

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Klinik Eğitim ve Alan

Clinical education and the Field in Family Medicine Specialty Training

Doç. Dr. Pemra C.ÜNALAN, Uzm. Dr. Mehmet AKMAN, Doç. Dr. Arzu UZUNER
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Özet

Sağlık hizmetlerinde gerek akut gerekse kronik hastalıklarla ilgili olarak sunulan sağlık bakımının büyük kısmı polikliniklerde ve sahada karşılanmaktadır. Oysa Türkiye'de, birincil sağlık sorunlarıyla baş etmek üzere yetiştirilen aile hekimliği uzmanlarının asistanlık eğitiminin tamamı yataklı hastane servislerinde yürütülmektedir. Dolayısıyla doğrudan ayakta hasta bakımını merkeze alan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için bu servislerde uygun olgularla karşılaşılması sınırlı kalmaktadır.

Klinik eğitim, hizmet sunumu sırasındaki eğitimidir. Klinik eğitim; eğitimde standartların olmadığı ve usta-çırak ilişkisinin mesleki eğitimi sağlayan tek yöntem olduğu daha önceki yıllarda da kuralları oluşturulmamış olmasına rağmen tıp alanında geçerli bir yöntemdi. Bugün ise aynı olanağın tüm disiplinlerdeki asistanlara sunulması ancak yapılandırılması önerilmektedir. Aile Hekimliği gibi uygulamaya dönük disiplinler için uygulama sırasında öğrenme ve topluma dayalı öğrenme vazgeçilmez unsurlardır.

Alanda ve uygulama sırasında eğitim, yatarak sunulan sağlık hizmetlerinden farklı olarak eğitime gerçek aile hekimliği hizme-

Abstract

Health care both for acute and chronic diseases is mainly delivered in ambulatory clinics in the community. However the residency programme of the family physicians in Turkey who are trained for the delivery of primary health care services is maintained almost totally in hospital rotations. So to deal with the suitable cases and to reach the learning objectives of the ambulatory care focused family medicine residency training is limited.

Clinical teaching is the training in the health service. Clinical teaching was valid in medicine though it was understructured in the previous years when there was no standards for education and the apprentice was the only model that provides professional education. Also today it is advised to offer the same opportunity to the residents in all disciplines but to structure it. Practice based and community based learning is indispensable for the disciplines which are practice based like family medicine.

Training in practice in the community other than the health care delivery in inpatient clinics offers the chance of observing, discussing, demonstrating the real family medi-

tini izleme, tartışma, deneme, geri bildirim olarak bu konuda beceri geliştirme ve gerçek bir yeterlilik değerlendirilmesi yapılmasına fırsat verir. Kısacası yukarıda sayılan farklılıkları anlamak ve öğrenmek için bir aile hekimliği asistanının gerçek hizmet sunacağı yer olan ayaktan hasta bakımı yapılan yerlerde de eğitim almalıdır. "Uygulama sırasında eğitim" her şeyden önce gerçek ortamda öğrenmeyi sağlayacaktır. Uygulama alanında yürütülecek bu eğitimin eğiticileri de topluma dayalı merkezlerinde aynı zamanda hizmet sunan aile hekimliği uzmanları olacaktır. Bu hekimlerin kişisel çabası hem klinik eğitim hem de yüksek nitelikli hizmet sunumuna yeterli olmayacaktır. Eğitimin uygun eğitim becerileri ile hazırlanmış olması yanında eğitim içeriğinin ve ölçüm yöntemlerinin de tanımlanmış olması gereklidir.

Yurdumuzda da öncelikle alan eğitimi/aile hekimliği uygulaması sırasında eğitimin yasalaşması ve uzmanlık eğitim müfredatında yer alması ve alan eğiticileri ile saha uygulaması/alan eğitimi yapılacak olan birimlerin ortaya koyulması, eğitim açısından zaten hazırlıklı olan Üniversitelerde sahada yer alan bir eğitim ve uygulama birimi oluşturulması ve tüm birimlerin işbirliği içinde çalışması sağlanmalıdır.

Anahtar sözcükler: klinik eğitim, alan eğitimi, topluma dayalı eğitim, eğitici, aile hekimi, müfredat

cine care, improving the skills by taking feedback and a real competency assessment for residents. In a phrase, a family medicine resident must have teaching in the ambulatory practice that is the real environment to work, to be aware of the differences and to learn. "Training in practice" will provide learning in the real context. The educators of this practice based training will be the family physicians who also deliver health care in the community based offices. The personal effort of this physician will not be enough to give either clinical teaching or health care in high quality. The clinical trainer must be prepared with necessary teaching skills besides the defined curriculum content and assessment methods.

In our country "training in practice" must become legal primarily then take place in the curriculum and providing field trainers and training units in the field, establishing a community based education and practice center in the University departments which are ready about the education concept and to set collaboration with the all units.

Key words: clinical teaching, teaching in practice, community based teaching, trainer, family physician , curriculum

Gerek akut gerekse kronik hastalıklarla ilgili olarak sunulan sağlık bakımının büyük kısmı ayakta hasta bakımının yapıldığı birimlerde karşılanmaktadır. Bu hizmetler ilk başvuru hizmetlerinin de önemli kısmını oluşturmaktadır. Birincil sağlık sorunlarıyla baş etmek için ortaya atılmış bir tıp disiplini olan aile hekimliği uzmanlık eğitiminin büyük kısmı ise hastane odaklı servislerde yürütülmektedir. Dolayısıyla doğrudan ayakta hasta bakımını merkeze alan bir disiplin olan aile hekimliğinde uzmanlık eğitiminin öğrenim hedeflerini karşılamak için yataklı servislerde uygun olgularla karşılaşılması sınırlı olmaktadır. Şu anda var olan bu dengesizliği giderebilmek için aile hekimliği polikliniklerinde gerçekleşecek bir klinik eğitime yer verecek şekilde müfredatta değişiklik yapılması gereklidir. Bu değişiklik yapılırken genel tıp disiplinlerinden biri sayılan genel dahiliye uzmanlık eğitiminin en azından %33'ünün ayakta hasta bakımının yapıldığı alanlarda geçmesinin akreditasyon için şart olduğunu ifade eden bilimsel çalışmalar kaynak olarak kullanılabilir¹. Herşeyden önemlisi bu süreç içinde eğiticiler ve politika yapıcılarının müfredat, eğitim yöntemleri ve değerlendirme konularının nasıl düzenlenebileceğine dair araştırma ve işbirliği yapmalarına ihtiyaç vardır.

Klinik eğitim, hizmet sunumu sırasında yani klinik ortamlarda eğitim verme yöntemidir. Klinik eğitim; eğitilenlerin ihtiyaçlarına göre düzenlenir, beklentiler eğitilen ve eğiticiler arasında paylaşılır yani açık ve gerçekçi olmak önemlidir, olumlu eğitim ortamı yaratılması birincil koşuldur ve mutlaka sürecin izlenmesi, performansın değerlendirilmesi ve buna spesifik geri bildirimler verilmesi gerekir. Klinik ortam yatan hastalara bakım sunulan hastaneleri, ayak-

tan hasta bakımının sunulduğu poliklinikleri ve topluma dayalı olarak kurulmuş olan birimlerin tamamını kapsar².

Hem klinik eğiticilik becerileri edinmek aynı zamanda da yüksek nitelikli hizmet sunabilmek ne yazık ki temel tıp eğitiminin öğrenme hedeflerinin üstünde bir beklenti olacaktır³. Bir hekimin bu görevlerin tamamını yerine getirebilmek için yoğun kişisel çaba ile kendini yetiştirmesi gerekecektir. Bu şekilde kazanılacak olan eğiticilik becerisinin de standart olması güçtür. Diğer yandan etkin ve etkili zaman kullanımını sağlayabilen bir klinik eğitimin, kullanılan eğitim yöntemi kadar hatta daha fazla oranda eğiticilerin olumlu davranışları ve niteliklerine bağlı olduğu bilinmektedir. Klinik eğitim verebilmek için bir eğitime eğitim içeriğinin ve ölçüm yöntemlerinin tanımlanması ve eğiticinin uygun eğitim becerileri ile donatılmış olması gereklidir. Bir eğiticinin öğrenim hedefine göre 1-3 arası asistana klinik eğitim verebileceği düşünülmektedir⁴.

Klinik Eğitimde Yöntemler

Klinik eğitimde yöntem ve standartlar üzerindeki tartışmalar dünyada da yenidir. Bordagae ve ark. daha 1998'de klinik eğitimde hangi yöntemlerin kullanılabilirliği, klinik eğiticinin hangi özelliklere sahip olması gerektiği ve eğitimin nasıl değerlendirilebileceği yönünde önemli bir tartışma yürütmüşlerdir⁵. Irby, 1995'te kognitif psikoloji ve öğrenme prensiplerine dayanarak bazı eğitim metodları önermiş ve bu sırada klinik eğitimin ulaşılabilir, yeterli, merak uyandırıcı ve organize olması gerektiğinin altını çizmiştir⁶. Klinik eğitimde her şeyden önce eğitim alan yaş grubunun yetişkinlerden oluştuğu ve gerek bilgi gerekse

beceri hedefleri olacağı ve bu yüzden de farklı eğitim yöntemlerini içermesi gerektiği unutulmamalıdır.

Klinik eğitimde kullanılan temel yöntemlerden biri Kolb tarafından 1980'lerde tarif edilmiş olan deneysel / deneyimlerden öğrenmedir⁷. Kolb'a göre öğrenmenin süreklilik taşıyan döngüsü yapılandırılmış deneyimlerle başlar, bunu eğitilenin refleksiyonu izler. Kısacası eğitilenin yaşadıklarını ve bunlardan çıkardıklarını anlatması beklenir. Bu sırada eğitilenin deneyimlediklerinden kavramsal ifadeler oluşturulmaya çalışılır. Refleksiyonda ortaya konulanlar ile var olan kavramlar arasında bağ kurulmaya ya da bu yaşananlara ilgili literatür içinden açıklama getirilmeye, ad konulmaya çalışılır. Bu yapılanların klinikteki karşılığı "karar verme sürecidir". Yaşanan bu deneyimden öğrenilenler tartışılır. Ortaya çıkan kararlar bundan sonraki yeni deneyimlerde kullanılacaktır. Var olan, edinilmiş olan bilgi ile yeni edinilen bilgi arasındaki gidip gelmeler öğrenme sürecini oluşturacaktır. Refleksiyon ve tartışmalar bu gidip gelmeleri sağlamaktadır. Bu işleyiş klinik eğitimin temelidir. Klinikte hasta hekim ilişkisi sürecinde elde edilen tüm deneyim "refleksiyon" ile paylaşılır bu paylaşım sırasında ortaya konulan tartışma süreci profesyonel tutumların, yeterliliğin ve kendine güvenin oluşmasına yol açar. Görüldüğü gibi bu sürecin oluşturulması klinik eğitim için en temel unsurdur. Bu nedenle eğitilenin ve aynı zamanda eğitilenin de motivasyonu gerekir. Motivasyonun öğrenmeyi kolaylaştırdığı da bilinmektedir⁸. Klinik eğitim böyle aktif bir öğrenme sürecini kapsarken yatan hasta başında ya da konsültasyonlarda yürütülen eğitimde öğrenenlerin yorum yapması ya da var olan bilgi seviyelerinin üzerinde bir tartışma yapmaları beklenmez, eğitici tüm bilgisi-

ni sunar. Bu nedenle servislerde yürütülen eğitimde eğitilenler genellikle pasif kalmaktadır.

Klinik eğitimde kullanılan eğitim yöntemleri için ortak bir dil henüz oluşturulamamıştır. Etkin ve etkili zaman kullanımını sağlayabilecek bir klinik eğitimin, kullanılan eğitim yöntemi kadar hatta daha fazla oranda eğiticilerin olumlu davranışları ve niteliklerine bağlı olduğu belirtilmektedir. Klinik eğiticilerin eğitiminde "Stanford Eğitici Gelişimi" modeli ve "Klinik Eğitimde Mikrobeceriler" en çok konuşulan 2 yöntemdir. Her iki model de davranış odaklıdır ve eğiticiler tarafından tüm klinik eğitim ortamlarına uyarlanabilirler⁹. Skeff tarafından 1988'de tarif edilen Stanford modelinde klinik eğitimin 7 temel kategori içinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu kategoriler;

1. Olumlu bir eğitim ortamının yaratılması
2. Oturumun kontrol edilmesi (oturuma hakim olunması) Grup dinamiklerinin ve liderlik yönteminin belirlenmesi
3. Hedeflerin ve beklentilerin belirlenmesi ve paylaşılması
4. Öğrenilenlerin anlaşılması, tartışılması, paylaşılması yoluyla kalıcılığının sağlanması
5. Değerlendirme
6. Geri bildirim
7. Kendi kendine öğrenmenin desteklenmesi

Klinik eğiticilerin bu kategorilerin her birini yürütecek beceriler geliştirmesi istenir. Model içinde bu kategorilerin her biri açıklanarak hangi eğitim becerilerinin bu kategori içinde kullanılacağı anlatılmıştır¹⁰. Mikrobeceriler olarak kısaltabileceğimiz ikinci eğitim modeli ise özellikle klinik ortamlarda eğitime çok sınırlı zaman ayrılacağı gerçeğini dikkate alarak eğiticiler için izlenmesi oldukça basitleştirilmiş olan

5 basamak sunar⁹. Bunlar;

1. Eğitilenin hedef belirlemesi
2. Eğiticinin bununla ilgili kanıt sunması, tartışma olanağı yaratması
3. Eğiticinin her bir olgudan nasıl öğrenebileceği konusunda genel ilkeleri aktarması
4. Nelerin iyi yapıldığının belirtilmesi
5. Yapıcı bir geri bildirim verme yoluyla yanlışların düzeltilmesi

Kısacası Klinik Eğitimi kendine özgü öğrenme metodları barındırmaktadır. Bu eğitim içinde yer alacak eğiticinin de özgün sorumlulukları vardır. Avrupa Tıp Eğitimi Birliği (AMEE-Association of Medical Education in Europe) alan eğitim i verecek olan eğiticinin görevlerini bilgi vermek. rol-model olmak kolaylaştırıcılık yapmakdeğerlendirme yapmak müfredat ve dersi planlamak ve kaynak oluşturmak olarak tarif etmiştir⁹.

Aile hekimliği kliniklerinde yürütülecek olan eğitimlerde hastalarla doğrudan iletişim ve hekimlik uygulamalarının yapılması, eğiticinin rol-model oluşturması ve geri bildirim almak ve vermek, kullanılan öncelikli yöntemlerdir. Konferanslar, olgu sunumları, olgu tartışmaları, problem yönelimli öğrenme oturumları, şablonlar oluşturmak, hastaların da gerek olgu olarak gerekse geri bildirim vererek eğitimde rol alması ve sabah toplantıları da klinikte kullanılacak diğer önemli yöntemlerdir⁷.

Eğitimin Değerlendirilmesi

Klinik eğitimde kullanılacak eğitim yöntemleri kadar değerlendirme yöntemleri de tartışılmaktadır. Ancak bir paylaşım sürecinin eğitim olabilmesi için değerlendirmenin şart olduğu da bilinmektedir. Alan

eğitiminde değerlendirmeye gerek uygun yöntemin seçilmesi gerekse kalitenin korunması açısından önem verilmeli, aynı eğitim gibi değerlendirme de hasta başında tamamlanmaya çalışılmalıdır. Alan eğitimi çok bileşenli ve yoğun bir süreçtir. Günlük uygulamaların yoğunluğu nedeniyle değerlendirmelerin hızla ve ertelenmeden gerçekleşmesi sağlanmalıdır.

Klinik eğitimde yapılan değerlendirme; bir eğitim sonu değerlendirmesinden daha ziyade eğitilenin süpervizyon olmaksızın hasta görebileceğine karar verebilen ve hasta güvenliği ile uygulama arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir yöntemle olmalıdır¹¹. Bu değerlendirme bir yeterliliği belgelemekle kalmamalı hem eğitici hem de eğitilen için bir eğitim süreci olarak kabul edilmeli ve tutumları da değerlendirebilen bir yöntem seçilmelidir. Böylesine çok katmanlı bir değerlendirme yapabilmek için birden fazla değerlendirme yöntemi kullanarak, sadece son ürünün değil sürecin değerlendirilmesine fırsat veren ve zaman, zaman tekrarlanan değerlendirmelerden yararlanılmalıdır. Bundan dolayı eğiticilerin değerlendirme konusunda da bilgilendirilmeleri özellikle gereklidir.

Klinik eğitimde, doğrudan gözlem, kısa klinik sınav (CEX-Mini-Clinical Evaluation), simüle hasta kullanımı, nesnel yapılandırılmış klinik sınavlar (OSCE-Objective Structured Clinical Examination) ve standart olgu senaryoları değerlendirme amacıyla kullanılabilir¹²⁻¹⁴. Mini Klinik Sınavlar (CEX) literatür tarafından çokça desteklenmektedir¹⁴. Hangi değerlendirme yönteminin klinik eğitimi doğru ölçmekte başarılı olacağı konusu tartışılmaktadır ama ortaya koyulmuş bir gerçek; ölçmede pahalı yöntem kullanılmamasıdır⁷. Böylece bu eğitim yönteminin sürdürülebilirliği tehlikeye girmeyecektir.

Klinik Eğitimin Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimine Sunduğu Fırsatlar ve Güçlü Yanları

Aile hekimliğinde Alan ve Alan Eğitiminin Yataklı Kurumlardaki Eğitim Ortamından Farkı

Ülkemizde yakın zamana kadar Aile Hekimliği Uzmanlık eğitiminin tamamı hastane odaklı rotasyonlardan oluşmaktaydı. Oysa aile hekimliği ünitelerinde sunulan klinik uygulamalar hasta servislerinde gerçekleşen hizmetlerden farklılık göstermektedir. Çünkü;

1) Hastalar, birinci basamağa akut hastalıklar ya da çocuklukla birden fazla problemin bir arada olduğu ve bazılarının da kronikleştiği sorunlarla, gereğinde takip edilmek üzere, başvurur.

2) Tanıdan tedavi uyumuna kadar uzanan yelpazede karşımıza çıkacak belirsizlik düzeyi hastanede karşılaştıklarımızdan çok daha yüksektir.

3) Hasta temasları oldukça hızlı ve birbirine göreceli olarak düzensiz sayılabilecek bir şekilde gerçekleşir ama zaman içinde doktor ve hasta arasında sürekli bir ilişki oluşur.

4) Ayaktan hasta bakımı yapılan birimlerin organizasyon ve işleyişi yataklı servislerden daha farklıdır. Kendilerine özgü hasta kayıt, takip, istek, bilgilendirme ve konsültasyon amacıyla kullandıkları evraklar çok daha farklıdır. Farklı zamanlaması ve akışı vardır. Ekip üyeleri ve bunların görevleri de farklıdır. Örneğin şu an Aile Sağlığı Merkezlerinde yürütülen hizmetler bu birimler için geliştirilmiş elektronik kayıt sistemlerini kullanmaktadır ve kendi işleyişlerine özgün yönetmelikleri vardır^{15,16}.

5) Koruyucu hizmetler, taramalar, davranışçı tıp uygulamaları, iletişim problemleri, birinci basamağa özgü tanı koydurucu ve prosedürel beceriler, evde ba-

kım, ve yaşam sonu bakımı gibi konular ile gebeler, adolesanlar, yaşlılar gibi toplum içinde karşılaşılması daha kolay olan özel risk gruplarını ilgilendiren sağlık sorunlarıyla başa çıkmak aile hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatı içinde yer alan öğrenme hedeflerindedir. Başka disiplinler tarafından yürütülen hastane odaklı servislerde bu konulardaki olgulara rastlanabilmesi zordur². Bu konulardan pek çoğu içinde davranışa yani beceriye dönük eğitim hedefleri barındırmaktadır. 6) Özellikle beceri eğitimi açısından önce eğiticiyi izlemek daha sonra da onun gözetiminde birbir hasta başında uygulama yapmak çok etkilidir. Bunun yapılabilmesi için hastanın genel durumunun görece daha iyi yani ayaktan tedavi almaya uygun olması gerekir. Dolayısıyla aile hekimliği uzmanlık eğitiminde beceri eğitimi açısından da ayakta sağlık hizmetlerinin sunulduğu alandan yararlanılmalıdır. Nitekim, aile hekimliği asistanları ve eğiticilerinin diğer dahili bilimlere göre özellikle beceri eğitimi açısından klinik eğitim ortamını daha çok kullandıkları, daha çok deneme yaptıkları ve kendilerine bu konuda daha güven duydukları gösterilmiştir⁷.

Yakın Eğitici-Eğitilen İlişkisi ve Eğitimin Kişisel İhtiyaçlara Göre Belirlenebilmesi

Eğitici-asistan ikilisinin beraber çalışma zamanı uzadıkça öğrenim hedeflerini belirlemek konusunda daha uyumlu hale geldikleri eğiticinin beklentileri ile eğitilenin ihtiyaçlarının birbirine yaklaştığı belirtilmiştir². Eğitici ve eğitilenin klinik eğitim ortamlarında bir araya gelmesi birebir eğitim olanağı sağlayacağı için birbirlerini tanımaları, daha çok zaman ayırbilmeleri ve daha kişisel bir program hazırlayabilmelerini sağlayacaktır. Bu şekilde yürütülecek klinik

eğitim, eğitilenin ihtiyaçlarının eğitilen tarafından anlaşılmasına ve ona uygun bir müfredat hazırlanmasına fırsat verir. Eğitici ve eğitilenin öğrenim hedefleri konusunda her zaman hem fikir olmadıkları hatta hedeflerin örtüşme oranının %40'a kadar düşebildiği gösterilmiştir⁷.

Klinik Eğitiminin Hizmet Sunumuna Katkısı

Klinik eğitim verilen yerlerde eğitimin değerlendirilmesi yapılırken ünitenin düzenleme ve işleyişi de daha sık gözden geçirilmekte böylece sunulan sağlık hizmetinin kalitesi hep kontrol edilmektedir. Özellikle alanda yer alan aile hekimliği birimleri için eğitim birimleri olmak kalite standartlarından biri olarak kabul görmektedir. Klinik eğitim veren birimler ile vermeyenler arasında sunulan sağlık hizmeti kalitesi açısından fark olduğu araştırmalarla gösterilmiştir. Bu konuda yapılmış bir sistematik derlemede seçilmiş 132 çalışmanın 93'ünde mortalite 61'inde ise diğer parametrelerde fark olduğu belirtilmiştir. Mortalite açısından bakıldığında alan eğitimi veren kurumlarda vermeyenlere oranla mortalite daha düşüktür (RR: 0.96, 95% [CI], 0.93-1.00)¹⁷. Bu konuda daha çok sistematik veri toplanması ve en azından alan eğitiminin sağlık kurumunda sunulan hizmet kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olmadığını gösterilmesi Türkiye'de de alan eğitimini desteklemek açısından önemli olacaktır.

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlerden alan eğitiminde yararlanılması düşünüldüğünde bu ortamların eğitim ortamına dönüştürülmesi için düzenlenmesi, model olacak bir işleyiş sergilemesi ve sürdürülmesi ve buradaki hekimin eğitici olarak eğitim alması gerekecektir. Tüm bu

olumlu değişiklikler hizmet sunum kalitesine yansıtılarak toplum sağlığı hizmetlerine de katkı sağlayacaktır. Ayrıca bu birimlere başvuruların daha çok eğitici aile hekimi ile tanışmaları, disiplinimizin toplum tarafından tanınmasını kolaylaştıracaktır.

Alt Yapı Düzenlemesi ve Maliyet Etkinlik

Her zaman kullanılan ortamın eğitim fırsatlarını desteklemesi gereklidir. Alan eğitimi yapılan yerlerde eğitimin etkin olması düşünülerek, görüşme odası, muayene odası sayısının artırılması, aynalı ya da video kameralı görüşme odası eklenmesi gibi alanın fiziksel yapısında bazı düzenlemeler yapılır¹⁸. Hastanede bu düzenlemeleri yapmak için daha büyük ölçekli çalışmalar, yatırımlar ve izinlere gereksinim varken toplum yönelimli alan kliniklerinde bu tip düzenlemeler daha kolaylıkla yapılacaktır. Daha çok eğitim fırsatı sunan böyle bir ortamda asistanların eğitime oryantasyonu daha kolay sağlanır, sık ve düzenli değerlendirmeler yapılarak öğrenim hedeflerini fark etmeleri, kendi kişisel hedefleri ile birleştirmeleri için uğraşılır. Böylece eğitilenlerden belli sayıda ve özellikle hasta görmeleri ve onlarla ilgili sorumluluk almalarını istemek daha kolay olacaktır.

Eğiticilerin çalıştıkları yerden eğitim için ayrılmaları, eğitilenlerin onların bulunduğu ortamlara gelmesiyle de eğitim kaynaklarının ve sağlık kuruluşunun alt yapı koşullarının daha ekonomik kullanımı gerçekleşmiş olur^{4,19}. Alan eğitimi yapılan birimler mezuniyet öncesi tıp ve hemşirelik gibi sağlık personelinin eğitiminde kullanılarak da eğitim kaynakları daha etkin değerlendirilmiş olur. Ayrıca topluma dayalı bir sağlık eğitimi ile araştırmalar ve toplumsal sorumluluk projeleri yürütülebilir.

Klinik Eğitimin Zayıf Yanları ve Sorunlar

Tıp eğitiminde özellikle becerilerle beraber bilginin harmanlandığı yer kliniklerdir. Dolayısıyla bir eğitilenin klinik karar verme sürecinin gözlenebileceği yer yine klinik ortamlar olacaktır. Kısacası hekimlik için "klinikte eğitim", yerine başka bir yöntemin koyulamayacağı, temel bir unsurdur. Gerçek klinik ortamın ve gerçek hastaların kullanılması maliyet etkin ve geçerliliği yüksek bir yöntemdir⁴. Uygun olanaklar sağlandığında sanal olarak ve simüle hastalarla da klinik eğitim yürütülebilir. Buna rağmen klinik eğitimin ciddi zorlukları ve hatta dezavantajları da vardır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir;^{2,4,9}

- Eğitilen ve hastanın beklentileri her zaman birbiri ile uyumlu olmayabilir. Bu nedenle eğiticinin planlama yapması şarttır. Eğitim planı yapılmadığı ya da kötü yapıldığında eğitim hedefine ulaşmayacaktır. Hedefine ulaşmayan eğitim oturumları sıklaştığında eğitilenlerin motivasyonu bozulur ve bu yönetime ilgisi, güveni azalır.

- İdeal olarak bir eğitici ile aynı anda 2 eğitilenin aynı klinik odada çalışması önerilmektedir. Bu nedenle diğer eğitim yöntemlerine göre daha fazla sayıda eğitici sayısı gereklidir.

- Eğiticiler eğitilenlerin olabildiğince çeşitli hasta ve hastalıklarla karşılaşması için çaba harcamak zorundadır. Bu durum günlük işlerinin bir parçası olarak onlardan beklenmektedir. Ancak hastalar çoğu zaman birden çok problemle başvurumaktadırlar. Eğiticinin bunlar arasından birini seçerek ona odaklanması her zaman gerçekçi olmamaktadır. Ancak bu sefer de eğitilen için örnek olgu bulmak zorlaşmaktadır.

- Genellikle fırsatçı bir öğrenme süreci yaşanmaktadır. Ancak bu fırsatın öğrencinin seviyesine uygun

olup olmadığı sorgulanmalıdır. Aksi takdirde öğrenci sürekli gereğinden daha komplike ya da daha basit olgularla ve sadece bu olguların önüne getireceği öğrenim hedefleri ile karşı karşıya kalacaktır. Alan eğitiminde bir sonraki hastanın ne olacağını eğiticinin önceden belirlemesi olası değildir.

- Her hasta kişisel özellikleri nedeniyle klinik eğitim için uygun olmayabilir. Hasta kendi gündemine öncelik verilmesi konusunda ısrarcı olabilir, ya da aynı anda birden fazla hekim tarafından izlenmeyi kabul etmeyebilir.

- Hekimler klinik eğitim verirken ek bir kazançları olmadığında kolaylıkla motivasyonlarını kaybedebilirler. Bu eğitimin sürekliliğinin sağlanması açısından eğiticiliğin standartları belirlenmeli ve ek bir bütçe sağlanmalıdır.

- Klinik ortamlarda mahremiyetin korunabilmesi için eğiticinin hastalardan onam alması gereklidir. Bu durumda zaman ve iletişim sorunları ortaya çıkabilir.

- Hizmet sunumunun yarattığı bir "zaman" baskısı vardır. Bu nedenle deneyimlerin paylaşılması ve tartışmaya yeterli süre ayrılamamaktadır. Üstelik hizmet sunumunun tüm kontrolü hekimin elinde olmadığı için kendi dışındaki nedenlerle de eğitim süresi sıkıntıya girebilir.

- Klinik eğiticilerden alışmış olduklarından farklı olarak bilgi kaynağı olmak yerine rehber ve kolaylaştırıcı olmaları beklenmektedir. Bu yeni role uyum sağlamaları için zamana gereksinim olacaktır.

Alan Eğitici İhtiyacı ve Özellikleri

Yukarıdaki paragrafta sayılan, klinik eğitiminin zor yanları eğitici hekimin becerisi ve gayreti ile geliştirilebilir. Bu nedenle aile hekimliğinde de

alan eğitici olarak görev alacak hekimlerin kendi disiplininde uzman olması yeterli değildir. Küçük grup dinamiklerini işletebilmesi, eğitimi yönlendirebilmesi, refleksiyon oturumlarını yönetebilmesi, klinik ortamlarda yürütülen eğitime özgün değerlendirme yöntemlerini uygulayabilmesi ve kriz anlarıyla başa çıkabilmesi beklenir. Eğitici-lerin çoğu bu görevleri yeterli hazırlıkları ve yönlendirilmeleri olmadan taşımak zorunda kalmakta ve yurdumuzda bu alanda çalışan uzmanların her biri ayrı, ayrı çaba göstermektedir. Aile hekimliğinde klinik/alan eğitiminin yürütülebilmesi amacıyla yapılandırılmış, standart ve yaygınlaştırılabilir bir eğitici eğitimi henüz yoktur. Bunun önemli bir nedeni alan eğitimi kavramının aile hekimliği uzmanlık eğitim müfredatında tanımlanmasının çok yeni olmasıdır. Sağlık Bakanlığı, Uzmanlık Dernekleri, Yeterlilik Kurulları ve bunların koordinasyonunu sağlayan TTB'nin ortak çabaları ile Tıpta Uzmanlık Eğitim Yönergesi hazırlanmış ve Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi için diğer disiplinlerde yürütülen rotasyonlar yanında Aile Hekimliği'nde geçecek 18 aylık bir süre tarif edilmiştir. Bu süreç yapılandırılarak alan eğitimi için bir fırsat olarak kabul edilebilir.

Diğer yandan yurdumuzda kimlerin alan eğitici- si olabileceğine dair gereklilikler henüz belirlenmemiştir. Alan eğitiminin müfredatta yerini almasıyla beraber eğiticilerle ilgili hazırlıkların tamamlanması öncelik kazanmalıdır. Dünyada alan eğitici-liğini özendirmek amacıyla, görev alan hekimin bölgedeki üniversite tarafından klinik eğitici olarak tanınması, belgelendirilmesi, aralarında sözleşme yapılması, üniversitenin kütüphanesi ve elektronik

dergilerinden yararlanabilmesi, yine üniversitenin elektronik posta ağından yararlanabilmesi ve klinik eğitime ayıracağı her bir gün ya da yarım gün için ek bir ücret alması şeklinde uygulamalar yapılmaktadır. Bunların ne kadarının yurdumuzdaki eğiticilere sunulabileceği şüphelidir. Ancak tüm bu maddi kazançlara rağmen yapılan araştırmalarda alan eğiticilerinin hekimlik uygulamaları sırasında yanlarına asistan kabul etmelerinin öncelikli nedenleri olarak; öğrencilere bir şeyler öğretmekten hoşlanıyor olmaları, öğrencilerin merakı ile motive oldukları ve bu sayede hekimlikten daha çok keyif aldıkları, kendi pratikleri içinde iletişim becerileri öğretmeye fırsat bulabilmeleri ve alan eğitimini bir eğitim fırsatı olarak fark etmiş olmalarının belirtildiği unutulmamalıdır²⁰.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi içinde alan eğiticilerinin eğitimi ve gelişimi bir öncelik haline getirilebilir. Hekimin eğiticilik becerileri geliştirilirken bu konuya özellikle yer verilmesi ve alan eğiticilerinin daha asistanlık döneminde yetiştirilmesinin sağlanması desteklenmeli ve yasal olarak da kabul görmelidir.

Sonuç olarak, ülkemizde halen 40'tan fazla üniversitede varlığını sürdüren Aile Hekimliği Anabilim Dallarının işlevi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda uzmanlaşmış insan gücünün sahip olması gereken bilgi ve becerilerin, dünya ve ülke koşullarına uygun planlanması ve iyi uygulama örneklerinin gösterilmesine katkıda bulunmaktır. Bu bağlamda, tüm dünyadaki aile hekimliği uzmanlık eğitimi uygulamalarının desteklediği ve Dünya Aile Hekimleri Birliği (WONCA)'nın da belirttiği gibi, uzmanlık eğitimi süresi-

nin en az bir yılının saha uygulamasıyla geçirilmesi sağlanmalıdır. Bu sürecin bir eğitim programının parçası olduğu unutulmayarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Saha uygulaması/alan eğitimi yapılacak olan birimlerin oluşturulması ve

bu alanın Üniversitelerle işbirliği içinde olması ya da anabilim dallarının da sahada yer alan bir eğitim ve uygulama birimine sahip olmalarıyla hem eğiticilerin hem de hizmet sunumunun desteklenmesi sağlanabilir.

Kaynaklar

- 1- Bowen JL, Salerno SM, Chamberlain JK, Eckstrom E, Chen HL, Brandenburg S. Changing habits of practice. Transforming internal medicine residency education in ambulatory settings. *J Gen Int Med* 2005;20:1181-1187.
- 2- Sprake C, Cantillon P, Metcalf J, Spencer J. Teaching in an ambulatory care setting. *BMJ* 2008; 337:a1156 doi: 10.1136/bmj.a1156.
- 3- Steineert Y. Staff development for clinical teachers. *Clin Teach* 2005; 2:104-110.
- 4- Spencer J. ABC of learning and teaching in medicine: Learning and teaching in the clinical environment. *BMJ* 2003;326:591-594.
- 5- Bordagae G, Borack JH, Irby DM, Stritter FT. Education in ambulatory settings: developing valid measures of educational outcomes and other research priorities. *Acad Med* 1998;73:743-750.
- 6- Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: a thematic review of the literature. *Acad Med* 1995;70:898-931.
- 7- Heidenreich C, Lye P, Simpson D, Lourich M. Educating child health professionals. The search for effective and efficient ambulatory teaching through the literature. *Paediatrics* 2000;105:231-237.
- 8- Williams GC, Saizow RB, Ryan RM. The importance of self determination theory for medical education. *Acad Med* 1999;74:992-995.
- 9- Ramani S, Leinster S. AMEE Guide no. 34: Teaching in the clinical environment. *Med Teach* 2008; 30: 347-364.
- 10- Skeff KM. Enhancing teaching effectiveness and vitality in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med* 1988; 3:S26-S33.
- 11- Ringsted C, Henriksen AH, Skaarup AM, Van der Vleuten CP. Educational impact of in-training assessment (ITA) in postgraduate medical education: a qualitative study of an ITA programme in actual practice. *Med Edu* 2004; 38 (7):767-777.
- 12- Velmahos GC, Toutouzas KG, Sillin LF ve ark. Cognitive task analysis for teaching technical skills in an inanimate surgical skills laboratory. *Am J Surg* 2004; 187(1):114-119.
- 13- Issenberg SB, McGaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. *Med Teach* 2005; 27(1):10-28.
- 14- Nair BR, Alexander HG, McGrath BP, Parvathy MS, Kilsby EC, Wenzel J ve ark. The mini clinical evaluation exercise (mini-CEX) for assessing clinical performance of international medical graduates. *Medical Journal of Australia* 2008; 189: 159
- 15- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html>, Adresinden 28/12/2010 tarihinde erişilmiştir.
- 16- http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=760:aile-hekimlii-bilgi-sistemi-ahbs adresinden 28.12.2010 tarihinde erişilmiştir.
- 17- Papanikolaou PN, Christidi GD, Ioannidis JPA. Patient outcomes with teaching versus nonteaching healthcare: A systematic review. *PLoS Medicine* 2006;3(9):341
- 18- Roth LM, Severson RK, Probst JC, Monsur JC, Markova T, Kushner SA, Schenk M. Exploring physician and staff perceptions of the learning environment in ambulatory residency clinics. *Family Medicine* 2006;38(3):177-184.
- 19- Kulaga ME, Charney P, O'Mahony SP, Cleary JP, McClung TM, Schildkram DE. The positive impact of initiation of hospitalist clinician educators resource utilization and medical resident education. *J Gen Intern Med* 2004;19:293-301.
- 20- Scott I, Sazegar P. Why community physicians teach students (or not): barriers and opportunities for preceptor recruitment. *Med Teach* 2006;28(6):563-565.