
Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitiminde Bire bir Eğitim

Cahit Özer*, Nezih Dağdeviren**, E. Melih Şahin**, Zekeriya Aktürk**

ÖZET

Öğrenme ve öğretme süreçleri, yetişkin öğrenmesi ve eğitimi ile ilgili yapılan araştırmaların da ışığında mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi yeniden yapılanmaktadır. Bu yeniden yapılanmada öncü görevi üstlenen dallardan birisi de nispeten yeni bir tıp disiplini olan aile hekimliğidir. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı asistanın ayaktan tanı, tedavi ve takip konularında problem çözme becerilerini ve hasta bakımı etkinliğini artırmak, toplum kökenli ve kişisel bakıma alışık, hastasını biyopsikososyal yönlerden değerlendirebilen aile hekimliği uzmanları yetiştirmektir. Erişkin eğitim yöntemlerinden olan bire bir eğitim ve geri bildirim bu amaca en uygun uygulamalardandır. Gözlemlerimiz bu uygulamanın gerek eğitimin kalitesini gerekse hasta ve asistan memnuniyetini önemli ölçüde artırdığı yönündedir.

Anahtar kelimeler: tıp eğitimi, uzmanlık eğitimi, bire bir eğitim

GİRİŞ

Tıp bilimsel, teknolojik ve sosyal etkenler tarafından sürekli değiştirilmekte ve geliştirilmektedir. Bu, toplumun sağlık anlayışını ve sağlık sunumunu da etkilemektedir. Öğrenme ve öğretme süreçleri, yetişkin öğrenmesi ve eğitimi ile ilgili yapılan araştırmaların da ışığında mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi eleştirel olarak değerlendirilmekte ve yeniden yapılanmaktadır. Yeni bir tıp disiplini olan aile hekimliği de bu yeniden yapılanma etkinliklerinden yararlanmaktadır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ve üniversitelerimizdeki Aile Hekimliği anabilim dalları aile hekimliği uzmanlık eğitiminin standartlarının belirlenmesi ve geliştirilmesi konusunda çalışmalar yapmaktadırlar.

Aile Hekimi; yaş, cins ve hastalık ayırımı yapmaksızın bireylere ve ailelere, kişisel, kesintisiz, bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, bu konuda uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur (1). Bu tanımın yol göstericiliğinde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin amacı asistanın ayaktan tanı, tedavi ve takip konularında problem çözme becerilerini ve hasta bakımı etkinliğini arttırmak; toplum kökenli ve kişisel bakıma alışık, hastasını biyopsikososyal çevresiyle birlikte değerlendirebilen uzmanlar yetiştirmektir (2).

* Uzm.Dr. Cahit Özer, Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne
e-posta: cahitozer@yahoo.com

** Yard.Doç.Dr. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne

Aile Hekimi uzmanlık eğitimini tamamladığında;

- 1- Birinci basamak sağlık hizmeti pratiğinde sık görülen hastalıkların tedavisi yanında korunma yollarını bilmeli ve bu konularda bireysel eğitim yapabilmeli,
- 2- Kendisine başvuran kişilerden eksiksiz bir anamnez alma ve fizik muayene yapma becerisi kazanmış olmalı,
- 3- Ayırıcı tanı yapması gereken durumları tam olarak bilmeli ve hastasına en uygun tanıyı koyabilmeli,
- 4- Tanıya varabilmek için gerekli laboratuvar, röntgen vb. tetkikleri ayırdedebilmeli ve bunların hastası ve toplum için maliyet/fayda oranını değerlendirebilmeli,
- 5- Tanısını koyduğu hastalık için tedavi seçeneklerinin tümü içinden hastanın seçimi ile birlikte en uygununu belirleyebilmeli,
- 6- Ayaktan hasta bakımı, akut ve kronik hastalıklar, sağlığın korunması ve iyileştirilmesi konularında bireyin sosyal, biyolojik ve psikolojik çevresini de göz önünde tutarak karar verebilme alışkanlığını kazanmalı,
- 7- Hastalarına yeterli, devamlı ve etkili sağlık hizmeti sunabilmeli,
- 8- Kendi sınırlılıklarını bilerek diğer uzmanlık dalları, medikal ve tıp dışı mesleklerle ortak çalışmalar yapabilmeli,
- 9- Mesleği ile ilgili bilgiye sürekli olarak erişerek kendin geliştirebilmelidir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi hastane rotasyonları, birinci basamak uygulama eğitimi ve eğitsel etkinliklerden oluşmalıdır. Aile Hekimliği birinci basamak sağlık bakımı hizmetini üstlenen bir disiplin olduğu için pek çok özgün konu ancak birinci basamak uygulama ortamlarında öğrenilebilir (3). Esas itibariyle bir yetişkin eğitimi olan bu eğitimin en önemli özelliklerinden birisi eğitilen merkezli ve eğitilenin ihtiyaçlarına yönelik olmasıdır.

Bir hekimin iyi eğitici özelliklerine sahip olması, hem hasta-hekim iletişimi için hem de genç hekimlerin yetiştirilmesi için gereklidir. Her hekim aynı zamanda iyi bir eğitici olmak zorundadır. Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı uzmanlık eğitiminde güncel eğitim yöntemlerini kullanma çabasıdır. Asistanların klinik uygulamalarında başlatılan bire bir eğitim ve geri bildirim işte bu düşüncüyü hayata geçirmeyi amaçlamaktadır.

Anabilim dalımızın uzmanlık eğitimi etkinliklerinden birinci basamak sağlık uygulamaları, her hafta pazartesi günleri şehir merkezinde bulunan polikliniğimizde yapılmaktadır. Bu uygulamalar öğretim üyeleri tarafından hazırlanan etkileşimli sunumlar, asistanlar tarafından hazırlanan seminerler, olgu sunumları ve makale kulübünden oluşmaktadır. Bunun dışında her asistan eğitim süresinin ilk yılını birinci basamakta geçirmektedir. Bu süre eğitim süresi içine yayılmıştır. Yani asistanların farklı kıdemlerde birinci basamak uygulamaları görme, katılma şansı olmaktadır. Bu onların farklı klinik branşlarda yürüttükleri rotasyonlarda elde ettikleri klinik bilgi ve becerileri birinci basamak şartlarında kullanarak, ihtiyaç duydukları özgül klinik problem çözme deneyimlerine ulaşmalarını sağlamaktadır.

Şu an kliniğimizde uzmanlık eğitimlerini sürdüren 7 asistanın eğitimi üç öğretim üyesi ve bir uzman tarafından yürütülmektedir. Asistan eğitiminde yer alan tüm eğiticilerin yetişkin eğitim yöntemlerine duyarlı olmalarına özen gösterilmektedir. Bu,

uzmanlık eğitimlerini sürdüren asistanların ihtiyaç duydukları andragojik eğitim yaklaşımını sağlamaktadır (4). Uzmanlık eğitiminin tüm aşamalarında yetişkin eğitiminin temel özelliklerine uygun eğitim ortamları yaratılmaktadır. Bu temelde eğitim etkinliklerinin oluşturulmasında göz önünde bulundurulmuş temel prensipler arasında, eğitim amaç ve hedeflerinin önceden belirlenip açıklanması, bu amaç ve hedeflerde asistanların kişisel beklentilerini karşılayacak değişikliklerin yapılması ve karşılanamayacak beklentilerin karşılıklı görüşme ile eğitim programına konulmama gerekçelerinin tartışılmasıdır. Eğitim amaçlarının ileriki profesyonel hayatları ile bağlantısının açıkça belirlenmesi ve öngörülen bilgi, beceri ve tutum hedeflerine uygun, çeşitli eğitim yöntemlerinin birlikte kullanılması, tüm eğitim etkinliklerini katılımcıların paylaşımı ile uygulama, sürekli olumlu ve iyileştirmeye yönelik eylem önerileri içeren geri bildirimlerle özgüveninin korunması uygulamaların temel ilkeleridir.

Eğiticiler gözlemci olarak asistanlarla birlikte hasta görüşmelerine katılmaktadır. Uzmanlık eğitiminin bilgi öğretmekten öte bir klinik problem çözme becerisi eğitimi olduğu düşüncesiyle, asistanlara yaparak öğrenmelerini sağlayacak yeterli sayıda görüşme yaparak deneyim kazanma olanağı sağlanmaktadır. Bu uygulama asistanın kıdemine göre farklılık göstermektedir. Birinci yıl asistanları doktor-hasta görüşmesine gözlemci olarak katılmakta, yürütülen tartışmalar yardımıyla karar verme sürecine, etkin katılımı sağlanmaktadır. İkinci yıl asistanları hasta görüşmesini yürütürken eğitici gözlemci olarak bulunmakta, karar aşamasında asistanlardan gelebilecek yardım isteklerini karşılamakta ve hasta görüşmesi bittikten sonra asistana geri bildirim verilmektedir. Son yıl asistanlarının hasta görüşmelerini tek başlarına yürütmelerine izin verilmektedir. Eğitici gerektiğinde hastaların danışıldığı bir kaynak olarak başka bir odada hazır bulunmaktadır. Asistanlar hasta hakkında verdikleri kararları eğiticilere sunmakta ve gerekirse klinik kararlar birlikte tartışılmaktadır. Bu tartışma sonunda eğer hastadan elde edilmesi gereken yeni klinik delillere ihtiyaç duyulursa asistan hastasıyla tekrar görüşme yapmaktadır.

Bazı görüşmeler hasta onayı alınarak video kamera ile kaydedilmektedir. Bu uygulama bilginin eğitim saatlerinde tüm grubun katıldığı toplantılarda paylaşılmasına olanak sağlamaktadır. Görüşmelerin video ile kaydedilmesi, özellikle hasta davranışının anlaşılması ve hastanın güçlendirilmesine dair çabaların belirlenmesi, doktorun kullandığı çeşitli soru tekniklerinin izlenmesi, doktor ve hastanın vücut dilinin değerlendirilmesi, hasta görüşmelerinde sık rastlanan sorunların ve doktorun bunlarla baş etmekte kullandığı tekniklerin belirlenmesi, hastaların sunduğu davranışlardan ipucu niteliğinde bilgilerin ortaya çıkarılması gibi noktalarda eş bulunmaz bir kaynak sağlamaktadır. Ayrıca asistanlara doğal ortamı bozar şekilde, içeride gözlemci bir doktor bulunmadan, hasta görüşmesini sürdürme olanağı sağladığı halde geri bildirim alma fırsatı vermektedir. Kaydedilen görüşmeler mezuniyet öncesi eğitimde de kullanılmaktadır.

Asistanlar uygulanan yöntemleri olumlu bulmaktadırlar. Sayılarının az olması ile birlikte, daha da geçerli olacağı düşünülerek asistanların, kullanılan eğitim yöntemleri hakkındaki geri bildirimleri niteliksel olarak alınmaktadır. Program da bu doğrultuda sürekli olarak değerlendirilmektedir. Yöntemin olumsuzlukları olarak hasta ile iletişim kurmakta zorlanma, doğal olamama, tam otorite kuramama gibi görüşler sayılmaktadır. Bunlar, daha çok eğitici yanında hasta muayene edildiğinde ortaya çıkmaktadır. Bu

konuda yapılan bir başka çalışmada da birebir eğitim yöntemlerinin yeni başlayan asistanlar için öğrenmeyi hızlandırıp, eğitim maliyetlerini azalttığı, bunun yanında yüksek derecede asistan memnuniyeti sağladığı gösterilmiştir (5).

Aile hekimliği kapsamlı bir uzmanlıktır. Bireyin ve ailesinin tüm konulardaki sağlık sorumluluğunun üstlenilmesini gerektirir. Buna bağlı olarak sosyal, fizyolojik, ekonomik, kültürel ve biyolojik konular aile hekimi tarafından birlikte göz önüne alınmalıdır. Asistanlar bu gerçekler gözetilerek eğitilmeli ve özellikle hastalarını da aynı şekilde değerlendirilebilecek şekilde yetiştirilmelidirler. Erişkin eğitim yöntemlerinden olan geribildirimlerle desteklenen bire bir eğitim, saydığımız amaçlara en uygun uygulamalardandır. Gözlemlerimiz bu uygulamanın gerek eğitimin kalitesini gerekse hasta ve asistan memnuniyetini önemli ölçüde artırdığı yönündedir.

Kaynaklar

- 1) Rakel RE. *The Family Physician. In Rakel. The Textbook of Family Practice. 5th edition. W.B. Saunders Company 1995, 3-19.*
- 2) *The Millis Commission Report (Citizens Commission on Graduate Medical Education). GP 1966, Special Features. 34; 6: 181-182.*
- 3) Foley EC, D'Amico F, Merenstein JH. *Clinical practice arrangements of physician faculty in family practice residency programs. Fam Med 1996; 28(9) :640-644.*
- 4) Wlodkowski RJ. *Enhancing adult motivation to learn. Revised Edition: 69-72 Jossey-Bass Publishers. San Francisco 1999.*
- 5) Xakellis GC, Gjerde CL. *Ambulatory medical education: teachers' activities, teaching cost, and residents' satisfaction. Acad Med 1995;70 (8): 702-707.*