

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

KLİNİK BECERİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE
CIPP MODELİ ÖRNEĞİ

TIP EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

HAZIRLAYAN
Dr. Selcen ÖNCÜ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ö. Sürel KARABİLGİN

İZMİR – 2014

EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

KLİNİK BECERİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE
CIPP MODELİ ÖRNEĞİ

TIP EĞİTİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA PROGRAMI

HAZIRLAYAN
Dr. Selcen ÖNCÜ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Ö. Sürel KARABİLGİN

İZMİR – 2014

TEZ ONAY SAYFASI

Kurum Adı : Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi

Anabilim Dalı : Tıp Eğitimi AD

Program : Tıp Eğitimi

Tez Konusu : Klinik Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesinde CIPP Modeli Örneği

Danışman : Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin

Tezi Hazırlayan : Dr. Selcen Öncü

Değerlendirme Kurulu Üyeleri :

Prof. Dr. Nil Kaan

Prof. Dr. Berna Musal

Prof. Dr. H. İbrahim Durak

Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin

Yrd. Doç. Dr. Kevser Vatansever

Adı Soyadı :

Başkan(Danışman) : Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin

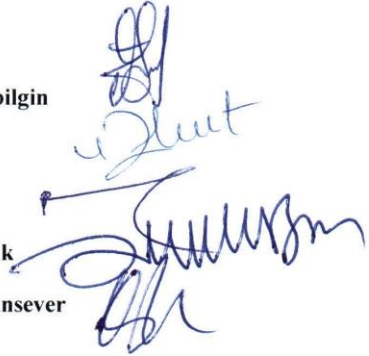
Üye / İmza : Prof. Dr. Nil Kaan

Üye / İmza : Prof. Dr. Berna Musal

Üye / İmza : Prof. Dr. H. İbrahim Durak

Üye / İmza : Yrd. Doç. Dr. Kevser Vatansever

Tezin Kabul Edildiği Tarih : 04.12.2014



ÖNSÖZ

Tez çalışmam süresince eleştirel okumaları ve geribildirimleri ile destek ve anlayışından dolayı tez danışmanım Doç. Dr. Ö. Sürel Karabilgin'e,

Bilgi birikimleri ve donanımları ile gelişmemi destekleyen anabilim dalı öğretim elemanları Prof. Dr. H. İbrahim Durak, Doç. Dr. Hatice Şahin, Doç. Dr. Hilal Batı, Doç. Dr. Ayhan Çalışkan, Yrd. Doç. Dr. Kevser Vatansever ve Dr. Elif Sıla Törün'e, güleryüzleri ile desteklerini her zaman gösteren anabilim dalının tüm çalışanlarına,

Tez izleme jürimde görev alan, geribildirimleri ve değerli görüşleri ile tez çalışmamı geliştiren Prof. Dr. M. Nil Kaan'a teşekkür ederim.

Tıp eğitimi doktorası boyunca desteklerini ve dostluklarını her an hissettiğim yol arkadaşlarım Dr. Hasan Odabaşoğlu, Dr. Funda Tengiz, Dr. Özlem Mıdık ve Öğr. Gör. Dr. Nilüfer Demiral Yılmaz'a,

Tez çalışmamda verilerin istatistiksel analizindeki desteği ve dostluğu ile yanımda olan Doç. Dr. İmran Kurt Ömürlü'ye teşekkür ederim.

Bu süreçte bana ne kadar şanslı olduğumu hissettiren en büyük desteğim aileme, sabır ve anlayış ile beni her zaman destekleyen eşim Serkan'a, bu sürecin her anında anlayış ve sevgisi ile yanımda olan, en güzel yıllarımdan çaldığım canım oğlum Sencer'e, tezle birlikte aramıza katılan minik oğlum Sercan'a sonsuz sevgileri ve varlıkları için teşekkür ederim.

İzmir – 2014

Dr. Selcen Öncü

İÇİNDEKİLER

Önsöz	iii
İçindekiler	iv
Tablolar Dizini	xii

BÖLÜM I – GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu	1
1.2. Alt Problemler	2
1.2.1. Bağlama İlişkin Araştırma Soruları	2
1.2.2. Girdiye İlişkin Araştırma Soruları	3
1.2.3. Sürece İlişkin Araştırma Soruları	3
1.2.4. Ürüne İlişkin Araştırma Soruları	4
1.3. Araştırmanın Amacı	5
1.4. Araştırmanın Önemi	5
1.5. Sınırlılıklar	6
1.6. Tanımlar	7
1.7. Kısaltmalar	8
1.8. Genel Bilgiler	9
1.8.1. Tıp Eğitimi	9
1.8.2. Klinik Beceri Eğitimi	12
1.8.2.1. Klinik Beceri Eğitiminin Amacı	13
1.8.2.2. Klinik Beceri Eğitiminin Özellikleri	15
1.8.2.3. Tam Öğrenme Yaklaşımı (Mastery Learning Approach)	22
1.8.2.4. Yeterliğe Dayalı Eğitim (Competency Based Education)	23
1.8.2.5. İnsancıl Eğitim (Humanistic Education)	25

1.8.2.6. Dünyada Klinik Beceri Eğitimi	26
1.8.2.7. Türkiye’de Klinik Beceri Eğitimi	28
1.8.2.8. Klinik Beceri Eğitimi Neden Gereklidir?	32
1.8.3. Program Değerlendirme ve Yaklaşımları	36
1.8.3.1. Tyler’ın Değerlendirme Modeli	41
1.8.3.2. Metfessel-Michael Değerlendirme Modeli	42
1.8.3.3. Eisner’in Uzman Görüşüne Dayalı Değerlendirme Modeli	43
1.8.3.4. Stake’in Uygun Olasılık Modeli	44
1.8.3.5. Kirkpatrick Modeli	45
1.8.3.6. CIPP Modeli	45
1.8.4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Eğitim	53
1.8.4.1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Klinik Beceri Eğitimi	55

BÖLÜM II – GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Tipi	60
2.2. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler	60
2.2.1. Anket Formları	61
2.2.2. Klinik Beceri Eğitim Rehberi Değerlendirme Formu	62
2.3. Yöntem	62
2.4. Araştırma Yeri ve Zamanı	63
2.5. Araştırma Evreni	63
2.6. Araştırma Örnekleme	63
2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	64
2.8. Veri Toplama Yöntem ve Süresi	64
2.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	65

2.10. Süre ve Olanaklar	65
2.11. Araştırma Kapsamındaki İzinler ve Etik Açıklamalar	66

BÖLÜM III – BULGULAR

3.1. Katılımcıların Özellikleri	67
3.1.1. Öğrencilerin özellikleri	67
3.1.2. Eğiticilerin özellikleri	69
3.2. Bağlama ilişkin araştırma soruları	72
3.2.1. Klinik beceri eğitim programının fakülte mezuniyet hedefleri ile ilişkisi nedir?	72
3.2.2. ADÜ Tıp Fakültesi'nde ilk iki yıl uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının hedefleri UÇEP ile karşılaştırıldığında nasıldır?	73
3.2.3. Klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitim programı içindeki yeri nedir?	75
3.2.4. ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının, Türkiye'deki farklı tıp fakültelerinde uygulanan klinik beceri eğitim programları ile benzerlik ve farklılıkları var mıdır?	82
3.2.5. Klinik beceri eğitim programı nasıl tasarlanmıştır?	83
3.2.6. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci gereksinimleri nelerdir?	84
3.2.7. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci beklentileri nelerdir?	85
3.2.8. Klinik beceri eğitim programının amaçları mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?	86
3.3. Girdiye ilişkin araştırma soruları	87
3.3.1. Öğrencilerin bilişsel alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?	87

3.3.2. Öğrencilerin psikomotor alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?	87
3.3.3. Öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin motivasyonları nasıldır?	88
3.3.4. Klinik beceri eğitim programının hedefleri nelerdir?	88
3.3.5. Klinik beceri eğitim programının içeriği nedir?	90
3.3.6. Klinik beceri eğitim programında uygulanmakta olan öğretim yöntem ve teknikleri nelerdir?	91
3.3.7. Klinik beceri eğitim programı ile ilgili eldeki mevcut kaynaklar, eğitim materyalleri nelerdir?	92
3.3.8. Eğiticilerin klinik beceri eğitimleri ile ilgili becerileri nelerdir?	94
3.3.9. Klinik beceri eğitim programına ayrılan süre yeterli midir?	97
3.4. Sürece ilişkin araştırma soruları	99
3.4.1. Eğitici ve öğrencilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?	99
3.4.2. Birinci ve ikinci sınıflara ait beceri eğitim rehberleri incelenmesi	102
3.4.3. Eğiticilerin ve öğrencilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?	103
3.4.4. Eğiticilerin ve öğrencilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?	106
3.4.5. Öğrencilerin eğiticilere ilişkin görüşleri nelerdir?	108
3.4.6. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programının yürütülme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?	110
3.4.7. Klinik beceri eğitim programında karşılaşılan problemler nelerdir?	111
3.4.8. Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaşılan engeller nelerdir?	112
3.5. Ürüne ilişkin araştırma soruları	121
3.5.1. Klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşılmış mıdır?	121
3.5.2. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin öz değerlendirmeleri nasıldır?	121
3.5.3. Eğiticilerin öğrencilerin becerilerdeki yetkinliğine ilişkin görüşleri nasıldır?	123
3.5.4. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyetle değişen anlamlı	127

bir farklılık görülmekte midir?	
3.5.5. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmekte midir?	129
3.5.6. Mevcut klinik beceri eğitim programı öğrencilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?	130
3.5.7. Mevcut klinik beceri eğitim programı eğiticilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?	130
3.5.8. Eğiticilerin klinik beceri eğitim programının hedefleri ile ilgili görüşleri nelerdir?	131

BÖLÜM IV – TARTIŞMA

4.1. Bağlamda yer alan araştırma sorularına ilişkin tartışma	132
4.1.1. Klinik beceri eğitim programının fakülte mezuniyet hedefleri ile ilişkisi nedir?	132
4.1.2. Klinik beceri eğitim programının hedefleri UÇEP ile karşılaştırıldığında nasıldır?	137
4.1.3. Klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitim programı içindeki yeri nedir?	137
4.1.4. ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının, Türkiye'deki farklı tıp fakültelerinde uygulanan klinik beceri eğitim programları ile benzerlik ve farklılıkları var mıdır?	140
4.1.5. Klinik beceri eğitim programı nasıl tasarlanmıştır?	141
4.1.6. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci beklentileri nelerdir?	141
4.1.7. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci gereksinimleri nelerdir?	144
4.1.8. Klinik beceri eğitim programının amaçları mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?	145

4.2. Girdide yer alan araştırma sorularına ilişkin tartışma	146
4.2.1. Öğrencilerin bilişsel alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?	146
4.2.2. Öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin motivasyonları nasıldır?	147
4.2.3. Klinik beceri eğitim programının hedefleri nelerdir?	149
4.2.4. Klinik beceri eğitim programının içeriği nedir?	150
4.2.5. Klinik beceri eğitim programında uygulanmakta olan öğretim yöntem ve teknikleri nelerdir?	151
4.2.6. Klinik beceri eğitim programı ile ilgili eldeki mevcut kaynaklar, eğitim materyalleri nelerdir?	153
4.2.7. Eğiticilerin klinik beceri eğitimleri ile ilgili becerileri nelerdir?	155
4.2.8. Klinik beceri eğitim programına ayrılan süre yeterli midir?	157
4.3. Süreçte yer alan araştırma sorularına ilişkin tartışma	158
4.3.1. Öğrencilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?	158
4.3.2. Klinik beceri eğitim rehberlerinin değerlendirilmesi	159
4.3.3. Eğiticilerin ve öğrencilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?	159
4.3.4. Eğiticilerin ve öğrencilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?	160
4.3.5. Öğrencilerin eğiticilere ilişkin görüşleri nelerdir?	162
4.3.6. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programının yürütülme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?	164
4.3.7. Klinik beceri eğitim programında karşılaşılan problemler nelerdir?	165
4.3.8. Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaşılan engeller nelerdir?	166
4.3.9. Klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşılmış mıdır?	167
4.3.10. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin öz değerlendirmeleri nasıldır?	168
4.3.11. Eğiticilerin öğrencilerin becerilerdeki yetkinliğine ilişkin görüşleri nasıldır?	169
4.3.12. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyetle değişen anlamlı	170

bir farklılık görülmekte midir?	
4.3.13. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmekte midir?	170
4.3.14. Mevcut klinik beceri eğitim programı öğrencilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?	171
4.3.15. Mevcut klinik beceri eğitim programı eğiticilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?	172
4.3.16. Eğiticilerin klinik beceri eğitim programının hedefleri ile ilgili görüşleri nelerdir?	174
4.3.17. CIPP Değerlendirme Modeli ile Yapılmış Çalışmalar	175
BÖLÜM V - SONUÇ VE ÖNERİLER	
5.1. Bağlama ilişkin sonuçlar	178
5.2. Girdiye ilişkin sonuçlar	179
5.3. Sürece ilişkin sonuçlar	179
5.4. Ürüne ilişkin sonuçlar	180
5.5. Öneriler	181
ÖZET	184
ABSTRACT	186
KAYNAKLAR	188

EKLER

Ek 1. Klinik beceri eğitimi değerlendirme anketi – öğrenci formu	205
Ek 2. Klinik beceri eğitimi değerlendirme anketi – eğitici formu	209
Ek 3. Klinik beceri eğitim rehberi değerlendirme formu	213
Ek 4. Dekanlık onayı	214
Ek 5. Etik Kurul onayı	215

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1	Beceri öğrenmenin gelişimsel evreleri	18
Tablo 2	Birinci sınıf - klinik beceri başlıkları	56
Tablo 3	İkinci sınıf – klinik beceri başlıkları	57
Tablo 4	ADÜ Tıp Fakültesi 1. sınıf EHU ders kurulu (6. kurul) sınavında derslerin not payları (2011-2012)	59
Tablo 5	ADÜ Tıp Fakültesi 2. sınıf EHU ders kurulu (6. kurul) sınavında derslerin not payları (2011-2012)	59
Tablo 6	Farklı değişkenlere göre öğrenci sayı ve yüzdeleri	67
Tablo 7	Farklı değişkenlerin sınıflara göre dağılımı	68
Tablo 8	Farklı değişkenlere göre eğitici sayı ve yüzdeleri	69
Tablo 9	Eğiticilerin yaş dağılımı	70
Tablo 10	Eğiticilerin çalıştıkları birimlere göre cinsiyet dağılımı	70
Tablo 11	Eğiticilerin görevli oldukları bölümlere göre akademik ünvanları	71
Tablo 12	Eğitici gelişim programlarına katılmış eğiticilerin görev yaptıkları birimlere göre dağılımı	71
Tablo 13	UÇEP ve ADÜ Tıp Fakültesi'nde ilk iki yıl beceri eğitimi programında yer alan becerilerin karşılaştırılması	73
Tablo 14	Öğrencilerin bağlama ilişkin yanıtlarının sınıflara göre dağılımı	80
Tablo 15	Bağlama ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması	81
Tablo 16	Bağlama ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı	81
Tablo 17	Yedi farklı tıp fakültesinin klinik beceri eğitimlerinin karşılaştırılması	82

Tablo 18	Öğrencilerin klinik beceri eğitim programına ilişkin beklentilerine dair yanıtları	84
Tablo 19	Öğrencilerin beklentileri	85
Tablo 20	Girdiye ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı	95
Tablo 21	Öğrencilerin girdiye ilişkin yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması	96
Tablo 22	Girdiye ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı	96
Tablo 23	Birinci ve ikinci sınıf klinik beceri derslerinin birinci ve ikinci sınıftaki toplam uygulama ve ders saatlerine göre yüzdeleri	97
Tablo 24	Öğrencilerin sürece ilişkin yanıtlarının sınıflara göre dağılımı	115
Tablo 25	Sürece ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı	118
Tablo 26	Sürece ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı	119
Tablo 27	Klinik beceri eğitim rehberlerinin değerlendirilmesi	120
Tablo 28	Ürüne ilişkin öğrenci yanıtlarının dağılımı	124
Tablo 29	Ürüne ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması	125
Tablo 30	Ürüne ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı	126
Tablo 31	Anket maddelerinin öğrencilerin cinsiyetine göre karşılaştırılması	127
Tablo 32	Sınıf türüne göre beceri kazanımlarına ilişkin maddelerin karşılaştırılması	129

BÖLÜM I – GİRİŞ

Bu bölümde araştırmanın problem durumu, problem cümlesi ve alt problemler, araştırmanın önemi, sınırlılıklar, tanımlar ve kısaltmalar yer almaktadır.

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Klinik beceri eğitimi; öğrencilere eşitlikçi ve güvenli öğrenme fırsatları sunan, hasta haklarının korunduğu, insancıl, yeterliğe dayalı ve tam öğrenme yaklaşımına dayalı bir eğitimidir. Klinik ortamlara en yakın ortamlarda gerçekleştirilen klinik beceri eğitimlerinde öğrenciler becerileri basamaklı rehberler ve koçluk eşliğinde, anında geri bildirim alarak, birebir tecrübe ederek, tekrar deneme şansı yakalayarak tam olarak öğrenebilme şansına sahip olmaktadır. Öğrencilerin becerilerde yetkin hale gelebilmeleri için eğitimlerin her öğrencinin uygulama fırsatı bulabileceği gruplarda yapılması önerilmektedir (1, 2).

Tıp fakültelerinde mezuniyet öncesinde uygulanmakta olan klinik beceri eğitiminin erken dönemde başlaması, içeriğinin ve öğretim yöntemlerinin mevcut eğitim programına uygun olması ve entegre edilmiş olması önemlidir. Tıp fakültelerinde öğrenci sayıları hızla artarken öğretim üyesi sayıları özellikle birebir eğitim gerektiren küçük grup eğitimlerini zor uygulanabilir duruma getirmektedir (3, 4).

Eğitim programlarının düzenli olarak değerlendirilmesi eğitimin gerekliliğidir. Program değerlendirme, programların geliştirmesini ve ilerlemesini temel olarak programın planlarını, süreçlerini ve ürünlerini tanımlayarak değeri hakkında yargıda bulunmak için delil toplamakla ilgilenir (5).

Eğitim programları tasarlanarak uygulamaya koyulduğu halde dzenli olarak değerlendirmelerinde aksaklıklar gze çarpmaktadır. Bu çalışmada da benzer şekilde Adnan Menderes Üniversitesi (AD) Tıp Fakültesi klinik beceri eğitiminin on yıldan fazla süredir uygulanmakta olduğu halde değerlendirilmesinin yapılmamış olduğu görülmektedir. Öğretim yelerinin ve öğrencilerin sıkıntılarını dile getirmekte olması ve bu konuda ihtiyaç bildirmekte olması nedeni ile klinik beceri eğitim programının Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi özelinde değerlendirilerek program ile ilgili olumlu ve olumsuz ynlerin ortaya koyulmasının programın gelişmesine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmada aşağıdaki probleme yanıt aranmaktadır;

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin mezuniyet öncesi ilk iki yılında verilmekte olan klinik beceri eğitim programı bağlam, girdi, süreç, ürün özelliklerine göre incelendiğinde nasıldır?

1.2. ALT PROBLEMLER

1.2.1. Bağlama İlişkin Araştırma Soruları

1. Klinik beceri eğitim programı neden gereklidir?
2. Klinik beceri eğitim programının fakülte mezuniyet hedefleri ile ilişkisi nedir?
3. Mezuniyet ncesi tıp eğitiminin ilk iki yılında verilmekte olan klinik beceri eğitim programının hedefleri Ulusal ekirdekEğitimProgramı (UÇEP) ile karşılaştırıldığında nasıldır?
4. Klinik beceri eğitim programına ilişkin ğrenci gereksinimleri nelerdir?

5. Klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitim programı içindeki yeri nedir?
6. ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitiminin, Türkiye'deki farklı tıp fakültelerinde uygulanan klinik beceri eğitim programları ile benzerlik ve farklılıkları var mıdır?
7. Klinik beceri eğitim programı nasıl tasarlanmıştır?
8. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci beklentileri nelerdir?
9. Klinik beceri eğitim programının amaçları mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?

1.2.2. Girdiye İlişkin Araştırma Soruları

1. Öğrencilerin bilişsel alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?
2. Öğrencilerin psikomotor alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?
3. Öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin motivasyonları nasıldır?
4. Klinik beceri eğitim programının hedefleri nelerdir?
5. Klinik beceri eğitim programının içeriği nedir?
6. Klinik beceri eğitim programında uygulanmakta olan öğretim yöntem ve teknikleri nelerdir?
7. Klinik beceri eğitim programı ile ilgili eldeki mevcut kaynaklar, eğitim materyalleri nelerdir?
8. Eğiticilerin klinik beceri eğitimleri ile ilgili becerileri nasıldır?
9. Klinik beceri eğitim programına ayrılan süre yeterli midir?

1.2.3. Sürece İlişkin Araştırma Soruları

1. Öğrencilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?
2. Öğrencilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?

3. Öğrencilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?
4. Öğrencilerin eğiticilere ilişkin görüşleri nelerdir?
5. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programının yürütülme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?
6. Eğiticilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?
7. Eğiticilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?
8. Eğiticilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?
9. Klinik beceri eğitim programında karşılaşılan problemler nelerdir?
10. Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaşılan engeller nelerdir?

1.2.4. Ürüne İlişkin Araştırma Soruları

1. Klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşılmış mıdır?
2. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin öz değerlendirmeleri nasıldır, bu algıda cinsiyet veya sınıf ile değişen anlamlı bir farklılık görülmekte midir?
3. Eğiticilerin öğrencilerin becerilerdeki yetkinliğine ilişkin görüşleri nasıldır?
4. Eğiticilerin klinik beceri eğitim programının hedefleri ile ilgili görüşleri nelerdir?
5. Mevcut klinik beceri eğitim programı öğrencilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?
6. Mevcut klinik beceri eğitim programı eğiticilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?

1.3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma;

1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde mezuniyet öncesinde ilk iki yılda beceri laboratuvarında verilmekte olan klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesini,
2. Klinik beceri eğitimlerinin daha standardize ve etkin olmasının sağlanması yönünde öneriler geliştirilmesini amaçlamaktadır.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Klinik beceri eğitimi, hastaya bütüncül ve insancıl yaklaşım ilkeleri ile hekimlikte önemli bir yer tutmaktadır. Öğrencilerin klinik becerileri güvenli ortamlarda tam olarak öğrenmesi klinik ortamlarda ve meslek yaşantılarında hasta ile temaslarında kendilerine güvenli ve yetkin hekimler olmalarını sağlamaktadır. İyi ve yetkin hekimler yetiştirmek tıp fakültelerinin tartışmasız en önemli görevleridir. Nitelikli hekimler yetiştirmek için mezuniyet öncesi tıp eğitiminde klinik beceri eğitim programlarının iyi tasarlanması, uygulanması ve değerlendirmesi gereklidir. Ülkemizde, klinik beceri eğitim programları olduğu halde bu programlara özel kapsamlı değerlendirme çalışmalarının sınırlı sayıda olduğu görölmektedir (6, 7).

Mevcut değerlendirme çalışmaları genelde eğitim programlarının bütüncül olarak değerlendirildiği, daha çok tek taraflı paydaş görüşlerini içeren değerlendirmeler veya yalnız klinik beceri eğitim programlarında alınan geri bildirimlere göre yapılan değerlendirmelerdir.

Bu çalışmada, klinik beceri eğitimine geniş bir açıdan bakarak ayrıntılı ve kapsamlı bir değerlendirme yapılması amaçlanmıştır. Bu amaç ile mezuniyet öncesi tıp eğitiminin önemli bir parçası olan klinik beceri eğitim programını değerlendirmede eğitimin farklı alanlarda sık kullanılan bir değerlendirme modeli olan CIPP (Context-Input-Process-Product; Bağlam-Girdi-Süreç-rn) değerlendirme modelinden yararlanılmıştır. Bu alışma, CIPP değerlendirme modelinin ülkemizde tıpta klinik beceri eğitim programının değerlendirilmesinde kullanımını sağlayacak öncü çalışmalardan biri olmayı amaçlamaktadır.

1.5. SINIRLILIKLAR

Araştırma, AD Tıp Fakültesi ile sınırlıdır. Araştırma grubu, AD Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimi almakta olan birinci ve ikinci sınıf öğrencileri ile klinik beceri eğitimi almış olan üçüncü sınıf öğrencileri ve klinik beceri eğitimlerinde görevli olan eğiticiler ile sınırlıdır.

1.6. TANIMLAR

Eğitim Ortamı: Eğitim etkinliklerinin olduğu, eğitsel iletişim ve etkileşimin gerçekleştiği çevredir.

Klinik Beceri Eğitim Rehberi: Öğrencilerin bir beceriyi daha kolay öğrenmelerini sağlamak, kendilerini ve birbirlerini değerlendirmelerine yardımcı olmak amacıyla kullanılan becerilerin ayrıntılı şekilde sırası ile anlatıldığı rehberlerdir.

Program Değerlendirme: Program ile ilgili veri toplama, verileri analiz etme, yargıda bulunma, karar verme gibi birçok adımı içeren kapsamlı bir sũretir.

Program Değerlendirme Modelleri: Programın niteliği, verimliliği ya da etkililiği hakkında karar verilmesini sağlayan, programın değerlendirilmesine rehberlik eden ve değerlendirme sũrecini yöneten adımları içeren bir kavramdır.

CIPP Modeli: Stufflebeam tarafından geliştirilen, adını değerlendirme tũrleri olan bağlam (Context), girdi (Input), sũre (Process) ve ũrün (Product) değerlendirmelerinin baş harflerinden alan bir değerlendirme modelidir.

1.7. Kısaltmalar

AAMC: Amerikan Tıp Okulları Derneği

ADÜ: Adnan Menderes Üniversitesi

CIPP: Context (Bağlam), Input (Girdi), Process (Süreç), Product (Ürün)

EHU: Entegre Hekimlik Uygulamaları

GMC: Genel Tıp Konseyi

OSCE: Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav

PDÖ: Probleme Dayalı Öğrenme

TEB: Tıp Eğitimi Birimi

TTB: Türk Tabipler Birliği

UÇEP: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı

UTEAK: Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu

WFME: Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

YDE: Yeterliğe Dayalı Eğitim

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. Tıp Eğitimi

Hekimlik, insanlık tarihi kadar eski bir meslektir. Tarih öncesinde, hastalıkların insanların vücutlarına kötü ruhların girmesi ile oluştuğu düşünülen dönemlerde, dini ögeler ve büyü'nün iç içe geçtiği bir kimlikte olan hekimler tedavilerini gözlem ve tecrübelerine dayalı olarak çeşitli bitkiler ve danslar ile gerçekleştirmişlerdir. M.Ö. 400 yıllarında yaşamış olan Yunanlı hekim Hipokrat ve M.Ö. 200 yıllarında Galen tıbbı katkıda bulunmuş, okullarında fikirlerini ve uygulamalarını paylaşmışlardır. Yüzyıllar boyunca hekimler, hekimliği ustalarının uygulamalarını izleyip, onların gözetmenliğinde tekrarlar yaparak ve uygulayarak usta-çırak ilişkisi ile yaşayarak öğrenmişlerdir. On altıncı ve on yedinci yüzyıllarda gerçekleşen biyoloji devrimleri ile tıp eğitiminde de önemli gelişmeler yaşanmış, Fransız devrimi sonrasında tıp eğitimi hastanelerde verilmeye başlanmıştır. Bin yedi yüz altmış yedi yılında ise Amerika'da tıp eğitiminde üniversite sistemine geçilmiştir (8).

Abraham Flexner'in 1910 yılında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve Kanada'daki 155 tıp okulunu inceleyerek yayınladığı Flexner Raporu tüm dünyada yankı uyandırmıştır. Raporla birlikte ABD ve Kanada'daki 155 tıp okulundan 71'i (%47) kapatılmış veya birleştirilmiştir. Tıp eğitiminde gerçek bir değişime neden olarak yaklaşık 60 yıl süren Flexner Dönemi'ni başlatan raporun eğitim-öğretim ilke ve içeriklerine getirdiği pratik öneriler neredeyse tüm tıp okullarında uygulanmasına neden olmuştur (8, 9).

Geleneksel ve disipline dayalı bir tıp eğitim modelinin tarif edildiği Flexner raporu; nitelikli hekimlerin yetiştirilebilmesi için eğitim içeriğindeki bilimsel bilginin ve tıbbi uygulamaların artırılması gerektiği savunulmaktadır. Raporda, tıp

fakültesine kabul edilecek öğrencilerin belirli bir bilimsel düzeyde eğitim almış olması gerekliliği, tıp öğrencilerinin ilk yıllarda fizik, biyokimya ve biyoloji gibi temel alanlarda amfi ve laboratuvarlarda eğitim almaları, klinik bilimlerin ise hastanelerde verilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (10-12).

Biyomedikal bakış açısının ağırlık kazandığı Flexner dönemini, 1950’li yıllarda teknolojik gelişme, bilgi yükü ve uzmanlaşmanın artması ile birlikte eğitimin aşırı yüklü hale gelmesi sonucu temel bilimlerle klinik bilimlerin entegre olarak verildiği entegre, 1960’lı yıllardaki reform hareketleri ile öğrenci merkezli, 1990’lı yıllarda hastaya bütüncül ve insancıl yaklaşımın önem kazandığı eğitim modelleri izlemiştir (4, 13).

Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) tıp eğitiminin amacını; “hasta ve toplum için kaliteli koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri, değerler ve davranış biçimlerinde yetenekli ve yeterli olan hekimleri yetiştirmek” şeklinde belirtmektedir. 1988 yılında yayınlanan Edinburgh Bildirgesi ile de tıp eğitiminin amacı; “tüm toplumun sağlık düzeyini yükseltecek ve sağlıklı yaşamalarını sağlayacak hekimler yetiştirmek” şeklinde belirtilmiştir. Bildirgede tıp eğitiminde bilginin yanı sıra mezun olacak hekimlere yeterli düzeyde mesleki beceriler de kazandırma gerekliliği ve önemi vurgulanmıştır (14, 15).

İngiltere Genel Tıp Konseyi (GMC), 1993 yılında mezuniyet öncesi tıp eğitiminde reform yapmak üzere bir yol haritası hazırlamış, her fakülte için uygun mezuniyet öncesi eğitim standartlarının ortaya konulması, fakülteler arası ortak bir dil oluşturulması amacı ile mezun olacak hekimden beklenen nitelikleri net olarak tanımlamıştır. Yarının Doktorları (Tomorrow’s Doctors) adı altında sunulan nitelikler listesi ile geçmiş yıllarda bilgi ağırlıklı niteliklerin yerini hastaya bütüncül

yaklaşım almış, iyi tıbbi uygulamalar ile klinik beceriler ve iletişim becerileri önem kazanmıştır (16). GMC sonraki yıllarda yenilenen kılavuzlarında da mesleğinde yeterli bir hekimin edindiği bilgileri özümseyerek, sentez ve analiz ederek yeni durumlarda kullanabilen, hastasıyla iyi iletişim kuran, bilgili, iyi klinik karar veren, araştırma yapan ve eğitimci bir kişi olması gerektiğini bildirmiştir (16-18).

Değişen tıp eğitimi ile birlikte Dünya Sağlık Örgütü (WHO) de ideal hekim profilini “beş yıldızlı doktorlar” (Five star doctors) terimi ile tanımlamıştır. Beş yıldızlı hekim özellikleri hastaya bütüncül yaklaşan, iyi hizmet sunucu, karar verici, iletişimci, uzlaştırmacı bir toplum lideri ve uyumlu bir yönetici olarak özetlenebilmektedir (19).

Tıp alanında, 21. yüzyıl ile birlikte bilginin hızla artması ve bilgiye ulaşımın kolaylaşması tıpta ileri uzmanlık alanlarının yaygınlaşmasına neden olmuştur. İleri uzmanlaşma ve hızla gelişen teknolojik gelişmelerin de etkisi ile hekimlik insancılıktan uzaklaşmaya başlamıştır. Bunun yanında koruyucu uygulamalar yerine tedavi edici uygulamaların önem kazanması; sağlık hizmetleri ile eğitim arasında eşgüdümün olmaması; tıp mesleğinin seçiminde iyi kazanç ve statünün ön plana çıkmaya başlaması gibi sorunlar tıp eğitiminde değişimleri zorunlu kılmaya başlamıştır (20).

Ülkemizde de benzer şekilde değişen sağlık politikaları, sosyal yapı ve teknolojik gelişmeler ile birlikte tıp eğitimini etkileyecek değişimler olmuştur. Eğitim kurumlarında hizmetin ön planda olması; öğrenci sayısındaki ciddi artış; artan hasta yükü ile eğitici öğrenci temasının azalması; hastaların hastanelerde kalış süresinin kısılması ve malpraktis yasaları ile öğrenci hasta temasının azalması; toplum

yönelimli eğitime verilen önemin azalması ve benzer değişimlerin sonucu olarak tıp eğitiminde değişim kaçınılmaz olmuştur (4, 21).

Türk Tabipler Birliği (TTB) de benzer şekilde iyi bir pratisyen hekimin sahip olması gereken nitelikleri tanımlarken klinik, laboratuvar ve uygulamalı becerilerde yetkinlik maddesine vurgu yapmıştır (21).

1.8.2 Klinik Beceri Eğitimi

Klinik kelimesi Yunanca'da "hasta yatağı etrafında olmak" anlamına gelen 'klinikos' kelimesinden köken almaktadır. Tarihte ilk olarak Eski Mısırlılarca uygulanmaya başlanan klinik muayene M.Ö. 2000'li yıllara dayanmaktadır. Hipokrat ve Galen ile muayene becerilerinin temelleri atılmaya başlanmıştır. Kiliselerin hekim ve bilim adamlarına yoğun baskılarının olduğu yıllarda İslam hekimlerinin eserleri ile devam eden muayene becerileri İbn-i Sina ve Razi'nin uygulamaları ve kitapları ile sistematik bir hale gelmeye başlamıştır. On dokuzuncu yüzyılda Avrupa ve Amerika'da tıp eğitimi veren okulların da açılması ile birlikte muayene becerileri gelişerek, son elli yıl içinde artan teknolojik gelişmelerin de etkisi ile üst düzeylere ulaşmıştır (22).

Bir hekimin eğitiminde bilgi, beceri ve tutum eşit öneme sahiptir (GMC). Bunların hepsi klinik beceriler terimi altında birleşmektedir, klinik becerilerin oluşturduğu beceriler; iletişim becerileri ve anamnez almak; profesyonel beceriler ve meslek etiği; fiziki muayene, prosedural ve klinik laboratuvar becerileri; tanı ve tedavi becerileri; resusitasyon; eleştirel düşünme, nedenselleştirme ve problem çözme; takım çalışması, organizasyon ve yönetim; bilgi teknolojileri olarak sayılabilmektedir (23). Kısaca, klinik beceri, tıp öğrencisinin meslek hayatında bir

hekim olarak uygulayacağı tıbbi işlem ve girişimlerin tümüne verilen isimdir (24). Klinik beceri eğitimi, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin ve klinik eğitimin önemli bir parçasıdır. Klinik beceri eğitimi, yüzyıllar boyunca “see one, do one, teach one” yaklaşımı ile; görerek, yaparak ve öğreterek hasta başında veya kliniklerde klinisyenlerin doğrudan gözlemi ile çıraklık eğitimi şeklinde devam etmiştir. Tıpta yaşanan gelişmeler ve değişmelerle birlikte ilk Klinik Beceri Merkezi 1970’li yılların ortalarında günümüzde Maastricht Üniversitesi olan Limburg Üniversitesi’nde geliştirilmiştir. Klinik beceri eğitim ve öğretim yaklaşımları 1990’larda Birleşik Krallık’da yaygınlaşmış, günümüzde ise tıp eğitiminin önemli bir bileşeni olarak dünyada pek çok tıp fakültesinin vazgeçilmezi haline gelmiştir (22, 24-26).

Yurt dışı kaynaklarda “klinik beceri eğitimi, temel klinik beceri eğitimi” olarak anılan beceri eğitimi ülkemizde “klinik beceri eğitimi” ve “mesleksi beceri eğitimi” olarak iki farklı isimle kullanılmaktadır (27, 28). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde; klinik beceriler, iletişim becerileri, entelektüel beceriler, sağlığın korunması geliştirilmesi ve koruyucu hekimlik uygulamalarının tümü “mesleksi beceriler” olarak adlandırılırken, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde klinik beceriler “Entegre Hekimlik Uygulamaları” (EHU) adı altında; PDÖ oturumları, alan çalışmaları, iletişim becerileri ve tıp kültür sanat eğitimleri ile birlikte yer almaktadır (29, 30).

1.8.2.1. Klinik Beceri Eğitiminin Amacı

Tıp fakültesinin ilk yıllarında başlayan beceri eğitimleri, öğrencileri meslek yaşantısına ve klinik eğitime hazırlamak, klinikte öğrencilerin bu becerileri yeterli olarak gerçekleştirebilmesini sağlamak, öğrenmenin tesadüflere bırakılmaması, standart olması ve öğrencinin motivasyonunu arttırmak amacı ile yapılmaktadır.

Klinik ortamlarda verilen beceri eğitimlerinin bir ön uygulaması olan klinik beceri eğitimlerinde; belirlenen becerilerin, tanımlanmış bir standartta, yapılandırılmış yöntemlerle, gerçeğine uygun klinik beceri laboratuvarlarında, manken ve maketler kullanılarak öğrencilere kazandırılması amaçlanmaktadır (14).

Klinik beceri laboratuvarları, öğrencilerin mesleki becerilerini; mankenler, maketler, sınıf arkadaşları, simüle/standardize hastalar ve gerçek hastalar kullanılarak, etkin eğitim stratejileri ile öğrenci yetenek ve seviyelerine uygun olarak geliştirmeyi amaçlayan güvenli ve kontrol edilebilir ortamlardır. Klinik beceri laboratuvarları gerçek klinik eğitim ortamların yerini alan değil tamamlayıcısı olan ortamlardır (7, 31, 32).

Eğiticilerden aldıkları geri bildirimlerin yetersiz olması, hastayı rahatsız etme ve hastaya zarar verme korkusu, hataları geri alamamak, tekrar şansının olmaması, klinikteki zaman baskısı, hastaları gerçek klinik ortamlarda takip etmek zorluğu, klinik ortamlarda net öğrenme hedeflerinin var olmaması veya uygulanamaması gibi etkenlerden öğrencilerin hasta başında yoğun anksiyete hissetmesine ve gerginlikle kendini ifade edememesine neden olabilmektedir. Klinik beceri eğitimleri ile becerileri güvenli ortamlarda öğrenen öğrenciler hasta başında becerileri daha hatasız uygulayarak hastaya zarar vermeyecek ve daha az gergin olacağından kendini daha rahat ifade edebilecektir (33, 34).

Öğrencileri klinik ortamlara hazırlayan klinik beceri eğitiminin özellikle fakültenin ilk yıllarından itibaren verilmesi öğrencilerin mesleki motivasyonunu arttırarak hekim kimliğine alışmalarına imkan sağlamaktadır. Beceri eğitimlerinde gerçeğe uygun manken ve maketler üzerinde, rehberler ve koçluk eşliğinde gerçekleştirilen

uygulamalar prosedürler ile ilgili öğrencilere güven duygusu vererek öğrenmelerini olumlu yönde etkilemektedir. Eğitimler ile yeterli sayıda uygulama fırsatı bulduklarında öğrenciler klinik ortamlarda karşılaşılabilecekleri güvensizlik ve anksiyete duyguları azalmakta, kliniklerde becerilerin rahat ve doğru uygulanabilmesini sağlamaktadır (35).

1.8.2.2. Klinik Beceri Eğitiminin Özellikleri

İnsan davranışlarının eğitimle ilgili olanları bilişsel, duyuşsal, psikomotor ve sezgisel olarak adlandırılmaktadır. Bilişsel alan, zihinsel etkinliklerin baskın olduğu davranışların; duyuşsal alan öğrenilmiş duyguların; psikomotor alan ise becerilerin kodlandığı alan olarak ele alınabilmektedir (36).

Klinik beceri eğitimi bilişsel, duyuşsal ve psikomotor alanların birlikte olduğu bir eğitimidir. 1950’li yıllarda Bloom bilgi ve becerilerin hiyerarşik bir çıktısı olan altı seviyeli, bilişsel bir beceri taksonomisi tarif etmiştir. Taksonomide her seviyenin başarılması bir alt seviyenin de başarılmış olmasını gerektirmektedir. Amacı öğrenmenin basitten karmaşığa doğru gelişimine rehberlik etmektir. Bu taksonomide yalnız bilişsel alandaki gelişme yer almaktadır. Gelişimin kişiler arası, duysal ve profesyonel yanlarını içeren duysal alan Bloom tarafından tanımlanmış fakat taksonomiye dahil edilmemiştir. Krathwohl, Bloom ve Masia’nın (1964) oluşturdukları bilişsel alan benzeri taksonomide duyuşsal alan gözönüne alınarak içselleştirme ve özümseme düzeyine göre sınıflandırılma yapılmıştır. Krathwohl’ün Bloom taksonomisinden uyarladığı taksonomide en altta hem bilişsel hem duyuşsal alan özellikleri olan “alma”, ikinci basamakta duyuşsal alan özelliklerinin belirginleştiği “tepki verme”, üçüncü basamakta duyuşsal özelliklerin ağır bastığı “değer verme” gözlenmektedir. Son basamaklar olan “örgütlenme” ve “değerler

bütünüyle nitelenme” basamaklarında duyuşsal özellikler kişinin bir parçası haline gelmeye başlamıştır (Tablo 1) (37).

Sönmez; Bloom’un Bilişsel ve Krathwohl’un Duyuşsal alan taksonomilerini göz önüne alarak psikomotor alana ait bir taksonomi oluşturmuştur. Klinik beceri eğitimi için önem taşımakta olan psikomotor alan taksonomisinde, davranışların nasıl ve ne yolla başladığına, birbirlerinin ön koşulu olma özelliklerine, basitten karmaşığa, kolaydan zora, kişiye kazandırılırken izlenen sıraya göre beş ana basamak oluşturulmuştur. Sönmez Taksonomisi;

Uyarılma

Kılavuz Denetiminde yapma

Beceri Haline Getirme

Duruma Uydurma

Yaratma olarak beş ana basamağa ayrılmıştır (36).

1.Uyarılma Basamağı: Kişi doğru becerinin nasıl yapıldığını önce dikkatlice izler, sonra o davranışı yapmak için vücudu istenilen konuma getirir. Bu basamak, nesnelerin, niteliklerinin veya ilişkilerin duyu organları yoluyla farkına varılarak davranışı yapmak için hazırlanma sürecini içerir. Psikomotor alanla ilgili davranış modelleri, ya da örnekleri kişiye, istenilen nitelik, süre ve yeterlikte yapılarak sunulmalıdır İki alt basamağa ayrılır;

- Algılama: Bir uyarıcının bir ya da daha fazla duyu organına çarpması.
- Bedensel Kurulma: Beceriye yapmak için vücudu beceriyi yapar duruma

getirmek (36).

2. Kılavuz denetiminde yapmak: Beceri gelişiminde ilk adımdır. Bu basamakta bir iş ya da işlemin tümünü oluşturan işlem basamaklarını, öğrencinin işin gerektirdiği sıraya göre, eğitici ya da usta ile yapması söz konusudur İki alt basamağa ayrılır.

- Kılavuzlayanla Yapmak: Davranış kılavuz eşliğinde gerçekleştirilir.
- Kendi Kendine Yapmak: Davranış kılavuz eşliğinde öğrenildikten sonra, kişi davranışı kendi kendine yapılabilecek seviyeye gelir (36).

3. Beceri Haline Getirmek: Bu aşamada hareket düzenli ve verimli olarak en kısa sürede ve en az enerji harcanarak yapılır. Kişi bu basamakta becerili insan durumuna gelir. Hedef davranışı kendi kendine hiç kimseden yardım almadan o işin gerektirdiği nitelikte yapar. Sonra hem gereken nitelikte hem de belirtilen zamanda işi yapıp ortaya koyar. Üç alt basamağa ayrılır;

- İstenilen Nitelikte Yapmak
- İstenilen Nitelik ve Sürede Yapmak
- İstenilen Nitelik, Süre ve Yeterlikte yapmak (36)

4. Duruma Uydurmak: Bedenin yeni bir davranış gerektiren farklı durumların gereklerini karşılamak için motor faaliyeti değiştirmek. Kişi, beceri haline getirme basamağında kazandığı davranışları, psikomotor özellikleri ağır basan yeni bir problem durumuna kolayca uygular. Bu düzeyde önceden kazanılan becerilerin alana genellemesi söz konusudur (36).

5. Yaratmak: Yeni motor hareketler veya psikomotor alanda gelişmiş anlayışlar, yetenekler ve beceriler ortaya çıkarma aşamasıdır. Beceri gelişiminde son aşamadır. Bu basamak bilişsel alanın sentez, bir dereceye kadar da duyuşsal alanın nitelenmiş

ve sezgisel alanın geçmiş ve gelecekle iletişim kurmalarıyla iç içedir. Fakat burada psikomotor alanla ilgili nitelikler ağırlık taşır (36).

Performansın ve öğrenilenlerin işe transferinin iyileşmesi ile sonuçlanan sistematik bilgi ve beceri öğrenme olarak tanımlanabilen beceri eğitimi, sistematik, güvenli ve etkili eğitim stratejilerinin kullanımını sağlayan, öğrenci ihtiyaç ve deneyimlerini önemseyen bir ortam sağlaması açısından önem taşımaktadır. Beceri eğitimi üç farklı kuramdan köken almaktadır (38).

Tablo 1. Beceri öğrenmenin gelişimsel evreleri (39);

Bloom'un Bilişsel Beceriler Taksonomisi (1956)
Bilgi
Kavrama
Uyarlama
Analiz
Sentez
Değerlendirme

Miller, tıp eğitimindeki gelişim stratejisini benzer şekilde klinik beceri öğrenmenin evrelerine göre dört düzeyli bir piramitle açıklamıştır. Piramit en alttan başlayarak “bilir”, “gösterir”, “nasıl olduğunu bilir” ve piramitin tepesinde öğrenenden beklenen beceriyi yapabilme yetkinliğine erişmesi olan “yapar” yer almaktadır. Miller’in piramiti öğrenen performanslarının değerlendirildiği her seviye için önerdiği farklı değerlendirme yöntemleri ile de pratik kullanıma sahiptir (23).

Özellikle mezuniyet sonrası tıp eğitimi için bir gelişimsel strateji sunan, mezuniyet öncesi tıp eğitimi için de geçerli olan Dreyfus modelinde; klinik beceri performansı için farklı seviyeler tarif edilmektedir. Bu gelişim şemasındaki terimler genel olup başarılı bir öğrencinin yapabileceklerine dayanmamaktadır. Dreyfus, herhangi bir işi öğrenmeye çalışan bir yetişkinin beş aşamadan geçtiğini belirtmektedir (39, 40) .

Birinci aşamada; acemilik veya çıraklık (novice) aşamasında kişi yapılacak işle ilgili genel kuralları öğrenir ve işi nasıl yapacağına o kurallar çerçevesinde düşünerek karar verir. Sözelimi tıp eğitiminin başlangıcındaki tıp öğrencisi anamnez almanın genel kurallarını öğrenip, sorulması gerekenleri ezberler. Öğrenci “ne yapıyorum?” sorusunu sorar, öğrenmenin başlangıç evresi yüksek konsantrasyon ve dikkat gerektiren bilişsel bir evredir. Bu evrede, öğrenciler becerinin doğasını anlamaya başlar, henüz hatalarını düzeltebilecek düzeyde olmadığından hatalarını düzeltmek için eğiticiden gelecek özel yönergelere, geribildirime ihtiyaç duyarlar, advance beginner kişi ancak deneyimleyerek öğrenilebilecek durumsal öğeleri tanımaya ve işi yaparken bu öğeleri göz önüne almaya başlar. İkinci aşama; kalfalık; yetkinlik (competency) aşamasında kişinin deneyimi arttıkça işle ilgili durumsal öğeleri önem sırasına sokmaya başlar ve nerede ne yapması gerektiğine karar verirken bu öğeleri göz önüne alır. Dikkat yapılan işe yöneltilmiştir, karar alma süreci bilinçli olarak gerçekleşir. Üçüncü aşama; (proficiency) yeterlilik ise, kişinin işini yaparken karşısına çıkan çeşitli durumlar veya sorunları tanımak için düşünmesi gerekmez. Neyle karşı karşıya olduğunu sezgiyle bilir, artık sadece nasıl yapacağı konusunda düşünmesi ve karar vermesi gerekir. Tıp eğitiminde uzmanlığın ilk yılları bu aşamaya karşılık gelir. Dördüncü aşama olan (expert) uzman aşamasında ise kişi ciddi deneyim sahibidir, işini düşünmeden yapabilir duruma gelir, farklı örüntüleri hızla tanır ve farklı durumlar karşısında ne yapılması gerektiğini bilir. İlk aşamada acemi olan birey beceri edindikçe farkında olarak ya da olmayarak, eylemin nedenini anlamasına gerek olmadan, kuralları düşünmeden otomatize davranmaya başlayarak (master) ustalık aşamasına ulaşmaktadır. Son aşamada; eylemin nedenini anlamasına gerek yoktur (39, 41, 42).

Beceri eğitimini kuramlar açısından kısaca inceleyecek olursak; beceri eğitimlerinde, öğrencilere kazandırılacak öğrenme ürünlerinin küçük adımlar halinde, aşamalı olarak düzenlenmesi, öğrencinin açık olarak tepkide bulunması, tepkilerin sıklıkla pekiştirilmesi, anında geribildirim verilmesi ve düzeltme önem taşımaktadır (37, 38). Davranışçı açıdan bakıldığında; beceri eğitimlerinin programlı ve aşamalı olarak düzenlenmesi amacı ile kullanılan basamaklı eğitim rehberleri, eğiticilerin beceriyi adım adım göstererek yaptırması, öğrencilere anında geri bildirim vererek öğrencilerin öğrenmesinin pekiştirilmesi ve yanlışların anında düzeltilmesi, tekrarlar ile öğrenmenin desteklenmesi gibi etkinlikler ve beceri eğitiminin standardizasyonu gibi özellikleri bulunmaktadır (37).

Bilişsel yaklaşım açısından bakıldığında; öğrenci kendi öğrenmesini yönetebilmektedir. Öğrenme sürecinde öğrenci yalnız çevreden gelen uyarıcılara değil kendisine gelen bilgiyi var olan bilişselyapılar ile yeniden organize eden, anlamlandıran yeni bilişsel yapılar geliştirebilen, aktif katılım ile kendi öğrenmesini yöneten kişidir. Beceri eğitiminin yeterliğe dayalı olması, öğrencilerin önbilgilerinin harekete geçirilerek organize edilmesi ve ön bilgileri ile ilişkilendirilmesi ve sürekli değerlendirilmesi bilişsel yaklaşımın özellikleridir (37, 38).

Öğrenciye becerinin kazandırılmasında eğiticinin koçluk yapması, model olması, öğrencilerin küçük grup içinde birbirleri ile etkileşim içinde çalışarak işbirlikli öğrenmesi (collaborative), kendi öğrenme sorumluluklarını almaları, bağımsız çalışmalarının desteklenmesi, bilgiyi keşfederek yapılandırmaları özellikleri ile yapılandırmacı kuramdan etkilenmektedir (38).

Klinik beceriler; küçük grup oturumları, seminerler ve atölyeler yolu ile farklı tekniklerle öğretilmektedir (43).

Genelde küçük gruplarda gerçekleştirilen beceri eğitimleri öğrencilere güvenli ortamlarda, karşılıklı etkileşim içinde, tekrar şansı tanıyarak, basamaklı beceri

rehberleri, manken ve maketler ile eğitici bir koç gözetiminde ve anında yapıcı geri bildirimler ile tam öğrenmenin sağlandığı, insancıl ve yeterliğe dayalı uygulamalardır. Beceriler ile ilgili görsel işitsel araçların da kullanılması teorik bilginin kazandırılması için etkili olmaktadır. Kliniklerdeki öğrenmelerin aksine herkese eşit olanak tanınması ile eşitlikçi, hataları “geri alma” olanağı ile baskıyı azaltıcı ve koşulların kontrol edilebildiği özelliklere sahiptir. Beceri eğitimleri ile öğrencilerin meslek yaşantılarında kullanacakları becerileri gerçek hastalar yerine simülatörler ile gerçeğe uygun ortamlarda insancıl şekilde ve tam olarak öğrenmeleri sağlanmaktadır (38).

Klinik beceri eğitimlerinde becerinin her öğrenci tarafından uygulanarak tam olarak öğrenilmesi temel amaçtır. Bunu gerçekleştirebilmek için öğrenci sayılarının fazla olduğu tıp fakültelerinde öğrenciler küçük gruplara ayrılmakta ve uygulamalarını farklı eğitimciler gözetiminde yapabilmektedirler. Beceri eğitimlerinde eğitimciler arasında oluşabilecek farklılıkların ortadan kaldırılması için standart bir eğitim yöntemi uygulanması önemlidir, basamaklı rehberler standardizasyonun sağlanması amacıyla beceri eğitimlerinde sıklıkla kullanılmaktadır (38).

Klinik beceri eğitimi öğrencilerin, becerinin neden, nasıl, niçin yapıldığını, ne zaman yapılması, ne zaman yapılmaması gerektiğini, beceride kullanılacak aletlerin özelliklerini bilmeleri öğrenmeyi arttırmaktadır. Beceride yeterli hale gelebilmek için; ortamın ve kullanılan gereçlerin gerçeğe yakın olması gereklidir. Beceri, eğitici koçluğunda, tek başına uygulama yaparak ve yanlışların anında düzeltilmesinin sağlandığı olumlu geri bildirimler eşliğindeki tekrarlar ile yeterli hale gelmektedir (2, 38, 44) .

Beceri eğitimlerinde anında geri bildirim öğrencinin etkili öğrenmesi ve kendini geliştirebilmesi için ciddi önem taşımaktadır. Yerinde ve zamanında geri bildirim öğrenciyi motive ederek öğrenme isteğini artırmaktadır. Geri bildirim spesifik olması ve pratikle birleştirilmesi de yararını artırmaktadır. Ende (1983) geri bildirim olmadan becerilerin gözlenmesinin önemli bir zaman kaybı olarak gördüğünü belirterek bunun öğrencilerin hatalarının düzeltilememesi, doğru performanslarının desteklenememesi, yetkinliğin yanlış algılanması ve kendilerini doğrulamayamaması gibi sonuçlar yarattığını öne sürmektedir (45, 46).

1.8.2.3. Tam Öğrenme Yaklaşımı (Mastery Learning Approach)

Bloom'un ortaya koyduğu tam öğrenme yaklaşımında, ek zaman ve öğrenme olanakları sağlandığında hemen hemen tüm öğrencilerin okullarda öğretilmek istenilen tüm yeni davranışları öğrenebildiğini ileri sürülmektedir. İnsanlar arasındaki öğrenme düzeyi farklılıklarının temel nedeninin; doğuştan olan özelliklerden daha çok öğretme-öğrenme özellikleri ve diğer çevresel faktörler olduğu gözlenmektedir. Öğrenmeyi etkileyen öğrenci ve öğretmen özellikleri gibi öğrenme öğretme süreci ile değiştirilemeyecek değişkenlerin yanında öğrencilerin dersle ilgili ön öğrenmeleri; ilgisi, tutumu, başarılı olacağına inancı, öğretim hizmetinin niteliği gibi öğretme süreci ile değiştirilebilecek değişkenlerdir (37).

Bloom'a göre tam öğrenmede öğrenme ürünlerini etkileyen üç temel faktör vardır; öğrencinin bilişsel giriş davranışlarının (gerekli ön öğrenmenin) olması, öğrencinin duyuşsal giriş özellikleri (öğrenmeye istekli olması ve ihtiyaç duyması), öğretme öğrenme süreci ile ilgili özelliklerdir (öğretimin öğrenci için anlamlı, etkili ve yeterli olması, ihtiyacına uygun olması) (37).

Tam öğrenme yaklaşımı, öğrencilerin aktif olarak kendi öğrenmelerini yönlendirdikleri, eğiticilerin ise kolaylaştırıcı ve rehber rolünü üstlendikleri, eğitimde yüksek başarı gösteren kişi sayısını arttırmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Planlı öğrenim ve olumlu eğitim ortamı, yeterli zaman ve interaktif yöntemlerle öğrencilerin derse katılımının sağlanması, sürekli geribildirim, bir konu öğrenilmeden diğerine geçilmemesi gibi koşulları olan, sürekli değerlendirmenin esas olduğu bir yaklaşımdır (47).

1.8.2.4. Yeterliğe Dayalı Eğitim (Competency Based Education)

Yeterliğe dayalı eğitim yaklaşımı, ilk olarak ABD’de 1949 yılında profesyonelleri yetiştirmek amacı ile Tyler’ın ortaya koyduğu bir yaklaşımdır. Yeterliğe Dayalı Eğitimde (YDE), öğrenilmesi beklenen bilgi, beceri ve davranışlar eğitim sonunda ölçülebilecek şekilde hedefler ile tanımlanmakta ve bu yaklaşımda öğrenme sonuçlarına odaklanılmaktadır (48).

Pek çok alanda kullanılmakta olan yeterliğe dayalı eğitimin tıp alanında kullanımı yaklaşık 55 yıl öncesine dayanmaktadır. Tıp eğitiminde sürece odaklı anlayış hakim iken çıktıya dayalı eğitimin yükselmeye başlaması ile birlikte süreç yerine ürün önem kazanmaya başlamıştır. Elde edilmek istenen ürünler müfredatları ve süreçleri yönlendirmeye başlamış ve yeterliğe dayalı eğitimin değer kazanmasını sağlamıştır (49-51).

YDE, beceriyi temellendirecek kadar temel bilgi ile katılımcının performansını geliştirmeyi amaçlayarak, beceride yeterlik kazandıran bir eğitimidir. En etkili ve hızlı öğrenmenin, bir beceri veya etkinliği usta bir şekilde yapan kişiyi gözlemleyerek gerçekleştiği savunulmakta ve fiziksel engel olmadan öğrencilerin önceden belirlenen standart becerilerin tamamını etkili şekilde ve yaklaşık aynı

düzyeyde öğrenerek uygulayabilmesi amaçlanmaktadır. YDE’de, uygun şartlarda (eğitiminin koçluğu, tekrarlar, ek öğrenme etkinlikleri) kişiler arası farklılıkların en alt düzyeye indirilebileceği ve öğrencilerin büyük çoğunluğunun öğrenmeye karşı istek, hız ve gücünün yakın olacağı belirtilmektedir. Öğrencilerin yetenekleri dikkate alınarak öğretim bireyselleştirilmiştir, öğrencinin bağımsız öğrenmesi ve öğrenmesinin sorumluluğunu alması önemlidir, eğitimde uygun materyallerin kullanılması ve bireysel değerlendirme vardır (52).

Tam öğrenme prensibine dayanan YDE’de öğretilecek beceri ve etkinlikler ana basamaklara bölünür; basamaklar çözümlenerek nasıl öğretilebileceği ve nasıl öğrenilebileceği araştırılır, bu süreç standardizasyon olarak adlandırılmaktadır. Uygulama standart hale getirildikten sonra basamak ve işlemlerin öğrenilmesini kolaylaştırmak ve performansı ölçmek için; öğrenim rehberleri ve değerlendirme rehberleri kullanılmaktadır (53).

Yeterliğe dayalı öğrenmede standart bir eğitim paketi vardır, eğitim materyalleri, bilgi ve beceride yeterli hale gelmeyi destekleyecek şekilde hazırlanır. Manken ve modeller ile çalışmak esastır. Klinik beceri eğitiminde, her bir beceri için; işlem basamaklarının yazılı olduğu öğrenme rehberleri ve değerlendirme için de kontrol listeleri eğitimin ayrılmaz araçlarıdır. Modeller ile çalışma sonucunda, katılımcılar beceri öğrenmenin ilk adımı olan “beceri kazanma” düzeyini tamamlayıp, ikinci adım olan “beceride yeterlik” düzeyinin başlangıcına ulaşmasından sonra, hasta üzerinde uygulama yapmalarına izin verilir. Yeterliğe dayalı eğitimde son adım olan “beceride ustalaşma” gerçek hasta üzerinde çalışma ile sağlanabilir (53).

1.8.2.5. İnsancıl Eğitim (Humanistic Education)

Son yıllarda, tıbbi hatalar ile oluşan ölüm ve zararlar göz ardı edilemez boyuttadır. Ulusal Tıp Enstitüsü raporuna göre Amerika Birleşik Devletleri'nde tıbbi hatalardan ölümler, trafik kazasına bağlı ölümleri aşmış, ölüm nedenleri arasında sekizinci sıraya yükselmiştir. Tıp eğitimi sırasında insancıl öğrenme tekniklerinin kullanılması zorunludur. İnsancıl eğitimin temel özelliklerinden biri; yeni bir beceri öğrenilirken insan bedenine çok benzeyen anatomik modellerin kullanılmasıdır (54).

Günümüzde, klinik beceri eğitimleri yürütülürken, daha insancıl eğitim tekniklerinin kullanılması gereği vurgulanmaktadır. Anatomik modellerle çalışmak; öğrenmeyi kolaylaştırıp eğitim zamanını kısaltmakta, en önemlisi öğrencinin acemilik döneminde hastanın maruz kalacağı riski en aza indirmektedir. İnsancıl eğitim ile öğrencilerin; insan bedenine çok benzeyen anatomik modelleri etkili şekilde kullanması öğrenmelerini kolaylaştırarak, eğitim süresini kısaltmaktadır. Klinik beceri eğitimlerinde eğitimin şansa dayalı olmaması, beceride yeterlik seviyesine ulaşmak için gereken gerçek vaka sayısını azaltarak, öğrencilerin hatalarını düzeltme olanağı vererek eğitimin ve becerinin kalitesini artırmaktadır (53).

1.8.2.6. Dünyada Klinik Beceri Eğitimi

Günümüzde, klinik beceri eğitimleri mezuniyet öncesi tıp eğitiminde pek çok fakültede ve özel merkezde verilmektedir. Dünyada, klinik beceri eğitiminin profesyonel ekiplerce gerçekleştirildiği ve hizmet satın alınan özel olarak tasarlanmış, çok sayıda klinik beceri eğitim merkezi bulunmaktadır (22).

Klinik beceri eğitimleri ile ilgili dünyadan bazı örneklere göz atacak olursak;

İngiltere’de; Liverpool Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde Probleme Dayalı Öğrenme (PDÖ) merkezli bir eğitim sistemi uygulamaktadır. PDÖ oturumları klinik beceri ve iletişim becerileri ile paralel gitmektedir. Klinik beceriler 1996 yılından bu yana gerçeğe birebir uyan klinik beceri kaynakları merkezinde verilmektedir. Merkezde eğiticilik konusunda eğitim almış, eğitim konusunda ve kendi konularında deneyimli üç tam zamanlı eğitici görev yapmaktadır. Eğiticilerin biri klinisyen, ikisi uzman hemşire olup 21-28 kişiden oluşan gruplardaki öğrencilere okula başladıklarının ilk haftası başlayan eğitimler, haftada bir becerinin basamaklı öğrenme ve değerlendirme rehberleri eşliğinde, yaklaşık 1,5 saat süresince yılda sekiz seans olarak yer almaktadır. Klinik beceri başlıkları ilk yıl anamnez alma, fizik muayene ve pratik prosedürler iken ilerleyen yıllarda, 2. ve 3. sınıfta daha komplike becerilerin eğitimi verilmektedir. Öğrencilerin performansları Objektif Yapılandırılmış Klinik Sınav (OSCE) ile değerlendirilmektedir (55, 56).

Amerika Birleşik Devletleri’nde; 2004 yılından itibaren tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim sürelerinin sonunda hekimlik lisanslarını alabilmek için klinik beceri alanında da bir sınavdan geçmek zorunluluğunun getirilmesi ile klinik beceri eğitimi ve klinik beceri laboratuvarları önem kazanmıştır. Mevcut sınava ikinci bir basamak olarak eklenen beceri değerlendirilmesi; standardize hasta temelli, çok istasyonlu bir sınav olarak tasarlanmıştır (57).

Ohio State Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Beceri Eğitim ve Değerlendirme Merkezi öğrencilere ve asistanlara ayaktan ve yatan hasta ile ilişkili klinik becerilerin kazandırılması ve değerlendirilmesi amacı ile gerçeğe yakın ortamı ve simüle hastaları, manken ve maketleri, teknolojik imkanları ile yüksek kalitede klinik eğitimin sunumu ve sürdürülmesi gerçekleştirilmektedir. Ondört kameralı hasta

görüşme odası, yüksek teknolojik simülatör ve cihazlar, prosedür eğitim alanları, internet erişimli bilgisayarlar, dijital kayıt sistemi, video telekonferans imkanları ve benzer imkanları sunan yüksek teknolojik imkanlarla donatılmış, tam zamanlı eğitimciler eşliğinde eğitim verilen bir merkezdir. Prosedür laboratuvarı tıp fakültesinin dört yılı boyunca ve asistanlık eğitimlerinde mesai saatleri dışında da kullanılmaktadır (58).

Topluma dayalı tıp eğitimine önem veren Avustralya’da; bunun etkileri klinik beceri eğitiminde de göze çarpmaktadır. Eğitim programının sınıflarda ve beceri laboratuvarlarında öğrenilenlerin klinik problemler üzerinde görülmesi tüm tıp fakültelerinde eğitimin hastaneler ve diğer sağlık servisleri ile entegre biçimde gitmesi ile gerçekleştirilmektedir. İlk yıllarda küçük gruplarda kısa süreli seanslar ile klinik beceri laboratuvarlarında başlayan klinik beceri eğitimi, üçüncü sınıf ile birlikte üniversite dışındaki hastanelerde devam etmekte, öğrencilerin toplumda farklı hastane ve kuruluşlarda uzun süreli temasları ile devam etmektedir. Artmakta olan öğrenci sayısı erken dönem klinik beceri eğitiminin önemini arttırmış olup farklı çözümlerin aranmasına neden olmaktadır. Tıp eğitiminin ilk beş yılında basitten zora doğru becerilerin verildiği klinik beceri eğitimi 1997 yılında başlamış olup, 2007 yılından itibaren eğitimler klinik beceri merkezinde verilmeye başlanmıştır. Mezuniyet öncesi tıp fakültesi öğrencileri ve mezuniyet sonrası eğitimlerini almakta olan asistan hekimlerin eğitimi için kullanılmaktadır. Klinik Beceri Eğitim Merkezi, klinik beceri eğitimi, revize edilmesi ve değerlendirme etkinlikleri için kullanılmaktadır. Klinik beceri eğitimlerinin değerlendirilmesi de bu merkezde OSCE ile yapılmaktadır (59).

1.8.2.7. Türkiye’de Klinik Beceri Eğitimi

Ülkemizde 2003 yılında yürürlüğe girmiş olan UÇEP’e göre ülkemizde tıp fakültelerinin amacı (60);

- 1) Türkiye'nin sağlık sorunlarını bilen ve birinci basamakta bu sorunların üstesinden gelebilecek bilgi, beceri ve tutumlarla donanmış,
- 2) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında hekimlik ve yöneticilik yapabilecek,
- 3) Mesleğini etik kuralları gözeterek uygulayan,
- 4) Araştırmacı ve sorgulayıcı olan,
- 5) Kendisini sürekli olarak yenileyip geliştiren,
- 6) Uluslararası düzeyde kabul edilen ölçütlerde pratisyen hekimler yetiştirmektir.

UÇEP’ in ilk maddesi hekimden beklenenlerde bilginin yanında beceri ve tutuma da vurgu yapmaktadır. UÇEP’te; bir tıp fakültesi mezununun mutlaka öğrenmesi ve/veya kesinlikle ustalaşmış olması gereken beceriler ve sonuçlarını mutlaka yorumlayabilmesi gereken testler başlığı altında da gerekli beceriler listelenmiştir.

Beceri listeleri;

(a) Uygulamalı beceriler,

(b) Entelektüel beceriler,

(c) İletişim becerileri ve

(d) Bilgiye erişim becerileri alt başlıkları altında belirtilmektedir (60).

Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM)'nin 2010 yılı verilerine göre “İngilizce” bölümleriyle birlikte ülkemizde eğitim vermekte olan 67 tıp fakültesi bulunmaktadır. Türk Tabipler Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporlarına göre ise bu tıp fakültelerinden 47'sinde klinik beceri eğitimi verilmektedir. 2008 yılında klinik beceri eğitimi veren tıp fakültesi sayısı 37 iken iki yılda sayı 10 artarak 47'ye ulaşmıştır. Bu artış, klinik beceri eğitiminin güvenli ve tekrarlanabilen koşulları ile etkili bir öğrenme fırsatı sunmasının doğal bir sonucu gibi görünmektedir (21, 61, 62).

Ülkemizde klinik beceri eğitimi vermek amacı ile ilk beceri laboratuvarı 1996 yılında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde kurulmuştur. Ülkemizde klinik beceri eğitiminin öncülerinden Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde; PDÖ merkezli bir tıp eğitimi uygulanmaktadır, klinik beceri de dahil tüm eğitim etkinlikleri PDÖ merkezde olacak şekilde yapılandırılmıştır. Çoğunlukla laboratuvar ortamında verilmekte olan klinik beceri eğitimlerinde ilk üç yılda temel mesleki becerilerin kazandırılmasını amaçlanmıştır. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilere hekimlik uygulamalarında gerekli tüm temel girişimsel beceriler, fizik muayene, temel ilk yardım ve kardiyopulmoner canlandırma becerileri manken maketler ve eğitim rehberleri eşliğinde verilmektedir. İlk üç sınıfta verilen bu eğitim ile öğrencilerin kliniklerde hasta ile karşılaşmadan önce becerilerde ustalaşması, deneyim kazanması ve kendine güveninin artırılması amaçlanmaktadır. Her bir beceri eğitimi, 4-6 kişilik küçük gruplar halinde istasyon sistemi ile yapılmaktadır. Öğrencilere bağımsız öğrenme sürelerinde edindikleri becerileri tekrarlama olanakları verilmektedir. Yarıyıl sonlarında, basamaklı değerlendirme rehberleri kullanılarak objektif bir değerlendirme yapılmaktadır (63).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, toplumun öncelikli sağlık sorunlarına yönelik ve organ sistemlerine dayalı, spiral anlayışla düzenlenmiş çeşitli öğretim yöntemlerinin kullanıldığı eğitim programı modelini kullanmaktadır. 1997 yılından beri, ülkemizdeki diğer tıp fakültelerine de öncülük eden kapsamlı ve yapılandırılmış beceri eğitimi manken, maketler ve simüle hastalar ile yapılan uygulamalar ile gerçekleştirilmektedir. İçeriği ülkemizin öncelikli sağlık sorunları ele alınarak tasarlanan Ege Tıp Fakültesi'nde mesleksi beceri eğitimi dikey koridorda yer almaktadır. Farklı anabilim dallarından 60'dan fazla öğretim üyesinin katılımıyla gerçekleştirilen eğitimler; ilk sınıflarda başlayan eğitim tekrarlar ile birbirini tamamlayarak öğrencinin hedeflenen yetkinlik düzeyine ulaşmasını amaçlamaktadır. Beceri eğitimlerinde basamaklı eğitim rehberleri eşliğinde manken, maket ve simüle hasta ile başlayıp gerçek hastalar ile beceride yetkinleşmeyi sağlamak hedeflenmiştir. Mesleksi beceri eğitimi, gerçeğe en yakın ortamlarda verilerek, öğrencilerin gerçek hasta ile karşılaşmasından önce mesleksi becerilerde ustalaşması hedeflenmektedir (64).

Entegre eğitim sisteminin uygulanmakta olduğu Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde beceri eğitimleri 2001 yılında başlamıştır. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi eğitim programına 2004 yılında eklenen 'İyi Hekimlik Uygulamaları' programı ile beceri eğitimleri bu programın parçalarından birisi olarak verilmektedir. Beceri eğitimlerinin ağırlıklı olarak ilk üç yılda verilmekte olduğu fakültede, bazı konu başlıkları eğitimin ileri yıllarına kadar yayılmıştır. Bu program hekimlikle ilgili birçok kavramın eğitim programında yerini almasını sağlamıştır. Eğitimler, 10-12 kişilik gruplarda, beceri laboratuvarlarında, manken-maketler ve beceri rehberleri eşliğinde yapılmaktadır. Beceri eğitimlerinde; ilgili becerinin görsellerinin izlenmesinin ardından becerinin demonstrasyonu yapılarak öğrencilerin soruları

cevaplandırılmaktadır. Becerinin ikinci etabında eğitici beceriyi bir öğrenci ile demonstre etmesinin ardından öğrencinin beceriyi eğitici gözetiminde uygulamakta ve işlem sonunda geri bildirimler verilmektedir. Öğrencilerin beceri eğitimindeki performansları OSCE ile ölçülmekte, yapılan eğitimlerin değerlendirilmesi ise öğrencilerden alınan geri bildirimlerin değerlendirilmesi ile yapılmaktadır (44, 65).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde; "Klinik Uygulamaya Giriş Programı" adı altında verilen klinik beceri eğitimi, öğrenci merkezli ve problem çözmeye yönelik olan eğitimler ilk üç yılda yatay olarak entegre edilmiştir. Eğitim programı sistematik olarak, farklı alanlarda beceri edinmeyi hedefleyen, hasta ile erken teması cesaretlendiren ve öğrenciye gözlem yapma fırsatı veren, tıbbın insancıl yönünü vurgulayan bir kliniğe hazırlık programı olarak tanımlanmaktadır. Eğitimde; temel ilk yardım, öykü alma, temel mesleki beceriler ve genel fizik muayene konularına yer verilmektedir. Klinik beceri eğitiminin amacı, tıp fakültesi öğrencilerine yeterliliğe dayalı öğrenme yaklaşımı ve insancıl tıp eğitimi prensipleri ile temel mesleki becerileri kazandırmaktır. Koçluk eğitiminin uygulanmasına imkan tanıyan küçük grup uygulamalarında, içeriğe göre her bir seansta ortalama 3-4 beceri istasyonu bulunmaktadır. Her istasyondan bir eğitmen sorumludur. Koçluk görevini üstlenen eğitmen, beceriyi baştan sona gösterdikten sonra, her öğrencinin beceriyi tekrarlaması istenerek gözlemlenmektedir. Öğrenci performansları OSCE ile ölçülmektedir. OSCE'lerde eğitimde kullanılan ve eğitmenler tarafından kanıta dayalı olarak oluşturulan basamaklı beceri eğitim rehberlerinin, sınava uyarlanmasıyla oluşan ve becerinin en önemli basamaklarının değerlendirilmesine olanak sağlayan değerlendirme rehberleri kullanılmaktadır (24).

1.8.2.8. Klinik beceri eğitim programı neden gereklidir?

Flexner, 1900'lü yılların başında, tıp eğitiminde teorik bilginin gerekli olduğunu, fakat tek başına yeterli olmadığını savunmuştur. Yaparak öğrenmenin önemini vurgulayarak tıp eğitiminde bilginin ancak nasıl kullanılacağına bilinmesi ile etkili olabileceğini söylemiştir. Günümüzde de tıp eğitiminde bilginin tek başına yeterli olmadığı düşüncesi güncelliğini korumaktadır; yaparak öğrenmeyi temel alan klinik beceri eğitimi, tıp eğitiminin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Ülkemizde ilk olarak 2003 yılında yürürlüğe girmiş olan UÇEP'de hekimden beklenen özellikler arasında bilgi yanında beceri ve tutum da vurgulanmaktadır (66).

Amerika Tıp Fakülteleri Birliği (Association of American Medical Colleges - AAMC) tarafından mezuniyet öncesi tıp eğitiminde klinik beceri eğitiminin ana amacı hekimin hasta bakım kalitesini yükseltmek olarak vurgulanmaktadır. Pratikte de klinik deneyimin hekimin hasta bakımının kalitesini yansıttığı bilinmektedir. Bilgi ve klinik nedenselleştirme becerilerine dayalı yazılı sınavların olduğu geleneksel eğitim hekimin biyomedikal bilgiyi anlamasına neden olsa da pratikte klinik deneyim hekimin bu bilgiyi etkili biçimde hasta bakımında kullanmasını ortaya koymaktadır. Klinik beceri eğitimi öğrencilerin bilgi yanında klinik ortamda düşünme ve davranış geliştirme becerisini de geliştirmektedir (67).

Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ile ilgili yapılan birçok çalışma, iyi hekim yetiştirmede iyi düzenlenmiş klinik beceri eğitim programlarının gerekliliğini vurgulamaktadır. Öğrencilerin özellikle geleneksel tıp eğitiminde temel klinik becerileri edinmede yetersiz kaldığı, eğitimin her öğrenciye eşit düzeyde verilemediği vurgulanmaktadır (68-72). Tıp fakültelerinden mezun olan öğrencilerin genellikle, yeterli teorik bilgiye

sahip oldukları halde iletişim becerileri, fizik muayene ve temel klinik becerilerde yeterli olmadıkları gözlenmektedir (31). Tüm bunların bir sonucu olarak klinik beceri eğitiminin önemi artmaktadır. Günümüzde klinik beceri eğitimi tıp eğitiminin önemli bir bileşeni olarak tıp eğitimi içinde erken dönemde, yapılandırılmış bir şekilde, her tıp öğrencisine bu temel mesleki becerileri yasal ve güvenilir bir ortamda edinme olanağı sağlayacağı fikri ile pek çok ülkede uygulanmaktadır. Beceri eğitimleri ile becerileri uygulayabilmenin yanında öğrendiği becerileri yeni durumlara uyarlayabilen ve geliştirebilen hekimler yetiştirilebilmektedir (69, 73-75).

Klinik beceri eğitimi, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin vazgeçilmez bir bölümünü oluşturmaktadır. Klinik beceri eğitimi, klinik öncesi dönemde öğrencilere eşit fırsatlar sunan; öğrencilerin eğiticileri ve akranları ile rahatça iletişim kurabildikleri; becerileri tam olarak gerçekleştirebildikleri; gerçeğe yakın ortamlarda hasta ile temas stresini azaltan özellikleri nedeni ile öğrenciler için gerçek bir fırsattır. Günümüzde tıp eğitiminde iyi düzenlenmiş klinik beceri eğitim programlarının gerekliliği tüm dünyada kabul edilmektedir (16).

Liddel ve ark. nın (2002) Avustralya Monash Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yapmış oldukları çalışmada, tıp eğitiminin ilk yıllarında laboratuvarlarda verilen prosedürel beceri eğitimlerinin öğrencilerin kendine zarar verme olasılığını azaltması ve kendilerine güvenlerini artırması nedeni ile ileri yıllardaki klinik rotasyonlarda klinik performans sergileme şanslarını artırdığı ve etkinliğinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (76).

Remmen ve ark. (1999), Belçika ve Hollanda'da farklı eğitim programlarına sahip Ghent, Antwerp, Groningen ve Maastricht Tıp Fakülteleri öğrencileri ile karşılaştırmalı bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada, geleneksel tıp eğitimi yerine öğrenci merkezli PDÖ'ye dayalı bir eğitim sistemi uygulayan ve erken dönemde klinik beceri eğitimlerine başlayan Maastricht Tıp Fakültesi öğrencilerinin daha fazla sayıda beceride başarı sağladıkları gözlenmiştir. Bunun nedeni olarak da fakültede klinik beceri eğitiminin erken dönemde başlaması ve klinik dönemde devam etmesi ve öğrencilerin aktif olduğu bir eğitim sistemi kullanılmakta olması gösterilmiştir. Çalışmada, beceri eğitimine özellikle geleneksel tıp eğitiminde sistematik beceri eğitimi ve değerlendirilmesine özen gösterilmesine, mezunların mezuniyet öncesi tıp eğitimine rağmen değil, onun desteği ile iyi hekimler olmalarının sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Klinik beceri eğitimlerinin erken dönemde başlaması ve klinik öncesi dönem boyunca devam etmesi ve sonrasında kliniklerde yer alması önerilmiştir (69).

Taylor ve ark.(1997) Avustralya'da internlerle yaptıkları araştırmada internlerin çok azının becerilerde yetkin olduğunu saptamışlardır. Bunun mezuniyet öncesi eğitimde prosedürel beceri eğitimlerinin yetersiz olmasının bir sonucu olduğu sonucuna varılarak, mezuniyet öncesinde ayrıntılı ve iyi hazırlanmış beceri eğitim programlarının önemi ortaya konmuştur (70).

Ledingham ve Harden (1998) geleneksel tıp eğitiminin yapısı gereği aşırı teorik bilgi ile donatılan hekimler hasta ile karşılaştıklarında iletişim kuramayan, fizik muayene ve temel klinik becerilerde yeterli olamayan bireyler olarak karşımıza çıkabildiklerini bildirmektedir. Günümüzde buna meydan vermemek için gerekli görülen klinik

beceri eğitimi tıp eğitiminin önemli bir bileşeni olarak tıp eğitimi içinde erken dönemde, yapılandırılmış bir şekilde, her tıp öğrencisine bu temel mesleki becerileri yasal ve güvenilir bir ortamda edinme olanağı sağlayacağı fikri ile pek çok ülkede uygulanmaktadır. Tıp fakültesinin ilk yıllarından başlayarak klinik beceri eğitimlerinin verilmeye başlanması; öğrencilerin kliniklerde ve meslek yaşantılarında karşılaşacakları problemlerle klinik öncesi dönemde tanışmaları; bu becerilerde kendilerini geliştirerek gerçek hastalar ile karşılaştıklarında daha az baskı hissetmeleri ve hastaya zarar vermemeleri önem taşımaktadır. Klinik beceri eğitimleri sonucunda, mesleki becerilerini yerinde ve tam olarak uygulayıp geliştirebilen; kliniklere, stajlara ve doğrudan hastadan öğrenmeye ve hekimlik mesleğini yerine getirmeye hazır hekim adayları yetiştirmektedir (31, 69, 73).

Yapılan çalışmalar geleneksel tıp eğitiminden mezun olan öğrencilerin tıp fakültesinde klinik beceri eğitimi alanlara göre çok daha az beceri sergilediklerini göstermektedir. Günümüzde pek çok tıp fakültesinin ana amacı kendini geliştirebilen hekimler yetiştirmek olduğu için öğrenci merkezli beceri eğitimleri de önem kazanmaktadır (18).

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminin erken döneminde temel klinik becerilerin (fizik muayene, anamnez alma gibi) vurgulandığı bir eğitim sistemi ile öğrenciler erken dönemde hastayı hekime getiren şikayetleri temel tıp bilgileri ile ilişkilendirebilmektedir. Zaman içinde becerilerde kendini geliştiren öğrenciler iyi hekim olmak yolunda becerilerini tam olarak sergileyebilmeleri için gerekli bilgi ve becerilerin yanında kendilerini değerlendirebilmeyi; akranlarını değerlendirebilmeyi; etik davranmayı; hekimlik tutumu geliştirmeyi; hasta hekim ilişkilerini, tedavi ve ölüm sürecini yönetmeyi de öğrenmektedir (16, 68, 72).

AAMC klinik beceri eğitiminin ana amacının hekimin hasta bakım kalitesini artırarak hastanın en iyi şekilde iyileşmesini sağlamak olduğunu savunmaktadır (77). GMC de benzer şekilde mezuniyet öncesi tıp eğitiminin hedeflerinden birinin öğrencilerin her uzmanlık eğitimi için gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olmasını sağlamak olduğunu savunmaktadır (16).

Duvivier (2012) ile Skeff ve ark.nın (1992) çalışmalarında mezuniyet öncesi tıp eğitiminde klinik beceri eğitiminin önemi fizik muayene vurgusu ile yapılmaktadır. İyi ve doğru bir fizik muayene ile pek çok hastalığın tanısının koyulabildiği; fizik muayene becerilerinde iyi olan bir hekimin laboratuvar test istemlerinin yerinde olduğu; klinikte hasta başında hastanın güvenini kazanmakta da daha başarılı oldukları belirtilmektedir. Çalışmada ayrıca pek çok ülkede yapılmakta olan ulusal sınavlarda hekim adaylarından klinik becerileri doğru sergileyebilmelerinin beklendiği belirtilmektedir (32, 78).

1.8.3. Program Değerlendirme ve Yaklaşımları

Program değerlendirme; eğitim, öğretim programları hakkında veri toplama, elde edilen verileri program etkililiği gösterge ölçütleri ile karşılaştırıp yorumlayarak programın etkililiği hakkında karar verme sürecidir. Program değerlendirme, program geliştirmenin bir parçasıdır. Sürekli, sistematik, kapsamlı ve dinamik bir süreç olan program değerlendirme alınan sonuçlar ve geri bildirimler yolu ile programdaki aksaklıkların tespiti, gerekli düzeltmelerin yapılması ve programın geliştirilmesine olanak sağlamaktadır (79).

Tyler'a göre, değerlendirme bir program çalışmasının temel fonksiyonudur ve değerlendirme süreci, bir programın hedeflerinin ve değiştirmesi beklenen davranışların tam olarak ne düzeyde gerçekleştirildiğini belirleme sürecidir (80).

Değerlendirme, ölçütlerin belirlenmesi, ilgili bilgilerin toplanması, elde edilen bilgilerin ölçütlerle kıyaslanarak programın değeri, kalitesi, faydalılığı, etkililiği ya da önemi hakkında karar verilmesi süreçlerini kapsar (81).

Değerlendirme, bir programın kabul edilmesi, değiştirilmesi ya da sona erdirilmesi için karar vermeye imkân sağlayan verilerin toplanması için insanların çalıştığı bir süreçtir. Değerlendirme programın uygulamadan önceki kuvvetli ve zayıf yönlerini, uygulamadan sonraki sonucun verimliliği hakkında verilerin toplanmasını ve bu veriler sayesinde programın gözden geçirilmesini sağlamaktadır (82).

Programda etkililiğin yanında, aksaklık ve eksiklikleri saptamak amacıyla sistemin bütün öğelerinin analiz edilmesi gerekir. Bu nedenle program değerlendirmeye yönelik araştırma problemleri belirlenirken programın etkililiğinin yanında öğelerinin etkililiğine ilişkin de olası sorunlar ortaya konulmaya çalışılmaktadır (80).

Program değerlendirilirken öncelikle programın ne amaç ile değerlendirileceği ve kimin tarafından değerlendirileceği belirlenmelidir (83).

Eğitim programlarının değerlendirilmesine ilişkin farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Stufflebeam program değerlendirmede farklı anlam ve şekle sahip, farklı faktörlerden etkilenen 22 yaklaşım belirlemiştir (80). Ertürk ise program değerlendirme yaklaşımlarını altı grupta toplamıştır. Bu eşitlilik farklı gereksinimleri karşılaması için farklı durumlarda çeşitli değerlendirme yaklaşımları

geliştirilmesinden kaynaklanmaktadır. Ertürk'ün değerlendirme yaklaşımları; program tasarısına, eğitim ortamına, başarıya, hedefe, öğrenmeye ve ürüne bakarak yapılan değerlendirmelerdir (5).

Program tasarısına bakarak yapılan değerlendirmelerde, tasarımın program geliştirme esaslarına uyup uymadığına bakılır. Ortama bakarak yapılan değerlendirmede, gizli ve olası uyarıcılar ile gerçekteki uyarıcılar arasında özdeşlik olup olmadığı incelenir. Öğrenci başarısına bakarak yapılan değerlendirmede, sınavlarda başarı sağlayan davranışlar ölçülür. Hedefe bakarak yapılan değerlendirmede, öğrencinin programa başlarken sahip olduğu davranışlar ile program sonundaki davranışları arasında farka bakılır. Öğrenmeye bakarak yapılan değerlendirmede, hedefler dışında programın sonunda öğrencilerin sahip olduğu öngörülmeven olumlu ya da olumsuz öğrenmelere bakılır. Son olarak, ürüne bakarak yapılan değerlendirmede, öğrenci davranışlarındaki değişmelere ek olarak diğer öğrenciler, eğitimciler ve ortamdaki değişiklikler de dikkate alınır (5).

Program değerlendirme, yönelik olduğu amaca göre yapıldığında (84, 85);

Tanıma ve yerleştirmeye yönelik değerlendirme; programa girişte yapılan değerlendirmedir, programa başlamadan önceki bilişsel, duyuşsal ve psikomotor becerileri tanımlamak için yapılır, planlama için önem taşır.

Biçimlendirme ve yetiştirmeye yönelik değerlendirme; program sürecinde yapılan formatif bir değerlendirmedir. Programa girişten sonra süreç boyunca düzenli değerlendirmeyi gerektirir, programa geri bildirim sağlanarak iyileştirici önlemler alınması sağlanabilir.

Düzyer belirleyici, sonucu görmeye yönelik değerlendirme; program sonunda yapılan karar verdirici bir değerlendirmedir. Program sonunda katılımcıların kazanmış oldukları davranış, özellik ve becerileri ölçerek, katılımcıların istenilen davranışları kazanıp kazanmadığına bakılarak programın yeterliliği hakkında yargıya varılabilmektedir.

Worthen ve arkadaşlarının yaygın olarak kullanılmakta olan sınıflandırmalarında program değerlendirme yaklaşımları altı kategoride toplanmış ve sınıflanan tüm yaklaşımlar değerlendirme amaçları, ayırt edici nitelikleri, geçmiş kullanımları, değerlendirmeyi kavramlaştırmaya katkıları, değerlendirmeyi yargılama ölçütleri, faydaları ve sınırlılıklarına göre sekiz farklı başlıkta toplanmıştır. Worthen ve arkadaşlarının sınıflandırması (83);

Hedef-yönelimli yaklaşımlar (Objectives-oriented approaches): Hedeflerin tanımlanmasını ve bu hedeflere ne derece ulaşıldığına belirlemeyi amaçlar. Bu yaklaşım, amaçların gözden geçirilmesi ve bu doğrultuda kazandırılması amaçlanan davranışların şekillendirilmesinde, etkinliklerin ve değerlendirme süreçlerinin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Tyler, Metfessel & Michael, Provus, Scriven modelleri gibi (86).

Yönetim-yönelimli yaklaşımlar (Management-oriented approaches): Yönetimle ilgili karar vericilerin bilgi ihtiyaçlarını tanımlamayı ve bu ihtiyaçları karşılamayı amaçlar. CIPP, UCLA, Provus, Wholley ve Cronbach modelleri gibi.

Müşteri-yönelimli yaklaşımlar (Consumer-oriented approaches): Ürünleri ya da hizmetleri seçme durumunda olan müşteriler tarafından kullanılmak üzere, ürünler hakkında değerlendirme bilgisi geliştirmeyi amaçlar. EPIE, CMAS modelleri gibi.

Uzmanlık-yönelimli değerlendirme yaklaşımları (Expertise-oriented approaches): Değerlendirilecek olan her türlü çabanın kalitesi hakkında yargıda bulunmak için doğrudan profesyonel uzmanlardan yararlanılır. Akreditasyon gibi.

Rakip-yönelimli değerlendirme yaklaşımları (Adversary-oriented approaches): Farklı değerlendiricilerin zıt görüşleri değerlendirme işleminin odak noktasıdır. Owens, Wolf, Levine, Kourilsky modelleri gibi.

Katılımcı-yönelimli değerlendirme yaklaşımları (Participant-oriented approaches): Değerlendirme işlemi için değerlendirilen programın değerleri, ölçütleri, ihtiyaçları ve verileri belirlemede paydaş katılımı merkezdedir. Stake, Parlett, Guba değerlendirme modelleri gibi.

Bir eğitim programının sonunda amaçlanan sonuçların gerçekleşebilmesi tutarlı ve ayrıntılı bir planlamanın yapılmasını gerektirir. Eğitimin verimliliği, bireye kazandırılacak davranışların gerçekçi biçimde tespit edilmesine, bu değişikliklerin gerçekleşmesi için uygun eğitim ortamının düzenlenmesine, öğrenciye davranış değişikliğini gerçekleştirmede sistematik rehberlik yapılmasına, tasarlanan davranış değişikliklerinin ne ölçüde gerçekleştiğinin güvenilir biçimde kontrol edilmesine bağlıdır. Bu sonucun gerçekleşmesi ayrıntılı bir planlamayı ve bu planın etkili bir biçimde uygulanmasını gerektirir (5, 79, 84).

Tıp fakültesi mezuniyet öncesi klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesi için hangi değerlendirme modelini kullanabileceğimize karar vermek amacı ile incelenmiş olan sık kullanılan modellerin bazıları aşağıda sunulmuştur.

1.8.3.1. Tyler'ın Değerlendirme Modeli

Tyler'ın program değerlendirme yaklaşımı program geliştirme modeline dayalıdır. Tyler'a göre program değerlendirme yaklaşımında birbirleri ile etkileşimli üç temel öge bulunmaktadır; hedefler, öğrenme süreci ve değerlendirme. Tyler program geliştirme ve değerlendirmenin sürekli bir döngü olması gerektiğini savunmaktadır. Niceliksel verilerden yararlanılan program değerlendirmede yöntem ve materyaller ile denemenin sonuçlarına göre değer biçilerek aksaklıklar belirlenmektedir. Bunların sonucunda yeniden planlamalar yapılarak program geliştirilip değerlendirilmektedir (79, 84).

Tyler'ın hedefe dayalı modelinin basamakları şu şekildedir (84):

- a) Program hedeflerinin belirlenmesi: Değerlendirme süreci öğrenme yaşantılarının seçiminde ve planlanmasında rehberlik edecek program hedeflerinin belirlenmesi ile başlar.
- b) Hedeflerin sınıflandırılması: Hedeflerin kazandırılmak istenen özelliğe göre sınıflandırılmasıdır. Öğrencilerin hedeflere ne derecede ulaştığının belirlenmesinde hangi davranışların olması gerektiği açıkça ifade edilen sınıflandırılmış hedefler olarak açıkça belirtilmelidir.
- c) Hedeflerin davranış cinsinden tanımlanması: Sınıflandırılmış yeni hedefler davranış cinsinden tanımlanır.
- d) Hedefe ulaşıp ulaşılmadığını gösterecek durumu saptama: Bu adımda öğrencilerin hedeflere ulaşıp ulaşamadıklarını gösterebilecekleri ortam oluşturulur.

e) Ölçme aracının belirlenmesi: Değerlendirmenin hangi ölçme aracıyla yapılacağı kararlaştırılır. Gerekli ise yeni ölçme araçları geliştirilir. Geliştirilen ölçme araçlarının geçerliliği ve güvenilirliği test edilir.

f) Öğrenci davranışlarının ölçülmesi: Öğrenci performansları hakkında belirlenen ve geliştirilen çeşitli ölçme araçlarından yararlanarak veriler toplanır.

g) Değerlendirme: Ölçme araçlarından elde edilen verilerin başta planlanan hedefler ile karşılaştırılmasıdır. Değerlendirmede ulaşılan sonuçlar programın geliştirilmesini ya da değiştirilmesini sağlar.

1.8.3.2. Metfessel-Michael Değerlendirme Modeli

Metfessel ve Michael tarafından, Tyler değerlendirme modelinden etkilenecek geliştirilen modelde eğitim alanında alınacak kararlarda ürünlerin değerlendirilmesi gerektiği savunularak değerlendirme süreci sekiz basamakta açıklanmaktadır (80, 84).

a) Katılımcıların belirlenmesi: Eğitimin etkilediği tüm paydaşların (eğitici, yönetici, öğrenci, vatandaşlar gibi) değerlendirmede yer alması sağlanmalıdır.

b) Hedeflerin formüle edilmesi: Programın genel ve özel hedeflerini belirleyen bir yapı oluşturarak, beklenen ürünlerin genelden özele hiyerarşik şekilde düzenlenmesi.

c) Hedeflerin programa yansıtılması: Özel hedeflerin programda uygulanabilir şekilde dönüştürülmesi.

d) Ölçme araçlarının planlanması: Programın etkililiğini ölçecek uygun ölçme araçlarının seçilmesi veya geliştirilmesi.

e) Gözlem yapılması: Uygulama boyunca davranışsal değişiklikleri ölçmek amacıyla çeşitli ölçme araçları kullanarak düzenli gözlemler yapılması.

f) Verilerin Analizi: Toplanan bilgilerin uygun istatistiksel işlemler kullanılarak analiz edilmesi.

g) Verilerin Çözümlemesi: Beklenen performans seviyeleri de göz önünde tutularak, değerlendirme standartlarına ve değerlerine göre özel hedeflerle ilişkili verilerin yorumlanması. Bu sonuçlar öğrencideki gelişmenin ve ilerlemenin yönünü belirleyecektir. Ayrıca programın tümünün etkililiği hakkında da fikir verecektir.

h) Öneri Geliştirilmesi: Programın geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla, elde edilen bilgilere dayanılarak, daha sonraki uygulamalar hakkında ya da programın özel hedeflerinin değiştirilmesi, düzeltilmesi hakkında tavsiyelerin üretilmesi.

1.8.3.3. Eisner'in Uzman Görüşüne Dayalı Değerlendirme Modeli

Bu modelde, değerlendirmenin bu konuda geniş bilgisi olan, eleştirme yeteneğine sahip kişiler tarafından yapılması gerektiği savunulur. Eğitim alanında değerlendirme yapacak kişinin neleri, nasıl gözlemleyeceğine, nasıl değer biçeceğine karar verebilmesi de o kişinin program tasarısı ile ilgili geniş bilgiye sahip olmasına bağlıdır (84).

Eğitim ile ilgili eleştiri yapılırken uzmanların şu soruları sorması istenir: “Okulda bir eğitim yılı boyunca yeni programın sonucu olarak neler yaşandı, anahtar olaylar nelerdir, bu olaylar nasıl ortaya çıktı, öğrenciler ve eğiticiler bu olaylarda nasıl yer aldı, bu olaylarda yer alanların tepkileri nelerdir, öğrenciler yeni program sayesinde neler öğrendiler?” Bu sorular, sürece, okul hayatına ve okula odaklanır (87).

Eisner değerlendirme modelinin betimleme, yorumlama ve değerlendirme olmak üzere üç temel boyutu vardır (79):

- a) Betimleme: Betimleme boyutunda, eğitimin niteliği ile ilgili özellikler tanımlanır.
- b) Yorumlama: Bu boyutta ise program sonucunda meydana gelen olaylar göz önünde bulundurularak bu olayların olası bazı sonuçları tahmin edilir ve yorumlanır.
- c) Değerlendirme: Değerlendirme boyutunda da betimleme ve yorumlama sonuçlarına dayalı olarak programın değeri hakkında yargıda bulunulur.

Nitel değerlendirmeye ağırlık verilen Eisner'in modeli bazı geleneksel yaklaşıma sahip değerlendirme uzmanlarınca alışılmış metodolojik süreçlere uymadığı gerekçesiyle beğenilmemiş ve eleştirilmiştir.

1.8.3.4. Stake'in Uygun Olasılık Modeli

Tyler'in değerlendirme modelinden etkilenmiştir. Stake'e göre, değerlendirmede girdiler (genel amaçlar, materyaller, öğrenci yetenekleri), işlemler (eğitici ve öğrenci arasındaki sınıf etkileşimleri) ve çıktılar (formal öğrenme, tutumlar ve değerler) dikkate alınmalıdır. Bu üç öğenin her biri programın amaçlarını, istenen ve istenmeyen etkilerin gözlemlenmesini ve değerleri göz önünde bulundurmalıdır. Bu modelde tasarlanan ve gerçekleşen çıktının uygunluğuna bakılır. Tasarlanan gerçekleşti mi? sorusuna yanıt aranır ve geniş çapta nicel veya nitel çıktı göstergeleriyle istenen sonuçların ne düzeyde gerçekleştiği belirlenir. Stake'in değerlendirme yaklaşımında standartlar ve karar kriterleri önemli rol oynar (84).

1.8.3.5. Kirkpatrick Modeli

Ürün odaklı bir değerlendirme yaklaşımı olan Kirkpatrick Modeli süreçten çok elde edilecek ürüne odaklanmıştır. Dört düzeyli bir değerlendirme modelidir (88);

a) Birinci Düzey (Reaksiyon): Reaksiyonun ölçülmesi, memnuniyetin ölçülmesidir. Farklı yöntem ve araçlar ile öğrenci memnuniyeti, öğrencilerin programın tüm boyutlarıyla (yapısı, organizasyonu, içeriği, uygulama süreci gibi) ilgili duygu ve düşünceleri değerlendirilir.

b) İkinci Düzey (Öğrenme): Öğrenme transferinin gerçekleşip gerçekleşmediğinin anlaşılması için bir testtir. Kirkpatrick'e göre "Öğrenmenin ölçülmesi önemlidir, çünkü öğrenme amaçlarından biri veya daha fazlası başarıyla tamamlanmadıysa, davranışlarda değişiklik beklenemez", değerlendirmenin amacı ve hedefleri gözetilerek çok sayıda ölçme-değerlendirme yöntem ve aracı seçilerek kullanılabilir.

c) Üçüncü Düzey (Davranış): Eğitimin etkisi ölçülür. "Eğitim sırasındaki öğrenmelerin ne kadarı işe taşınmıştır, hangi oranda kullanılmıştır ve öğrenilenler öğrencinin iş ortamındaki performansını ne kadar artırmıştır?" sorularına cevap aranır.

d) Dördüncü Düzey (Sonuçlar): Dördüncü düzey eğitim yüzünden gerçekleşen iş sonuçlarını ölçer (88).

1.8.3.6. CIPP Modeli

CIPP modeli, 1960 yılında, Amerika'da bulunan devlet okullarının mevcut değerlendirme modelleri ile anlamlı ve başarılı olarak değerlendirilememesi üzerine program değerlendirmede altın standartlar uygulayabilmek için geliştirilmiştir. Amerika'nın Ohio State Üniversitesi Program Değerlendirme Merkezi'nde görevli Stufflebeam ve arkadaşları tarafından geliştirilen model, her basamakta

değerlendirme şansı tanıyan, kapsamlı ve çok yönlü bir modeldir. CIPP modelinde, programın geliştirilmesine yardım etmek ve karar verecek olan kişilere elde edilmiş bilgilerin en iyi şekilde sunulması amaçlanmaktadır. Değerlendirmede, planlamanın bir parçası olarak, programın her evresi, yöneticilere bilgi vererek programın geliştirilmesini sağlamak amacı ile gerçekleştirilmektedir. Stufflebeam'ın bağlam, girdi, süreç, ürün modeli yabancı kaynaklarda çoğunlukla dört ögenin baş harflerinin akrostişi ile oluşturulmuş olan CIPP [Context (bağlam), Input (girdi), Process (süreç), Product (ürün)] adı ile anılan bir modeldir. CIPP değerlendirme modelinin amacı bir programın iyi ya da kötü yanlarını ispat etmek değil, programı geliştirmektir (54, 80).

Model, 1960'lı yıllardan sonra Amerika'yı aşarak tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaya başlanmış ve gelişmiştir. Stufflebeam 2002'de yayınladığı kontrol listesinde orijinal sistemlere dayalı modelinde yer alan dört aşamaya, uzun süreli değerlendirmelerde kullanılmak üzere, son bir aşama daha eklemiştir (son değerlendirme: metaevaluation). Programların uzun süreli değerlendirilmeleri amacı ile dördüncü basamak olan ürün basamağına eklenen dört ara basamak (etki, etkililik, kabul edilebilirlik, taşınabilirlik) ve beşinci son değerlendirme basamağı ile model yeni bir boyut kazanmıştır (89).

CIPP modelinde elde edilen bilgi, program yöneticilerinin daha iyi karar vermesini sağladığı için değerlidir. Program değerlendirme, programda görev alanların ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak planlanır. Veri toplama ve raporlamanın amacı daha etkili bir program yönetimi geliştirmektir. Her bir değerlendirme basamağı CIPP ile farklı yönlerden kontrol edilen planlama, yapılandırma, uygulama, gözden geçirme ve revize etme döngüsüne dayalı program karar verme

için analitik ve rasyonel bir temel oluşturmayı amaçlar. Programın farklı evre ve etkinliklerinde karar vericilerin gereksinimleri ile doğrudan ilişkili değerlendirme yapmayı sağlar (90).

Modelin sistematik, esnek, kullanışlı, kolay anlaşılır ve uygulanabilir olması, değerlendirme etkinliklerinin kolayca planlanarak programın tüm aşamalarında değerlendirme yapılarak müdahaleye imkan tanınması modelin tercih edilmesini arttırmaktadır (91).

Sistematik ve basamaklı olan modelin dört temel basamağı; bağlam (içerik), girdi, süreç (işlem) ve ürün değerlendirmelerini tanımlamaktadır. Program geliştirme sürecinde yetkililerin programla ilgili, dört alanda; planlama, yapılandırma, uygulama, yeniden düzenleme ile ilgili karar vermesi gerekir (54).

Klasik CIPP Modelinin basamakları kısaca incelenecek olursa;

a) Bağlamın Değerlendirilmesi: Programla ilgili tüm faktörlerin ve mevcut durumun analizidir. Bu aşamanın amacı, hedeflerin belirlenmesine temel olacak bilgilerin toplanması ve hedeflerin belirlenmesidir. Analiz sırasında özellikle karşılanamayan ihtiyaçlar, ihtiyaçların karşılanamamasının nedenleri ve kaçırılmış fırsatlar üzerinde durulur. Beklenen ve var olan koşullar üzerinde durulur, problemler teşhis edilir. Bireylerin ne yapmak istediğine ışık tutulan bir analiz yapılıır. Eğitim programının düzeltilmesi ve geliştirilmesi için hedeflerin formüle edilmesi sağlanır. Eğitim programının paydaşlarının programın ilerlemesi ve gelişmesine odaklanmalarını sağlar. Bağlamın değerlendirilmesinde;

- Programın amaçları katılımcıların gereksinimlerini karşılıyor mu?
- Belirlenen amaçlar ile katılımcı beklentileri arasında farklar var mıdır?

sorularına yanıt aranır (80, 84, 92).

b) Girdinin Değerlendirilmesi: Programın amaçlarına ulaşması için gerekli kaynaklar ve kaynakların nasıl kullanılacağı (uygulama planları, finansal kaynaklar, personel, bütçe gibi) konusunda değerlendirmeyi içerir. Girdinin değerlendirilmesinde ögeler mikro düzeyde analiz edilir. Girdi analizinde aşağıdaki gibi sorulara yanıt aranır (79, 80, 84);

- Amaçlar mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?
- Hedefler programın amaçları ile tutarlı mıdır?
- Öğretim stratejileri hedeflere uygun mudur?
- Kapsam, genel amaçlar ve özel hedeflerle tutarlı mıdır? sorularına yanıt aranır.

c) Sürecin Değerlendirilmesi: Bu aşamada programın uygulanma süreci ile ilgili kararların alınması gereklidir. Bu süreç program uygulanırken gerçekleştirilir ve planlanan ile gerçek faaliyetler arasındaki uyuma bakılır. Süreç değerlendirmesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranır (79, 80).

- Programda uygulanan etkinlikler nedir?
- Programda uygulanan etkinlikler zamanında ve uygun şekilde uygulanmakta mıdır?

d) Ürünün Değerlendirilmesi: Elde edilen sonuçları ve bu sonuçların amaç ve ihtiyaçlar ile uygunluğu değerlendirilir. Bu aşama, değerlendirilen program hakkında ürüne dayalı olarak yapılacak değerlendirme için veri toplama ve gerekli bilgileri

üretim aşamasıdır. Bu aşamada ortaya çıkacak değerlendirme sonuçlarına göre programın sürdürülmesi, sona erdirilmesi ve düzeltilmesi ile ilgili kararlar verilmektedir. Stufflebeam'e göre değerlendirme, sürekli bir işlemdir. Program hakkında sürekli bilgi toplanması, program ve öğretimle ilgili doğru kararların alınmasına değerlendirme çalışmalarına yardımcı olmaktadır (79, 80, 84).

Stufflebeam'in 2002 yılında, sürekli ve uzun süreli program değerlendirme çalışmalarında kullanmak amacı ile revize ettiği modele göre eklemiş olduğu basamakları inceleyecek olursak, ürün değerlendirme altında incelenmekte olan dört ara basamak;

a) Etkinin Değerlendirilmesi (Impact): Programın hedef kitleye ulaşmış olup olmadığı değerlendirilir;

- Programın topluma etkisi nasıldır, bu konuda alan paydaşlarının (okul ve sosyal program personelleri gibi) görüşleri nelerdir?
- Programda görevli eğiticilerin, değerlendiricilerin gereksinimleri nelerdir?
- Program eğiticilerinin, çalışanlarının, yöneticilerinin programın tasarlanan kazanımlarına ne oranda ulaştığı konusundaki düşünceleri nelerdir? gibi sorulara cevap aranmaktadır (93).

b) Etkililiğin Değerlendirilmesi (Effectiveness): Elde edilen ürünlerin kalitesi ve önemi değerlendirilir.

- Çalışanların, eğiticilerin, yöneticilerin programın olumlu ve olumsuz ürünleri ile ilgili düşünceleri nelerdir?

- Programın faydalananlar üzerine olan etkililiğinin genişliği, derinliği, kalitesi ve önemi nedir?
- Programın toplum üzerine etkileri nelerdir?
- Program benzer programlar ile doğası, maliyeti, başarıları bakımından karşılaştırıldığında ne durumdadır? gibi sorulara cevap aranmaktadır (93).

c) Kabul Edilebilirliğin Değerlendirilmesi (Sustainability): Programın zamanla başarı ile kurumsallaştırılması ve sürekliliği değerlendirilir.

- Program liderleri ve çalışanlarının hangi program başarılarının devam ettirilmesi konusundaki yargıları nelerdir?
- Programdan faydalananların hangi program başarılarının devam ettirilmesi konusundaki yargıları nelerdir?
- Program etkililiği, maliyeti, faydalananların ihtiyaçları düşünüldüğünde hangi başarılar kazanılmalı idi? gibi sorulara cevap aranmaktadır (93).

d) Aktarılabirliğin Değerlendirilmesi (Transportability): Programın kapsamının farklı bir yerde başarı ile uygulanabilir veya aktarılabir olmasının değerlendirilmesi.

- Programın yalnız bir kısmı veya hepsinin adapte edilebilmiş şekli var mıdır?
- Programın adapte edilmişleri ne durumdadır?
- Adapte edilmiş programların ziyaretçilerinin program ile ilgili düşünceleri nelerdir? gibi sorulara cevap aranmaktadır (93)

e) Beşinci ana değerlendirme basamağı; Meta-değerlendirme (Meta-evaluation): Değerlendirme standartlarının uygunluğunun değerlendirilmesidir (89).

- Değerlendirme, yararlılık, yapılabilirlik, uygunluk, doğruluk ve benzer değerlendirme standartlarına ve temel prensiplere sahip midir?
- Değerlendirme süreci, tüm bulgular ve elde edilen tüm bilgiler dökümanite edilmiş midir?
- Değerlendirmenin uygunluğu periyodik olarak değerlendirilmekte midir? sorularına cevap aranmaktadır (93).

Program değerlendirmede, araştırmacı kendi amaç ve koşullarını göz önünde bulundurarak en uygun modeli seçebilmeli veya farklı modelleri kullanarak kendine ait yeni bir model geliştirebilmelidir. Tıp fakültesi klinik beceri eğitim programının değerlendirilmesi için farklı modeller karşılaştırıldığında; Stake'nin uygun olasılık modeli, ilgili kişilere yalnızca hedeflenen amaçlara uygunluk açısından bir değerlendirme sonucu sunmaktadır. Tyler'ın değerlendirme modeli de program geliştirme modeline dayalı olarak tasarlandığı ve merkezinde eğitim hedefleri olduğu için Stake gibi değerlendiriciye ancak hedefler açısından bilgiler sunmaktadır. Kirkpatrick modelinde yalnız ürüne yönelmek, süreci göz ardı ederek sürekli gelişime odaklanılamamasına neden olmaktadır. Modelin ürüne dayalı olması programın tam olarak anlaşılmasına neden olmaktadır. Programın içinde yer aldığı bağlamın değerlendirilmemesi kurum yapısını, kültürünü ve insani perspektifi göz ardı etmektir. CIPP modeli bağlam, girdi, süreç ve ürün olarak dört alanda değerlendirme yaparak, programa tüm paydaşların perspektifi ile bakarak kapsamlı ve sistematik bir değerlendirmeye imkan tanımaktadır (94).

Yaygın kullanımı ile değerlendirme çalışmalarında başarılı bir model olan CIPP Modelinin temelinde programın değeri, kıymeti, önemi ve tecrübe edinilen problemleri değerlendirerek raporlamak vardır. CIPP modeli değerlendiriciye geniş bilgi sunabilmektedir. Eğitimde ileriye ve geriye dönük olarak kullanılabilen CIPP program geliştirmeden değerlendirmeye kadar her basamakta kullanılabilir. CIPP, iç değerlendirme yapmak için uygundur. Karar verme yetkisine sahip kişilere veriler sunulacak ve bu sunulan bilgilerin bağlam, girdi, süreç ve ürün hakkında bilgiler içermesi isteniyorsa önerilebilecek en uygun model CIPP modelidir.

1. Ne yapılması gereklidir? (Bağlam değerlendirmesi)
2. Nasıl yapılmalıdır? (Girdi ve süreç değerlendirmesi)
3. Uygun şekilde yapılmış mıdır? (Süreç değerlendirmesi)
4. Sonuçlar başarılı mıdır? (Ürün değerlendirmesi)

CIPP değerlendirme modelinin en önemli özelliği programı sorgulamak değil geliştirmek amaçlı olmasıdır. CIPP modelinin güçlü yönleri;

- Değerlendirme etkinliklerinin kolay planlanabilmesi,
- Değerlendirme işleminde yöneltilecek soruları sağlayacak bir yapı oluşturması,
- Karar verecek kişilerin ihtiyaçlarına cevap vermesi,
- Kuruma bilgi vermek amacı ile kullanılabilmesi,
- Program değerlendirme amacıyla yaygın kullanılması,

- Her basamağında değerlendirilebilmesi,
- Değerlendiricilere her basamak ile ilgili geniş bilgi sunabilmesi,
- Değerlendirmeye sistem yaklaşımında bulunması,
- Esnek, kullanışlı, sistematik, anlaşılır ve kolay uygulanabilir, sürekliliği olan bir model olması olarak sıralanabilmektedir.

CIPP modelinin tüm bu özellikleri göz önünde bulundurulduğunda, klinik beceri eğitimi programının dört basamaklı CIPP modeli ile değerlendirilmesine karar verilmiştir. CIPP modelinin tüm paydaşları değerlendirmeye dahil ederek, tüm paydaşların perspektiflerinin tanımlanmasının değerlendirmeyi daha objektif kılacağını, her basamakta değerlendirme yapılmasının ise geniş kapsamlı ve ayrıntılı bilgi sunacağını düşündürmektedir. Bilginin karar vericilere sunulmasının ve tüm paydaşların perspektifini göstermesinin de programı geliştirmek için ciddi bir avantaj olabileceğini düşündürmektedir. Değerlendirmenin tez çalışması amacı ile yapılması amaçlandığından CIPP modelinin uzun süreli değerlendirmelerde kullanılan yeni versiyonu yerine dört basamaklı klasik modeli tercih edilmiştir.

1.8.4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Eğitim

ADÜ Tıp Fakültesi 1992 yılında kurularak 1998 yılında mezuniyet öncesi tıp eğitimine başlamıştır. Farklı kurumlara ait binalarda başlatılan eğitim, 2010 yılından itibaren kendisine ait derslik ve laboratuvarlarda sürdürülmeye başlanmıştır. ADÜ Tıp Fakültesi'nin mezuniyet öncesi tıp eğitiminde amacı; kendine güvenen, tıp etiğine uygun davranan, mesleki bilgi, araştırma, uygulama ve karar verme yeteneklerini kazanmış hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmaktadır (30).

ADÜ Tıp Fakültesi'nde, temel tıp bilimleri ile klinik ders ve uygulamaların kombine edilmiş olduğu, sistem temelli bir entegre eğitim uygulanmaktadır. Müfredatın ilk iki yıllık döneminde, teorik dersler ve uygulamalar, "Entegre Hekimlik Uygulamaları" (EHU) adı altında; PDÖ oturumları, alan çalışmaları, klinik beceriler, iletişim becerileri ve tıp kültür sanat eğitimleri ile desteklenmektedir. Tıp Eğitimi Birimi'nce (TEB) düzenlenen bu eğitimler, ders kurullarında entegrasyon ve kurul öğrenme hedeflerine uygun olarak belirlenmektedir. TEB entegre hekimlik uygulamalarının yapıldığı alt birimlere ayrılmaktadır. Klinik Beceriler Alt Birimi de bu alt birimlerden birisidir. ADÜ Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 1999 yılında "Tıp Eğitimi Birimi Kuruluş ve İşleyişi; klinik beceri, iletişim becerileri, PDÖ oturumları, alan çalışmaları, tıbbi metin okuma becerisi gibi entegre hekimlik uygulamalarını düzenlenmesi ve sürdürülmesine katkıda bulunmak" şeklinde belirtilmiştir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimleri Tıp Eğitimi Alt Birimi'ne bağlı olarak Entegre Hekimlik Uygulamaları adı altında Klinik Beceri Alt Birimi'nin düzenlemeleri ile 1999-2000 eğitim öğretim yılında başlamıştır (30, 95).

Üçüncü yıl ile birlikte öğrenciler staj kurul sistemi ile klinik stajlara başlamaktadırlar. Üçüncü yıl ile başlayan klinik dönemde de eğitimde laboratuvar branşları ile klinik branşlar arasında dikey entegrasyon sağlanmaktadır (30).

ADÜ Tıp Fakültesi'nde tıp eğitiminin düzenlenip sürdürülmesi; Tıp Eğitimi Birimi (TEB), Tıp Eğitimi Koordinasyon Kurulu (TEKOK), Koordinatörler ve Ders/Staj Kurulları'nın sorumluluğundadır. TEB, fakültede uygulanan tıp eğitiminin sürekli geliştirilmesinden sorumlu organ olup, dekan, dekan yardımcıları, bölüm başkanları ve TEB alt birim başkanlarından oluşmaktadır (95).

1.8.4.1. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Klinik Beceri Eğitimi

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitiminde öğrencilere klinik öncesi ilk iki yıllık dönemde klinik beceri laboratuvarlarında meslek yaşamlarında kullanacakları temel klinik beceriler verilmektedir. Beceri uygulamaları öğrencinin bir günde en fazla dört temel beceri uygulamasını yapabileceği; dört adet klinik beceri laboratuvarında gerçekleştirilmektedir. Uygulamalar; Dönem I ve Dönem II öğrencileri dörder gruba bölünerek 35-40 kişilik gruplar ile yapılmaktadır. Öğrenciler, bir eğitici gözetiminde, beceri eğitim rehberleri eşliğinde, manken ve maketler ile eğitim görmektedir. Bir öğrenci, eğitim rehberinde yer alan basamakları tek tek okurken eğitici okunan her basamağı tüm öğrencilerin görebileceği bir şekilde adım adım uygulayarak tüm basamakların uygulaması bittikten sonra da uygulamayı olması gereken bir hızda tekrar uygulamaktadır. Eğitici uygulamayı yaparken dikkat edilmesi gereken noktaları vurgulamaktadır(30). ADÜ Tıp Fakültesi'nde birinci yıl klinik beceri laboratuvarlarında verilen klinik beceri eğitimlerinde; anestezi, acil tıp, adli tıp, biyokimya, çocuk cerrahisi, endokrin, fizik tedavi ve rehabilitasyon, mikrobiyoloji, ortopedi, radyoloji anabilim ve bilim dalları görev almaktadır. Toplam ondört becerinin beş farklı ders kuruluna yatay olarak entegre edilmiş olduğu görülmektedir. Birinci yıl klinik beceri başlıkları, kuramsal ders saatleri ve uygulama saatleri, yer aldıkları ders kurulları Tablo 2. de verilmiştir (96). ADÜ Tıp Fakültesi'nde ikinci yıl klinik beceri eğitimlerinde; genel cerrahi, çocuk hastalıkları, çocuk cerrahisi, göğüs hastalıkları, kalp damar cerrahisi, göz, endokrin, kardiyoloji, kulak burun boğaz, kadın hastalıkları ve doğum, mikrobiyoloji, nöroşirurji, radyoloji anabilim ve bilim dalları görev almaktadır. İkinci yılda görülmekte olan klinik beceri başlıkları Tablo 3. de verilmiştir (97).

Tablo 2- Birinci Sınıf - Klinik Beceri Başlıkları	Kuramsal	Uygulama	Ders Kurulu
1. EHU ve tıp eğitimi programı sunumu	1		Temel Tıp Bilimleri 1
2. Hijyenik el yıkama ve biyolojik materyalle çalışma,		1	
3. Klinik beceri eğitimine yaklaşım ve KBL tanıtımı		1	
4. Steril eldiven giyme becerisi,		1	
5. İlk yardım ve erişkinde kardiyopulmoner canlandırma,		5	Temel Tıp Bilimleri 2
6. Damar içi sıvı uygulama becerisi,		1	Temel Tıp Bilimleri 3
7. Vene girme, maket koldan enjektöre kan alma becerisi,		2	
8. Accutrend®Alpha glukometre ile kan glukozu ölçme		1	Temel Tıp Bilimleri 4
9. İdrarda striples glukoz arama,		1	
10. Kas içi enjeksiyon yapma becerisi,		1	
11. Subkutan enjeksiyon yapma becerisi,		1	
12. Eklem ve ekstremite bakışı,		2	Kas-İskelet Sistemi
13. Ön kola atel, bandaj, sargı uygulama		2	
14. Kas-iskelet sistemi x-ray değerlendirme becerisi olarak sıralanmaktadır.	1		

Tablo 3 – İkinci Sınıf - Klinik Beceri Başlıkları	K	U	Ders Kurulu
1. Çocukta kalp ve göğüs bakışı yapma,		1	Dolaşım solunum sistemleri
2. Göğsün önden ve arkadan fizik bakışı,		1	
3. Kalp ve damar bakışı,		1	
4. Kan basıncını ölçme becerisi,		1	
5. Burun-boğaz bakışı		1	
6. Solunum fonksiyon testleri uygulama becerisi,		1	
7. Normal toraks radyolojisi	2		
8. Boyun ve tiroid fizik bakışı uygulama becerisi,		1	Endokrin ve üreme sistemleri
9. Kadın genital sistem fizik bakışı yapma,		2	
10. Erkek genital sistem fizik bakışı yapma		1	
11. Meme ve aksilla fizik bakışı,		1	
12. Boğaz kültürü alma ve ekim yapma		2	Hastalıkların biyolojik temeli
13. Yara pansumanı, primer dikiş atma		2	
14. Anal bakı ve rektal tuşe yapma becerisi,		1	Sindirim sistemi ve metabolizma
15. Erkekte üretral yoldan kateter yerleştirme becerisi,		2	
16. Kadında üretral yoldan kateter yerleştirme becerisi,		2	
17. Karın fizik bakışı ve beden sıcaklığı ölçümü		1	
18. Üriner sistem radyolojisini tanıma becerisi,	1		
19. Sindirim sistemi radyolojisini tanıma becerisi,	1		
20. Derin tendon refleksleri bakışı yapma becerisi,		1	Sinir ve Duyu Sistemleri
21. Nöroradyoloji de radyolojik değerlendirme becerisi,	1		
22. Oftalmoskop kullanma becerisi,		1	
23. Otoskopik muayene uygulama becerisi,	1		

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde beceri kazanımının ölçülmesi için, eğitim-öğretim yılı sonunda beceri eğitim rehberlerine göre hazırlanmış basamaklı beceri değerlendirme rehberlerinden yararlanılmaktadır. EHU kurullarının sınavları birlikte; çok istasyonlu OSCE şeklinde yapılmaktadır. Ders/staj kurulu kuramsal sınavlarına herhangi bir ders için girebilecek öğrenci, ders/staj kurullarında ilgili anabilim/bilim dalı ve/veya TEB alt birimi dersi uygulamalarından ve kuramsal derslerinden devam almış olmak ve uygulama sınavında en az %50 düzeyinde başarılı olmak zorundadır (95). Klinik becerilerin not payını anlamak için Tablo 4. ve Tablo 5. de birinci ve ikinci sınıf klinik beceri eğitimlerinin EHU içindeki not payları verilmiştir. Klinik becerilerin birinci sınıf için iletişim becerileri, klinik beceriler, tıp kültür-sanat ve PDÖ'den oluşan EHU içindeki payı %21, ikinci sınıflar için %30; EHU'nun final ve bütünleme not payı %3 olarak belirtilmektedir (30).

Son yıllarda hızla artmakta olan klinik beceri eğitim programlarının geliştirilmesi, yürütülmesi ve değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Geleceğin hekimlerini yetiştirirken nitelikli ve kaliteli hekimler yetiştirmenin yolu eğitim programlarının düzenli olarak değerlendirilmesi, eksiklik ve aksaklıkların saptanması ve düzeltilerek en iyinin amaçlanmasıdır. Bu araştırmada, tıp fakültesi mezuniyet öncesi klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç ile Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik beceri eğitim programı örneğinin CIPP modeli ile değerlendirilmesi planlanmıştır. Araştırmanın problemi ve alt problemleri CIPP değerlendirme modelinin bağlam, girdi, süreç, ürün basamakları üzerinden oluşturulmuştur.

Tablo 4. ADÜ Tıp Fakültesi 1. Sınıf EHU Ders Kurulu (6. Kurul) sınavında derslerin not payları (2011-2012)										
Kurul Dersleri		Ders Saatleri			Devam Zorunluluğu			Not Payları		
		Kuramsal	Uygulama	Toplam	Kuramsal	Uygulama	Toplam	Kuramsal	Uygulama	Toplam
EHU	Alan Çalışmaları	0	20	20	0	14	14		18	18
	İletişim Becerileri	32	0	32	23	0	23		29	29
	Klinik Beceriler	4	19	23	3	14	17		21	21
	Tıp Kültür ve Sanat	0	12	12	0	9	9		10	10
	Probleme Dayalı Öğrenme	24	0	24	17	0	17		22	22
EHU Ders Kurulu (6.Kurul) Dersleri Toplamı		36	51	87	26	37	63	0	100	100

Tablo 5. ADÜ Tıp Fakültesi 2. Sınıf EHU Ders Kurulu (6. Kurul) sınavında derslerin not payları (2011-2012)										
Kurul Dersleri		Ders Saatleri			Devam Zorunluluğu			Not Payları		
		Kuramsal	Uygulama	Toplam	Kuramsal	Uygulama	Toplam	Kuramsal	Uygulama	Toplam
EHU	Alan Çalışmaları	0	20	20	0	14	14		21	21
	İletişim Becerileri	10	0	10	7	0	7		12	12
	Klinik Beceriler	5	24	29	4	17	21		30	30
	Tıp Kültür ve Sanat	0	12	12	0	9	9		12	12
	Probleme Dayalı Öğrenme	24	0	24	17	0	17	0	25	25
EHU Ders Kurulu (6.Kurul) Dersleri Toplamı		36	56	95	28	40	68	0	100	100

BÖLÜM II - GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni, örnekleme, araştırma için geliştirilen ölçme araçları ve bunlar aracılığı ile toplanan verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel teknikler hakkında bilgiler bulunmaktadır.

2.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma nicel bir çalışmadır. Çalışmada, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi örneği üzerinden değerlendirilen klinik beceri eğitiminin bağlam, girdi, süreç ve ürün boyutlarında var olan durumunu ortaya çıkarmak üzere genel tarama modeli kullanılmıştır.

2.2. Veri Toplamada Kullanılan Gereçler

Veri toplama araçları olarak kullanılan yazılı dokümanlar;

1. ADÜ Tıp Fakültesi birinci ve ikinci sınıfına ait klinik beceri eğitim rehberleri,
2. ADÜ Tıp Fakültesi birinci ve ikinci sınıfına ait ders programları,
3. ADÜ Tıp Fakültesi resmi web sitesi,
4. ADÜ Tıp Fakültesi 2003 – 2012 yıllarına ait Eğitim Öğretim Rehberleri
5. Klinik Beceriler Alt Birimi 2009-2012 yıllarına ait toplantı tutanakları,
6. Klinik Beceri Laboratuvarı malzeme listesi

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket ve formlar;

1. Klinik beceri eğitimi değerlendirme anketi – öğrenci formu,
2. Klinik beceri eğitimi değerlendirme anketi – eğitici formu,
3. Klinik beceri eğitim rehberi değerlendirme formu kullanılmıştır.

2.2.1. Anket formları

Anket formları, araştırma ile ilgili kuramsal bilgiler ve CIPP modeli temel alınarak klinik beceri eğitim programının değerlendirilmesi amacı ile araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Öğrenci ve eğiticilerden veri toplamak amacı ile araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan iki farklı anket; “Klinik Beceri Eğitimi Değerlendirme Anketi – Öğrenci Formu” (Ek 1) ve “Klinik Beceri Eğitimi Değerlendirme Anketi – Eğitici Formu” (Ek 2) kullanılmıştır.

Üç ana bölümden oluşan anket; CIPP modeli ve araştırma alt problemleri esas alınarak hazırlanmıştır. Anket formlarının ilk sayfasında çalışma ile ilgili kısa bir bilgilendirme, araştırmacının adı soyadı ve mail adresi bulunmaktadır.

Kişisel bilgilerin sorgulandığı birinci bölümde eğitici anketinde sekiz, öğrenci anketinde beş adet soru bulunmaktadır. CIPP modeline dayalı olarak 5’li Likert olarak hazırlanan ikinci bölümde sol kısımda klinik beceri eğitimlerine ilişkin ifadeler, sağda ise “Hiç Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” şeklinde sıralanmış kutucuklar yer almaktadır. İkinci bölümde eğitici anketinde 44, öğrenci anketinde ise 45 madde bulunmaktadır. Üçüncü ve son bölümde ise her iki anket formunda da katılımcıların klinik beceri eğitiminin farklı unsurlarına ilişkin görüş ve önerilerinin sorgulandığı beş adet açık uçlu soru bulunmaktadır.

Anket formlarının oluşturulmasında öncelikle araştırmacı tarafından CIPP modeli esas alınarak çok sayıda soru maddesi oluşturulmuştur. Araştırmacı ve tez danışmanı tarafından çok sayıda soru maddesi içinden seçimler yapılarak soru maddeleri CIPP modeli basamakları ve alt problemlere göre uygun şekilde yerleştirilerek düzenlenmiştir. Hazırlanan formlar ADÜ Eğitim Fakültesi’nden bir öğretim üyesinin de fikirleri alınarak yeniden düzenlenmiştir.

ADÜ Tıp Fakültesi 5. sınıfında öğrenim görmekte olan 10 öğrenciye ve klinik beceri eğitimlerinde görevli olmayan, konularında uzman Dahili Tıp Bilimlerinden 3, Cerrahi Bilimlerinden 2 öğretim üyesine uygulanan pilot çalışmalar sonrasında anket formlarına son hali verilmiştir.

2.2.2. Klinik Beceri Eğitim Rehberi Değerlendirme Formu

Klinik Beceri Eğitim Rehberi Değerlendirme Formu (Ek 3); 1. ve 2. sınıflara ait Klinik Beceri Eğitim Rehberleri'nin ayrı ayrı incelenebilmesi amacı ile araştırmacı tarafından Bates Fizik Muayene ve JHPIEGO Tıp Eğitimi için Eğitim Becerileri Rehberleri'nden de yararlanarak geliştirilmiştir. Anlaşılır ve basamaklı olmasına özen gösterilen form araştırmacı ve tez danışmanının düzenlemeleri sonrasında son halini almıştır (53, 98).

2.3. Yöntem

Araştırma tarama modelindedir. Klinik beceri eğitiminin değerlendirildiği araştırmada; araştırma evreni oluşturulurken klinik beceri eğitimini bir yıldır almakta olan birinci sınıflar, iki yıl boyunca almış olan ikinci sınıflar ve iki yıl beceri eğitimi aldıktan sonra üçüncü sınıfta öğrendikleri becerileri kliniklerde uygulama fırsatı bulmuş olan üçüncü sınıfların alınması uygun görülmüştür. Araştırmanın evrenini, 2011-2012 öğretim yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim gören 1, 2, 3. sınıf öğrencileri (n:378) ve Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimlerinde görev almakta olan eğiticiler (n:40) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır.

Birinci ve ikinci sınıf klinik beceri eğitim rehberleri “klinik beceri eğitim rehberi değerlendirme formu” kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir

2.4. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, Eylül 2011 – Haziran 2012 tarihleri arasında Aydın’da Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde gerçekleştirilmiştir. Birinci ve ikinci sınıflara ait veri toplanması 2011 – 2012 bahar yarıyılı sonunda Klinik Beceri Eğitimi’ne ait değerlendirmelerin yapıldığı EHU yıl sonu sınavı çıkışında gerçekleştirilmiştir. Eğitimciler ve 3. sınıflara ait veri toplanması ise Nisan – Haziran 2012 tarihleri arasında araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

2.5. Araştırma Evreni

Evren, araştırma bulgularının genellemek istendiği, ortak özelliklere sahip birimler bütünü ya da araştırma probleminin etkisi altında bulunan ve bilgi sağlamak üzere üzerinde gözlem yapılacak elemanların toplamı olarak tanımlanabilir (99).

ADÜ Tıp Fakültesi örneği üzerinden CIPP modeli kullanılarak gerçekleştirilen genel tarama modelindeki araştırmanın evrenini ADÜ Tıp Fakültesi öğrencileri ve öğretim üyeleri oluşturmaktadır.

2.6. Araştırma Örnekleme

Araştırmanın örnekleme, 2011-2012 eğitim öğretim yılında ADÜ Tıp Fakültesi’nde 133’ü birinci sınıf, 110’u ikinci sınıf, 135’i üçüncü sınıfta öğrenim görmekte olan toplam 378 öğrenci ve klinik beceri eğitimlerinde görev alan 40 eğitimciden oluşmaktadır. Araştırma evrenini oluşturacak öğrenci ve eğitici sayısının belirlenmesinde ADÜ Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri’nin güncel listeleri esas alınmıştır.

Çalışma ile ilgili bilgilendirilen 1. sınıf öğrencilerinin 103'ü (%77), 2. sınıf öğrencilerinin 72'si (%65), 3.sınıf öğrencilerinin 86'sı (%64) toplam 261 öğrenci (%69) çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. ADÜ Tıp Fakültesi Öğrenci İşleri'nde eğitim öğretim yılı başında 40 olarak görünen klinik beceri eğitimlerinde görevli eğitici sayısı 2 eğiticinin ücretsiz izne ayrılması, 1 eğiticinin ise görevden ayrılması nedeni ile 37 olarak tespit edilmiştir. 37 eğiticiden 34'ü (%92) çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir.

2.7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmadaki bağımsız değişkenler; cinsiyet, yaş, sınıf (öğrenciler için), mesleki deneyim (öğretim üyeleri için), unvan (öğretim üyeleri için), anabilim dalı (öğretim üyeleri için) olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmadaki bağımlı değişkenler; öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin beklenti karşılanma düzeyi, eğiticilerin klinik beceri eğitimine ilişkin beklenti karşılanma düzeyi, öğrencilerin becerilerdeki yetkinlik algıları olarak belirlenmiştir.

2.8. Veri Toplama Yöntem ve Süresi

Verilerin toplanması için; doküman analizi, öğrenci anket formu (1, 2, 3. sınıflar için), eğitici anket formu kullanılmıştır. Etik Kurul ve kurum onayının alınması ile birlikte başlanan eğitici ve öğrencilerden veri toplanması Nisan – Haziran 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Eğiticilere ve 3. sınıflara ait veriler Nisan – Haziran aylarında, 1. ve 2. sınıflara ait veriler ise 2011–2012 eğitim-öğretim yılı sonunda Haziran ayında klinik beceri eğitimi değerlendirmesini de kapsayan EHU değerlendirmesinden hemen sonra toplanmıştır.

Anket formları gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmacı tarafından eğitici ve öğrencilere dağıtılarak formu katılımcının kendisinin doldurması şeklinde geręekleřtirilmiřtir. Klinik Beceri Eğitim Rehberlerinin değerlendirilmesi Nisan – Haziran 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Toplanan veriler, tüm verilerin toplanması tamamlanıncaya kadar SPSS 18.0 veri tabanına kaydedilmiştir. Veri toplanmasının tamamlanması sona erdikten sonra veri analizleri geręekleřtirilmiřtir.

2.9. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Tanımlayıcı istatistikler frekans, yüzde, ortalama \pm standart sapma ve medyan (25-75 persantil) biçiminde gösterilmiştir. Nicel verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiştir. Tüm değerkenlerin normal dağılıma uygun olmaması nedeni ile gruplar arası karşılaştırmalarda Mann-Whitney U ya da Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis testinde anlamlı farklılık çıktığında çoklu karşılaştırma testi olarak Dunn testi kullanılmıştır.

$p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Toplanan tüm veriler SPSS 18.0 programına kaydedilerek verilerin hepsinin toplanması sona erdikten sonra çözümlenmiştir.

2.10. Süre ve Olanaklar

Çalışma Eylül 2011 – Haziran 2012 tarihleri arasında geręekleřtirilmiřtir. Araştırma için gerekli koşul ve malzemeler araştırıcı tarafından sağlanmıştır.

2.11. Araştırma Kapsamındaki İzinler ve Etik Açıklamalar

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için gerekli kurum onayı ADÜ Tıp Fakóltesi Dekanlık Makamından (Ek 4), araştırma için gerekli etik kurul onayı ise ADÜ Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (Protokol No: 2012/ 44) (Ek 5) alınmıştır. Çalışmada katılımcılara ait bilgilerin yalnız çalışma amacı ile kullanılacağı, araştırmacı dışında üçüncü şahışlar ile paylaşılmayacağı araştırmacının sorumluluğu altındadır. Çalışma gönüllülük esasına dayalı bir çalışmadır. Araştırmacı her katılımcıya çalışmanın amaçları, yöntemleri, hedeflerini açıkladıktan sonra oluru olanlar ile çalışmaya devam edecektir. Gönüllüler çalışmaya girmeyi reddetme ya da herhangi bir zaman herhangi bir nedenle çalışmadan ayrılma konusunda tamamen serbest bırakılacaktır. Gönüllü katılımcıların isimleri saklanacak ve bilgileri yetkisiz kişiler taraflardan korunacaktır. Gönüllülerin tanınmasını sağlayan herhangi bir belge tam bir gizlilikle saklanacaktır. Gönüllülere ait veriler araştırmacıya ait bilgisayar ortamında isim belirtilmeksizin kaydedilerek saklanacaktır. İyi Klinik Uygulamaları ve yasal gereklilikler doğrultusunda gönüllülerin anket formlarını incelemek üzere yalnız uygun yasal otorite/otoritelere izin verilecektir.

BÖLÜM III - BULGULAR

Bu bölümde, ADÜ Tıp Fakültesi 1, 2, 3. sınıf öğrencilerine ve Klinik Beceri eğitimlerinde görev almakta olan eğiticilere uygulanan anketlerin ve Klinik Beceri Eğitim Rehberlerinin değerlendirilmeleri sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Katılımcıların özellikleri tanımlandıktan sonra bulgular araştırma soruları esas alınarak; bağlam, girdi, süreç ve ürün boyutuna ilişkin öğrenci ve eğitici görüşlerine yer verilmiştir.

3.1. Katılımcıların Özellikleri

3.1.1. Öğrencilerin Özellikleri

Çalışmaya, ADÜ Tıp Fakültesi 1, 2 ve 3. sınıflarından gönüllülük esasına dayalı olarak yaşları 17-24 arasında değişen ($20,11 \pm 1,22$) 148'i kız (% 56,7), 113'ü erkek (% 43,3) toplam 261 öğrenci dahil edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Farklı değişkenlere göre öğrenci sayı ve yüzdeleri			
Değişken		Örneklem Büyüklüğü n	Yüzdesi %
Cinsiyet	Kadın	148	56,7
	Erkek	113	43,3
Sınıf	1.sınıf	103	39,4
	2.sınıf	72	27,6
	3.sınıf	86	33,0
Tıp fakültesini isteyerek seçmek	Evet	224	85,8
	Hayır	37	14,2
İsteğin aynı güçle devamı	Evet	154	59,0
	Hayır	107	41,0
Fakültede yıl kaybı	Evet	11	4,2
	Hayır	250	95,8
Toplam		261	100,0

*Sütun yüzdesi alınmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerin 103'ü (% 39,4) 1. sınıf, 72'si (% 27,6) 2. sınıf, 86'sı (%33,0) 3. sınıfta eğitim görmektedir. Sınıflara göre öğrencilerin cinsiyet dağılımı; 1.sınıfta % 61,2 kadın ve % 38,8 erkek; 2. sınıfta % 55,6 kadın ve % 44,4 erkek; 3. sınıfta % 52,3 kadın ve % 47,7 erkek olarak saptanmıştır.

Çalışmaya katılan öğrencilerden 224'ü (% 85,8); birinci sınıf öğrencilerinin 96'sı (% 93,2), ikinci sınıf öğrencilerinin 59'u (% 81,9), üçüncü sınıf öğrencilerinin ise 69'u (% 80,2) tıp fakültesini isteyerek seçtiklerini belirtmişlerdir (Tablo 7). Öğrencilerden 154'ü (% 59) tıp fakültesi seçim isteklerinin aynı güçle devam etmekte olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 6). Bu durum birinci sınıfta 74 (% 71,8), ikinci sınıfta 43 (% 59,7), üçüncü sınıfta ise 37 (% 43,0) öğrencide tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tıp fakültesinde yıl kaybı olmuş 11 öğrencinin 3'ünün birinci sınıfta, 3'ünün ikinci sınıfta ve 5'inin üçüncü sınıfta olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Farklı değişkenlerin sınıflara göre dağılımı					
Değişken		1. sınıf n (%)	2. sınıf n (%)	3. sınıf n (%)	Toplam n (%)
Öğrencilerin tıp fakültesi seçimlerinin kendilerine ait olma durumunun sınıflara göre dağılımı	evet	96 (%93,2)	59 (%81,9)	69 (%80,2)	224 (%85,8)
	hayır	7 (%6,8)	13 (%18,1)	17 (%19,8)	37 (%14,2)
Tıp fakültesi seçim isteğinin aynı güçle devam etmesi durumunun sınıflara göre dağılımı	evet	74 (%71,8)	43 (%59,7)	37 (%43,0)	154 (59,0)
	hayır	29 (%28,2)	29 (%40,3)	49 (%57,0)	107 (%41,0)
Tıp fakültesinde yıl kaybı olmasının sınıflara göre dağılımı	evet	3 (%2,9)	3 (%4,2)	5 (%5,8)	11 (%4,2)
	hayır	100 (%97,1)	69 (%95,8)	81 (%94,2)	250 (% 95,8)

3.1.2. Eğiticilerin Özellikleri

Çalışmaya, ADÜ Tıp Fakültesi Klinik Beceri eğitimlerinde görev almakta olan 23 erkek (% 67,6), 11 kadın (% 32,4) toplam 34 gönüllü öğretim üyesi dahil edilmiştir. Eğiticilerin 3'ünün (% 8,8) Temel Bilimler, 12'sinin (% 35,3) Dahili Bilimler, 19'unun (% 55,9) ise Cerrahi Bilimlere bağlı anabilim dallarında görev yaptığı saptanmıştır. Eğiticilerin tıp fakültesinden mezun olmalarından sonra geçen süre (hekimlik yılı) 11-40 yıl ($20,5\pm 6,7$) arasında değişmektedir. Eğiticilerin eğiticilik yaptıkları süre 1-38 yıl ($10,8\pm 6,9$), ADÜ Tıp Fakültesi'nde görev yaptıkları süre ise 1-16 yıl ($10,7\pm 4,8$) arasında değişmektedir. Eğiticilerin akademik ünvanları incelendiğinde; 11 (%32,4) yardımcı doçent, 8 (% 23,5) doçent, 15 (% 44,1) profesör tespit edilmiştir. Eğiticilerin 25'i (% 73,5) eğitici gelişim programlarına katılarak beceri eğitimi ile ilgili eğitim almış olduğunu bildirirken, 9'u (% 26,5) eğitici gelişim programlarına katılmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 8).

Tablo 8. Farklı değişkenlere göre eğitici sayı ve yüzdeleri			
Değişkenler	n	%	
Cinsiyet	Kadın	11	32,4
	Erkek	23	67,6
Bölüm	Temel Bilimler	3	8,8
	Dahili Bilimler	12	35,3
	Cerrahi Bilimler	19	55,9
Akademik Unvan	Yrd. Doçent	11	32,4
	Doçent	8	23,5
	Profesör	15	44,1
Eğitici gelişim programı	Evet	25	73,5
	Hayır	9	26,5
Toplam	34	100,0	

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Yaşları 34-65 yaş arasında değişmekte olan eğitimcilerin yaş ortalamaları $43,68 \pm 7,06$ olup, 40-45 yaş arasındaki eğitici sayısı 11 (% 32,3) olarak belirlenmiştir. Araştırma grubundaki eğitimcilerin yaşlara göre dağılımları Tablo 9’da verilmiştir (Tablo 9).

Tablo 9. Eğitimcilerin yaş dağılımı		
Yaş	n	%
<35	4	11,8
36 – 40	7	20,6
41 – 45	11	32,3
46 – 50	7	20,6
51 – 55	3	8,8
>55	2	5,9
Toplam	34	100,0

* Sütun yüzdesi alınmıştır.

Temel Bilimlerdeki eğitimcilerin 1’i (% 33,3) kadın, 2’si (% 66,7) erkek, Dahili Bilimlerdeki eğitimcilerin 5’i (% 41,7) kadın, 7’si (% 58,3) erkek, Cerrahi Bilimlerdeki eğitimcilerin 5’i (% 26,3) kadın, 14’ü (% 73,7) erkek olarak belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Eğitimcilerin çalıştıkları birimlere göre cinsiyet dağılımı					
	Kadın		Erkek		n
	n	%	n	%	
Temel Bilimler	1	33,3	2	66,7	3
Dahili Bilimler	5	41,7	7	58,3	12
Cerrahi Bilimler	5	26,3	14	73,7	19
Toplam	11	32,4	23	67,6	34

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Eğiticilerin bölümlerine göre ünvanları aşağıdaki tabloda verilmiştir (Tablo 11)

Tablo 11. Eğiticilerin görevli oldukları bölümlere göre akademik ünvanları							
Bölüm	Akademik Ünvan						Toplam
	Yrd. Doç.		Doçent		Prof.		
	n	%	n	%	n	%	
Temel	3	100	0	0	0	0	3
Dahili	4	33,3	4	33,3	4	33,3	12
Cerrahi	4	21	4	21	11	58	19
Toplam	11	32,4	8	23,5	15	44,1	34

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Cerrahi Bilimler’de görevli 19 eğiticinin 15’i (% 78,9), Dahili Bilimler’de görevli 12 eğiticinin 7’si (% 58,3), Temel Bilimler’de görevli 3 eğiticinin (% 100) tamamı eğitici gelişim programlarına katılarak beceri eğitimi ile ilgili eğitim almış olduklarını bildirmişlerdir. Eğitici gelişim programına katılmış eğiticilerin 12’si profesör, 7’si yardımcı doçent, 6’sı ise doçent kadrosunda bulunmaktadır (Tablo 12).

Tablo 12. Eğitici gelişim programlarına katılmış eğiticilerin görev yaptıkları birimlere ve akademik ünvanlarına göre dağılımı					
Bölüm	Eğitici gelişimine katılmış olmak				Toplam
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Temel	3	100	0	0	3
Dahili	7	58,3	5	41,7	12
Cerrahi	15	78,9	4	21,1	19
Yrd. Doç.	7	63,6	4	36,7	11
Doç.	6	75,0	2	25,0	8
Prof.	12	80,0	3	20,0	15
Toplam	25	73,5	9	26,5	34

*Satır yüzdesi alınmıştır.

3.2. Bağlama İlişkin Araştırma Soruları

3.2.1. Klinik beceri eğitim programının fakülte mezuniyet hedefleri ile ilişkisi nedir?

ADU Tıp Fakültesi web sayfasında fakültenin eğitim amacı;

“Tıp etiğine uygun davranan, deontolojik kuralları benimsemiş, mesleki olarak üst düzeyde bilgi ile donanmış, araştırma, uygulama ve karar verme yeteneği kazanmış, öz güvene sahip, hizmet amacı toplum ve fert sağlığını korumak ve hastaları tedavi etmek olan hekimlerin yetişmesini sağlamak” olarak belirtilmektedir (30).

ADU Tıp Fakültesi web sayfasında fakültenin mezuniyet hedefi;

“İnsan hayatına ve sağlığına her açıdan en yüksek değeri veren, sürekli gelişen tıbbi uygulamalar ve bilgileri takip eden ve uygulayan, toplum ve ülkenin sağlık ihtiyaç ve önceliklerini kavrayan, bilim ve tıp literatürüne araştırma ve yayınlar ile katkıda bulunma sorumluluk ve bilincinde, hastaların yakınları, akrabaları ve hastanın sorumluluğunu paylaşan sağlık görevlileri ile hastanın en kaliteli hizmeti alabilmesi için sürekli işbirliği içinde olan, hemşire ve diğer yardımcı sağlık personelinin sürekli eğitiminde sorumluluk sahibi hekimler yetiştirmek” olarak belirtilmektedir

Fakültenin eğitim amacında ve mezuniyet hedefleri arasında klinik beceri eğitimine doğrudan bir vurgu yapılmamaktadır. Fakülte web sitesinde ve fakülte eğitim öğretim rehberleri incelendiğinde dokümanlarda klinik beceri eğitimi için özel olarak belirtilmiş amaç ve hedefler yer almadığı, hedeflerin her ders kurulu için bilgi, beceri ve tutum alanlarında belirtilmiş olduğu görülmektedir (100).

3.2.2. ADÜ Tıp Fakültesi'nde ilk iki yıl uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının hedefleri UÇEP ile karşılaştırıldığında nasıldır?

UÇEP' e göre ülkemizde tıp fakültelerinin amacı sıralanırken ilk madde ile hekimden beklenen özelliklerde bilginin yanında beceri ve tutuma da vurgu yapılmaktadır.

UÇEP' te; bir tıp fakültesi mezununun mutlaka öğrenmesi ve/veya kesinlikle ustalaşmış olması gereken beceriler ve sonuçlarını mutlaka yorumlayabilmesi gereken testler başlığı altında gerekli beceriler listelenmiştir (60).

Tablo 13. UÇEP ve ADÜ Tıp Fakültesi'nde ilk iki yıl beceri eğitimi programında yer alan becerilerin karşılaştırılması

B.1. Bir tıp fakültesi mezununun mutlaka öğrenmesi ve/veya kesinlikle ustalaşmış olması gereken beceriler ve sonuçlarını mutlaka yorumlayabilmesi gereken testler

GENEL VE SORUNA YÖNELİK FİZİK MUAYENE	UÇEP	ADÜ
Deri muayenesi	+	-
Baş-boyun ve KBB muayenesi	+	+
Göz ve göz dibi muayenesi	+	+
Solunum sistemi muayenesi	+	+
Vücut sıcaklığının ölçülmesi ve izlemi	+	+
Kan basıncı ölçümü	+	+
Kalp-damar sistemi muayenesi	+	+
Karın muayenesi	+	+
Nörolojik muayene	+	-
Kas-iskelet muayenesi	+	+
Psikiyatrik muayene	+	-
Meme ve aksiller bölge muayenesi	+	+
Dijital rektal muayene	+	-
Ürolojik muayene	+	-
Jinekolojik muayene	+	-
Gebe muayenesi	+	-
Çocuk ve yenidoğan muayenesi	+	-
Adli ölü muayenesi	+	-
GİRİŞİMLER		
Damar yolu açabilme	+	+
Venöz ve kapiller kan örneği alabilme	+	+
İdrar sondası takabilme	+	+
Kan transfüzyonu yapabilme	+	-
Lokal ve sistemik ilaç uygulamaları ve aşı yapabilme. PPD testi uygulayabilme	+	-
Uygulanacak ilaçları doğru şekilde hazırlayabilirler	+	+
İnsülin enjeksiyon tekniklerini uygulayabilme	+	-
İlgili enfeksiyona yönelik kültür örneklerini alabilme (boğaz, gaita, pü, kan, deri, vücut sıvıları)	+	+
Lavman yapabilme	+	-
Nazogastrik sonda uygulayabilme	+	-
Kulak yıkayabilme	+	-
Mide yıkayabilme	+	-
Doğum sonrası anne bakımını yapabilme	+	-
Yara-yanık bakımı yapabilme	+	+
Yüzeysel sütür koyup ve alabilme, abse açabilme, v.b. basit temel cerrahi girişimler ve gerekli lokal anestezi uygulamaları	+	+
Normal spontan doğum yaptırabilme	+	-

Yenidoğanın doğum odasında bakımını yapabilme	+	-
Antropometrik ölçümlerin yapılabilmesi	+	-
Vajinal ve servikal örnek alabilme	+	-
Hava yolu açıklığını sağlayabilme. "Airway" yerleştirebilme	+	+
Hava yolundaki yabancı cismi uygun manevra ile çıkarabilme (Heimlich)	+	-
Temel yaşam desteği (kalp masajı ve yapay solunum) sağlayabilme	+	+
Dış kanamayı durduracak' sınırlayacak önlemleri alabilme	+	-
Burun tamponu koyabilme	+	-
Atel yapabilme ve uygulayabilme	+	+
Bandaj ve soğuk-sıcak kompres uygulayabilme	+	+
Kas iskelet sistemi yaralanmalarında ilk yardım yapabilme	+	-
Hastanın klinik durumuna uygun olarak taşınmasını sağlayabilme	+	-
Oksijen ve nebulizasyon tedavisi uygulayabilme	+	-
Sıvı elektrolit dengesini düzenleyebilme	+	-
Göz yaralanmalarında ilk yardım yapabilme	+	-
Zehirlenmeler ile hayvan ısırık ve sokmalarında ilk ve acil yardım yapabilme	+	-
Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme	+	-
Biyolojik materyalle çalışma ilkelerini uygulayabilme	+	+
Mikroskopik inceleme için boyasız (direkt) preparat hazırlayabilme ve inceleme yapabilme	+	-
Laboratuvar örneğini uygun koşullarda laboratuvara ulaştırabilme	+	-
Mikrobiyolojik/patolojik/radyolojik inceleme için istek formunu doldurabilme	+	-
Mikroskop kullanımı (gram inceleme vb. yapabilme)	+	-
Tam kan sayımı ve periferik yayma yapabilme	+	-
Sedimentasyon ölçümü	+	-
Kanama ve pıhtılaşma zamanı ölçümü	+	-
Tanı idrar analizi (mikroskopik inceleme dahil)	+	-
Dışkı yayması hazırlama ve mikroskopik inceleme	+	-
Vajinal akıntı örneği incelemesi (GVE taraması, taze preparat hazırlama ve bakısı)	+	-
Glukometre ile kan şekeri ölçümü	+	+
Peak-flow metre ile solunum ölçümü	+	-
EKG çekimi	+	-
Dekontaminasyon. dezenfeksiyon. sterilizasyon. antisepsi sağlayabilme	+	+
İlgili enfeksiyona yönelik örneklerin transportunu ve inokülasyonunu yapabilme	+	-
Su ve gıda numunesi alabilme	+	-
Su dezenfeksiyonu yapabilme	+	-
Sularda klor düzeyini belirleyebilme	+	-
B.2. Bir tıp fakültesi mezununun yapabilmesi/değerlendirebilmesi ve gerekli olanaklar sağlandığında yapabilmesi gereken girişimler/beceriler		
GİRİŞİMLER		
Görme alanı muayenesi (konfrontasyon yöntemi) yapabilme	+	-
Lomber ponksiyon yapabilme	+	-
Pathergy testi uygulayabilme	+	-
Rinne-Weber ve Schuabach testleri uygulayabilme	+	-
Torasentez, parasentez, perikardiyosentez yapabilme	+	-
Kan gazı için arteriyel kan örneği alabilme	+	-
Hava kirliliği ölçümü yapabilme	+	-
Gürültü ölçümü yapabilme	+	-
Entübasyon yapabilme	+	-
Kardiyoversiyon ve defibrilasyon uygulayabilme	+	-
Cerrahi hastanın premedikasyonunu yapabilme	+	-
Cut-down, suprapubik mesane ponksiyonu yapabilme	+	-
Omurilik yaralanması, inme, serebral palsi, spina bifida gibi hastalıklarda temel bakım uygulayabilme	+	-
Epizyotomi açılabilme ve dikebilme	+	-
Tırnak çekebilme	+	-
Pulse oksimetre uygulayabilme ve değerlendirebilme	+	-
Fototerapi uygulayabilme	+	-

UÇEP’ te “Tıp Fakültelerinin Mezuniyet Öncesi Eğitimdeki Amaç ve Hedefleri” ana başlığı “Hedefler” alt başlığı altında;

Kazandırılması Hedeflenen Devinimsel Beceriler:

- 1) Ayrıntılı ve güvenilir anamnez almak.
- 2) Tam ve ayrıntılı fizik muayene yapmak.
- 3) Tanı ve tedavide sık kullanılan tıbbi girişimleri yapmak olarak yer almaktadır.

ADÜ Tıp Fakültesi’nin ilk iki yılında klinik beceri laboratuvarlarında verilmekte olan becerilerin listesi UÇEP’te yer alan becerilerin listesi ile karşılaştırıldığında; ADÜ Tıp Fakültesi beceri listesinde UÇEP’ teki “*bir tıp fakültesi mezununun mutlaka öğrenmesi ve/veya kesinlikle ustalaşmış olması gereken beceriler ve sonuçlarını mutlaka yorumlayabilmesi gereken testler*” “*Genel ve Soruna Yönelik Fizik Muayene*” başlığı altında yer alan 18 beceriden 9 adedi, “*Girişimler*” başlığı altında yer alan 52 beceriden 14 adedi bulunmaktadır. “*Bir tıp fakültesi mezununun yapabilmesi/ değerlendirebilmesi ve gerekli olanaklar sağlandığında yapabilmesi gereken girişimler/ beceriler*” bölümünde “*Girişimler*” başlığındaki 17 beceriden hiçbirisi yer almamaktadır. (Tablo 13). UÇEP beceri listesi mezuniyet öncesi altı yıllık süreyi kapsamaktadır, ADÜ Tıp Fakültesi için ise yalnız klinik beceri eğitiminin verilmekte olduğu ilk iki yıllık süreci değerlendirmekteyiz, bu yüzden iki yıldan sonraki klinik dönemlerde verilmekte olan beceriler listede karşılaştırılmaya alınmamıştır.

3.2.3. Klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitim programı içindeki yeri nedir?

ADÜ Tıp Fakültesi’nde Entegre Hekimlik Uygulamaları Ders Kurulu içinde yer alan klinik beceri eğitimleri mezuniyet öncesi eğitim programında birinci ve ikinci sınıfta yatay olarak entegre edilmiştir (30).

▪ Birinci sınıf EHU kurulunda, 51'i uygulama, 36'sı kuramsal olmak üzere toplam 87 ders saati bulunmaktadır. Ders saatlerinin dağılımı (100):

Alan Çalışmaları; 20 saat uygulama, İletişim Becerileri; 32 saat kuramsal, Klinik Beceriler; 19 saat uygulama, 4 saat kuramsal, Tıp Kültür ve Sanat; 12 saat uygulama, Probleme Dayalı Öğrenme; 24 saat kuramsal olarak belirlenmiştir.

▪ İkinci sınıf EHU kurulunda, 56'sı uygulama, 24'ü kuramsal olmak üzere toplam 95 ders saati bulunmaktadır. Ders saatlerinin dağılımı (100):

Alan Çalışmaları; 20 saat uygulama, İletişim Becerileri; 10 saat kuramsal, Klinik Beceriler; 24 saat uygulama, 5 saat kuramsal, Tıp Kültür ve Sanat; 12 saat uygulama, Probleme Dayalı Öğrenme; 24 saat kuramsal olarak belirlenmiştir.

Klinik beceri eğitimleri, mezuniyet öncesi tıp eğitiminin toplam 1694 saatlik ilk iki yılında; klinik beceri laboratuvarlarında yapılan uygulamalar ve dersliklerde yapılan kuramsal dersler olmak üzere toplam 52 ders saati ile; %3.21'lik yer kaplamaktadır (100).

Klinik beceri eğitimleri, ders kurullarının içeriğine göre birinci ve ikinci sınıfta toplam on farklı grupta yer almaktadır. Birinci sınıfta (100);

1. Temel Tıp Bilimleri 1 Ders Kurulu; 6 haftalık ders kurulunda, 1., 2., 5. haftalarda; 4 uygulama, 2 kuramsal ders,

2. Temel Tıp Bilimleri 2 Ders Kurulu; 6 haftalık ders kurulunda; 1., 2., 4. haftalarda 5 uygulama,

3. Temel Tıp Bilimleri 3 Ders Kurulu; 6 haftalık ders kurulunda; 1., 2. haftalarda 3 uygulama,

4. Temel Tıp Bilimleri 4 Ders Kurulu; 5 haftalık ders kurulunda 3.haftada; 4 uygulama,

5. Kas İskelet Sistemi Ders Kurulu; 10 haftalık ders kurulunda 2., 3., 4., 7. haftalarda; 4 uygulama, 1 kuramsal ders yer almaktadır.

İkinci sınıfta (100);

1. Dolaşım ve Solunum Sistemleri Ders Kurulu'nda; 6 haftalık ders kurulunda, 4., 5. haftalarda; 6 uygulama, 2 kuramsal ders,

2. Sindirim Sitemi ve Metabolizma Ders Kurulu'nda; 6 haftalık ders kurulunda, 4., 6. haftalarda; 6 uygulama, 2 kuramsal ders,

3. Sinir ve Duyu Sistemi Ders Kurulu'nda; 6 haftalık ders kurulunda; 3.,4. haftalarda 2 uygulama, 2 kuramsal ders,

4. Endokrin ve Üreme Sistemi Ders Kurulu'nda; 7 haftalık ders kurulunda, 2., 3., 5. haftalarda 5 uygulama,

5. Hastalıkların Biyolojik Temelleri Ders Kurulu'nda; 5 haftalık ders kurulunda, 4. haftada; 4 uygulama yer almaktadır.

Birinci sınıfta ilk ders kurulu 26 Eylül 2011'de başlamış, son ders kurulu ise 1 Haziran 2012'de sona ermiştir. Klinik beceri değerlendirilmesinin de içinde bulunduğu EHU sınavı 13 Haziran 2012'de, bütünleme ise 10 Temmuz 2012'de gerçekleştirilmiştir. İkinci sınıfta ilk ders kurulu 26 Eylül 2011'de başlamış, son ders kurulu ise 4 Haziran 2012'de sona ermiştir. Klinik beceri değerlendirilmesinin de içinde bulunduğu EHU sınavı 8 Haziran 2012'de, bütünlemesi 9 Temmuz 2012'de gerçekleştirilmiştir (100).

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu” (Madde 3) maddesine;

1.sınıflar % 41,7 katılıyorum (Medyan: 3,0)

2.sınıflar % 48,6 katılıyorum (Medyan: 4,0)

3.sınıflar ise % 36,0 katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 14).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p:0,017$). Farkın 2. ve 3. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

Eğiticilerin % 32,4’ü bu maddeye (Madde 3) katılıyorum cevabını vermişlerdir (Medyan: 3,0) (Tablo 16).

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimleri teorik derslerimiz ile uyumlu idi” (Madde 4) maddesine;

1.sınıflar % 43,7 kararsızım, (Medyan: 3,0)

2.sınıflar % 54,2 katılıyorum, (Medyan: 4,0)

3.sınıflar ise % 36,0 katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 14).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). Farkın 2. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

Eğiticilerin ise % 35,3’ü bu maddeye (Madde 4) katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 16).

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimleri yerine daha fazla teorik ders olmalıydı” (Madde 5) maddesine;

1.sınıflar % 47,6 hiç katılmıyorum, (Medyan: 2,0)

2.sınıflar % 45,8 hiç katılmıyorum, (Medyan: 2,0)

3.sınıflar ise % 50,0 hiç katılmıyorum (Medyan:1,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 14).

Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir (p: 0,935) (Tablo 15).

Eğiticilerin ise % 38,2'si bu maddeye (Madde 5) katılmıyorum (Medyan: 2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 16).

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı” (Madde 6) maddesine;

1.sınıflar % 47,6 kararsızım, (Medyan: 3,0)

2.sınıflar % 52,8 katılıyorum, (Medyan: 4,0)

3.sınıflar ise % 27,9 katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 14).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Farkın üçüncü sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 15).

Eğiticilerin % 32,4'ü eğitici anketinde bu maddeye karşılık gelen maddeye (Madde 6) katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 16).

Tablo 14. Öğrencilerin bağlama ilişkin yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

Bağlam Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
3. Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu	4 3,9	14 13,6	39 37,9	43 41,7	3 2,9	8 11,1	9 12,5	15 20,8	35 48,6	5 6,9	16 18,6	18 20,9	19 22,1	31 36	2 2,3
4. Klinik beceri eğitimleri teorik derslerimiz ile uyumlu idi	4 3,9	21 20,4	45 43,7	30 29,1	3 2,9	5 6,9	6 8,3	17 23,6	39 54,2	5 6,9	18 20,9	15 17,4	19 22,1	31 36	3 3,5
5. Klinik beceri eğitimleri yerine daha fazla teorik ders olmalıydı	49 47,6	39 37,9	10 9,7	5 4,9	0 0	33 45,8	26 36,1	10 13,9	3 4,2	0 0	43 50	24 27,9	15 17,4	3 3,5	1 1,2
6. Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı	4 3,9	12 11,7	49 47,6	35 34	3 2,9	3 4,2	9 12,5	20 27,8	38 52,8	2 2,8	18 20,9	18 20,9	24 27,9	24 27,9	2 2,3

Tablo 15. Bağlama ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması [Medyan (25 – 75 persantil)]

Madde	1. sınıf		2. sınıf		3. sınıf		P	χ^2
	Medyan	(25 -75) persantil	Medyan	(25 - 75)	Medyan	(25 - 75)		
3. Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu	3,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,017	8,121
4. Klinik beceri eğitimleri teorik derslerimiz ile uyumlu idi	3,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,001	13,855
5. Klinik beceri eğitimleri yerine daha fazla teorik ders olmalıydı	2,0	(1,0 - 2,0)	2,0	(1,0 - 2,0)	1,5	(1,0 - 2,0)	0,935	0,134
6. Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı	3,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	17,237

*Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 16. Bağlama ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı

Bağlam Maddeleri	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Medyan
	n %	n %	n %	n %	n %	
1.Klinik beceri eğitiminin amaç ve hedefleri öğrencilerin gereksinimlerine cevap vermekteydi	4 11,8	7 20,6	6 17,6	15 44,1	2 5,9	3,5
3.Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu	6 17,6	7 20,6	9 26,5	11 32,4	1 2,9	3,0
4.Klinik beceri eğitimleri teorik dersler ile uyumlu idi	3 8,8	8 23,5	10 29,4	12 35,3	1 2,9	3,0
5.Klinik beceri eğitimleri yerine daha fazla teorik ders olmalıydı	10 29,4	13 38,2	5 14,7	4 11,8	2 5,9	2,0
6.Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı	4 11,8	9 26,5	10 29,4	11 32,4	0 0	3,0

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitim programının en önemli farklılığı; klinik beceri eğitimi diğer fakültelerde ilk üç yıl ve/veya daha fazla süre devam etmekte olduğu halde ADÜ Tıp Fakültesi'nde yalnız ilk iki yılda yer almasıdır. Becerilerin tekrar olanağının olmaması ve becerilerde geri bildirim alınmaması ve grupların diğer fakültele göre daha yüksek sayıda öğrenci içermesi gözlenen bir diğer farklılıktır (Tablo 17).

3.2.5. Klinik beceri eğitim programı nasıl tasarlanmıştır?

ADÜ Tıp Fakültesi'nde, temel tıp bilimleri ile klinik ders ve uygulamalarının kombine edildiği sistem temelli entegre eğitime uygun olacak şekilde; müfredatın ilk iki yıllık döneminde, teorik dersler ve uygulamalar, “Entegre Hekimlik Uygulamaları” adı altında; PDÖ oturumları, alan çalışmaları, klinik beceriler, iletişim becerileri ve tıp kültür sanat eğitimleri ile desteklenmiştir. Tıp Eğitimi Birimi'nce (TEB) düzenlenen bu eğitimler, ders kurullarında entegrasyon ve kurul öğrenme hedeflerine uygun olarak belirlenmektedir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik becerilerden sorumlu olan Klinik Beceriler Alt Birimidir. ADÜ Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun 1999 yılında “Tıp Eğitimi Birimi Kuruluş ve İşleyişi; klinik beceri, iletişim becerileri, PDÖ oturumları, alan çalışmaları, tıbbi metin okuma becerisi gibi entegre hekimlik uygulamalarını düzenlenmesi ve sürdürülmesine katkıda bulunmak” şeklinde belirtilmiştir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimleri Tıp Eğitimi Alt Birimi'ne bağlı olarak Entegre Hekimlik Uygulamaları adı altında Klinik Beceri Alt Birimi'nin düzenlemeleri ile 1999-2000 eğitim öğretim yılında başlayarak klinik becerilerin içerikleri farklı tıp fakültelerinin içerikleri incelenerek mevcut ders kurullarındaki entegrasyon ve kurul öğrenme hedeflerine uygun olarak belirlenmiştir. Klinik becerilerin en fazla 20 kişiden oluşacak dört farklı küçük grupta yapılmasına karar verilmiştir (30, 95).

3.2.6. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrencilerin gereksinimleri nelerdir?

Klinik beceri eğitim programına ilişkin anket formlarında öğrenciler 2 numaralı açık uçlu soruda; beceri eğitimleri ile ilgili beğenmedikleri özellikleri ve bunlarla ilgili önerilerini sıralamıştır. Bu soruya cevap veren 165 öğrencinin beğenmediği özellikler ve önerileri düzenlenerek öğrenci gereksinimlerini gösteren şekilde sıklıklarına göre sıralanmışlardır (Tablo 18).

Tablo 18. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programına ilişkin beklentilerine dair yanıtları	Öğrenci n
1. Manken-maket sayısının artırılması	85
2. Manken-maket niteliklerinin iyileştirilmesi	71
3. Öğrenci sayısının azaltılması	54
4. Laboratuvarların fiziksel koşullarının iyileştirilmesi	54
5. Uygulama sayı ve süresinin artırılması	32
6. Eğitici ve organizasyon sorunlarının giderilmesi	25
7. Program değişikliklerinin öğrencilere zamanında bildirilmesi	21

1. Öğrenciler, manken-maket sayısının az olmasını beğenmediklerini manken-maket sayısının artırılmasına gereksinim duyduklarını belirtmektedir (n:85),
2. Yıllardır kullanılmakta olan manken-maketlerin niteliğinin kötü olması nedeni ile yenilenmeleri (n:71),
3. Öğrenci sayısının fazlalığı nedeni ile grup sayısının ve eğitici sayısının artırılması ile gruplardaki öğrenci sayısının azaltılması (n:54),
4. Klinik beceri laboratuvarlarının fiziksel koşullarının olumsuzlukları bulunduğunu; laboratuvarların daha geniş, aydınlık ve kapsamlı olarak düzenlenmeleri (n:54),
5. Uygulamaların sayısının ve süresinin yetersizliğinden şikayet ederek beceri uygulamalarına ayrılan sürenin artırılması (n:32),

6. Eğitcilerin geç gelmesinin sorun olduğu belirtilerek, klinik beceri eğitimi eğitici ve laboratuvar organizasyonlarının iyi yapılmasını, eğitcilerin uygulamaları konusunda önceden bilgilendirilerek ve bu konuda daha özenli davranarak mağduriyetin giderilmesi (n:25),
7. Klinik beceri eğitim programında yapılan anlık değişikliklerin kendilerine haber verilmemesinden Őikayetçi olduklarını, değişikliklerden önceden haberdar edilmeleri yönünde gereksinimlerini bildirmişlerdir (n:21).

3.2.7. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci beklentileri nelerdir?

Öğrencilerin klinik beceri eğitim programına ilişkin beklentileri, klinik beceri eğitimine ilişkin öneri ve eleştirilerin sorgulandığı 4 numaralı açık uçlu soruya cevap veren 125 öğrencinin yanıtlarının incelenmesi ile ortaya konulmuştur. Öğrencilerin önerilerinin yer aldığı yanıtlar sıklıklarına göre sıralanarak öğrenci beklentileri olarak belirtilmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Öğrencilerin beklentileri	Öğrenci sayısı n
1. Manken-maket sayısının artırılması	65
2. Öğrenci sayısının azaltılması	48
3. Manken-maket niteliğinin iyileştirilmesi	44
4. Eğitcilerin devamının sağlanması	28
5. Fiziksel koşulların iyileştirilmesi	26
6. Birebir uygulama yapılabilmesi	23
7. Becerilere ayrılan sürenin artırılması	20
8. Eğitici sayısının artırılması	18

Öğrencilerin beklentileri sıklıklarına göre;

1. Manken-maket sayısının artırılması (n: 65),
2. Öğrenci sayısının azaltılması ve becerilerin küçük gruplarda yapılması (n: 48),
3. Eğitimlerin gerçeğe uygun, kaliteli, yıpranmamış nitelikte manken-maketler ile yapılması (n: 44),

4. Eğitimlerin işleyişinin dzenlenerek eğiticilerin geç gelmesi veya gelmemesinin onlenmesi (n: 28),
5. Fiziki koşulların dzenlenmesi veya yeni laboratuvarlar yapılması (n:26),
6. Birebir uygulama yapılması (n:23),
7. Klinik beceri eğitimlerine ayrılan surenin artırılması (n:20),
8. Eğitici sayısının artırılması (n:18) olarak tespit edilmiştir.

3.2.8.Klinik beceri eğitim programının amaçları mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?

Klinik beceri eğitim programı yaklaşık 12 yıl once sınıflardaki oğrenci sayısının 80 kişi olduğu yıllarda, kucuk gruplarda uygulanmak uzere her gruba en fazla 20 kişi duşecek ve toplam dort grup olacak şekilde tasarlanmıştır. Tasarlanıp uygulanmaya başlandıktan sonra herhangi bir dzenlemeye gidilmemiştir. Mevcut durumda ise 1. sınıfların 136 kişi olduğu duşunulurse grup sayısının aynı kaldığı eğitim programında gruplar 34'er kişilik olmaktadır. Birinci ve ikinci sınıfta toplam 53 beceride gorev yapmak uzere 19 anabilim dalından eğiticiler gorevlendirilmiştir. Eğitici sayısının oğrenci sayısına paralel olarak artmamış olması nedeni ile klinik beceri eğitim programı mevcut duruma goşe geliştirilmeye gereksinim duymaktadır.

3.3. Girdiye İlişkin Araştırma Soruları

3.3.1. Öğrencilerin bilişsel alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım teorik bilgileri daha önceki bilgilerimle ilişkilendirebildim” (Madde 7) maddesine;

1.sınıflar % 45,6 katılıyorum, (Medyan: 3,0)

2.sınıflar % 43,1 katılıyorum, (Medyan: 3,0)

3.sınıflar ise % 27,9 katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasındaki fark anlamlıdır ($p<0,001$). Farklılığın 3. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Eğiticilerin eğitici anketinde bu maddeye karşılık gelen maddeye (Madde 7) cevapları % 38,2 kararsız iken, % 32,4 katılmıyorum (Medyan: 3,0) şeklinde olmuştur (Tablo 22).

3.3.2. Öğrencilerin psikomotor alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım pratik becerileri daha önceki becerilerimle geliştirebildim” (Madde 8) maddesine;

1.sınıflar % 51,5 katılıyorum, (Medyan: 4,0),

2.sınıflar % 41,7 kararsızım, % 27,8 katılıyorum, (Medyan: 3,0),

3.sınıflar ise % 33,7 katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farkın 1. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 21) .

Eğiticilerin eğitici anketinde bu maddeye karşılık gelen maddeye (Madde 8) cevapları %38,2 kararsız iken, % 26,5 katılıyorum (Medyan: 3,0) şeklinde olmuştur (Tablo 22).

3.3.3. Öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin motivasyonları nasıldır?

- Öğrenci anketinde “klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekliyim” (Madde 9)

maddesine;

1.sınıflar % 55,3 katılıyorum, % 30,1 tamamen katılıyorum (Medyan:4,0),

2.sınıflar % 48,6 katılıyorum, % 23,6 tamamen katılıyorum (Medyan:4,0),

3.sınıflar ise % 38,4 katılıyorum, % 32,6 tamamen katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p: 0,205) (Tablo 21).

Eğiticilerin “öğrenciler klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekli idi” maddesine (Madde 9) % 32,4’ü katılıyorum, % 14,7’si de tamamen katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermiştir (Tablo 22).

- Öğrenci anketinde “klinik beceri eğitimlerinin zaman kaybı olduğunu düşünüyorum”

(Madde 10) maddesine;

1.sınıflar % 51,5 hiç katılmıyorum, (Medyan:1,0)

2.sınıflar % 45,8 hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıflar ise % 50 hiç katılmıyorum (Medyan:1,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p: 0,8) (Tablo 21).

3.3.4. Klinik beceri eğitim programının hedefleri nelerdir?

Klinik beceri eğitiminin hedefleri özel olarak yer almamaktadır. EHU içinde ilk iki yıllık programda yatay olarak entegre edilmiş beceri eğitim programının hedefleri 1. ve 2. sınıfa ait ders kurullarının hedeflerinde yer alan beceri hedefleri arasından alınmıştır (100).

Birinci Sınıf Beceri Hedefleri

1. Temel Tıp Bilimleri 1. Ders Kurulu: Biyolojik materyalle çalışma; el yıkama; steril eldiven giyme ve eldiven çıkarma.
2. Temel Tıp Bilimleri 2. Ders Kurulu: İlk yardım
3. Temel Tıp Bilimleri 3. Ders Kurulu: Damar içi sıvı uygulama setini hazırlama; vene girme becerisi; koldan enjektöre venöz kan alma; ORS sıvısının hazırlanması.
4. Temel Tıp Bilimleri 4. Ders Kurulu: Striple idrarda şeker ölçme; subkutan enjeksiyon; glukometre ile kan şekerini ölçme.
5. Kas-İskelet Sistemi Ders Kurulu: Kas-iskelet sistemi fizik bakışı; bandaj ve sargı uygulama; kırık tespiti, atel yapma; refleksleri değerlendirme (100).

İkinci Sınıf Beceri Hedefleri

1. Dolaşım Solunum Sistemleri Ders Kurulu: Göğsün önden ve arkadan fizik bakışı ile çocukta kalp ve göğüs bakışı; anterior rinoskopi-orofarenks bakışı; kalp ve sınırlanmış damar bakışı ile periferik damar bakışı; kan basıncı ölçümü ve EKG değerlendirme; solunum fonksiyon testleri ve normal toraks radyolojisi
2. Endokrin ve Üreme Sistemleri Ders Kurulu: Boyun ve tiroit bakışı; kadın ve erkek genital sistem fizik bakışı; meme ve aksilla bakışı
3. Hastalıkların Biyolojik Temeli Ders Kurulu: Yara pansumanı, primer dikiş atma; boğaz kültürü alma ve ekim yapma; PPD
4. Sindirim Sistemi ve Metabolizma Ders Kurulu: Boy ve ağırlık ölçümü, beden sıcaklığının ölçülmesi, nazogastrik sonda uygulama, karın fizik bakışı; anal bakı ve rektal tuşe; kadın ve erkekte üretral yoldan kateter yerleştirme; sindirim ve üriner sistem radyolojisine giriş
5. Sinir ve Duyu Sistemleri Ders Kurulu: Beyin sapı refleksleri; işitme ve denge testleri; oftalmoskopi, otoskopi; deri bilimsel bakı (100).

3.3.5. Klinik beceri eğitim programının içeriği nedir?

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimi öğrencilere kliniğe giriş öncesi ilk iki yıllık dönemde meslek yaşamlarında kullanacakları temel klinik becerilerin verilmesi amacı ile tasarlanmıştır.

Birinci sınıfta; biyolojik materyalle çalışma; el yıkama; steril eldiven giyme ve eldiven çıkarma, beden sıcaklığı ve tansiyon ölçme; ilk yardım, travmalı hastaya yaklaşım; CPR; damar içi sıvı uygulama setini hazırlama; vene girme becerisi; koldan enjektöre venöz kan alma; striples idrarda şeker ölçme; intramusküler enjeksiyon; subkutan enjeksiyon; glukometre ile kan şekerini ölçme; kas-iskelet sistemi fizik bakışı; kanama kontrolü; bandaj ve sargı uygulama; kas iskelet sistemi radyolojisi becerileri yer almaktadır (100).

Birinci sınıf beceri hedeflerinde yer alan; kırık tespiti, atel yapma; ORS sıvısının hazırlanması, refleksleri değerlendirme ders programında yer almadığı için içerik olarak eklenmemiştir (96).

Beceri hedeflerinde yer almadığı halde içerikte yer alan; intramusküler enjeksiyon; kanama kontrolü; CPR; travmalı hastaya yaklaşım; beden sıcaklığı ve tansiyon ölçme becerileri ders programında yer aldığı için içeriğe eklenmiştir (96).

İkinci sınıfta; göğsün önden ve arkadan fizik bakışı; çocukta kalp ve göğüs bakışı; anterior rinoskopi-orofarenks bakışı; kalp ve sınırlanmış damar bakışı ile periferik damar bakışı; solunum fonksiyon testleri ve normal toraks radyolojisi; boyun ve tiroit bakışı; kadın ve erkek genital sistem fizik bakışı; meme ve aksilla bakışı; yara pansumanı, primer dikiş atma; boğaz kültürü alma ve ekim yapma; karın fizik bakışı; anal bakı ve rektal tuşe; kadın ve erkekte üretral yoldan kateter yerleştirme; sindirim ve üriner sistem radyolojisine giriş; beyin sapı refleksleri; oftalmoskopi, otoskopi becerileri yer almaktadır (100).

İkinci sınıf beceri hedeflerinde yer aldığı halde ders programında yer alamayan beceriler; PPD, EKG değerlendirme, boy ve ağırlık ölçümü, nazogastrik sonda uygulama, deri bilimsel bakı işitme ve denge testleri olarak tespit edilmiştir. Beden sıcaklığı ve tansiyon ölçme becerileri ikinci sınıf hedefleri arasında görülürken programda birinci sınıfta verilmektedir (97).

3.3.6. Klinik beceri eğitim programında uygulanmakta olan öğretim yöntem ve teknikleri nelerdir?

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimlerinde radyolojik tetkik incelenmeleri amfilerde teorik ders olarak anlatım yöntemi ile yapılmaktadır. Bunların dışında tüm uygulamalarda demonstrasyon (gösterip yapma) yöntemi kullanılmaktadır. Öğrenciler, konusunda uzman bir eğitici gözetiminde, önceden hazırlanmış eğitim rehberleri eşliğinde, manken ve maketler ile eğitim görmektedir. Bir öğrenci, eğitim rehberinde yer alan basamakları tek tek okurken eğitici okunan her basamağı tüm öğrencilerin görebileceği bir şekilde adım adım uygulayarak tüm basamakların uygulaması bittikten sonra da uygulamayı olması gereken bir hızda tekrar uygulamaktadır. Eğitici uygulamayı yaparken dikkat edilmesi gereken noktaları vurgulamaktadır(30) . Beceri eğitimlerinde grupların kalabalık olması nedeni ile her beceri tüm öğrencilerce yapılamamaktadır. Grupların kalabalık olması nedeni ile öğrencilerin performansları için geri bildirim verilememektedir.

ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlık Eğitim Koordinatörlük Birimi'nden Şubat 2012'de edinilen bilgiye göre klinik beceri eğitimleri sonrasında öğrencilerden ve eğitimcilerden eğitimlerle ilgili olarak geri bildirim alınmadığı, geri bildirimlerin ders kurulları sonunda yapılan sınavlar sonrasında alınmakta olduğu, fakat onlarda da EHU ile ilgili sorgulamanın bulunmadığı saptanmıştır.

3.3.7. Klinik beceri eğitim programı ile ilgili eldeki mevcut kaynaklar, eğitim materyalleri nelerdir?

Klinik beceri eğitim programında; 3 adedi klinik beceri laboratuvarı, bir adedi de iletişim becerileri laboratuvarı olmak üzere toplam dört farklı laboratuvar kullanılmaktadır. Tam zamanlı çalışan bir görevlinin bulunmadığı klinik beceri laboratuvarları, tıp fakültesinde derslikler binasındaki temel bilimlere ait tüm laboratuvarlar ve malzemeler ile ilgilenen görevlinin sorumluluğunda bulunmaktadır. Klinik beceri eğitim laboratuvarlarından sorumlu personel; klinik beceri eğitiminde kullanılan malzemelerin depolanması ve laboratuvarların kilitlemesi, açılması, gerekli malzemelerin çıkarılmasından sorumludur.

Klinik beceri eğitimlerinde görev alan eğiticiler eğitim öğretim yılı başında uzmanlık alanları göz önünde bulundurularak çoğunluğunu klinik beceriler alt biriminde görev almakta olan eğiticilerin oluşturduğu bir liste halinde ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlığına iletilmekte ve dekanlık tarafından uzmanlık alanlarına uygun olan becerilerde eğiticilik yapmak için görevlendirilmektedirler.

ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı İdari Mali İşler ile Nisan 2012’de yapılan görüşmede; klinik beceri eğitim programı için özel bir bütçe ayrılmadığı gerekli malzeme listesinin alt birim tarafından her yıl ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı’na iletildiği, malzeme alımlarının tıp fakültesi için yapılan toplu alımlar ile yapıldığı belirtilmiştir. Yapılan görüşmede son beş yıl içinde klinik beceri laboratuvarları için manken maket alımının yapılmadığı belirtilmiştir.

Klinik Beceri Laboratuvarı’ndan sorumlu personelden Nisan 2012’de temin edilmiş olan malzeme listesi aşağıda sıralanmaktadır;

- Susie eğitim maketi 5 adet
- Erişkin ilk yardım maketi 5 adet

- Bebek ilk yardım maketi 3 adet
- İV kol enjeksiyon maketi 4 adet
- Kırık çıkık bebek maketi 3 adet
- Emzirme bebek maketi 1 adet
- Doğum maketi 3 adet
- Sütür eğitim kol maketi 3 adet
- Pansuman seti 2 adet
- Tansiyon aleti 5 adet

Kullanılmakta olan klinik beceri laboratuvarlarının fiziki koşulları ve demirbaş listeleri;

Klinik beceri laboratuvarı – 1; Toplam 49 m² olan laboratuvarda 32 adet kolçaklı sandalye, 2 adet masa ve bir adet hasta yatağı bulunmaktadır.

Klinik beceri laboratuvarı – 2; Toplam 51 m² olan laboratuvarda 42 adet kolçaklı sandalye, 2 adet masa ve bir adet hasta yatağı bulunmaktadır.

Klinik beceri laboratuvarı – 3; Toplam 50 m² olan laboratuvarda 45 adet kolçaklı sandalye, 2 adet masa ve bir adet hasta yatağı bulunmaktadır.

İletişim becerileri laboratuvarı; Toplam 151 m² olan laboratuvarda 52 adet büro tipi sandalye, 15 adet kolçaklı sandalye, 1 takım U şeklinde masa bulunmaktadır.

Klinik beceri laboratuvarlarında bilgisayar, televizyon veya benzeri elektronik aletler bulunmamaktadır. Radyoloji ile ilgili beceriler dersliklerde veya amfilerde teorik şekilde yapılmaktadır. Beceri eğitimlerinde birinci ve ikinci sınıflar için uygulanacak becerilerin basamaklı halde yer aldığı klinik beceri eğitim rehberleri kullanılmaktadır.

- Öğrencilerin “Klinik beceri laboratuvarının fiziki koşulları (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırılması, havalanması, ısınması, soğutması) yeterliydi” (Madde 33) maddesine;

1.sınıfların % 35'i katılıyorum, (Medyan:3,0)

2.sınıfların % 40,3'ü hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıfların % 39,5'i hiç katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın 1. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Eğiticilerin % 38,2'si bu maddeye (Madde 13) katılmıyorum cevabını (Medyan:2,0) vermişlerdir (Tablo 22).

- Öğrencilerin “Klinik beceri laboratuvarında masa ve sandalye sayısı yeterliydi”

(Madde 34) maddesine;

1.sınıfların % 42,7'si katılıyorum, (Medyan:3,0)

2.sınıfların % 31,9'u hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıfların % 44,2'si hiç katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 21).

Eğiticilerin % 47'si bu maddede (Madde 14) olumsuz görüş bildirmiştir (Medyan:3,0) (Tablo 22).

3.3.8. Eğiticilerin klinik beceri eğitimleri ile ilgili becerileri nelerdir?

Eğiticilerin % 73,5'i (n=25) eğitici gelişim programlarına katılarak beceri eğitimi ile ilgili eğitim almış olduklarını belirtmişlerdir (Tablo 6). Becerilerde uzmanlık alanlarına göre görevlendirilen eğiticilerin (Madde 10) “Klinik beceri eğitimlerinde öğrettiğim becerileri mesleki uygulamalarımda sıklıkla kullanıyorum” maddesinde % 47,1'i katılıyorum, % 29,4'ü tamamen katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 22).

Tablo 20. Girdiye ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

Girdi Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
2.Klinik beceri eğitimleri için ayrılan süre öğrenmem için yeterliydi	4 3,9	24 23,3	40 38,8	29 28,2	6 5,8	14 19,4	24 33,3	17 23,6	16 22,2	1 1,4	28 32,6	35 40,7	10 11,6	10 11,6	3 3,5
7.Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım teorik bilgileri daha önceki bilgilerimle ilişkilendirebildim	4 3,9	13 12,6	35 34	47 45,6	4 3,9	7 9,7	13 18,1	20 27,8	31 43,1	1 1,4	16 18,6	23 26,7	22 25,6	24 27,9	1 1,2
8.Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım pratik becerileri daha önceki becerilerimle geliştirebildim	2 1,9	12 11,7	26 25,2	53 51,5	10 9,7	3 4,2	17 23,6	30 41,7	20 27,8	2 2,8	16 18,6	23 26,7	17 19,8	29 33,7	1 1,2
9.Klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekliyim	0 0	8 7,8	7 6,8	57 55,3	31 30,1	4 5,1	4 5,6	12 16,7	35 48,6	17 23,6	7 8,1	8 9,3	10 11,6	33 38,4	28 32,6
10.Klinik beceri eğitimlerinin zaman kaybı olduğunu düşünüyorum	53 51,5	26 25,2	15 14,6	6 5,8	3 2,9	33 45,8	25 34,7	8 11,1	4 5,6	2 2,8	43 50	18 20,9	11 12,8	10 11,6	4 4,7
33. Klinik beceri laboratuvarının fiziki koşulları (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırması, havalanması, ısınması, soğutması) yeterliydi	10 9,7	19 18,4	32 31,1	36 35	6 5,8	29 40,3	20 27,8	10 13,9	12 16,7	1 1,4	34 39,5	30 34,9	13 15,1	8 9,3	1 1,2
34. Klinik beceri laboratuvarında masa ve sandalye sayısı yeterliydi	12 11,7	24 23,3	16 15,5	44 42,7	7 6,8	23 31,9	20 27,8	12 16,7	14 19,4	3 4,2	38 44,2	23 26,7	12 14	12 14	1 1,2

Tablo 21. Öğrencilerin girdiye ilişkin yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması [Medyan (25 – 75 persantil)]

Madde	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		P	χ^2
	Medya	(25-75) persantil	Medyan	(25 – 75) persantil	Medyan	(25 - 75) persantil		
Madde2	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(2,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	38,002
Madde7	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	17,400
Madde8	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	28,759
Madde9	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 5,0)	0,205	3,174
Madde10	1,0	(1,0 - 2,0)	2,0	(1,0 - 2,0)	1,5	(1,0 - 3,0)	0,806	0,432
Madde33	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	49,088
Madde34	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	36,951

*Kruskal Wallis testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 22. Girdiye ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı

Girdi Maddeleri	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Medyan
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
	2.Klinik beceri eğitimleri için ayrılan süre öğrencilerin öğrenmesi için yeterliydi	6	17,6	8	23,5	6	17,6	12	35,3	2	
7. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları teorik bilgileri daha önceki bilgileri ile ilişkilendirebildi	4	11,8	11	32,4	13	38,2	5	14,7	1	2,9	3,0
8. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları pratik becerileri daha önceki becerileri ilişkilendirebildi	5	14,7	7	20,6	13	38,2	9	26,5	0	0	3,0
9. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekli idi	4	11,8	9	26,5	5	14,7	11	32,4	5	14,7	3,0
10.Klinik beceri eğitimlerinde öğrettiğim becerileri mesleki yaşamımda sıklıkla kullanıyorum	1	2,9	6	17,6	1	2,9	16	47,1	10	29,4	4,0
11. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerle rahatlıkla iletişim kurabildim	3	8,8	3	8,8	2	5,9	13	38,2	13	38,2	4,0

3.3.9. Klinik beceri eğitim programına ayrılan süre yeterli midir?

ADÜ Tıp Fakültesi 2003 – 2012 yıllarına ait Eğitim Öğretim Rehberleri incelenerek klinik beceri eğitimine ayrılan süreler tespit edilerek tablo haline getirilmiştir. 2011-2012 yılında toplam ders sayısı 829 (635 teorik, 194 uygulama) olan birinci sınıflarda klinik beceriler (teorik 4, uygulama 19) toplam ders yüzdesinde % 2,88’lik yer kaplamaktadır . 2011-2012 yılında toplam ders sayısı 865 (685 teorik, 180 uygulama) olan 2. sınıflarda ise klinik beceriler (teorik 5, uygulama 24), toplam ders yüzdesinde % 3,35’lik bir dilimi kaplamaktadır (Tablo 23).

Tablo 23. Birinci ve ikinci sınıf klinik beceri derslerinin birinci ve ikinci sınıftaki toplam uygulama ve ders saatlerine göre yüzdeleri												
Yıllar	BİRİNCİ SINIFLAR						İKİNCİ SINIFLAR					
	Toplam ders saati	Klinik beceri ders saati	Klinik beceri ders yüzdesi (%)	Toplam uygulama saati	Klinik beceri uygulama saati	Klinik beceri uygulama yüzdesi (%)	Toplam ders saati	Klinik beceri ders saati	Klinik beceri ders yüzdesi (%)	Toplam uygulama saati	Klinik beceri uygulama saati	Klinik beceri uygulama yüzdesi (%)
2003-2004	965	40	4.15	276	37	13.41	938	38	4.05	252	38	15.08
2004-2005	926	23	2.48	243	20	8.23	909	32	2.53	226	32	14.16
2005-2006	920	23	2.5	241	20	8.29	913	30	3.28	228	30	14.43
2006-2007	922	23	2.49	213	20	9.39	915	30	3.27	208	30	9.62
2007-2008	918	23	2.51	208	19	9.13	905	30	3.08	201	25	12.44
2008-2009	859	23	2.68	200	19	9.50	871	29	3.30	188	24	12.76
2009-2010	851	23	2.70	192	19	9.89	866	29	3.35	183	24	13.11
2010-2011	854	23	2.69	194	19	9.79	876	29	3.10	183	24	13.11
2011-2012	829	23	2.88	194	19	9.79	865	29	3.35	180	24	13.33

Tablo 23’de birinci sınıflara ait veriler incelendiğinde; dokuz yıllık sürede birinci sınıf klinik beceri eğitimlerinin, toplam ders yüzdesine göre % 4,15’den % 2,88’e, uygulama olarak bakıldığında ise % 13,4’den % 9,79’a gerilediği görülmektedir. Tablo 23’de ikinci sınıflara ait veriler incelendiğinde; dokuz yıllık sürede ikinci sınıf klinik beceri eğitimlerinin, toplam ders

yüzdesine göre % 4,05'den % 3,35'e, uygulama olarak bakıldığında ise % 15,08'den % 13,33'e gerilediği görülmektedir. Dokuz yıl içinde her iki sınıf için de klinik beceri eğitimlerinde toplam ders ve uygulama saatlerine göre bir azalma olduğu gözlenmektedir.

- Öğrenci anketinde “Klinik beceri eğitimleri için ayrılan süre öğrenmem için yeterliydi” (Madde 2) maddesine;
1.sınıfların % 38,8'i kararsızım, % 28,2'si katılıyorum, (Medyan:3,0)
2.sınıfların % 33,3 katılmıyorum, % 23,6'sı kararsızım, (Medyan:2,0)
3.sınıfların ise % 40,7'si katılmıyorum, % 32,6'sı ise hiç katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 20).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 22).

3.4. Sürece İlişkin Araştırma Soruları

3.4.1. Eğitici ve öğrencilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?

- “Klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine (manken, maket, laboratuvar malzemeleri, vb.) yer verildi” (Madde 11) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 66’sı katılıyorum,

2.sınıf öğrencilerinin % 34,7’si katılıyorum,

3.sınıf öğrencilerinin % 27,9’u katılıyorum cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Eğiticilerin bu maddeye (Madde 17) cevapları; % 47,1 katılıyorum (Medyan:4) olmuştur (Tablo 26).

- “Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maket sayısı yeterliydi” (Madde 12) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 31,4’ü katılmıyorum, (Medyan:2,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 70,8’i hiç katılmıyorum, (Medyan:1,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 53,4’ü hiç katılmıyorum (Medyan:1,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 25).

Eğiticilerin % 35,3’ü bu maddeye (Madde 18) cevapları katılıyorum (Medyan:3,0) olmuştur (Tablo 26).

- “Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler gerçeğe uygun ve gerçeği

yansıtıyor idi” (Madde 13) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 54,4’ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 44,4’ü hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 26,7’si hiç katılmıyorum (Medyan:2,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın üçüncü sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Eğiticilerin % 38,2’si bu maddeye (Madde:19) katılıyorum cevabını (Medyan:3,0) vermişlerdir (Tablo 26).

- “Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler sağlamdı” (Madde 14)

maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 41,7’si katılıyorum, (Medyan:3,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 47,2’si hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 33,7’si hiç katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Eğiticilerin % 32,4’ü bu maddeye (Madde 20) katılıyorum, % 32,4’ü kararsızım cevabını (Medyan:3,0) vermişlerdir (Tablo 26).

İki numaralı açık uçlu soruda 165 öğrenci klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğenmedikleri özellikleri ve önerilerini belirtmişlerdir. Yanıtlar sıklıklarına göre sıralanmıştır. Öğrenciler;

- Manken-maket sayısının az olmasını beğenmediklerini belirterek sayının artırılmasını önermişlerdir (n:85),

- Manken-maketlerin niteliklerinin kötü olmasını beğenmediklerini belirterek, eskimiş ve yıpranmış manken maketlerin yenilerinin alınmasını önermişlerdir (n:71),
- Laboratuvarların fiziki koşullarını beğenmediklerini belirterek, yeni laboratuvarlar yapılmasını önermişlerdir (n:54),
- Öğrenci sayısının fazlalığını beğenmediklerini belirterek, eğitici sayısının artırılmasını ve grup sayısını artırılmasını önermişlerdir (n:54),
- Eğiticilerin uygulamalara geç gelmesini beğenmediklerini belirterek, eğiticilerin zamanında bilgilendirilmelerini önermişlerdir (n:25).

• “Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler kullanışlıydı” (Madde 15) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 51,5’i katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 38,9’u hiç katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 27,9’u hiç katılmıyorum, % 27,9’u katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın 1, 2 ve 3. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Eğiticilerin % 32,4’ü bu maddeye (Madde 21) kararsızım, % 29,4’ü katılıyorum cevabını (Medyan: 3,0) vermişlerdir (Tablo 26).

• “Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maketlerin öğrenmeme katkısı olduğuna inanıyorum” (Madde 16) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 65’i katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 30,6’sı katılıyorum, (Medyan:3,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 51,2'si katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın 2. ve 3. sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 25).

Eğiticilerin % 44,1'i bu maddeye (Madde 22) katılıyorum, % 17,6'sı tamamen katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 26).

Öğrenci anketinde, bir numaralı açık uçlu soruda 155 öğrenciden 33'ü eğitim rehberlerinin iyi hazırlanmış ve anlaşılır olması, 21'i klinik beceri eğitimine ilişkin en beğendiği özelliğin eğitimlerde manken-maketlerin kullanılıyor olmasının öğrenmeyi kolaylaştırması olması, 18 kişi eğitimin uygulamalı ve interaktif olması ve öğrencilerin eğitime aktif katılabilmeleri olarak yanıtlamıştır.

- “Klinik beceri eğitim rehberleri öğrenmeyi kolaylaştırdı” (Madde 17) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 60,2'si katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıf öğrencilerinin % 58,3'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

3.sınıf öğrencilerinin ise % 44,2'si katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 24).

Sınıflar arası anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p:0,093$) (Tablo 25).

Eğiticilerin ise % 47,1'i bu maddeye (Madde 23) katıldıklarını, % 5,9'u tamamen katıldıklarını (Medyan:4,0) bildirmişlerdir (Tablo 26).

3.4.2. Birinci ve ikinci sınıflara ait beceri eğitim rehberlerinin incelenmesi

Birinci sınıflar için 14 (% 31,8), ikinci sınıflar için 30 (% 68,2) olmak üzere toplam 44 becerinin yer aldığı beceri eğitim rehberleri, araştırmacı tarafından hazırlanan beceri rehberi

değerlendirme formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirilen rehberlerin % 88,6'sında amaç cümlesi bulunmaktadır, % 63,6'sında amaç cümlesi açık ve nettir, % 59,1'inde beceride kullanılacak araçlar uygun olarak belirtilmiştir, tüm beceriler basamaklandırılmış olup % 90,9'unda uygun olarak basamaklandırılmıştır. Değerlendirilen rehberlerin % 54,5'inde beceri basamakları uygun sıralanmıştır, % 47,7'sinde eksik basamak bulunmamaktadır, % 56,8'inde basamakların tam olması geliştirilebilir olarak belirlenmiştir. Rehberlerin % 59,1'inde beceriye ilişkin her basamakta tek işlem ifade edilmesinin geliştirilebilir olduğu, % 52,3'ünde ifadelerin netliğinin geliştirilebileceği ve rehberlerin tümünde değerlendirme ve ölçek bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 27).

3.4.3. Eğiticilerin ve öğrencilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?

- “Klinik becerileri tek başına uygulama fırsatım oldu” (Madde 18) maddesine;

1. sınıf öğrencilerinin % 47,6'sı katılıyorum (Medyan:4,0),

2. sınıf öğrencilerinin % 26,4'ü tamamen katılıyorum (Medyan:3,0),

3. sınıf öğrencilerinin % 36'sı hiç katılmıyorum cevabını (Medyan:2,0) vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 24).

Eğiticilerin % 38,2'si bu maddeye (Madde 24) katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimleri sonrasında uyguladığım becerileri bağımsız olarak uygulama fırsatım oldu” (Madde 19) maddesine;

1. sınıf öğrencilerinin % 39,8'i katılmıyorum (Medyan:2,0),

2. sınıf öğrencilerinin % 43,1'i hiç katılmıyorum (Medyan:2,0),

3. sınıf öğrencilerinin % 39,5'i hiç katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 32,4'ü bu maddede (Madde 25) kararsız olduklarını bildirirken % 26,5'i ise katılmıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimleri arkadaşlarımla işbirliği yaparak öğrenmemi kolaylaştırdı”

(Madde 20) maddesine;

1. sınıf öğrencilerinin % 56,3'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

2. sınıf öğrencilerinin % 33,3'ü katılıyorum, (Medyan:3,0)

3. sınıf öğrencilerinin % 27,8'i katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 44,1'i bu maddeye (Madde 26) katılıyorum (Medyan:3,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulaması öğrenmemi kolaylaştırdı”

(Madde 21) maddesine;

1. sınıf öğrencilerinin % 53,4'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

2. sınıf öğrencilerinin % 36,1'i katılıyorum, (Medyan:3,0)

3. sınıf öğrencilerinin % 31,4'ü kararsızım, % 27,9'u katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p:0,001). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 55,9'u bu maddeye (Madde 27) katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimlerinde düzenli geri bildirim verildi” (Madde 22) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 38,9'u katılmıyorum, (Medyan:2,0)

2. sınıf öğrencilerinin % 44,4'ü kesinlikle katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3. sınıf öğrencilerinin % 40,7'si katılmıyorum cevabını (Medyan:2,0) vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticiler; “Klinik beceri eğitimlerinde tüm öğrencilere geri bildirim verme fırsatım oldu” maddesine (Madde 28) % 29,4'ü katılmıyorum, % 26,5'i kesinlikle katılmıyorum (Medyan: 2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimlerinde geri bildirim verilmesi öğrenmemi kolaylaştırdı” (Madde 23) maddesine;

1.sınıf öğrencilerinin % 36,9'u katılmıyorum, (Medyan:2,0)

2. sınıf öğrencilerinin % 36,1'i katılıyorum, (Medyan:2,0)

3. sınıf öğrencilerinin % 30,2'si kararsızım, % 25,6'sı kesinlikle katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p:0,003). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin, % 41,2'si bu maddeye (Madde 29) kararsızım, % 26,5'i katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitimlerine aktif katılmama imkan sağlandı” (Madde 28) maddesine;
1.sınıf öğrencilerinin % 56,3'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)
2. sınıf öğrencilerinin % 33,3'ü katılıyorum, (Medyan:3,0)
3. sınıf öğrencilerinin % 27,8'i katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).
Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 24).

Eğiticilerin % 52,9'u “Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin aktif katılımına imkan sağlandı” (Madde 36) maddesine katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

3.4.4. Eğiticilerin ve öğrencilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?

- “Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan değerlendirme yönteminin uygun olduğunu düşünüyorum” (Madde 24) maddesine;
1.sınıfların % 35 katılıyorum, (Medyan:3,0)
2.sınıfların % 36,1 tamamen katılıyorum, (Medyan:3,0)
3.sınıfların ise % 30,2 kararsızım, %25,6'sı hiç katılmıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p:0,01$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 24).

Eğiticilerin % 35,3'ü bu maddeye (Madde 30) katıldıklarını (Medyan:3,0) bildirmişlerdir (Tablo 25).

- “Değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağladığını düşünüyorum” (Madde 25) maddesine;

1.sınıfların %43,7’si kararsızım, % 34’ü katılıyorum,(Medyan:3,0)

2.sınıfların %36,1’i katılıyorum, (Medyan:3,0)

3.sınıfların ise %27,9’u kararsızım, %27,9’u katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23). Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p:0,09) (Tablo 24).

Eğiticilerin % 52,9’u bu maddeye (Madde 31) katıldıklarını (Medyan:4,0) bildirmişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri sınavında değerlendirme rehberini rahatlıkla kullanabildim” maddesine (Madde 33) eğiticilerin % 55,9’u katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri sınavlarında gerçek performansımı sergileyebildim” (Madde 26) maddesine;

1.sınıfların % 54,4’ü kararsızım (Medyan:3,0),

2.sınıfların % 30,6’sı kararsızım (Medyan:3,0),

3.sınıfların ise % 27,9’u kararsızım (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p:0,007). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin %35,3’ü bu maddede (Madde 34) kararsız olduklarını (Medyan:3,0) bildirmişlerdir (Tablo 25).

- “Klinik beceri eğitiminin yıl sonu sınavına katkısını yeterli buluyorum” (Madde 27) maddesine;

1.sınıfların % 40,8’i kararsızım, (Medyan:3,0)

2.sınıfların % 31,9'u katılıyorum, (Medyan:3,0)

3.sınıfların ise % 29,1'i kesinlikle katılmıyorum cevabını vermişlerdir (Medyan:2,0) (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p:0,008). Farklılığın üçüncü sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin %52,9'u bu maddeye (Madde 35) kararsızım (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25) .

- “Klinik beceri sınavlarının yöntemi konusunda bilgilendirildim” (Madde 32)

maddesine eğiticilerin% 29,4'ü hiç katılmıyorum (Medyan:2,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

3.4.5. Öğrencilerin eğiticilere ilişkin görüşleri nelerdir?

- “Eğiticilerin konularında bilgili olduklarını düşünüyorum” (Madde 29) maddesine;

1.sınıfların % 60,2'si katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıfların % 59,7'si katılıyorum, (Medyan:4,0)

3.sınıfların ise % 57'si katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p:0,557) (Tablo 24).

Öğrenci anketinde, bir numaralı açık uçlu soruda; klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğendikleri özellikleri 155 öğrenci yanıtlamıştır. Yanıt sıklıklarında birinci sırada (83 öğrenci) eğiticilerin konulara hakim ve bilgili olması en beğenilen özellik olarak saptanmıştır.

- “Eğiticilerin konularında beceri sahibi olduklarını düşünüyorum” (Madde 30)

maddesine;

1.sınıfların % 53,4'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıfların % 58,3'ü katılıyorum, (Medyan:4,0)

3.sınıfların ise % 53,5'i katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p:0,178) (Tablo 24).

- “Klinik beceri eğitimlerinde eğiticilerle rahatlıkla iletişim kurabildim” (Madde31)

maddesine;

1.sınıfların % 53,4'ü katılıyorum, (Medyan: 4,0)

2.sınıfların % 50'si katılıyorum, (Medyan: 4,0)

3.sınıfların ise % 39,5'i katılıyorum cevabını (Medyan: 3,0) vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Farklılığın üçüncü ve birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin ise “Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerle rahatlıkla iletişim kurabildim” (Madde 11) maddesine; % 38,2'si tamamen katılıyorum, % 38,2'si katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

- “Eğiticiler klinik beceri eğitimlerinde sürelerini verimli kullandılar” (Madde 32)

maddesine;

1.sınıfların % 50,5'i katılıyorum, (Medyan: 4,0)

2.sınıfların % 29,2'si kararsızım, %23,6'sı katılıyorum, (Medyan: 3,0)

3.sınıfların ise % 36,7'si katılıyorum (Medyan: 2,5) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Farklılığın üçüncü ve birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 50,0'si bu maddede (Madde 12) sürelerini verimli kullanabildiklerine katıldıklarını (Medyan: 4,0) (Tablo 25) bildirmişlerdir.

3.4.6. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programının yürütülme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?

- “Klinik beceri eğitimleri ders programına uygun olarak uygulandı” (Madde 35)

maddesine;

1.sınıfların % 51,5’i katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıfların % 27,8’i katılıyorum, (Medyan:3,0)

3.sınıfların ise % 32,6’sı kararsızım, %24,4’ü katılmıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın üçüncü ve birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 52,9’u bu maddeye (Madde 15) katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

Açık uçlu 2 numaralı soruda; soruları yanıtlayan yüzyirmiyedi öğrenciden yirmibeşi klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğenmedikleri özelliklerin eğitimcilerin uygulamalara geç gelmesi veya gelmemesi olduğunu bildirmiştir. Yirmi sekiz öğrenci ise eğitimcilerin geç gelmesinin programın en önemli sorunlarından biri olduğunu belirtmişlerdir.

- “Klinik beceri eğitimlerindeki ders program değişiklikleri zamanında bildirildi”

(Madde 36) maddesine;

1.sınıfların % 34’ü katılıyorum, (Medyan:3,0)

2.sınıfların % 43,1’i kesinlikle katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıfların ise % 37,2’si kesinlikle katılmıyorum (Medyan:2,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 23).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın üçüncü ve birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 24).

Eğiticilerin % 44,1’i bu maddeye (Madde 16) katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 25).

3.4.7. Klinik beceri eğitim programında karşılaşılan problemler nelerdir?

Yüzyirmiyedi öğrencinin üç numaralı “Klinik beceri eğitimlerinde karşılatığınız en önemli 3 sorun ve çözüm önerileriniz nelerdir?” açık uçlu sorusuna verdikleri yanıtlar sıklıklarına göre sıralanarak öğrencilerin sorunları ve çözüm önerileri belirtilmiştir. Öğrenciler;

- Manken-maket sayısının az olduğunu belirterek, yeni manken-maketlerin alınarak sayının artırılmasını (n: 85),
- Manken-maketlerin niteliklerinin kötü olduğunu belirterek, eskimiş ve yıpranmış manken maketlerin yerine yenilerinin alınmasını (n:71),
- Fiziksel koşulların kötülüğünü belirterek laboratuvar koşullarının iyileştirilmesini (n:54),
- Öğrenci sayısının fazla olduğunu belirterek gruplardaki öğrenci sayısının azaltılması için grup sayısının artırılarak küçük gruplarda eğitim yapılmasını (n:54),
- Klinik beceri eğitim oturumlarının sayısının az olduğunu belirterek sayının artırılmasını (n:32) önermişlerdir.

Klinik beceri eğitim programında karşılaştığı problemlerle ilgili olarak eğiticiler;

- Öğrenci sayısının fazlalığını (n:17),
- Fiziki koşulların kötülüğünü vurgulayarak, koşulların iyileştirilmesi gerektiğini (n:7),
- Manken ve maketlerin sayı ve niteliğinin yeterli olmadığı ve yenilenmesi gerekliliğini (n: 6),
- Not payının düşük olduğunu (n:4),
- Eğiticilerin eğitimlere uyum sorunları ve ilgisiz olmaları (n: 4) ve bunun eğiticileri motive edecek etkinlikler, düzenli eğitici gelişim programları ile aşılabileceğini belirtilmişlerdir.

Bir eğitici;

“Toplamda puan karşılığı not değeri çok az, fakat çok zaman alıyor”

sözleri ile klinik beceri eğitiminin zaman alan bir eğitim olmasına rağmen not payının düşüklüğünü vurgulamıştır.

Klinik beceri eğitim programında karşılaştıkları problemlerle ilgili olarak öğrenciler;

“Maketler yetersiz ve gerçek dışı, örneğin erkek genital bakışı yapamadık çünkü maket buna uygun değildi.Maket sayısı artırılabilir,hocalar zamanında gelmediğinden 4 yerine 2 grup oluyoruz çok kalabalık oluyor öğrenmemiz zorlaşıyor.”

“Düşünce güzel ama yeterince güzel bir şekilde hayata geçirilemiyor laboratuvara yeni malzeme alınıp ve fiziki şartlar düzeltilince daha verimli olacağını düşünüyorum.”

“Biz öğrencilerin teorik bilgiyi nasıl kullanacağımız , hekimlik kimliğini bilinçaltına yerleştirmemize katkı amaçları olan beğendiği bir ders fakat bizi taşıyan bu otobüsün tekerleri patlak, koltuklar bozuk..Yani eksikler çokook” sözleri ile eksiklikler ile ilgili düşüncelerini belirtmişlerdir.

3.4.8. Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaşılan engeller nelerdir?

Öğrencilerin klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaştıkları engeller, öğrencilerin dört numaralı açık uçlu soruya verdikleri yanıtlar incelenerek belirlenmiştir. Soruyu yanıtlayan 125 öğrencinin yanıtları sıklıklarına göre;

- Manken-maket sayısının azlığı (n: 65),
- Öğrenci sayısının fazlalığı (n:48),
- Manken-maketlerin niteliğinin kötü olması (n:44),
- Eğiticilerin eğitimlere geç gelmesi (n:28),
- Laboratuvarların fiziksel koşullarındaki olumsuzluklar (n:26) olarak sıralanmıştır.

Eğiticilerin klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaştıkları engeller, eğiticilerin dört numaralı açık uçlu soruya verdikleri yanıtlar incelenerek belirlenmiştir. Soruyu yanıtlayan 32 eğiticinin yanıtları sıklıklarına göre aşağıda bazı eğiticilerin sözleri ile sıralanmıştır;

- Grupların çok kalabalık olması (n:23),
“Beceri eğitimlerinde en önemli sorun grupların çok kalabalık olması; grupların kalabalık olması eğiticilerde isteksizliğe neden oluyor.”
- Laboratuvarların fiziksel koşullarındaki olumsuzluklar, özellikle laboratuvarların küçük olması (n:12),
“Beceri eğitimlerinin yapıldığı fiziki ortam kasvetli, karanlık ve havasız; daha aydınlık ve büyük laboratuvarlar sağlanmalı.”
- Eğitici manken-maketlerin niteliğinin kötü olması (n:7),
“Manken ve maketler ilk alındıklarında iyiydiler, fakat şu anda çok yetersiz ve yıpranmış durumdadır, gerçekte ilgileri yok, daha gelişmiş maketler, belki bilgisayara bağlı olanlar kullanılabilir.”
- Eğitici sayısının yetersiz olması (n:7),
“Beceri eğitimlerinde görevli eğitici sayısı az, öğretim üyelerinin katılımı az, asistanların da bu eğitimlerde görev alabilmeleri sağlanabilir.”
“Çok yoğun olduğumdan eğitimlere katılmakta zorlanıyorum; aile hekimlerinin bu derslerde görev alması daha uygun olabilir.”

Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaştıkları engellerin eğitici kaynaklı olduğunu belirten bazı eğiticiler, eğiticilerin derse devamlarındaki problemin organizasyon bozukluğu, motivasyon eksikliği ve yönetimin bu yönde ilgi ve desteğinin az olması ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

“Eğiticiler derse gelmiyor. Görevli eğiticiler klinik beceri eğitim sorumlusunca bilgilendirilmiyor.”

“Organizasyon kötü, öğrenciler ve eğiticiler önceden bilgilendirilmiyor.”

Eğiticilerin klinik beceriler konusunda eğitilmesinin, motive edilmesinin ve yönetim tarafından desteklenmesinin önemi bazı eğiticiler tarafından aşağıdaki biçimde ifade edilmiştir;

“Eğiticiler eğitimleri ciddiye almalı ve dekanlıka motive edilmeli.”

“Dekanlık klinik beceri eğitimine gerekli özeni göstermeli ve alt birim eğiticileri zaman zaman eğitilmeli.”

“Yönetimin eğiticileri motive edebilmesi için klinik beceri eğitimin öneminin vurgulanması ve tüm ğretim üyelerinin sürece aktif katılımının sağlanması gereklidir”

“Dekanlık makamının tıp eğitimine olan/olması gereken ilgisinin artması gereklidir. Koordinatrle ğretim yesi arasında olması gereken güçlü bağlantının kurulması öğrencilerden yazılı geri bildirim alınması gereklidir.”

Tablo 24. Öğrencilerin sürece ilişkin yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

Süreç Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
11. Klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine (manken, maket, laboratuvar malzemeleri, vb.) yer verildi	3 2,9	11 10,7	12 11,7	68 66	9 8,7	22 30,6	12 16,7	12 16,7	25 34,7	1 1,4	19 22,1	16 18,6	18 20,9	24 27,9	9 10,5
12. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maket sayısı yeterliydi	23 22,3	32 31,4	23 22,3	21 20,4	4 3,9	51 70,8	14 19,4	6 8,3	1 1,4	0 0	46 53,5	24 27,9	13 15,1	2 2,3	1 1,2
13. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler gerçeğe uygun ve gerçeği yansıtıyor idi	8 7,8	16 15,5	16 15,5	56 54,4	7 6,8	32 44,4	18 25	14 19,4	6 8,3	2 2,8	23 26,7	20 23,3	20 23,3	22 25,6	1 1,2
14. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler sağlamdı	9 8,7	15 14,6	28 27,2	43 41,7	8 7,8	34 47,2	14 19,4	13 18,1	11 15,3	0 0	29 33,7	15 17,4	16 18,6	22 25,6	4 4,7
15. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler kullanışlıydı	4 3,9	10 9,7	29 28,2	53 51,5	7 6,8	28 38,9	21 29,2	17 23,6	6 8,3	0 0	24 27,9	14 16,3	21 24,4	24 27,9	3 3,5
16. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maketler in öğrenmeme katkısı olduğuna inanıyorum	1 1	6 5,8	14 13,6	67 65	15 14,6	12 16,7	13 18,1	21 29,2	22 30,6	4 5,6	7 8,1	10 11,6	16 18,6	44 51,2	9 10,5
17. Klinik beceri eğitim rehberleri öğrenmemi kolaylaştırdı	3 2,9	7 6,8	20 19,4	62 60,2	11 10,7	2 2,8	5 6,9	20 27,8	42 58,3	3 4,2	8 9,3	13 15,2	17 19,8	38 44,2	10 11,6
18. Klinik becerileri tek başıma uygulama fırsatım oldu	10 9,7	17 16,5	19 18,4	49 47,6	8 7,8	17 23,6	18 25	17 23,6	19 26,4	1 1,4	31 36	25 29,1	15 17,4	13 15,2	2 2,3
19. Klinik beceri eğitimleri sonrasında öğrendiğim becerileri bağımsız olarak uygulama fırsatım oldu	20 19,4	41 39,8	23 22,3	18 17,5	1 1	31 43,1	22 30,6	13 18,1	6 8,3	0 0	34 39,5	25 29,1	17 19,8	9 10,5	1 1,2
20. Klinik beceri eğitimleri arkadaşlarımla işbirliği yaparak öğrenmemi kolaylaştırdı	8 7,8	13 12,6	22 21,4	58 56,3	2 1,9	6 8,3	20 27,8	22 30,6	24 33,3	0 0	18 20,9	20 23,3	23 26,7	24 27,8	11 12,2

Tablo 24. Devam 1. Öğrencilerin sürece ilişkin yanıtlarının sınıflara göre dağılımı															
Süreç Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
21. Klinik beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulaması öğrenmemi kolaylaştırdı	6 5,8	9 8,7	29 28,2	55 53,4	4 3,9	10 13,9	14 19,4	21 29,2	26 36,1	1 1,4	15 17,4	14 16,3	27 31,4	24 27,9	6 7
22. Klinik beceri eğitimlerinde düzenli geri bildirim verildi	17 16,5	41 39,8	30 29,1	14 13,6	1 1	32 44,4	19 26,4	12 16,7	9 12,5	0 0	30 34,9	35 40,7	14 16,3	6 7	1 1,2
23. Klinik beceri eğitimlerinde geri bildirim verilmesi öğrenmemi kolaylaştırdı	15 14,6	38 36,9	30 29,6	17 16,5	3 2,9	18 25	15 20,8	26 36,1	12 16,7	1 1,4	22 25,6	18 20,9	26 30,2	17 19,8	3 3,5
24. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan değerlendirme yönteminin uygun olduğunu düşünüyorum	8 7,8	21 20,4	35 34	36 35	3 2,9	18 25	15 20,8	26 36,1	12 16,7	1 1,4	22 25,6	18 20,9	26 30,2	17 19,8	3 3,5
25. Değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağladığımı düşünüyorum	7 6,8	10 9,7	45 43,7	35 34	6 5,8	6 8,3	16 22,2	20 27,8	26 36,1	4 5,6	13 15,1	20 23,3	24 27,9	24 27,9	5 5,8
26. Klinik beceri sınavlarında gerçek performansımı sergileyebildim	10 9,7	12 11,7	56 54,4	20 19,4	5 4,9	13 18,1	21 29,2	22 30,6	15 20,8	1 1,4	19 22,1	22 25,6	26 30,2	19 22,1	0 0
27. Klinik beceri eğitiminin yıl sonu sınavına katkısını yeterli buluyorum	10 9,7	17 16,5	42 40,8	32 31,1	2 1,9	9 12,5	18 25	15 20,8	23 31,9	7 9,7	25 29,1	19 22,1	20 23,3	17 19,8	5 5,8
28. Klinik beceri eğitimlerine aktif katılmama imkan sağlandı	4 3,9	7 6,8	21 20,4	58 56,3	13 12,6	7 9,7	15 20,8	27 37,5	18 25	5 6,9	12 14	18 20,9	18 20,9	33 38,4	5 5,8
29. Eğiticilerin konularında bilgili olduklarını düşünüyorum	2 1,9	0 0	11 10,7	62 60,2	28 27,2	1 1,4	3 4,2	9 12,5	43 59,7	16 22,2	2 2,3	3 3,5	9 10,5	49 57	23 26,7

Tablo 24. Devam 2. Sürece ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

Süreç Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
30. Eğiticilerin konularında beceri sahibi olduklarını düşünüyorum	0 0	1 1	16 15,5	55 53,4	31 30,1	1 1,4	2 4,8	12 16,7	42 58,3	15 20,8	3 3,5	2 2,3	16 18,6	46 53,5	19 22,1
31. Klinik beceri eğitimlerinde eğiticilerle rahatlıkla iletişim kurabildim	1 1	9 8,7	22 21,4	55 53,4	16 15,5	3 4,2	12 16,7	15 20,8	36 50	6 8,3	7 8,1	15 17,4	34 39,5	25 29,1	5 5,8
32. Eğiticiler klinik beceri eğitimlerinde sürelerini verimli kullandılar	3 2,9	10 9,7	28 27,2	52 50,5	10 9,7	10 13,9	16 22,2	21 29,2	17 23,6	8 11,1	23 36,7	20 23,3	26 30,2	15 17,4	2 2,3
35. Klinik beceri eğitimleri ders programına uygun olarak uygulandı	4 3,9	14 13,6	24 23,3	53 51,5	8 7,8	18 25	13 18,1	19 26,4	20 27,8	2 2,8	19 22,1	21 24,4	28 32,6	18 20,9	0 0
36. Klinik beceri eğitimlerindeki ders program değişiklikleri zamanında bildirildi	20 19,4	22 21,4	21 20,4	35 34	5 4,9	31 43,1	18 25	14 19,4	8 11,1	1 1,4	32 37,2	18 20,9	22 25,6	13 15,1	1 1,2

Tablo 25. Sürece ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı [Medyan (25 – 75 persantil)]								
Madde	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		p	χ^2
	Medyan	(25 -75) persantil	Medyan	(25 - 75) persantil	Medyan	(25 - 75) persantil		
Madde11	4,0	(3,0 -4,0)	3,0	(1,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	35,947
Madde12	2,0	(2,0 - 3,0)	1,0	(1,0 - 2,0)	1,0	(1,0 - 2,0)	< 0,001	52,858
Madde13	4,0	(3,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,5	(1,0 - 4,0)	< 0,001	55,209
Madde14	3,0	(3,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	< 0,001	41,304
Madde15	4,0	(3,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	3,0	(1,0 - 4,0)	< 0,001	64,874
Madde16	4,0	(4,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	< 0,001	33,675
Madde17	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(2,8 - 4,0)	0,093	4,747
Madde18	4,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	38,070
Madde19	2,0	(2,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	0,003	11,715
Madde20	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	20,180
Madde21	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,001	13,333
Madde22	2,0	(2,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 2,3)	0,001	14,449
Madde23	2,0	(2,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	0,003	11,890
Madde24	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(1,0 - 3,0)	3,0	(1,0 - 3,0)	0,010	14,255
Madde25	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,091	4,793
Madde26	3,0	(3,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	0,007	9,995
Madde27	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,008	9,781
Madde28	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	24,798
Madde29	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(4,0 - 4,0)	4,0	(4,0 - 5,0)	0,557	1,171
Madde30	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(4,0 - 4,0)	4,0	(3,8 - 4,0)	0,178	3,451
Madde31	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	22,199
Madde32	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	2,5	(1,0 - 3,0)	< 0,001	41,634
Madde33	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	49,088
Madde34	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	36,951
Madde35	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(1,3 - 4,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	< 0,001	37,448
Madde36	3,0	(2,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 3,0)	< 0,001	21,500

Süreç Maddeleri	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katlıyorum		Tamamen katlıyorum		Medyan
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
12. Klinik beceri eğitimlerinde süreyi verimli kullanabildim	1	2,9	1	2,9	5	14,7	17	50	10	29,4	4,0
13. Klinik beceri laboratuvarının fiziki koşulları (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırması, havalanması, ısınması, soğutması) yeterliydi	7	20,6	13	38,2	4	11,8	8	23,5	2	5,9	2,0
14. Klinik beceri laboratuvarında masa ve sandalye sayısı yeterliydi	8	23,5	8	23,5	7	20,6	10	29,4	1	2,9	3,0
15. Klinik beceri eğitimleri ders programına uygun olarak uygulandı	4	11,8	8	17,6	5	14,7	18	52,9	1	2,9	4,0
16. Klinik beceri eğitimlerindeki ders program değişiklikleri zamanında bildirildi	3	8,8	6	17,6	6	17,6	15	44,1	4	11,8	4,0
17. Klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine (manken, maket, laboratuvar malzemeleri, vb.) yer verildi	2	5,9	7	20,6	5	14,7	16	47,1	4	11,8	4,0
18. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maket sayısı yeterliydi	4	11,8	7	20,6	9	26,5	12	35,3	2	5,9	3,0
19. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler gerçeğe uygun ve gerçeği yansıttırıyor idi	4	11,8	5	14,7	11	32,4	13	38,2	1	2,9	3,0
20. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler sağlamdı	4	12,8	7	20,6	11	32,4	11	32,4	1	2,9	3,0
21. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler kullanışlıydı	4	11,8	8	23,5	11	32,4	10	29,4	1	2,9	3,0
22. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maketlerin öğrencilerin öğrenmelerine katkısı olduğuna inanıyorum	1	2,9	2	5,9	10	29,4	15	44,1	6	17,6	4,0
23. Klinik beceri öğrenme rehberleri öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı	2	5,9	0	0	10	29,4	16	47,1	6	17,6	4,0
24. Öğrencilerin klinik becerileri tek başına uygulama fırsatı oldu	5	14,7	7	20,6	7	20,6	13	38,2	2	5,9	3,0
25. Öğrenciler, becerileri klinik beceri eğitimleri sonrasında bağımsız olarak uygulama fırsatı oldu	6	17,6	9	26,5	11	32,4	8	23,5	0	0	3,0
26. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde arkadaşları ile işbirliği yaparak öğrenmelerini kolaylaştırdı	2	5,9	5	14,7	10	29,4	15	44,1	2	5,9	3,5
27. Klinik beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulaması öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı	1	2,9	3	8,8	5	14,7	19	55,9	6	17,6	4,0
28. Klinik beceri eğitimlerinde tüm öğrencilere geri bildirim verme fırsatım oldu.	9	26,5	10	29,4	10	29,4	4	11,8	1	2,9	2,0
29. Klinik beceri eğitimlerinde geri bildirim verilmesi öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı	3	8,8	6	17,6	14	41,2	9	26,5	2	5,9	3,0
30. Klinik beceri eğitimimde kullanılan değerlendirme yönteminin uygun olduğunu düşünüyorum	5	14,7	8	23,5	9	26,5	12	35,3	0	0	3,0
31. Değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağladığını düşünüyorum	3	8,8	3	8,8	7	20,6	18	52,9	3	8,8	4,0
32. Klinik beceri sınavlarının yöntemi konusunda bilgilendirildim	10	29,4	7	20,6	5	14,7	8	23,5	4	11,8	2,5
33. Klinik beceri sınavlarında değerlendirme rehberlerini rahatlıkla kullanabildim	4	11,8	4	11,8	4	11,8	19	55,9	3	8,8	4,0
34. Klinik beceri sınavında öğrenciler gerçek performanslarını sergileyebildi	3	8,8	11	32,4	12	35,3	7	20,6	1	2,9	3,0
35. Klinik beceri eğitiminin yılsonu puanına katkısı yeterli buluyorum	5	14,7	6	17,6	18	52,9	5	14,7	0	0	3,0
36. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin aktif katılımına imkan sağlandı	4	11,8	6	17,6	4	11,8	18	52,9	2	5,9	4,0

Tablo 27. Klinik beceri eğitim rehberlerinin araştırmacı tarafından değerlendirilmesi

MADDELER	Uygun	Geliştirilebilir	Uygun Değil
	n %	n %	n %
1.Amaç cümlesi bulunmaktadır	39 88,6	1 2,3	4 9,1
2. Amaç cümlesi açık ve nettir	28 63,6	12 27,3	4 9,1
3. Kullanılacak araçlar belirtilmiştir	26 59,1	16 36,4	2 4,5
4.Beceri basamaklandırılmıştır	40 90,9	3 6,8	1 2,3
5. Basamaklar uygun sıralanmıştır	24 54,5	12 27,3	8 18,2
6.Eksik basamak bulunmamaktadır	21 47,7	18 40,9	5 11,4
7. Basamaklar tamdır	10 22,7	25 56,8	9 20,5
8.Her basamakta tek işlem ifade edilmektedir	3 6,8	26 59,1	15 34,1
9. İfadeler nettir	10 22,7	25 56,8	9 20,5
10.Değerlendirme ve ölçek bulunmaktadır	44 100	0 0	0 0

3.5. Ürüne İlişkin Araştırma Soruları

3.5.1. Klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşılmış mıdır?

- Eğitici anketinde “Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum” maddesine (Madde 37) eğitimcilerin % 38,2’si katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 28).

- Eğitici anketinde “Öğrencilerin klinik beceri eğitimlerinden yararlandığını düşünüyorum” maddesine (Madde 38) eğitimcilerin % 52,9’u katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermişlerdir (Tablo 28).

“Öğrenciler için beceri eğitimi; eğitim ve öğrenme ortamı göz önüne alındığında öğrenmeyi kolaylaştırıcı bir yöntem.”

3.5.2. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin öz değerlendirmeleri nasıldır?

- “Klinik beceri eğitimleri sayesinde iyi bir hekim olacağıma inanıyorum” (Madde 39) maddesine;
 1. sınıfların % 43,7’si katılıyorum, (Medyan: 4,0)
 2. sınıfların % 38,9’u kararsızım, % 31,9’u katılıyorum, (Medyan: 3,0)
 3. sınıfların % 37,2’si kararsızım, % 25,6’sı katılmıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermiştir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

- “Klinik beceri eğitimlerinde becerileri tam olarak öğrendiğime inanıyorum” (Madde 40) maddesine;
 1. sınıfların % 43,7’si kararsızım, % 38,8’i katılıyorum, (Medyan:3,0)
 2. sınıfların % 34,7’si kararsızım, % 30,6’sı katılmıyorum, (Medyan:2,0)
 3. sınıfların % 41,9’u kararsızım, %29,1’i katılmıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermiştir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

Eğiticilerin bu maddeye (Madde 40) cevapları % 35,3 kararsızım (Medyan: 3,0) olmuştur (Tablo 30).

- “Klinik beceri eğitimleri sayesinde vakalar üzerinde düşünmeye problemleri daha net tanımlama becerilerimi geliştirdiğime inanıyorum” (Madde 41) maddesine;

1.sınıfların % 41,7’si katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıfların % 29,2’si kararsızım, % 26,4’ü katılmıyorum, (Medyan:2,0)

3.sınıfların % 31,4’ü katılmıyorum (Medyan:2,5) cevabını vermiştir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

- “Klinik beceri eğitimlerinde öğrendiğim becerileri tek başıma uygulayabileceğime inanıyorum” (Madde 42) maddesine;

1.sınıfların % 41,7’si kararsızım, % 36,9’u katılıyorum, (Medyan:3,0)

2.sınıfların % 36,1’i kararsızım, % 23,6’sı katılmıyorum, (Medyan:3,0)

3.sınıfların % 40,7’si kararsızım, % 24,4’ü katılmıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermiştir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

- “Klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerimi geliştireceğine inanıyorum” (Madde 43) maddesine;

1.sınıfların % 65,1’i katılıyorum, (Medyan:4,0)

2.sınıfların % 40,3’ü katılıyorum, (Medyan:3,5)

3.sınıfların % 32,6’sı katılıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermiştir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29)

3.5.3. Eğitcilerin ğrencilerin becerilerdeki yetkinliğine ilişkin görüşleri nasıldır?

- “Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin iyi hekim olmasına katkısı olacağına inanıyorum” maddesine (Madde 39) eğitcilerin % 41,2’si katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermiştir (Tablo 30).
- “Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin becerileri tam olarak öğrendiğine inanıyorum” maddesine (Madde 40) eğitcilerin % 35,3’ kararsızım, % 20,6’sı katılmıyorum, % 17,6’sı hiç katılmıyorum (Medyan:3,0) cevabını vermiştir (Tablo 30).
- “Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerini geliştirdiğine inanıyorum” maddesine (Madde 41) eğitcilerin % 47,1’i katılıyorum (Medyan:4,0) cevabını vermiştir (Tablo 30) .
- “Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin öğrendikleri becerileri tek başına uygulayabileceklerine inanıyorum” maddesine (Madde 42) eğitcilerin % 38,2’si katılıyorum (Medyan: 3,0) cevabını vermiştir (Tablo 30) .
- “Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin fizik muayene yapma becerilerini geliştirdiğine inanıyorum” maddesine (Madde 43) eğitcilerin % 55,9 katılıyorum (Medyan: 4,0) cevabını vermiştir (Tablo 30) .

Tablo 28. Ürüne ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıflara göre dağılımı

Ürün Maddeleri	1. Sınıf (N: 103)					2. Sınıf (N: 72)					3. Sınıf (N: 86)				
	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum	Hiç katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n	n
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
37.Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum	4 3,9	9 8,7	31 30,1	53,5 51	6 5,8	16 22,2	17 23,6	27 37,5	12 16,7	0 0	14 16,3	20 23,3	38 44,2	13 15,1	1 1,2
38.Klinik beceri eğitimlerinden yararlandığımı düşünüyorum	2 1,9	7 6,8	16 15,5	66 64,1	12 11,7	10 13,9	7 9,7	28 38,9	23 31,9	4 5,6	10 11,6	14 16,3	28 32,6	34 39,5	0 0
39.Klinik beceri eğitimleri sayesinde iyi bir hekim olacağıma inanıyorum	1 1	10 9,7	28 27,2	45 43,7	19 18,4	9 12,5	16 22,2	28 38,9	16 22,2	3 4,2	19 22,1	22 25,6	32 37,2	10 11,6	3 3,5
40.Klinik beceri eğitimlerinde becerileri tam olarak öğrendiğime inanıyorum	1 1	12 11,7	45 43,7	40,8 38	5 4,9	17 23,6	22 30,6	25 34,7	6 8,3	2 2,8	17 19,8	25 29,1	36 41,9	8 9,3	0 0
41.Klinik beceri eğitimleri sayesinde vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerimi geliştirdiğime inanıyorum	4 3,9	17 16,5	30 29,1	43 41,7	9 8,7	18 25	19 26,4	21 29,2	14 19,4	0 0	16 18,6	27 31,4	25 29,1	17 19,8	1 1,2
42.Klinik beceri eğitimlerinde öğrendiğim becerileri tek başıma uygulayabileceğime inanıyorum	2 1,9	13 12,6	43 41,7	38 36,9	7 6,8	15 20,8	17 23,6	26 36,1	13 18,1	1 1,4	16 18,6	21 24,4	35 40,7	13 15,1	1 1,2
43.Klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerimi geliştireceğine inanıyorum	0 0	7 6,8	19 18,4	65 63,1	12 11,7	11 15,3	6 8,3	19 26,4	29 40,3	7 9,7	15 17,4	14 16,3	22 25,6	28 32,6	7 8,1
44.Klinik beceri eğitimlerini almaktan memnunum	0 0	6 5,8	15 14,6	53 51,5	29 28,2	9 12,5	3 4,2	13 18,1	36 50	11 15,3	7 8,1	7 8,1	22 25,6	32 37,2	18 20,9

Tablo 29. Ürüne ilişkin öğrenci yanıtlarının sınıf türüne göre karşılaştırılması [Medyan (25 – 75 persantil)]

MADDE	1.sınıf		2.sınıf		3.sınıf		p	χ^2
	Medyan	(25 -75) persantil	Medyan	(25 - 75) persantil	Medyan	(25 - 75) persantil		
37. Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	< 0,001	50,711
38. Klinik beceri eğitimlerinden yararlandığımı düşünüyorum	4,0	(4,0 -4,0)	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	36,422
39. Klinik beceri eğitimleri sayesinde iyi bir hekim olacağıma inanıyorum	4,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	< 0,001	57,596
40. Klinik beceri eğitimlerinde becerileri tam olarak öğrendiğime inanıyorum	3,0	(3,0 - 4,0)	2,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	< 0,001	58,156
41. Klinik beceri eğitimleri sayesinde vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerimi geliştirdiğime inanıyorum	4,0	(3,0 - 4,0)	2,0	(1,3 - 3,0)	2,5	(2,0 - 3,0)	< 0,001	36,939
42. Klinik beceri eğitimlerinde öğrendiğim becerileri tek başıma uygulayabileceğime inanıyorum	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 3,0)	< 0,001	34,732
43. Klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerimi geliştireceğine inanıyorum	4,0	(3,0 - 4,0)	3,5	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	< 0,001	24,873
44. Klinik beceri eğitimlerini almaktan memnunum	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,005	10,781
45. Klinik beceri eğitimleri hekim olma isteğimi artırdı	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(2,3 - 4,0)	3,0	(3,0 - 4,0)	< 0,001	22,055

*Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 30. Ürüne ilişkin eğitici yanıtlarının dağılımı	Hiç katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum		Medyan
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
37. Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum	7	20,6	6	17,6	7	20,6	13	38,2	1	2,9	3,0
38. Öğrencilerin klinik beceri eğitimlerinden yararlandığını düşünüyorum	4	11,8	3	8,8	6	17,6	18	52,9	3	8,8	4,0
39. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin iyi hekim olmasına katkısı olacağına inanıyorum	2	5,9	2	5,9	9	26,5	14	41,2	7	20,6	4,0
40. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin becerileri tam olarak öğrendiğine inanıyorum	6	17,6	7	20,6	12	35,3	7	20,6	2	5,9	3,0
41. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerini geliştirdiğine inanıyorum	2	5,9	5	14,7	8	23,5	16	47,1	3	8,8	4,0
42. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin öğrendikleri becerileri tek başına uygulayabileceklerine inanıyorum	3	8,8	9	26,5	9	26,5	13	38,2	0	0	3,0
43. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin fizik muayene yapma becerilerini geliştirdiğine inanıyorum	2	5,9	4	11,8	6	17,6	19	55,9	3	8,8	4,0
44. Klinik beceri eğitimlerinde görev almaktan memnunum	5	14,7	4	11,8	9	26,5	15	44,1	1	2,9	3,0

3.5.4. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyetle değişen anlamlı bir farklılık görülmekte midir?

Anket maddelerine verilen cevaplar öğrencilerin cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir (Tablo 31).

Madde	Kadın		Erkek		P	Z
	Medyan	(25-75 persantil)	Medyan	(25-75 persantil)		
Madde1	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,689	-0,400
Madde2	2,5	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,552	-0,594
Madde3	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,667	-0,430
Madde4	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,146	-1,453
Madde5	2,0	(1,0 - 2,0)	2,0	(2,0 - 4,0)	0,897	-0,129
Madde6	3,0	(3,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,759	-0,307
Madde7	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,782	-0,276
Madde8	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,586	-0,545
Madde9	4,0	(4,0 - 5,0)	4,0	(4,0 - 5,0)	0,194	-1,298
Madde10	2,0	(1,0 - 3,0)	1,0	(1,0 - 4,0)	0,444	-0,766
Madde11	4,0	(2,0 - 4,0)	4,0	(2,0 - 4,0)	0,779	-0,280
Madde12	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,784	-0,274
Madde13	3,0	(1,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,978	-0,027
Madde14	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(1,0 - 4,0)	0,253	-1,143
Madde15	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,819	-0,228
Madde16	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,420	-0,806
Madde17	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,113	-1,583
Madde18	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(1,0 - 4,0)	0,282	-1,075
Madde19	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,730	-0,345

*Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

Tablo 31 Devamı. Anket maddelerinin öğrencilerin cinsiyetine göre karşılaştırılması [Medyan (25 – 75 persantil)]

Madde	Kadın		Erkek		P	Z
	Medyan	(25-75 persantil)	Medyan	(25-75 persantil)		
Madde20	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,715	-0,365
Madde21	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(3,0 - 4,0)	0,721	-0,357
Madde22	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,308	-1,018
Madde23	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,564	-0,577
Madde24	3,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,286	-1,068
Madde25	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,100	-1,644
Madde26	3,0	(2,0 - 3,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,456	-0,745
Madde27	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,752	-0,316
Madde28	3,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,517	-0,648
Madde29	4,0	(4,0 - 4,0)	4,0	(4,0 - 5,0)	0,196	-1,292
Madde30	4,0	(4,0 - 4,0)	4,0	(4,0 - 5,0)	0,233	-1,192
Madde32	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,249	-1,152
Madde33	2,0	(2,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,721	-0,357
Madde34	2,0	(1,0 - 4,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,918	-0,103
Madde35	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,912	-0,110
Madde36	2,0	(1,0 - 3,0)	2,0	(1,0 - 4,0)	0,655	-0,447
Madde37	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,835	-0,208
Madde38	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,809	-0,242
Madde39	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,419	-0,808
Madde41	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,877	-0,155
Madde42	3,0	(2,0 - 4,0)	3,0	(2,0 - 4,0)	0,436	-0,780
Madde43	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,486	-0,697
Madde44	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,539	-0,614
Madde45	4,0	(3,0 - 4,0)	4,0	(3,0 - 4,0)	0,361	-0,913

*Mann Whitney U testi ile analiz edilmiştir.

3.5.5. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmekte midir?

Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında sınıflar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını anlamak amacı ile öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarının sorgulandığı;

Madde 37. “Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum”

Madde 38. “Klinik beceri eğitimlerinden yararlandığımı düşünüyorum”

Madde 39. “Klinik beceri eğitimleri sayesinde iyi bir hekim olacağıma inanıyorum”

Madde 40. “Klinik beceri eğitimlerinde becerileri tam olarak öğrendiğime inanıyorum”

Madde 42. “Klinik beceri eğitimlerinde öğrendiğim becerileri tek başıma uygulayabileceğime inanıyorum”

Madde 43. “Klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerimi geliştireceğine inanıyorum” maddeleri incelenmiştir.

Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarının sınıflara göre anlamlı olarak farklılık gösterdiği gözlenmektedir ($p < 0,001$) (Tablo 32). Farklılık 1. sınıflardan kaynaklanmaktadır; 1. sınıflar ile 2. sınıflar ve 1. sınıflar ile 3. sınıflar arasında anlamlı farklılık gözlenmektedir.

Madde	1. sınıf		2. sınıf		3. sınıf		P	χ^2
	Medyan	(25-75 persantil)	Medyan	(25-75 persantil)	Medyan	(25-75 persantil)		
Madde 37	4	(3,0 - 4,0)	3	(2,0 - 3,0)	3	(2,0 - 3,0)	< 0,001	50,711
Madde 38	4	(4,0 - 4,0)	3	(3,0 - 4,0)	3	(2,0 - 4,0)	< 0,001	36,422
Madde 39	4	(3,0 - 4,0)	3	(2,0 - 4,0)	3	(2,0 - 3,0)	< 0,001	57,596
Madde 40	3	(3,0 - 4,0)	2	(2,0 - 3,0)	3	(2,0 - 3,0)	< 0,001	58,156
Madde 42	3	(3,0 - 4,0)	3	(2,0 - 3,0)	3	(2,0 - 3,0)	< 0,001	34,732
Madde 43	4	(3,0 - 4,0)	3,5	(3,0 - 4,0)	3	(2,0 - 4,0)	< 0,001	24,873

*Kruskal Wallis Testi ile analiz edilmiştir.

3.5.6. Mevcut klinik beceri eğitim programı öğrencilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?

Madde 44'de 1. sınıfların % 51,5'i, 2.sınıfların % 50'si, 3. sınıfların ise % 37,2'si klinik beceri eğitimi almaktan memnun olduklarını bildirmektedir (Medyan:4,0) (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p:0,005). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

Madde 45'de 1.sınıfların % 79,6'sı, 2.sınıfların % 56,9'u, 3.sınıfların ise %45,3'ü klinik beceri eğitimlerinin hekim olma isteklerini artırdığını (Medyan:4,0) belirtmektedir (Tablo 28).

Sınıflar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Farklılığın birinci sınıflardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

3.5.7. Mevcut klinik beceri eğitim programı eğiticilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?

Eğitici anketinde, eğiticilerin (Madde 44) % 44,1'i klinik beceri eğitimlerinde görev almaktan memnun olduklarını (Medyan:3,0) belirtmişlerdir (Tablo 30).

ADÜ Tıp Fakültesi Klinik Beceriler Alt Birimi'nin 2009-2011 yılları arasında gerçekleştirilmiş olduğu toplantılara ait tutanakların incelenmesi sonucunda;

- Klinik beceri eğitim rehberlerinin yeterli olmadığı ve yeniden düzenlenmesi,
- Eğitici standardizasyonu için eğitim etkinliklerinin düzenlenmesi,
- Klinik beceri laboratuvarlarının fiziki durumlarının gözden geçirilerek iyileştirilmesi,

- Klinik beceri laboratuvarlarında kullanılmakta olan malzemelerin gözden geçirilerek eksik ve yıpranmış malzemelerin tespit edilmesi, demirbaş malzeme ve ihtiyaç listesi ile karşılaştırılarak eksiklerin bildirilmesi,
- Klinik beceri eğitimlerinde laboratuvarlarda eğitim gören gruplardaki öğrenci sayısının küçük grup olacak şekilde düzenlenmelerin yapılması için çalışmalar yapılması gerekliliğinin vurgulandığı ve Dekanlığa ileildiği tespit edilmiştir.

3.5.8. Eğiticilerin klinik beceri eğitim programının hedefleri ile ilgili görüşleri nelerdir?

Eğitici anketinde Madde 1’de “Klinik beceri eğitiminin amaç ve hedefleri öğrencilerin gereksinimlerine cevap vermekteydi” maddesine eğiticilerin % 44,1’i katılıyorum (Medyan:3,5) cevabını vermiştir (Tablo 19).

BÖLÜM IV - TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırmada elde edilen bulgular çerçevesinde, araştırmanın alt problemlerini oluşturan programın bağlam, girdi, süreç ve ürün değerlendirme boyutlarına ilişkin ortaya çıkan sonuçlarla ilgili tartışmalar yer almaktadır.

4.1. Bağlamda Yer Alan Alt Problemlere İlişkin Tartışma

4.1.1. Klinik beceri eğitim programının fakülte mezuniyet hedefleri ile ilişkisi nedir?

İyi hekim olmanın temeli; bilgi, beceri ve tutum alanlarında gerekli yetkinliklere sahip olmaktır. Günümüzde Avrupa, Amerika, Avustralya, Kanada ve ülkemize ait tıp eğitimi akreditasyon kuruluşlarının belirlemiş oldukları mezuniyet öncesi tıp eğitimi standartları içinde beceri eğitiminin önemi vurgulanmakta, mezun olacak hekimlerden beklenen yetkinlikler arasında becerilerde yetkinlik de aranmaktadır (67, 101).

İngiltere’de Genel Tıp Konseyi (GMC) İngiltere tıp fakültelerinin eğitim programları göz önüne alınarak, tıp fakültelerinden mezun olacak hekim adaylarının bilmeleri ve sergileyebilmeleri gereken bilgi, beceri ve davranışları belirlemişlerdir. Ayrıca öğretme, öğrenme ve değerlendirme için de standartlar belirlemişlerdir (18).

Dünyada ve ülkemizde pek çok tıp fakültesi mezuniyet öncesi hedeflerini, eğitim programlarını ve mezunlarından bekledikleri yetkinlikleri buna göre düzenlemektedir. Amerika Johns Hopkins Tıp Fakültesi, mezuniyet hedeflerinde “klinik yetkinlik” adı ile mezunlarından klinik becerilerde yetkin olmasını beklemektedir. Mezunların tıbbi uygulamaları gerçekleştirmek için gerekli temel bilgi ve kavramları anlayabilecek düzeyde bilgi ve beceriye sahip olması; hastalıklardan korunma, tanı ve tedavi uygulamalarında veri toplama, organizasyon, yorumlama ve klinik karar vermede en etkili ve etkin performansı sergilemesi gerekmektedir (102).

Amerika Penstate Hershey Tıp Fakültesi'nin mezuniyet öncesi eğitim hedeflerinden biri beceri konusunda yetkinliktir. Mezun olacak hekimden beklenen beceri yetkinlikleri; uygun anamnez almak; ayrıntılı fizik muayene yapmak; uygun tanı ve tedavi planı düzenleyebilmek; tanı ve tedavi prosedürlerini yerine getirebilmek; yaygın kullanılan laboratuvar ve radyoloji testlerini yorumlayabilmek olarak sıralanmaktadır (103).

New York Weill Cornell Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi eğitim hedeflerinde bilgi, beceri ve tutum başlıkları altında mezunlarından beklediği yetkinlikleri sıralamaktadır. Beceri yetkinlikleri incelendiğinde; uygun anamnez almak, fizik muayene yapmak, prosedürel becerileri yapabilmek, yaygın kullanılan laboratuvar testlerini istemek ve yorumlayabilmek gibi beceriler göze çarpmaktadır (104).

Arizona Üniversitesi Tıp Fakültesi, mezunlarını tanımlarken “yüksek beceri ile donatılmış hekimler” ifadesini kullanmakta ve eğitim hedefleri arasında hasta bakımında yetkinlik adı altında; anamnez almak, ayrıntılı fizik muayene, hasta tanı ve tedavisini yapabilmek gibi beceri hedefleri sıralanmaktadır (105).

Mezuniyet hedeflerini İngiltere GMC kriterlerine göre hazırlamış olan Dundee Tıp Fakültesi, mezun olacak bir hekimden 12 farklı alanda yetkinlik beklediğini belirtmektedir. Bu yetkinliklerden klinik beceriler ile ilgili olanlar: ayrıntılı ve uygun anamnez almak, fizik muayene, hasta tanı ve tedavisi, pratik beceriler, hasta tanı ve tedavisini yerine getirmek amacı ile kullanılması gereken alet ve cihazları kullanabilmek konularında yetkinlikler olarak belirtilmektedir (106).

Dublin Tıp Fakültesi, mezuniyet öncesi eğitim programının çıktılarını ve hedeflerini tanımlarken “hastanın tüm fiziksel durumunu, şikayet, bulgu ve belirtilerini doğru

değerlendirerek doğru tanı koyabilmek ve her hastanın ihtiyaçlarını, isteklerini ve ekonomik durumunu göz önüne alarak en uygun tedaviyi uygulayabilmek” yetkinliğinin gerekliliği vurgulanmaktadır (107).

Kanada Mc Master Tıp Fakültesi, mezuniyet öncesi tıp eğitimi hedefleri arasında beceri hedefleri de yer almaktadır. Beceri hedefleri; hastanın hastalığını fiziksel, sosyal ve duygusal olarak farklı boyutlarda ele alarak tedavi edebilmek; bunu yaparken klinik nedenselleştirme yeteneklerini kullanarak klinik bilgiyi elde edebilmek, yorumlayabilmek ve sentezleyebilmek olarak belirtilmektedir (108).

Kanada Toronto Tıp Fakültesi mezunlarından CanMEDS’de de yer alan becerileri beklediğini belirtmekte ve yetkinlikleri sıralamaktadır. Tıbbi uzman ve becerikli klinik karar verici başlığı altında yer alan yetkinlikler; tıp bilgisini, tıp uygulamalarında bilimsel ve insani şekilde sergileyebilmek; Kanada Tıp Konseyi’nin belirtmiş olduğu tüm temel klinik uygulamalarda yaygın ve hayatı tehdit eden hastalıkların etyolojisini, patogenezi, klinik özelliklerini, komplikasyonlarını, korunma yollarını ve tedavi seçeneklerini bilerek hasta tanı ve tedavisinde kullanabilmek; hastadan ayrıntılı anamnez alabilmek, ayrıntılı fiziki ve mental durum muayenesi yapabilmek, yaygın kullanılan laboratuvar testlerini yorumlayabilmek; anamnez, fiziki muayene ve laboratuvar testlerinden elde ettiği bulgular ile doğru ve anlamlı tanı koyabilmektir (109).

Kanada Calgary Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi eğitim hedefleri arasında beceriler de yer almaktadır. Calgary Tıp Fakültesi, mezunlarından mesleki uygulamalarda gerekli temel ve klinik bilgi ve becerileri sergileyebilmesini; klinik vakaların analiz ve çözümlerinde bilgiyi etkili kullanabilmesini; hastaları ve tıbbi sorunlarını doğru değerlendirebilmesini; tanı koydurucu ayrıntılı anamnez alabilmesini; ayrıntılı fizik muayene yapabilmesini; hasta

problemleri ile ilişkili uygun tedavi planı hazırlayarak uygulayabilmesini beklemektedir (110).

Ülkemizde, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi eğitim programında; klinik beceriler, iletişim becerileri, entelektüel beceriler, sağlığın korunması geliştirilmesi ve koruyucu hekimlik birlikte mesleksi beceriler adı altında yer almaktadır. Tıp fakültesi eğitiminin amacı ve mezuniyet hedefleri incelendiğinde; klinik beceriler alt başlığı altında yetkinlikler tanımlanmaktadır (29).

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi tıp eğitimi amaç ve program yetkinliklerinde klinik beceriler, beceri başlığı altında yer almaktadır. Becerilerde beklenen yetkinlikler; anamnez, fizik muayene, tanısal test sonuçları, işlevsel değerlendirme ve klinik akıl yürütme becerisini kullanarak klinik tanı koyabilmek; birinci basamak düzeyinde, hasta katılımını da sağlayarak tedavi ve izlem planı oluşturmak ve uygulamak, yaşamı doğrudan tehdit eden durumları tanımak ve tıbbi acil durumları yönetmek olarak belirtilmektedir (111).

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin mezuniyet öncesi tıp eğitimi hedeflerinden birisi temel mesleki beceriler ile donatılmış hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmakta ve program çıktıları arasında; tanı ve tedavi için gereken mesleksi becerileri uygulamak; acil tıbbi bakım ve girişimleri gerçekleştirmek başlıkları altında ayrıntılı olarak yer almaktadır (112).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi tıp eğitimi hedeflerine göre hekimden beklenen yetkinlikler arasında temel klinik beceriler de yer almaktadır. Temel klinik becerilerde; öykü alma ve fizik muayene ile ilgili bilgi ve becerileri uygulama; öykü ve muayenede elde edilen verileri yorumlayarak ve değerlendirerek problemleri tanımlama, olası

tanıları belirleme ve akılcı tetkik isteme de dâhil olmak üzere eylem planını oluşturmak yetkinlikleri yer almaktadır (113).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi tıp eğitimi hedefleri incelendiğinde beceri eğitimine doğrudan bir vurgu yapılmamaktadır; becerilerde yetkinliğin yıllara ve ders kurullarına ait öğrenim hedefleri arasında yer aldığı görülmektedir (114).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi tıp eğitimi hedefleri incelendiğinde hastaya bütüncül yaklaşan ve mesleki yeterliğe sahip olan hekimler ifade edilmekte, fakat beceri eğitimine doğrudan bir vurgu yapılmamaktadır (115).

Ülkemizde ve yurt dışında yer alan farklı tıp fakültelerinin eğitim amaç ve hedefleri incelendiğinde; yurt dışı örneklerde eğitim amaç ve hedeflerinin daha açık ve net şekilde belirlenmiş olduğu, mezun olacak öğrenciden beklenen yetkinliklerin tanımlanmış olduğu ve klinik becerilerin bu hedefler ve yetkinlikler arasında yer almakta olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki bazı tıp fakültelerinde eğitim amaç ve hedefleri açık ve net olarak belirtilmekte ve klinik beceriler bu hedefler arasında yer alırken bazılarında açık olarak beceri eğitimine vurgu yapılmadığı görülmektedir. ADÜ Tıp Fakültesi de klinik eğitim amaç ve hedeflerinin beceri eğitim programı ile örtüşmediği ve genel hedeflerinde klinik beceri eğitimine doğrudan bir vurgu yapılmamış olan fakültelerden birisi olarak görülmektedir.

4.1.2. Klinik beceri eğitim programının hedefleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) ile karşılaştırıldığında nasıldır?

Ülkemizde beceri eğitimi vermekte olan fakültelerin çoğu UÇEP'i örnek alarak hedeflerini ve konularını belirlemektedir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi de beceri eğitiminde UÇEP göz önünde bulundurularak oluşturulan belirtke tablosunun farklı anabilim dallarının da

desteği ile tamamlanması ile beceri eğitimi hedef ve konularının oluşturulduğu belirtilmektedir (116).

ADÜ Tıp Fakóltesi klinik beceri eğitim programı hedefleri UÇEP' te yer alan beceriler ile karşılaştırıldığında ADÜ Tıp Fakóltesi klinik beceri eğitim programında bazı konularda eksiklikler göze çarpmaktadır. Bu konular; özellikle prosedürel beceriler, sık kullanılan laboratuvar becerileri ve ilk yardım becerileri ile ilgilidir. Ayrıca hasta bakımı, fizik muayene, çevre ve halk sağlığı ile ilgili becerilerde de eksiklikler vardır. Bu eksikliklerin bir kısmı klinik dönemde farklı stajlarda da görülebilecek beceriler iken bir kısmının kliniköncesi dönemde öğrenilmesi gereken temel beceriler olduğu görölmektedir. Bu karşılaştırmada, altı yıllık eğitim için tasarlanmış UÇEP ile yalnız mezuniyet öncesi ilk iki yıllık eğitim sürecinde yer alan klinik beceri eğitimi arasında farklılıklar olması doğaldır. Fakat ders kurul hedeflerinde var olduğu halde içerikte yer almayan UÇEP beceri listesindeki bazı beceriler; entegrasyonun yıllar içinde yeniden yapılandırılma gereksiniminden ortaya çıkmış olabileceğini düşündürmektedir.

4.1.3. Klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitim programı içindeki yeri nedir?

Dünyada ve ölkemizde farklı fakólterde klinik beceri eğitim programının yerine dair farklı örneklere rastlanmaktadır. Genellikle altı yıllık fakólterde, klinikle tanışma öncesindeki ilk üç yılda verilmekte olan eğitimler, bazı fakólterde klinik dönemlerde de varlığını sürdürmektedir.

AAMC Klinik Beceri Eğitimi 2004 yılı Raporu'na göre:

ABD'deki tıp fakólterinin %24'ünde, Kanada tıp fakólterinin % 52'sinin resmi eğitim programlarında klinik beceri eğitimi yer almaktadır. Resmi olarak klinik beceri eğitim

programını klinik yıllarda da uygulayanların oranı ise ABD’de %4, Kanada’da %13 olarak bildirilmektedir. ABD’deki tıp fakültelerinin %44’ü açık ve net olarak öğretilecek klinik beceriler listesine yer vermektedir ve %59’unda klinik beceri eğitimi etkinlikleri bulunmakta, %15’inde de planlanmaktadır (67).

AAMC (2008) “Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Klinik Beceri Eğitim Programı için Öneriler” adlı çalışmada mezuniyet öncesi tıp eğitiminde klinik beceri eğitiminin değişen ve gelişen yapısı göz önüne alınarak açık ve net olarak ilk dört yılda yer alması gerektiği savunulmaktadır (77).

Dundee Tıp Fakültesi’nde beş yıllık tıp eğitiminin ilk iki yılında klinik beceri eğitimi klinik beceri eğitim merkezinde, küçük gruplarda en fazla 12 kişi ile yapılmaktadır. Öğrencilerin klinik eğitim almakta olduğu takip eden üç yılda ise klinik beceriler seminer ve benzeri etkinlikler ile yer almaktadır (117).

Avustralya Adelaide Tıp Fakültesi’nde klinik beceri eğitimleri ilk 2 yılda klinik beceri laboratuvarında, 3. sınıfta ise öncelikli olarak eğitim hastanelerinde devam etmektedir (118).

Avustralya James Cook Tıp Fakültesi birinci yılda 18 saat klinik beceri laboratuvarı, bir hafta klinikte genel pratik; ikinci yılda dört hafta kırsalda klinik yaklaşım, 22 saat klinik beceri laboratuvarı; üçüncü yılda 7 saat klinik beceri laboratuvarı; dördüncü yılda 30 saat klinik beceri laboratuvarında klinik beceri eğitimi vermektedir (118).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi beceri eğitimleri birinci sınıfta başlamakta, klinik öncesi dönemi içeren ilk üç yıllık sürede klinik öncesi eğitimin %10-20’lik dilimini kapsamaktadır (119).

Durak (2000) mezuniyet öncesi tıp eğitiminde mesleksi beceri eğitimini ayrıntılı olarak değerlendirmiş olduğu tez çalışmasında; Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde beceri eğitiminin teorik eğitime oranla ilk üç sınıfta yavaş, dördüncü ve beşinci sınıfta hızlanarak, altıncı sınıfta aniden artan bir yapıya sahip olduğunu aktarmaktadır (120).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde beceri eğitimleri ilk üç yılda yer almaktadır, bunun yanında klinik beceri eğitimi ile ilgili etkinlikler ilk beş yıl boyunca devam etmektedir. Beceri eğitimi uygulamaları klinik öncesi eğitim programında % 10 oranında yer almaktadır (114).

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi beceri eğitimi, klinik öncesi ilk üç yılda yer almaktadır. Tıpta iyi hekimlik adı altında iletişim becerileri, insan bilimleri ve klinik ziyaretler ile birlikte giden beceri eğitimi yıl boyunca on beş günde bir küçük gruplarda yapılmaktadır (115).

ADÜ Tıp Fakóltesi'nde de klinik beceri eğitimleri birinci sınıfta başlamakta ve eğitim programının ilk iki yılında yer almaktadır. Dünyadaki ve ülkemizdeki örnekler incelendiğinde bu sürenin yeterli olmadığı görünmektedir. Bu çalışmada öğrenci ve eğitici görüşleri de klinik beceri eğitiminin süresinin ve sayısının yetersiz olduğunu desteklemektedir. Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içindeki yerleşim uygun bulunmaktadır. Birinci sınıflar beceri eğitimlerinin teorik dersler ile uyumluluğu ve klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyonun sağlanmış olması ile ilgili kararsız olduklarını bildirirken, ikinci sınıfların üçüncü sınıflara göre daha olumlu düşünceleri nedeni ile sınıflar arasında farklılık görülmektedir. Bazı eğiticiler entegrasyonun klinik beceri eğitimi tasarlandığında iyi olduğunu fakat yıllar içinde derslerde ve programlarda meydana gelen değişiklikler nedeni ile entegrasyonun bozulduğunu belirtmektedir.

4.1.4. ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının, Türkiye'deki farklı tıp fakültelerinde uygulanan klinik beceri eğitim programları ile benzerlik ve farklılıkları var mıdır?

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitiminin, yukarıda sözü edilen diğer altı fakülte ile benzer şekilde yatay olarak entegre edilmiş olduğu görülmektedir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde de eğitimler diğer fakültelerdeki gibi beceri laboratuvarlarında, manken ve maketler eşliğinde, eğitici koçlar ile öğrencilerin becerileri basamaklı olarak takip edebilecekleri beceri eğitim rehberleri kullanılarak gerçekleştirilmektedir, becerilerin değerlendirilmesi de tüm fakültelerdeki gibi OSCE ile beceri değerlendirme rehberleri kullanılarak yapılmaktadır.

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitim programı diğer fakültelerden farklı olarak mezuniyet öncesi eğitimin ilk iki yılında yer almaktadır. Beceri eğitimlerinin içeriğine bakıldığında pek çok tıp fakültesinden farklı olarak ADÜ Tıp Fakültesi'nde "fiziksel bakı" adı altında çok sayıda beceri yer almaktadır, bu beceriler fiziksel muayenenin tamamını değil yalnız inspeksiyon kısmını içermektedir. Bu çalışmada, beceri eğitimlerinde; öğrenci sayısının fazlalığı, eğitici sayısının azlığı, grupların büyüklüğü ve beceri eğitimlerine ayrılan sürenin yetersizliği gibi nedenlerden dolayı öğrenciler becerileri tek başlarına gerçekleştirme fırsatı bulamadığı tespit edilmiştir. Günümüzde artan kontenjanlar nedeni ile bu pek çok tıp fakültesi için bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında pek çok fakültede öğrencilerin becerileri tekrar etme olanakları varken ADÜ Tıp Fakültesi'nde öğrencilerin uygulama eksikliklerinin olduğu, becerileri tekrar edebilecekleri serbest zaman dilimlerinin olmaması ve klinik beceri eğitimi ile ilgili geri bildirim alınmaması farklılık olarak göze çarpmaktadır.

4.1.5. Klinik beceri eğitim programı nasıl tasarlanmıştır?

Eğitim programları dinamik yapılardır. Tasarlanan programın geliştirilebilir olması ve düzenli olarak yenilenmesi, değerlendirilmesi büyük bir gerekliliktir (121). Klinik beceri eğitim programları için de ülkemizde hızla artan tıp fakültesi öğrenci sayısı düşünüldüğünde tıp alanında da eğitim programlarının değerlendirilerek güncellenmesi büyük önem taşımaktadır. Klinik beceri eğitiminin en önemli noktası öğrencinin bire bir eğitim yapabilme şansının olduğu ve geribildirim alabildiği bir eğitim olmasına rağmen ADÜ örneğinde öğrencilerin yeterince uygulama yapamaları sorun oluşturmaktadır.

Bir eğitim programının tasarımı, ihtiyaçların analizi ve değerlendirmesi sonuçlarına dayalı olarak eğitici ve öğrencilere yönelik, ilgili paydaşların görüşleri doğrultusunda hedef özelliklerini taşıyan biçimde hazırlanmalıdır. Eğitim programları dinamik yapıdadır, mevcut gereksinimler, geribildirimler ışığında düzenli olarak değerlendirilmelidir (122).

ADÜ Tıp Fakültesi'nde, klinik beceri eğitimi TEB tarafından ders kurulları ve diğer entegre hekimlik uygulamaları ile entegrasyonu yapılarak, kurul öğrenme hedeflerine uygun olarak oluşturulmuştur. Yapılandırıldığı yıllarda en fazla 20 kişiden oluşacak dört farklı küçük grupta yapılmak üzere, mevcut ders programları ve öğrenme hedeflerine göre tasarlanan ve entegrasyonu yapılan eğitim programında daha sonraki yıllarda düzenlemeler yapılmamıştır (95).

4.1.6. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci beklentileri nelerdir?

Wenrich ve ark.ları (2010) Washington Tıp Fakültesi'nde yaptıkları çalışmalarında klinik öncesi ve klinik dönem eğiticileri ile öğrencilerin stajlara başlarken ihtiyaçları olan beceri düzeylerini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışma sonunda; klinik öncesi ve klinik dönem eğiticilerinin klinik stajlara başlayacak öğrenciler için ortak beklentiler

geliştirebilmeleri için öğrencilerin klinik becerilerin bu eğiticilerin ortak katılımı ile geliştirilmesinin uygun olacağı bildirilmektedir. Temel becerilerin hemen hepsine hazırlık için klinik öncesi eğiticilerin ve öğrencilerin, gelişmiş becerilere hazırlık için ise yalnız öğrencilerin daha yüksek beklentiye sahip olduğu görülmektedir (123).

Mıdık ve ark.ları (2006) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde mesleksen beceri eğitimlerinin ilk üç yılını tamamlayan üçüncü sınıf öğrencileri ile öğrencilerin beceri eğitimleri ile ilgili görüşlerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin eğiticilerin beklentilerini karşıladıklarını ve yeterli eğitim yöntemi çeşitliliği sunduğunu belirtmektedir. Öğrencilerin demonstrasyonların iyi yapılmasını, beceriyi kendilerinin yapmalarını ve beceriyi tekrar olanaklarının olmasını önemsediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca öğrenciler beceri eğitimlerinin klinik dönemde de sürmesinin beklentileri arasında olduğunu belirtmişlerdir (124).

Beceri eğitimlerinde öğrencilerin tam öğrenmesinin sağlanabilmesi için öğrencilerin gerçeğe en yakın ortamlarda, gerçeğe en yakın materyaller kullanarak eğitim verilmelidir. Bu çalışmada da manken-maket sayısının artırılması ve niteliklerinin iyileştirilmesi öğrencilerin önde gelen beklentilerinden ve gereksinimlerinden birisi olarak görülmektedir. Öğrencilerin demonstrasyon sonrasında becerileri öğrenebilmeleri için eğitici ve öğrenim rehberleri eşliğinde, anında geri bildirim verilerek becerileri birbir gerçekleştirebilmesi ve bunu beceriyi tam olarak öğreninceye kadar tekrar edebilme şansına sahip olması gerekmektedir. Bu çalışmada öğrenciler birbir uygulama şansı bulabilmelerini en önemli beklentileri arasında saymaktadır. Öğrenciler bunu yapabilmeleri için gruptaki öğrenci sayılarının azaltılması gerektiğini düşünmektedir.

Ülkemizde son yıllarda artan öğrenci kontenjanlarının bir sonucu olarak pek çok fakültede küçük grup eğitimlerinin planlanması ve uygulanmasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Öğrenciler bunun grup sayısının artırılması, öğrenci sayısının azaltılması, eğitici sayısının artırılması gibi yöntemler ile çözülebileceğini düşündüklerini bildirmektedir. Ülkemizde tıp fakültelerinin 2003 yılında Türkiye genelinde toplam kontenjanı 4550 iken yeni açılan fakültelerle birlikte bu sayı 2008 yılında 6098'e, 2011 yılında 8205'e, 2012 yılında 8915'e yükselmiştir. 2013 yılında devlet üniversitelerinin tıp fakültelerinin kontenjanlarının artırılması sonucu toplam kontenjan 11 bin 37'ye ulaşmıştır. 2003 yılında toplam 41 olan tıp fakültesi sayısı 2013 yılında 74'e çıkmıştır (125).

Son yıllardaki kontenjan artışları ile birlikte pek çok tıp fakültesinde eğitimlerde aksaklıklar yaşanmaktadır. Öğrenci sayısının artışı ile birlikte özellikle küçük gruplarda eğitim olanakları azalmıştır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi 2010 yılı UTEAK öz değerlendirme raporunda öğrenci sayısının artması ile birlikte yapılan çok sayıdaki küçük grup çalışmalarının oluşturduğu sorunları geliştirilmesi gereken alanlar kısmında dile getirmektedir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi de 2010 yılı UTEAK öz değerlendirme raporunda öğrenci sayısındaki artışın öğrenen merkezli çalışmaları güçleştirmesini zayıf noktalarından birisi olarak gördüğünü dile getirmiştir (116, 126).

Bu çalışmada, öğrenciler ülkemizde daha önce Gürpınar ve ark.ları (2006) ile Karaoğlu ve ark.ları (2011) tarafından yapılmış farklı çalışmalar ile benzer şekilde uygulamaların sayı ve süresinin artırılmasına ilişkin beklentilerini dile getirmektedir (6, 127). Mıdık ve ark.ları (2006) ile Karaoğlu ve ark.ları (2011) tarafından yapılan çalışmalardan farklı olarak klinik beceri laboratuvarlarının fiziksel koşullarından memnun olmadıklarını ve iyileştirilmesi beklentilerini dile getirmektedir (124, 127).

Bu çalışmada, öğrenciler beceriler ile ilgili program değişikliklerinin kendilerine zamanında bildirilmemesini, eğitimcilerin bazı derslere geç gelmeleri veya gelmemelerini organizasyon bozukluklarına bağlamaktadır. Öğrenciler laboratuvar organizasyonlarının iyi yapılması (programda yapılan değişikliklerin öğrencilere zamanında bildirilmesi) ve eğitimcilerin derslerle ilgili daha özenli olması gibi beklentilerini bildirmektedir. Eğitimcilerin derslerin zamanlamasına uyum ile ilgili sıkıntılar yaşamakta olduğu ve bunun çözümü olarak eğitimciler derslerin eğitim koordinatörlüğü tarafından haber verilmesi yönünde bir uygulama bulunmaktadır. Eğitimcilerin mezuniyet öncesi eğitim görevinin yanında mezuniyet sonrası eğitim, rutin hasta ve araştırma zorunluluğu da olduğu için zamanlamada sıkıntı yaşamakta olabilecekleri düşünülmektedir.

4.1.7. Klinik beceri eğitim programına ilişkin öğrenci gereksinimleri nelerdir?

Öğrencilerin klinik beceri eğitim programına ilişkin gereksinimleri, beklentileri ile benzer şekildedir. Öğrencilerin becerileri tam olarak öğrenebilmeleri için beceri eğitimlerinin bazı unsurları bulunmaktadır. Beceri eğitimlerinin küçük gruplarda yapılması beceri eğitimlerinde tam öğrenmenin sağlanabilmesi ve her öğrencinin beceriyi kendi başına yapabilmesi için önem taşımaktadır, öğrenci sayısının azaltılması ve becerilerin küçük gruplarda yapılması; öğrencilerin gereksinimlerindedir. Öğrencilerin tam öğrenmelerinin gerçekleşebilmesi için birebir eğitim yapmak önemlidir; öğrencilerimiz de birebir uygulama yapılması ve eğitici sayısının artırılması gereksinimlerini bildirmektedir. Beceri eğitimlerinin gerçeğe yakın ortamlarda yapılması becerinin öğrenilmesini kolaylaştıran bir unsurdur, bu çalışmada da öğrenciler fiziki koşulların düzenlenmesini; eğitimlerin gerçeğe uygun, kaliteli, yıpranmamış nitelikte, yeterli sayıda manken-maket ile yapılması gereksinimlerini bildirmektedir. Beceri eğitimlerinde becerilerin öğrenilebilmesi için zamanın iyi ayarlanması gerekmektedir, öğrenciler beceri eğitimlerine ayrılan sürenin artırılması gereksinimleri olduğunu bildirmektedir. Eğitimlerin verimli olabilmesi için eğitimcilerin motive olması önemlidir,

öğrenciler eğitimcilerin becerilere zamanında gelmesinin işleyişin daha düzenli olması ile gerçekleşebileceğini bildirmektedir.

4.1.8. Klinik beceri eğitim programının amaçları mevcut duruma uygun olarak belirlenmiş midir?

Gelişen ve değişen eğitim politikaları, toplum gereksinimleri, üniversitenin koşulları gibi pek çok faktör değişirken eğitim programları da değişime ayak uydurmak zorundadır. ÖSYM verileri incelendiğinde ADÜ Tıp Fakültesi için 2003 yılında 60 olan öğrenci kontenjanı sayının 2013 yılında 170'e çıkmış olduğu görülmektedir (128).

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitim programı 11 yıl önce kontenjanın 60 kişi olduğu yıllarda, küçük gruplarda uygulanmak üzere her gruba en fazla 20 kişi düşecek ve toplam dört grup olacak şekilde tasarlanmıştır. Tasarlanıp uygulanmaya başlandıktan sonra herhangi bir düzenlemeye gidilmemiştir. Mevcut durumda ise 170'e çıkan kontenjanlar ile gruplara yaklaşık 40 kişi düşmektedir.

Ülkemizde pek çok fakülte beceri eğitimleri uygulamaları sonunda öğrencilerden geri bildirimler aldıklarını ve beceri eğitim programlarının her yıl değerlendirilerek gerekli düzenlemelerin yapıldığını belirtmektedir. Sık yapılan değerlendirmeler eğitim programlarının dinamik bir yapı kazanmasını sağlayarak değişen şartlara uyum sağlamayı kolaylaştırmaktadır (6, 124, 127).

Çiftçili ve ark.'nın (2006) Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik beceri laboratuvarı uygulamalarının tanıtıldığı makalede Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde beceri eğitimleri için eğitim programı içeriği, eğitim materyali ve değerlendirme yöntemlerinin her

yıl gözden geçirilmekte olduğu, dünyadaki gelişmeler doğrultusunda eğitim kalitesinin yükseltilmeye çalışıldığı bildirilmektedir (24).

Bu çalışmada ise beceri eğitim programının tasarlandıktan sonra güncellenmemiş olması, öğrencilerin yeterince uygulama yapmalarının ve istenilen yeterliğe ulaşmalarında engel olabileceğini düşündürmektedir.

4.2. Girdide Yer Alan Araştırma Sorularına İlişkin Tartışma

4.2.1. Öğrencilerin bilişsel alana ilişkin hazır bulunuşlukları nasıldır?

Godefrooij ve ark.larının (2010) Maastricht Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirdikleri klinik öncesi dönemden klinik döneme geçişin öğrenciler tarafından değerlendirildiği odak grup çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu temel bilim bilgilerindeki eksikliklerin becerileri uygulamalarını da etkilediğini bildirmektedir. Öğrencilerin temel bilimlerde özellikle; anatomi, farmakoloji, fizyoloji, endokrinoloji ve laboratuvar sonuçlarının yorumlanmasında eksiklikleri olduğu bildirilmektedir (129).

Prince ve ark.larının (2005) Maastricht Tıp Fakültesi'nde klinik dönem başlangıcındaki 4. sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin çoğu kendilerini klinik beceriler açısından yeterli hissederken, yalnız % 18.5'i sahip oldukları temel bilimler bilgisini yeterli bulduğunu belirtmektedir. Öğrenciler odak grup görüşmelerinde temel bilimlerde özellikle anatomi ve farmakoloji bilgilerinin eksik olduğunu ve klinikte klinik öncesi dönemde kazanmış olduklarından daha farklı bilgiye ihtiyaç duyduklarını belirtmektedir (130).

Radcliffe ve ark.nın (2003) İsveç Karolinska Tıp Fakültesi'nde birinci, üçüncü ve altıncı sınıf öğrencileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada; tıp fakültesinde öğrencilerin en fazla stres yaşadıkları dönemin klinik öncesi dönemden kliniğe geçişte olduğu bildirilmektedir. Stresin

kaynağını öğrenme ortamındaki değişiklikleri, öğrenme stilleri ve beklentileri içermektedir. Öğrenciler temel bilimler bilgi ve becerilerinin yetersiz olduğunu düşündüklerinden kendilerini yararsız ve hasta bakımında rol almak için yetersiz hissettiklerini bildirmektedir (131).

Widyandana ve ark.larının (2010) Endonezya Gadjah Mada Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde bir yarıyıl önce klinik eğitimlerine başlayan beşinci sınıf öğrencileri ile yaptıkları odak grup çalışmasında; öğrenciler klinik beceri eğitimlerinin klinik eğitime hazırlanmaları için önemli bir olumlu etki gösterdiğini, kendilerine beceri eğitimlerinde öğretilmeyen becerileri uygulamanın ise çok daha zor olduğunu bildirmektedir (132).

Bu çalışmada, öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları bilgi ve becerileri daha önceki bilgileri ile ilişkilendirebildiklerini belirtmektedir. Öğrencilerin olumlu düşüncelerinin 3. sınıflarda diğer sınıflara göre düşük olduğu gözlenmektedir. Sınıflar arasındaki bu farklılığın, 3. sınıf öğrencilerinin klinik ortamda önceki bilgi ve becerilerini kullanmada kendilerini yetersiz hissetmelerine bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları pratik becerileri daha önceki temel bilgi becerileri ile geliştirebildiklerini düşünmektedirler, birinci sınıfların bu konuda daha olumlu düşünceye sahip olmalarının nedeninin birinci sınıf öğrencilerinin henüz klinik ortamda bulunmamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

4.2.2. Öğrencilerin klinik beceri eğitimine ilişkin motivasyonları nasıldır?

Nielsen ve ark.ları (2003) Danimarka Aarhus Tıp Fakültesi'nde laboratuvar ve staj ortamında verilen beceri eğitimlerini karşılaştırdıkları çalışmalarında, 126 ikinci sınıf öğrencisinden % 98'inin klinik öncesi beceri eğitiminin öğrencilerin klinik stajlardaki başarılarını arttırdığını

belirtmektedir. Çalışmada beceri eğitiminin erken dönemde verilmesinin öğrenci motivasyonu üzerinde olumlu etkisi olduğunu belirtilmektedir (74).

Das Mandira ve ark.larının (1998) Birleşik Arap Emirlikleri Tıp Fakültesi'nden yeni mezun olan hekimler ile internlerin klinik beceri eğitimi ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği çalışmalarında; katılımcıların % 96'sı hasta üzerinde becerileri uygulamadan önce tanı ve tedavi becerileri ile laboratuvar becerilerinin eğitiminin verilmesini yararlı bulduklarını belirtmektedir (133).

Günay'ın (2002) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin pratisyen hekimlikle ilgili çeşitli alanlarda kendi beceri düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde öğrencilerin büyük çoğunluğu; fizik muayene yapma, laboratuvar sonuçları yorumlama, tıbbi ve cerrahi girişim alanlarında kendi beceri düzeylerinin yeterli olduğunu düşünmektedir (134).

Gürpınar ve ark.nın (2006) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi mesleksel beceri uygulamaları hakkındaki öğrenci geribildirim formlarını değerlendirdikleri çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu mesleksel beceri eğitimlerine 5 üzerinden 4,5 olumlu puan vererek eğitime dair memnuniyetlerini ifade etmektedir (6).

Karaoğlu ve ark.nın (2011) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde beceri eğitimlerinin geriye dönük olarak değerlendirildiği çalışmada “uygulatıcının tutumu öğrenmemi motive etti” ifadesine katılanların oranının çok yüksek olması öğrencilerin beceri eğitimleri ile ilgili motivasyonlarının yüksek olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu uygulatıcının beceri rehberinin basamaklarına uygun davranmayı sağladığını ve uygulatıcının tutumunun öğrenmelerini motive ettiğini belirtmişlerdir (127).

Baykan ve ark.larının (2012) çalışmasında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2009-2010 eğitim öğretim yılında öğrencilerin kalp sesleri ile ilgili beceri dersinden memnuniyet oranının % 90,6 gibi yüksek bir değerde bulunmuş olduğunu, öğrencilerin bu dersten zevk aldığını bildirmektedir (135).

Bu çalışmada, öğrenciler klinik beceri eğitimlerini yararlı bulmakta, beceri eğitimlerine ayrılan sürenin artırılmasını istemekte ve eğitimlere katılmakta istekli görülmektedir. Eğiticiler de öğrencilerin beceri eğitimlerine katılmakta istekli olduklarını bildirmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin ve eğiticilerin klinik beceri eğitimlerini yararlı buldukları açık olarak görülmektedir. Eğiticiler de öğrenciler de eğitimler ile ilgili olumlu görüşler bildirmekte, eksiklikler giderildiğinde bu eğitimler yolu ile öğrencilerin kendilerini geliştirebileceklerinin bilincinde oldukları görülmektedir.

4.2.3. Klinik beceri eğitim programının hedefleri nelerdir?

Dublin Tıp Fakültesi mezundan beklediği klinik yetkinliği; tıbbi uygulamaları en iyi şekilde gerçekleştirebilecek düzeyde bilgiye sahip olmak ve hastalığın tanı, tedavi ve korunmasını en iyi şekilde gerçekleştirebilecek düzeyde etkili ve etkin beceri sergileyebilmek olarak özetlenebilmektedir (107).

Mc Master Tıp Fakültesi, mezuniyet öncesi beceri hedefleri; hastanın hastalığını fiziksel, sosyal ve duygusal olarak farklı boyutlarda ele alarak tedavi edebilmek; bunu yaparken klinik nedenselleştirme yeteneklerini kullanarak klinik bilgiyi elde edebilmek, yorumlayabilmek ve sentezleyebilmek olarak belirtilmektedir (108).

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, mezunundan öykü alma ve fizik muayene ile ilgili bilgi ve becerileri uygulayabilmek; öykü ve muayenede elde edilen verileri yorumlayarak ve

değerlendirerek problemleri tanımlayabilmek, olası tanıları belirleme ve akılcı tetkik isteme de dâhil olmak üzere eylem planını oluşturabilmek yetkinliklerini beklemektedir (113).

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi UTEAK özdeğerlendirme raporu incelendiğinde mezundan beklenen beceri yetkinliklerinde; fizik muayene becerileri ve hasta değerlendirme becerileri adı altında; erişkin hastanın; yenidoğan ve çocuk hastanın; sık görülen tıbbi acil durumdaki hastanın; kalıcı fiziksel yetersizliği olan erişkin hastanın fizik muayenelerini; gebenin rutin muayenesini; adli ölü muayenesini yapabilmek gibi muayene becerileri ve sık görülen tıbbi hastalığı olan hastanın değerlendirilmesi becerileri yer almaktadır (116).

Bu çalışmada, klinik beceri eğitim programının hedefleri incelendiğinde, klinik beceri eğitimlerine ait hedeflerin ders kurulları beceri hedefleri arasında yer aldığı görülmektedir. Beceriler yalnız başlıklar olarak verilmiş olup bazı becerilerin içerikle uyummadığı, farklı olduğu veya farklı sınıfta verildiği gözlenmektedir.

4.2.4. Klinik beceri eğitim programının içeriği nedir?

Nielsen ve ark.larının (2003) çalışmasında yer alan Aarhus Tıp Fakültesi klinik beceri eğitim programının içeriği incelendiğinde öğrencilerin anatomi ve biyoloji derslerini aldıktan sonra almaya başladıkları beceri eğitiminin içeriğinin genel fizik muayene ve sistemlere ait fizik muayene becerileri ile basit prosedürel işlemleri içerdiği görülmektedir (136).

Kanada Tıp Konseyi tıp fakültelerinden mezun olacak hekimlerinden temel klinik uygulamalarda yaygın ve hayatı tehdit eden hastalıkların tanı ve tedavisini yapabilmek; ayrıntılı anamnez alabilmek, ayrıntılı fiziki ve mental durum muayenesi yapabilmek, yaygın kullanılan laboratuvar testlerini yorumlayabilmek; tüm bulgular ile doğru ve anlamlı tanı

koyabilmek becerilerini beklemektedir ve tıp fakültelerinin klinik beceri eğitimlerinde bu içerikler yer almaktadır (98).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Yürütülmekte olan Mezuniyet Öncesi Eğitimi İyileştirme Programı Çerçevesinde, Mesleksel Beceri Laboratuvarı Olanaklarının Geliştirilmesi, Standardize Hasta ile Mesleksel Beceri Eğitimi Programı ve Performansa Dayalı Sınama Sistemi Oluşturulması Projesi Kesin Raporu'nda beceri eğitiminin içeriği ile ilgili önerilerde; içeriğin merkezi bir yapı tarafından planlanması, yatay ve dikey entegrasyonun sağlanması, içeriğin hangi düzeyde öğretilmesi gerektiğinin belirlenerek fakülte hedefleri ile uyumlu hale getirilmesi gerektiği belirtilmektedir (7).

Bu çalışmada; klinik beceri eğitim programının içeriği incelendiğinde içerik genel anlamda yatay entegrasyonla uyumlu görülmektedir, fakat bazı ders kurullarında ders kurulu ile ilgisi daha az olan konular yer almaktadır. İçeriğin yeniden gözden geçirilerek entegrasyonun tam olarak sağlanması, basit becerilerden daha komplike becerilere doğru ilerlemesi öğrencinin öğrenmesini kolaylaştırıcı olacaktır. İçerik Akdeniz, Ege, Marmara, Ondokuz Mayıs ve Selçuk Üniversiteleri Tıp Fakülteleri'nin içerikleri ve UÇEP ile karşılaştırıldığında da diğer fakültelerde yer alan mesleki olarak önem taşıyan bir takım becerilerin eksiklikleri göze çarpmaktadır. ADÜ Tıp Fakültesi'nde fizik muayene becerilerinin genelde muayenenin inspeksiyon kısmından oluşması tam fizik muayene becerilerinin gelişmesi yönünden sıkıntı yaratabilir.

4.2.5. Klinik beceri eğitim programında uygulanmakta olan öğretim yöntem ve teknikleri nelerdir?

Isenberg ve ark.nın (2005) yaptıkları meta-analiz çalışmasında; beceri laboratuvarında etkili öğrenmeyi sağlayan pek çok faktör tanımlanmaktadır. Bunlar uygulama tekrarları, müfredat

entegrasyonu, laboratuvar ortamının dış etkenlere kapalı olması ve daha kotrollü bir ortam olması, öğrenim hedeflerinin tanımlanmış olması, laboratuvarında simülatörler kullanılması, eğitimcilerin yakın gözetimi ve hatalarını anında düzeltmek amacı ile öğrencilere geribildirim verilmesi olarak sıralanmaktadır (137).

AAMC'nin kapsamlı klinik beceri değerlendirme araştırması sonucunda yayınlamış olduğu "The AAMC Project on the Clinical Education of Medical Students" isimli çalışmasında; etkili bir klinik beceri eğitimi için gerekli olan maddelerden birisinin eğitici ve öğrencinin etkili geri bildirim için fırsat ve zamanının olması olarak belirtilmektedir (67).

Geri bildirim öğrencinin seviyesini görmesini sağlar ve nerede olması gerektiğine dair hedef oluşturmasını sağlar. Yerinde ve zamanında yapılan yapıcı geri bildirim öğrencinin yaşam boyu öğrenmesini sağlayacak kendini değerlendirmesi ve yansıtmasını tetikler, destekler. Geri bildirim tıp eğitiminin kalbidir. Geri bildirim etkili olabilmesi için eğitici ve öğrenci hasta için en iyisini yapabilmek ve öğrencinin gelişimi için en iyisini yapabilmek gibi ortak hedefler için çalıştıklarını bilerek, karşılıklı güven ortamı içinde bir ilişki kurularak verilmelidir (138).

ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri eğitimleri öğrencinin aktif katılımı sağlandığı küçük gruplarda; demonstrasyon, koçluk ve birebir uygulamalar ve geri bildirimleri içeren yeterliğe dayalı bir eğitim olarak tasarlanmıştır. Fakat öğrenci sayısının fazlalığı ve eğitime ayrılan sürenin yetersizliği öğrencilerin birebir eğitim yapabilmeye şanslarını zorlaştırmakta ve özellikle dört becerinin tek oturumda verildiği bazı bazı beceri eğitimlerinde öğrencilere anında geri bildirim verilememektedir. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin beceriyi tam olarak öğrenmesi ve yeterince uygulama yaparak beceri öğrenmesini pekiştirmesi önemli bir gerekliliktir. Öğrencilerin beceri oturumlarında ve sonrasında becerileri mümkün olduğunca fazla tekrar etmeleri gerekmektedir. Fakat bu çalışmada öğrencilerin becerilerini tekrar edebilecekleri serbest zaman dilimi bulunmamaktadır. Beceri laboratuvarlarının öğrencilere

beceri oturumları dışında da çalışabilme fırsatı vermesi önemlidir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde beceri eğitimleri için öğrenci ve eğitimcilerden geri bildirim alınması programın geliştirilebilmesi ve değerlendirilmesi, program hakkında fikir sahibi olunabilmesi için önemli olacaktır. Programın hedeflerine ulaşmasının sağlanması için geri bildirim alınması gerekli görünmektedir.

4.2.6. Klinik beceri eğitim programı ile ilgili eldeki mevcut kaynaklar, eğitim materyalleri nelerdir?

Dünyada pek çok tıp fakültesinde klinik beceri eğitimleri manken-maketler, düşük teknolojik ve yüksek teknolojik simülatörler, standart ve simüle hastalar, videolar ve elektronik kaynaklar ile desteklenmektedir. Gerçeğe en yakın ortamı sunmakta yardımcı olan bu kaynakların kullanımı öğrencilerin öğrenmesini desteklemektedir (77).

Günümüzde klinik beceri eğitimlerinde pek çok merkezde kullanılmakta olan gerçeğe çok yakın simülasyon modelleri özellikle enjeksiyon, sütür gibi ağırlı, rahatsızlık uyandırabilecek, zor müdahaleler için tercih edilmektedir (73).

Belirli klinik beceriler için simüle uygulamaların olumlu etki gösterdiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. Butter ve ark.larının (2010) simülasyon eğitimi alan tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencileri ile geleneksel eğitim alan dördüncü sınıf öğrencilerini karşılaştırdıkları çalışmada simülasyon eğitimi alan öğrencilerin kardiyak bulgulu hastaları daha doğru değerlendirdikleri tespit edilmiştir (139-141).

Klinik beceri eğitimlerini ileri teknoloji ile destekleyen merkezlerden birisi olan Dundee Tıp Fakültesi beceri laboratuvarında; anatomik manken ve maketler, tanı ve tedavide kullanılan tıbbi aletler, resusitasyon donanımları, HARVEY, kardiyak simülatör, anahtar sınav videoları,

kampüs içinde tele-tıp bağlantıları, simüle ve gerçek hastalar, bilgisayarlar ve e-öğrenme kaynakları, bireysel çalışma ve tekrar yapabilmek için randevu alınarak kullanılabilen kendi kendine revizyon odası bulunmaktadır (142).

Ege Tıp Fakültesi'nde fakülteye başlayan bir öğrenci özel çalışma modülleri dışında klinik öncesi eğitiminin 120 saatini beceri laboratuvarında görmektedir ve bu eğitimler teknolojik donanıma sahip simüle hasta laboratuvarı ile de desteklenmektedir. Beceri laboratuvarları farklı muayene becerilerine ait simülatörler, manken ve maketler ve teknolojik ürünlerle eğitime destek olmaktadır (7).

Mıdık ve ark.larının (2006) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde mesleksel beceri eğitimlerinin ilk üç yılını tamamlamış olan üçüncü sınıf öğrencilerinin mesleksel beceri eğitimleri ile ilgili görüşlerini değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 87'si mesleksel beceri laboratuvarının eğitim ortamını olumlu buldukları yönünde görüş bildirmişlerdir (124).

Karaoğlu ve ark. (2011) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 30 temel mesleki beceri ile ilgili 9667 geri bildirim geriyeye dönük olarak değerlendirildiği çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu beceri eğitimi için fiziksel mekan ve süreyi uygun bulduklarını belirtmektedir (127).

Bu çalışmada, ülkemizde yapılmış benzer çalışmalardan farklı olarak; öğrenciler klinik beceri laboratuvarının fiziki koşullarının (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırılması, havalanması, ısınması, soğutması) yetersiz olduğu düşüncesindedir. Birinci sınıf öğrencileri klinik beceri laboratuvarındaki masa ve sandalye sayısını yeterli bulurken ikinci ve üçüncü sınıflar ile eğitimciler fiziksel koşulları ve masa, sandalye sayısını yetersiz bulmaktadır. İkinci ve üçüncü

sınıflar ile eğitimciler olumsuz düşünürken birinci sınıfların bu konuda daha olumlu olmalarının nedeni birinci sınıfların havalandırma ve ışıklandırmanın, sandalye ve masa sayısının daha yeterli olduğu büyük laboratuvarlarda eğitim görmüş olmalarına bağlanabilir.

4.2.7. Eğitimcilerin klinik beceri eğitimleri ile ilgili becerileri nasıldır?

Çoğu hekim meslek yaşantılarındaki hekimlik rolleri için yıllarca, çok iyi hazırlanmış olsalar da çoğu, eğitim prensipleri, öğretim yöntem ve tekniklerine uzaktırlar ve yalnız belli sayıda hekim kendini eğitimcilik rolü için yetiştirme gereksinimi duymaktadır (143).

GMC, Mayıs 2011 tarihli mezuniyet öncesi tıp eğitiminde eğitici ve öğrenci gelişimine yönelik önerilerde bulunduğu çalışmasında; tıp fakültelerinin eğitimcilerin gelişimini sağlamak ile yükümlü olduklarını bildirmektedir. Bu amaç ile eğitimcilere eğitimcilik rolünün öğretildiği formal kurslar düzenlenmesi, eğitimcilerin bu konuda desteklenmesi önerilmektedir. Eğitimciler için önerilen gelişim programlarının öğrenme ve öğretme ilkelerini, öğrenmeden beklenen çıktıları, müfredatın özelliklerini, okulun yapısını, değerlendirme yöntemlerini ve etkili geri bildirim vermeyi içeren programlar olması ve eğitimcilerden bu özelliklerin beklenmesi önerilmektedir. GMC, tıp fakültelerinin eğitim ve öğretim etkinliklerinin kalitesini değerlendirmek için etkinlikleri yerinde takip etmek, değerlendirmek ve geliştirmek ile yükümlü olduğunu bildirmektedir (144).

Avustralya ve Yeni Zelanda 2008 yılı Ulusal Klinik Beceri Raporu'na göre; tıp fakültesi eğitimcilerinin öğrencilere koçluk yapabilecek ve onları eğitebilecek beceriye ve güvene ihtiyacı vardır. Bu da eğitimcilerin ne öğreteceklerini, nasıl öğreteceklerini ve değerlendireceklerini öğrenmelerini sağlayan profesyonel gelişim programları ile sağlanmalıdır. Eğitim programlarının amaçları, eğitici ve öğrencilerin görevleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır (118).

AAMC 2008 yılı mezuniyet öncesi beceri eğitim programı önerilerinde; eğitimcilerin kendilerini geliştirebilmeleri için özel çalıştaylar düzenlenerek koçluk becerilerini uygulayabildikleri ve geri bildirim alabildikleri ortamların kendilerini beceri eğitimleri ile ilgili olarak geliştirmelerine olanak sağlayacağını bildirmektedir (77).

Duvivier ve ark.nın (2009) çalışmasında klinik beceri eğitimcileri için gerekli nitelik ve beceriler araştırılmıştır. Eğitimcilerin eğitimlere nasıl hazırlandıkları sorgulandığında ilk defa beceri eğitime girenlerin standart ders planına uydukları veya başka bir eğiticinin dersine eşlik ederek öğrendiği veya iş arkadaşlarına danıştıkları, daha önceki eğitimlere dair notları veya konu ile ilgili kitaplardan ön hazırlık yaptıkları görülmüştür. Eski eğitimcilerin standart planlara uymak yerine kendi öğretim stillerine göre eğitim verdikleri bildirilmiştir. Eğitimciler en etkili öğrenmelerin geri bildirim verildiğinde ve öğrencilerin soru sormalarına olanak tanındığında gerçekleştiğini bildirmişlerdir. Konusuna hakim, öğrenci eğitimi ile ilgili geçmiş tecrübeleri olan, eğitim programına hakim ve eğitim konusunda alt yapısı olan eğitimcilerin önemi vurgulanmıştır (145).

Ülkemizde pek çok tıp fakültesinde eğitici gelişim programları düzenlenerek eğitimcilerin eğitim ve öğretim ile ilgili gelişimleri sağlanmaya çalışılmaktadır. Musal (2003) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin eğitici gelişim programı deneyimini aktardığı çalışmasında 1997-2002 yılları arasında 44 kurs programıyla % 40,7'si fakülte dışından olmak üzere 587 kişiye eğitim verildiğini bildirmektedir (146).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2009-2012 dönemlerinde 9 farklı grupta 114 doçent, 25 profesör, 19 uzman, 8 yardımcı doçent olmak üzere toplam 166 öğretim üyesi ve uzman Temel Eğitici Gelişimi Programı'na programa katılmış olduğu bildirilmektedir (147).

Bu çalışmada yer alan eğitimcilerin % 73,5'i klinik beceri eğitimi ile ilgili eğitim almış olduklarını belirtmişlerdir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde beceri eğitimlerinde öğrettikleri beceriler genelde eğitimcilerin uzmanlık alanlarına göre seçilmektedir. Eğitimcilerin çoğu, klinik beceri eğitimlerinde öğrettikleri becerileri mesleki uygulamalarında sıklıkla kullandıklarını bildirmektedir.

4.2.8. Klinik beceri eğitim programına ayrılan süre yeterli midir?

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaklaşık 8.000 ders saati olan mezuniyet öncesi tıp eğitiminin % 10'unun özel zamanlar tanımlanarak beceri hedeflerine ayrılmış olduğu belirtilmektedir. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde beceri eğitiminin toplam ders saatine oranı %10 oranında yer almaktadır. ADÜ Tıp Fakültesi'nde ise ilk iki yıldaki beceri eğitiminin toplam ders saatine oranı yaklaşık %3,11 oranında (7, 100, 114, 119).

Gürpınar ve ark.larının (2006) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada 3. sınıf öğrencilerinin büyük çoğunluğu beceri eğitimi uygulamaları için ayrılan sürenin yeterli olduğunu düşünmektedir (6). Erpek ve ark.nın (2002) ADÜ Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirmiş oldukları çalışmada öğrencilerin büyük çoğunluğu her bir klinik beceri etkinliği için ayrılan sürenin yeterli olduğunu, eğitimcilerin % 67,4'ü ise becerilere ayrılan süreyi yeterli bulduklarını belirtmişlerdir (145).

Bu çalışmada, 2003-2012 yılları arasında her iki sınıfta klinik beceri eğitimlerinde toplam ders ve uygulama saatlerine göre bir azalma olduğu gözlenmektedir. Öğrencilerin % 49,4'ü ve eğitimcilerin % 41,4'ü klinik beceri eğitimleri için ayrılan sürenin öğrenme için yeterli olmadığını düşünmektedir. Üçüncü sınıflarda olumsuz düşüncenin artmasının öğrencilerin kliniklerle tanışması ile birlikte beceri eğitimlerindeki sürenin yetersizliğini daha fazla kavramış olabileceklerini düşündürmektedir.

4.3. Süreçte Yer Alan Araştırma Sorularına İlişkin Tartışma

4.3.1. Öğrencilerin eğitim materyallerine ilişkin görüşleri nelerdir?

Becerilerin maketler, modeller ve simülasyonlar ile defalarca tekrar edilmesi zor becerilerin öğrenilmesinde bile hekim adaylarının kendilerini daha yeterli ve güvenli hissetmelerini sağlamaktadır (75, 148, 149).

Nielsen ve ark.larının (2003) çalışmalarında, çalışmaya katılan öğrencilerin çoğu mankenler üzerinde edindikleri bilgilerini hastaları ele alırken doğrudan kullanabileceklerine ve mankenlerin bu bilgilerin klinik ortama transfer edilebilmelerinde kolaylaştırıcı olacaklarını düşünmektedir (136).

Alimoğlu ve ark.nın (2003) intern hekimlerle yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 68.8'i beceriyi maket üzerinde öğrenmenin klinik deneyimlerine katkısı olduğunu ifade etmektedir (150).

Gürpınar ve ark.larının (2006) Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada 3. sınıf öğrencilerinin büyük çoğunluğu beceri eğitimi uygulamalarında pratik gereçlerin yeterli olduğunu düşünmektedir (6).

Bu çalışmada da yukarıda aktarılan çalışmalara benzer şekilde öğrenciler ve eğiticiler, klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine yer verildiğini ve beceri eğitimlerinde manken maketlerin öğrenmeye katkı sağladığına inanmaktadır. Eğitim materyallerinin fiziksel durumu, kullanılabilirliği ile ilgili olumlu düşünce birinci sınıflardan üçüncü sınıflara doğru düşmektedir. Bunun nedeni birinci sınıflarda daha az materyal gerektiren beceriler öğretilirken ikinci sınıfta daha fazla materyal kullanma şansı olması ve öğrencilerin klinikle temasları oldukça deneyimleme şanslarının artması ve

yetersizlikleri fark etmeye başlamaları olarak düşünülmektedir. Öğrencilerin ve eğiticilerin ortak görüşü klinik beceri eğitimlerinde manken maket sayısının yeterli olmadığı yönündedir.

4.3.2. Klinik Beceri Eğitim Rehberlerinin Değerlendirilmesi

Gürpınar ve ark.larının (2006) yaptıkları çalışmada dönem 3’de yer alan 12 farklı mesleki beceri uygulaması öğrenci geri bildirimleri incelendiğinde beceri eğitim rehberlerinde “basamakların tanımlanmasındaki açıklık” maddesi için öğrencilerin tamamen olumlu görüş bildirmiş oldukları görülmektedir (6)

Bu çalışmada, öğrencilerin ve eğiticilerin çoğu klinik beceri eğitim rehberlerini öğrencilerin öğrenmesini kolaylaştırdığı için yararlı bulmaktadır. Klinik beceri rehberlerinin yenilenerek geliştirilmesinin ve daha kullanışlı hale getirilmesi beceri eğitimine olumlu katkı yapacaktır.

4.3.3. Eğiticilerin ve öğrencilerin öğretim yöntemlerine ilişkin görüşleri nelerdir?

Mıdık ve ark.larının (2006) yaptıkları çalışmada “mesleksi beceri eğitimlerinde yeterli yöntem çeşitliliği (sunum, gösterim, tartışma, vb.) vardı” önermesi için öğrencilerin % 74’ü olumlu değerlendirme yapmış, geri kalanı ise kararsız kalmışlardır (124).

Bu çalışmada, birinci ve ikinci sınıflar klinik becerileri tek başlarına uygulama fırsatları olduğunu belirtirken üçüncü sınıflar bu konuda olumsuz düşündüklerini bildirmektedir. Birinci sınıflardan ikinci sınıflara doğru gidildikçe olumlu düşünce ciddi oranda azalmakta ve üçüncü sınıfta olumsuz düşünce hakim olmaktadır. Eğiticilerin % 38,2’si bu konuda olumlu düşündüklerini bildirmektedir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri öğrenmelerini etkileyen en önemli faktörlerin eğiticinin gerçekleştirdiği demonstrasyon ve kendilerinin becerileri bağımsız

uygulayabilmeleri olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada da eğiticiler ve öğrenciler beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulamasının öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdığını düşünmektedir, fakat öğrenciler klinik beceri eğitimleri sonrasında becerileri bağımsız olarak uygulama fırsatları olmadığını bildirmektedir (124).

Bu çalışmada, öğrenciler ve eğiticiler, klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin arkadaşları ile işbirliği yaparak öğrenmelerini kolaylaştırdığını bildirirken, oranın birinci sınıflarda çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin ve eğiticilerin çoğu öğrencilerin klinik beceri eğitimlerinde aktif katılımlarının sağlandığını bildirmektedir. Birinci sınıflarda bu konuda olumlu düşünce hakim iken üçüncü sınıfa doğru olumlu düşünce azalmaktadır.

Ülkemizde pek çok fakülte beceri eğitimlerinde öğrencilere anında geri bildirim verildiğini ve beceri eğitimlerinde eğitim rehberleri kullanıldığını bildirmektedir. Bu çalışmada ise öğrencilerin ve eğiticilerin çoğu öğrencilerin klinik beceri eğitimlerine aktif katılımlarının sağlandığını, fakat bazı eğiticiler fırsatları olmadığı için öğrencilere düzenli geri bildirim verilemediği bildirilmektedir. Hekimlerin artan iş yükü eğiticilik görevlerinde zorluklar yaşamalarına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak özellikle küçük gruplarda yapılan eğitimler uygun biçimde yapılamadığından amaçlanan hedeflere ulaşmamaktadır.

4.3.4. Eğiticilerin ve öğrencilerin değerlendirme sistemine ilişkin görüşleri nelerdir?

AAMC Klinik Beceri Eğitimi Belgesi'nde (2004) Amerika'daki tıp fakültelerinde klinik beceri değerlendirmesinde kullanılan yöntemler; doğrudan gözlem (% 20), kağıt-kalem(% 16), standardize hasta/OSCE (% 54), bilgisayarlı simülasyon (% 6) ve sözlü sınav (% 4) olarak belirlenmiştir (67).

Iowa Carver Tıp Fakültesi; dört yıllık eğitimi süresince klinik öncesi ilk iki yılda öğrencilere klinik beceri eğitimi verilmekte olduğunu ve değerlendirilmesinin akreditasyon standartlarından birisi olan simüle hasta kullanılarak gerçekleştirilen performansa dayalı değerlendirme ile yapıldığını bildirmektedir. Performansa-Dayalı Değerlendirmenin; 2004 yılından bu yana ABD Tıp Lisans Sınavı (USMLE) Basamak II Klinik Beceriler'in bir parçası olduğu bildirilmektedir (151).

Quenn's Tıp Fakültesi, öğrencilerine her dönemde klinik beceri eğitimi vermekte olduğunu ve değerlendirmelerini sekiz istasyondan oluşan bir OSCE ile iletişim becerileri ve profesyonallık ile birlikte değerlendirmekte olduklarını bildirmektedir (152).

El-Nemer ve Kandeel (2009) OSCE'ye ilişkin öğrenci görüşlerini inceledikleri çalışmalarında; öğrencilerin OSCE'nin bilgiyi geniş ölçüde değerlendirdiğini, öğrencinin kendini göstermesine izin verdiğini, öğrencilerin bilgi ihtiyaçlarının seviyesini belirlediğini, sınavın öğrenme olanağı sağladığını, OSCE puanlarının klinik becerilerinin değerlendirilmesinde doğru ölçümler sağladığını belirtmişlerdir (153).

Jawaid ve ark.nın (2013) Pakistan Dow Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 109 tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencisinin OSCE ile ilgili görüşlerinin değerlendirildiği çalışmada; öğrencilerin cerrahi beceriler ile ilgili 12 istasyondan oluşan OSCE sonrasında görüşleri alınmıştır. Öğrencilerin % 76'sı OSCE'yi adil bir sınav olarak değerlendirmektedir. Öğrencilerin % 72,5'i OSCE'nin klinik yetkinliklerini iyi değerlendiren, % 85-87'si iyi yapılandırılmış bir sınav olarak değerlendirmektedir. Öğrencilerin % 66'sı OSCE'yi klinik yetkinliklerinin ölçümü için geçerli ve güvenilir bir yöntem olarak değerlendirmektedir (154).

Ülkemizdeki pek çok tıp fakültesinde olduğu gibi ADÜ Tıp Fakültesi'nde de klinik becerilerin değerlendirilmesinde OSCE kullanılmaktadır. Bu çalışmada, birinci ve ikinci sınıf öğrencileri OSCE'nin klinik becerilerin değerlendirilmesi için uygun bir yöntem olduğunu, sınavlarda değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağlayan bir faktör olarak gördüklerini bildirmektedir. Öğrencilerin ve eğiticilerin çoğu klinik beceri sınavlarında öğrencilerin gerçek performanslarını sergileyebildiği konusunda kararsız olduklarını bildirmektedir. Bunun nedeni olarak öğrencilerin yıl boyunca gördükleri pek çok beceri olmasına rağmen beceri eğitiminin de değerlendirildiği EHU yıl sonu OSCE sınavında birinci sınıflar için tek istasyon, ikinci sınıflar için ise iki istasyon bulunmaktadır. Yıl sonunda birinci sınıflar yalnız bir beceri, ikinci sınıflar ise iki beceriye ait performanslarına göre değerlendirilmektedirler, bu uygulamanın öğrencinin tüm becerilerini değerlendirmeyi yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Öğrenciler ve eğiticiler yıl sonu sınavına katkısı çok az olan beceri eğitimi için harcanan emek ile not katkısının orantısız olduğunu bildirmektedir. OSCE dünyanın pek çok merkezinde kullanılan, güvenilir ve geçerli olmasının yanında zaman ve emek isteyen maliyetli bir değerlendirme yöntemidir. Bir programın etkili olup olmadığını anlamak programın ve programa katılanların başarısının değerlendirilmesi ile olabilmektedir. Fakat sınavın not katkısının çok düşük olması öğrenciler tarafından fazla önemsenmemeye neden olabilir. Not katkı payları oluşturulurken derslerin ağırlığı, ders sayıları ve gereklilikleri de göz önünde bulundurulmalıdır.

4.3.5. Öğrencilerin eğiticilere ilişkin görüşleri nelerdir?

Beceri eğitimlerinde küçük gruplarda öğrencilerin eğiticiler ile kurduğu iletişim öğrencinin motivasyonu ve öğrenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Soliman ve ark.nın (2008) King Saud Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde öğrencilerin klinik beceri eğitimi deneyimlerinin

değerlendirildiği çalışmada öğrencilerin % 82,11'i klinik beceri eğitimlerinde eğiticilerinin içten ve yapıcı olduğunu belirtmektedir (155).

Ghaffari ve ark.nın (2008) Tebriz Tıp Fakültesi'nde 3.000 öğrencinin klinik beceri eğitimini değerlendirdikleri çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu eğiticilerin öğretim yöntemlerinden, ders saatlerine uyumlarından memnun oldukları belirtilmektedir (156).

Nielsen ve ark.larının (2003) çalışmasında öğrenciler eğiticilerin öğretmeye ve becerileri göstermeye istekli olduklarını, öğrenciler ile resmi olmayan bir ilişki kurabildiklerini, öğrencilerin beklenen öğrenmeleri gerçekleştirip gerçekleştiremediklerini takip ettiklerini, öğrenciler becerileri uygulayacaklarında yanlarında bulduklarını ve öğrencilere geri bildirim verdiklerini bildirmektedir (136).

Karaoğlu ve ark.nın (2011) çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu uygulamacının beceri rehberinin basamaklarına uygun davranmayı sağladığını ve uygulamacının tutumunun öğrenmelerini motive ettiğini belirtmişlerdir (127).

Mıdık ve ark.larının (2006) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin % 77,9'u "yetistirciler beceriler ile ilgili beklentilerimi karşıladılar" maddesi için olumlu görüş bildirmektedir (124).

Gürpınar ve ark.nın (2006) Akdeniz Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada 3. sınıf öğrencilerinin büyük çoğunluğu eğiticilerin konularında yeterli olduklarını ve uygulamalarda ilgiyi sürekli kıldıklarını düşünmektedir (6).

Bu çalışmada, öğrenciler yukarıda aktarılan çalışmalara benzer şekilde eğiticilerin konularında bilgi ve beceri sahibi olduklarını, klinik beceri eğitimlerinde sürelerini verimli kullandıklarını, eğiticiler ile rahat iletişim kurduklarını belirtmektedir.

4.3.6. Öğrencilerin klinik beceri eğitim programının yürütülme sürecine ilişkin görüşleri nelerdir?

Klinik beceri eğitim programının bir eğitim programı olarak kalite ve uygunluğunun sağlanması için değerlendirilmesi gereklidir. Öğrencilerden ve eğiticilerden alınacak geri bildirimler motivasyon ve bilgilendirme için çok önemlidir. Zamanında alınan geri bildirim öğrenmenin geliştirilmesi için problemlerin erken tanımlanması ve öğrencilerin ihtiyaçlarının belirlenmesi için kullanılabilir (55, 157).

Bu çalışmada, beceri eğitimlerinde öğrencilerden ve eğiticilerden geri bildirim alınmamakta olduğu gözlenmektedir. Geri bildirim alınmaması verilmekte olan beceri eğitiminin işleyişinin eksik ve aksayan yanlarını ortaya koyabilme şansını ortadan kaldırmaktadır.

Gürpınar ve ark.larının (2006) Akdeniz Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada 3. sınıf öğrencilerinin büyük çoğunluğu beceri eğitimlerinde amaçlanan yetkinliğe ulaşmadaki organizasyon için olumlu düşündükleri görülmektedir (6).

Öğrenciler eğiticilerin klinik beceri eğitimlerine katılmaları ve ders programında meydana gelen değişikliklerin kendilerine zamanında bildirilmemesinin eğitim programının yürütülmesinde aksaklıklara neden olduğunu bildirmektedir. Öğrencilerin tıp fakültesinin ilk yıllarındaki yoğun teorik ders yükümlülükleri ve eğiticilerin ders yüklerinin yanında hasta, araştırma ve mezuniyet sonrası eğiticilik yükleri de olduğu düşünüldüğünde klinik beceri

eğitimlerinin iyi bir şekilde planlanmas ve yürütülmesinin sağlanması, aksaklıkların zamanında öğrenilerek gerekli müdahalenin yapılabilmesi önem taşımaktadır.

4.3.7. Klinik beceri eğitim programında karşılaşılan problemler nelerdir?

Widyandana ve ark.larının (2010) çalışmasında öğrenciler beceri laboratuvarının organizasyonunun iyi olduğunu fakat özellikle klinisyen olan eğiticilerin kliniklerden geç geldiklerini ve bazı becerilerdeki mankenlerin tamir edilmeye ve yenilenmeye ihtiyaç duyduğu bildirilmektedir (132). Myall ve ark. (2008) da eğiticilerin artan iş yükü ve zaman darlığını eğitimin yürütülmesinin önünde ciddi engel ve problem olarak gördüklerini bildirmektedir (158).

Levinson ve ark. (2000) da yaptıkları çalışmalarda tıp fakültelerinde eğitimde zaman ve finansal baskının hızla artmakta olduğunu, pek çok fakültenin ciddi finansman sıkıntıları ile karşı karşıya kaldığını bildirmektedir. Eğiticilerin artan işyükünün de buna eklenmesinin fakültelerdeki klinik beceri eğitimlerinin gelişimini önemli oranda etkilemekte olduğu ve ciddi problem olarak görüldüğü bildirilmektedir (159, 160).

Demir ve ark.nın (2011) İstanbul Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirdikleri çalışmada klinik beceri eğitimlerinde öğrenciler kalabalıktan, eğitim süresi ve malzeme yetersizliğinden şikayet etmektedir (161).

Bu çalışmada da öğrenciler klinik beceri eğitim programında karşılaştıkları problemleri benzer şekilde; manken-maketlerin nitelik ve nicelik bakımından yetersizliği, fiziksel koşulların yetersizliği, öğrenci sayısının fazlalığı ve klinik beceri eğitime ayrılan sürenin yetersizliği olarak belirtmektedir. Beceri eğitimleri yeterliğe dayalı olduğu için öğrencilerin uygulama şansının olması çok önemlidir, öğrencilerin becerilerini pekiştirebilmeleri amacı ile

beceri laboratuvarlarının daha esnek saat dilimlerinde öğrencilerin faydalanmasının sağlanabileceği şekilde düzenlenme önemlidir.

4.3.8. Klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaşılan engeller nelerdir?

Beceri eğitiminin yürütülmesinde farklı etkenlerin engel oluşturmakta olduğu görülmektedir. Bu engeller beceri eğitimini gerçekleştirecek eğitimcilerden, öğrencilerden, fiziksel mekandan, kullanılan alet ve ekipmandan, eğitim yöntem ve teknikleri gibi pek çok farklı etkenden kaynaklanabilir. Veeremah'ın (2012) İngiltere'de yaptığı çalışmada eğitimcilerin eğitimlerin yürütülmesinde en sık karşılaştıkları engeller; zamanlarının kısıtlılığı ve hasta bakımından yalnız eğitim için ayrılacak kaliteli zamanlarının çok sınırlı olmasının ciddi bir engel olduğu bildirilerek eğitimcilerin daha fazla eğitsel rehberliğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (162).

Widyandana ve ark.ları (2010), Myall ve ark. (2008), Levinson ve ark. (2000) eğitimcilerin artan iş yükü, zaman darlığı ve finansal baskılar nedeni ile pek çok fakültede beceri eğitimlerinde sorunlar yaşanmakta olduğunu bildirmektedir (132, 158, 159).

Bu çalışmada, öğrencilerin ve eğitimcilerin klinik beceri eğitiminin yürütülmesinde karşılaştıkları en önemli engel olarak manken-maketlerin nitelik ve nicelik yönünden yetersizliği ve öğrenci sayısının fazlalığı bildirilmektedir. Manken maketlerin eski, yıpranmış ve kullanılabilirliğini kaybetmiş olması öğrencilerin beceriyi maket üzerinde gerçekleştirme şansını azaltmaktadır. Laboratuvarların fiziksel koşullarındaki olumsuzluklar (laboratuvarların küçük olması,vb.) ve öğrenci sayısının fazla olması nedeni ile eğitim ortamının çok kalabalık hale gelmesi öğrencilerin becerileri gerçekleştirebilme ve tekrar olanağını ortadan kaldırmaktadır. Eğitimciler derslere devamlarındaki problemlerin

organizasyon bozukluğu, motivasyon eksikliği ve yönetimin bu yönde ilgi ve desteğinin az olması nedeni ile olduğunu belirtmektedir.

4.3.9. Klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşılmış mıdır?

Prince ve ark.larının (2005) Maastricht Tıp Fakültesi'nde klinik dönem başlangıcındaki dördüncü sınıf öğrencileri ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin çoğu kendilerini klinik beceriler açısından yeterli hissettiklerini, % 67,1'i tam fizik muayene yapabilecek durumda olduklarını, fakat muayene sonuçlarını yorumlamak ile ilgili sıkıntıları olduğunu; klinik öncesi dönem ile klinik dönem arasındaki köprüyü kurmakta zorlandıklarını ve kliniğe geçişi çok stresli yaşadıklarını bildirmektedirler (130).

Gürpınar ve ark.nın (2006) Akdeniz Tıp Fakültesi'nde yapmış oldukları çalışmada üçüncü sınıf öğrencilerinin büyük çoğunluğu beceri eğitimi uygulamalarının amaçlanan hedeflere ulaştığını düşünmektedir (6).

Bu çalışmada; öğrencilerin % 68,6'sı klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerini geliştirdiğini düşünürken, eğiticilerin de % 64,7'si bu konuda olumlu düşünmektedir. "Öğrencilerin klinik beceri eğitimlerinden yararlandıkları" konusunda eğiticiler ve öğrenciler yine benzer şekilde olumlu düşünmektedir; eğiticilerin % 61,8'i, öğrencilerin ise % 53,3'ü olumlu düşünmektedir. Öğrencilerin % 56,7'si fizik muayene yapma becerilerinin geliştiği yönünde olumlu düşünmekte, % 53,3'ü klinik beceri eğitimlerinden yararlandıklarını bildirmektedir, fakat öğrencilerin % 40,6'sı becerileri tam olarak öğrendikleri konusunda kararsız görülmektedir. Öğrencilerin bu konuda kendilerini yeterli hissetmemeleri öğrencilerin yeterli sayıda uygulama yapamamaları, uygulama yapmak için yeterli zaman ve olanaklarının olmamasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

4.3.10. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin öz değerlendirmeleri nasıldır?

Prince ve ark.nın (2005) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin % 74,3'ü kendilerini kliniğe iyi hazırlanmış hissettiklerini ve klinik görevleri yerine getirebilecek durumda hissettiklerini bildirmektedir. Bunun yanında öğrencilerin yalnız % 22,9'u bilgi seviyesini tatminkar bulmaktadır. Öğrencilerin % 62,9'u ise bilgilerini beceri olarak uygulayabileceklerini bildirmektedir. Öğrencilerin % 67,1'i tam fizik muayene yapabilecek durumda olduğunu düşünmektedir (130).

Nielsen ve ark.larının (2003) çalışmasında öğrencilerin % 90'ı klinik stajlarda beceri uygulamalarında kendilerine güvenlerinin arttığını, % 98'i klinik stajlarda kazanımlarının arttığını, % 70'i ise becerilerde mankenler üzerinde öğrendikleri becerileri hasta bakımına transfer edebileceklerine inandıklarını bildirmektedir (136).

Karaoğlu ve ark.nın (2011) çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğu beceri eğitimi sonrası kendilerini daha yeterli hissettiklerini ve bu beceriyi meslek yaşantılarında kullanabileceklerine inandıklarını belirtmişlerdir (127).

Mıdık ve ark.larının (2006) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri mesleksi beceri eğitiminin mesleki gelişimlerine katkısına katıldıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin eğitimin kendilerini mesleklerine yakın hissettirdiğini ve kendilerine olan güvenlerini artırdığını belirtmişlerdir (124).

Günay'ın (2002) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapmış olduğu çalışmada son sınıf öğrencilerinin yaklaşık yarısının temel tıbbi ve cerrahi girişimlerde kendilerini yetersiz olarak değerlendirdiklerini tespit etmiştir (134).

Özçakır'ın (2002) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde intern hekimler ile gerçekleştirdiği çalışmada, çalışmaya katılan öğrencilerin % 91,8'i çeşitli klinik beceriler açısından kendilerini yetersiz hissettiklerini ve bu konuda endişe duyduklarını belirtmektedir (163).

Bu çalışmada, öğrencilerin % 36,8'i iyi bir hekim olacağına inanmaktadır. Birinci sınıftan üçüncü sınıfa doğru gidildikçe olumlu düşüncenin azalmaktadır; bunun nedeninin öğrencilerin klinik ortamlarda bulunmalarının başlaması ile birlikte kendilerini becerilerde yetersiz hissetmeye başlamaları olabileceği düşünülmektedir.

4.3.11. Eğiticilerin öğrencilerin becerilerdeki yetkinliğine ilişkin görüşleri nasıldır?

Sićaja ve ark.ları (2006) Zagreb Tıp Fakültesi mezunları ve klinik beceri eğitimlerinde görev alan eğiticiler ile yaptıkları çalışmada öğrencilere ve eğiticilere öğrencilerin becerilerdeki yetkinliklerine dair bir skorlama yapmışlardır. Öğrencilerin becerilerdeki yetkinliklerine dair görüşleri eğiticilerinin beklentilerinden farklı tespit edilmiştir. Eğiticiler öğrencilerin farklı klinik becerilerdeki yetkinliklerini öğrencilere göre daha yüksek skorlar ile değerlendirmektedir (164).

Eğiticiler klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin iyi hekim olmasına katkısı olacağını düşünmektedirler fakat eğitimlerde öğrencilerin becerileri tam olarak öğrendikleri konusunda olumsuz görünmektedirler. Eğiticilerin % 61,8'i klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerini geliştirdiğine, % 61,8'i öğrencilerin öğrendikleri becerileri tek başına uygulayabileceklerine inanmaktadır. Fakat eğiticilerin klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin fizik muayene yapma becerilerini geliştirdiği konusunda % 38,2'si olumsuz düşünmektedir. Eğiticilerin bu konuda öğrencilerden farklı düşünmekte olmasının fizik muayeneyi bir bütün olarak algılamakta

olmaları veya öğrencilerin yeterince uygulama yapmamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

4.3.12. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyetle değişen anlamlı bir farklılık görülmekte midir?

Sičaja ve ark.larının (2006) Zagreb Tıp Fakültesi'nde 99 beceriye dair beceri kazanımlarını değerlendirmeleri istenilen öğrencilerden erkek öğrencilerin acil, nöroloji, kulak burun boğaz, üroloji ve cerrahi becerilerde daha yüksek skorlar aldıkları gözlenmektedir (164).

Farklı çalışmalarda, erkek tıp öğrencilerinin yetkinlikleri konusunda kızlara göre daha fazla kendilerinden emin oldukları, kız öğrencilerin yeteneklerini olduğundan daha düşük, erkeklerin ise olduğundan daha yüksek görme eğiliminde oldukları bildirilmektedir (165, 166).

Das ve ark.larının (198) Birleşik Arap Emirlikleri Tıp Fakültesi'nde öğrencilerin klinik stajlara başladıktan sonra ve intern hekimlikte daha önce almış oldukları beceri eğitimini değerlendirmeleri amacı ile yaptıkları çalışmalarında ise öğrenci görüşlerinin cinsiyetle değişmediği görülmektedir ($p < 0,03$) (133). Bu çalışmada da Das ve arkadaşlarının çalışmasına benzer olarak öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyetle değişen anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

4.3.13. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında sınıflar arasında anlamlı bir farklılık görülmekte midir?

Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarının sınıflara göre anlamlı farklılık gösterdiği gözlenmektedir. Öğrencilerin ilk yıllarda daha olumlu olan düşünceleri üçüncü sınıfta azalmaktadır. Bunun nedeni olarak öğrencilerin becerileri bağımsız olarak tekrar etme şansı

bulamadıkları için becerilerde yeterli yetkinliğe ulaşamamaları ve kliniklere girişle birlikte kendilerini becerilerde daha yetersiz hissetmeye başlamalarının etkili olabileceği düşünülebilir.

4.3.14. Mevcut klinik beceri eğitim programı öğrencilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?

Sutkin ve ark.ları (2008) iyi klinik eğiticinin özelliklerini belirlemek için hazırlamış oldukları makalede öğrencilerin beklentisinin kendilerini yalnız teknik becerilerde ve bilgi edinmede destekleyecek eğiticiler değil aynı zamanda profesyonel davranışları ile kendilerine rol model olacak eğiticiler olduğunu belirtmektedir. Araştırmacılar, eğiticilerin karşı karşıya oldukları mali baskıların ve hekimlik hizmet yükünün öğrencilerin beklentilerininin karşılanamamasına neden olduğunu belirtmektedir (167).

Prince ve ark.nın (2005) yaptıkları çalışmada, öğrencilerin çoğu eğitimlerden memnun olduklarını ve kliniğe hazırlanmış hissettiklerini, klinik görevleri yerine getirebilecek durumda hissettiklerini bildirmektedir, fakat klinik öncesi dönem ile klinik arasında bağlantı kurmakta zorlandıklarını belirtmektedirler ve bunun kolaylaştırılabilmesi için klinik öncesi dönemde de öğrencilerin hasta ile temasını önermektedirler (130).

Nielsen ve ark.larının (2003) çalışmasında öğrenciler farklı çalışmalarda da olduğu gibi beceri eğitimlerine dair yüksek beklenti içindedir, fakat her beceriyi ihtiyaç duydukları kadar tekrar edememiş olduklarını belirtmektedirler. Bunun nedeni olarak da beceri oturumlarının süresinin kısalığı ve beceri laboratuvarının öğrencilerin bağımsız öğrenmeleri amacı ile ulaşılabilir olmayışını göstermektedirler (136).

Ende (1983) ile Gil ve ark.ları (1984) yaptıkları çalışmalarda öğrencilerin çoğunluğunun eğitimcilerinden etkili değerlendirme ve geri bildirim beklediklerini bildirmektedir (45, 168).

Bu çalışmada, öğrencilerin % 72,8'inin motivasyonunun yüksek olduğu görülmektedir. Öğrencilerin motivasyonlarının yüksek olması öğrenmelerini artıracak ve kolaylaştıracak bir özellik olarak eğitimi olumlu yönde destekleyecektir. Öğrencilerin % 68,6'sı klinik beceri eğitimi almaktan memnun olduklarını ve % 62,1'i klinik beceri eğitimlerinin hekim olma isteklerini artırdığını bildirmektedir. Bu da öğrencilerin beceri eğitimlerini almaktan dolayı duydukları memnuniyeti ortaya koymaktadır.

4.3.15. Mevcut klinik beceri eğitim programı eğitimcilerin beklentilerini karşılamakta mıdır?

Siçaja ve ark.larının (2006) öğrencilerin kendi kendilerini değerlendirdikleri 99 beceriye ait değerler eğitimcilerin beklentilerinden daha düşük olduğu, eğitimcilerin beklentilerinin cinsiyet, akademik pozisyon ve uzmanlık alanına bağlı olarak değişmediği saptanmıştır (164).

Eğiticilerin çoğu klinik beceri eğitimlerinde görev almaktan memnun olduklarını ve klinik beceri eğitim programının beklentilerini karşılamakta olduğunu bildirmektedir. Klinik beceri eğitimleri; manken, maket, teknolojik ürünler ve fiziki mekan düzenlemeleri gibi pek çok gereksinim ile maliyeti yüksek olan eğitimlerdir. ADÜ Tıp Fakültesi'nde klinik beceri laboratuvarına özel bir bütçe bulunmamaktadır. Klinik beceri eğitimleri için gereken alımlar, ADÜ Tıp Fakültesi Dekanlığınca tıp fakültesi için yapılan toplu alımlar ile ortak yapılmaktadır. Bu alımlarda ise yalnız basit malzemeler alınabilmektedir. Artan öğrenci sayısına rağmen son beş-altı yıldır manken-maket alımı yapılamadığı bildirilmektedir. Farklı örnekler bu eğitimin maliyeti ile ilgili bilgi vermektedir;

Rolfe ve ark.na (2002) göre üniversiteler üzerindeki mevcut mali baskılar nedeni ile öğretim ve öğrenme ortamlarını maliyet etkin düzenlemek önem taşımaktadır. Bu amaçla becerilerde öğrencilerden beklenen çıktılarının açık ve net olarak tanımlanması, içeriğinin ve konularının belirlenmesi, bunun için gerekli olacak öğretim süresinin ve diğer kaynakların tespit edilmesi önem taşımaktadır (46).

Liverpool Tıp Fakültesi klinik beceri eğitiminde sarf malzemesi, malzeme değişiklik ve yenilemesi için yıllık 25.000 poundluk bir maliyeti olduğunu, merkezdeki manken-maket alımının 50.000 pounda, merkezi yenilemenin ise 150.000 pounda mal olduğunu bildirmektedir. İlk yıl yalnız sarf malzemenin maliyetinin 12.000 pound olduğu bildirilmektedir (55).

Hao ve ark.nın (2002) çalışmasında tıp fakültesi üçüncü sınıf öğrencilerinin fizik muayene ve prosedürel becerileri manken ve maketler kullanılarak öğrendikleri beceri eğitiminin başlangıç malzeme maliyetinin 5.500 dolar, bir yıllık maliyetinin ise 2.450 dolar olduğu bildirmektedir (66).

Hauer ve ark.larının (2005) Amerika’da 121 tıp fakültesinin standardize hastalar ile yapılan beceri eğitimi değerlendirme programlarına ilişkin yaptıkları çalışmada fakültelerden %91’i beceri eğitimi maliyetinin dekanlık bütçesine, %12’si ise bölüme ait olduğunu bildirmektedir. Çalışmaya katılan fakültelerin %33’ü tahmini toplam yıllık sınav (OSCE) maliyetinin 25.000–49.999 dolar olduğunu bildirmektedir (169).

Boulay ve ark. (1999) İngiltere’de 12 klinik beceri merkezi, çalışanları, yönetici ve öğrencileri ile yaptığı çalışmada; klinik beceri merkezlerinin bütçelerinin ana operasyonel harcamalarını;

idari, sekreteryal ve teknik görevlilerin maaşlarını da içerecek tekrarlanan idari ve hizmet giderlerinden oluştuğu bildirilmektedir. Bunun yanında hekim, hemşire, vb. eğitimcilerin maaşları, alet ve ekipman satın alınması, eğitici, öğrenci ve simüle hastaların seyahat giderleri, araştırma, değerlendirme ve geliştirme amaçlı kullanılan bütçeden oluşmakta olduğu bildirilmektedir (73).

Dikici ve ark.nın (2007) Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi klinik beceri eğitiminde standardize ve simüle hasta programını ele aldıkları çalışmada klinik beceri eğitimlerinin finansman kaynağının çoğunlukla tıp fakültelerinin dekanlıklarınca sağlandığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde de ana yatırım ve kaynağı dekanlığın oluşturduğu belirtilmektedir. Klinik becerilerin daha iyi öğretilmesi amacı ile planlanan simüle hasta programının sürdürülmesinin ise araştırma projesi kapsamında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Araştırma Fonu desteği ile yürütülmekte olduğu bildirilmektedir (170).

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı 2005-2006 Öğretim Yılı Çalışma Raporu'nda, Mesleksi Beceri Laboratuvarı olanaklarının genişletilmesinin, standardize hasta ile Mesleksi Beceri Eğitimi Programı'nın oluşturulmasının bu amaç için hazırlanan projenin Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu tarafından desteklenmesi ile gerçekleştirildiği bildirilmektedir (7, 171).

4.3.16. Eğitimcilerin klinik beceri eğitim programının hedefleri ile ilgili görüşleri nelerdir?

Kadri ve ark. ları (2009) öğrenci ve eğitimcilerle, sınavların öğrencilerin öğrenmeleri üzerine yaptıkları fenomenolojik çalışmada, eğitimcilerin program hedefleri ile ilgili sorunlar yaşadığını, hedeflerin basit ve kolay uygulanabilir, belirli bilgi ve becerilere özel olması gerektiğini, çok genel olmamasının önemli olduğunu belirtmektedir. Adil bir

değerlendirmenin ancak tüm hedefleri karşıladığı takdirde adil olabileceğini bildirmektedir (172).

Wenrich ve ark.ları (2010) Washington Tıp Fakültesi'nde yaptıkları çalışmalarında, her beceri için ayrı ayrı ve net öğrenme hedeflerinin tanımlanması ve öğrenme ortamlarının bu hedefleri başarmaya yardım edecek nitelikte düzenlenmesi gerektiğini belirtmektedir (173).

Bu çalışmada, eğiticilerin % 44,1'i klinik beceri eğitiminin amaç ve hedeflerinin öğrenci gereksinimlerine cevap verdiğini düşündüklerini bildirmektedir. Eğitim programlarında hedeflerin açık ve net olarak belirtilmesi; öğrenci düzeyine uygun olması, öğrenciden beklenen yetkinliklere göre hazırlanması, eğitim ortamlarının ve değerlendirmelerin de bu hedeflere göre oluşturulması önem taşımaktadır. Eğiticilerin ve öğrencilerin hedefleri bilmesi hedeflenen yetkinliklere ulaşmayı kolaylaştıracaktır.

4.3.17. CIPP Değerlendirme Modeli ile Yapılmış Çalışmalar

CIPP değerlendirme modelinin en yaygın kullanıldığı alan eğitim alanıdır (174). Model, ülkemiz de dahil dünyanın pekçok ülkesinde eğitimin değerlendirilmesi ve geliştirilmesi amacı ile kullanılmaktadır. CIPP; problematik özellikler için düzeltmeleri tanımlamak için yaparak öğrenmeyi vurgulamaktadır, özellikle dinamik sosyal bağlamdaki projeler için uygun bulunmaktadır (175). Yeni uygulanmaya başlanan programların planlama aşamasından itibaren en etkili değerlendirmenin yapıldığı CIPP; karar verme ve kalite güvencesi ile retrospektif değerlendirmelerde de etkili olarak uygulanabilmektedir (176).

Shams ve ark.ları (2013), İran'da anne katılımlı projelerinde çocukların gelişimlerini değerlendirmişlerdir. Çalışmada, İran'da ve çocuk gelişiminin değerlendirilmesinde ilk defa

kullanılan CIPP modeli sistematik yaklaşımı ve basamak basamak kontrol edilebilmesi ile uzun vadede de kullanılabileceğini göstermektedir (177).

Al-Khathami (2012), Suudi Arabistan'da, CIPP modeli kullanarak, aile hekimliği uzmanlık eğitim programını değerlendirdiği çalışmada; CIPP modelinin özellikle uzmanlık öğrencilerinin perspektifini anlayabilmek için çok yararlı bulduklarını belirtmektedir.

Değerlendirmede program hedeflerine ne oranda ulaşıldığının anlaşıldığının ve öğrenme engellerinin ortaya koyularak programın geliştirilmesi için önerilerde bulunduğu belirterek, CIPP değerlendirme modelinin eğitim kalitesinin yükseltilmesi ve sağlık sistemindeki kaynakların artırılması için yararlı olabileceğini vurgulamaktadır (178).

Ho ve ark.ları (2010), Tayvan'da intihar önleme programını CIPP modeli ile değerlendirdikleri çalışmalarında; CIPP modelini tercih etme nedenlerinin, değerlendirmenin amacının ispat etmek değil, geliştirmek olması olduğunu belirtmektedir. CIPP ile intihar önlemede gelecek planlamalar ve uygulamalar için bir referans noktası sağladıklarını düşünmektedirler. Programın benzer programlara teşkil edebileceğini, programın uzun süreli olacağına ve CIPP modelinin program sürdükçe ölçme ve geliştirme amaçlı olarak kullanılmaya devam edileceğini belirtmektedirler (179).

Steinert ve ark.larının (2005) CIPP modeli ile tıp öğrencileri ve uzmanlık öğrencilerine profesyonizm öğretilmesi amacı ile tasarlanmış eğitici gelişim programlarını değerlendirdikleri çalışmada CIPP'in dört aşaması da uygulanmıştır. Program, planlanmasından eğitimsel kazanımları ve etkileri de dahil olmak üzere değerlendirilmiştir (180).

Durak'ın (2007) proje yöneticisi olduğu Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi'nde yürütölmekte olan mezuniyet öncesi eğitimi iyileştirmek amacı ile gerçekleştirilen projede; program geliştirme aşamasından sonuçların değerlendirilmesi aşamasını da içine alan aşama CIPP modeli ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma ile eski mesleksi beceri eğitim programı analiz edilerek mevcut beceri laboratuvarının sunduğu alt yapı ve olanaklar değerlendirilmiş ardından da yeni eğitim programının analizi yapılmıştır. Yapılan çalışmada her aşamada ayrıntılı olarak değerlendirme fırsatı bulunmuştur (7).

BÖLÜM V

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma sürecinden elde edilen bulgulara göre ulaşılan sonuçlara ve bu sonuçlar çerçevesinde araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacılar için önerilere yer verilmektedir. Araştırmadan elde edilen bulguların bağlam, girdi, süreç ve ürün özelliklerine göre elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda yer almaktadır.

5.1. Bağlama İlişkin Sonuçlar

ADÜ Tıp Fakültesi'nin mezuniyet öncesi eğitim amaç ve hedeflerinde klinik beceri eğitime doğrudan bir vurgu yapılmamaktadır. Klinik beceri eğitim programı ders kurullarındaki entegrasyon ve kurul öğrenme hedeflerine uygun olarak belirlenmiştir. Eğitim programının amaç ve hedeflerinin belirli yetkinlikleri tanımlamadığı, yalnız konu başlıklarını içermektedir. Toplam ders saatleri ve farklı merkezlerdeki örnekler incelendiğinde klinik beceri eğitim programının mezuniyet öncesi eğitimin yalnız ilk iki yılında yer alması ve ayrılan süre yeterli görülmemektedir. ADÜ Tıp Fakültesi klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin bağımsız çalışma şansları bulunmamaktadır. Eğitimleri değerlendirmek amacı ile öğrencilerden ve eğiticilerden beceri eğitimlerine dair geri bildirim alınmamaktadır. Klinik beceri eğitime ilişkin öğrencilerin en önemli gereksinimleri; manken-maketlerin nicelik ve nitelik olarak iyileştirilmesi, grupların küçük grup olabilmesi için öğrenci sayısının az olması, laboratuvarların fiziksel olarak iyileştirilmesi, beceri uygulamalarının sayı ve süresinin artırılması, eğiticilerin eğitimlere ve saatlerine uyumunun sağlanması, organizasyonla ilgili değişikliklerin zamanında bildirilmesi olarak belirlenmiştir.

5.2. Girdiye İlişkin Sonuçlar

Öğrenciler ve eğiticiler öğrencilerin bilişsel ve psikomotor alana ilişkin hazır bulunuşluklarının ve motivasyonlarının iyi olduğunu düşünmektedir. Klinik beceri eğitimleri toplam dört farklı laboratuvarında, beceriler ile ilgili alt birimde görevli 19 farklı anabilim dalında görevli eğiticiler eşliğinde yapılmaktadır. Eğiticilerin çoğu klinik beceriler ile ilgili eğitim almış ve alan uzmanıdır, çoğu eğitimlerine katıldıkları becerileri meslek yaşantılarında kullanmakta olduklarını bildirmektedir.

5.3. Sürece İlişkin Sonuçlar

Öğrenciler ve eğiticiler klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine yer verildiğini düşünmektedir. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde manken-maketler ile eğitim rehberlerinin, arkadaşları ile işbirliği yaparak öğrenmenin ve demonstrasyonların öğrenmelerini olumlu yönde desteklediklerini bildirmektedir. Öğrencilerin klinik beceri eğitimlerine aktif katılımları sağlanmaktadır. Beceri eğitim rehberlerinin değerlendirilmesi sonucunda rehberlerin yeniden gözden geçirilmesinin eğitimlerin etkinliğini artıracakları düşünülmektedir. Öğrenciler genel olarak sınıfların kalabalıklığı nedeni ile becerileri tek başlarına uygulama fırsatı bulamamaktadır. Öğrencilerin becerileri bağımsız olarak uygulama fırsatları da bulunmamaktadır. Öğrenciler ve eğiticiler beceri eğitimleri için kullanılmakta olan yıl sonu değerlendirme sisteminin ve değerlendirme rehberlerinin sınavın objektifliğini sağladığını düşünmektedir. Öğrenciler, eğiticilerin konularında bilgili ve beceri sahibi olduklarını, öğrenciler ile iletişimlerinin iyi olduğunu, sürelerini verimli kullandıklarını düşünmektedirler. Öğrenciler ve eğiticiler klinik beceri eğitimlerinin ders programına uygun olarak uygulandığını fakat ders programındaki değişikliklerin zamanında bildirilmediğini ifade etmektedir. Öğrenciler klinik beceri eğitim programında beceri sayı ve süresinin yetersizliği ile öğrenci sayısının fazlalığının en önemli problemleri olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, klinik beceri eğitimlerinin yürütülmesi ile ilgili

olarak problemlerde bildirdiklerine benzer şekilde manken-maketlerin nitelik ve niceliğinin; laboratuvarların fiziksel koşullarının yetersiz olması; öğrenci sayısının fazlalığı ve eğiticilerin eğitimlere geç gelmesi gibi engeller ile karşılaştıklarını bildirmektedir. Eğiticiler ise klinik beceri eğitimlerinin yürütülmesindeki engellerin; öğrenci sayısının fazlalığı, laboratuvarların fiziki koşulları, manken-maket niteliklerinin ve eğitici sayısının yetersizliğine bağlı olduğunu düşünmektedir.

5.4. Ürüne İlişkin Sonuçlar

Öğrencilerin çoğu klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerini geliştireceğine inanmaktadır ve beceri eğitimlerinin hekim olma isteklerini artırdığını bildirmektedir. Eğiticilerin çoğu beceri eğitimlerinde görev almaktan memnun olduklarını, klinik beceri eğitim programında amaçlanan hedeflere ulaşıldığını ve öğrencilerin beceri eğitimlerinden yararlandıklarını düşünmektedir. Eğiticiler; klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin iyi hekim olmasına katkıda bulunacağına, öğrencilerin vakalar üzerinde düşünme ve problemleri net olarak tanımlama becerilerini geliştireceğine, fizik muayene becerilerini geliştireceğine, öğrencilerin becerileri tek başlarına uygulayabileceklerine inanırken öğrencilerin çoğu becerileri tam öğrendiklerini düşünmektedir, fakat becerileri tek başlarına uygulayabilecekleri konusunda kararsızdır. Öğrencilerin beceri kazanımlarına ilişkin algılarında cinsiyet ile değişen anlamlı farklılık yoktur, sınıflar arasında ise birinci sınıflardan kaynaklanan bir farklılık görülmektedir.

5.5. Öneriler

1. Klinik beceri eğitim programının düzenlenmesi:

Beceri eğitim programının UÇEP göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmesi; içeriğin zenginleştirilmesi; programın amaç ve hedeflerinin ilgili tüm paydaşların katılımı ile açık ve net olarak tanımlanması; içeriğin, konuların, öğretim yöntem ve tekniklerinin belirlenmesi; belirlenen amaç ve hedeflerin fakülte amaç ve hedefleri ile uyumlu olması; beceri eğitiminde beceri hedeflerinin öğrencinin hangi yılda ne düzeyde öğrenilmesi gerektiği belirlenmelidir.

Beceri eğitiminde yatay entegrasyon yanında dikey entegrasyonun sağlanması, öğrenciden beklenen beceri düzeyine karar verilerek hedeflerin belirlenmesi, eğitici ve öğrencilerin ulaşabileceği şekilde hedeflerin duyurulması, kullanılacak öğretim yöntemlerinin tanımlanması, objektif, öğrenme sürecine katkıda bulunan değerlendirme sisteminin kurulması ve sürekliliğinin sağlanmasının beceri eğitimini daha etkin hale getireceği düşünülmektedir.

2. Beceri eğitim programının amacına ulaşmasının sağlanabilmesi:

Öğrenme ortamını iyileştirme çalışmaları beceri eğitiminde tam öğrenmenin gerçekleştirilmesine önemli katkıda bulunabilir. Öğrenme materyali olarak kullanılan gerçeğe uygun, nitelikli manken-maketlerin sayısı artırılabilir, yıprananlar tamir edilebilir. Yıpranmayı azaltmak için uygun depolanma alanları sağlanabilir ve kullanılan materyallerin kayıtları tutulabilir. Beceri laboratuvarında çalışma düzeni öğrencilerin rahat öğrenmelerini sağlayacak şekilde organize edilebilir. Bu amaçla öğrencilere laboratuvarda bağımsız çalışma imkanı sunulabilir.

Beceri eğitimlerinde grup eğitimleri için mevcut öğrenci sayısının azaltılmayacağı düşünüldüğünde grup sayılarının artırılması, eğitimlerde görevli eğitici sayısının artırılması,

eğitcilerin beceri eğitimlerine katılımının yönetimce desteklenmesi, özendirilmesi uygun olacaktır.

Düzenli ve sürekli bir geribildirim ve değerlendirme sisteminin uygulanması öğrencilerin öğrenme sürecine olumlu katkı sağlayabilir ve eğitcilerin beceri eğitimi programının etkinliğine ilişkin farkındalığını artırabilir.

Beceri eğitimi uygulamalarının önceden planlanarak uygun organizasyonun gerçekleştirilmesi değişikliklerin zamanında duyurulması eğitici ve öğrencilerin eğitimlere uyumunu artırabilir.

3.Klinik beceri eğitiminde görevli eğitciler:

Beceri eğitimlerinin yürütülmesi için çok daha fazla sayıda eğitcinin katılımı sağlanabilir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için uzman hekimlerin, asistan hekimlerin, internlerin ve hemşirelerin katılabileceği, sürekliliği olan eğitici gelişim programları düzenlenebilir.

4. Klinik beceri eğitimi için yönetim desteği:

Beceri eğitimlerinin düzenlenebilmesi, amaçlanan hedeflere ulaşabilmesi, eğitici ve öğrenci motivasyonunun sağlanabilmesi amacı ile yönetimin tam desteğinin alınması önemlidir. Yönetim tarafından beceri eğitimlerine özel bütçe oluşturulabilir, bu bütçe için proje destekleri araştırılarak uygulanabilir, eğitici gelişim programlarının düzenlenmesi ve beceri eğitiminin düzenli aralıklar ile değerlendirilmesi desteklenebilir.

5. CIPP değerlendirme modelinin kullanılması:

Klinik beceri eğitimlerine ilişkin yapılmış çalışma sayısı çok sınırlı olup mevcut yayınların bir kısmı program tanıtımı, bir kısmı ise eğitim programlarında alınmış olan öğrenci geri bildirimlerinin geriye dönük olarak taranmasına dayanmaktadır. Ülkemizde klinik beceri eğitim programlarının iyileştirilmesi, daha standart hale getirilmesi ve geliştirilmesi için konu ile ilgili ayrıntılı değerlendirme programlarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu çalışma, ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programını tanıtmak, programın olumlu ve geliştirilebilir yönlerini saptamak amacı ile klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaşması için bir yol haritası hazırlamak amacı ile ayrıntılı, açıklayıcı ve yararlı bir çalışma olmuştur.

Bu çalışmanın, CIPP değerlendirme yöntemi kullanılarak ADÜ Tıp Fakültesi'nde uygulanmakta olan klinik beceri eğitim programının tanıtılması, programın olumlu ve geliştirilebilir yönlerinin saptanmasını sağlayarak klinik beceri eğitiminin amacına ulaşmasına destek oluşturabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın, CIPP değerlendirme modelinin esnek, kullanışlı, her aşamada değerlendirme olanağı tanıyan yapısı ile klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesinde daha sonraki araştırmalara ışık tutabileceği düşünülmektedir. Fakat özellikle ayrıntılı mali analizlerin de yapılabileceği durumlarda ve yeni bir eğitim programının uygulanması ve sonuçlarının alınması gibi durumlarda çok daha etkili kullanılabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

KLİNİK BECERİ EĞİTİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNDE CIPP MODELİ ÖRNEĞİ

Bu araştırma; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi mezuniyet öncesi klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesi; klinik beceri eğitimlerinin daha standardize ve etkin olmasının sağlanması için öneriler geliştirilmesi amacı ile yapılmıştır.

Araştırma, genel tarama modelinin kullanıldığı nicel bir çalışmadır; ADÜ Tıp Fakültesi klinik beceri eğitiminin CIPP modeli esas alınarak var olan durumunu ortaya koymak üzere tasarlanmıştır. Araştırma verileri, 2011-2012 eğitim öğretim yılı 1, 2, 3. sınıflarından 261 öğrenci, klinik beceri eğitimlerinde görevli 34 gönüllü eğitici anketleri, beceri eğitim rehberleri, 2003 – 2012 yılları Eğitim Öğretim Rehberleri, ders programları, ADÜ Tıp Fakültesi web sitesi, Klinik Beceriler Alt Birimi 2009-2012 yılları toplantı tutanakları ve Klinik Beceri Laboratuvarı malzeme listelerinden elde edilmiştir. Verilerin analizinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Dunn testleri kullanılmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Bu çalışmada klinik beceri eğitim programının amaç ve hedeflerinin, yetkinliklerin net olarak belirtilmediği, içeriğin yeniden düzenlenmesi, eğitimlerin süre ve sayısının artırılması gerektiği belirlenmiştir. Programda; öğrenci sayısının fazlalığı, manken maketlerin nitelik ve niceliği ile laboratuvarların fiziksel yetersizlikleri, eğiticilerin eğitim saatlerine uymaması ve organizasyon değişikliklerinin zamanında bildirilmemesi gibi sorunlar yaşanmaktadır. Beceri eğitimleri için ayrılmış bir bütçe bulunmamaktadır. Öğrencilerin eğitimler için hazırbulunuşlukları ve motivasyonları iyidir. Eğiticilerin çoğu klinik beceriler ile ilgili eğitim almış, becerileri meslek yaşantılarında kullanan alan uzmanlarıdır. Öğrenciler, eğiticilerin konularında bilgili ve beceri sahibi olduklarını, iletişimlerinin iyi olduğunu, sürelerini verimli kullandıklarını düşünmektedirler. Bu çalışmada; klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin hekimlik beceri ve isteklerini

geliştirmektedir ve yararlı bulunmaktadır; fakat öğrencilerin becerilerdeki yeterlikleri net değildir. Klinik beceri eğitimlerinin mevcut duruma uygun olarak yeniden düzenlenmesinin amaçlanan hedeflere ulaşılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

ABSTRACT

THE CIPP MODEL EXAMPLE IN CLINICAL SKILLS EDUCATION EVALUATION

This study; aims to evaluate clinical skills education provided in undergraduate medical education in Adnan Menderes University Medical Faculty; to develop suggestions to improve clinical skill educations to be more standardized and efficient.

This research is a quantitative, cross-sectional model planned to aim to evaluate context, input, process, product of clinical skills education, based on CIPP, on the example of Adnan Menderes University Medical Faculty. A total number of 261 voluntary students of year 1, 2, 3 of Adnan University Medical Faculty in 2011-2012 academic year and 34 voluntary educators were included in this research which was performed in Adnan University Medical Faculty. Research data were gathered from student and educator questionnaire forms, clinical skills education guides, clinical skills education guides evaluation form, ADU Medical Faculty first and second year clinical skills education guides, ADU Medical Faculty first and second year course timetables, ADU Medical Faculty official web site, ADU Medical Faculty 2003 – 2012 academic years education guides, Clinical Skills Unit 2009-2012 years' official meeting reports, Clinical Skills Laboratory supplies lists. For analyses; descriptive statistics, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Dunn tests were used. $p < 0.05$ was accepted as significant. ADU Medical Faculty clinical skills education program's aims, goals and competencies are not clear and well defined. Programs content is needed to be organized, skill practice number and duration is needed to be maximized. There are some problems; the number of students is high, manikin-models' quality and quantity, laboratories' physical conditions are insufficient, changes in course schedules are not announced timely. The program doesn't have separate budget. Students' cognitive and psychomotor preparedness and motivation is sufficient. Most of the educators' had clinical skills education and they are experts of their fields, they use these skills in their professional lives. Students think that

educators are knowledgeable, skillful, good at communication and use their time efficiently. Students and educators complained that they were not informed about the changes of course schedules. Clinical skills educations are useful; students think that they encourage their skills and learning, but it is seen that students are not very clear about their competency about the skills. It is thought that reorganization of clinical skills educations according to the existing situation will satisfy to meet the goals.

KAYNAKLAR

1. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı. Tıp Fakültesi Öğrencileri İçin Temel Tıbbi Girişimler Beceri Eğitim Rehberi. İzmir: Ege Üniversitesi; 2000.
2. Özer C, Şahin EM, Aktürk Z, Dağdeviren N. Klinik Beceri Eğitiminde Standardizasyon Çabası. Tıp Eğitimi Dünyası. 2002;8.
3. Özvarış ŞB, Sayek İ. Tıp Eğitiminde Değişim. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005;36 (2): 65-74.
4. Terzi C. Toplum Sağlığına Bir Köprü Tıp Eğitimi. İstanbul: İletişim Yayınları; 2001.
5. Ertürk S. Eğitimde Program Geliştirme. Ankara: Meteksan; 1982.
6. Gürpınar E, Mamaklı S, Alimoğlu MK, Şenol Y, Türkay M, Aktekin M. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Uygulamaları Hakkındaki Öğrenci Geri Bildirimleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2006;23:58-64.
7. Durak H, Kandiloğlu G, Kabsakal C, Sözbilen M, Çiçeklioğlu M, Vatansever K, et al. E.Ü. Tıp Fakültesi' nde Yürütülmekte Olan Mezuniyet Öncesi Eğitimi İyileştirme Programı Çerçevesinde, Mesleksel Beceri Laboratuvarı Olanaklarının Geliştirilmesi, Standardize Hasta ile Mesleksel Beceri Eğitimi Programı ve Performansa Dayalı Sınama Sistemi Oluşturulması. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi AD.2007.
8. Gourevitch D. The history of medical teaching. Lancet. 1999;354 Suppl:SIV33.
9. Rutkow IM. Medical education in early 19th century America. Arch Surg. 1999;134(4):453.
10. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. 1910.
11. King LS. XX. The Flexner Report of 1910. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 1984;251(8):1079.

12. Beck AH. The Flexner Report and the Standardization of American. JAMA. 2004;291(17):2139-40.
13. Papa F, Harasym P. Medical curriculum reform in North America, 1765 to the present: a cognitive science perspective. Acad Med. 1999;74:154-64.
14. World Federation for Medical Education. Edinburgh Declaration. Edinburgh: WFME1998.
15. Metcalfe D. The Edinburgh Declaration. Family Practice. 1989;6(3):165.
16. General Medical Council Education Committee. Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education. London: General Medical Council 1993.
17. General Medical Council Education Committee. Tomorrow's Doctors. London: General Medical Council; 2003.
18. General Medical Council. Education Committee. Tomorrow's Doctors. General Medical Council; 2009.
19. Boelen C. The five star doctor. Changing Medical Education and Medical Practice. 1993;3(1-3).
20. Deckers PJ. Health Care Reform and Undergraduate Medical Education: Implications for Surgeons. Arch Surg. 2000;135(4):399-408.
21. Sayek İ, Kiper N, Odabaşı O. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. 2008.
22. London Deanery. A brief history of clinical skills. London, 2011; <http://www.faculty.londondeanery.ac.uk/e-learning/teaching-clinical-skills/a-brief-history-of-clinical-trials> adresinden 10.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
23. Dent JA, Harden RM. A Practical Guide for Medical Teachers. 2.ed. Dent JA, Harden RM, editor: Elsevier; 2005.

24. Çiftçili S, Uzuner A, Ünalın P, Akman M. Marmara Tıp Faóltesi Klinik Beceri Laboratuvarı Uygulamaları. Tıp Eğitimi Dünyası. 2006;21:1-10.
25. Hamo IM. The role of the skills laboratory in the integrated curriculum of the Faculty of Medicine and Health Sciences, UAE University. Medical Teacher. 1994;16(2-3):167-78.
26. Stark P. Developing the continuum of clinical skills teaching and learning; from simulation to reality. International Journal of Clinical Skills. 2007;1(1).
27. Johnston B, Boohan M. Basic clinical skills: don't leave teaching to the teaching hospitals. Med Educ. 2000;34(9):692-9.
28. Remmen R, Scherpbier A, Van Der Vleuten C, Denekens J, Derese A, Hermann I, et al. Effectiveness of basic clinical skills training programmes: a cross sectional comparison of four medical schools. Medical Education. 2001;35(2):121-8.
29. Ege Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitim Programının Amacı ve Hedefleri, İzmir, 2011; <http://egitim.med.ege.edu.tr/> adresinden 20.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
30. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi. Fakólte Hakkında Genel Bilgiler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakóltesi, 2011; <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/topics.asp?path=313638> adresinden 10.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
31. Ledingham IMA, Harden RM. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility. Medical Teacher. 1998 Nov;20(6):503-7.
32. Duvivier R. Teaching and Learning Clinical Skills Mastering the Art of Medicine, [Doktora Tezi]: Maastricht University; 2012.
33. Janicik RW, Fletcher KE. Teaching at the bedside: a new model. Medical Teacher. 2003;25(2):127-30.
34. Spencer J. Learning and teaching in the clinical environment. BMJ. 2003;326(7389):591.

35. Alper Z, Özdemir H. Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Beceri Laboratuvarı Hakkındaki Görüşleri. *Türk Aile Hek Derg.* 2005;9(2):65-70.
36. Sönmez V. Program Geliştirmede Öğretmen Elkitabı. 12. ed. Sönmez V, editor. Ankara: Anı Yayıncılık; 2005.
37. Senemoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim Kuramdan Uygulamaya. Senemoğlu N, editor: Gönül Yayıncılık; 2007.
38. Grantcharov TP, Reznick RK. Teaching procedural skills. *BMJ.* 2008 May 17, 2008;336(7653):1129-31.
39. AAMC. Recommendations for Clinical Skills Curricula for Undergraduate Medical Education. Students MotATFOtCSEoM, editor: AAMC; 2005.
40. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Affairs.* 2002 21(5):103-11.
41. Beceri Ediniminde Dreyfus Modeli. Mentör Öğretmenlik: Simple Book Production; 2014.
42. Dreyfus HL, Dreyfus SE. *Mind over Machine: The Power of Human Intuition and Expertise in the Era of the Computer*, New York. The Free Press. 1986.
43. Corbett Jr EC, Payne NJ, Bradley EB, Maughan KL, Heald EB, Wang XQ. Enhancing clinical skills education: University of Virginia School of Medicine's clerkship clinical skills workshop program. *Academic Medicine.* 2007;82(7):690-5.
44. Özçakır A, Uncu Y. Mesleksel Beceri Eğitimi Açısından Geldiğimiz Nokta Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2002;28 (3):105-7.
45. Ende J. Feedback in clinical medical education. *JAMA.* 1983;250(6):777-81.
46. Rolfe IE, Sanson-Fisher RW. Translating learning principles into practice: a new strategy for learning clinical skills. *Med Education.* 2002;36(4):345-52.
47. Gruppen L, Mangrulkar R, Kolars J. Competency-based education in the health professions: implications for improving global health. Commission paper 2010.

48. Richards J, Rodgers T, editors. Approaches and Methods in Language Teaching. New York, NY: Cambridge University Press; 2001
49. Leung WC. Competency based medical training: review. BMJ. 2002;325(7366):693.
50. Spady WG. Competency based education: A bandwagon in search of a definition. Educational Researcher. 1977;6(1):9-14.
51. Harden RM. AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1-An introduction to outcome-based education. Medical Teacher. 1999;21(1):7-14.
52. Özkan HH. Öğrenme Öğretme Modelleri Açısından Modüler Eğitim. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005;6(2):117-28.
53. Sullivan R, Magarick R, Bergthold G, Blouse A, McIntosh N. Tıp Eğitimcileri İçin Eğitim Becerileri Rehberi. Özvarış ŞB, editor. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı; 1999.
54. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson SM. To Err Is Human Committee on Quality of Health Care in America IoMAO, editor. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
55. Bradley P, Bligh J. One year's experience with a clinical skills resource centre. Medical Education. 1999;33(2):114-20.
56. Bredly P, Gibbs T. Early clinical skills training at the University of Liverpool, United Kingdom. Врачу-практику. 1999;4 (12):7-8.
57. Hawkins RE, Swanson D, Dillon G, Clauser B, King A, Scoles P. The introduction of clinical skills assessment into the United States medical licensing examination (USMLE): a description of USMLE step 2 clinical skills (CS). J Med Licens Discip. 2005;91:22-5.
58. The Ohio State University Medical Center. The Ohio State University College of Medicine, Clinical Skills Center Ohio: The Ohio State University Medical Center, 2011; <http://medicine.osu.edu/orgs/clinicalskills> adresinden 22.12.2011 tarihinde erişilmiştir.
59. The Quenn's University of Belfast. Quenn's University Clinical Skills Education Centre. Belfast: The Queen's University of Belfast 2011; www.med.qub.ac.uk/cskills/about.aspx adresinden 22.12.2011 tarihinde erişilmiştir.

60. Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi. Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP) Adana. 2003.
61. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. Ankara.2010. www.ttb.org.tr adresinden 20.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
62. Odabaşı O, Sayek İ, Kiper N. Türkiye’de Mezuniyet ÖncesiTıp Eğitimi-2010. Türk Pediatri Arşivi Dergisi. 2011;46(331):336.
63. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. Mesleksel Beceriler Laboratuvarı. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2011. <http://www.tip.deu.edu.tr/index.php?id=397> adresinden 10.10.2011 tarihinde erişilmiştir.
64. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi 1., 2. ve 3. Sınıflar İçin Öğrenci Kılavuzu, 2014. www.egeweb.ege.edu.tr/.../EUTF%20ilk%20üç%20yıl%20%20kılavuzu%20 adresinden 10.10.2014 tarihinde erişilmiştir.
65. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 2013-2014 İyi Hekimlik Uygulamaları, 2013. <http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/siteler/iyihekim.php> adresinden 12.12.2013 tarihinde erişilmiştir.
66. Hao J, Estrada J, Tropez-Sims S. The clinical skills laboratory: a cost-effective venue for teaching clinical skills to third-year medical students. Academic Medicine. 2002;77(2):152.
67. Corbett E, Whitcomb M. The AAMC project on the clinical education of medical students: clinical skills education. Washington, DC: Association of American Medical Colleges. 2004.
68. Remmen R, Scherpbier A, Derese A, Denekens J, Hermann I, Van der Vleuten C, et al. Unsatisfactory basic skills performance by students in traditional medical curricula. Medical Teacher. 1998 Nov;20(6):579-82.

69. Remmen R, Derese A, Scherpbier A, Denekens J, Hermann I, Van Der Vleuten C, et al. Can medical schools rely on clerkships to train students in basic clinical skills? *Medical Education*. 1999;33(8):600-5.
70. Taylor D. Undergraduate procedural skills training in Victoria: is it adequate? *The Medical Journal of Australia*. 1997;166(5):251.
71. McMahon DJ, Chen S, MacLellan DG. Formal teaching of basic surgical skills. *Australian and New Zealand journal of surgery*. 1995;65(8):607-9.
72. Committee GMCE. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*: The Council; 1993.
73. Boulay Cd, Medway C. The clinical skills resource: a review of current practice. *Med Education*. 1999;33(3):185-91.
74. Nielsen DG, Moercke AM, Wickmann-Hansen G, Eika B. Skills training in laboratory and clerkship: connections, similarities, and differences. *Medical Education Online*. 2009;8.
75. Ledingham IM. Twelve tips for setting up a clinical skills training facility. *Medical Teacher*. 1998;20(6):503-7.
76. Liddell MJ, Davidson SK, Taub H, Whitecross LE. Evaluation of procedural skills training in an undergraduate curriculum. *Med Education*. 2002;36(11):1035-41.
77. Association of American Medical Colleges. *Recommendations For Clinical Skills Curricula For Undergraduate Med Education*. 2008.
78. Skeff KM, Stratos GA, Berman J, Bergen MR. Improving clinical teaching: evaluation of a national dissemination program. *Archives of Internal Medicine*. 1992;152(6):1156-61.
79. Erden M. *Eğitimde Program Değerlendirme*. 3. ed. Ankara: Anı Yayıncılık; 1998.
80. Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. *Evaluation Models Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. 2 ed. Boston/ Dordrecht/ London: Kluwer Academic; 2000.

81. Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL, editors. Program evaluation: Alternative approaches and practical guidelines 2. ed. New York: Longman; 1997.
82. Ornstein AC, Hunkins FP. Curriculum, Foundations, Principles, and Issues. 4. ed. Boston: Allyn & Bacon.; 2004.
83. Goldie J. AMEE Education Guide no. 29: Evaluating educational programmes. Med Teach. 2006;28(3):210-24.
84. Demirel Ö. Eğitimde Program Geliştirme. 15. ed. Ankara: Pegem Akademi, 2005.
85. İşman A, Eskicumalı A. Eğitimde Planlama ve Değerlendirme. 4. ed. İstanbul: Değişim Yayınları; 2003.
86. Mathison S. Encyclopedia of Evaluation. Mathison S, editor. California: Sage Publications, Inc; 2005.
87. Ornstein AC, Hunkins FP. Curriculum: Foundations, principles, and issues: Prentice Hall; 1988.
88. Kirkpatrick D. Great ideas revisited. Training and Development. 1996;50(1):54-9.
89. Stufflebeam D. The CIPP Model for Evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation models: Springer Netherlands; 2002. p. 279-317.
90. Robinson B. Evaluation, research and quality. Teacher education through open and distance learning. 2002;3:193.
91. Arkan B, Üstün B. Ebeveyn Eğitim Programlarını Değerlendirme Rehberi Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2010;3 (2):102-7
92. Aközbek A. Lise 1. Sınıf Matematik Öğretim Programının CIPP Değerlendirme Modeli ile Öğretmen ve Öğrenci Görüşlerine Göre Değerlendirilmesi (genel liseler, ticaret meslek liseleri, endüstri meslek liseleri). İstanbul: TC Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı 2008.
93. Stufflebeam DL. CIPP evaluation model checklist. A tool for applying the CIPP Model to assess long-term enterprises. 2007.

94. Gülpınar MA. Program Değerlendirme Yaklaşım ve Yöntemleri. Dağlı T, editor. İstanbul: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2008.
95. Altınışık M, Karul M, Dereboy M. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesinde 1. Sınıf Koordinatörlük Çalışmaları Tıp Eğitimi Dünyası. 2003;10(1):22-30.
96. ADÜ Tıp Fakültesi. 1. Sınıf Klinik Beceri Dersleri İçin Rehberler. ADÜ Tıp Fakültesi EHU Ders Kurulu Klinik Beceriler Alt Birimi; 2011.
97. ADÜ Tıp Fakültesi. 2.Sınıf Klinik Beceri Dersleri İçin Rehberler. ADÜ Tıp Fakültesi EHU Ders Kurulu Klinik Beceriler Alt Birimi; 2011.
98. Bickley L, Szilagyı PG. Bates' guide to physical examination and history-taking: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
99. Bal H. Bilimsel Araştırma Yöntem ve Teknikleri. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları; 2001.
100. ADÜ Tıp Fakültesi. Eğitim-Öğretim 2011-2012 Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Rehberi, 2011; <http://www.akademik.adu.edu.tr/fakulte/med> adresinden 01.02.2012 tarihinde erişilmiştir.
101. Lindgren S. Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement, The 2012 Revision.: World Federation for Medical Education (WFME)2012.
102. The Johns Hopkins University School of Medicine. The Johns Hopkins University School of Medicine Mission Statement and Education Program Objectives. 2013; <http://www.hopkinsmedicine.org/som/mission.html> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
103. Penstate Hershey College of Medicine. Medical School Goals and Objectives. 2013 <http://www.pennstatehershey.org/web/educationalaffairs/home/aboutus/goals> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.

104. Weill Medical College of Cornell University. Educational Objectives. http://weill.cornell.edu/education/curriculum/edu_obj.html adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
105. Arizona Health Sciences Center College of Medicine. Educational Program Objectives and Competencies (Tucson). 2012; <http://medicine.arizona.edu/education/md-program/educational-program-objectives> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
106. University of Dundee School of Medicine. Our Mission Statement. 2013; <http://www.dundee.ac.uk/medschool/undergraduate/mbchb> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
107. Trinity College Dublin. The Doctor as a Practitioner. Trinity College; 2013; <http://medicine.tcd.ie/education/undergraduate/curriculum/practitioner.php> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
108. McMaster University. Learning Objectives. 2013. http://www.fhs.mcmaster.ca/mdprog/learning_objectives.html adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
109. University of Toronto Faculty Council of the Faculty of Medicine. UME Goals and Objectives. University of Toronto 2013. <http://www.md.utoronto.ca/program/goals.htm> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
110. University of Calgary Curriculum Committee. Educational Objectives. <http://www.ucalgary.ca/mdprogram/objectives> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
111. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Amaç ve Program Yeterlilikleri. 2013; <http://www.medicine.ankara.edu.tr/program-yeterlilikleri/> adresinden 15.10.2013 tarihinde erişilmiştir.

112. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2013, (<http://www.deu.edu.tr/DEUWeb/Icerik/Icerik.php> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir).
113. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Değerlendirme ve Geliştirme Üst Kurulu ve Mezuniyet Öncesi Koordinatörler Kurulu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Çerçeve Eğitim Programı, 2011.
114. Akdeniz Tıp Fakültesi. Mezuniyet Öncesi Eğitim. 2013. <http://tip.akdeniz.edu.tr/mezuniyet-oncesi> adresinden 20.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
115. HÜTF Tıp Eğitimi ve Bilişimi Anabilim Dalı. Hacettepe Üniversitesi 2013-14 Öğretim Yılı İyi Hekimlik Uygulamaları. Ankara, 2013.
116. Akdeniz Tıp Fakültesi. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyonu Öz Değerlendirme Raporu. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
117. University of Dundee School of Medicine. Learning Medicine in Dundee. University of Dundee School of Medicine, 2013.
118. Carmichael A, McCall M. National Clinical Training Review Report to the Medical Training Review Panel Clinical Training Sub-Committee, 2008.
119. Ege Tıp Fakültesi. Mezuniyet Öncesi Eğitim. İzmir, 2013, <http://www.med.ege.edu.tr/> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
120. Durak Hİ. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi'nde Mesleksel Beceri Eğitimi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 1997-1999 Yılları Arasında Birinci Sınıf Öğrencilerine Verilen Modüler Beceri Eğitiminin Öğrenciler Tarafından Değerlendirmesi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2000.
121. Kern DE, Thomas PA, Hughes MT. Curriculum development for medical education: a six-step approach: JHU Press; 2010.
122. Çeliköz N. Yeni program geliştirme anlayışına dayalı olarak geliştirilen bir program tasarımının öğrenci başarısına etkisi. GÜ, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004;24.

123. Wenrich M, Jackson MB, Scherpbier AJ, Wolfhagen IH, Ramsey PG, Goldstein EA. Ready or not? Expectations of faculty and medical students for clinical skills preparation for clerkships. *Medical Education Online*. 2010;15.
124. Mıdık Ö, Kartal M, Büyükakkuş A, Aydın B. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Üçüncü Sınıf Öğrencilerinin Mesleksi Beceri Eğitimleri İle İlgili Görüşleri. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2006;23:65-72.
125. Durak S. Kontenjanlar iki katını aştı. *Hekim Postası*. 2013;. 5..Bölüm.
126. Hacettepe Tıp Fakültesi. Hacettepe Tıp Fakültesi Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyonu Öz Değerlendirme Raporu,. Ankara: Hacettepe Tıp Fakültesi,2010.
127. Karaoğlu N, Şeker M. Selçuk Üniversitesi'nde Temel Mesleki Beceri Eğitiminin Öğrenci Geri Bildirimleri ile Üç Yıllık Değerlendirilmesi. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2011;29:48-55.
128. ÖSYM. 2013; www.osym.gov.tr adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
129. Godefrooij MB, Diemers AD, Scherpbier AJ. Students' perceptions about the transition to the clinical phase of a medical curriculum with preclinical patient contacts; a focus group study. *BMC medical education*. 2010;10(1):28.
130. Prince KJ, Boshuizen H, Van Der Vleuten CP, Scherpbier AJ. Students' opinions about their preparation for clinical practice. *Med Education*. 2005;39(7):704-12.
131. Radcliffe C, Lester H. Perceived stress during undergraduate medical training: a qualitative study. *Medical Education*. 2003;37(1):32-8.
132. Widnyandana D, Majoor G, Scherpbier A. Transfer of medical students' clinical skills learned in a clinical laboratory to the care of real patients in the clinical setting: The challenges and suggestions of students in a developing country. *Education for Health*. 2010;23(3):339.
133. Das M, Townsend A. The views of senior students and young doctors of their training in a skills laboratory. *Medical Education*. 1998;32(2):143-9.

134. Günay O. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Tıp Eğitimi Hakkındaki Düşünceleri. Tıp Eğitimi Dünyası. 2002;7:49-55.
135. Baykan Z, Baykan A, Naçar M. Kalp sesleri derslerinde model kullanımının öğrenci memnuniyeti ve öğrenme üzerine etkisi. Tıp Eğitimi Dünyası,. 2012;35(1-8):1.
136. Nielsen PE, Holland RH, Foglia LM. Evaluation of a clinical skills orientation program for residents. Am J Obstet Gynecol. 2003;189(3):858-60.
137. Barry Issenberg S, 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. Medical Teacher. 2005;27(1):10-28.
138. Hesketh E, Laidlaw J. Developing the teaching instinct, 1: feedback. Medical Teacher. 2002;24(3):245-8.
139. Janes B, Cooper J. Simulations in nursing education. The Australian journal of advanced nursing: a quarterly publication of the Royal Australian Nursing Federation. 1995;13(4):35-9.
140. Wood RY. Use of the nursing simulation laboratory in reentry programs: an innovative setting for updating clinical skills. Journal of continuing education in nursing. 1993;25(1):28-31.
141. Butter J, McGaghie WC, Cohen ER, Kaye M, Wayne DB. Simulation-based mastery learning improves cardiac auscultation skills in medical students. Journal of general internal medicine. 2010;25(8):780-5.
142. Dundee School of Medicine. Clinical Skills Center. 2013; <http://medicine.dundee.ac.uk/medical-education-centre/clinical-skills-centre> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
143. Wilkerson L, Irby DM. Strategies for improving teaching practices: a comprehensive approach to faculty development. Academic Medicine. 1998;73(4):387-96.

144. Committee GMCE. Developing teachers and trainers in undergraduate medical education (2011). Advice supplementary to Tomorrow's Doctors (2009) 2011.
145. Duvivier R, Van Dalen J, Van der Vleuten C, Scherpbier A. Teacher perceptions of desired qualities, competencies and strategies for clinical skills teachers. *Medical Teacher*. 2009;31(7):634-41.
146. Musal B. Eğitici Gelişim Programları: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Deneyimi. *Ege Eğitim Dergisi* 2003;3(1):81-8.
147. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitici Gelişimi Programı, 2012, <http://tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/> adresinden 13.12.2013 tarihinde erişilmiştir.
148. Karnath B, Thorton W, Frye AW. Teaching and testing physical examination skills without the use of patients. *Academic Medicine*. 2002;77(7):753.
149. Mishra B, Dornan T. Training junior doctors in complex skills. *Medical Education*. 2003;37(8):672-3.
150. Alimoğlu MK, Çilli A, Mamaklı S, Ögüş C, Aktekin M. Mesleksel Beceriler Laboratuvarında Radyal Arterden Kan Örneği Alma Eğitimi: Eğitim Sonrası ve Klinik Deneyim Sonrası Öğrenci Bakış Açılıarı. *Tıp Eğitimi Dünyası*. 2003;13:44-50.
151. University of Iowa Carver College of Medicine. Performance-Based Assessment Iowa: University of Iowa; 2013; <http://www.medicine.uiowa.edu/md/pba/> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
152. Queen's University Medical Faculty. Clinical Skills Education Centre; 2010; <https://www.med.qub.ac.uk/cskills/index.aspx?ReturnUrl=%2fcskills%2f> adresinden 10.10.2013 tarihinde erişilmiştir.
153. El-Nemer A, Kandeel N. Using OSCE as an Assessment Tool for Clinical Skills: Nursing Students' Feedback. *Australian Journal of Basic & Applied Sciences*. 2009;3(3).

154. Jawaid M, Masood Z, Jaleel F. Students' perception of surgical objective structured clinical examination (OSCE) at Dow University of Health Sciences. *Journal of Postgraduate Medical Institute (Peshawar-Pakistan)*. 2014;28(1).
155. Soliman MM, Fouda K. Students' Perception of One Year Experience with the Clinical Skills Laboratory at King Saud University Medical College. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2008;3(2):140-7.
156. Ghaffari R, Safaie N, Hassanzadeh S, Salek F, Mohammadpour A. Assessment of Clinical Skills Department from medical student's perspectives. *Rawal Medical Journal*. 2008;33(1):105-6.
157. Lam T, Irwin M, Chow L, Chan P. Early introduction of clinical skills teaching in a medical curriculum—factors affecting students' learning. *Medical Education*. 2002;36(3):233-40.
158. Myall M, Levett-Jones T, Lathlean J. Mentorship in contemporary practice: the experiences of nursing students and practice mentors. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(14):1834-42.
159. Levinson W, Rubenstein A. Integrating clinician-educators into academic medical centers: challenges and potential solutions. *Academic Medicine*. 2000;75(9):906-12.
160. Levinson W, Branch WT, Kroenke K. Clinician-educators in academic medical centers: a two-part challenge. *Annals of internal medicine*. 1998;129(1):59-64.
161. Demir H, Nalbant H, Solakoğlu Z, editors. İstanbul Tıp Fakültesi 2010-2011 Yılı II. Sınıf II.Dönem Beceri Laboratuvarı Uygulamalı Derslerinin Öğrenci Geri Bildirimleri ile Değerlendirilmesi Sağlık Bilimlerinde Klinik ve İletişim Beceri Eğitimleri Kongresi; 2011; Ankara.
162. Veeramah V. What are the barriers to good mentoring? *Nursing times*. 2011;108(39):12-5.

163. Özçakır A. Tıp Eğitiminde İletişim ve Klinik Beceriler Dersi Verilmeli mi?: İtern Öğrenci Görüşleri. T Klin Tıp Bilimleri. 2002;22.
164. Sičaja M, Romić D, Prka Ž. Medical students' clinical skills do not match their teachers' expectations: Survey at Zagreb University School of Medicine, Croatia. Croatian medical journal. 2006;47(1):169-75.
165. Blanch DC, Hall JA, Roter DL, Frankel RM. Medical student gender and issues of confidence. Patient Education and Counseling. 2008;72(3):374-81.
166. Lind DS, Rekkas S, Bui V, Lam T, Beierle E, Copeland III E. Competency-based student self-assessment on a surgery rotation. Journal of Surgical Research. 2002;105(1):31-4.
167. Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. What Makes a Good Clinical Teacher in Medicine? A Review of the Literature. Academic Medicine. 2008;83(5):452-66
10.1097/ACM.0b013e31816bee61.
168. Gil DH, Heins M, Jones PB. Perceptions of medical school faculty members and students on clinical clerkship feedback. Academic Medicine. 1984;59(11):856-64.
169. Hauer KE, Hodgson CS, Kerr KM, Teherani A, Irby DM. A National Study of Medical Student Clinical Skills Assessment. Academic Medicine. 2005;80(10):S25-S9.
170. Dikici MF, Yarış F. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Beceri Eğitiminde Standardize ve Simüle Hasta Programı. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2007;27(5):738-43.
171. Ege Tıp Fakültesi TEAD. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı 2005-2006 Öğretim Yılı Çalışma Raporu,. İzmir: Ege Tıp Fakültesi2005.
172. Kadri HM, Al-Moamary MS, van der Vleuten C. Students' and teachers' perceptions of clinical assessment program: A qualitative study in a PBL curriculum. BMC Research Notes. 2009;2(263).

173. Wenrich M, Jackson MB, Scherpbier AJ, Wolfhagen IH, Ramsey PG, Goldstein EA. Ready or not? Expectations of faculty and medical students for clinical skills preparation for clerkships. *Medical Education Online*. 2010;15.
174. Zhang G, Griffith R, Metcalf D, Zeller N, Misulis K, Shea D, et al. Assessing service and learning of a service-learning program in teacher education using mixed-methods research. *American Education Research Association Annual Conference*; San Diego, CA.2009.
175. Alkin MC. *Evaluation roots: Tracking theorists' views and influences*: Thousand Oaks, CA: Sage; 2004.
176. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. *Evaluation theory, models, & applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
177. Shams B, Golshiri P, Najimi A. The evaluation of Mothers' participation project in children's growth and development process: Using the CIPP evaluation model. *J Educ Health Promot*. 2013;2:21.
178. Al-Khathami AD. Evaluation of Saudi family medicine training program: The application of CIPP evaluation format. *Med Teach*. 2012;34:S81-S9.
179. Ho W-W, Chen W-J, Ho C-K, Lee M-B, Chen C-C, Chou FH-C. Evaluation of the suicide prevention program in Kaohsiung city, Taiwan, using the CIPP evaluation model. *Community mental health journal*. 2011;47(5):542-50.
180. Steinert Y, Cruess S, Cruess R, Snell L. Faculty development for teaching and evaluating professionalism: From programme design to curriculum change. *Med Educ* 2005;39:127-36.

EKLER

Ek 1. Klinik Beceri Eğitimi Değerlendirme Anketi – Öğrenci Formu

Sevgili Öğrenciler,

Bu anket klinik beceri eğitim programının değerlendirilmesi amacı ile hazırlanmıştır. Anketin ilk kısmı kişisel bilgileriniz, ikinci kısmı ise 1. ve 2. sınıfta gördüğünüz “klinik beceri eğitimleri” ile ilgilidir. İkinci kısımdaki anketin sol kısmında klinik beceri eğitimlerine ilişkin ifadeler yer almaktadır. İfadeleri dikkatlice okuyarak kendi görüşlerinizle sağda beşli olarak derecelendirilmiş “Hiç Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” seçeneklerden size en uygun olanını (x) şeklinde işaretleyiniz. Cevaplarınızı eksiksiz ve içtenlikle vermeniz araştırmanın sonuçlarını önemli ölçüde etkileyecektir. Anketle toplanacak bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Soruları cevaplandırarak araştırmaya yapacağınız önemli katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Dr. Selcen Öncü
ADÜ Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
e- mail: selcen.oncu@adu.edu.tr

Kişisel Bilgiler

Sınıfınız: a. 1 b. 2 c. 3

Yaşınız:

Cinsiyetiniz: a. K b. E

Tıp fakültesini isteyerek mi seçtiniz? a. Evet b. Hayır

Tıp fakültesi seçmekte isteğiniz aynı güçte devam ediyor mu? a. Evet b. Hayır

Tıp fakültesinde yıl kaybınız oldu mu? a. Evet b. Hayır

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Klinik beceri eğitimlerinin amaç ve hedefleri beklentilerime cevap vermekteydi.					
2. Klinik beceri eğitimleri için ayrılan süre öğrenmem için yeterli idi.					
3. Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu.					
4. Klinik beceri eğitimleri teorik derslerimiz ile uyumlu idi.					
5. Klinik beceri eğitimleri yerine daha fazla teorik ders olmalıydı.					
6. Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı.					
7. Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım teorik bilgileri daha önceki bilgilerimle ilişkilendirebildim.					
8. Klinik beceri eğitimlerinde kazandığım pratik becerileri daha önceki becerilerimle geliştirebildim.					
9. Klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekliyim.					
10. Klinik beceri eğitimlerinin zaman kaybı olduğunu düşünüyorum.					
11. Klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine (manken, maket, laboratuvar malzemeleri, vb.) yer verildi.					
12. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maket sayısı yeterliydi.					
13. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler gerçeğe uygun ve gerçeği yansıtıyor idi.					
14. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler sağlamdı.					
15. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler kullanışlıydı.					
16. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maketlerin öğrenmeme katkısı olduğuna inanıyorum.					
17. Klinik beceri eğitim rehberleri öğrenmemi kolaylaştırdı.					
18. Klinik becerileri tek başıma uygulama fırsatım oldu.					
19. Becerileri klinik beceri eğitimleri sonrasında öğrendiğim becerileri bağımsız olarak uygulama fırsatım oldu.					
20. Klinik beceri eğitimleri arkadaşlarımla işbirliği yaparak öğrenmemi kolaylaştırdı.					
21. Klinik beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulaması öğrenmemi kolaylaştırdı.					
22. Klinik beceri eğitimlerinde düzenli geri bildirim verildi.					
23. Klinik beceri eğitimlerinde geri bildirim verilmesi öğrenmemi kolaylaştırdı.					
24. Klinik beceri eğitiminde kullanılan değerlendirme yönteminin uygun olduğunu düşünüyorum.					

	HİÇ Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
25. Değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağladığını düşünüyorum					
26. Klinik beceri sınavlarında gerçek performansımı sergileyebildim.					
27. Klinik beceri eğitiminin yılsonu sınavına katkısını yeterli buluyorum.					
28. Klinik beceri eğitimlerine aktif katılmama imkan sağlandı.					
29. Eğiticilerin konularında bilgili olduklarını düşünüyorum.					
30. Eğiticilerin konularında beceri sahibi olduklarını düşünüyorum.					
31. Klinik beceri eğitimlerinde eğiticilerle rahatlıkla iletişim kurabildim.					
32. Eğiticiler klinik beceri eğitimlerinde sürelerini verimli kullandılar.					
33. Klinik beceri laboratuvarlarının fiziki koşulları (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırması, havalanması, ısınması, soğutması) yeterliydi.					
34. Klinik beceri laboratuvarında masa ve sandalye sayısı yeterliydi.					
35. Klinik beceri eğitimleri ders programına uygun olarak uygulandı.					
36. Klinik beceri eğitimlerindeki ders program değişiklikleri zamanında bildirildi.					
37. Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum.					
38. Klinik beceri eğitimlerinden yararlandığımı düşünüyorum.					
39. Klinik beceri eğitimleri sayesinde iyi bir hekim olacağıma inanıyorum.					
40. Klinik beceri eğitimlerinde becerileri tam olarak öğrendiğime inanıyorum.					
41. Klinik beceri eğitimleri sayesinde vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerimi geliştirdiğime inanıyorum.					
42. Klinik beceri eğitimlerinde öğrendiğim becerileri tek başıma uygulayabileceğime inanıyorum.					
43. Klinik beceri eğitimlerinin fizik muayene yapma becerilerimi geliştireceğine inanıyorum.					
44. Klinik beceri eğitimlerini almaktan memnunum.					
45. Klinik beceri eğitimleri hekim olma isteğimi artırdı.					

1.Klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğendiğiniz özellikler nelerdir (Klinik beceri laboratuvarlarının fiziksel koşulları, manken-maketler, eğitim rehberleri, eğiticiler, sınavlar, vb.)

2. Klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğenmediğiniz özellikler ve önerileriniz nelerdir (Klinik beceri laboratuvarlarının fiziksel koşulları, manken-maketler, eğitim rehberleri, eğiticiler, sınavlar, vb.)

Görüşleriniz	Önerileriniz
1.	
2.	
3.	

3.Klinik beceri eğitimlerinde karşılaştığınız en önemli 3 sorun ve çözüm önerileriniz nedir?

	Sorun	Çözüm Önerisi
1.		
2.		
3.		

4.Klinik beceri eğitimlerine ilişkin başka öneri ve eleştirileriniz varsa lütfen paylaşınız.

Katılımınız için teşekkürler...

Ek 2. Klinik Beceri Eğitimi Değerlendirme Anketi – Eğitici Formu

Sayın Öğretim Üyesi,

Bu anket klinik beceri eğitim programının değerlendirilmesi amacı ile hazırlanmıştır. Anketin ilk kısmı kişisel bilgileriniz, ikinci kısmı ise 1. ve 2. sınıflarda görülen “klinik beceri eğitimleri” ile ilgilidir. İkinci kısımdaki anketin sol kısmında klinik beceri eğitimlerine ilişkin ifadeler yer almaktadır. İfadeleri dikkatlice okuyarak kendi görüşlerinizle sağda beşli olarak derecelendirilmiş “Hiç Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum” seçeneklerden size en uygun olanını (x) şeklinde işaretleyiniz. Cevaplarınızı eksiksiz ve içtenlikle vermeniz araştırmanın sonuçlarını önemli ölçüde etkileyecektir. Anketle toplanacak bilgiler bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Soruları cevaplandırarak araştırmaya yapacağınız önemli katkı için şimdiden teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Dr. Selcen Öncü
ADÜ Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
e- mail: selcen.oncu@adu.edu.tr

Kişisel Bilgiler

Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

Yaşınız:

Görevli olduğunuz bölüm?

A) Temel Bilimler

B) Dahili Bilimler

C) Cerrahi Bilimler

Akademik ünvanınız nedir?

A) Yrd. Doç. Dr.

B) Doç. Dr.

C) Prof. Dr.

Tıp fakültesinden mezuniyet yılınız?

Ne kadar süredir Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde çalışmaktasınız?

Tıp fakültesinde ne kadar süredir eğitici olarak çalışmaktasınız?

Daha önce klinik beceri eğitimi ile ilgili bir eğitim programına katıldınız mı?

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1. Klinik beceri eğitimlerinin amaç ve hedefleri öğrencilerin gereksinimlerine cevap vermekteydi.					
2. Klinik beceri eğitimleri için ayrılan süre öğrencilerin öğrenmesi için yeterli idi.					
3. Klinik beceri eğitimi konularının eğitim programı içinde yerleşimi uygundu.					
4. Klinik beceri eğitimleri teorik dersler ile uyumlu idi.					
5. Klinik beceri eğitimleir yerine daha fazla teorik ders olmalıydı.					
6. Klinik beceri eğitimleri ile kurullardaki dersler arasında entegrasyon sağlanmıştı.					
7. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları teorik bilgileri daha önceki bilgileri ile ilişkilendirebildi.					
8. Öğrenciler klinik beceri eğitimlerinde kazandıkları pratik becerileri daha önceki becerileri ile geliştirebildi.					
9. Öğrenciler, klinik beceri eğitimlerine katılmakta istekli idi					
10. Klinik beceri eğitimlerinde öğrettiğim becerileri mesleki uygulamalarımda sıklıkla kullanıyorum.					
11. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerle rahatlıkla iletişim kurabildim.					
12. Klinik beceri eğitimlerinde süreyi verimli kullanabildim.					
13. Klinik beceri laboratuvarlarının fiziki koşulları (büyüklüğü, temizliği, ışıklandırması, havalanması, ısınması, soğutması) yeterliydi.					
14. Klinik beceri laboratuvarında masa ve sandalye sayısı yeterliydi					
15. Klinik beceri eğitimleri ders programına uygun olarak uygulandı.					
16. Klinik beceri eğitimlerindeki ders program değişiklikleri zamanında bildirildi.					
17. Klinik beceri eğitimleri süresince konulara uygun olarak çeşitli eğitim materyallerine (manken, maket, laboratuvar malzemeleri, vb.) yer verildi.					
18. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maket sayısı yeterliydi.					
19. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler gerçeğe uygun idi.					
20. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler sağlamdı.					
21. Klinik beceri eğitimlerinde kullanılan manken ve maketler kullanışlıydı.					
22. Klinik beceri eğitimlerinde manken ve maketlerin öğrencilerin öğrenmelerine katkısı olduğuna inanıyorum.					
23. Klinik beceri eğitim rehberleri öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı.					
24. Öğrencilerin klinik becerileri tek başına uygulama fırsatı oldu.					
25. Öğrencilerin, becerileri klinik beceri eğitimleri sonrasında bağımsız olarak uygulama fırsatı oldu.					

	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
26. Öğrenciler, klinik beceri eğitimlerinde arkadaşları ile işbirliği yaparak öğrenmelerini kolaylaştırdı.					
27. Klinik beceri eğitimlerinde demonstrasyon uygulaması öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı.					
28. Klinik beceri eğitimlerinde tüm öğrencilere geri bildirim verme fırsatım oldu.					
29. Klinik beceri eğitimlerinde geri bildirim verilmesi öğrencilerin öğrenmelerini kolaylaştırdı.					
30. Klinik beceri eğitiminde kullanılan değerlendirme yönteminin uygun olduğunu düşünüyorum.					
31. Değerlendirme rehberlerinin kullanılmasının sınavın objektifliğini sağladığını düşünüyorum.					
32. Klinik beceri sınav yöntemleri konusunda bilgilendirdim.					
33. Klinik beceri sınavlarında değerlendirme rehberlerini rahatlıkla kullanabildim.					
34. Klinik beceri sınavlarında öğrenciler gerçek performanslarını sergileyebildi.					
35. Klinik beceri eğitiminin yıl sonu puanına katkısını yeterli buluyorum.					
36. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin aktif katılımına imkan sağlandı.					
37. Klinik beceri eğitimlerinin amacına ulaştığına inanıyorum.					
38. Öğrencilerin klinik beceri eğitimlerinden yararlandığını düşünüyorum.					
39. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin iyi hekim olmasına katkısı olacağına inanıyorum.					
40. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin becerileri tam olarak öğrendiğine inanıyorum.					
41. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin vakalar üzerinde düşünme ve problemleri daha net tanımlama becerilerini geliştirdiğine inanıyorum.					
42. Klinik beceri eğitimlerinde öğrencilerin öğrendikleri becerileri tek başına uygulayabileceklerine inanıyorum.					
43. Klinik beceri eğitimlerinin öğrencilerin fizik muayene yapma becerilerini geliştirdiğine inanıyorum.					
44. Klinik beceri eğitimlerinde görev almaktan memnunum.					

1. Klinik beceri eğitimlerine ilişkin en beğendiğiniz özellikler nelerdir (Klinik beceri laboratuvarının fiziksel koşulları, manken-maketler, eğitim rehberleri, eğiticiler, sınavlar, vb.) ?

2. Klinik beceri eğitimlerinde en beğenmediğiniz özellikler ve önerileriniz nelerdir (Klinik beceri laboratuvarlarının fiziksel koşulları, manken-maketler, eğitim rehberleri, eğiticiler, sınavlar, vb.) ?

Görüşleriniz	Önerileriniz
1.	
2.	
3.	

3. Klinik beceri eğitimlerinde karşılaştığınız en önemli 3 sorun ve çözüm önerileriniz nedir?

	Sorun	Çözüm Önerisi
1.		
2.		
3.		

4. Klinik beceri eğitimlerine ilişkin başka öneri ve eleştirileriniz varsa lütfen paylaşınız.

Katılımınız için teşekkürler...

Ek 3. Klinik Beceri Eğitim Rehberi Değerlendirme Formu

Becerinin Adı:

Beceri No:

		Uygun	Geliştirilebilir	Uygun Değil
1.	Eğitim rehberinde amaç cümlesi bulunmaktadır.			
2.	Eğitim rehberinde amaç cümlesi açık ve net ifade edilmektedir.			
3.	Beceri uygulaması için gerekli araç ve gereçler belirtilmektedir.			
4.	Beceri basamaklandırılmıştır.			
5.	Beceri basamakları becerinin gerçekleştirilmesine uygun biçimde sıralanmaktadır.			
6.	Eksik basamak yer almamaktadır.			
7.	Basamaklar tam olarak ifade edilmektedir.			
8.	Her basamakta tek fiil tanımlanmaktadır.			
9.	Basamaklardaki ifadeler net ve anlaşılırdır.			
10.	Değerlendirmeye yer verilmektedir.			

Ek 4. Dekanlık Onayı

DEKANLIK MAKAMINA

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Klinik Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesinde CIPP Modeli Örneği” isimli çalışma Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

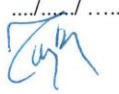
Bu araştırmanın Fakültemizde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

15/03/2012



Öğr.Gör. Dr. Selcen Öncü
Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu

UYGUNDUR



Adı, Soyadı
Dekan

Doç.Dr. Tizhan DOST
Dekan Vekili

Ek 5. Etik Kurul Onayı



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.20.05.00/050.04-64
Konu : Çalışmanız hk.

26.1.3.2012

Sayın, Yrd.Doç.Dr. Ö. Sürel KARABİLGİN
Ege Üniv. Tıp Fak.
Tıp Eğitimi AD
İZMİR

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 22.03.2012 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 12 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M. Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurul Başkanı

KARAR 12

Protokol No : 2012/44
Sorumlu Yürütücü : Yrd.Doç.Dr. Ö. Sürel KARABİLGİN
Ege Üniv. Tıp Fak.
Tıp Eğitimi AD
İZMİR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç.Dr. Ö. Sürel KARABİLGİN'in "Klinik beceri eğitiminin değerlendirilmesinde CIPP modeli örneği" konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Merkez Kampüsü – Kepez Mevkii- AYDIN
Tel: 256- 225 31 66
Faks : 256-212 31 69
Web : <http://www.site.adu.edu.tr/etikkurulu/goek/>
e-posta: goetik@adu.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kimlik Bilgileri

Ad-Soyad : Selcen Öncü
Doğum Yılı -Yeri : 1973-Tarsus
Medeni Durum : Evli
e- mail : selcenoncu@hotmail.com

Öğrenim Durumu

Doktora (2008-) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
Doktora (2005-2008) Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Yüksek lisans (2002-2005) Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
Üniversite (1992-1999) İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Lise (1984-1991) İçel Anadolu Lisesi

İş Deneyimi

Öğretim Görevlisi (2011-) ADÜ Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Öğretim Görevlisi (2010-2011) ADÜ Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi A.D.
Öğretim Görevlisi (2009-2010) ADÜ Aydın Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu
Hekim (2003-2009) Aydın Merkez 3 No.lu Sağlık Ocağı
Araştırma Görevlisi (2002 – 2003) ADÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü (ADÜ-BİLTEM)
Hekim (1999-2002) Bizim Lösemili Çocuklar Vakfı

Doktora Tezi

Klinik Beceri Eğitiminin Değerlendirilmesinde CIPP Modeli Örneği

Doktora Tezi

Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Hastalarda Tetanoz İmmünitesi

Yüksek Lisans Tezi

Erişkin Riskli Kişilerde HAV, HBV, HCV ve HEV İnfeksiyon Sıklığı ve Risk Faktörleri

Yabancı Dil

İngilizce İyi

Yayımlar

Uluslararası hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. Odabasioglu H, **Oncu S**, Vatansever K. "Program analysis: descriptive analysis of Ege University faculty of medicine curriculum through one block". *Procedia - Social and Behavioral Sciences* (2012); 46: 5489 – 5496
2. Oncü S, Onde M, **Oncü S**, Ergin F, Oztürk B. "Tetanus seroepidemiology and factors influencing immunity status among farmers of advanced age". *Health Policy*, (2011); 100 (2-3):305-9.
3. Öncü S, **Öncü S**, Sakarya S. "Hepatitis A and B seropositivity among medical students". *Health Policy*, (2005); 74: 39- 45
4. Öncü S, **Öncü S**, Okyay P, Ertuğ S, Sakarya S. "Prevalence and risk factors of HEV infection in pregnant women". *Med Sci Monit*, 2006; 12 (1): 36- 39
5. Öncü S, **Öncü S**, Öztürk B, Kurt İ ve Sakarya S. "Elimination of intraluminal colonization by antibiotic lock in catheters". *Tohoku J Exp Med*, 203, 1–8 (2004)
6. Sakarya S, Öncü S, Öztürk B, **Öncü S**. "Effect of preventive applications on prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections in West Turkey". *Saudi Med J*, 25, 1070-1072 (2004)
7. Sakarya S, Öncü S, **Öncü S**, Öztürk B, Tuncer G, Sarı C. "Neuraminidase produces dose-dependent decrease of slime production and adherence of slime-forming, coagulase-negative staphylococci". *Arch Med Res*, 35, 275-278 (2004)

8. Öncü S, **Öncü S**, Sakarya S. "Anthrax-an overview". *Med Sci Monit*, 9, 276-283 (2003)
9. Sakarya S, Ertem G T, Öncü S, Koçak İ, Erol N, **Öncü S**. "*Escherichia coli* bind to urinary bladder epithelium through nonspecific sialic acid mediated adherence". *FEMS Immunol Med Microbiol*, 39, 45-50 (2003)

Ulusal hakemli dergilerde yayımlanan makaleler:

1. Gürpınar E, Alimoğlu K, Kulaç E, Nacar M, Budakoğlu İ, Karaoğlu N, Demiral Yılmaz N, **Öncü S**, Taşkiran C, Çalışkan A, Gönüllü İ, Onan A, Mamaklı S. "Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde mesleksi beceri eğitime yönelik e-öğrenme uygulaması". *Tıp Eğitimi Dünyası Derg.*, 34/5-13, (2012).
2. Öncü S, Okyay P, Atasoylu G, Demirkıran F, **Öncü S** ve Sakarya S. "Rubella seroprevalance and risk factors in 16-27 year old nursing and midwifery students". *Turkish Journal of Public Health*, Vol. 3, No. 1, (2005)
3. Sakarya S, Öncü S, **Öncü S**, Öztürk B, Tuncer-Ertem G, Sarı C. "Slime Oluşumu ve Bunun Rol Oynadığı Bakteri Adheransında Muhtemel Anahtar Molekül: Siyalik Asid". *Klinik Dergisi*. Cilt 18, Sayı: 1, s:30-33, (2005)
4. Öncü S, Öztürk B, Aydemir M, **Öncü S** ve Sakarya S. "Sağlık çalışanları ve öğrencilerinde anti-HAV IgG prevalansı". *Viral Hepatit Derg*, 9 (3), 162-165, (2004)

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler:

1. **Öncü S**, Yılmaz Demiral N. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Bologna Sürecine İlişkin Algıları; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Örneği. VII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi 2012. 2-5 Mayıs 2012, Ankara.
2. Erol Gürpınar, M. Kemal Alimoğlu, Esin Kulaç, Melis Nacar, Işıl İrem Budakoğlu, Nazan Karaoğlu, Nilüfer Demiral Yılmaz, **Selcen Öncü**, Cahit Taşkiran, Ayhan Çalışkan, İpek Gönüllü, Arif Onan. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Mesleksi Beceri Eğitime

Yönelik E-Öğrenme Uygulaması. VII. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi 2012. 2-5 Mayıs 2012, Ankara.

3. **Öncü S.** Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Meslek Seçimi. Topluma Dayalı Tıp Eğitimi – Eğitim Araştırmaları Sempozyumu. 5-7 Mayıs 2011, Antalya.

Eğitim – Kurs – Sertifika Programları

1. Nitel Araştırmalarda Odak Grup Tekniği
2. Eğitici Gelişim Programı
3. Probleme Dayalı Öğretim Kursu
4. Temel Eğitim Becerileri Kursu
5. Ölçme Değerlendirme Kursu
6. Formasyon Eğitimi
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Rahim İçi Araç Uygulama sertifikası
8. T.C. Aydın Valiliği Sağlık Müdürlüğü “0-6 yaş çocuğun psikososyal gelişimini destekleme programı eğitimi”
9. T.C. Sağlık Bakanlığı “üreme sağlığına giriş, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri ve güvenli annelik” eğitimi
10. 22nd Postgraduate Education Course, “Measuring, Auditing and Improving Antimicrobial Prescribing”