı olur. Örneğin, işçi işini mümkün olan en iyi şekilde yapmak istediğinde, işçi kendisinin özel zamanına ek olarak pek çok katkıda bulunur. Eğer ona daha fazla çaba göstermesi için emeğiyle oransız bir şekilde küçük bir bedel ödül yerine sunulursa tamamen amacımızın tersine bir sonuç alırız, örneğin işçi tarafından oldukça negatif duygu ve değerlendirmeler olur: (fark edilir olduğunu hissetmek yerine ihmal edileceğini hisseder). Yöneticiler önemsiz gibi görünen ayrıntılara dikkat etmelidirler: eğer işçiler düzenli personel toplantılarının kendileri için uygun olmadığını belirtiyorlarsa yöneticinin toplantı takviminin işçilerin ihtiyacına göre ayarlanmasına gerek olup olmadığını düşünmesi gerekir.

- Zamanla birileri işçilerin çalışmaya olan ilgileriyle beklentilerindeki değişiklikleri gözlemleyebilir, Amerika'da 1940'lı yıllarda 'işte en çok takdir edilen değerler' üzerine yapılan bir iş araştırma şunu göstermiştir; bir iş yeri seçiminde bir dizi faktörler saptanır, fakat bu ödüller asla işi alma ya da bırakmada yer almaz. 1940' ların sonunda belirleyici faktörler aşağıdakileri içeriyordu: görevlerin yapılması için harcanan emeğin farkına varılması, bir takım olduğunu hissetmek, kontrol hissi ve ilgi çekici bir iş. Ancak 1990' ların ortasında anket sonuçları en önemli şeyin şirkette açık iletişim olduğunu gösterdi. İlginçtir ki, ödül listede 16. sırada yer alıyordu.

Finansal veya maddi teşvikleri abartma eğiliminde olan yöneticiler için pratik göstergelerin bir listesi finansal teşviklerdeki tuzakları ortaya çıkabilir:

1. İşçilerimize maddi motivasyonlar uyguladığımızda (örneğin nakit yerine Pasifik Adalarında tatil veya hisse senedi sunmak) ya da ödülün kriteri veya sunulan ödüllerin seviyelerinin seçimi gibi (örneğin bireylerin yerine takımları ödüllendirmek) teşviğin şeklini değiştirmek yeterli değildir. Bütün benzer durumlarda bizim sistemimiz gerçekte bir çeşit rüşvete dayanmış olur.
2. Problem bu gibi ödüllendirmelerden ibaret değildir, fakat maaşın bir ödüle dönüşmesi veya onlara emredilen şeyi yaptıklarında işçilere daha fazla para sunulması daha fazla yevmiyenin performansa bağlı olması işçi teşvik sisteminde daha fazla zarar meydana getirir.
3. Biz şu soruyu sormayı durdurmalıyız: '*İşçilerin motivasyonları ne kadardır?*' ve şunu sormaya başlamalıyız: '*Senin işçin teşvik sürecinde neden hoşlanıyor?*'. İşçinin içsel motivasyonu (kişi neyi seviyorsa onu yapar) dış motivasyondan (kişi birşeyi bir ödül kazanmak için yapar) oldukça farklıdır.
4. Eğer 'teşvikler', işçilerin gelecekteki davranışlarını değiştirmeyi amaçlıyorsa nakit sunulması motivasyona yol açar, fakat çok az ve geçici bir başarı sağlar. Eğer teşvikler emredilen işin iyi bir performansla yapılmasını gösterme amacındaysa bu tip teşvikler yarışma veya rekabet bağlamında değil kişiye özel bir atmosferde, ikili iletişim yoluyla ve patronluk taslamadan yapılmalıdır.

Başka sözcüklerle ifade etme ve listeyi genişletmek ve daha etkin işçi motivasyonu için uygulama yöneticileri tarafından kullanılabilen diğer bazı pratik tavsiyeler daha etkilidir.

- Motivasyon ilkeleri listesi:

1. İşçilerinize iyi bir iş yaptıklarında teşekkürlerinizi sözlü, yazılı veya her iki yolla bildirin. Bunu gecikmeden, sık ve içtenlikle yapmaya çalışın.
2. Organize edilmiş anlarda işçilerinizle toplantı yapmaya, zaman ayırmaya hazırlıklı olun ve mümkün olduğu kadar sıklıkla onların fikirlerini dinleyin.
3. Bireylere, takımlara ve organizasyon birimlerine onların performansları hakkında görüş bildirin.
4. Açıklık ve güvenle karakterize bir aile hekimliği ofisi ortamı geliştirmeye çalışın. Çalışanları, yeni fikirler ve girişimler sunmak için cesaretlendirin.
5. Çalışanlarınıza aile hekimliği ofisinin finansal durumu ve benimsediği stratejiler hakkında bilgi verin. Konuşurken stratejinizin uygulanmasında onların yerlerini ve rollerini göstermeye çalışın.
6. Çalışanlarınızı özellikle de kendileriyle direk ilgili kararlar alındığında karar alma sürecine dahil etmelisiniz.

7. Aile hekimliği ofisinin işleyişi ile ilgili onların paylaştığı endişeler ne olursa olsun çalışanlarınızı gerçeklerin farkına varmasını sağlayın.
8. Çalışanları kendi performansları ile orantılı olarak değerlendirip, dllendirin ve destekleyin.
9. Çalışanlarınızın gelişmesi ve yeni beceriler kazanması için seçenekler oluşturun. Muayenehanenin bütün hedeflerine ulaşılmasına katkı sağlayacak bu tür niyetlerine ulaşma yolunda onlara yardımcı olabileceğinizi gösterin.
10. Bireylerin ya da grupların tüm uygulama boyunca başarılarını kutlayın.

Maaş harici motivasyon; öncelikli olarak işyerinde hoş ve dostça bir ortam güvencesi, personellerin niteliklerini sürekli iyileştirme programları ve onların mesleki tatminini yerine getirebilmek için imkanlar oluşturmak şeklinde olabilir.

Düzenli (yani planlı ve programlı) personel toplantıları, takım çalışması ruhu oluşturmak için önemli bir uygulamadır. Bu tarz toplantılar en azından bir çeyrek saat yer almalıdır. Amaçları güncel konular (operasyonel konular), aile hekimliği ofisi faaliyetleri, eğitim bileşenleri (rneğin nitelik geliştirme stratejisi üzerine eğitim, hastalarla iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve takım içinde anlaşmazlıkların üzülmesi veya kriz yönetimi) veya geleceğe yönelik plan ve amaçların tartışması olabilir. İyi hazırlanmış tıbbi ve tıbbi olmayan personel toplantılarının faydalarından bazıları, görev koordinasyonu, yönetim ve çalışanlar arasında daha iyi bilgi alişverişi ve karşılıklı anlayış alanları oluşturmaya kolaylaştırmaktır.

Eğer bu toplantılar somut düzenlemeler ya da sonuçlarla tamamlanırsa bunlar düzgün bir şekilde kaydedilmeli ve belgelendirilmelidir. Aile hekimliği muayenehanesinde, mümkünse tüm personelin katılımı ile sürekli nitelik geliştirme eğitimleri planlanmalıdır.

Eğitim konusu, öncelikle, mesleki bilgi ve beceri konularında olabileceği gibi personel ile hasta ya da personeller arası ilişkilerin iyileştirilmesine yönelik tamamen daha genel konuları da içerebilir.

Eğitimin ilk alanı aşağıdakileri içerebilir:

- tanı ve tedavi prosedürleri
- ilk yardımın pratik olarak sağlanması
- kaliteyi artırma

İyi yönetim uygulamaları amacı bir yandan muayenehanedeki çalışma ilişkilerinin kalitesine bir bakış açısı sağlarken diğer taraftan hizmet kalitesinin düzeyi açısından, kişiler arası gerekli iletişim becerilerinin geliştirilmesi konusunda eğitim yapmanın yararlı olduğunu göstermektir. Bunun için eğitim ikinci bir alan oluşturacaktır. Personel eğitimi (i ve / veya dış eğitim kurslarına katılım, konferans vb.) eşitli şekillerde yer alabilir ve belgelendirilmesi gerekir. Doktorlar ve hemşirelerin, mesleki ve tıbbi bilgilerini tazeleme kurslarına katılmaları, katılımcıların kişisel dosyalarında kayıt altına alınmalıdır.

KONTROL

Kontrol muayenehane yöneticisinin yerini getirdiği dördüncü ve son yönetim işlevidir. Bu aile hekimliği ofisinin varsayılan hedeflerini gerçekleştirip gerçekleştiremediğini kontrol yöntemlerinden biridir. Genelleştirilirse, bir kuruluşun kontrol hizmeti kuruluşun evre koşullarında ki değerlişiklere nasıl yanıt verdiğini ortaya koyar.

Kontrol dar olarak çalışanlar ve ofisin performansını değerlendirmek için, idari kurallar, prosedürler ve politikaların bürokratik denetim veya uygulaması olarak tanımlanabilir. Kontrol

daha geniş anlayışla, ortak görünüşleri, normlar, gelenekler, ritüeller ya da inançlar gibi faktörler tarafından şekillendirilmiş işçi tutum ve davranış (grup kontrolü de denir), alanlarını da içerir.

Kontrol süreci dört aşamaya ayrılır:

- Etkili performans standartlarının oluşturulması,
- Performans ölçümü,
- Performansın standartlar ile karşılaştırılması,
- Düzeltici eylemlerin uygulanması.

Aile hekimliği ofisi yönetimi tarafından çalışma standartları oluşturulurken, personel görüşlerine de yer verilmelidir. Bu standartların oluşturulmasında aşağıdaki değişkenler dikkate alınır:

- Miktarı (muayene sayısı, danışma ve görüşmeler),
- Kalite,
- İş performansı/ harcanan zaman (ortalama ziyaret zamanı gibi),
- Maliyetler.

Performans ölçümü; gözlem, performans kayıtları, sözlü veya yazılı rapor ve istatistik temelinde yapılmalıdır. Varsayılan standartlar ile performans karşılaştırılması, aile hekimliği ofisi yönetimi tarafından yapılır ve personele böyle bir karşılaştırma sonuçları iletilir. Burada, ilk çözülmesi gereken varsayılan standartlardaki sapmaların kabul edilebilirliğidir. Kontrol sürecinin son ve aynı derecede önemli bir adımı da ele alınan çalışanın varsayılan standarttan uzak performansı olması durumunda verimliliği artırmak veya düzeltici eylemler yapabilmesi için ofis yöneticisinden net bir motivasyon alabilmesidir. Bu aşamada herhangi bir eylem veya başladığımız eylem başarısızlıkla sonuçlanabilir (her zaman kabul edilen eylemlerin maliyetleri ve faydaları dengeleme ilkesini hesaba katmalı) ya da verilen performans standardının revizyonu gerekebilir.

Kontrol hedefleri aşağıdaki gibi:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• aile hekimliği ofisi maddi kaynakları• çalışanlar• bilgi• mali kaynaklar |
|---|

İlk malzemeler düşünülür, örneğin, ofis ekipmanları, mobilya ve altyapı gibi. Bilgi kontrolü, doğal olarak, tıbbi ve tıbbi olmayan belgeleri içerir dokümantasyon ile ilgilidir. Mali kaynaklar, organizasyon için önemleri nedeniyle kontrolde ayrı bir alanı oluşturmaktadır. Burada, bütçe kontrolü esastır, nakit rakamlar ve diğer ölçülebilir göstergeler olarak ifade edilen bir plan bütçedir: örneğin ziyaret ve konsültasyon sayıları, tıbbi malzeme veya harcanan elektrik miktarları. Bütçeler, işçi ve organizasyonel birimlerin performans ölçümü için zemin oluştururlar. Bunlar dört temel işlevleri yerine getirmektedir:

- yöneticilerin kaynak ve araçları koordine etmesine yardım;
- kontrol standartları tanımlamak için yardım;
- organizasyon kaynaklarının kullanımı için gerekçeler sağlanması;
- organizasyon yöneticilerine ve birimlerin performansını değerlendirmelerine izin verir.

"Bütçe" terimi ile hemen bir mali plan çağrıştırıyor olsa da, teoride bu terimin daha geniş bir anlamı olduğunu hatırlamak gerekir ve biz bütçeleri birkaç çeşide ayırabiliriz:

- mali (nakit kaynakları ve kullanımı gösteriliyor)
- çalışma (hizmet miktarları organizasyonu ve bu amaç için hangi mali kaynaklar yer alacak).
- parasal olmayan (planlı operasyonların parasal olmayan boyutları, saat başına veya gün başına hasta sayısı gibi).

Bütçeler, organizasyon birimleri arasında etkin kontrol, koordinasyon ve iletişime katkıda bulunur ve bu anlamda organizasyonun etkinliğinin artırılmasını kolaylaştırır. Ancak, bütçeleri sıkı gözlem, yenilik veya organizasyon değişikliklerinden caydırıcı olabilir ve oluşturulmakta olan bütçeler daha fazla çaba gerektirebilir. Bütçeyi kontrol etmek için ek olarak, biz de diğer finansal kontrol araçlarından, örneğin mali plan performansından yararlanabiliriz. Mali kaynakları kontrol etmek için, bilanço ve nakit akış tablosunu kullanabilirsiniz. Bilanço kesim tarihi itibarıyla mali durumunu sunar. Nakit akış tablolarının ölçüsü belirtilen süre içinde nakit giriş ve çıkışlarını sunar. Ayrıca kontrol amacıyla (örneğin, likidite, faaliyet, karlılık ve borç oranları) oran analizi kullanabilirsiniz. Büyük grup çalışmaları, aynı zamanda denetim veya bağımsız denetçiler tarafından yapılan muayenehanede uygulanan idari, muhasebe ve mali prosedürleri değerlendirebilirsiniz.

Genellikle, aşağıdaki kontrol türleri görülebilir:

- önceden kontrol, harcama öncesi kontrol (organizasyonu gelecekte ortaya çıkabilecek sorunlara karşı korumak için),
- refakat kontrolü (kontrol işlemi yapılırken)
- harcama sonrası kontrol.

İyi planlanmış bir kontrol özellikleri:

- doğruluk
- kontrolün uygun zamanlaması
- ekonomik kontrol sistemi
- esneklik
- anlaşılabilirlik
- makuliyet kriterleri
- stratejik yerleştirme kontrolü
- istisnalar üzerinde vurgu
- kriterler paketi
- düzeltici işlemler yapma

Kesinlik, varsayılan standartlara (veya değerlendirme kriterlerine), öngörülen etkinliğin (ya da tanımlanan hedefin) kesin olarak ulaşıp ulaşılmadığını bir referans çerçevesinde hassas olarak değerlendirilmesi anlamına gelir. Uygun kontrol zamanlaması, kayıt sonuçları için izin verilen süre (harcama sonrası kontrol tipi hariç), tüm sürecin tamamlanmasından önce bile düzeltici önlemleri almaya imkan sağlar. Kontrol sisteminde, ekonomik açıdan, böyle kontrol işlemlerinin maliyetinin belirli bir olayın kontrol kaybıyla oluşan başarısızlık durumunda aile hekimliği ofisinin ödeyebileceği kayıpların değerini asla aşmaması gerektiği anlaşılmaktadır. Kontrol prosedürleri ve ölçütleri, kontrol edilene rehberlik için uygulanır. Anlaşılır olmalı ve rasyonellik şartını yerine getirilmelidir. Kontrolün stratejik konumu bir yandan yöneticinin faaliyetlerine yüksek statü (veya

önem) atfeder diğer yandan muayenehanenin seçilmiş ve temel (stratejik) yönlerinden kaynaklanır. İstisnalar hakkında kontrol olayının bir sonucu olarak bulunan problemlerin üzerine çaba ve kaynakların yoğunlaşması gerektiğinin anlaşılmasına özel vurgulanmıştır, ancak bunlar muayenehane için sıradan sorunlar olmamalıdır. Biz belirli bir olay için kabul edilen kriterlerin reddedilmezlik ilkesine göre, burada kontrol sürecinde (bir kontrol durumunda uygulanan tek bir kriterle karşı olunduğu gibi) kullanılan kriterler demetinin önemini vurgulamalıyız.

Kontrol faaliyetleri, iyi bir gelecek için planlar yapmakta vazgeçilmez bilgiler sağlar. Kontrol olmadan, uygulama hedeflerinin ne ölçüde yerine getirildiğini belirlemek mümkün değildir. İyi planlanmış ve yönetilmiş kontrol faaliyetleri yapılan hataların sayısını veya hataların birikimini azaltmaya imkan sağlar, bizim yaşamın karmaşıklığı ile daha iyi başa çıkmamıza izin verir ve maliyet azaltmayı kolaylaştırır.

Yöneticilik deneyimleri açıkça gösterir ki, her kuruluştaki kontrole karşı olan çalışanları belirleyebiliriz, özellikle:

- aşırı kontrol edildiklerini düşünürler,
- kontrolün kötü yönetildiğine inanmışlardır, (çok geniş veya çok dar bir denetim kapsamı veya sayısal kriterlere aşırı ağırlık verildi),
- kontrol ödülleri verimsizliği (istenmeyen bir şekilde),
- kendilerine verilen aşırı sorumluluktan memnun değildirler.

İyi yönetim uygulamaları kontrole karşı olan çalışanların direncini en etkili şekilde azaltmak için en etkili tarzın kontrol sistemi geliştirirken kabul edilebilir bir prosedür uygulamak olduğunu belirtiyorlar. Buna ek olarak, diğer iki araç önerilir: çalışanların kontrol sistemi geliştirme çalışmalarına katılmaya teşvik edilmesi ve değerlendirme standartları ile göstergeleri doğrulama prosedürlerinin uygulanması.

Sonuç olarak, şunu vurgulamalıyız; kontrol prosedürleri aile hekimliği ofisi personelinin planlı eylemlerinin ve düzenlemelerinin hedefi haline gelmeli ki, denetim etkin bir şekilde yapılabilir. Şunu da belirtmek gerekir ki, bir muayenehanenin kontrol sistemi yapısında çalışanların katılımı diğer faaliyetler için de genişletilebilir, bunlar: planlama, organizasyon ve motivasyon. Böylece, kontrol muayenehane de arkadaşlık ilişkisinin oluşmasını da kolaylaştıracaktır. Bu süreç doğru çalıştırılırsa, olumlu sonuçlar gelecektir.

KAYNAKLAR

Borkowska-Kalwas T, Paczkowska M. Problemy listy oczekujących pacjentów w Australii. Krakow: Zdrowie i Zarządzanie, 2003:2.

Brecon DJ, Lancaster B, Harvey JS. Community Health Education: Settings, Roles; and Skills for the 21st Century. An Aspen Publication, 1994.

Chwierut S, Kulis M, Stylo W, Wojcik D. Elementy zarządzania finansowego w ochronie zdrowia. Krakow: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", 2000.

Daft LD. Management. Second Edition. The Dryden Press, 1991.

Deal J. Workplace Atmosphere: The Ultimate Competitive Advantage? www.dealconsulting.com/business/workplace.html 2003.

Holt DH. Management. Principles and Practices. Second Edition. Prentice Hall, 1990. Klich J, Kautsch M, Campbell P. Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie. Krakow:Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", 1998.

Kohn A, Punished by Rewards: The Trouble with Gold Stars, Incentive Plans, A's, Praise, and Other Bribes. Houghton Mifflin, 1999.

Koontz H, O'Donnell C, Weihrich H. Management. Eight Edition. McGraw-Hill Book Company, 1984.

Nelson B. Dump the Cash, Load on the Praise. Personnel Journal/ACC Communications, Inc., 1996.

BÖLÜM 9: PROJE VE YAYIN GELİŞTİRME

Adam Windak, Witold Lukas

Çeviri: Seçkin Özkanlar, Fatih Akçay

İnsanlar birbirine yardım etmelidir, bu doğanın kanunudur.

(La Fontaine)

Çeşitli tıbbi eğitim aşamalarında aile hekimliği eğitiminin amacı kendi görevlerinin, sorumluluklarının ve mümkün olan en üst düzeyde temel bakımı sağlama becerilerinin tam olarak farkında olabilecek tecrübeli hekimler yetiştirmek olmalıdır. Birçok eğitim planında, eğitim metotlarının unsurlarından birisi, bağımsız ve üretken eğitim çalışması yapmak sonrasında rapor hazırlamaktır. Kursiyerler bu tip görevlerle mezuniyet sonrası eğitim aşamalarında sıklıkla karşılaşır. Bununla birlikte, bazı eğitim müfredatlarında, kısa bir raporun ya da çalışmanın hazırlanması mezuniyet öncesi öğrenci eğitim müfredatının bir parçasıdır. Projelerin geliştirilmesi ve yayınların hazırlanması kendini eğitime ya da bilimsel aktivitelere adayacak olan aile hekimlerinin mesleki gelişiminin de ayrılmaz bir parçasıdır. Bununla beraber, böyle görevler sürekli tıbbi eğitimin ya da daha güzel bir ifadeyle aile hekimlerinin sürekli mesleki gelişiminin giderek artan bir parçası haline gelmiştir.

Proje hazırlama ve yönetiminin uzun süreli ve çok aşamalı süreçleri genellikle bir rapor ya da bir yayın ile taçlanır. Mezuniyet öncesinde yapılan bu raporlar ya da yayınlar aile hekimliğine özgü olarak seçilmiş olan eğitimin amacının başarılmasına yönlendirilen kısa egzersizlerdir. Ailesi ve çevresi göz önünde bulundurularak seçilen bir hastanın sağlık durumunun incelenmesi böyle bir çalışmaya örnek olabilir. Profesyonel olarak çalışmakta olan aile hekimleri tarafından yerine getirilen projeler pratik boyutu daha fazladır. Genellikle, bunlar belirli bir alandaki hasta bakımının geliştirilmesi ya da araştırma çalışması bağlamında aile hekimliğinin bir disiplin olarak geliştirilmesi amacına hizmet ederler. Bunlar doktorun mesleki ve bilimsel kariyerinin gelişmesine dahil olan unsurlardır.

Mezuniyet sonrası eğitim alanında, farklı bazı amaçlar bir araştırma projesinin yürütülmesi ya da kalitesinin geliştirilmesi ile ilgili olabilir. Araştırma ve pratik amaçlar geri planda tutulur ve bu sayede açıkça eğitim amaçları için bir alan oluşturulur. Bir aile hekiminin mezuniyet sonrası eğitim süresi, aile hekimliğindeki araştırma çalışmalarının temel metotlarına aşına hale gelmesi için geçen bir süredir. Gelecekteki mesleki çalışmalarda bazı aile hekimleri aktif olarak katılabilecekleri araştırmayı planladıkları ve geliştirdikleri zaman, araştırma çalışması prensipleri ile ilgili olan eğitiminin bilgeliği hakkında da araştırmalar yapılabilir. Her aile hekimi pratisyeninin, güncel tıp bilgisi ile uyumlu olarak kendi çalışmasını başardığı gerçeği birileri tarafından kabul edildiğinde yanıt açık hale gelir ve hekim devamlı bir şekilde kendi gelişimini takip etmek zorundadır. Bu meslek grubu için tasarlanan yayınların sayısı fazladır. Ne yazık ki, bunların bazılarının gerçek seviyesi istenilenden oldukça uzaktır. Böyle yayınların değerini belirlemede ilk adım okuma,

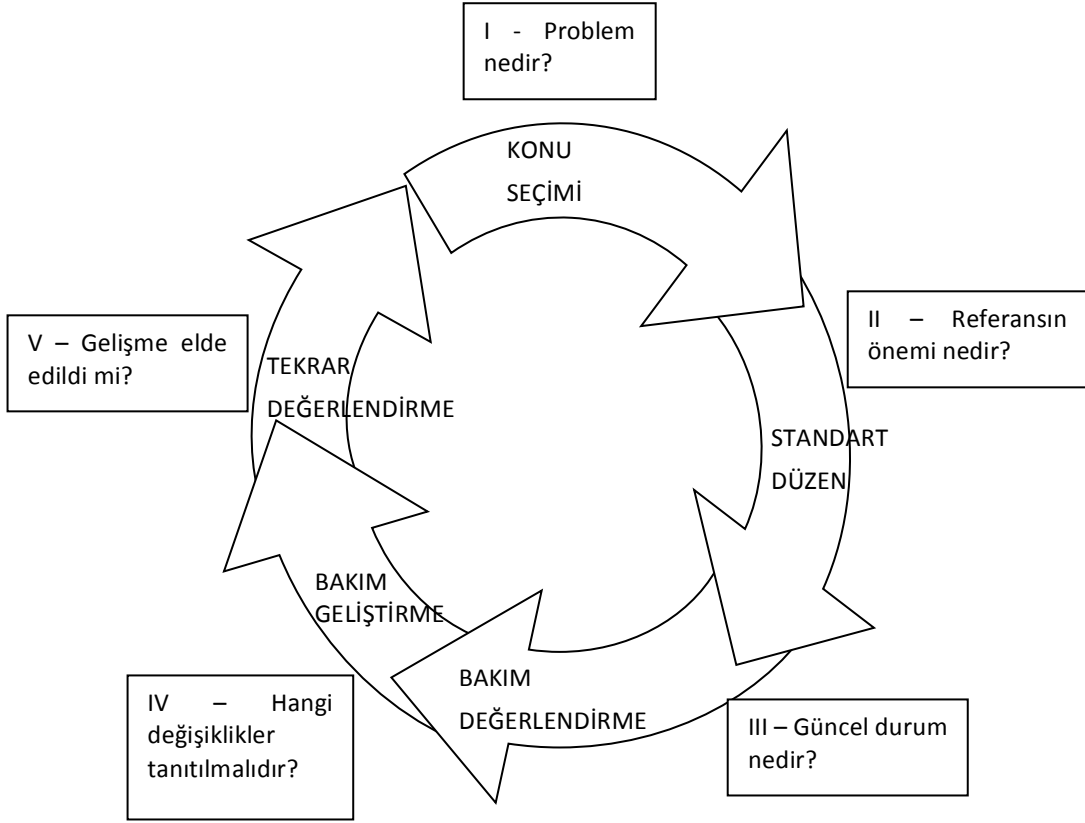
gözden geçirme ve değerlendirme yetenekleridir. Birçok enstitü bu alanda faydalı ve alana özel eğitimler vermektedir. Tıbbi yayınların eleştirel değerlendirmesi hakkındaki kurslar bazı tıp okullarının mezuniyet öncesi eğitim müfredatlarına dahil edilmiştir. Mezuniyet sonrası eğitim kursunda bir araştırma projesinin geliştirilmesiyle kursiyer tarafından konuların harmanlanıp öğrenilmesi sağlanmalıdır. Metod ve materyalin belirlenmesi, verilerin elde edilmesi ve analizi ve yayına hazırlık ile ilgili olan sorular ve hipotezleri içeren aşamalar temel sağlık bakımı hakkındaki pratik uygulamayı, sadece araştırma planını ve geliştirmeyi değil aynı zamanda araştırma çalışmasının metodolojisini anlamayı da içermektedir. Bakım(care) kalitesinin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi hakkındaki projeler araştırmada kullanılanlara benzer gereç ve yöntemler kullanırken, ortalama bir eğitimden oldukça fazla pratik özelliklere sahip olmalıdır. Her kalite geliştirilmesi aşamasının ayrılmaz bir unsurunu oluşturan iyileştirici aktivitelerden dolayı bu böyledir. Kalite değerlendirilmesi ve geliştirilmesi bilgisi ve onları kullanma becerisi her aile hekimi için önkoşul olan yeteneklerdir. Mezuniyet sonrası eğitim süreci o alandaki uzmanlığını gerçekleştirilebilmek için geçen bir süredir.

Eğiticinin bu alandaki rolü aile hekimliği dışındaki alanlardan pek de farklı değildir. Ayrıca burada, yetişkin eğitimi teorisinin ilkeleri geçerlidir. Aile hekimliği uygulamasındaki kursiyerin ya da eğiticinin sorumlulukları diğerlerinde olduğu gibi bir araştırma proje önerisi konusu olabilecek potansiyel alanları ve konuları belirlemeyi içerir. Bununla birlikte, konunun nihai olarak belirlenmesi kursiyer tarafından yapılmalıdır. Seçilen spesifik bir konunun potansiyel sonuçlarının farkına vardırılması eğiticinin görevidir. Metodoloji seçiminde yardım, proje geliştirilmesinde danışmanlık ya da makalenin sonuçlarının belirlenmesi ve çalışılması sonraki görevler olacaktır. Kursiyer için projeyi yapmak veya çok fazla yardım teklif etmek eğitici için bir hata olabilir.

Her durumda, temel istatistik metotları bilgisini içeren birçok konuyu kapsayan teorik altyapıyı sağlamak gereklidir. Eğitici kursiyeri aile hekimi eğitim merkezleri ya da akademik kütüphanelerdeki bilgi kaynaklarına yönlendirebilmelidir. Temel referans kitaplar ve elektronik veri tabanı her aile hekimi tarafından ulaşılabilir ve bu aile hekimliği alanındaki genç hekimlerin eğitimi için bir zorunluluk olmalıdır. Birçok durumda, eğiticinin desteği kursiyerin projeyi yerine getirebilmesi için daha geniş bilgiye ya da yeteneğe sahip olabilecek kişileri tavsiye etmelidir. İstenilen uzman tıbbın dar bir alanında uzmanlaşmış bir otorite anlamına gelmek zorunda değildir. Diğer bir aile hekimi, bir hemşire ya da yönetici böyle bir uzman olabilir. Diğer durumlarda, bir istatistikçinin yardımı, bir metodolojist ya da bir kütüphaneci gerekli olanı sağlayabilir. Her halükarda, kursiyerin ilgili kişi ile iletişime geçmesine yardım etmek çok önemlidir.

Her bir aşamada iyi dengelenmiş ve yeterli geri bildirim özellikle önem arz eder. Geri bildirim sistematik karakteri bütün aşamaların başarısı için çok önemlidir. Projenin ilerlemesinin gözden geçirilmesi için en başından itibaren düzenli toplantılar yapmak iyi bir uygulamadır. Toplantı süresi ve sıklığı, bir taraftan proje dönemine ve görevlere bağlıken diğer taraftan kursiyer tarafından başarılan özerklik, akıcılık ve bitirilen görevlere de bağlıdır. Bu öğelerin değerlendirilmesine bağlı olarak eğitici, planlanan toplantıların sıklığını tekrar değiştirebilir. Bu toplantıların idari amacı kursiyere çalışması hakkında tavsiyelerde bulunmak ve ilerlemeleri kolaylaştıracak ipuçları vermektir. Verilen her karar ve ulaşılan mutabakat her seferinde kaydedilmelidir ve dosyalanmalıdır. Bu gibi bir işlem, proje yönetimini bariz bir şekilde kolaylaştırır. Her projenin son aşamasındaki temel nokta raporun ya da çalışmanın iyi bir şekilde sonuçlanmasını sağlamaktır. Altın kural, metin son halini alıncaya kadar tekrarlı bir şekilde revizyondan geçirmektir. Metin üzerinde hataları silmek, yeni metin ilave etmek, tablo şekillerini

çizmek, bu aşamada kursiyer için hatalı bir alışkanlık olur. Bir başka versiyonun revizyonu için yorumları ve önerileri metnin kenar boşluklarına yazmak ve bu sayede kursiyerin kendi düzeltmelerini kendisinin yapmasını sağlamak daha iyidir. Böyle bir yaklaşım kural olarak hataları ve kusurları daha iyi anlamayı ve gelecekte bunlardan kaçınma potansiyelini sağlayabilir.



Şekil. 9.1. Kalite gelişim döngüsü

BİR KALİTE GELİŞTİRME PROJESİNİN PLANLANMASI VE UYGULANMASI

Aile hekimliği uygulamasında hemen hemen her kalite geliştirme projesinin temeli klasik kalite gelişim döngüsüdür. En basit şekliyle, birbirini takip eden beş aşamayı içeren döngü Şekil 9.1.'de gösterildiği gibidir.

Bir kalite gelişim programı planına ve uygulamasına başlandığında, kursiyer verilen alanda mevcut olan bütün kuralları gözlemlemek zorundadır. Bu kuralların bilinmesi sadece yürütülmekte olan projenin başarısızlığı ile değil aynı zamanda çoğunlukla kursiyerin eğitiminin başarısızlığıyla da sonuçlanabilen hatalara karşı kendimizi korumamız için gerekli bir durumdur. Kalite gelişim

programını uygulamaya başlamadan önce, direkt olarak eğitim aşamalarını takip eden eğitici ya da öğretmen, kursiyerin kalite gelişim döngüsünü teorik olarak bildiğinden ve muayenehanede kullanabildiğinden emin olmak zorundadır. Bu amaç için, birkaç toplantı yapılması gerekmektedir ve bu toplantıların içeriği ve süresi eğiticinin ve kursiyerin bilgi ve deneyimine bağlı olarak değişir. Bütün projede ilk ve temel unsur proje konusunun seçilmesi olacaktır. Eğer kursiyer böyle bir projenin geliştirilmesi konusunda ilk defa hazırlanıyorsa (çoğu durumlarda bu söz konusudur), seçilen konu, göreceli olarak basit ve mevcut kaynaklarla sınırlı ve planlanan zamanda tamamlanabilen bir proje olmalıdır. Sık yapılan bir hata çok hırslı ya da çok sayıda insan veya büyük finansal bütçe gerektiren çok kapsamlı bir konu seçmektir. Bu unsurların eksikliği bütün projenin başarısızlığına katkı sağlar. Basit ve tamamlanan bir proje hırslı ama asla tamamlanamamış bir projeden çok daha iyidir. “Küçük güzeldir” sözü bu durumda yüzde yüz doğru gibi gözükmektedir. Bir kalite gelişim döngüsü konusu, yapılan seçimin doğruluğunu haklı çıkaracak özellikleri bulundurmalıdır. Bunların en önemlileri Tablo 9.1’de gösterilmektedir.

Sıra	Özellik	Önem
1.	Uygunluk	Seçilen konu her gün tıpta karşılaşılan önemli ve gerçek bir problemdir.
2.	Yapılabilirlik	Seçilen konu mevcut yollar ve kaynaklarla çözülebilen bir problemdir.
3.	Sıklık	Problem sık görülür ve bu yüzden çözüldüğünde bakım kalite gelişimini etkiler
4.	Ölçülebilirlik	Güvenilir bir yol ile problemin boyutunu ölçmemizi sağlayan ölçüm araçları ve metotları vardır.
5.	Faydalılık	Belirli yolların ve kaynakların katkısıyla problemi çözmek, dikkate değer ve maliyet-fayda ilişkisi ölçülebilen faydaları sağlar.

Tablo 9.1. Kalite gelişim döngüsü altında geliştirilecek olan konuların istenilen özellikleri

Daima hasta açısından önemli olan özel konulara öncelik verilmesi gereği de konuları seçerken göz önünde bulundurulmalıdır. Bu tarz konular problemleri çözebilir, bakım faydalılığını geliştirecek olan değişiklikleri ortaya çıkartabilir ve hastanın sağlık durumu konusunda hastayı memnun edebilir. Mevcut bilimsel deliller ile konunun önemini doğrulayan analizler konu seçiminden önce gelmelidir. Bu nedenle, konuyla direkt ya da dolaylı olarak ilgili olan bilimsel yayınlara aşina olmak gerekir. Özellikle elektronik bilimsel veritabanlarının ulaşılabilirliği bu işi önemli oranda kolaylaştırır. Veritabanı araştırmalarının sonuçları kursiyerin konu seçimi hakkında karar verebilmesi için en temel önceliklerden birini oluşturur. Bu işin üstesinden gelebilmesi için, kursiyer elde edilen yayın materyallerini eleştirel bir şekilde gözden geçirebilme yeteneğine sahip olmalıdır. Bu alanda uzmanlaşmış eğitim de mevcuttur. Bununla birlikte, bu konuda eğiticinin yardımı da sıklıkla gereklidir.

Kalite gelişim döngüsü uygulamasındaki bir başka adım da seçilen alandaki bakım kalitesinin değerlendirilebilmesi için referans noktalarını oluşturacak olan standartları belirlemektir. Bu standartların doğru olarak belirlenmesi bakım kalitesi değerlendirilme yöntemleri ile uyum olan

doğru ve güvenilir ölçümlere izin veren kriterlerle beraber belirlenebilecek en kullanışlı göstergelerdir. Göstergelerin seçilebilmesi verilen ölçüm aracının ulaşılabilirliğine bağlıdır. Temel eğitsel amaçlar için uygulanan bir kalite gelişim projesinde optimum göstergelerin kullanımı her zaman mümkün olmayabilir. Birçok durumda, göstergelerin daha basit, ucuz ve daha ulaşılabilir olanlarla değiştirmek gerekebilir. Bu bağlamda seçilen parametreyi (geçerlilik) ölçmeye devam eden göstergeyi ve aynı sonuçları (güvenilirlik) veren performans ölçümlerini sağlayan bir uzlaşma kabul edilebilir. Gösterge seçiminde kabul edilebilir uzlaşmaya bir örnek diyabetli bir hastanın bakım kalitesinin değerlendirilmesinde asetillenmiş glikoz yerine kan glikoz seviyesinin seçilmesi olabilir. Asetillenmiş glikoz hidrokarbon metabolizması hastalıklarının durumunu daha iyi yansıtmasına rağmen, kalite gelişim programının varsayımları ve metodolojisi açısından kan glikoz seviyesi de kullanışlı bir gösterge ile ilgili beklentileri karşılar. Bu kolayca ulaşılabilen, ölçülebilene ve biyomedikal boyuta sahip ve hasta bakımı için iyice tanımlanmış bir durumdur. Seçilmiş bir göstergeye belirli bir numara vermek standart belirlemek için gerekli bir kriterdir. Bir standardın onay alması problem oluşturabilir ve kabul edilmesi çok sayıda kompleks şartlara bağlı olacaktır. Gösterge(belirteç)nin ve ilgili kriterlerin seçilmesi o alanda mevcut olan bilimsel delillere göre en üst düzeyde yapılmalıdır. Muayenehanede, güvenilir medikal yöntem rehberlerine başvurmak faydalı olabilir.

Proje için seçilen alandaki mevcut uygulamanın değerlendirilmesi için değerlendirme materyal ve metodunun net bir şekilde belirlenmesini gerekir. İncelenen popülasyonun seçilmesi de oldukça önemlidir. Eğer projenin konusu göreceli olarak küçük bir hasta popülasyonu ile ilgili ise, bütün hasta popülasyonunu çalışmaya dahil etmek mümkündür. 90 ve üzeri yaştaki hastaların ev bakım kalitesinin geliştirilmesinin amaçlandığı aktiviteler buna bir örnek olabilir. Ortalama hekim uygulamasında böyle hastaların sayısı doğal olarak fazla olmayacaktır ve bu sayede değerlendirmede bütün hastaların çalışmaya dahil edilmesi mümkün olabilir. Hipertansiyon ya da okul çağı çocukları örneklerinde olduğu gibi seçilen konunun geniş kitleleri ilgilendirdiği durumlar da sıklıkla olabilir. Tüm hastaları içeren böyle bir durumda mevcut uygulamanın belirlenmesi sadece çok zor olmaz aynı zamanda gereksizdir. Çoğu kez, popülasyonun bir kısmını incelemek yeterlidir. Örnek seçim metodunun, incelenmekte olan popülasyondaki fenomenden (olay,olgu) elde edilen bulgular doğrultusunda sonuç çıkarmaya elverişli olması oldukça önemlidir. Bu seçimin ilgilendirdiği kadarıyla, araştırmalardaki altın standart rastgele (random sample) örneklem olarak isimlendirilmektedir. Kalite geliştirme projelerinde, rastgele örnekleme başvurmak her zaman gerekli değildir. Genellikle sistematik ya da en uygun olan test kullanılabilir. Örneğin büyüklüğü ve türü problemin tipine, incelenen popülasyonun büyüklüğüne ve değişkenlerin türüne ve sayısına bağlıdır. Diğer bir konu ölçüm metotlarıdır. Biyomedikal parametreler (örneğin: boy, ağırlık, kan glikoz seviyesi, kan basınç düzeyi) ile ilgili olarak, bakım kalitesinin değerlendirilmesine başarılı bir şekilde uygulanabilen (periyodik kalibrasyonları yapılan ve rutin kullanımda gerekli olan) basit ölçüm aletleri (örneğin: metre, terazi, glikometre, tansiyon aleti) kalite bakım kalitesinin değerlendirilmesinde başarılı bir şekilde uygulanabilir. Benzer şekilde, hastanın konsültasyon ya da bu tarz bir hizmet için bekleme süreleri kolayca ölçülebilene bir faktördür. Seçilen konunun türünden dolayı tatmin düzeyi ve hayat kalitesi düzeyi gibi psiko-sosyal boyutu olan parametrelerin ölçümü oldukça zordur. Elbette, bu alan dahi kendine uygun ölçüm araçlarına (testler, anketler v.b.) sahiptir. Bununla birlikte, bunlar her zaman evrensel karaktere sahip değildirler. Genellikle bunlar pratisyenimizin çalışma şartlarından farklı olan kültürel ve sosyal faktörlerle koşullanmış özel bir durum ile ilişkilidirler. Ölçümün geçerliliği ve güvenilirliğini sağlamak için, böyle araçların kullanılması onların yerel şartlara adapte edilmelerini gerektirir. Açıkçası, herkesin kendi ölçüm aracını (örneğin: bir anket) oluşturması her zaman

mümkündür. Bununla birlikte, böyle bir aracın muayenehanede kullanışlı olabilmesi için daima geçerlilik (gerçekten oluşturulduğu parametreleri ölçüp ölçmediği) ve güvenilirlik (her seferinde ölçüm aracının kullanımı aynı şartlarda aynı sonuçları verip vermediği) testlerinden geçmelidir. Proje gelişiminin bu aşamasında halledilmesi gereken bir diğer önemli konu verilerin toplanması ve analiz edilmesidir. Hem veri toplanmasını hem de analizini mümkün kılan bilgisayarların yaygın olarak kullanımı bu işi büyük ölçüde kolaylaştırmaktadır. Bununla birlikte, bilgisayar sistemlerine verilerin girilmesinden önce, veriler standardize edilebilmeleri ve sıralanabilmeleri için genellikle ön işleme tabi tutulmalıdır. Bu amaçla, basit formlar çok kullanışlı olabilir ve bu formların hazırlanması değerlendirme aşamasına başlamadan önce çok yardımcı olabilir. Verilerin analizi ve bulguların sunulması istatistik ve bilgi teknolojisi alanında uzmanlık bilgi ve becerisi gerektirmektedir. basit hesaplamalar (örneğin: ortalama, medyan, standart sapma) tabii ki herhangi bir kursiyer tarafından yapılabilir. Daha ileri seviyedeki hesaplamalar bir istatistikçinin profesyonel yardımını gerektirebilir, fakat daha tecrübeli bir meslektaştan yardım almak da yeterli olabilir.

Proje gelişiminin diğer bir aşamasında, kursiyer bakım kalitesinin geliştirilmesi için bir plan hazırlar ve uygular. Planın kapsamı ve detayları eğiticinin onayını gerektirmektedir. Kural olarak, bu plan ilgili merciler (practice manager) tarafında da onaylanmalıdır. Eğer yürürlüğe konulan bu plan diğer personeli de içeriyorsa, onlar da kendi görevlerini öğrenmelidir ve kabul etmelidirler. Bu kabullenmenin düzeyi birçok faktöre ve amaçlanan değişikliklerin yaygın alışkanlıkları ve bugünkü uygulamaları etkileme oranına bağlı olacaktır. Kursiyer tarafından projede büyük değişikliklerin önerilmesi imkansız değil fakat oldukça zordur. Bu da karar verici organların ve ilgili idari birimlerin hedeflenen değişikliklerin uygulamaya değer olduğuna ikna edilmelerine bağlıdır. Pratik olarak ifade edilirse, erken dönemden hatta konu seçiminden itibaren ilgili herkesi proje hakkında yeterince bilgilendirmek personelin hedeflenen değişiklikleri kabullenmesini daha kolaylaştıracaktır. Proje gelişiminin ilerlemesi hakkında sık aralıklarla bilgilendirmek bu amacı fazlasıyla kolaylaştırabilir (örneğin personel toplantıları sırasında). Projenin bu aşamasında eğitici için en temel görevlerden birisi, istenen onayı elde edebilmesi için kursiyerin projede hedeflediği değişiklikleri akılcı bir şekilde değerlendirilmesine yardım etmek ve kursiyere gereken desteği sağlamaktır. Plan geliştirme daima uygulama planı ile ilgili temel konuların tanımını içeren kısa ve özlü bir doküman şeklinde olmalıdır. Basit bir plan geliştirme yapısı ve içerikleri Tablo 9.2.'de gösterilmektedir.

Sayı	Bölüm	İçerik
1.	Amaç	plandaki hedeflenen değişikliklerin takdim edilmesi Kalite gelişim döngüsünün ikinci aşamasında tanımlanan bir standart;
2.	Engeller	istenen bakım seviyesine ulaşmayı imkansızlaştıran yürürlükteki sınırlamalar
3.	Müdahale	Mevcut engellerin üstesinden gelebilmek için planlanan aktivitelerin genel tanımı
4.	Görevler	Uygulanan planın geliştirilmesinde ilgili üyelere görevlerin detaylı taksimatı
5.	Kaynaklar	Planda belirtilen görevlerin geliştirilmesi için gerekli olan

		zaman, insan ve mali kaynak
6.	Takvim	Aşamalardaki aktivitelerin aşamaları ve tam zaman dağılımı
7.	Gözlem	Değerlendirmelerin evrelendirilmesine izin veren süreç kontrol sisteminin tanımlanması

Tablo 9.2. Kalite gelişim planının yapısı

Projenin beşinci ve sonuncu aşaması değişikliklerin uygulanma süresini takiben yapılan bakım kalitesinin tekrar değerlendirilmesidir. Tekrar değerlendirmenin temel amacı tanıtılan değişikliklerin seçilen alanda hasta bakım standardını “geliştirip geliştirmedeği” ve “nereye kadar” geliştirdiği ve tahmin edilen standardın başarıyla başarılmadığı gibi sorulara cevap bulmaktır. Bu soruları cevaplandırmak için, ilk değerlendirmede kullanılan aynı ölçüm metodunu kullanmak gerekir. Ayrıca test örneğinin seçilmesindeki yol da aynı olmalıdır. Ancak; önceki aşamalarda güvenilir ve en modern şekilde başarıya ulaşılmasının sağladığı destek ile bu aşamada elde edilen muvaffakiyet, kursiyerin problemlerle nispeten daha az karşılaşmasına neden olur.

Proje gelişiminin başarısının belgelenmesi en önemli amaç değildir. Sıklıkla engeller çok yüksek, kaynaklar yetersiz ve proje standartları aşırı iddalıdır. Projenin geliştirilmesi her şeyden önce aile hekimliği uygulamasında kalite gelişim döngüsünün prensipleri ve tekniklerine kursiyerin aşına olmasına bağlıdır. Proje geliştirilmesinde kursiyer bakım konularının kalitesine sistematik bir yaklaşımın avantajları ve faydalarının yanı sıra bu bağlamda engellerin de olduğunun farkında olmalıdır. Her kalite gelişim projesi kendi uygulamasını ve sonuçlarını belgeleyen bir raporla tamamlanmalıdır. Küçük çaplı fakat iyi uygulanmış projeler bile konferans ya da yayın konusu olabilir. Avrupa ülkelerinin çoğunda konferans tebliğini, bilgi değişimini ve bakım kalitesinin gelişimi ve izlenmesini teşvik eden konularla ilgilenen aile hekimlerini hedefleyen çok sayıda mesleki dergi vardır. Proje sonuçlarının bir dergide ya da kongrede tebliğ formunda yayınlanması önemli derecede proje sonuçlarını güçlendirir aynı zamanda kursiyer, eğitici ve proje geliştirilmesine dahil olan herkesi memnun eder.

ARAŞTIRMA PROJESİNİN PLANLANMASI VE GELİŞTİRİLMESİ

Tıbbın sürekli ilerleyişi birinci basamak sağlık hizmeti hekimleri için sürekli kendilerini geliştirmeleri doğrultusunda itici kuvvet durumundadır ve bu hekimlerin mesleki yönden donanımlarını artırmalarını sağlar ve ayrıca onları kendi uygulamalarını çalışma/araştırma olarak değerlendirmeye teşvik eder.

Bir aile hekimi kendi uygulamalarından istifade ederek araştırma girişiminde bulunmak istiyorsa eldeki imkanlarla ne tür bir araştırma yapabileceğini dikkatli bir şekilde ele almalıdır. Üst düzey aile hekimleri tarafından yapılan faranjit, grip ve bel ağrısı gibi yaygın hastalıkların ve sağlık problemlerinin bilimsel açıdan daha az bilinip analiz edildiği gerçeğini ortaya koyan gözlemler geçerliliğini hala sürdürmektedir. Aile hekimleri uzun süreli hasta gözlemi yapabilmek için hastalarının aile ve çevre altyapılarının da göz önünde bulundurulabildiği eşsiz bir fırsata sahiptirler. Burada hatırlatılması gereken bir şey bütün popülasyonu yansıtan rastgele örnekleme ve birçok araştırma merkezli projeler için yürütülen büyük hasta gruplarının referansı hakkındaki gözlemler aile hekimi bakımında küçük hasta gruplarını ilgilendirmek zorunda değildir. Aile hekimliği uygulamasının spesifik yapısı tedavi gibi uygulamalara hastanın bireysel yanıtının analiz

edilmesini sağlayan küçük hasta gruplarında araştırma yapmayı mümkün hale getirmektedir. Böyle araştırma aktivitelerinin sadece aile hekimi tarafından değil aynı zamanda hasta tarafından da kabul edilmesi gerekliliği hatırlanmalıdır ve bu sayede günlük uygulamayla bir arada yürütülebilir.

Kursiyer tarafından bir araştırma projesi hazırlamaya başlandığında, kursiyer ilgili alandaki bilgisini kontrol etmelidir. Bir projenin hazırlanması bir başlangıç aşamasının göz önüne alınmasını gerektirir. Bu aşamada konuların her şeyden önce uygulamanın önemi, bağlantısı, sadeliği ve proje bütçesinin dikkate alınması gibi belli kriterler bağlamında bir analizinin yapılması da gerekmektedir. İlave olarak, konu seçilince araştırmanın sonuçlarının kime gönderileceği düşünölmelidir: sadece aile hekimlerine mi, ya da diğer tıp disiplinlerini ilgilendiren geniş bir topluma mı? Eğer bir araştırma problemi disiplinler arası bir doğaya sahipse, sadece aile hekimleri için mi yoksa diğer uzmanlar tarafında da mı ilginç bulunup bulunmadığı düşünölmelidir. Bu planlama aşamasında, çeşitli veri tabanları kullanılarak literatürün gözden geçirilmesi gerekir. Eğitici kursiyere ilk önce özetlerin ya da tam metin raporların kısa bir gözden geçirilebilmesi için Medline ya da Proquest veritabanlarının kullanımını tavsiye etmelidir. Eğitici Medline tarafından desteklenen ve herkes tarafından ulaşılabilen bir veri tabanı olan PubMed'in kullanımını da tavsiye etmelidir. EBM kurallarına göre literatürlerin gözden geçirildiği Cochrane kütüphane veritabanını kullanan farklı yazarlar tarafından paylaşılan görüşlerin de teyit edilmesi gereklidir. Yukarıda sözü edilen popüler veritabanlarına ilave olarak, SCI (Scientific Citation Index), Ginetest, Gateway ve Mbase gibi ulaşılabilir pek çok veritabanı vardır. Bu veritabanlarının kullanımı kursiyerin çözmek istediği araştırma probleminin iyi bir şekilde gözden geçirilmesine izin verecektir. Eğiticinin kursiyeri daha önceki çalışmalarda oluşan tartışmalı ya da karmaşık gerçekleri ayırt etmesi için tutarsızlıklar ya da uyumsuzlukları tekrar düşünme konusunda teşvik etmesi tavsiye edilir. Kursiyerin bu araştırmayı yapmayı niye isteği ve neden gerekli olduğu sorusuna açıkça cevap vermek gerekir. Ayrıca, daha spesifik olarak, kursiyere neyi incelemek istediği, araştırmayı yürütüp yürütemeyeceği, uygun araştırma metodunu seçip seçemeyeceği, bir kontrol grubu belirlemek için gerekli kuralları ve araştırmanın sonuçlarının hangi şekilde paylaşılacağını bilip bilmediği sorulmalıdır. Bu araştırmacıya araştırma konusunun son şeklinin belirlenmesinde cevaplanacak olan detaylı soruların bir listesini hazırlamasında yardım eder. Sıklıkla, bir araştırma konusu sadece eğitici ve kursiyer tarafından değil aynı zamanda projedeki bütün aile hekimleri tarafından da yapılmalıdır. Bununla birlikte, görüşler hem proje üyeleri hem de diğer uzmanlar arasında tartışılmalıdır. Hem eğitici hem de kursiyer gözlem tekniklerini, ampirik, sosyolojik ya da istatistik metotları doğru bir şekilde uygulayabilmek için sürekli olarak kendilerini geliştirmelidirler. Bir araştırma projesi geliştirileceği ve belirleneceği zaman, diğer üyeler (hemşireler, sosyal yardım uzmanları, idari personel) göz önünde bulundurulmalıdır. Bunlar detayların analizi konusunda fazla meraklı kişiler olarak tanımlanabilirler, ve düzenlemelere, bildirilere ve test sonuçlarının yanı sıra tıptaki bilimsel kanıtlara açık olan kişisel yatkınlığa sahiptirler. Özetle, kursiyer, eğiticinin yardımıyla bir araştırma projesini geliştirmek için ve araştırma hakkında bilgi toplama ve ilgili yayın ve prosedürlerini anlamak için iyi hazırlanmalıdır. Ayrıca araştırmaya harcanan zamanın yönetimi ve İyi Klinik Uygulamaları (İKU) prensiplerinin öğrenilmesi konusunda hazırlıklı olmalıdır.

ARAŞTIRMA RUHU NEREDE ARANMALIDIR?

Aile hekimlerinin günlük uygulamalarından kendi araştırma konularını tasarlayabildikleri konusu tarihsel olarak iyi bir şekilde belgelenmiştir. Hasta gözlemi dikkate alınması gereken, daha derin bir analiz ve kaynak çalışmalarını gerektirecek problemleri, açığa çıkarır. Aile hekimliği

uygulamasında bir çok problem araştırma aktiviteleri için konu olabilir. Böyle problemlere birkaç örnek verilecek olursa: ev ziyaretleri, uzman danışmanlık ve faaliyet alanı, disiplinler arası bakım sistemi altında paylaşılan bakım, laboratuvar ve görüntüleme testlerinin kullanılması, koruyucu programlar, aile hekimliği uygulaması işlemleri ile ilgili kalite taramaları ve vakaların epidemiyolojisi. Belirli hastalıklar ya da semptomlar ile aile döngüsü arasındaki ilişkinin belirlenmesi ilgi çekici olabilir.

Aşağıdaki araştırma aktiviteleri aile hekimliği alanında en sık planlananlar olabilir:

1. tanı,
2. tedavi,
3. prognoz,
4. toplum sağlığı faaliyetleri ve korunma
5. hayat kalitesi

Yukarıda bahsedilen araştırma talimatlarından bağımsız olarak, aile hekimi kendi uygulamasında gözlemediği her ilginç vakayı ifade edebileceği imkanı dikkate almalıdır.

Tanı ile ilgili çalışma çok fazla durumu kapsayabilir bunlar hastalığın ciddiyet derecesinin hesaplanması, hastalığın süresi, potansiyel tanı zorluklarına neden olan hastalığın klinik bulgularını değiştiren faktörlerin değerlendirilmesi, yeni tanı metotlarının değerlendirilmesi (özellikle aile hekimi tarafından kullanılabilirlik durumu), duyarlılık ve spesifik karakterleri açısından inceleme testinin değerlendirilmesi, pozitif ve negatif tahminler, referans test ya da altın standart ile tanı yönteminin karşılaştırılmasıdır. Araştırma konusu için dahil edilme ve çıkarma kriterlerini belirlemek önemlidir. İncelenecek olan gruptaki bütün hastaların hastalığın aynı aşamasında ve tedavinin aynı seviyesinde olduğunun belirlenmesi de önemlidir.

Büyük üniversite merkezlerinde çok popüler olan **tedavi** hakkındaki araştırma çalışmalarının aile hekimliği uygulamasında yapılması birçok nedenden dolayı karşılaştırmalı olarak güçtür. Her şeyden önce, uygulama belirli standartlara uymalıdır ve araştırma ekibi İKU şartlarını takip etmelidir. Hastanın araştırmaya dahil edilmesine rıza göstermesinin sağlanması ve yeni ilaçların uygulanması ya da test edilmesi sırasında muhtemel olarak karşılaşılabilecek olan tehlikeler ve yan etkiler hakkında bilgilendirilmesi özellikle önem taşımaktadır. Bu nedenlerden dolayı, sigorta sözleşmesi ve diğer bazı resmi durumlarda oluşan icralar için doğacak olan zorunluluklar proje sponsoru tarafından karşılanmalıdır, yani inceleme raporunun ve klinik kayıt dosyalarının doldurulmasının yanı sıra etik onayın alınması gerekmektedir. Sıklıkla, aile hekimliği uygulamalarında, üçüncü aşama araştırma çalışmalarının yürütülmesidir. Bunlar birkaç kişiden binlerce hastaya kadar olabilir. Böyle araştırma aktiviteleri yeni bir ilacın onaylanmasından önce gelir. Ayrıca, aile hekimliği uygulamalarında, ilacın etkinliğinin ya da yan etkilerin oluşmasının değerlendirilebilmesi için dördüncü aşama araştırma planı altında uzun süreli gözlemler yürütülmelidir.

Prognoz hakkındaki araştırma çalışmalarında, hasta gözlemi uygun uzun periyotlarda esnek bir şekilde yürütülür ve hasta grubunun spesifik karakteristiklerinin gözlenmesini ve seçilmiş kontrol parametrelerinin değerlendirilmesini içerir.

İlerleme ve korunma hakkındaki araştırmalar aile hekiminin temel ilgi alanı olmalıdır. Sağlık bakım sistemindeki aile hekiminin yeterlilik alanı ve üstlendiği rol onu sağlık gelişim programlarını yerine getirmesi için yatkın hale getirir. Sağlık programının değerlendirilmesinin etkiliği için

kullanılacak olan göstergelerin listesini belirlemek temel problemdir. Bu bazı zorluklar oluşturur. Bununla birlikte, programa dahil edilen hastaların listesi, hasta grubuna uygulanacak olan test sonuçları (örneğin sağlıklı beslenme prensipleri) ve eğitilmiş hastaların katılım listesi gibi göstergelerin en uygun seçiminin yapılmasına eğitici ve kursiyer arasındaki kapsamlı bir tartışma ile katkı sağlamalıdır. Hasta popülasyonu uygulamasındaki koruyucu önlemler (tarama testi gibi) bu tip değerlendirme için spesifik olan temel kriterleri karşılamalıdır. Uygulanan testteki tahmini göstergenin duyarlılığı ve spesifik karakteri ile ilgili olan bilginin gerekli olacağı açıktır.

Araştırma çalışmalarının diğer bir deneme grubu da **hastanın hayat kalitesinin** değerlendirilmesidir. Bu durumda, hayat kalitesini ölçmek için tasarlanan çeşitli anketleri kullanan aile hekimleri bu anketlerin yazarlarının rızasını almalıdırlar (başka birinin anketini kullanma durumunda) ya da pilot çalışmalarla kendi anketlerini standardize etmelidirler.

Özellikle aile hekimliği uygulamasındaki tercih edilen durumlar bir **vaka çalışmasının** hazırlanması olabilir. Böyle bir çalışmanın konusu ne olabilir? Bunlar ender karşılaşılan hastalıklar, klinik görünümü belirsizleştiren aynı anda karşılaşılan birkaç hastalık, tanı ve tedavi güçlüklerinin sunulması, nadir komplikasyonlar ya da tedaviye karşı gelişen nadir reaksiyonları içermelidir. Bir vaka çalışmasının temel amacı gelecekte benzer bir klinik bir durumla karşılaşılabilecekleri gerçeği konusunda diğer doktorları uyarmaktır. Tanımlanan vaka özel bir mesaj içermelidir, örneğin gözden kaçırma ya da yanlış tanı ya da spesifik klinik durumlarda tanı ve tedavi konusunda kararlılığı vurgulamak olabilir. Yukarıdaki bilgiler birinin uygulama yolunda bir araştırma yönetiminin bilinçli seçimini kolaylaştıracak bir rehber olarak sunulmalıdır.

ARAŞTIRMA İŞLEMİNİN PLANLANMASI VE UYGULANMASI

Araştırmacının metodolojik olarak farkındalığı, sağlam bir araştırma işlemi garantilemenin esasını oluşturur. Basit bir şekilde ifade edecek olursak, bir araştırma işlemi şu aşamalardan oluşur: fikrin oluşturulması, somutlaştırma, işlemsel yaklaşım, karşılaştırma ve uygulamadır. İşlemin süreklilik zorunluluğunun olmadığı ifade edilmesi gerekir.

Fikrin oluşturulması, problemin düşünülmesi ve bilgi ile deneyim arasındaki çelişki ile ilgilidir ve bunun bir araştırma sorusuna dönüştürülmesi şeklinde ifade edilebilir. Eğer bir soru doğru bir şekilde yerleştirilmezse, araştırma işleminin başlatılmadığına hükmedilebilir.

Somutlaştırma aşamasında, problem durumunda oluşan bağıl değişkenler ile yanıtlar arasındaki ilişkilerin sırasının incelenmesi ve düzenlenmesi birbirini takip etmelidir.

İşlemsel yaklaşım değişkenlerin ölçülmesi ve ölçüm imkanları ile ilgili olan değerlendirmelerdir.

Karşılaştırma aşamasında, bir araştırma hipotezinin kabul edilmesini ya da ret edilmesini sağlayan yöntemler uygulanmaktadır. Hipotez formüle edilmeye başlandığında, bir araştırma hipotezinin çalışma konusu/konuları ile bağıl değişkenler arasındaki ilişkiden bahsetmesi gerektiği hatırlanmalıdır. Bir hipotezin test edilmesi, kabaca, neden ve sonuç ilişkisinin test edilmesinden ibarettir. Karşılaştırma fazının son amacı hipotezin doğrulanması aşamasına yönelik olarak bir araştırmanın kabulü ya da reddidir. Hipotezin doğrulanması çok aşamalı işlemidir, ve aşağıda gösterilen kısımlardan oluşur:

- araştırmanın düzenlenmesi (deneysel ya da deneysel olmayan),
- veri seçim kuralları çerçevesinde temel verilerin toplanması işlemi,
- bir hipotezin kabul ya da ret durumlarının belirlenmesi (istatistik testlerin seçilmesi)

Yukarıdaki yöntemler hipotezimizi kabul ya da reddetmemiz için bir karar vermемizi sağlar.

Verilen bir durumda uygulanabilen araştırmanın türünün seçilmesi gerekir. Eğitici, kursiyer ile verilen problemin hangi model ile inceleneceğini karşılıklı konuşmalıdır. Bu modeller:

- deneysel olmayan modeller (gözlem),
- deneysel modeller – tam ya da kısmi (deneysel benzeyen).

Gözlem modellerinin temelini popülasyonun karakteri ve bu popülasyonun spesifik özelliklerin görülme sıklığının belirlenmesi oluşturur. Bu modeller, araştırmacının müdahalesi olmaksızın, kesin ve orta derecede objektif olarak, spesifik olayların planlanmasından ve sistematik algıdan oluşmaktadır. Bir araştırma hipotezinin içerikleri ile karşılaştırılan deneyim rast gele örnekleme (bir deneye benzeyen) uygulanması ya da bunun ihmal edilmesi ile oluşturulan **deneysel bir araştırma modeli** şeklinde düzenlenmelidir. Bu şekildeki bir araştırma tam olarak tanımlanmış kontrollü durumlarda ve doğru bir şekilde hazırlanmış olan plana uygun olacak şekilde kaydedilen olayların başlamasından oluşur. Bu şekilde elde edilen veriler de, doğrulanmakta olan araştırma hipotezinin kabul edilmesini ya da reddedilmesini sağlayan daha kesin materyallerdir.

Uygulama hipotez testinden elde edilen sonuçların düzenlenmesi anlamına gelir. Sonuçlar düzenlenebilir ve fikir oluşturma aşamasında kabul edilen problemi kaynak gösterebilir. Bazen başka bir çözümü araştırmak gerekir ve nihayetinde problem fikrini oluşturmayı ve metodolojik varsayımları değiştirmeyi de gerektirir. Sonuç olarak, araştırma sonuçları tanıtılabilir ve diğer bilimsel ve faydalı alanlarda verimli bir şekilde kullanılabilir.

Metodoloji, araştırma çalışmasının çok kritik bir parçasıdır. Yanlış bir şekilde uygulanan araştırma metodolojisi bilimsel dergilerin editörleri tarafından araştırma makalesinin reddedilmesinin en sık karşılaşılan nedenlerinden birisidir. En sık uygulanan araştırma metotları ise şunlardır:

- randomize klinik çalışma,
- kohort çalışmaları,
- vaka-kontrol çalışmaları,
- kesitsel çalışmalar.

Sıklıkla müdahale ve deneysel testler olarak isimlendirilen **randomize çalışmalar** yıllardır tıbbın birçok konusunu anlamamızı sağlayan en değerli bilgi kaynağı olmuşlardır. Bu testler plasebo alan bir grup ile spesifik tanı ve tedavi yöntemi olan diğer bir grup hastalarda yapılır. RKÇ de çeşitli seçeneklerle kör testler uygulanır.

En yaygın olarak ileriye yönelik olan **kohort çalışmaları** seçilen bir hasta grubunun gözlemlenmesini (genellikle uzun süreli) amaçlar. Bu çalışmalar zaman alır ve pahalıdır ve bunlar belirlenen bir hastalık süresince yeni semptomların olduğu durumların gözlenmesi için takibin yapılabilmesini sağlar. Bu çalışmalar hastalığın seyrinden sorumlu faktörlerin belirlenmesine katkıda bulunurlar. Bunların belli bir çeşidi olan longitudinal çalışmalar, çok uzun bir süre hastalığın doğal sürecinin takip edilmesini sağlar.

Olgu-kontrol çalışmaları, deney grupları ile kontrol gruplarının karşılaştırılması işlemidir ve retrospektif karakterdedirler. Bunlar deney grubu ile kontrol grupları arasındaki farklılıkların belirlenmesini sağlarlar. Olgu-kontrol çalışmaları, göreceli olarak ucuzdurlar ve yukarıdakiler kadar zaman istemezler, bu nedenlerden dolayı çok verimlidirler. Bunlar bazı faktörlere maruz kalınma ve bu faktörlerin etkileri arasında geniş bir aralık olduğunda uygulanır.

Kesitsel çalışmalar (ya da eş zamanlı çalışmalar) bir problemin (örneğin biyomedikal ya da demografik parametre) aynı zaman birimi içinde ve büyük bir grupta incelenmesini sağlar. Bu

çalışmalarda şimdiki zamanda uygulanır ve tek başına yürütülürler. Bunlar göreceli olarak kolaydırlar, kısa sürelidirler ve ucuzdırlar.

Aile hekimliği uygulamasında yukarıdaki metotların her birisini uygulamak mümkündür ve hekimler olgu-kontrol çalışmaları, kesitsel çalışmalar ve olgu çalışmalarını tercih etmektedirler.

Araştırmanın bir parçasını geliştirme sürecinde diğer önemli bir problem **deney grubunun seçilmesidir**. Bu nedenden dolayı, grup seçim metodu (bilinçli ya da rastgele seçim) ve grup büyüklüğü dikkate alınmalıdır. Tek ya da çok yönlü toplulukların rastgele seçilmesi randomizasyon (tek test, bir plasebo olan çift-kör test) kuralları göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Yukarıda bahsedildiği gibi, deney ve kontrol gruplarının seçilmesi araştırma çalışmasının çok önemli bir aşamasını oluşturur. Deney grupları kendi demografik özellikleri ile ilgili olarak karşılaştırılabilir olmalıdır ve bu özelliklerin dağılımı en normal şekilde olmalıdır. Ayrıca, bölgesel soy, sağlık bakım servisleri ve tanıları hesaba katılarak deney gruplarının seçilmesi hayati derecede önemlidir. Bu durumlar yerine getirildiğinde, (örneğin terapötik etkileri ve hasta ile doktor arasındaki işbirliği açısından) deney ve kontrol grupları karşılaştırılabilir. Deney grubunu seçme kuralları aşağıda sunulmaktadır. Seçim dört temel kategoriye ayrılır: basit rastgele seçim, tabakalı rastgele seçim, paket rastgele seçim ve sistematik seçim.

Basit rastgele seçim sıklıkla tıbbi araştırmalarda kullanılmaktadır. Bu seçim deney birimleri sayılabilir, rakamsal ve rastgele numaralı tablolardan seçildiğinde meydana gelir. Bu metot örneğin aile hekimliği içindeki vakaların hikayesini seçmek/belirlemek için uygulanabilir. Birçok dış faktörün etkisinin elimine edilmesinin mümkün olmadığı ve özellikle bu faktörlerin hepsi aynı biçimde olmadığı durumlarda, deney grubunun **tabakalı rastgele örnekleme** yapılması gerekir. Çoğu kez, bir olayın şiddetinin değerlendirilmesi istendiğinde iki tabaka şeklinde (örneğin: kadınlar ve erkekler, gençler ve yaşlılar) analiz edilmesi çok önemlidir. Buna göre, analiz edilen her tabakada, deney grubunun rastgele seçimi uygulanır. Deney grubunun rastgele seçimi geniş bir alanda (şehir, bölge, ülke gibi) mümkün olmadığı durumlarda bu seçim işlemi için bölgedeki okullar, klinikler ya da hastaneler gibi kamu hizmet kuruluşları deney amacı doğrultusunda kullanılabilir.

Örneğin küme örnekleme metodu, seyahat giderlerini azaltarak araştırma maliyetinin azalmasını sağlar. Test edilen unsurların tam listesinin olduğu durumda, sistematik deneysel grup seçimi yapılabilir ve bu sayede, deneysel grup için normal dağılım sağlanabilir, örneğin belli bir sıralama için resepsiyon ofisine müracaat eden her üçüncü şahsın çalışmaya dahil edilmesi veya özellikle yaş gruplarında her on beş hastada bir hasta seçimi gibi. Deneysel hastaların sayısı uygun şekilde fazla olmalıdır ve mümkün olduğunca homojen dağılım göstermelidir bu sayede orijinal araştırma sorusuna yanıt vermek mümkün olur.

Araştırma sonuçları istatistiksel analize tabi tutulmalı ve tablolar ve şekiller halinde uygulanan metodun türüne bağlı olarak düzenlenmelidir. Hekimler için yazılan birçok el kitabında, özel istatistiksel testler veya spesifik istatistiksel programlarla ilgili detaylı bilgiler oldukça fazladır ve bu bölümünde ele alınmayacaktır.

YAYINLANACAK OLAN BİR MAKALENİN HAZIRLANMASI İLE İLGİLİ YORUMLAR

Orijinal araştırma bulgularının sunum çalışması (uygun bir başliğa sahip olmasının yanı sıra) şu kısımları içermelidir: giriş, amaç, materyal ve metot, bulgular, tartışma ve sonuç. **Makale başliğının** düzenlenmesi esastır. Hekimlerin çoğunun sadece makalelerin başliğını, küçük bir

kesimin özeti ve sadece çok az bir kısmının ise bütün makaleyi okumasından dolayı, başlık belirli özellikler olmalıdır. Bunların en önemlileri: Başlık basit (basit olan daha iyidir), öz ve göreceli olarak kısa olmalıdır ve 10-12 kelimedenden daha uzun olmamalıdır (kısa olan daha iyidir). Ayrıca, başlık klinik olarak önemli olmalıdır, yanlış ya da sıkıcı olmamalıdır ve merak uyandırmalıdır.

Giriş oldukça kısa olmalıdır, araştırmacının dikkatinin yoğunlaştığı araştırma alanındaki mevcut eserler hakkında bilgi vermelidir. Araştırma çalışmasını haklı çıkaran çelişkiler, eksiklikler, güncel ihtiyaçlar da gösterilmelidir. Girişin son bölümü bu bağlamda şekillendirilen konu seçiminin ve araştırmanın amaçlarının gerekçesini içermelidir.

Materyal ve Metot çok kesin olarak tanımlanmalıdır. Bu bölümde grubun seçilmesi, grup büyüklüğü ve kontrol grubunun özellikleri ile ilgili prensipler dikkate alınmalıdır. Metot araştırma kapsamının ihtiyaçlarına göre iyi bir şekilde kurgulanmalı ve uyarlanmalıdır. Araştırma araç gereçleri yaygın olarak kabul edilmeli ve standartlara uygun olmalıdır. Bir kişinin kendi araştırma araçlarını kullandığı durumlarda, bunların duyarlılığı, kendine özgü özellikleri, doğruluğu ve ihtimal yetenekleri düşünülerek detaylı bir şekilde tanımlanmış olması gerekir. Yeni metotlar tanımlanan bir referans metotla (altın standart metot) karşılaştırılmalıdır.

Araştırma bulguları iyi tanımlanmalı ve uygulanan ölçüm metotları yaygın olarak kabul edilen metotlar olmalıdır. Ayrıntılı olarak hazırlanmış olan istatistiksel bulgular araştırmacıya diğer yazarların bulguları ile kendi bulgularının yazılı bir karşılaştırmasının yapılabilmesi imkanını sağlar.

Tartışma bölümü araştırmanın niçin makalede sunulduğu şekliyle yapıldığını ve yeni bir araştırma metodunun kullanılması durumunda niye bu araştırma metodunun (diğerinin yerine) uyguladığının gerekçelerini içermelidir. Tartışma metot seçimini haklı çıkartacak şekilde sunulmalıdır. Tartışma çalışmada elde edilen en önemli kazançların bir özeti ile sonlanmalıdır. Bu bölüm spesifik araştırma metotlarının uygulanmasından kaynaklanan problemlerin bir eleştirisini de içermelidir. Bu bölüm güncel bulguların önceki çalışmalara atıfta bulunmasını da sağlamalıdır. Bu bölümün son parçasında, tartışma yürütülen araştırmanın klinik ve pratik sonuçlarını içermelidir.

Sonuç olarak, araştırma ekibi sonuçları düzenlemek zorundadırlar. Bu sonuçlar araştırmada elde edilen kanıtlardan kaynaklanmalıdır, genel olmasındansa spesifik olmalıdır ve önceki çalışmalar göz önünde bulundurularak ihtiyatlı davranılmalıdır fakat yeterli sayıda materyali olan rastgele kör-test çalışmalar söz konusuysa da fazlaca cesur olunabilir.

KAYNAKLAR

Armstrong D, Grace J. Research methods and audit in general practice. In: Oxford General Practice Series 29. Oxford: Oxford University Press, 1997.

Baker R, Grol R. Principles and models for quality improvement. In: Oxford Textbook of Primary Medical Care, ed. Jones R et al. Oxford: Oxford University Press, 2004.

Goebbers H, van der Horst M, Mookink H, van Montfort P, van den Bosch W, van den Hoogen H Grol R. Setting up improvement projects in small scale primary care practices: feasibility of a model for continuous quality improvement. Qual Health Care 1999;8:36-42.

Grol R, Lawrence M. Quality Improvement by Peer Review. Oxford: Oxford University Press, 1995.

Hall GM. How to Write a Paper. BMJ Publishing Group, 1994.

Rethans JJ, Westin S, Hays R. Methods for quality assessment in general practice. Fam Pract 1996;13:468-76.

BÖLÜM 10: EĞİTİM SÜRECİNİN İZLENMESİ VE EĞİTİLENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Carl Whitehouse, Maciej Godycki-Cwirko

Çeviri: Ü. Zeynep Avşar

Birisine öğüt vermek yerine insan o öğütten kendisi azami derece faydalanmasını bilmelidir.

(İngiliz atasözü)

Yetişkin öğrenenler, kendi kendilerini motive etmelidirler. Böylece amaçlarına ulaşmak için iddialı olacaklar ve eğitim sürecinin keyfine varacaklardır. Ancak, insan genellikle kendi eksikliklerinin farkına varmaz. Tüm bu hedeflere doğru yol alırken başkalarının kontrolüne ihtiyaç duyarız. Aynı zamanda kamuoyunun da aile hekimlerinin gerekli sağlık hizmetini verebilecek yeterlilikleri kazanmış olduğundan emin olması gerekir. Bu iki nedenden dolayı, kişisel tatmin ve halkın güveninden kaynaklanan kişisel farkındalık; bu karmaşık izlem, ölçme ve değerlendirme sürecinin temelini oluşturmaktadır.

Sonuçta tarafsız dış organlar tarafından son değerlendirmelere ihtiyaç duyulsa bile, öğrenen ile bire bir yakın ilişki içerisinde olan, aile hekimi eğiticileri bu süreçte önemli bir role sahiptir. Bu bölümde ayrıntılı olarak eğiticinin potansiyel rolü dikkate alınacak ve aynı zamanda dış değerlendirme sürecine genel bir bakış sağlanacaktır. Bu konuyu ele almadan önce değerlendirmenin arkasındaki bazı genel prensipler hakkında düşünmek önemlidir.

NE ZAMAN İZLEYELİM YA DA DEĞERLENDİRELİM

Geleneksel olarak, değerlendirme, adayları eğitim programına kabul etmeden önce ve kurs tamamlandığında formal bir sınav yoluyla yapılır. Birincisi, en uygun adayın seçilmesi ve uygun olmayan adayların elenmesi süreci olan bir giriş öncesi değerlendirmedir. Burada bu tartışılmayacak. İkincisi bir son değerlendirmedir. Bu, nispeten düzenlenmesi kolay ve öğrencilerin tüm müfredatı kapsamamasını beklediği pratik bir değerlendirmedir, ancak iki büyük dezavantajı vardır.

Birincisi, belirli bir sınav dönemine odaklanarak öğrencilerin sınavları geçmek için kısa vadeli öğrenmeye konsantre olmaları anlamına gelir. Yoğun bir gözden geçirme ile istenilen sonuç elde edilse bile kazanılan bilgi ve becerilerin kalıcı bir şekilde hazmedileceğinin hiçbir güvencesi yoktur.

İkincisi, öğrencilerin zayıf oldukları yönlerinden habersiz olduğu anlamına gelebilecek çok gecikmiş son aşama değerlendirmesine önem verilmesidir. Bu aşamadaki bir başarısızlık, benlik saygısı için yıkıcı olabilir. Bu nedenlerle eğitim çevrelerinde süreç boyunca öğrenmenin izlenebildiği sürekli değerlendirmeye artan bir geçiş vardır. Bu asistanın en son değerlendirmesine katkıda bulunacak ders çalışma, testler ve değerlendirme performansının düzenli parçalarını içerebilir. Bu yaklaşımın riski, öğrenci ders boyunca değerlendirmeye odaklanacağından kişisel gelişimi için daha geniş bir bakış açısı sağlayacak değerlendirme yönlerini ihmal edebilir. Çok

yakından ilişkili olsalar da değerlendirmeleri formatif ve son değerlendirme olarak ayırt etmek daha faydalıdır.

FORMATİF DEĞERLENDİRMELER

Formatif değerlendirme, asistanın algılanan zayıflıklarının ve eksikliklerinin üstesinden gelmesini sağlamak için eğitimini destekleyecek bir değerlendirmedir. Bir son değerlendirmede de ayrıntılı sonuçlar asistanı desteklemesine rağmen bunun için açıkçası çok geçtir. Bu nedenle formatif değerlendirme sürekli bir değerlendirme sürecine ihtiyaç duyar. Kendi kendini değerlendirme, bu dersin önemli bir parçası olabilir (öğrencilerin bir testle kendi kendini denemesi, bilgisayar destekli öğrenme gibi), ancak eğiticinin rolü burada gözlemlenir, algılanan yetersizliklerin açıklığa kavuşturulması, düzeltici yaklaşımların sağlanmasında son derece önemlidir.

SON DEĞERLENDİRMELER

Son değerlendirme, kişinin dersten beklenen amaç ve hedeflere başarılı şekilde ulaşım ulaşıldığının belirlenmesi ile ilgilidir. Bu kamunun korunması için gereklidir. Böylece öğrenci ve sınav sistemi her ikisi de süreçte yüksek oranda bir paya sahiptir. Her ikisi de doğru ve adil olmalıdır ve kişisel takdir ve duygulardan daha az etkilenen bir alan olmalıdır. Bunun çoğu bir son nokta değerlendirmesi olarak yapılabilirken, aynı zamanda, bir ders boyunca takip edilmesi zorunlu bazı özel beceri ve tutumların kazanıldığı yerlerde sürekli değerlendirmenin unsurlarını da içerebilir. Bu nedenle eğiticinin değerlendirmeye bu açıdan düzenli olarak katılması ve dengeli, tarafsız bir rol almaya hazır olması gerekir.

NASIL İZLEMELİ VEYA DEĞERLENDİRMELİYİZ

Bütün değerlendirme yöntemlerinde üç husus göz önünde bulundurulmalıdır.

- Doğru yeterlilikler test ediliyor mu?
- Testler adayda istenilecek standartları doğru bir şekilde temsil ediyor mu?
- Testleri mevcut zaman ve kaynaklarla yürütmek mümkün mü?

Bir değerlendirmenin üç yönü geçerlilik, güvenilirlik, ve fizibilite olarak adlandırılır. Eğiticiler süreçteki kendi rollerini değerlendireceklerse bu yönleri anlamaları gerekir.

GEÇERLİLİK

Geçerlilik bir değerlendirmenin içeriğini ifade etmektedir. Dersin sonunda ulaşılması amaçlanan hedeflere uygun alanlar test edilmelidir. Aile hekimliği stajı sonunda, aday nöroşirurji, patoloji, ya da onkoloji alanında uzman olanlar gibi değil aile hekimliğinin gerektirdiği bilgi, beceri ve tutumları (ya da davranış ve performansı) gösterebilmelidir. Bu uzmanların Çoktan Seçmeli Soru (MCQs) bankası için konu üretip üretmediğini, Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (AGİT) istasyonlarını (Bkz. Şekil 10.1) kullanıp kullanmadıklarını anlamak için son derece önemlidir.

Aşağıdaki sorulardan hangisi, Polonya ve Güney Afrika'da çalışan aile hekimi için geçerli bir test olurdu?	
a:Polonya	b:Güney Afrika
<ul style="list-style-type: none">• Leishmanianın tedavisi• HIV/AIDS görülme sıklığı• Motor Nöron Hastalığının tanısı• Alkolün etkileri	

- Bir karaciğer biyopsisinin yorumlanması
- Alzheimer hastalığının yönetimi.

Şekil 10.1 Soruların geçerliliği

Geçerliliğin ikinci bir yönü de pratik prosedürlerde, adayların sadece ne yapacağını bilmesi değil, aslında onu gerçekleştirebilmesidir.

Örnek 1: Adam, omuz eklem anatomisi ve steroid enjeksiyonu için endikasyonlar sorularını içeren yazılı sınavı başarıyla geçti. Ancak, bir hasta ile karşılaştığında o prosedürü nasıl yürüteceğini gösteremiyor.

Değerlendirme sürecindeki bir geçerlilik, teorik bilginin yanı sıra pratik beceri ve tutumların da (ya da davranış ve performans) göz önünde bulundurulmasıdır. Bu beceri ve tutumların (ya da davranış ve performans) bazıları sadece işyerinde değerlendirilebilir ve bu nedenle eğiticilerin dahil edilmesi gerekecektir.

Üçüncü olarak, bir değerlendirmenin "sonuç geçerliliğinde değerlendirme sürecinin sonucu olarak öğrencilerin ne yapabiliyor olacağını" düşünmelisiniz. Sınavlar öğrencilerin zihinlerinde sadece sınavın kendisine odaklanmak için güçlü bir eğilim oluşturuyor ve bu öğrenmede esas amaçlanan hedeflerin değerlendirilmesini daha zorlaştırıyor ve bu yüzden ihmal ediliyor.

Örnek 2: Barbara kütüphanede giderek artan miktarda zaman harcıyor ve kitap okuyordu. Onun eğiticisi, onun hasta ile iletişim konusunda yardıma ihtiyacı olduğunu farkındaydı ama bu devletin lisans sınavının bir parçası olmadığı için o konsültasyonların video kasetlerini gözden geçirmeye zaman ayırmak istemedi.

Geçerli bir değerlendirme süreci, adayların sadece neler yapabileceklerini değil, gerçekte yoğun bir çalışma ortamı içinde neler olup bittiğiyle ilgili tutum ve davranışları da dahil olmak üzere, tüm amaçlanan öğrenme hedeflerini ele almalıdır.

GÜVENİLİRLİK

Öğrenciler hakkında değerlendirme yaparken çok doğru bir şekilde yapmalıyız. Testler ve mevcut kanıtlarla, diğer insanların da bizimle aynı sonuçlara gelmesi beklenmelidir. Yine, testlerin, farklı bir zamanda uygulanması halinde, aynı sonuçlara ulaşılabilir olmalıdır. Buna bir değerlendirmenin güvenilirliği denir. Genel olarak, değerlendirmemizin güvenilirliğini üç şekilde güçlendirebiliriz:

- Daha fazla öge test ederek (aynı içeriklerle olduğu sürece)
- Daha sık test uygulayarak
- Testlere daha fazla kişi dahil ederek.

Örnek 3: Clara yakın zamanda bir MCQ testi yapmıştı. Bu test onun oftalmoloji alanında zayıf olduğunu göstermişti. Ancak, bu alanda sadece 5 soru vardı, Ona, bir oturumda 20 soru daha soruldu ve onun gerçekte iyi bir göz hastalığı bilgisi olduğu anlaşıldı.

Örnek 4: Dariusz'un eğiticisi bir raporla onun sağlık ekibinin diğer üyeleri ile ilişkisinin iyi olmadığını ileri sürdü. O, eğiticinin kararına güvenmediğini söyledi ve raporu yalanladı. Ancak, başkaları ile çalışması konusundaki sıkıntılar hakkında benzer raporlar bir hastane uzmanı, aile hemşiresi ve resepsiyon görevlisi tarafından da eğiticiye sunulmuştu.

Bir doktorun aile hekimliğinde uzman olarak yeterliliğinin değerlendirilmesine ve belgelendirilmesine yol açan genel değerlendirme gibi "katılanlar için sonucu çok önemli olan bir

sınav"ı değerlendirmede güvenilirlik özellikle önemlidir. Kamuoyuna sertifika verilen kişinin prosedürleri uygulamada kesinlikle yetkili olduğunun güvencesinin verilmesi gerekir. Aynı zamanda gerçekte bütün gerekli yeterliliklere sahip oldukları halde başarısız sayılan sınava girenin geleceği de ciddiye alınmalıdır. Aksi takdirde sınav güvenilirliğini kaybeder. Birkaç tane yazılı cevap istenen soru sormak yerine 150 veya daha fazla çoktan seçmeli test sorusu sormanın önemli bir nedeni budur. Bu aynı zamanda öğrencilerin iki sınav görevlisi tarafından karşılaştırmalı olarak birkaç vakada geleneksel bir klinik muayene ile test edildiği sınav yerine, öğrencilerin 20 farklı klinik becerisinin yirmi farklı sınav görevlisi tarafından test edilebildiği bir "Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav" ile değiştirmek için de bir nedendir. Aynı zamanda aday yakından gözlemleyen ayrı ayrı eğiticiler tarafından hazırlanan raporların da niçin tek başına veya temel faktör olarak yeterlilik değerlendirilmesi için yeterli olamayacağını açıklar.

FİZİBİLİTE (UYGULANABİLİRLİK)

Aile Hekimliği gibi dikkate alınması gereken, çok yönlü, değerlendirilmesi zor yetkinlikleri bulunan uzmanlık alanlarında sağlam değerlendirmeler yapmak zordur. Bu yetkinliklerin bir çoğu (baskı altında karar verebilme becerisi gibi) ancak iş ortamında gerçekçi olarak değerlendirilebilir. Bazen, son derece güvenilir bir değerlendirme aracını uygulama; çok fazla zaman, para, ve kişisel güç gibi makul olmayan kaynaklar gerektirebilir. Bu gibi durumlarda, farklı talepler arasında bir denge kurulmalıdır. Bu sürecin uygulanabilirliği budur.

Örnek 5: Ulusal bir aile hekimliği kliniği her bir adayın bir saat içinde dört sınav görevlisi tarafından değerlendirildiği sözlü sınav yerine "simüle (benzetimli) cerrahi" diye adlandırılan bir klinik sınavı kabul etti. Bu, daha geçerli bir yaklaşım olarak kabul edildi. Güvenilir bir sonuç için, öğrencilerin 12-20 benzer özellikteki hasta ile görüşmesi ve her istasyonda farklı sınav görevlisi tarafından gözlemlenmesi gerekliliği tespit edildi. Her bir aday için üç ders saati zaman artırılabilecekti ve sınav için gerekli olan sınav görevlisi sayısında da üç misli artış olacaktı, simüle hasta sağlama da maliyeti artırılabilecekti. 1000 aday için bir seferde, bu uygulanabilir bir seçenek olarak kabul edilemez.

Yukarıdaki örnek, profesyonel değerlendirme için en iyi yaklaşımı belirleyen faktörlerin gözden geçirilmesi gerektiğini gösteriyor. Bu araştırmanın bir yönü de, adayın bilgisinin, diğer alanlardaki başarılarını etkileyebileceği kanıtının ortaya çıkması oldu: pratik becerilerini gerçekleştirmek için kararlar almak ve klinik olarak uygun şekilde davranma yeteneği adayın bilgisine bağlıdır. Bu demektir ki, daha karmaşık yeterliliklerde geçerlilik ve güvenilirliğin değerlendirilebilmesi için çok daha geniş bir örneğe ihtiyaç vardır. Bu yapılabildiği sürece, bilgiye ulaşma, en güvenilir yetkinlik göstergesi olabilir. Muhtemelen en uygun olan budur.

NEYİ İZLEMELİ VEYA DEĞERLENDİRMELİYİZ?

Daha önceki bölümlerde, bilgi, pratik beceri ve davranış ya da performans gibi alanlarda bir dizi değerlendirmeye atıfta bulunulmuştu. Bu üç alanın daha ayrıntılı olarak göz önüne alınması gerekir.

BİLGİ VE NASIL KULLANILACAĞI

Bir aile hekiminin, tıbbi ve davranışsal bilim alanında geniş bir yelpazede bilgisi olması gerekir. Hastalıklar, tedaviler, insanlar ve toplumlar hakkında bilgiler gereklidir. Bilgi genişliği zaten bu kitabın, klinik eğitimden uygulama yönetimine değişen eğitim hedefleri bölümünde dikkate alınmıştır. Ancak, öğrendiğimiz gerçeklerin bir anlık yansıması kendi başına mutlak önemli değildir.

Bizim tıp eğitimimiz boyunca öğrendiğimiz gerçeklerin çoğu artık eskimiştir: hastalıkların yaygınlığı mevcut testler ve tedaviler değişmiştir. İmmunoloji ve genetik, 20- 40 yıl öncekine göre daha fazla anlaşılır durumdadır. Buna paralel olarak bilgi edinme teknolojisindeki değişiklikler, bizim öncekilere göre yeni bilgilere daha kolay erişebilmemizi sağlar. Yani, bizim zihinlerimizde ilaç dozu, etkisi ve yan etkileri gibi ayrıntıları tutmamız gerekli değildir, son bilgileri kullanmak yerine hafızalarımıza dayalı olarak çalışmamız hasta aleyhine olabilir. Bu tıbbi bilginin önemsiz olduğu ve test edilmesi gerektiği anlamına gelmez. Bu, etkili ve hızlı şekilde hatırlamamız gereken gerekli bilgi ile temel bilgi arasında ayırım yapmaya ve ihtiyacımız olan bilgiye nasıl ulaşacağımızı bilmeye ihtiyacımız olduğu anlamına gelir. Gerçeklerin bilgisi kadar, onları hastaların tedavisinde etkin ve verimli kullanma yeteneği de önemlidir. Aşağıdaki örneği ele alalım:

Örnek 6: Ewa, baş ağrısının, intra-kraniyal yer kaplayan lezyonlarda bir semptom olduğunu biliyor. Nöroloji servisinde çalıştığı için baş ağrısı olan hastalarda yüksek oranda beyin tümörlerinden şüpheleniyor ve hastalarda CAT taraması için yüksek bir sevk oranı var. İyi formüle edilmiş uzun eşleştirme soruları (EMQs) kullanarak yapılan değerlendirme, onun aile hekimliğinde baş ağrısının yaygın nedenlerinin yeterince farkında olmadığını ve bir ayırıcı tanı yapmak için daha uygun yollar kullanması gerektiğini göstermiştir. Nörolojik bilgisini uygun olmayan şekilde kullanıyordu.

Bilgiyi kullanarak güvenilir testler oluşturmak daha zordur, çünkü adaylar temel gerçeklerin farkında değilse, sonuçlar genellikle kafa karıştırıcı olabilir. Adayların, somut bilgiye (örneğin reçete formülleri) erişmesine izin verilen durumlar olmalıdır, böylece verdikleri kararları daha etkin bir şekilde test edebilirler.

BECERİLER

Aile hekimliğinde değerlendirme sürecinin temel unsurlarından biri klinik beceriler ile ilgili olmalıdır. Birtakım pratik tanı, araştırma, ve tedavi becerisi gereklidir ve bunların bir kısmı sadece işyerinde etkili bir şekilde izlenebilir: bariz bir örnek ölüm sertifikasıdır. Mükemmel maketlerin geliştirilmesi ve gönüllülerin simülatörler gibi hareket etmeye istekli olmaları pek çok değerlendirmenin (örneğin kateterizasyon, vajinal muayene) hastaneden başka bir yerdeki muayene ortamlarında yapılmasına izin verir. Ancak, becerileri kontrollü koşullarda yürütme becerisi, bu beceriyi gerçek koşullarda kullanabildiği anlamına gelmez ve bu yüzden davranış izlemek eğiticiler için bir gerekliliktir.

Örnek 7: Franz, objektif yapılandırılmış klinik muayene sınavı (AGİT) istasyonu için işaretleme takviminde enfeksiyon kontrol prosedürlerinden, not alınması gerektiğinin farkındaydı. O, uygun şekilde işlemleri yapmadan önce ellerini sterilize etmede her zaman çok dikkatli idi. Ancak, eğitici onun nadiren muayenehanesinde prosedürleri gerçekleştirmeden önce ellerini yıkadığını veya antiseptik spreylere kullandığını kaydetti.

Beceriler düzenli kullanılmazsa gerileyebilirler. Bu konu, hastalar için yaşamsal öneme sahip acil prosedürlerle ilgili becerilerde çok önemlidir, ancak nadiren normal bir aile hekimliği uygulamasının rutininde yürütülmektedir. Kardiyo-pulmoner resusitasyon burada bariz bir örnektir. Bu tür beceriler için, tek bir son nokta değerlendirmesi yoktur. Bu nedenle bu tür becerilerin düzenli olarak gözden geçirilmesi ve dikkate alınması gerekmektedir.

Son yıllarda, özellikle doktor ve hasta arasındaki iletişim becerilerinin gelişimi hakkında çok sıkıntılar olmuştur (Bölüm 6) ve bunları değerlendirmenin son derece önemli olduğunun farkına varılmıştır. Bu alanda bireysel kişilik özelliklerine bağlı olarak geniş bir stil yelpazesi vardır: bu

güvenilir testler sağlamayı zorlaştırır. Gerçekten de, çok güçlü bir terapötik doktor-hasta ilişkisi oluşturulmasını engelleyebileceği için özel iletişim becerileri üzerine oldukça dar bir alanda odaklanmak bir tehlikedir. Neyse ki konsültasyon oda girişlerindeki göze batmayan video araçlarını kullanmak doktor ve hasta arasında gerçek karşılaşmaların gözlemlenmesini sağlayarak, etkinliği değerlendirmek için kullanılabilir.

DAVRANIŞ VE PERFORMANS

Şimdiye kadar bu tartışma, bizim bildiklerimizin ve yapabileceklerimizin değerlendirilmesi üzerine yoğunlaştı. Fakat aslında her zaman bildiklerimiz üzerine hareket etmiyoruz ve her zaman yapabileceklerimizi yapmıyoruz. Ölçme ve değerlendirmedeki ulaşılacak en son nokta, insanların aslında pratikte ne yaptığını belirleyebilmektir. Psikolog George Miller, bu noktada basit bir değerlendirme piramidi geliştirmiştir (Şekil 10.2).

Sorun, en güvenilir testlerin piramidin en alt seviyelerinde olmasıdır: adayın ne bildiğini ve nasıl bildiğini içeren bilgileri gösteren güvenilir bir test inşa etmek nispeten kolaydır. Belirlenmiş muayene koşulları altındaki testler adayların çeşitli becerilerini kullanabileceklerine bizi ikna edebilir. Ancak bunun günlük uygulamada çok farklı ve genellikle stresli durumlarda da devam edeceğini ve uygulanacağını gerçekten bilmeye ihtiyacımız vardır. Bu koşullar altında, pek çok diğer faktör performansı etkileyebilir. Bazı durumlarda panik performansı etkileyebilir: aday acil bir durumda uygulama yapabiliyor mu? Diğer durumlarda, adayların belirli hasta gruplarına karşı önyargılı olmaları uygulamayı başarısızlaştırabilir.



Şekil. 10.2. Miller'in değerlendirme piramidi (Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med 1990:S63-7).

Diğer koşullar kişisel farkındalık veya takım çalışması eksikliğinden etkilenebilir. Kişisel nitelikler ve tutumların, bu yüzden gerçek performansın potansiyele uygun olmasını sağlamada büyük bir rolü vardır.

Eğiticilerin büyük rol alması gereken bir durum da şudur: öğrencilerin gerçek bir işyerinde tüm görevlilerle ilişkilerinde herhangi bir davranış problemi yaşayıp yaşamadıklarını gözlemlemek için gözlemi etkinleştirmek. Çoğu durumda düzeltici öneri ve eylem sağlama niyeti ile, dostluk yoluyla yürütülen bu olacaktır. Sadece nadiren bir eğitici, performans açısından önemli bir zayıflığı

vurgulamak için, bir dış değerlendirme merciine ihtiyaç duyar. Bu zahmetli olacaktır, ancak eğitici rolünün parçası olarak bazen gereklidir.

Örnek 8: Grazyna, parlak, zeki ve yetenekli genç bir doktor oldu. O sınavlarda her zaman iyi bir performans sergiledi ve bugüne kadar klinik bilgisi ile eğitici üzerinde çoğu kez derece olumlu izlenim uyandırmıştır. O aynı zamanda uyuşturucu kullanımı konusunda çok güçlü görüşlere sahip, uyuşturucu kullanımından nefret ediyor. Ne yazık ki, bu onun uyuşturucu sorunları olan hastalara karşı son derece kaba olma eğilimi anlamına geliyordu, bu onun birden fazla kez hastanın içinde bulunduğu durumu tanınmasında başarısız olmasına yol açtı. Bir keresinde neredeyse bir hastanın ölümüne yol açıyordu. Eğitici onu uyardı ve onunla bu sorunu tartışmaya çalıştı. Ne yazık ki, bu durumu iyileştirmede, bu gerçeği eğitici raporunda belirtti ve bu Grazyna'ya eğitimi memnuniyet verici şekilde tamamlama belgesi verilmemesi anlamına geliyordu.

DEĞERLENDİRİCİ OLARAK EĞİTMEN

Önceki bölümde bir değerlendirme süreci içinde eğiticinin önemli rolü olduğuna bol miktarda deliller sunuldu. Ana vurgu sürekli biçimlendirici değerlendirme olmalıdır: böylece zayıflıklar belirlenir ve öğrenci sorunlarını ele alabilir. Ancak, eğitici, güvenilir bir harici bilgi ve beceri testleri kanıtına karşı gerçek performans ve kişisel niteliklerden sağlanan raporların dengelenmesi gerektiğinde son değerlendirme sınavında rol almaktan da kaçınmaz. Şimdi eğiticinin bu görevleri nasıl yürüteceğini düşünmemiz gerekir. Eğiticiler için iki temel husus vardır:

- geçerli ve güvenilir bir değerlendirme yapmak için gerekli bilgileri nasıl toplayacak?
- hem geribildirim için bilgileri, hem de harici bir otorite tarafından hazırlanan ve rapor şeklinde toplanan bilgileri nasıl kullanacak?

BİLGİ TOPLANMASI

Biçimlendirici ve genel son sınav değerlendirmesinin, iyi bir kanıt olup olmadığının değerlendirilmesi değerlendirme için gerekli ilk önceliğimizdir. Böyle bir eğitici için ek olarak pratik bir yerleştirme, durumunda, bu deliller, özellikle işyeri içindeki gözlemlerden gelecektir. Bu tür doğrudan gözlem ses kaydı, video kaydı veya kayıtların gözden geçirilmesi gibi indirek gözlem yollarının kullanımıyla desteklenebilir. Diğer kanıt özel testler ve projeler kullanımı ile elde edilebilir ama dışarıdan bir otorite normalde daha etkili, ekonomik ve güvenilir bir şekilde yönetebilir. Eğiticinin, bu nedenle dürüst ve adil bir gözlemci olmayı öğrenmesi gerekir.

DOĞRUDAN GÖZLEM

Çok önemli bir gözlem günlük klinik pratikte hastayla karşılaştığında doğal olarak meydana gelir ve eğiticiler, danışmanlık oturumlarında bunu oturtmak için zaman ayırmaya ihtiyaç duyarlar. Eğiticiler öğrencilerin hastalar ve personelle nasıl iyi ilişkiler kurduğunu, karar vermede ve kendilerine güvende ne kadar iyi olduklarını hızlıca gözlemleyeceklerdir. Öğrencilerin alacağı geniş bilgi seviyesi ve beceri yelpazesi böyle bir güvende haklı olup olmadıklarını belirlemeyi mümkün kılacaktır. Böyle global değerlendirmeler değerli olabileceği kadar aynı zamanda bazı tehlikeler de içerebilir, özellikle devam eden zorlayıcı erken izlenimler yapılmışsa. Sinirli bir acemi hızlı olarak izlendiğinde tamamen asılsız bir şekilde beceri ve bilgi eksikliği olduğu izlenimini verebilir. Hatta daha da tehlikelisi, genel bir güven duygusu kişinin bazı spesifik boşlukları görmesini engelleyebilir.

Örnek 9: Halina geniş bir bilgi yelpazesi ile kendine güvenen genç bir doktor. Kısa bir süre sonra eğiticiyi, onu konsültasyon dışına taşımanın ve kendi başına bırakmanın oldukça makul olduğunu hissetti. Kısa bir süre sonra ona gözde yanıp sönme şikayeti olan bir hasta sunulmuştur. Halina onu muayene eder, ama onun göz muayene becerileri, tek başına bir retina hastalığının erken belirtilerini tespit için yeterli değildi.

Gözlem sürecinde, bu tür sorunların riski azaltacak bir şekilde yürütüldüğünden emin olmak önemlidir.

ODAKLANMAK

İlk yaklaşım, farklı zamanlarda belirli alanlarda gözlemlere odaklanmaktır. Bunun bir yolu müfredatı bir değerlendirme planı için bir ön taslak olarak kullanmaktır. Bu düşünce ile önemli alanlardan konu kaçırılma olasılığı çok düşük olur. Bir eğitici her hafta bir danışmanlık oturumunu gözlemleyeceğine karar verebilir: Bu sırada şunları etkinleştirmeye odaklanabilir.

- Hastalarla ilişki kurma
- Anamnez alma
- Muayene ve inceleme
- Karar verme
- Hasta ile görüşme
- Daha ayrıntılı inceleme için sevk
- Takım üyelerini kullanma
- Sağlığın iyileştirilmesi
- Kayıt tutma

Örnek 10: Ignacy koruyucu sağlık ile çok ilgili olarak biliniyordu ve hastalara çok sigara ve alkol tüketimi ile ilgili konuları gündeme getirmekte iyiydi: tehlikelere karşı hastaları her zaman uyarıyordu ve onlara ne yapmamaları gerektiğini söylüyordu. Ancak, sağlığın korunması temalı bir danışmanlık oturumu gözleminde eğiticiyi, onun egzersiz ya diyet konularını gündeme hiç getirmediğinin farkına vardı. Hastalara ne yapmamaları gerektiğini söyleme dışında sağlıklarının iyileştirmeleri için olumlu yaklaşımlarlamotive etmediğini fark etti.

KONTROL LİSTELERİ

Gözlemsel bir periyod için belli bir odak konusunda fikir birliğine varıldıktan sonra kontrol listeleri, önemli alanların gözden kaçırılmamasını sağlamak için son derece yararlı olabilir. Tabii ki, tek bir konsültasyon içinde, konsültasyonun dinamik değişimini önlemek için yapılan her türlü çabayı da kapsayan bütün konuları içeren bir kontrol listesi uygun olmayabilir. Basitçe bir konsültasyonun dinamik olması için, örneğin bir mesleki geçmiş belirli bir sistem incelenmesinde yer alabilir. Ancak, dikkat sebebiyle kontrol listeleri önemlidir ve eğiticinin sürekli olarak kaçınması gerektiği alanları fark etmesini sağlayabilir.

Kontrol listeleri, bireysel beceri, yetkinlik veya dakika ayrıntıları gibi geniş alanları kapsayabilir. Aile hekimliği için derecelendirme ölçeklerinin yararlı bir seti Profesör PS, Byrne ve Dr James Freeman tarafından Manchester, İngiltere’de otuz yıl önce geliştirilmiştir. Bu deneyimlerin ışığında ve deneyimli aile hekimliği eğiticilerinin yardımı ile modifiye edilmiştir. Bu süre içinde aile hekimliğinin doğasında olan değişiklikleri dikkate almak gerekli olmuştur. 1988 yılında tam bir

revizyonla sıradan bir doktor-hasta ilişkisi, acil bakım ve profesyonelliğin daha geniş yönlerini kapsayan 23 ölçeği (Şekil 10.3) geliştirildi.

ÖLÇEKLER LİSTESİ

- Anamnez alma: genel
- Anamnez alma: özel yeteneklerle
- Fizik muayene 1: Genel gözlem
- Fizik muayene 2: Saygılı olma
- Fizik muayene 3: Genel yaklaşım
- Fizik muayene 4: Özel yetenekler (ekteki şekil 10.4 e bkznz)
- Problem tanımlama 1: "Hipotez oluşumu"
- Problem tanımlama 2: Hipotezi test etme
- Problem tanımlama 3: Karmaşık durumlarla baş etme
- Problem tanımlama 4: Pratiklik
- Yönetim 1: Belirsizlik ile başa çıkma
- Yönetim 2: toplum kaynaklarını kullanma
[Bazı bölgeler sevk için ekstra bir ölçek geliştirmiştir]
- Yönetim 3: (a) Reçeteleme : Teknik olarak
- Yönetim 4: (b) Reçeteleme: Kişisel olarak (Ek Şekil 10.5 'e bakın.)
- Tıbbi kayıtlar
[Bazı bölgeler için ekstra bir uygunluk ölçekli uygulama politikası geliştirilmiştir]
- Acil bakım 1: İlk değerlendirme
- Acil bakım 2: Yönetim
- Acil bakım 3: Durumların aralığı
- Profesyonellik 1: Hazır bulunma
- Profesyonellik 2: Katılım
- Profesyonellik 3: İletişim
- Profesyonellik 4: Meslektaşlar ile çalışma
- Kişisel gelişim

Şekil 10.3. Manchester derecelendirme ölçekleri

Daha sonra yapılan değişiklikler, diğer servislere sevk etme yönleri, uygulanabilir yöntem oluşturma kronik hastalık yönetimine daha fazla önem verme ve denetim ile ilgili konuları içermektedir. Eksikliklerine rağmen, bu ölçekler, hala, doğrudan gözlem ya da öğrenciler ile olgu tartışması ve kayıt incelemesi sırasında değerlendirilmesi gereken yeterliliklerin yararlı bir genel kontrol listesini sağlar. Her bir ölçek gözlemlenebilir davranışın iki tanımını içerir (Şekil ana ölçeklerden oluşur. Ek 10.4 ve 10.5) Bir ucu eğiticinin asistandan gerçekleştirmesini istediği şekli tanımlar; diğer ucu kaçınılması gereken davranışları açıklar. Ana ölçeklerde değerlendirmeye yardımcı olmak için, değişen sayıda alt ölçekler, daha fazla bilgi vermek için kullanılır, bunların her biri davranışın nadiren ya da genellikle sergilenmekte olup olmadığına bağlı olarak beş puanlık bir ölçekte derecelendirilebilir. Şekil10.4, çok özel bir klinik beceri ile ilgili ölçeklerde, bir dizi farklı yöntemlerin değerlendirildiğinden emin olmak için detaylı bir kontrol listesinin dahil edilebileceğini gösterir. Bu liste aynı zamanda evrensel kontrol listelerine yeterlilik sağlama zorluğunu da gösterir: eğiticiler, farklı bölgelerdeki gruplarda bir aile hekimi için bir proktoskop veya bir laringoskopun uygun şekilde kullanımını (veya ekipman gösterebilmesi), ya da hatta bir

Glukometre veya ultrason bu listeye dahil edilmesinin gerekip gerekmediğini tartışmak isteyebilir. Geçerli olması için, denetim listeleri müfredat planı ile denk yerel olarak geliştirilmiş olmalıdır.

Şekil ölçek. 10.5, çok temel bir yetkinliğin (reçetelemenin), nasıl son derece geniş bir açıdan düşünülmesi gerektiğini gösterir. Bu pek çok açıdan bir vakada reçeteleme kararı etrafında tartışma sırasında değerlendirilebilir. Reçetelemenin denetim maliyeti maddi olarak kabul edilip edilmediğini veya tekrarlayan reçetelemelerin düzgün bir şekilde takip edilip edilmediğini gösterebilir. Ancak, bu öğrencilerin düzenli olarak hasta aldıklarından ve onları ilaç yan etkilerine karşı uyardıklarından ve ilave tedavi öncesinde cevap hakkında özel önlemler ya da kontroller ile bilgi verdiklerinden emin olmak için doğrudan gözlem gerektirir

Örnek 11: Jaroslav reçete yazmada ehil biri gibi görünmekteydi. O nadiren gereksiz reçete verdi ve mümkün olan yerlerde hasta ve sağlık hizmet maliyetlerini dikkate alarak, en ucuz ve etkili ilaç kullanımına çalıştı. Bir danışmanlık oturumunda gözlem yapılırken, eğiticisi onun alerji gibi potansiyel riskler hakkında hastalara nadiren soru sorduğunu, hem de yan etkileri konusunda onları uyardığında başarısız olduğunu gözlemledi. Eğiticisi onun, egzersizde biraz hırıltısı olduğundan bahseden bir hastaya beta-bloker reçetelemesini engelledi. Jaroslav hava yollarında beta-blokerin etkilerini biliyordu ama ilacın yan etkileri hakkında gerçekten düşünmediğini ya da hastanın yorumlarını dinlemediğini itiraf etti.

ÜÇGENLEŞTİRME

Yeni değerlendirmeler güvenilir gözlemlere dayanır. Önceki tartışma tek bir gözlemci tarafından yapılmakla değerlendirmenin doğasındaki güvenilmezliği göstermiştir. Mümkün olan her yerde, iki veya daha fazla gözlemci kullanılmalıdır. Bu ilişkilerin ve davranışların değerlendirilmesinde özellikle geçerlidir Aile hemşiresi veya resepsiyon personeli, asistanın ekibine entegre yoluyla onun, yönetim şeklini ve hatta hastalarla ilişkilerini gözlemleyecektir. Onlar ayrıca asistanın örneğin gizlilik konusunda ne kadar dikkatli olduğu gibi etik davranışları için de fikir verebilir,.

Aile hemşireleri aynı zamanda, hemşirenin özel yetki alanı dahilinde olan bu alanlar içinde bir asistanın bilgisi ve becerileri hakkında içgörü kazanmasına yardımcı olacaktır.

Örnek 12: Krystyna'nın pratik uygulama yaptığı yerde özel olarak diyabetle ilgilenen tecrübeli bir aile hemşiresi vardı. Bu hemşire diyabetli hastaların çoğunu iyi biliyordu. O, pratikteki önceki genç doktorların aksine Krystyna'nın hastaların sahip olabileceği herhangi bir özgeçmişle ilgili sorunu ya da zorlukları hakkında asla soru sormadığını fark etti. Aynı zamanda o ilaç dozlarını değiştirdiğinde yeterince kendine güvenmiyordu. O eğiticisine bu endişelerinden bahsetti. Eğiticinin doğruladığı görüşü Krystyna'nın güvensiz olduğuydu ve birşeyi bilmediğinde, özellikle de diğer mesleklerden iş arkadaşlarının yanında bunu kabul etmekte zorlanıyordu.

Birçok durumda, bu sürece hasta görüşlerini dahil etmek yararlı olacaktır. Bunu rutin olarak yapmak zordur, ancak hastalar tarafından ister olumlu ister olumsuz herhangi bir yorum olduğunda not alınmalıdır. Hastaların bakım ve resepsiyon personeli hakkında verdikleri her türlü yorumlara sık sık rastlayabilirsiniz; öğrenciler için verdikleri geri bildirim de özellikle önemlidir.

İNDİREK GÖZLEM

Üçüncü bir tarafın varlığı, doktor ve hasta arasındaki ilişkiyi iyi yönde etkileyebilir. Oturarak doğrudan gözlem de zaman alıcı bir süreçtir. Dolaylı gözlem yöntemlerinin bir doktorun eğitim

performansını değerlendirirken önemli bir kullanımı olabilir ve ancak, asistanın kendi kendini değerlendirmesi için de kullanılabilir.

KONSÜLTASYONLARIN KAYDEDİLMESİ

Nispeten ucuz elektronik kayıt sistemlerinin geliştirilmesi danışmanlık oturumununun tamamının kaydedilmesini ve daha sonra gözden geçirilmesini mümkün kıldı. Video, kayıt sürecin sözsüz yönlerine erişim sağlar, bunu yapmanın en etkin aracıdır. Bir video kaydedici yokluğunda, basit bir kaset kaydedici (ya da CD-kaydedici) ile yapılan ses kayıtlarının kullanılması mümkündür. Bir konsültasyon toplantısını kaydetmeden önce bazı hususlara dikkat etmek gerekir.

Öncelikle hastanın onayı alınmalıdır. Hasta, danışmanlık odasına ulaşmadan önce onay alınmalıdır, çünkü kayıt onayı istemek için kaydı durdurmak hasta için çok daha zordur. İster eğitim ister değerlendirme süreçleri için olsun, hasta doğal, özel veya gizli herhangi bir etkileşim tarafından, kaydı kabul etmesi için zorlanmamalıdır. Aslında hastaların çoğu alınan kayıtların onların aldıkları bakımı iyileştirmek niyetiyle yapıldığını bildiklerinde oldukça memnun oluyorlar. Birleşik Krallık'ta, artık hastalar kayıtlarının yapılacağını biliyorlar ve bu amaçla rızalarını almak amacıyla hazırlanmış formlarla karşılaştıklarında şaşırıyorlar (Ek Şekil 10.6).

İkincisi, ekipman hasta onurunu korumak ve ses ve görsel kalitenin değerlendirme amacı için yeterli olduğundan emin olacak şekilde ayarlanmalıdır. Bu genellikle herhangi bir soyunmanın muayene için gerekli olması halinde hasta dikkatle kamera kayıt alanının dışına alınmalıdır. Aynı zamanda, mikrofonlar özellikle konsültasyon, muayene sırasında devam ediyorsa görüşmenin çoğunu duyabilecek kalitede olmalıdır. Konsültasyonların değerlendirilmesinde, tüm alanları uygun bir şekilde kapsayan bir yapıda olduğundan emin olmak önemlidir. Uygun bir konsültasyon modeli izlemenin bir yöntemi bu alanları sağlayarak öğretmede kullanmaktır:

- İletişim kurmak
- Problemi dinlemek ve nedenlerine açıklık getirmek.
- Planlama ve yönetim görüşmeleri
- Bütünü kapsayan takip için uygun düzenlemelerin yapılması
- Birleşik Krallık'ta Royal College of Pratisyen üyeliğinde değerlendirme için kullanılan videoya kaydedilmiş bu gibi konsültasyonlar genel değerlendirme amaçlı analiz için daha detaylı yapılarda geliştirilmiştir. Bunlar zaman ve kaynakların etkin kullanımı ve mevcut problemin tanımı ve yönetimini kapsayan on dört farklı performans kriterlerine (Ek Şekil 10.7) dikkat etmeyi gerektirir. Burada hastanın sağlıkla ilgili inançlarını keşfetme ve hastayı süreç içine dahil etmeye özel bir vurgu vardır. Bu kriterler, geribildirim ve tartışma için açık bir yapı kazandırmak gibi bir eğitici tarafından biçimlendirici bir değerlendirme için iyi bir temel oluşturmaktadır.
- Örnek 13: Ludmila orta ek değerlendirmenin bir parçası olarak bir eğitici ile bir konsültasyon toplantısını kaydetti. Eğiticiyi yedi defa ard arda konsültasyonları izledi. Hastaya sorunu açıklamayla ilgili performans kriterleri dikkate alınarak eğiticiyi Ludmilanın dikkatini şunlara çekti:
 - Problemi uygun bir dille açıklamada çok iyiydi.
 - O sadece bir kez hastanın sağlık inançlarıyla ilgili açıklamalar yaptı.
 - Bu yedi konsültasyon boyunca hiç bir zaman hastanın tanıyı anlayıp anlamadığına dair bir onay almadı.
 - Ludmila bunun yeniden gözden geçirmesinin gerektiği bir alan olduğunu kabul etti.

KAYIT İNCELEME

Kayıt inceleme belki de, bir doktor eğitim performansının izlenmesi için en yaygın olan dolaylı bir yaklaşımdır. Yöntem, tek bir durumun yönetimi ile ilgili kayıtların tek bir danışmanlık oturumunda ayrıntılı bir denetimi ile değişebilir. Eğitimin erken döneminde, her konsültasyon oturumunun kayıtlarının genel bir gözden geçirilmesi belirli sorunları vurgulamak ve düzeltici önlemleri erken sunmak için bir eğitime fayda sağlayacaktır, fakat daha sonra eğiticinin araştırma, sevk, reçeteleme veya sağlığın korunması gibi belirli alanlara odaklanmasına yardımcı olur.

Örnek 14: Malgorzata'nın orta nokta değerlendirmesi vardı. Eğiticisi örnek olarak bir önceki hafta yapılan konsültasyon kayıtlarını inceledi ve muhtemelen önemli abdominal semptomları olan hastalarda bile alkol tüketiminin sorgulanmadığını kaydetti. Bu, Malgorzata'nın hasta ile bu konuyu gündeme getirmede büyük zorluk çektiğini itiraf etmesiyle açığa çıktı.

TESTLER

Biçimlendirici değerlendirmede bilgi elde etmek için üçüncü bir yaklaşım formal testler kullanmaktır. Bazen bu dış kurumlar tarafından sağlanabilir. Kuzey Batı İngiltere'de, müstakbel tüm aile hekimlerinin eğitimlerinin başlangıcında; herhangi bir alanda zayıflıklarının değerlendirilmesi için tek oturumlu bir Çoktan Seçmeli Soru sınavı yapılıyor. Bu eğitim programını planlamada eğiticilere hatırı sayılır bir yardımdır. Daha yaygın olarak, eğiticiler gelişmeler hakkında bilgi edinmek için, eski kağıtları kendi kendilerine işaretleyerek kullanabilirler. Modifiye Değerlendirme Soruları (aşağıya bakınız), karar verme ve etik konularda bir dizi asistanın yetkinlik ve yaklaşımını keşfetmek için çok yararlı olabilir. Benzer yollarla, asistandan, aile hekimliği konularında yayınlanmış bir yayını gözden geçirmesi, özellikle aile hekimliği konularına bakması veya belirli bir alanda bir denetim yürütmesi istenebilir. Bireysel bir eğiticinin, bir objektif yapılandırılmış klinik sınav oluşturması zor olsa da son değerlendirme için kullanılan pek çok testler, formatif, sürekli izleme sürecinin bir parçası olarak uygulanabilir.

Bazı durumlarda, eğiticiler aslında son değerlendirme sürecinin bir parçası olarak formal testleri yürütürler. Bu, bir eğiticinin yapılandığı rapor veya bir projenin planlamasında uygulanabilir. Projeler söz konusu olduğunda, eğiticilerden, raporları işaretlemesi, çalışmayı planlaması ve yürütülme yolu hakkında bilgi vermeleri istenebilir.

BİLGİYİ KULLANMA

NOT VERME ve DERECELENDİRME

Okul günlerinden, değerlendirmeler ve sınavlar not kavramıyla sıkı bir ilişki içindedir. Bir testten 10/10 aldığımızda seviniyoruz, ama bir parça yazılı çalışmadan % 53 başarı elde ettiğimiz zaman bir sorun olabilir. Cevapların doğru ya da yanlış olması gerektiği bir dizi doğru / yanlış soru setinde notların içeriğini değerlendirmek kolaydır. Ancak, kendi başına notlar bize standardı yakaladığımız hakkında hiçbir şey söylemez; özetler, bir çocuğun sıklıkla temel bir bilgiyle yapabileceği kolay ekleme ve çıkarmalara sahip olmalıdır. Ayrıca, yazılı çalışmalarının bir parçasının değerlendirilmesinde de notların içeriğini anlamak daha zordur, bazen sınav görevlisi basitçe bir gerçek veya kavramı belirtmeyi arıyorsa, bunların mevcut olup olmadığına bağlı olarak yüksek not verecektir, bazı bağlamlarda ;yanlışlıklar, yanlış yorumlamalar, yazım ve dilbilgisi hataları olsa bile notlar düşürülecektir, böylece daha düşük not almaya neden olacaktır. Bu nedenle notlar yargıda bulunmada sadece bir yardımcıdır ve eğiticiler özellikle formatif değerlendirme sistemi sırasında,

temelde öğrenciler tarafından elde edilen standartlara göre yargılarda bulunmayla ilgilenmelidirler. Onlar aslında değişen bir ölçekle çok kötü ile mükemmel arasında öğrencilerin derecelerini arıyorlar. Sonuçta, son değerlendirmede, sadece bu ölçekte önemli bir nokta vardır: geçti ve başarısız oldu arasındaki çizgi. Karar verilecek konu bir asistanın aile hekiminden bağımsız olarak bir uygulamayı yapmasına izin verilmesi için güvenli ve yeterli bir standarta sahip olup olmadığıdır. Bu iki nokta derecelendirmesidir. Sık sık, üçüncü bir nokta, bir "ayrım" notu eklenir, böylece üstün öğrencileri ayırt edebilirsiniz. Bu bilgiler, meslekteki yüksek yeteneklilerin ve olası liderlerin belirlenmesinde yararlı olabilir.

Genel değerlendirmenin amacı için sadece bu üç derece, değerlendirmeye değer, ancak, eğiticiler formatif amaçlar için değerlendirirken sınırdaki adaylarla ilişkili olarak diğer iki yargıyı da ele almalıdırlar.

- Bu zayıf bir öğrenci, daha fazla çaba ya da yardım ile gerekli standarda ulaşabilir miydi?
- Bu başarılı öğrenci daha fazla tavsiye ve cesaretlendirmeye daha ayırt edici bir seviyeye ulaşabilir miydi?

Bunu akılda tutarak, beş maddelik bir derecelendirme muhtemelen formatif değerlendirmede az da olsa yararlı olacaktır (Şekil 10.8).

Gerçekte, diğer sınırdaki noktalar tespit edilebilir. Örneğin, bir öğrenci temelde tatmin edici seviyededir, ancak eğer çabalarını sürdürmezse bir alt kategori içine düşme riski değerlendirilebilir. Birçok değerlendirme ölçeklerinde (Şekil Manchester Derecelendirme Ölçekleri gibi Ek 10.4 ve 10.5) on puan verilir. Genellikle bu noktalarda bireysel açıklamalar verilmeyecektir, fakat daha ziyade genel anlamları şu şekildedir:

- 1 - 2 – Bu konuda az bilgiye sahip
- 3 - 6 - Bu işi yapmaya çalışır, ama henüz becerikli değildir ve bazen zorluk çekebilir.
- 7-9 - Bu işi yapmak için girişimde bulunur ve genellikle başarılı olur, ancak kendi sınırlarının farkındadır.
- 10 mükemmel

Şüphesiz birinin mükemmel olarak sayılabilmesi hatta rutin becerilerde bile zorluklarla baş edebilme sıklığına bakılarak böyle bir sistemde yargılamaya izin verebilir. Bu tür ölçekler de değerlendiriciye umut verici ilerlemeyi göstermek için düzenli aralıklarla yeniden derecelendirmeye izin verir. Derecelendirme birçok eğiticinin zor bulunduğu karmaşık bir yargılamadır. Ortak olan iki tehlike vardır.

Meslektaşlarımızın standartları abartması. Çoğumuzda meslektaşlarımızı iyi düşünme eğilimi vardır. Biz sık sık genç mezunların gösterdiği bilgi ve becerilere hayran kalırız ve biz onların yaşındayken onlar kadar iyi olmadığımızı inanırız. Bunu akılda tutarak, biz sık sık onlara sahte bir güven duygusu vererek onları ortalamanın üzerinde derecelendirme eğiliminde olabiliriz. Bu beşli ölçeklerinin belirgin sorunudur.

Ortalama etrafında kümelenme. Bir kişinin iyi ya da yeterli olduğunu geniş bir yargılama ile anlamak nispeten kolaydır, aslında öğrencilerin büyük çoğunluğu nihayetinde aile hekimleri olarak çalışmak için, tatmin edici bir standarta sahip olup olmadıkları hakkında yargılanacaklardır. Ancak, bu demektir ki on puanlık bir ölçekte yaklaşık 6. derecede kümelenme olmuştur. Bu, güçlü veya zayıf yönlerin belirlenmesine yardımcı olmaz veya zaman içinde iyileşmeyi teşvik etmez. Öğrenciler, yüksek not olsa da başlangıç değerlendirmesinde bu zor bulunabilir, on maddelik bir

tam puan aralığı kullanmak formatif değerlendirmelerde faydalı olacaktır, böylece gerçek bir ilerleme tespit edilebilir.

Eğiticilerden son değerlendirme için notları sağlamaları istendiğinde, istenilenin ne olduğunu bilmek son derece önemlidir. Çoğu durumda, böyle bir istek basit bir geçti-kaldı seviyesi şeklinde olacaktır (veya 3-nokta ayrımı / geçti / kaldı) Özellikle öğrenci başarısız ya da bir ayırımda olarak sınıflandırıldığında, özellikle kanıt ihtiyacı duyulacaktır. Bu durumda, standart testlerden elde edilen notlar, ya da zamanla daha geniş ölçeklerden (ve alt ölçeklerinden) elde edilen notların bir değeri olabilir. Bu da "raporların sağlanması" başlığı altında ele alınacaktır.

Mükemmel

Mükemmel (üstün)
Ortalamanın üstünde (teşvikle daha üst seviyeye ulaşabilir.)
Tatmin edici (değerlendirmenin gerektirdiği temel standarta sahip)
Sınırdadır (yanlıştan kaçınması için yardıma ve çabaya ihtiyacı var)
Zayıf (başarısız olacak)

Şekil 10.8 Beş noktalı değerlendirme sistemi

GERİBİLDİRİM VERİLMESİ

Biçimlendirici değerlendirmeler büyük ölçüde asistanın yararı içindir. Öğrenenler için, onlara uygun düzeltici eylemler sağlamak için hızlı, adil ve yapıcı geribildirim almak önemlidir.

Geri bildirim sağlamak bir eğiticinin temel görevlerinden biridir ve dikkate değer beceri gerektirir. Değerlendirmeler öğrenenlerin çoğunun son derece savunmasız kalmasına neden oluyor, hiç kimse eksikliklerinin gösterilmesinden hoşlanmaz. Zafiyetini ortaya çıkarmadan önce güçlü yönlerini oluşturan yapılandırılmış bir yaklaşım ve doğal olarak başarılı olmak için büyük olasılıkla yapıcıdır. Şekil 10.9 etkili bir geri bildirim için temel yönlerini ortaya koymaktadır. Bu bölümde daha ayrıntılı olarak her yönüyle ele alacağız.

- Erken geri bildirim.
- Destekleyici ve tehdit edici olmayan bir ortam.
- Gerçekleri açıklama
- Olumlu yönler ile başlamak
- Başlangıçtaki öğrenci beklentilerini aramak
- Belirli sorunlar ile başa çıkmak
- Gözlemlerin sınırlarını belirlemek
- Tavsiyeden önce alternatif yaklaşımlar

Şekil 10.9. Etkin geri bildirim sağlama

Erken Geribildirim

Anılar hızla solar ve bir olaydan uzun bir süre sonra etkili geribildirim vermek zordur. Engelleme yer alır ve bu, asistanın, zayıflıkları üzerinde herhangi bir yorumu kabul etmesini daha az olası hale getirir. Bir danışmanlık oturumunda doğrudan gözlemlerle değerlendirme varsa, o zaman ne görüldüğünü tartışmak üzere korumalı oturumun hemen sonra olması önemlidir. Videokayıt oturum gözden geçiriliyorsa bile, geribildirim oturumdan kısa süre sonra yapılmalıdır, oturumdan uzun süre sonra etkilenilen duygu ve sözel olmayan nüanslar solacaktır.

Destekleyici ve Tehdit Edici Olmayan Bir Ortam

Eğitici uzak, sempatiyle yaklaşmayan, hatta uzlaşmaz görünüyor ise ğrenci tarafından artan bir güvensizlik hissedilecektir. Geri bildirim oturumları eğiticiler için masaların arkasına gizlenme veya otoriter görünme zamanı değildir. Gerçekten de, görev odaklı ve yapılandırıcı bir tartişmanın olabildiğince uzun olabilmesi için çoğu geri bildirimlerde rahat koltuklar ve rahatlatıcı birşeyler içmek yer alabilir.

Gerçekleri Açıklamak

Bir geribildirime başlamadan önce asistanın eğiticinin farkında olduğu bazı gerçekleri hissetmediğinden emin olmak akıllıca olacaktır. Bu değerlendirmede yer alan ortam detayları ya da arka planda görülen hastaların görünümleri olabilir. Örnekler, bilgisayarların arızalı olduğu ya da bir hastanın yakın zamanda bir kederinin olduğu gerçeği olabilir. Bazen, doğrudan gözlemlerken ya da bir video kaset izlerken, bir danışma oturumunun belirli bölümleri doğru duyulmamış olabilir, ve bu söylenenleri kontrol etmek mümkün değildir.

Olumlu Yönler İle Başlama

Eğitim, asistanın güçlü yönlerini güçlendirmek ve inşa etmek için özellikle önemlidir. Bunu yapmanın bir yolu, bir geri bildirim oturumu sırasında, bu takdire değer glere işaret etmektir. Bir asistanın güçlü yönlerini övmek, destekleyici ve tehdit edici olmayan bir ortamı teşvik eder, ve güvenlik azlığı duygularını azaltmaya yardımcı olur. Bu onları zayıflıkları hakkında yorum kabul etmeye daha hazır hale getirecektir.

rnek 15: Nadia eğitici ile videoya kaydedilmiş bir danışmanlık oturumunu inceliyordu. Onun eğitici, onun özellikle hastaları kesinti olmadan dinlemede ve hastaların kendi ifadeleriyle sorunlarını ifade etmeleri için açık uçlu sorular sormada çok iyi olduğunu yorumladı. Aynı zamanda o hastaların onun tanısını kabul ettiğini de kontrol etti. Ancak, yönetime geldiğinde, o sık sık hastanın ilacını ne zaman ve nasıl alacağını anladığını kontrol etmeden, ya da ne gibi yan etkiler beklendiğini açıklamadan reçete yazıyordu. Onu eğitici zaten onun tutumunun genellikle hasta merkezli olduğunu gösterdiği için, o reçete yazarken bunları göz önünde bulundurmayı çok daha kolay bir şekilde yapabildi.

Başlangıçtaki ğrenci Görüşlerini Aramak

Öğrenciler sıklıkla yaptıkları hataların farkındadırlar ve bu nedenle bunları kabul etmeleri ve tartişmaları mümkün olduğu sürece rahatlarlar ve çözümler ararlar.

Asistanın bir öz-değerlendirme yapmasına ve bunu ilk görüşmede tartişmasına izin vermek, eğiticinin asistanın, tüm eğitim sürecinde daha fazla kontrol altına almaya teşvik etmektedir. Öğrenciler genellikle kendi güçlü yönleri hakkında daha fazla çekingendir, genellikle kendi zihinlerinde sabit olan bir hataya doğruca gideceklerdir. Bu aşırı güvene yol amadığı sürece, zayıf yönler kadar güçlü yönler hakkında da bir dereceye kadar öz-farkındalık geliştirmek için iyidir.

Belirli Sorunlarla Başaçıkma

Spesifik belirlenen eylem ve davranışları tartişmak, belirsiz genellemelerden çok daha kolaydır. zellikleri tartişmak, alınabilecek düzeltici eylemlerin bir dizisini tanımlamayı oldukça kolaylaştırır. Bilginin bilgisayarlı çoktan seçmeli sorularla test edilmesi başarısız bir asistana danışmanlıkta çok az yardımcı olmaktadır. Öğrenci, bilgisinin eksik olduğu alanları bilmeye ihtiyaç duyar, ve onlara, örneğin, pediatri, oftalmoloji gibi özellikle düşük not aldığı bölümlerin söylenmesi çok daha yararlı olur.

Gözlemlerin Sınırlarını Belirlemek

Yukarıyla ilişkili olarak geniş ve genellikle subjektif çıkarımlardansa objektif gözlemlerle belirlenmiş herhangi bir geri bildirimle ilişkili olduğundan emin olmak bir ihtiyaçtır. Asistana "bütün bir danışmanlık oturumu boyunca hastanın sigara ve içki içme alışkanlıkları hakkında hiç birşeyden söz ettiğini duymadım" gibi bir kanıt getirmeden onun sağlığını korunması konusunda ilgisiz olduğunu söylemek anlamsızdır. .

Tavsiyeden Önce Alternatif Yaklaşımlar

Özellikle de kendi kişisel yaklaşımınıza dayalı tavsiyelerse, olası alternatif yaklaşımlar hakkında bir tartışma başlatmak didaktik tavsiyeler vermekten çok daha yararlıdır. Eğer bir öğrenci olası alternatif taktikler hakkında düşünmek isterse, genellikle kendi güçlü yönlerine uyan ve bu yüzden onları davranış kalıbı içine entegre etmesinin çok daha kolay olacağı bir çözüm bulacaktır.

RAPORLAMA

Bir eğitici tarafından elde edilen bilgilerin bir çoğu biçimlendirici değerlendirmenin amaçları için kullanılacak ve asistana geribildirim sağlayacaktır. İngiltere'de bir dönemin sonunda, eğitimciler genellikle bir dış değerlendirme makamına rapor vermek zorundalar. Polonya da, tamamlandığında asistanın takip defterine bir onay işareti koymak zorundalar. Bu eğiticinin, doktorun tatmin edici bir standarda, yeterli seviyeye ulaştığını düşündüğü, küresel anlamda "tatmin edici bir tamamlama belgesi"nden daha fazla olamaz. Ancak, değerlendirme yetkilileri, giderek daha büyük oranda, hastayı korumak amacıyla değerlendirmenin dayandığı değerlendirilen alanlarla ilgili daha detaylı delile ihtiyaç duyuyorlar. Eğer bir asistanın yetersiz olduğu kabul edilirse, "başarısız" notu için kanıt çok daha önemlidir, böylece düzeltici önlemler uygulanabilir ve gereksiz itirazlar önlenir.

Eğitici, gözlemleri tekrarlama fırsatı ve uzun bir iletişimle bu kanıtları sağlamak için ideal bir konumdadır.

Şekil Ek 10.10, son değerlendirme için (daha fazla bilgi için, bkz. www.nosa.org.uk) gerekli olan İngiltere GP eğitimciler tarafından sağlanacak Yapılandırılmış Eğitimciler Raporu Nihai Değerlendirmenin içerdiği kriterler listesini gösterir. Bu temel klinik becerilerden (örneğin, bir stetoskop kullanımı gibi), kişisel ve mesleki niteliklere (örneğin, zaman yönetimi ve iş arkadaşları ile çalışma yeteneği gibi) kadar geniş bir yelpazeye sahip olduğu görülecektir. Eğitimciler erken değerlendirme sürecini başlatmak ve (Polonyada 2 yıl, İngilterede 1 yıl) tüm dönem boyunca delil toplamayı bekliyorlar. Bu nedenle, ilk birkaç ay içinde klinik beceri açısından delillerin çoğu toplanmalı ve böylece erken düzeltici eylem uygulanabilmelidir. Öte yandan, klinik karar veya organizasyon becerileri ile ilgili karmaşık nitelikleri geliştirmek zaman alacaktır ve bunlar son hafta içinde değerlendirilecektir. Eğitici uyararak amacıyla, başarısızlık kriterlerinin bir listesini (bkz. Şekil 10.11 veya bir örnek) her bir öğe için vermektedir. Bu öğeler bir dizi beceri, hasta eğitimi, klinik karar verme ve uygulama gibi alanlar da dahil olmak üzere ilgili yönleri kapsayacaktır. Öğrenci sürekli olarak tartışma ve durumun iyileştirilmesi için girişimlere rağmen, bu başarısız kriterleri sergiliyorsa bile sadece bir "başarısızlık" girilmiş olur. Bu nedenle, başarısızlık kriterleri "defalarca" gibi kelimeleri içermelidir:başarısızlık vurgusu sadece gözlenen bir danışmanlık oturumunda stres altında en iyi uygulamayı yürütmek için tek bir başarısızlık olmadığıdır. Bu başarısızlığın tekrarlandığına dair açık bir kanıt mevcut olmalıdır. Aynı zamanda, bu kanıtın bir dizi farklı kaynaklardan elde edilmiş olması beklenir. Böylece peak flow metre kullanımıyla ilgili değerlendirme (Şekil 10.11), eğitici ve meslektaşları tarafından gerçek istişareler, doğrudan

gözlem, kanıt kullanımı ile benzetimli hasta kullanarak bir eğitim oturumunda kanıtlarla desteklenmiş olacaktır.

6	Peak flow metre kullanımı	Kanıt toplanması tamamlandı
Başarısızlık kriterleri Doktor: <ul style="list-style-type: none">• Doğru ekipman kullanımında başarısızlık• Hastaya metreyi doğru şekilde nasıl kullanılacağını öğretmede tekrar eden başarısızlık• Doğru sonuçları yorumlamak için uygun grafikleri kullanmada tekrar tekrar başarısızlık.• Sonuçları klinik pratiğe uygulamada tekrar eden yetersizlik.• Sonuçları klinik uygulamada kullanma konusunda birden çok kez başarısız olma.		
YORUMLAR		
Veri kaynağı <ul style="list-style-type: none">• <input type="checkbox"/> Gözlemler• <input type="checkbox"/> Simüle hasta• <input type="checkbox"/> Diğer		

Şekil. 10.11. Yapılandırılmış bir eğitici raporu - ayrı ayrı kriterler için bir kayıt.

Bir aile hekiminin akreditasyonunu etkileyecek raporların temini veya bir eğiticinin en önemli görevlerinden biri: hastanın yaşamına ve doktorların kariyerine bağlı olacaktır. Muhtemelen iyi bir yapı odaklı ve kademeli biçimlendirici değerlendirmelerin eki rutinin bir parçası olduğunda adil ve tutarlı bir şekilde bunu yapmak çok daha kolaydır.

Örnek 16: Olga'nın reçete yazımında belirgin zorlukları vardı. Onun (ilgili ilaçların kullanımında yanlışlıklar, uzun vadeli tedavilerde gözden geçirme yetersizliği, uygun dozlarda kullanmada başarısızlık da dahil olmak üzere) "tekrar tekrar uygunsuz reçete yazma" başarısızlık kriterleri sergilediğine dair kanıtlar vardı. Doğrudan gözlem ve vaka analizindeki kanıt, astımı olan bir hastaya beta bloker yazdığını, bir çocuğa tetrasiklin reçete ettiğini ve steroid kullanımını izlemede başarısız olduğunu gösterdi. Bunun, onu yarı yolda bırakacağı açıktı. Bu, onunla ve onun ders lideri ile tartışıldı. O, yoğun bir terapötik kursuna gönderildi ve sorunların ayrıntıları, "diğer yorumlar" başlığı altında yer almasına rağmen bir son rapor için geldiğinde o eğiticisinden, bu alan için "geçer not" almayı başardı.

Örnek 17: Piotr'un, zaman yönetimi ile ilgili zorlukları olduğu ortaya çıktı. Ameliyatlara başlamakta sürekli olarak geç kalıyordu ve eğitimlerin de geç saatlere kadar sürmesine yol açıyordu. O yerel bir gruba mensuptu ve provalarına gitmek için işini 17:00'de bırakmakta ısrar ediyordu. Denetlemede fırsatı olduğu halde, acil bir hastayı öğleden sonra görmekte ve onu acil servise yönlendirmede başarısız olduğu ortaya çıktı. Denetleme, aynı zamanda onun sık sık, karmaşık problemleri olan insanlara sınırlı bir süre verdiğini ve onları ileri randevular için zorladığını gösterdi. Bu konular Piotr ile

gündeme getirildi ancak lisansüstü eğitim yetkilileri herhangi bir iyileşme olmadığını bildirdiler. Onun eğiticiyi onu bu alanda bırakmaktan başka seçeneği olmadığını hissetti.

DIŞ DEĞERLENDİRME

Dış makamların raporları, akreditasyon için gerekli genel değerlendirme sürecinin bir parçasıdır. Eğitici için bir dış değerlendirme sürecinin diğer yönleriyle farkında olmak gereklidir. Böylece öğrencileri nasıl yetiştireceklerini ve onlara yaptıkları katkının uygun olup olmadığını anlayabilirler. Son değerlendirme, bir asistanın, dersi tatmin edici şekilde tamamlayıp tamamlamadığını gösterir. Aile hekimliği gibi mesleklerde aynı zamanda yeni akredite ile bir doktorun güvenli ve etkili olduğu konusunda kamuoyuna güvence vermek gerekir. Böyle bir güvenceyi kamuoyuna sunmak için, onların güvenlerini kumanda edecek ve değerlendirmeyi yönetecek bağımsız bir otoriteye ihtiyaç duyulur. En modern demokratik toplumlarda son otorite, seçilmiş hükümet tarafından uygulamaya izin verilen kişidir. Hükümetler, normalde bu sorumluluğu, ulusal bir akreditasyon ajansı temsilcisine veya, Polonya'daki gibi profesyonel bir şirkete ihale ederler. Bu kurum / şirket öncelikle, akademik, profesyonel ya da düzenlenmiş olabilir. Ancak, geçerli ve güvenilir bir değerlendirme ile gelip profesyonel ve akademik bir giriş yapması gerekecektir. Ulusal ajansı ayrıca ayrı ayrı bölgeler ya da kurumlar için daha fazla yerlere devredebilir: bu nedenle, İngilterede Genel Tıp Konseyi temel tıp eğitiminden sorumludur, ama GMC ders ve genel değerlendirme sürecini onaylandıktan sonra son değerlendirme bireysel üniversitelere bırakılmıştır. Bu final sınavlarının üniversiteler arasında farklı olacağı ve diğer ülkelerin aksine, herhangi bir devlet kurulu sınavı olmayacağı anlamına gelir. Polonya'da, temel tıp eğitimi tamamlama sertifikaları verme Hekim Odalarının sorumluluğundadır ve bireysel üniversiteler bünyesinde son değerlendirmeye (tüm sınavları geçmeye) dayanmaktadır. Bir devlet yönetim kurulu özel sınavı olmasına rağmen, ne final sınavı, ne de bu noktada devlet kurul sınavı vardır. Örneğin Avrupa Birliği gibi kuruluşlarda, personelin ulusal sınırlar arasında serbest dolaşımını kolaylaştırmak için, nitelik uyum girişimleri vardır. Ancak, tarihsel, epidemiyolojik ve diğer pek çok nedenden dolayı, bir aile hekimi farklı toplumlarda hala belirgin bir şekilde farklı rollerdedir. Bu ayarlama ve hatta yeniden akreditasyon gerektirir. Bu çeşitliliğin ve dış değerlendirmeyi etkileyecek yolların farkında olmak önemlidir. Kurslarımızın herhangi birinden mezun olan insanlar, yerine getirdikleri yerel kriterlerin, hemen farklı bir toplumda, bir aile hekiminin çalışmasını yürütmek üzere, uygun ve güvenli olduğu, yanlışlığı içine düşmemelidirler.

DEĞERLENDİRME DÜZEYLERİ

Genel değerlendirme, düzeylerin birinde yer alabilir ve amaçlanan sonuç değerlendirmenin doğasını etkileyecektir. Bizim temel, gelişmiş ve rekabetçi değerlendirmeleri dikkate almamız gerekir.

TEMEL

İlk seviye güvenlik ve etkinlik ile ilgilidir. Amaç, kişinin bir aile hekimi olarak hastaya zarar vermeden işi yapmak için yetkili olup olmadığını anlamaktır. Bunu belirlemek için temel yetkinlik düzeyinin ne olacağına karar verilmelidir. Daha sonra, kişinin geçer ya da başarısız olup olmadığını yargılamak için gerekli kriterleri düzenlemek gerekir. Bu nedenle herkes (öğrenci, eğitici ve değerlendiriciler) standardın ne olduğunu bilir, böylece bir kriter-referanslı sınav yapılabilir.

Bunun, söylenmesi kolay ama uygulamaya konulması çok zordur. Belirli beceriler için kararlaştırılmış bir standart (örneğin, kardiyopulmoner resusitasyon) kolayca ayarlanır, ancak

bağımsız bir aile hekiminin farklı alanlarda ne kadar bilgiye ihtiyaç duyacağını belirlemek zordur ve eğer bir doktor belirli alanlarda bilgiye sahip değilse doktorluk yapmaktan mahrum edilebilir.

GELİŞMİŞ

Kriter referanslı sınav adayların çoğunluğunun temel bilgi ve becerilerinde yakalayacakları yeterli seviyeye ulaşıp ulaşmadıklarını değerlendirmek içindir ve adayları birbirlerinden ayırt etmek çok zor olacaktır. Ancak, bu adayların küçük bir bölümünün geri kalanına göre çok daha yüksek bir başarıda olduğu açık ve net olacaktır. Bu adayları ayırt etmek ve onlara özellikle iyi olduklarını gösteren bir "ayrım" ödülü kriterleri belirlemek mümkün olabilir. Bu eğer kişileri özel becerileriyle akademisyenliğe veya liderlik özelliklerine uygundur gibi tanımlamaya yararsa değerlidir. Ancak, bu iki rol için gerekli olan özel becerinin mutlaka temel bilgi ve beceri testlerinde yüksek puan almakla ilgili olduğuna dair çok az kanıt vardır. Muhtemelen daha geniş kriterlere bakan, farklı yapıda testlere ihtiyaç olacaktır.

REKABET

Önceki iki düzey temel ya da ayırıcı düzeyde başarıyı belirlemek için belirli kriterler kullanılır. Bir alternatif de tüm adayları alınan notlara veya elde edilen başarılarla göre sıralamaktır. Bu topluluktaki "en iyi"% 10-20'nin kim olduğunu belirlemeye ve onları ödüllendirmeye bir imkan sağlar. Ödüller "ayrıcalık", yüksek notlar (A + veya 6) verilmesi ya da daha iyi iş imkanı sunma olabilir. Hatta bir limit konulabilir: örn. % 5'in altındakilerin akranlarının standartlarını yakalamadıkları düşünülerek "başarısızlık" kabul edilir. Adaylar kendi topluluklarının normu ile karşılaştırıldığında buna norm-referans denir. Rekabetçi bu tür sınavlar bazı kesin seçim işlemlerinde değerli olabilir, ancak ardışık kohort analizleri aynı standartta olmayabilir ve profesyonel bir giriş sınavı olarak adil olmamayaabilir: bir değerlendirmede alt % 5'e girenler başka bir değerlendirmede ağırlıklı olarak ort düzeyde bir performansı gösterebilir.

Son değerlendirme (Summative assesment) için temel bir standardın elde edilmiş olduğunun gösterilmesini vurgulamak önemlidir. Bu adayların, önceden belirlenmiş ve açık kriterlere karşı değerlendirilmeleri ve sadece akranlarıyla karşılaştırılmamaları gerektiği anlamına gelir. Bu zor bir görev olacaktır.

BİLGİ TESTLERİ VE BİLGİNİN KULLANILMASI

Yeterli bilgi, tüm performansın temelidir. Bu nedenle, bilgi testleri, değerlendirme sürecinin merkezinde yer almaktadır. Aile hekimliği gibi bir alanda, bilginin önemli bir genişliği olması gerekir, bu nedenle testler geniş bir alanı kapsamalıdır. Aynı zamanda, gerçeklerin bilgisi gerektiğinde uygulanamıyorsa değeri azdır ve bu nedenle bilginin uygulama testleri gereklidir. Eğiticilerin çoğu, kendi deneyimlerine dayanarak, bu testlerin yapısının farkında olacaklardır, fakat bunların gereklerini nasıl yerine getireceklerine dair kısa bir gözden geçirme kılavuzu verilir.

ÇOKTAN SEÇMELİ SORULAR (ÇSS)

Bu ifade, bir dizi temel amacı tıbbi bilgi ve anlayışın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi olan soru biçimlerini kapsar. Genellikle 100-300 soru kullanılır ve bilgisayarla işaretlenerek hata yapmama garantiye alınır, hakemler arası güvenilirlik ile herhangi bir sorun yoktur. En sık görülen biçimleri şunlardır:

- Basit "Doğru / Yanlış" sorular :- her öge ayrılmıştır ve ifadenin doğru olup olmadığına basit bir karar vermeyi gerektirir.

- Birden fazla "doğru / yanlış" sorular: bir açıklama yapılır ve sonra seçenek verilir, seçeneklerin her biri doğru ya da yanlış olabilir.
- En iyi tek cevaplı sorular: bir açıklama yapılır ve beş seçenek verilir, aday, bu seçeneklerden hangisinin gerçeğe en yakın ya da gerçek olduğunu belirlemek zorundadır.

Bunlardan sadece en sondaki, gerçek bir "çoktan seçmeli" sorudur. Aday, bir dizi seçenektan bir seçim yapmak zorundadır. Aynı zamanda iyi psikometrik niteliklere sahiptir ve bu yüzden tercih edilen yöntem biçimidir. Bu Amerikan Tıp Uzmanlıkları Birliği tarafından kullanılan tek yöntemdir ve oldukça karmaşık olabilir: tanıtım amacıyla bir hasta vaka senaryosu, klinik bulgular, grafikler ya da resimler kullanılabilir.

Bir bilgisayar sunumunun bütün bunları içermesi mümkündür ve bilgisayar destekli testler, daha az test sorusuna ihtiyaç duyulduğunda, bilgisayar programlı istatistik kurallara dayalı olduğu için, test öğeleri hızlı bir şekilde sınav yeteneğini ölçmek için geliştirilebilir.

GENİŞLETİLMİŞ EŞLEME SORULARI (GES)

Çoktan seçmeli yazılı sınavların, bir anlayışın bazı yönlerini değerlendirirken daha geçerli olabilecek bir varyasyonu genişletilmiş eşleme sorularıdır. Bu sorular, klinik sorunlara bilgilerini uygulama yeteneğini test etmek için tasarlanmıştır. Bu tür sorularda (Şekil 10.12) bir tema seçilir ve bir dizi olası cevaplar verilir. Beş veya daha fazla seneryo tanımlanır. Her bir seneryo cevapların birisi ile eşleştirilmelidir.

Bu sorulara en doğru cevabı seçeneklerin listesinden seçmek gerekir. Tüm seçenekler seçmeden önce dikkate alınmalıdır: tek bir seçenek doğru cevap olarak kabul edilecektir. Gerekli olan tek şey doğru seçeneği işaretlemektir. Her bir seçenek listesi için adayların, normalde 5 "soru kökünü" eşleştirecek şekilde seçmesi istenecektir

Örnek

Konu: Teşhis - yorgunluk

Seçenekler:

- | | | |
|------------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. Akut lösemi | g. EBV enfeksiyonu | m. Özetleme |
| b. Kronik hastalık anemisi | h. HIV enfeksiyonu | n. Tüberküloz |
| c. Bakteriyel endokardit | i. Hipotiroidi | o. Vitamin B12 eksikliği |
| d. Konjestif kalp yetmezliği | j. Demir eksikliği | |
| e. Pankreas karsinomu | k. Malabsorbsiyon | |
| f. Depresyon | l. Polimiyaljiya romatika | |

Kök: Yorgunluk şikayetiyle gelen her bir hasta için en olası tanıyı seçin.

Şıklar:

1. 3 haftadır devam eden yorgunluk ve sırt ağrısı öyküsü olan 13 yaşında bir çocuk, vücudunda yaygın morarma, solukluk, omurlar üzerinde ve her iki femurda hassasiyeti var. Tam kan sayımı: hemoglobin 68 g/l, beyaz hücre sayısı 2.1×10^9 ve trombosit sayısı 13×10^9 /l.
2. vs.

Cevap A

Şekil 10.12. Genişletilmiş Eşleştirme Soruları

KISA CEVAPLI SORULAR ve MODİFİYE ÖDEV SORULARI

Geleneksel olarak, uzun deneme soruları bilginizi test etmek için kullanılır. Bunlar, herkesin bildiği gibi güvenilir, çok dar bir aralığı kapsayan konuları içeren ve uygun şekilde işaretleme için çok zaman alıcıdır. Bir alternatif, çok daha büyük bir konu yelpazesine kısa cevaplar istemektir ve gerekli cevapları çok net bir şekilde tanımlamak gerekir: sadece bu yanıtlar not aldırır. Bu "modifiye edilmiş ödev soruları" bir dizi aile hekimliği kolejlerinde (örneğin Şekil 10.13) kullanılmakta olan bir yaklaşımdır. Orjinal olarak bu soru tek bir durum senaryosunu izler. Bilgi verilir ve bir sonraki bilgiye geçmeden önce adaydan bu bilgiyle cevap vermesi (başka sorulması gereken sorular yapılması gereken muayeneler, alınması gereken kararlar veya yapılaması gereken işler) beklenir.

Aile hekimliği uygulamasında çalışıyorsunuz ve bir sabah hasta görmeye başlıyorsunuz:

1. İlk hastanız, Rafal, 14 yaşında, iki gün boyunca devam eden boğaz ağrısından şikayetçi. Hasta annesinin kendisini bu günlerde okulda bazı önemli sınavlara gireceği için, bir antibiyotik alması için gönderdiğini söylüyor. Rafale nasıl tepki verirsiniz ve tedaviyi nasıl yaparsınız, nedenleriyle açıklayın.
2. Bir sonraki hasta, Orta Doğu'dan yüksek lisans öğrencisi Saeed. 23 yaşında. Son 3 hafta boyunca günde 5-6 kez sıklıkta olan ishalden şikayetçi. Daha önce benzer semptomları olmamıştı. Kendisini iyi hissetmediğini ve yeni dersini çok stresli bulduğunu ifade ediyor. Bu konsültasyonu nasıl yöneteceksiniz?
3. Bir sonraki hasta Tania T, 50 yaşında. Önceki akşam boynunda bir şişlik şikayetiyle başvurdu, ve muayenede belirgin bir lenfadenopati buldunuz. İleri testler için tekrar çağırdınız. Fakat o bunu dikkate almadı. Tepkiniz nasıl olur?
4. Weronika 6 yaşındaki çocuğu, Sophie'yi getiriyor. Sophie'nin bir çok kulak sorunu var ve annesi onun okulda çok zorlandığını söyledi. Ne tavsiye edersiniz ve tedavisini nasıl yönlendirirsiniz?
5. Hasta görüşmeniz, hemşireniz tarafından kesiliyor ve o size bekleme salonunda bir sorun olduğunu söylüyor: "bir hasta geldi ve sizi görmek istediğini söyledi, hasta baktığınızı ve beklemek zorunda olduğunu söyledim, ancak çok öfkelendi". Hasta ve personel arasındaki bu durumu nasıl idare edeceksiniz?

Şekil 10.13. Bir Modifiye Ödev Sorusu.

Bunlar gerçek hayattan uyarlanmış birtakım özel klinik durumlar. Daha yakınlardaki son gelişmelerde, farklı senaryolardan oluşan bir dizi danışmanlık oturumunun veya pratik uygulamanın her birinde sadece bir veya iki soru bulunduğu görülmüştür. Bu daha geniş konu aralığı sağlar, ama gerçekte daha kısa cevaplı sorular içerir. ÇSS formatındaki bilgisayar işaretli sorular bu alanlarda etkin olarak değerlendirilebilir.

STANDARDİZE EDİLMİŞ VE ÇİZELGESİ OLUŞTURULMUŞ SÖZLÜLER

Sözlü sınavlarda aday sınav görevlisi ile yüz yüzedir ve sınav görevlisinin, adayın bilgi ve anlayışını ölçmek amacıyla belli ölçüde soruları değiştirmesi mümkündür. Standardize edilmiş bir sözlü sınavda tüm adaylar aynı konular üzerinden test edilecektir. Bunları sıklıkla gerçek hasta senaryoları üzerinde ve ortalama 3-5 dakika senaryo odaklı sorularla oldukça iyi şekilde test

etmek mümkün olabilir. Bir grafikte hazırlanmış sözlülerde, malzeme adayın kendi klinik aktivite tarihindeki bir grafik veya seyir defterine dayanmaktadır. Bu kişinin gerçek klinik karar verme ve uygulamasını keşfetmeye izin vermesine rağmen standardize etmek zordur ve bu da bu tarz sınavları daha az güvenilir kılar. Bu nedenle, grafikte hazırlanmış sözlüler daha az kullanılmaktadır. Sıradan bir standart sözlü sınavda, uzman sınav görevlisi kilit noktaların ele alınmasını sağlamak için, başlangıç sorularını gerçek hayatta karşılaşılabilecek klinik konulardan seçmede konusunda dikkatli olmalıdır. Sınav görevlileri de, her bir senaryo için nasıl hasta bilgisi sağlanacağı, sınava girenlere soru hazırlamak ve cevapları değerlendirmek ve sınava girenlerin cevaplarını puanlamak konularında eğitime ihtiyaç duyarlar Dikkatli bir eğitim ve ayrıntılı bir sınavla oldukça yüksek düzeylerde güvenilirlik elde edilebilir.

BECERİ TESTLERİ

Bir aile hekimi değerlendirirken yeterli klinik beceri, klinik bilgi kadar önemlidir. Bir doktor, hipertansiyon tanısı ve tedavisi hakkında herşeyi bilebilir, ama o doktor ilk etapta kan basıncını yeterince kaydedemedikçe bu tür bilgilerini uygulayamaz. Becerilerin izlenmesi ve değerlendirilmesinde eğiticinin rolü zaten tartışılmakta olan bir konudur. Bazı becerileri sadece işyerinde değerlendirmek mümkündür. Prosedür günlükleri "veya" vaka günlüklerindeki numaralar yeterlilik anlamında gerekli değildir, ve eğiticinin yargılarının performans yeterliliğinde gerekli olduğu bildirmiş olmasına rağmen, "gerekli işlemlerin yapılmış olduğunu göstermek amacıyla kullanılır olmuştur. Sertifikasyon için mümkün olan her yerde, bir dış değerlendirici tarafından onaylanmak önemlidir. Bir kez daha, geniş bir yelpazede farklı yeterliliklerin incelenmesi, güvenilirlik gerektirir. İki ya da üç kompleks hastanın genel tanısı ve tedavileri konusunda yapılan sınavların tatmin edici olması muhtemeldir. Bu Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (OYKS) geliştirilmesini sağlamıştır. "Standart hasta" ve mükemmel maketlerin gelişimi bu sınavların standardizasyonu geliştirildi. Bazı hayati pratik becerileri (örneğin kardiyo-pulmoner resusitasyon yapma becerisi gibi) yürütmek için, aynı zamanda tek başına değerlendirmeler yapılacaktır.

OBJEKTİF YAPILANDIRILMIŞ KLİNİK SINAVLAR (OYKS)

OYKS biçimi değerlendirmeler için standart bir araç sağlar: Fizik muayene ve anamnez alma becerileri; hastalar ve aile üyeleri ile iletişim becerileri, bir ayırıcı tanı yapabilme, ya da tedavi planı ve hasta notlarına dayalı klinik yargı. Ayrıca, adayların bilgi düzeyi hakkında bazı bilgiler verecektir. Yapısı, tekrarlanan hasta ile karşılaşmaların veya invaziv prosedürler ile sürekli bakımdaki beceri ya da yeteneklerin bir değerlendirmesini sağlamaz. Objektif yapılandırılmış klinik sınavda (OYKS) adayların 12 ila 20 ayrı istasyonda, sırayla hareket ederek yaklaşık 10-15 dakika süren tüm istasyonlarda istenen becerileri yapmaları değerlendirilecektir.

Standardize hastalarda birincil değerlendirme aracı olarak "OYKS kullanılır, ancak OYKS genellikle klinik vakalarda kullanılan bilgi analizi alıştırıcıları ve, teknik becerileri değerlendirmek için maketlerle yapılan klinik senaryolar gibi diğer değerlendirme araçlarını da içerir. Her bir istasyon ayrı ayrı puanlanır ve puanlar birbirine eklenir, güvenilir performans ölçümleri elde etmek için tavsiye edilen 14 ila 18 istasyondur. Bireysel görevlerin puanlarının istatistik ağırlığı tartışmalıdır ve bu nedenle tavsiye edilmez. Bu açıkça karmaşık bir süreçtir, ve önemli bir çalışma, standardize edilmiş hasta ve değerlendiricilerin doğru tutarlı bir performans sağlamak için eğitilmiş olduğundan emin olmayı gerektirir, bu; adayların önemli bir kısmı ile sadece tek bir yerde uygulanabilir. Verimli bir şekilde yürütüldüğünde bir adayın beceri genişliği hakkında güvenilir bir güvence verebilir.

STANDARDİZE HASTALAR

Gerçek hastalar hikaye ve bulgularıyla ayrılırlar. Hastalar ayrıca çok sayıda asistanın tekrarlayan muayeneleri altında bıkmaya eğilimindedir ve onlara sürekli bir performans vermek zordur. Bu nedenle, "standart hasta" geliştirilmesi, güvenilir, yapılandırılmış klinik sınavlarda bir ilerlemeye yardımcı oldu. Gerçek hastalar, standart bir şekilde hareket etmek üzere rol yapması için eğitilebilse de bunların çoğu hasta olmayan insanlardır. Standardize bir hasta tutarlı bir anamnez verme ve bazı klinik bulguları güvenilir bir şekilde simüle etmek için bile eğitilebilir. Diğer standardize edilmiş hastalar, belirli alanlarda (homojen sınavlar, bazı ülkelerde dahil olmak üzere) tekrar edilen muayenelere izin vereceklerdir ve bu, bulgular normal olsa bile, temel muayene becerilerini test etmek için kullanılabilir. Ekstremitelerin muayenesi ve nörolojik muayene sınavları bu şekilde test etmek için özellikle uygundur. Nitelikli standardize hastalar sıklıkla tıpla ilgisi olmayan kişilerdir. Bu nedenle kendi kendilerini, (geniş anlamda) nezaket ve hasta-merkezcilik gibi klinik tutumlar geliştirmede değerlendirebilirler. Bazı merkezlerde aynı zamanda adaylar kendi kendilerini değerlendirmek için eğitiliyorlar, bu bir gözlemci ya da sınav görevlisine ihtiyaç olmadığı anlamına gelir. Kontrol listeleri ve değerlendirme formları kullanılması, bunu kolaylaştırır. Standardize hastalar, anamnez alma ve muayene becerilerinden ayırıcı tanı ve tedavi becerilerine kadar geniş bir yelpazede performansları değerlendirmek için kullanılabilir olmuştur. Fizik muayene, anamnez alma ve iletişim becerilerinden tekrarlanabilir puanlar daha kolay elde edilir.

MAKET VE SİMULASYONLARIN KULLANILDIĞI SINAVLAR

Giderek artan sayıda komplike gelişmiş modeller ve maketlerin gelişimi "hastasız" bir ortamda değerlendirilmesi gereken birçok uygulamaya imkan sağlar. Bu kardiyo-pulmoner resusitasyon gibi bir prosedür için özellikle değerlidir, maketler göğsüne uygulanan basıncı ölçülebilir ve böylece yeterli olup olmadığını belirleyebilir. Sütür gibi cerrahi beceriler de yapay malzemeler üzerinde değerlendirilebilir. Bu, yapılandırılmış klinik sınav istasyonlarına eklenebilir ya da önemli bir bağımsız prosedür olarak yürütülebilir, fakat CPR gibi bir beceri nadiren kullanılır.

PERFORMANS TESTLERİ.

Miller'in piramidi (bkz. yukarıda ve Şekil 10.2) bize, bir doktorun yeterli olup olmadığını son değerlendirmesinin ne bilip bilmediği, hatta işlerin nasıl yapıldığını gösterebilmesi değil ancak gerçek hayatta pratikte bunları gerçekleştirebilmesi olduğunu hatırlattı. Performans, bilgi, beceri ve tutumların bir toplamıdır ve bunlar uygulanmak ister. Bu nedenle insanlarla bağlantılı tutumları içerir. Bilgi ve beceri testleri sadece piramidin alt seviyeleri ile ilgilidir. Dış son değerlendiriciler adayların normal performanslarının yeterli olup olmadığını kanısına varmak için daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarlar. Biz zaten bu amaç için rapor veren eğiticinin rolünü tartıştık. Ancak değerlendiriciler, raporlarını desteklemek için diğer kanıtları kullanmak isteyebilirler. Kaynakların bir kısmı burada dikkate alındı.

KAYIT İNCELEME

Değerli bir kanıt kaynağı aday tarafından kaydedilen gerçek doktor-hasta karşılaşmalarının gözden geçirilmesidir. Normal işyerinde ziyaret etme anlamında olsa da, bir kişi açıkça düşük bir performansta olduğunda zor bir durumda yargıya varmak veya delil toplamaya çalışmak son derece değerli olabilir. Çalışanlar ayrıca, ilaçlar, yapılan testler, prosedürler ve hasta sonuçları gibi önceden belirlenmiş kriterler ile bir protokol kullanarak gerekli bilgiyi form üzerine kodlayarak özetlemek için eğitilmiş olabilir. Bunlar rastgele seçilmiş pratik uygulamada ve bilgi düzeyinde

yeterli olduğu söylenen 6 ila 8 kayıtla önceden tanımlanmış hasta bakım düzeyleri ile karşılaştırılabilir, (ACGME / ABM'ler 2000): genel pratikte bu, görülen koşulların genişliği ve muhtemel tedavi aralıklarından dolayı uygulanamayabilir.

PERFORMANSIN KAYDEDİLMESİ

İkinci bir yaklaşım, bağımsız değerlendiricilerin akreditasyon almaya çalışan doktor tarafından yapılan kaydedilmiş doktor-hasta görüşmelerini gözden geçirmektir. Bu, tanı ve tedavinin her ikisine daha geniş bir bakış açısı getirmesine rağmen iletişim becerilerini değerlendirmek için özellikle etkilidir. Bu zaten ayrıntılı olarak ele alınmıştır ve tek bir sınav kurulu tarafından kullanılan performans kriterleri Şekil 10.7'de belirtilmiştir.

PORTFÖY VE PROJELER

Portfolyolar, özellikle yeniden belgelendirmenin gerekli olduğu durumlarda, giderek artan bir şekilde değerlendirme amaçlı kullanılıyorlar. Bir portfolyo adayın öğrendiğini kanıtlamak için aday tarafından hazırlanan materyallerin bir toplamıdır. Portfolyo tipik olarak yazılı belgeler içerir ama video ya da ses kayıtları, fotoğraflar ve diğer bilgi formları ve öğrenilenin bazı yansımalarını da içermelidir. Bu yansıma, bilimsel literatür göz önüne alınarak, öğrenilenin nasıl uygulanacağı ve daha fazla öğrenme ihtiyaçlarının nasıl tespit edileceğinin tasarlanmasını içerebilir. Herhangi bir etik değerlendirmeyi de kapsıyor olmalıdır. Portföyler genellikle klinik hem de idari bir dizi etkinliği de kapsayacaktır. Daha fazla ayrıntı AMEE (Snadden, Thomas & Challis, 1999) tarafından yayınlanan bir eğitim kılavuzunda mevcuttur. Projeler genellikle belirli bir alanın bakımının denetimi gibi tek bir alana sınırlıdır. Bu sınırlama ile aynı zamanda bir doktorun nasıl öğrendiğine ve öğrendiklerini nasıl uyguladığına ilişkin birtakım kanıtlar sağlanabilir. Bir proje kritik bir literatür taraması içermelidir ve aynı zamanda bulguların yansımalarını, tespit edilen boşlukları ve bunların nasıl ele alınması gerektiğini ve etik sorunları da içermelidir.

HASTA ANKETLERİ

Herhangi bir doktorun performansı üzerinde son karar hastalarının ihtiyaçlarını başarıyla yönetip yönetmediğinin ölçüsüdür. Hasta memnuniyeti, belki de değerlendirmede ihmal edilen bir parametredir. Hasta memnuniyeti anketleri, bir uygulama veya kurum tarafından sağlanan genel bakımın değerlendirilmesinde çok etkilidir. Bu sürecin bir takım nedenlerden dolayı bireysel bir değerlendirmede kullanılması çok daha zordur:

- Memnuniyet, bireylerin kontrolü dışında kliniğin ortamından etkilenir.
- Memnuniyet, ekibin diğer üyelerinin katkılarından etkilenir.
- Memnuniyet, hastanın maruz kaldığı durumun özelliklerinden ve yönetimi için kullanılabilir kaynaklardan etkilenir.

Buna rağmen, bazı genel bilgiler, iletişim becerileri, dinleme ve empati gibi alanlardan elde edilebilir. Gelecekte performansın son değerlendirmesinde kullanılan kanıt aralığına bir hasta faktörünü eklemek giderek daha önemli olabilecektir.

SONUÇ

Geçen bölümlerde eğitimde eğiticilerin rolleri ve ihtiyaç olabilecek bağımsız değerlendirme tipleri detaylı olarak dikkate alındı. Eğitim sürecinin izlenmesi, eğitici için bir öz-değerlendirme sürecini içermesi ve yansıtması açısından da önemlidir. Bölümün sonunda, her eğitici asistanın eğitimine herhangi bir katkısı olup olmadığını bilmek isteyecektir Düzenli bir biçimlendirici değerlendirme

bu konuda bilgi verebilir ve eğiticinin eğitim etkinliğini dikkate almasına yardımcı olabilir. Bunu akılda tutarak, eğiticilerin kendilerine başvurulduğunda değerlendirme süreçlerini nasıl kullandıklarını dikkate almaları gerekir. Belki de bir eğiticinin, bir asistana verebileceği en büyük hediye, kişisel farkındalıktır. Düzenli yansımanın profesyonel bir yaşamdaki kişisel örneği bunun anahtarıdır. Kullanılan farklı değerlendirme yöntemleri hakkında daha fazla bilgi, çok sayıda yayın ve ABD'de Lisansüstü Tıp Eğitimi Akreditasyon Konseyi ve Amerikan Tıp Uzmanlıkları Birliği tarafından üretilen Değerlendirme Yöntemleri Toolbox kararlarının dayandığı deliller ile farklı yöntemlerin güvenilirlik ve fizibilitesi ve kullanılabilirliğine mükemmel bir bakış sağlar.

KAYNAKLAR

Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties (2000) Toolbox of Assessment Methods. A product of the joint initiative of the ACGME Outcome Project of the Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), and the American Board of Medical Specialties (ABMS). Version 1.1.

Centre for Primary Care Research, Department of General Practice, University of Manchester: Rating Scales for Vocational Training in General Practice 1988 London Royal College General Practitioners, 1988 Occasional Paper 40.

Snadden D, Thomas M, Challis M. Portfolio-based learning and assessment. Association of Medical Education in Europe Guide number Medical Teacher 1999.21- 370-86.

EKLER:

Bölüm 1 İçin Ek

Ek 1.1 Eğitim stili ölçeği

Talimatlar: Aşağıda verilen 15 ifadeyi (koyu yazılar) tamamlayan dört seçeneği size en uygun şekilde sıralandırın. EN UYGUN bulduğunuz ifadeyi **4**, diğerlerini daha düşük olmak üzere EN AZ UYGUN ifadeyi **1** olarak işaretleyin. Sıra numaralarını ifadenin sağına yazınız. Lütfen her ifadeye farklı bir sıra veriniz; aynı numarayı vermeyiniz.

1. Bir eğitim vermeyi planlarken en muhtemelen

- problemi araştırır ve bulgularına uygun bir alıştırmayı yaparım c__
- bir ders planıyla başlar, öğretmek istediklerimi ve nasıl öğreteceğimi belirlerim b__
- elde etmek istediğim sonuçları belirlerim ve neredeyse kendiliğinden yürüyecek bir program tasarlarım a__
- katılımcılar için en önemli olan konuları düşünür ve ne olursa olsun, o konuyla ilgilenmeyi planlarım d__

2. İnsanlar en iyi ne zaman öğrenir?

- herhangi bir sistem zorlaması olmadan serbestçe araştırma yapabildiklerinde h__
- kendileri öğrenmeye ilgi duyduklarında g__
- ne konuştuğunu bilen birisinden öğrenirler f__
- ortam uygun olduğunda ve uygulama ve tekrar etme fırsatları olduğunda e__

3. Eğitimin amacı

- katılımcıların belirli becerilerde yeterlilik ve ustalık kazanmalarını sağlamak olmalıdır a__
- gerekli bilgiyi öğrenene en etkin bir şekilde aktarmak olmalıdır b__
- asistanın kendi problemlerini çözebilmeleri için kapasitelerini sağlamak olmalıdır c__
- katılımcılarda belirli içgörülerin oluşmasını sağlamak olmalıdır d__

4. İnsanla öğrendiklerinin çoğunu

- sistematik bir eğitim sürecinden elde etmişlerdir f__
- deneme yanılma yoluyla öğrenmişlerdir e__
- bir "eğitim" sürecinden çok, doğal bir kendi kendine keşif süreci sonunda elde etmişlerdir h__
- bilinçli bir hedefe ulaşma-problem çözme süreci sonunda elde ederler g__

- 5. Bir eğitimde hangi konuların kapsanacağı kararı**
- konunun önceden dikkatlice analiz edilmesiyle verilmelidir a__
 - eğitim süreci içerisinde öğrenenlerin ilgi ve kabiliyetleri ortaya çıktıkça verilmelidir d__
 - öğrenen ve öğretene tarafından ortak olarak alınmalıdır c__
 - etkinliğin sonunda öğrenenlerin neyi bildikleri ve bilmek zorunda olduklarına dayandırılmalıdır b__
- 6. İyi eğitimciler**
- önce eğitim yöntemleri ve süreçleri hakkında ustalık kazanır, sonra içeriği eklerler f__
 - öğrenenlerin kendi öğrenmelerini yönlendirmede yüksek motivasyona sahip olduklarını ve imkan bulduklarında öğrenmelerini yönlendirebileceklerini kabul etmekle başlarlar g__
 - önce konuyu kendileri tam olarak kavrar ve öğrenenler için etkili "modeller" oluştururlar h__
 - önce istedikleri son davranışı belirler, sonra da öğrenenlerde bu davranışa ulaşmak için yolları araştırırlar e__
- 7. Bir eğitimci olarak en az başarılı olduğum durumlar**
- öğrenenlerin pasif, konuşmayan kişiler olduğu ve tüm işi eğitimcilerin yapmasını bekledikleri durumlardır d__
 - yapılandırılmamış ve öğrenme hedefleri net olmayan durumlardır a__
 - doğru bir cevabın bulunmadığı durumlardır b__
 - somut spesifik fikirlerden çok soyut konuları öğrettiğim durumlardır c__
- 8. Bir eğitim etkinliğinde**
- problemler ve her şeyiyle gerçek bir ortam oluşturmaya ve bunlarla baş etmek için yeterlilikler geliştirmeye çalışırım g__
 - kendini keşfetme, ifade etme ve etkileşimi sağlayan bir eğitim ortamı oluşturmaya çalışırım h__
 - öğrenenleri cezbedip tutan ve sistematik bir şekilde hedefe yönlendiren uyarıcı bir ortam oluşturmaya çalışırım e__
 - öğrenenlerin ihtiyaçlarına yönelik her çeşit kitap, materyal ve benzerinden oluşan ilgi çekici kaynaklar oluşturmaya çalışırım f__
- 9. Öğrenme sürecindeki duygular**
- beceri sahibi eğitimci tarafından öğrenme hedeflerine ulaşmak için değerlendirilirler a__
 - eğer eğitimci asistanın dikkatini çekebilirse işe yarayabilirler b__
 - öğreneni eğitimcinin takip edip destekleyebileceği birçok tarafa yönlendirebilir d__
 - problem ve sorulara odaklanması gereken bir enerji sağlarlar c__
- 10. Eğitim Yöntemleri**

- nispeten esnek olmalı ama öğreneni ciddi olarak zorlamalıdır g__
 - konuya göre belirlenmelidir f__
 - deneme ve geribildirim teşvik etmelidir e__
 - öğrenen birey için serbestliğe izin vermelidir h__
- 11. Öğrenenler konuya ilgi duymadıklarında bunun sebebi muhtemelen**
- fayda görmediklerindedir c__
 - öğrenmeye hazır olmadıklarındandır d__
 - eğiticinin konuyu uygun şekilde hazırlamadığıındandır b__
 - planlamanın kötü olmasındandır a__
- 12. Öğrenenlerin hepsi farklıdır**
- bazıları öğrenir ama diğerleri başka etkinlikler için daha uygun olabilir h__
 - en doğru yaklaşım önce temel konuları öğretmek ve sonra öğrenenleri kendi kendine bırakmaktır g__
 - etkili bir araştırma tasarımı ile öğrenenlerin çoğu konuların çoğunluğunda ustalaşabilir e__
 - uygun şekilde organize olmuş tecrübeli bir eğitici çoğu zorlukla baş edebilir f__
- 13. Eğitimin değerlendirilmesi**
- eğiticiden bağımsız olarak öğrenenler tarafından yapılır, eğitici sadece durumu yansıtmalıdır d__
 - sisteme entegre edilmeli, böylece öğrenenler sürekli geribildirim almalı ve performanslarını buna göre ayarlamalı a__
 - asistanın bir sorunla karşılaşması ve onu çözmesinden sonra yapılır c__
 - önceden belirlenmiş öğrenme hedeflerine dayanmalı ve eğitim kazanımlarını belirleyebilmek için dersten sonra yapılmalıdır b__
- 14. Öğrenenler en çok hangi eğiticiye saygı duyar?**
- ne kadar acı verici olursa olsun kendilerine bir şeyler öğretene c__
 - tecrübelerini yaşarken kendilerine yol gösteren ve uygun geribildirimde bulunanlara e__
 - kendilerini adım adım sistematik bir şekilde yönlendirenlere f__
 - kendilerine ilham veren ve dolaylı olarak hayatlarına etki edenleri h__
- 15. Sonunda öğrenciler öğrenmemişse**
- eğitici öğretmemiştir b__
 - öğrenme tecrübesi tekrar edilmelidir a__
 - belki öğrenmeye değmiyordur c__
 - yazık olmuştur ama sonuçta herkes her konuda başarılı olamaz d__