

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
STAJI'NDA GÖREV ALAN SAHA EĞİTİCİSİ HEKİMLERİN SAHA EĞİTİMİ
KONUSUNDAKİ GERİ BİLDİRİMLERİNİN
KALİTATİF ARAŞTIRMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Esin GENÇ

SAMSUN 2013

T.C
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ
STAJI'NDA GÖREV ALAN SAHA EĞİTİCİSİ HEKİMLERİN SAHA EĞİTİMİ
KONUSUNDAKİ GERİ BİLDİRİMLERİNİN
KALİTATİF ARAŞTIRMASI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Esin GENÇ

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

SAMSUN 2013

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Çocuklarının iyiliğinden başka bir şey düşünmeyen, ömürlerini bizlere adayan, her anlamda destekleriyle hep yanımda olan sevgili anneme ve babama,

Tanıştığımızdan beri göstermiş olduğu sevgi ve destekle her zaman yanımda olan sevgili eşim Güneş GENÇ'e ve hayatımın ışığı ve neşesi biricik kızım Işıl'a

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici'ye,

Asistanlık süresi boyunca ve araştırmanın gerçekleşmesinde her türlü desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Füsun Yarış'a,

Eğitim süresince mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlanma fırsatı bulduğum tüm öğretim üyelerine,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum asistan arkadaşlarıma,

Bana vakit ayırarak çalışmama katılan saha eğiticilerine,

Çok teşekkür ederim.

Dr. Esin GENÇ

Samsun, 2013

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLO LİSTESİ	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
ÖZET	VII
ABSTRACT	IX
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1 Giriş	1
1.2 Amaç	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Tıp Eğitimi	3
2.2 Saha Eğitimi	8
3. YÖNTEM	18
3.1 Araştırmanın Yeri	18
3.2 Araştırmanın Tipi	18
3.3 Araştırmanın Evreni	20
3.4 Araştırmanın Örnekleme	20
3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları	20
3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli	20
3.7 Veri Analizi	21
3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar	21
3.9 Etik Konular	21
3.10 Araştırmanın Takvimi	22
3.11 Araştırmanın Bütçesi	22

3.12 Araştırmanın Dahil Olma Kriterleri	22
3.13 Araştırmanın Çıkarılma Kriterleri	22
4. BULGULAR	23
4.1 Saha Eğiticileri Demografik Bilgileri	23
4.2 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimi Hakkında Genel Görüşleri	26
4.2.1 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Öğrencilere Katkısı Hakkında Görüşleri	26
4.2.2 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Eğitime Gelen Öğrencilerin Sayısı Hakkında Görüşleri	28
4.2.3 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Süresi Hakkında Görüşleri	28
4.2.4 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Öğrencilerle Çalışma Yöntemleri	29
4.3 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Günlük İş Akışına Olumlu ve Olumsuz Etkileri Hakkında Görüşleri	30
4.3.1 Kendileri Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri	31
4.3.2 Hastaları Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri	31
4.3.3 Personeli Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri	32
4.4 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimlerinin Öğrencinin Meslek Yaşantısına Etkileri Hakkında Görüşleri	33
4.5 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerine Öğrencilerin Verdiği Geri Bildirimler	34
4.6 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimi İçin Eğitim Almanın Gerekip Gerekmediği Hakkında Düşünceleri	34
4.7 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimi Hakkında Görüşleri	35

4.8 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Geliştirilmesi Gereken Tarafları Hakkında Görüşleri	36
5. TARTIŞMA	38
6. SONUÇLAR	47
7.ÖNERİLER	49
8.KAYNAKLAR	50
9. EKLER	56
EK-1: Çalışmamızda Kullanılan Sorular	56
EK-2: OMÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan Alınan Yazılı İzin Belgesi	58
EK-3: Gönüllüler İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu	59

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1 Dünyada Mezuniyet Öncesi Eğitim ve Saha Eğitimi Süreleri	13
Tablo 2.2 Dünyada Mezuniyet Sonrası Eğitim ve Saha Eğitim Süreleri	14
Tablo 4.1 Saha Eğiticilerinin Demografik Bilgileri	24
Tablo 4.1.2 Saha Eğiticileri Demografik Bilgileri Eğiticilik Deneyimleri ve Öğrenci Sayıları	25

SİMGELER ve KISALTMALAR

ASM	:	Aile Sağlığı Merkezi
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
AH	:	Aile Hekimliği
IIME	:	Uluslar Arası Tıp Eğitimi Enstitüsü
OMÜ	:	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
PDÖ	:	Probleme Dayalı Öğrenim
TDE	:	Topluma Dayalı Eğitim
TF	:	Tıp Fakültesi
TUS	:	Tıpta Uzmanlık Sınavı
TTB	:	Türk Tabipleri Birliği
TYE	:	Topluma Yönelik Eğitim
UTEAK	:	Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi
ÜSYE	:	Üst Solunum Yolları Enfeksiyonu

ÖZET

Amaç: Mezuniyet öncesi eğitimde bir eğitim fırsatı olarak aile hekimliği stajındaki saha eğitiminde görevli saha eğiticilerinin bu konudaki geri bildirimlerini ortaya çıkarmak ve alınan geri bildirimlerle stajı daha efektif ve verimli hale getirmek ve diğer tıp fakültelerinde de saha eğitimi programının yaygınlaşmasını sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmada Temmuz 2009'dan beri saha eğitiminde görevli olan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf bir aylık aile hekimliği stajında haftanın iki günü (Salı- Perşembe) saha eğiticisi olarak öğrenci alan, her öğrenciyle bir hafta çalışan 16 saha eğiticisi ile üç odak grup görüşmesi yapılmış olup, saha eğitimi ile ilgili geri bildirimleri alınmıştır. Odak grup çalışmalarının önemli bir unsuru olarak ses kayıt cihazı kullanılmıştır, eş zamanlı not tutulmuş ve önceden yapılandırılmış yönergeye uygun bir şekilde gerçekleştirilmiştir. Veri analizi tematik kodlama yöntemi ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 16 saha eğiticisinin 10'u (% 62,5) kadın, 6'sı (% 17,5) erkektir. Eğiticilerle yedi ana tema üzerinde konuşulmuştur. 1. Çalışmaya katılan saha eğiticilerinin saha eğitimi hakkında genel görüşleri tartışılmıştır. Katılımcılar aile hekimliğini ve birinci basamağı tanıtırak öğrencilerde bir fikir oluşturduklarını şu ifadelerle belirtmişlerdir: "Öğrencilere katkı; rol model olmak". "İlk korkuyu yenmede katkı var". "Birebir eğitim için öğrenci sayısı bir olmalı". "Dört haftalık süre yeterli". 2. Saha eğitiminin günlük iş akışına etkisi şu şekilde tartışılmıştır: "Enerji veriyorlar bize". "İşler yavaşlıyor". "Hastalar ilk başta şaşırıyorlardı". "Personel memnun". 3. Çalışmaya katılan saha eğiticilerinin saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkileri hakkında görüşleri: "Ben birinci basamak hekimi olmak istiyorum, diyenler çok oldu ". "Aile hekimlerinin sahada ne yaptığını görüyorlar nelerin yapıp neyin yapılamayacağını görüyorlar ". "Meslek yaşantısına katkısı çok fazla. Mesleğin incelikleri hakkında bilgileri oluyor, kendilerine güvenleri artıyor. "4.Saha eğiticileriyle öğrenci geri bildirimleri tartışıldığındaki ifadeler: "Memnun olduklarını söylüyorlar". "Genellikle olumlu oluyor, teşekkür ediyorlar". 5. Saha eğiticilerinin saha eğitimi için eğitim alma gerekliliği hakkındaki düşünceleri şöyle tartışılmıştır: "Eğitim gerekli, ipuçlarımız olursa daha iyi olur". "Eğitim alma taraftarı değilim ama toplantılar sıklaşmalı". 6. Saha eğiticilerinin saha eğiticiliğinin eğlenceli ve can sıkıcı tarafları hakkındaki görüşleri tartışılmıştır: "İstekli öğrenci iyi, isteksiz öğrenci can sıkıcı". "Can sıkıcı taraf yok". 7. Saha eğiticilerinin saha eğitiminin geliştirilmesi gereken

tarafları hakkındaki görüşleri tartışılmıştır: “Geri bildirimleri öğrenmem faydalı olabilir, ayrıca düzenli eğitim verilmeli”. “Bu stajı ciddiye almalarını sağlamak lazım”.

Sonuç: Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde saha eğitimcilerinin rolü çok önemlidir ve tüm tıp fakülteleri birinci basamak kuruluşlarında eğitim ortamı yaratmalıdır. Saha eğitimcilerine gerekli eğitimler verilerek, tıp fakültesi aile hekimliğı stajının daha etkin hale gelmesi sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Saha eğitimcisi, tıp eğitimi, aile hekimliğı

ABSTRACT

Aim: We aimed to reveal feedbacks of the preceptors who are in charge in the community-based teaching of family practice internship as an education opportunity in the education, before the graduation, to make internship more effective and advantageous with feedbacks received and to provide the community-based teaching program being widespread in the other medical faculties.

Material and Method: In the research , a family practice in the 6th grade of Ondokuz Mayıs University medical faculty who is in charge on the community-based teaching since 2009 July, took students twice a week (wednesday-thursday) as a preceptor. 16 participated in three focus group interviews. As an important element of the focus groups work recorder was used, was taken notes simultaneously and was carried out according to an instruction pre-configured. Data analysis was made by thematic coding.

Results: 16 of the 10 study participants were women (62.5%) and 6 of them are men (17.5%). It was talked about the seven main themes with the educators. 1. General opinions on preceptorship. Participants indicated their ideas with these statements about introducing family practice and first step and having a common idea with students: “My contribution to students is being a role model”. “ I have a contribution to defeat the first fear ”. “ For a perfect education, the number of the students should be one-to-one”. “Four weeks are enough”. 2. Effect of preceptorship on daily workload: Preceptors were generally positive. “ They give us energy ”. “Works slows down”. “ The patients are surprise at the beginning”. “Staff are satisfied”. 3.Their contribution on the professional development of the students: They think the students don’t know primary care. “There were so many people who say I want to be primary care physician”. “ They see what the family doctor do in primary care and what should be done or not “. “ It has lots of contribution to career”. “They have information about the details of the job and have a self-confident”. 4. Students feedbacks to them: General possitive. “ They say they are satisfied”. “ Generally, they are positive and thank”. 5. Is education for preceptorship necessary?: Of the preceptors fifteen thought it was necessary, one taught that brain storming sessions are necessary. “Education is necessary and if we have clues, it will be better”. “Though I'm not in favor of making education, meetings

should be intensified”. 6. Most funny and boring conditions in preceptorship: “Eager students are funny, reluctant student is annoying”. “ There's nothing boring”. 7. What to do for a better preceptorship?: “ It can be useful for me learning feedbacks, additionally there should be a systematic”. “They should be provided to take this internship seriously”.

Conclusion: Medical education, the role of the preceptor is significant and all of the medical faculties should create an education environment in the primary institution. Providing necessary education to preceptors, family practice internship of medicine faculty can be provided to become more active.

Key words: Preceptor, medical education, family medicine.

1. GİRİŞ ve AMAÇLAR

1.1 Giriş

Saha eğiticileri tıp eğitiminin adsız kahramanlarıdır. Tıbbi bakım giderek artan bir şekilde ayaktan tedavi alanına ve akademik tıp merkezleri dışında öğretime odaklandıkça saha eğiticileri pek çok tıp fakültesinin bel kemiği olmuşlardır. Saha eğiticiliği öğrenciler için artmış bağımsızlık ve özerklik, daha fazla el becerisi deneyimi ve güçlü önderlik ilişkileri gibi harika fırsatlar sunar. Gerçekten de pek çok tıp öğrencisi toplum rotasyonlarını tıp fakültesindeki en iyi deneyimleri olarak değerlendirmişlerdir (1).

1993 yılında Edinburg’da Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi’nde tıp eğitimi için 22 eylem önerisi içerisinde; ‘‘Tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda olduğu hastanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri ortamlarda, yani gerçek koşullarda eğitim görmeleri’’ gerekliliği vurgulanmaktadır (2).

Aile hekimliğinin gelişmesiyle tıp eğitiminin müfredatında yenilikler olmuştur. Öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve sık karşılaşılan hastalıkları birinci basamakta görmeleri hususunda çalışmalar başlamış ve ayaktan bakım hizmetlerine verilen önem artmıştır (3).

Türkiye’de Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) ‘‘Tıp fakültelerindeki eğitim ortamları sadece hastaneler ile sınırlı kalmamalı, tıp fakülteleri öğrencilerine mümkün olan en erken dönemden itibaren ayaktan bakım birimleri, birinci basamak sağlık kurumlarında klinik deneyim ve öğrenme fırsatı sunmalıdır’’ demiştir. Tıp fakültesi eğitiminde birinci basamağın da eğitim programı içinde yer alması gerekliliği vurgulanmıştır (4).

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde son on yıllık süre içinde saha eğiticiliğinin öneminin yeniden vurgulanmasının da içinde olduğu çok sayıda değişiklik olmuştur. Bunlar; probleme dayalı öğrenime geçilmesi, ayaktan tedavi kurumlarında eğitime artan güven ve eğilim, etkili bir eğitim için son derece önemli ve gerekli olan iletişim, insan ilişkisi ve öğrencilerle saha eğiticileri arasındaki bağı yeniden kurmak adına yapılan girişimler olarak görülebilir (5).

Tıp öğrencileri yüklü ve zorlu bir öğrenim süreci ile karşı karşıyadır. Çok yoğun yeni bilgiyi sıkça değişen ortamlarda öğrenip özümsemek ve uygulamak zorundadırlar ve yine sıklıkla bu bilgileri tekrar tekrar düşünüp değiştirerek, daha önceden öğrenmiş olduklarıyla birleştirerek yeniden yapılandırmak durumundadırlar. Yeni girişimsel ve etkileşimsel bilgi ve becerileri hızlı bir şekilde kazanıp, alan eğiticilerinin profesyonel değer ve yaklaşımlarını aynen almaya, kopyalamaya çalışırlar. Çoğu öğrencinin tıp eğitimini çok çaba gerektiren, çok zor ve stresli bulması şaşırtıcı değildir. Bu nedenle saha eğiticisi, çok ihtiyaç duyulan anlayış, teşvik ve desteği sağlayabilmelidir. Bir çalışmada bir öğrencinin “Hocamdan aldığım bir övgü beni bir hafta götürebilir” dediği bildirilmiştir (1).

1.2 Amaç

Mezuniyet öncesi eğitimde, topluma dayalı tıp eğitiminin ve toplum yönelimli tıp eğitiminin yer alması için bir eğitim fırsatı olarak aile hekimliği stajındaki saha eğitiminde görevli saha eğiticilerinin bu konudaki geri bildirimlerini ortaya çıkarmak ve alınan geri bildirimlerle stajı daha efektif ve verimli hale getirmek ve diğer tıp fakültelerinde de saha eğitimi programının yaygınlaşmasını sağlamak.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Tıp Eğitimi

Tıp eğitimi alanındaki gelişmeler ve tıbbi bilginin çığ gibi büyümesi, öğrencilerin kendi kendine öğrenme yeteneklerini geliştirmesini zorunlu kılmaktadır. Bu amaçla eğitim programı modelleri (Eğitici/Öğrenci Merkezli, Disiplin/Sistem /Yaşam Döngüsü Temelli, Topluma Dayalı/Yönelik Eğitim gibi) ve eğitim yöntemleri (Probleme dayalı öğrenim, sunum, laboratuvar çalışması, alan çalışması, mesleki beceriler, grup çalışması, özel çalışma modülü, göreve (taska) dayalı öğrenim, hasta başı eğitim gibi) ile ilgili olarak; öğreten merkezli klasik sistemden öğrenci merkezli probleme dayalı öğrenim uygulamalarına kadar değişen bir spektrum oluşmuş durumdadır (4).

Güncel tıp eğitiminde Flexner'in 1910 yılında hazırlamış olduğu raporla tıp eğitimi modeli temel ve klinik bilimler arasında kesin bir ayırım yapılmasını öngörmüş. Bu modele göre kurgulanan tıp fakültelerinde, temel bilimler ilk bir-iki yılda, klinik bilimler ise son iki-üç yılda okutulmaya başlamıştır. Bu modelde, eğitici; öğretim üyesi sistemin en temel rolünü üstlenir hale gelmiştir. Bilginin temel kaynağı eğiticidir. Öğrencilerin neyi öğreneceklerine eğitici karar verir. Öğretim üyeleri hangi dersleri nasıl verecekleri konusunda tamamen özgür bırakılır. Eğitici derslerini çoğu kez birbirlerinden haberdar olmadan hazırlar ve istedikleri gibi sunar. Akademisyenler her geçen gün kendi bilim dallarına yoğunlaşırken araştırmalarını toplumun sağlık gereksinimleriyle ilişkilendirmeyi sağlayamamışlardır. Bunun doğal bir sonucu olarak, tıp öğrencilerine her bilim dalında derinlemesine bilgi edindirilmeye çalışılmaktadır. Ne yazık ki, öğrencilere mezun olduklarında sağlık hizmeti verecekleri toplumun gerçek gereksinimleri yeterince öğretilmemekte idi. Sonrasında Harden'in SPICES kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavramla birlikte eğitici ağırlıklı öğrenmeden öğrenci ağırlıklı öğrenmeye, bilgi aktaran öğrenmeden problem çözücü öğrenmeye, geleneksel eğitimden entegre eğitime, hastane ağırlıklı eğitimden topluma dayalı eğitime, standart müfredattan seçmeli müfredata, usta çırak eğitiminden sistematik eğitime doğru yöneliş başlamıştır (6).

John Hopkins şöyle demiştir: "...Tıp fakültesinin amacı bir kardiyolog, cerrah veya bir pratisyen hekim yetiştirmek değildir. Amaç genel ve üst düzeyde yeterliliğe

sahip bir kök hücre “stem-cell” yetiştirmektir.” Öğrencinin değişme, dönüşme, yenile(n)me becerisini yetkin olarak edindiğinde değiştirme, dönüştürme işlevini de gerçekleştirebileceğini ortaya atmıştır. Ancak böyle hekimler toplumun sağlık sorunlarına ilgi duyabilecek ve onları çözebilecektir (6).

Amerika Birleşik Devletleri’nde tüm tıp fakültesi mezunları için yeterlikleri belirleyen Amerikan Hekimler Birliği’nin bir komitesi olan Tıp Eğitimi Mezunları Lisans Kurulu’nun altında işlev gören Tıp Eğitimi Mezunları Akreditasyon Kurulu, tıp fakültesi mezunları için altı adet “öğrenme çıktısı” tanımlamıştır. Bu çıktılardan biri de “topluma-dayalı uygulama”dır (7).

Ayrıca; tıp eğitimi için 1999’da kurulan Uluslararası Tıp Eğitimi Enstitüsü’nün (IIME) Çekirdek Komitesi de “Global Minimum Essential Requirements in Medical Education” belgesinde, tüm dünyada ülkelerin tıp fakültelerinden mezun olacak hekimler için “en az öğrenme çıktıları” ana başlıklarını belirtmiştir (8).

Tıp fakültesinden mezun olanlar:

- Profesyonel değerler, tutumlar, davranış ve etik
- Tıp bilgisi
- İletişim becerileri
- Klinik beceriler
- Toplum sağlığı ve sağlık sistemleri
- Bilginin yönetilmesi
- Kritik düşünme ve araştırma alanlarında gerekli bilgi, beceri ve tutumu kazanmış olmalıdır (8).

Tıp fakültesi mezunları, bir toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede kendi rollerini bilmeli ve uygun müdahalelerde bulunabilmelidir. Mezunlar, sağlık sistemlerinde örgütlenmenin ilkelerini ve yasal ve ekonomik durumunu bilmeli, sağlık hizmet sistemlerinin etkin ve etkili yönetimi konusunda temel bilgilere sahip olmalıdır (9).

Tıp fakültesi mezunları;

- Sağlık ve hastalığın, yaşam tarzı, genetik, nüfus, çevre, sosyal, ekonomik, psikolojik ve kültürel belirleyicileri hakkında bilgi sahibi olmalı,

- Toplum, aile ve bireylerin hastalık, kaza ve yaralanmalardan korunmada, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, kendi rollerini bilme ve uygun müdahalelerde bulunma bilgisine sahip olmalı,
- Uluslararası sağlık düzeyi, sosyal açıdan önemli kronik hastalıklarda mortalite ve morbidite konusunda dünyadaki eğilimler, göçün ve ticaretin etkisi, sağlıkta çevresel faktörler ve uluslararası sağlık örgütlerinin rolü hakkında bilgi sahibi olmalı,
- Toplum, aile ve bireylere sağlık hizmeti sunmada diğer sağlık çalışanları ve sağlıkla ilgili diğer çalışanların sorumluluk ve rollerini kabul etmeli,
- Sağlığı geliştirme müdahalelerinde kolektif sorumluluk için, sağlık çalışanları, diğer toplum çalışanları ve sektörler arası işbirliğini içeren multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç olduğunu anlamalı,
- Politikalar, örgütlenme, finansman, sağlık bakım harcamaları ve sağlık hizmetleri sunumunda etkili yönetimin ilkelerini içeren sağlık sistemlerinin temellerini kavramalı,
- Sağlıkta eşitlik, etkinlik ve kaliteyi belirleyen mekanizmaları kavramalı,
- Sağlıkta karar verme sürecinde epidemiyoloji, demografi, ulusal, bölgesel ve yerel surveyans verilerini kullanmalı,
- Sağlık konularında ihtiyaç olduğunda liderliği kabul etmede gönüllü olmalıdır (9).

Bugün Hollanda'da Maastricht Tıp Fakültesi ve İsveç'te Linköping Tıp Fakültesi'ndeki eğitim, topluma dayalıdır. Hollanda'da temel tıp eğitimi altı yıldır, bunun 1,5 yılı intörnlik için ayrılmıştır. Maastricht Tıp Fakültesi'nde de eğitim, öğrencinin aktif katılımını hedeflemekte ve problem çözmeye dayandırılmaktadır. Beceri laboratuvarı kullanılarak tüm tıbbi uygulamalar, hastadan önce maketler üzerinde öğrenilmektedir. Ayrıca simüle hastalar, öğrencilerin hasta-hekim ilişkilerini öğrenmeleri amacıyla kullanılmaktadır. Maastricht Tıp Fakültesi'nde eğitimin her aşaması topluma dayalı modele göre planlanmıştır ve öğrenciler çok erken dönemden itibaren hasta ve toplumla iç içedir (10).

Halen, merkezi Maastricht'de bulunan, "topluma dayalı tıp eğitimi veren fakülteler ağı" (Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences) topluma dayalı, aynı zamanda da probleme dayalı tıp eğitimi veren tıp fakültelerinin bir araya gelerek oluşturdukları bir yapıdır (10).

Genellikle topluma dayalı eğitim (community-based education) ile, topluma yönelik tıp eğitimi (community oriented education) birbiriyle karıştırılmaktadır. İkisi birbirine çok benzer olsa da aynı şey değildir (11).

Topluma Yönelik Eğitim (TYE), sağlık personelinin, toplumdaki grup/bireylere odaklanılarak ve toplumun ihtiyaç duyduğu sağlık sorunları dikkate alınarak eğitilmesidir (11).

Topluma Dayalı Eğitim (TDE) ise tıp eğitiminde, toplumun ihtiyaçlarıyla bağlantılı kazanımların elde edilmesi anlamına gelir ve böylece de topluma yönelik bir eğitim programının uygulanmasının bir yolu olarak işlev görür. Ancak, öğrenme etkinlikleri, öğrenme çevresi olarak sadece öğrenciler değil, eğiticiler, toplum bireyleri, sektör temsilcilerinin hepsinin eğitim deneyimlerine aktif olarak katıldığı, “*toplumdan en geniş şekilde yararlanılması*” yaklaşımını içerir (11).

Topluma dayalı tıp eğitimi ile topluma yönelik eğitim arasındaki fark çok açık değildir. Bu nedenle ayırım için şunlar belirleyici olmaktadır: *Topluma yönelik eğitim*, tıp fakültesinin eğitim amaçlarının o toplumun sağlık ihtiyaçlarıyla olan ilişkisini belirtir. Bu amaçlar müfredata yansıtılır. Bunun anlamı; öğrenciler toplumun öncelikli sağlık sorunlarıyla doğrudan ilintili konularda eğitilir. *Topluma dayalı eğitimde* ise öğrenme etkinlikleri özellikle toplumun içinde düzenlenir. Bu ortamlarda ele alınan etkinlikler, toplumun sağlık ihtiyaçlarıyla ilişkili ve onlara uygun olabilir veya olmayabilir (9).

Tıp eğitiminde uygun yöntemlerin kullanılması tartışılırken, topluma dayalı tıp eğitimi bu konuya önemli katkı sağlamaktadır. Çünkü tıp fakültelerinden mezun olanlar okulda kazandıkları becerilerini üçüncü basamak bir hastaneden çok, toplumda kullanacaklardır. Ne yazık ki, pratikte tıp eğitimi üçüncü basamak hastanelerde, tedavi edici hizmetler ve hasta bakımı ile ilgili olmaktadır. Oysa biliyoruz ki; öğrencilerin hastanelerde gördükleri vakalar, asıl toplum içinde olan vakalar değil, buzdağının üzerinde kalanlardır (9).

Son on yıllık süreçte eğilim, öğrencinin, tıp fakültesi eğitimi döneminde toplumsal (alan) rotasyonlar yolu ile alan uygulamalarına maruziyetini artırma yönündedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 120'den fazla tıp veya osteopati fakültesinde bir veya birden çok disiplinde alan rotasyonu yapma zorunluluğu vardır. Osteopati fakülteleri; hastanın sadece sorunlu organını değil, bütün vücudunu ele alır.

Örneğin bir diz incinmesinde osteopati, hastanın bacak, kalça, ayak ve sırtını da inceler ve bu incinmenin vücudun diğer taraflarını nasıl etkilediğine bakar. Bütüncül terapilerin esasını göre eğitim veren fakültelerdir. 50'den fazla tıp veya osteopati fakültesi de klinik öncesi tıp eğitimlerinin ilk iki yılında öğrencilere gerekli alan rotasyonlarını koymayı planlamaktadır. Bu alan rotasyonlarının birçoğu bire bir alan eğitici öğrenci oranı gerektirir. Bu etmenler, hemen hemen bütün Birleşik Devletlerde, birçok disiplinde alan eğitici gereksinimini önemli derecede artırmıştır. Özellikle şehir merkezlerindeki yoksul bölgelerde, kırsal alanlarda ve aynı zamanda Kızılderili Sağlık Hizmet Bölgeleri ve hapishaneler gibi “özel durum” uygulamaları için toplum alan eğitimcilerine gereksinim duyulmaktadır. Her ne kadar toplum alan eğitimcilerine bütün sağlık disiplinlerinde gereksinim duyulsa da, en büyük gereksinim aile hekimliği, genel dahiliye, genel pediatri gibi genel disiplin dallarında duyulmaktadır (1).

Sağlık çalışanlarını eğiten kurumların topluma dayalı eğitim yapmasının birçok önemli gerekçesi vardır (9).

Bunlar:

- TDE, daha sonra profesyonel hayatlarında karşılaşacakları benzer durumlar için öğrenme olanakları sağlaması ve öğrencilerin yeni kazandıkları bilgiyi kullanmaları için olanak sağlaması açısından probleme dayalı öğrenme (PDÖ) ile sağlanan kazanımların aynısını sağlamaktadır.
- TDE programları ile bir yandan öğrenci toplum içinde öğrenmeye başlarken, bir yandan da o toplumda sağlık hizmetlerinin sunumuna katkıda bulunmuş olur.
- TDE, öğrencilerin liderlik, ekip çalışması, toplumla etkileşim becerileri gibi asla başka bir yerde öğrenemeyecekleri yeterlikleri kazanmalarını sağlar.
- TDE, öğrencilerin birinci basamak sağlık kuruluşları gibi farklı kuruluşlardaki sağlık personeli ile çalışmasına ve onlardan öğrenmesine olanak sağlar.
- TDE, politik, finansman ve etik gibi birçok alanda okulun güçlenmesine yardım edebilir.
- TDE, toplumda devamlı olarak değişen sağlık öncelikleri arasından yüksek öncelikli sağlık sorunlarının belirlenip eğitim için kullanılması yoluyla müfredatın güncelliğini korumasını sağlar. Böylece, müfredat toplumun değişen ihtiyaçlarına cevap verebilir.
- TDE, üniversite, toplum ve devlet yönetimi arasında işbirliği konusunda fırsatlar sağlar.

- TDE, hizmet verilmeyen/az hizmet verilen alanlarda ve özellikle kırsal alanda çalışabilecek gönüllü doktorların yetiştirilmesi ile hizmet sunumundaki eşitsizlik sorununun çözümüne katkıda bulunabilir (9).

Tıp fakültelerinin eğitim programlarının geliştirilmesi ya da yenilenmesi sürecinde ülkenin ve toplumun özellikleri ve öncelikli sağlık sorunları göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim programında öğrencilerin üniversite hastaneleri yanı sıra birinci ve ikinci basamakta eğitim formasyonu kazanmış hekimlerin yanında staj ya da uygulamalara katılabilmesi (Topluma-dayalı eğitim) için çevredeki tüm sağlık kurumları ile işbirliği yapılmalıdır. Topluma dayalı eğitim etkinlikleri tıp eğitiminin erken dönemlerinde başlatılmalıdır. Tıp fakülteleri, öğrencilerinin sağlık hizmeti sunulan ortam ve koşulları tanınması ve hasta temasının ilk yıllardan itibaren başlayarak sağlanması konularında gerekli düzenlemeleri yapmanın gerekliliği UTEAK'ta belirtilmiştir (4).

2.2 Saha eğitimi

Saha eğiticiliği güçlü rol modelleri yaratarak tıp öğrencilerinin ve saha eğiticilerinin bağlantı kurmalarına yardımcı olur, özellikle çoğu sağlık bilimi merkezlerinin yetersiz olduğu alanlarda öğrencilere yararlı bilgi ve beceriler kazandırır, öğrencileri yeni yollar düşünmeye, bunları yetiştirilmelerine entegre etmeye zorlar (1).

Klinik eğitimin hastaların bulunduğu yerlerde yapılma zorunluluğu, hizmetin toplum içersine kayması ile klinik müfredatta da değişikliklere yol açmıştır. Akla uygun olarak, tıp öğrencileri, aileleriyle yaşayan ve çalışan, yakınlarında olan hastalara hizmet verme deneyimlerinin olması için birinci basamak kurumlarını temel almalıdır. Öğrenciler eğitimleri için aile hekimlerinden destek almalıdırlar (12).

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde son on yılda saha eğiticiliğinin öneminin yeniden vurgulanması, öğrencilerle saha eğiticileri arasındaki bağı yeniden kurmak adına yapılan girişimdir (5).

Amerikan tıbbı aslına bakılırsa, sömürge çağlarında üç yıllık saha eğiticiliği dönemiyle başlayan uzunca bir eğitim geleneğine sahiptir. 19. yüzyıl boyunca tıp fakülteleri pek çok ders için özel hekimlere bel bağlamışlardı. Tıp Eğitim Reformu ve II. Dünya Savaşı'nı takiben ciddi boyutlarda bir araştırma fonu oluşturulması, tam zamanlı tıp fakültelerine geçilmesi saha eğiticiliğinin öneminin azalması gibi sonuçlar

doğurmuştur. Son zamanlarda tıp eğitimini daha verimli hale getirmek için saha eğitimcilerini teşvik etmenin yolları araştırılmaktadır (13).

Günümüzde tıp fakülteleri kompleks yapıdadır. Müfredatları pek çok kurs ve rotasyon içerir. Öğrencilerin eğitimleri tipik olarak, derslere ve laboratuvar çalışmalarına büyük gruplar halinde katılarak gerçekleşir. Öğrenciler her bir rotasyonu bir ya da iki aylık sürede tamamlar ve bu şekilde sürekli tekrarlayan bir ritüel içinde yeni yeni ortamlarda farklı öğretim görevlileri ile çalışmayı öğrenmek zorunda kalırlar. Dr. Dickey; öğrencilerin topluma dayanan saha eğitimciliği dışında, uygulama yapan klinisyenlerle uzun süreli ve kişisel temas kurabilme fırsatlarının çok az olduğunu belirtmiştir (1).

Saha eğitimciliği süresi boyunca (genellikle bir ay ya da altı hafta) öğrenci ve uygulama yapan hekim birbirlerini iyi tanır ve öğrencilerin tıp fakültesi deneyimindeki tüm diğer ilişkilerden daha fazla birbirlerini karşılıklı, bu kadar yakın gözleme şansına sahip olurlar. Bu yakın ve uzatılmış temas öğrencinin; saha eğitimcisinin uygulamasının nasıl yapıldığını, saha eğitimcisinin hastalarla olan ilişkilerini gözlemlemesine ve saha eğitimcisinin klinik sorunları nasıl çözdüğünü görüp anlamasına olanak sağlar. Gerçekten de Epstein ve arkadaşları (1998) tarafından bu konuda yapılan bir çalışma “aktif gözlemin” saha eğitimciliği süresince söz konusu olan en yaygın öğrenim şekli olduğunu göstermektedir (5).

Başarılı saha eğitimcileri; öğrencinin etkin öğrenimini ve hasta bakımı ile ilgili artan bir sorumluluğun oluşmasını sağlamaktadır. Saha eğitimcileri saha eğitimi esnasında öğrencilere yeterince “uygulama” olanağı sağlayarak, onları soyut ve kurumsal bilgi alanından bu bilgiyi hasta bakımına uygulamaya geçirebilmelerine yardımcı olurlar (14).

Saha eğitimcileri hastane ve ayaktan tedavi deneyimleri arasındaki dengeyi yeniden kurmaya yardımcı olur. Öğrenciler tıp fakültesindeki rotasyonları süresince paha biçilemez temel bilgiler ve deneyimler edinirler. Ancak saha eğitimciliği boyunca, tıbbi sorunları ve sağlıkla ilgili endişeleri tüm nüfusu temsil eden, ayaktan tedavi gören sağlıklı hastalarla çalışmayı da öğrenirler. Saha eğitimciliği aynı zamanda öğrencilere birincil bakım uzmanları ile karşılaşma, bu sayede kendi deneyimleri ışığında kendilerine uygun bir uzmanlık alanı seçebilme olanağını da verir (1).

Saha eğitimciliği hem mücadele hem destek ortamı sunar. Tıp öğrencileri yüklü ve zorlu bir öğrenim süreci ile karşı karşıyadırlar. Çok yoğun yeni bilgiyi sıkça değişen ortamlarda öğrenip özümsemek ve uygulamak zorundadırlar ve yine sıklıkla bu bilgileri tekrar tekrar düşünüp değiştirerek, daha önceden öğrenmiş olduklarıyla birleştirerek yeniden yapılandırmak durumundadırlar. Yeni girişimsel ve etkileşimsel bilgi ve becerileri hızlı bir şekilde kazanıp, saha eğitimcilerinin profesyonel değer ve yaklaşımlarını aynen almaya, kopyalamaya çalışırlar. Çoğu öğrencinin tıp eğitimini çok çaba gerektiren, çok zor ve stresli bulması şaşırtıcı değildir. Bu nedenle saha eğitimcisi, çok ihtiyaç olunan anlayış, teşvik ve desteği sağlayabilmelidir (5).

Saha eğitimciliği öğrencilerin “tünelin ucundaki ışığı” görebilmelerine olanak tanır. Er geç kendi eğitimlerinin de biteceğini ve tatmin edici bir uygulamalarının olacağını algılamaya başlarlar. Saha eğitimcisi ve öğrenci arasındaki karşılıklı saygı ve iletişim ya da yönderlik ilişkisi, pek çok örnekte öğrencinin uzmanlık seçimini yeni alanlara çevirebilmesine yol açmaktadır (1).

Saha eğitimciliğini tercih eden hekimler kısa sürede çok parlak öğrencilerle çalıştıklarını anlarlar. Genel olarak en temel, en önemli tatminlerinin öğrencileriyle aralarında artan iletişim ile gerçekleştiğini belirtirler. Öğrenciler saha eğitimcilerinin uygulamasına yeni bilgiler taşırlar. “Neden” sorusunu sorarlar, varsayımlara karşı çıkarlar ve hastaların gözünde saha eğitimcisine ve saha eğitimcisinin kurumuna saygınlık kazandırır. Pek çok hekim, eğitim ve öğretim etkinliklerini körelen bilgi ve becerilerini tekrar gözden geçirip yeni bilgi ve becerilere ayak uydurarak onları korumaya yardım eden yararlı uyarılar olarak ifade etmektedir. Saha eğitimciliği öğrencilere; “gerçek tıp” deneyimi yaşamaya olan açlıklarını gidermek, hastalara dokunabilmek ve onlarla iletişime geçmek, öğrendiklerini uygulama ve değerli bir öğretim görevlisi ve yönder ile bağlantıda olmak gibi eşsiz olanaklar sağlar. Olması gerektiği gibi, doğru şekilde çalışıldığında saha eğitimciliği, hem saha eğitimcisi hem de öğrenci için tatmin derecesi çok yüksek olan deneyimlerdir (1).

Alan eğitimcilerinin tıp öğrencilerine rol modeli olma ve öğrencilerin ileri meslek yaşamlarına en anlamlı katkıyı sağlama fırsatları vardır. Bu riskli girişimde başarılı olabilmek için alan eğitimcisi her öğrencinin bireysel istek ve gereksinimlerini tanımlamalı ve uygun öğretim için gerekli zamanı ayırmalıdır. Bu fırsatla; alan eğitimcileri çok eğlenecek ve maddi ölçeklerle ölçülemez bir haz alabileceklerdir (1).

Başlangıçta tıp eğitiminde hastayla direkt temasın her zaman gerekli olmadığı düşünülmekteyken, 1910 Flexner'in raporu ile tıp eğitiminde dramatik değişiklikler oldu. Bu raporla hastanelerde ve birinci basamakta da eğitim verilmesi planlandı. Fakat mevsimsel nedenler ve maliyet nedeniyle tam başarılı olunamamıştı. Birinci basamak hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine eğitici olma sorumluluğu eklenmesiyle her bir yarım günde 44 dakika zaman artırmaları gerektiği belirtilmektedir (15).

Garg ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada eğitim veren hekimlerle vermeyenleri verimlilik açısından karşılaştırmıştır. Verimlilik değerlendirmesi, ayaktan bakım hizmetinde çalışma saatine göre yapılmıştır. Buna göre eğitim veren hekimlerin verimliliklerinin %30- 40 daha az olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim veren hekimlerin eğitim verdikleri günler ve vermedikleri günler kendi içinde kıyaslandığında zaman açısından verimliliklerinde bir farklılık saptanmamıştır (16).

Kearl ve Marirus akademik programdaki aile hekimliklerinin tıp öğrencilerine eğitim verirken verimliliklerinde değişiklik bulamamışlardır (17).

Birçok hekim için bir öğrenciye eğitim vermek, daha az hasta görmek veya daha fazla mesai yapmak demektir. Bütün bu baskılara rağmen saha eğitimcileri tıp öğrencilerine eğitim vermeye devam etmektedir, ancak saha eğitimciliğinin verimini arttırmak için yaratıcı yöntemler geliştirmelidir. Geleneksel olarak tanımlanan muayene tabanlı alan eğitiminin bakışı genişletilmelidir (1).

Birinci basamakta saha eğitimi tıp eğitiminin gelişmesi için çok değerlidir. Saha eğitimcilerinin öğretme sorumluluğunu paylaşmasıyla öğrencilerin öğrenme deneyimleri artmaktadır. Öğrenmenin geliştirilmesi topluma daha hazırlıklı ve daha insancıl hekimlerin yetişmesiyle sonuçlanacaktır (1).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997- 2002 arasındaki müfredat yenileme çalışmaları ile her tıp fakültesi öğrencisinin mümkün olan her yılda ve azami sürede birinci basamakta eğitim alması sağlanmaktadır. Meksika, Brezilya ve Küba'da mezuniyet öncesi ve sonrasında saha eğitimi yer almaktadır. Hindistan'da ilk yıl üç hafta, üçüncü ve dördüncü yıl iki hafta, altıncı sınıfta üç ay saha eğitimi yer almaktadır (18).

Avrupa'da birçok ülkede mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde aile hekimliğinde saha eğitimi yer almaktadır. Örnek olarak mezuniyet öncesi İngiltere'de 1,5 ay, Hollanda'da 2,5 ay, İspanya ve Avusturya'da 6 ay saha eğitimi yer almaktadır. Çeşitli

ülkelerde mezuniyet öncesi eğitim ve saha eğitim süreleri Tablo 2.1’de gösterilmektedir (19).

Mezuniyet sonrası aile hekimliği eğitimde de saha eğitimi süreleri ülkelere göre değişmekte olup, Tablo 2.2’de gösterilmektedir (19).

Tablo 2.1 Dünyada Bazı Ülkelerde Aile Hekimliğinde Mezuniyet Öncesi Eğitim ve Saha Eğitim Süreleri (19)

Ülke	Tıp Eğitimi Süresi	Saha Eğitimi Süresi	İntörnlük Süresi (Maksimum)	İntörnlükte Saha Eğitimi Süresi
Türkiye	6 yıl	1 ay	12 ay	1 ay
İngiltere	5 yıl	1,5 ay	24 ay	0- 4 ay
Hollanda	6 yıl	2,5 ay	2,5 ay	2,5 ay
Avusturya	6 yıl	6 ay	8 ay	1 ay
İspanya	6 yıl	6 ay	0 ay	0 ay
Polonya	6 yıl	1 ay	13 ay	2 ay
İsveç	5,5 yıl	2 ay	21 ay	6 ay
Norveç	6 yıl	1 ay	18 ay	6 ay
Portekiz	6 yıl	3 ay	0 ay	3 ay
Romanya	6 yıl	0 ay	6 ay	0 ay

Tablo 2.2 Dünyada Bazı Ülkelerde Aile Hekimliğinde Mezuniyet Sonrası Eğitim ve Saha Eğitimi Süreleri (19)

Ülke	Eğitim Süresi	Saha Eğitimi Süresi	Hastane Rotasyon Süresi (Maksimum)	Halk Sağlığı Merkezinde Çalışma Süresi
Türkiye	3 yıl	1,5 yıl	1,5 yıl	-
İngiltere	3 yıl	1,5 yıl	1,4 yıl	0,1 yıl
Hollanda	3 yıl	2 yıl	1 yıl	-
Avusturya	3 yıl	0,5 yıl	3 yıl	-
İspanya	4 yıl	2 yıl	2 yıl	-
Polonya	4 yıl	2,2 yıl	1,8 yıl	-
İsveç	5,5 yıl	2,5 yıl	1,5 yıl	3 yıl
Norveç	5 yıl	4 yıl	1 yıl	-
Portekiz	4 yıl	2 yıl	2 yıl	-
Romanya	6 yıl	1,5 yıl	1,2 yıl	0,25 yıl

Türkiye’de tıp eğitiminde saha eğitimi bir ay olup, sahada aile hekimliği stajı uygulayan ilk fakülte Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesidir. Erzurum Atatürk, Düzce, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde de başlamıştır. Birçok ana bilim dalı uygulama için danışmanlık aldı ve girişimde bulundu (18).

Türkiye’de birinci basamakta nitelikli sağlık hizmeti sunabilecek hekimlere gereksinim vardır (20). Birinci basamakta çalışacak ve çok yönlü olarak topluma hizmet sunacak hekimin tıptaki ilerlemelere uygun olarak yetişmesi ve geliştirilmesi, hekimin eğitimiyle doğrudan ilişkilidir (21).

Dünya Tabipler Birliği, tıp eğitiminin amacını “hastalar ve toplum için nitelikli bir koruyucu ve tedavi edici hizmet vermeyi sağlayan bilgi, beceri ve davranış biçimlerine sahip yetenekli ve yeterli hekimler yetiştirmek” olarak belirlemiştir. Türk Tabipleri Birliği mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporuna göre hekimlerin sahip olması gereken temel nitelikler arasında koruyucu hizmetlerin önemi vurgulanarak, bu hizmeti sunabilecek hekimlerin yetiştirilmesi yer almaktadır (22).

Tıp fakültesi programları geliştirilirken hizmet sunanların ihtiyaç duyduğu nitelikler de göz önüne alınmalıdır. Türkiye’deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli ağırlığa sahip olan kuruluş Sağlık Bakanlığı’dır. Sağlık Bakanlığı birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin görevlerini 2001 yılında yayınladığı “sağlık hizmetlerinin yürütülmesi hakkındaki yönerge”de belirlemiştir (23).

Mezun olmuş bir hekimden klinik beceriler ile donanmış olması beklenmektedir. Ancak sağlığın yalnız hastalık olarak değerlendirilemeyeceği düşünülerek hekimin sağlığın tüm bileşenlerini kavramış, ülkesinin öncelikli sağlık sorunlarını, toplumun yapısını bilen ve buna yönelik hizmet sunan niteliklere sahip olması gerekir. Böyle bir hekimin yetiştirilmesi toplumun sağlık gereksinimlerini karşılamaya yönelik eğitim verilmesi ile gerçekleşebilir (24).

Türk Tabipleri Birliği’nin 2010 yılı Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu’nda, öğrenci aldığı belirlenen 58 tıp fakültesi dekanına gönderilen anketlerle yapılan bir değerlendirmede, 36 tıp fakültesinde topluma dayalı tıp eğitimi yapıldığı belirtilmektedir (25).

Son on yılda tıp fakülteleri eğitim programlarına giren “iyi hekimlik” değerleri ile tanımlanan hasta, hasta yakını hekim arasındaki iletişim becerileri uygulamalarını, kanıta dayalı tıp uygulamalarını, öğrencilerde erken dönemde klinik ziyaretlerle

farkındalık sağlanmasını, hekimlere farklı bakış açıları kazandıran tıpta insan bilimleri etkinliklerini, etik ve profesyonel değerlerin tartışıldığı etkinlikleri mezuniyet öncesi tıp eğitiminin önemli değişim-gelişim aşamaları olarak değerlendirmek gerekmektedir. Türkiye genelinde yaygınlaşan aile hekimliği uygulaması ile öğrencilerin birinci basamak sağlık hizmetlerini yerinde gördükleri, ülkenin sağlık gündemini izledikleri, değerlendirdikleri, farkındalık kazandıkları uygulama olanaklarının en kısa sürede aile hekimleri tarafınca değerlendirilip yeniden öğrencilere sunulması gerekmektedir (25).

Birçok hekim, tıp öğrencisinin onları izlemesi ya da bağımsız olarak hastaları görmesinin öğrenmeyi geliştireceğini varsaymaktadır. Bu genellikle doğru olmakla birlikte deneyim net amaç ve hedefler koyarak artırılabilir. Hedef, öğrenci üzerine etkileri bağlamında bir etkinliğin arzu edilen sonucunu betimleyen global bir ifadedir. Amaçlar hedefi başarmak için edinilmesi gereken bilgi, beceri ve tutumları ayrıntılandıran özgün ifadelerdir. Hedefler ve amaçlar beklenen şey konusunda enerjinin üretkenliğe ve bilgilenmeye odaklanmasına yardım eder ve süreci değerlendirmeyi kolaylaştırır (26).

Aile hekimleri genel tıp uzmanları olarak öğrencilere tıp pratiğinin sanat ve bilim yönünü öğretmeye katkıda bulunmalıdırlar. Aile hekimliği, iki önemli yönü olan hasta merkezli ve toplum kaynaklı sağlık hizmeti özelliği ile tüm öğrencilere genel tıp becerisi uygulama becerilerini kazandırarak, tıp fakültelerinin eğitim programlarına çok önemli katkıda bulunabilir (26).

Bireye, aileye ve topluma sağlık hizmeti sunumu, en iyi kendi pratiklerini bu temeller ve beceriler ile sağlayan ve deneyimli olan aile hekimlerinden öğrenilir. Aile hekimleri, hastaları aile ve yaşadıkları çevre ile değerlendirdikleri kapsamlı bakımları ile tıp eğitiminin farklı yönlerine nasıl entegre edileceğini göstererek, önemli bir eğitici ve rol model olurlar. Bu kavramlar tıp fakültesi müfredatında yer aldığı çok daha etkin öğretilirler (26).

Aile hekimleri rutinde hastalarını, ailelerini göz önünde bulundurarak değerlendirdiklerinden ve ailenin birçok üyesini birden takip ettiklerinden hastaya yaklaşımda aile yaklaşımının öğretilmesinde oldukça uygundur. Öğrenciliklerinde hasta merkezli yaklaşım şansı olanların ileriki mesleki uygulamalarında aileler ile daha etkili çalışmaları gösterilmiştir (27).

Aile hekimleri hastalarını tanır ve aile hekimliği disiplininin temel becerileri iletişim, muayene ve tanı koyma becerileridir. Bu beceriler hastanın probleminin niteliğine veya kaynaklandığı bölgeye bağımlı olmaksızın kullanılır. Öğrenciler kapsamlı hasta bakımında hastanın ihtiyaçlarının tek bir görüşmeyle karşılanamayacağını görürler ve bir hastalığın seyri esnasında hasta-doktor ilişkisinin gelişimini ve hastanın semptomlarını tecrübe ederler. Öğrenciler deneyimli aile hekimleriyle çalışırken yeni hastaları gördükçe, ayrılaşmamış problemlerle karşılaştıkça veya kronik hastalık, terminal dönem hastalık gibi problemlerle karşılaştıkça genel yaklaşım becerilerini kullanma ve geliştirme şansı kazanırlar (26).

3. YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Yeri

Aile hekimliği stajındaki saha eğitiminin kalitatif değerlendirilmesi amacıyla Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak yürütülen çalışmanın OMÜ Tıbbi Araştırmalar Yerel Etik Kurul Yönergesine Göre Hazırlanan Etik Kurul raporunun onayı alındıktan sonra 2009 Temmuz ayından beri saha eğitiminde görevli olan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf bir aylık aile hekimliği stajında haftanın iki günü (Salı-Perşembe) saha eğitici olarak öğrenci alan, her öğrencinin her eğiticisiyle bir hafta çalıştığı 28 eğiticinin 16' sı ile üç grup halinde görüşmeler yapıldı.

3.2 Araştırmanın Tipi

Kalitatif bir çalışmadır. Odak grup görüşmesi yapılmıştır.

Odak grup çalışması nedir?

Odak grup çalışması belirli bir konu çevresinde, seçilmiş katılımcılar grubunun ayrıntılı bilgi ve fikirlerini belirlemek amacıyla yapılandırılmış özel bir grup görüşmesi tekniğidir. En uygunu, grubun 10-12 kişiden oluşmasıdır. Görüşme, kişilerin düşüncelerini ve yaşantılarını açığa çıkarmak amacıyla soru sorma ve özetleme teknikleri kullanılarak bir uzman tarafından yönetilir. Veriler analiz edilerek katılımcıların dile getirdikleri değerlendirmeler, kaygılar ve görüşlerin sentezi yapılır. Odak grup çalışmaları tek başına ya da niceliksel çalışmaların sonuçlarıyla birlikte, kararlara ve eylem planlarına yön verir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi Odak Grup Görüşmesi, belirlenen konu çerçevesinde, kişilerin görüşlerini ve tutumlarını açığa çıkarmak amacıyla, konunun uzmanı tarafından yürütülen, araştırmayı yapan kişi ya da kişiler tarafından önceden belirlenmiş sorular ışığında grubun ortaya koyduğu görüşlerin özetlendiği bir araştırma yöntemidir. Bu yöntemle elde edilen veriler ışığında, belirlenen konu ile ilgili nelerin yapılabileceğine yönelik çalışmalara yön verilir (28).

Odak Grup Görüşmesi Nasıl Yapılır?

Odak grup görüşmesi dört aşamada şekillendirilir bunlar;

1. Araştırmacı, araştıracağı konu ile ilgili kavramsal ve kuramsal çerçeveyi oluşturur ve buna göre planını yapar.

2. Bu aşamada aşağıdaki sorulara yanıt aranır.

- Kimlerle görüşüleceği.
- Neden o kişilerin seçildiği.
- Seçilen kişilerin ortak özelliklerinin neler olması gerektiği ve niçin?
- Görüşmede hangi başlıklar olması gerektiği.
- Hangi soruların hangi sırayla sorulması gerektiği ve nedeni.

3. Odak grup görüşmesinin zamanı, yeri, görüşme sırasında not alacak gözlemci belirlenir. Belirlenen yerde ve zamanda odak grup görüşmesi başlatılır.

4. Görüşme sonrasında; gözlemcinin tuttuğu kısa notlar ve ses kayıtlarının çözümlenmesi (kullanılmışsa) grubun içinde bulunduğu sosyal ortamın özellikleri de dikkate alınarak yapılır. Daha sonra katılımcıların konu ile ilgili bazı ilginç cümleleri de alınarak çalışma raporlaştırılır (29).

Odak Grup Görüşmesinin Özellikleri: Odak Grup Görüşmesinin özelliklerini beş başlıkta toplayabiliriz. Bunlar (29):

1. İşin içine insanı katar. Genellikle 6- 12 kişilik gruplardan oluşmakla birlikte, temel yaklaşım, her bireyin fikirlerini, görüşlerini ortaya rahatlıkla ortaya rahatlıkla koyabilmek için fırsat bulabileceği kadar küçük, değişik fikirlerin ortaya çıkabileceği kadar büyük olması.

2. Katılımcıların olabildiğince homojen olmasına ve bir de birbirlerini tanımamalarına dikkat edilir. İdeal olarak katılımcıların birbirlerini hiç tanımamaları, birbirleri hakkında fikir sahibi olamamalarının gerektiğine inanılmaktadır. Çünkü sosyal hayatta veya iş hayatında sürekli olarak ilişkide olan insanlar, odak grup görüşmelerinde daha önceki deneyimlerine dayanan tepkiler gösteriyor olabilirler ve bu da tartışma için problem olabilir. Ya da insanlar birbirlerinden saklamak istedikleri şeyleri orada tartışmazlar ve yine odak grup amacına ulaşamaz.

3. Odak grup görüşmeleri bir veri toplama sürecidir. Odak grup görüşmeleri araştırmacıya ilgi duyduğu alanda veri üretir. Davranışların belirleyici faktörleri hakkında bilgi kaynağı olarak odak gruplar şu iki soruya cevap bulmakta yardımcıdır: İnsanlar nasıl davranıyor ve neden böyle davranıyor? Odak grupların amacı, algıları, hisleri ve tüketicinin mal, hizmet veya karşısına çıkan fırsatları nasıl düşündüğü ve değerlendirdiği konusunda fikir edinmek, saptamalar yapmaktır.

4. Niteliksel verileri kullanılabilir hale getirir. Odak grup görüşmeleri katılımcıların fikirleri, algıları ve tutumlarının iç yüzünü anlamamıza yardım eder. Görüşmede katılımcılar, tıpkı gerçek hayatta olduğu gibi, birbirlerini etkilerler.

5. Odak gruplar odaklaşmış tartışmaya sahiptir. Tartışmanın başlık ve alt başlıkları, durum analizi ile temellendirilerek geliştirilmiş, önceden dikkatlice hazırlanmış ve sıralanmıştır.

Odak Grup Görüşmesinin Avantajları Nedir?

Araştırmanın sağladığı avantajları şu şekilde sıralayabiliriz (30):

1. Tamamen sosyal ortamda geçtiği için, grubun doğal hareket etmesi söz konusudur. Grup üyeleri birbirlerinin fikirlerini doğal ortamda etkilerler. Grup üyeleri birbirlerini etkileyerek farklı düşünceler geliştirir.
2. Konu, doğal ortamda esnek bir şekilde ele alınabilir. Ortamın özelliğine göre konu zenginleşip, gelişebilir.
3. Araştırma yüz yüze yürütüldüğü için, geçerlilik açısından araştırmacı tatmin olur.
4. Diğer veri toplama yöntemlerine göre nispeten daha ucuzdur. Zaman açısından bakıldığında kısa zamanda oldukça fazla veri elde etme şansına sahiptir (30).

3.3 Araştırmanın Evreni

Aile hekimliği stajındaki görevli 28 saha eğiticisi aile hekiminden çalışmaya katılmayı kabul edenler.

3.4 Araştırmanın Örnekleme

Her odak grubun sayısı 5-7 arasında belirlendi. Üç ayrı oturum gerçekleştirildi.

3.5 Araştırmanın Veri Kaynakları

Odak grup çalışmalarının önemli bir unsuru olarak ses kayıt izni alınıp gerçekleştirildi, eş zamanlı not tutuldu ve bir buçuk saat süreyle, önceden yapılandırılmış yönergeye uygun bir şekilde gerçekleştirildi. Alınan notlar ve ses kaydı daha sonra kişilerin ağzından çıktığı şekilde önce en çok söylenen ortak noktalar ve sonra farklı noktalar dökümlenerek deşifre edilip yazılı rapor haline dönüştürüldü.

3.6 Araştırmanın Uygulama Şekli

Araştırma kapsamında üç odak grup görüşmesi (beş-yedi kişiden oluşan gruplar) yapılmış, 16 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların 16'sı da Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi aile hekimliği altıncı sınıf saha eğitimi programında

yer alan saha eğitici hekimlerdir. Görüşme yedi ana başlık altında toplanmıştır. Bunlar: Saha eğitimi ile ilgili genel görüşleri, saha eğitimciliğinin günlük iş akışına olumlu ve olumsuz etkileri, saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkisi hakkındaki görüşleri, öğrencilerin geri bildirimleri, saha eğitimciliği konusunda eğitim almanın gerekli olup olmadığı konusundaki görüşleri, saha eğitimciliğinin en eğlenceli ve en can sıkıcı tarafları, saha eğitimciliğinin geliştirilmesi gerektiğini düşündüğü taraflarıdır. Görüşmelerin ikisi Aile Sağlığı Merkezi'nde, biri Aile Hekimliği Anabilim Dalı toplantı odasında yapılmıştır.

3.7 Veri Analizi

Tematik kodlama yöntemi ile yapılmıştır. Görüşmeler sırasında ses kayıt cihazı ile toplanan nitel veriler öncelikle ham veri formlarına aktarılmıştır. Ham verilerdeki yanıtlar yedi ana başlık altında çözümlenmiştir. Çözümlenen temaların analizleri ardından görüşmelerde öne çıkan ifadelerden alıntılar yapılmıştır. Görüşmelerde, katılımcıların tamamının ifadeleri tutarlı ve samimi bulunmuştur.

3.8 Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler ve Kısıtlılıklar

Araştırmanın ülkemizde kendi alanında yapılmış ilk çalışma olması, yanı sıra ulusal literatürde benzerlerinin sınırlı olması nedeniyle bulguların karşılaştırılması anlamında bazı zorluklar yaşandı.

Kalitatif bir çalışma olduğu için odak grupları toplamakta sıkıntılar oldu. Yoğun iş tempoları nedeniyle bütün saha eğitimcileri görüşmeye katılamadı.

Tartışma esnasında konu bazen başka yerlere saptı ve zaman kayıpları yaşandı.

Farklı özellikte saha eğitimcileriyle karşılaştık. Bazı gruplar enerjik, heyecanlıyken, bazı gruplar da daha az ilgili idi. Bu da tartışma akışını biraz zorlaştırdı. Bazı katılımcılar daha fazla konuşurken, bazıları da çok sessiz katılımcılardı. Konuşmacılar arasında denge kurmak, her konuşmacının eşit katılımını sağlamak bazen zor oldu.

3.9 Etik Konular

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı. (Ek-2)

Çalışmadan önce araştırmaya katılmayı kabul eden saha eğitimcilerine sözlü olarak araştırma hakkında bilgi verildi.

3.10 Araştırmanın Takvimi

şubat 2011' den itibaren konu ile ilgili literatür taramasına başlandı. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi ve saha eğitimi ile ilgili araştırmalar toplandı. Eylül 2011'de Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin alındı.

Araştırmanın birinci grubu ile oturum 28.09.2011'de, ikinci grubuyla oturum 30.11.2011'de, üçüncü grubuyla son oturum 17.11.2012' de yapıldı. Oturumlar yaklaşık bir buçuk saat sürdü.

3.11 Çalışmanın Bütçesi

Herhangi bir kişi ya da kurumdan destek alınmadı.

3.12 Çalışmaya Dâhil Olma Kriterleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimliği saha eğitimi stajında görevli saha eğiticisi aile hekimleri.

3.13 Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

Yoktur.

4. BULGULAR

4.1 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticileri Demografik Bilgileri

Araştırma kapsamında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf aile hekimliği stajında görevli çalışmaya katılan 16 saha eğiticinin 10'u (%62,5) kadın, 6'sı (%37,5) erkektir. Çalışmaya katılan saha eğiticilerinin yaşları 36 – 47 yıl arasında değişmektedir. Yaş ortalamaları 41'dir. 11 (%68,8) kişi saha eğitimi başladığından beri üç yıldır, 5 (%31,2) kişi iki yıldır saha eğitimi yapmaktadır.

Tablo 4.1.1 Saha Eğiticilerinin Demografik Bilgileri

	Yaş	Cinsiyet	Mezun olduğu fakülte / yıl	Kaç yıllık hekim	Saha eğiticiliği süresi
Saha eğiticisi 1	45	E	Selçuk Üniv. Tıp Fak. 1997	15 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 2	36	K	OMÜ Tıp Fak. 2001	11 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 3	39	K	Gazi Üniv. Tıp Fak. 1997	15 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 4	39	K	OMÜ Tıp Fak. 1998	14 yıl	2 yıl
Saha eğiticisi 5	36	E	OMÜ Tıp Fak. 2001	11 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 6	36	E	OMÜ Tıp Fak. 2002	10 yıl	2 yıl
Saha eğiticisi 7	37	E	OMÜ Tıp Fak. 1999	13 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 8	47	K	OMÜ Tıp Fak. 1989	23 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 9	46	E	Ankara Üniv. TF. 1991	21 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 10	47	K	Dokuz Eylül Üniv. TF. 1988	24 yıl	2 yıl
Saha eğiticisi 11	47	K	Atatürk Üniv. Tıp Fak. 1989	23 yıl	2 yıl
Saha eğiticisi 12	37	K	Karadeniz Teknik Üniv. TF. 1998	14 yıl	2 yıl
Saha eğiticisi 13	41	K	Ankara Üniv. TF. 1995	17 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 14	39	K	OMÜ Tıp Fak. 1998	14 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 15	39	K	OMÜ Tıp Fak. 1998	14 yıl	3 yıl
Saha eğiticisi 16	45	E	Gazi Üniv. Tıp Fak. 1997	15 yıl	3 yıl

Tablo 4.1.2 Saha Eğitcileri Demografik Bilgileri Eğitcilik Deneyimleri ve Öğrenci Sayıları

	Birinci Aşama Uyum Eğitimi Eğitcilik Görevi	Öğrenci Sayısı
Saha eğitcisi 1	var	1-2
Saha eğitcisi 2	var	1-2
Saha eğitcisi 3	var	1-2
Saha eğitcisi 4	yok	1-2
Saha eğitcisi 5	var	3
Saha eğitcisi 6	var	1-2
Saha eğitcisi 7	var	1-2
Saha eğitcisi 8	var	1-2
Saha eğitcisi 9	var	1-2
Saha eğitcisi 10	yok	1-2
Saha eğitcisi 11	var	1-2
Saha eğitcisi 12	var	1-2
Saha eğitcisi 13	var	1-2
Saha eğitcisi 14	var	1-2
Saha eğitcisi 15	var	1-2
Saha eğitcisi 16	var	1-2

4.2 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimi Hakkında Genel Görüşleri

4.2.1 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Öğrencilere Katkısı Hakkında Görüşleri

Yapılan görüşmelerde katılımcılara saha eğitiminin öğrencilere katkısı hakkında görüşleri ilk tartışılan konu olmuştur. Katılımcılar aile hekimliğini ve birinci basamağı tanıtır onlarda bir fikir oluşturduklarını, çoğu saha eğiticisi sık görülen hastalıklara yaklaşımın nasıl olduğunu göstererek katkı sağladıklarını ifade etmişlerdir. Bazı görüşmelerde özgüven vererek katkı sağladıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı katkısının yeterli olmadığını düşündüğünü dile getirmiştir.

“Saha eğiticiliğinde öğrencilere katkım rol model olmak, iyi hekimlik ve öğrencilerin birinci basamak hekimliği doğru görmelerini sağlamak.”

“Öğrenciler bizi izleyerek hasta iletişimini, iyi iletişim kurmayı, sorunlarla mücadeleyi öğreniyor.”

“Teorik bilgileri belki çok, ama benim katkım masanın o ucundan hastayı görmelerini sağlamak. Masaya oturmaktan çekinen intörnler oluyor, ama onlara olanak vererek ilk korkuyu yenmede katkım olduğunu düşünüyorum.”

“Onlardan bir şeyler istemek güvenlerini artırıyor. Altı yıl boyunca bir sürü şey öğreniyorlar ama pratiğe dökmekte yetersizler. Ben reçete yazımında bilgi veriyorum ki ileride mesleğe başladığında kendine güvenebilsin, bu çok hoşlarına gidiyor. Reçete konusunda çok şey aldıklarına inanıyorum, reçete defteri başlatıyorum ve her gün bir ilaç ekleyin defterinize diyorum eminim benden sonra da yapıyorlardır. Birlikte yazdığımız her reçeteyi o deftere geçiriyorlar, onun dışında muadillerini öğrenebilirsiniz diyorum. Hiç olmazsa birinci basamakta en sık görecekle hastalıkların reçetelerini öğrenmiş oluyorlar. Çocuk dozlarında sıkıntıları çok, bilmiyorlar bu konuda yardımcı olmaya çalışıyorum.”

“Onlara olanak vererek ilk korkuyu yenmede katkım olduğunu düşünüyorum.”

“Reçete konusunda çok şey aldıklarına inanıyorum. Mesela ben en yoğun reçete anlatıyorum.”

“Ortamı görmeleri okuldan daha farklı bir yer olduğunu anlamalarını sağlıyor.”

“Hasta popülasyonu çok olan bir yerdeyim, her çeşit hasta geliyor ve buradan doymuş olarak ayrılıyorlar, ben de doydüğüm için onlar da doymuş gibi geliyor.”

“Hastanın da hastalıkların da kitapta yazdığı gibi olmadığını görüyorlar, rapor-ilaç yazdırmaya gelenlerle karşındakini kırmadan nasıl başa çıkabildiğimi görüyorlar. Hasta-hekim ilişkisini görüyorlar.”

“Birinci basamağın işleyişini görüyorlar.”

“Ben öğrenciye hasta yanında bile ilaç rehberine bakarken özgüvenle bakmayı öğretiyorum.”

“Terzi dükkanı açmışsın her kumaşı çeşit çeşit dikiyorsun, bazı öğrencilerin alımı çok yüksek, katkı öğrenciye göre değişiyor.”

“Tam emin değilim. Eksik bir şey kaldı mı diye düşünüyorum, net bir katkı yok.”

“Öğrenciye katkı olduğunu düşünüyorum. Öğrencinin kendini doktor gibi hissetmesini sağlıyorum.”

“Öğrencilerin cesaretini artırıyorum. Buraya gelmeden önce hastadan korkuyorlar, o korkuyu azaltıyorum. Önce aile hekimliğini hiç düşünmezken sonrasında aile hekimliğini seviyorlar.”

“Katkım az, öğrenci sayım arttıkça katkı artar.”

“Ortamı görmeleri okuldan daha farklı bir yer olduğunu anlamalarını sağlıyor, birinci basamak hastası görüyorlar. Ne kadar sürede ne kadar muayene yapılabilir görüyorlar.”

“Öğrencilik yılımda bizimle böyle ilgilenmezlerdi. Bebek izlemi, gebe izlemi, aşı takvimini anlatıyorum. Koruyucu hizmet yaptığımızı gösteriyorum. Kronik hastalar geldiğinde ilaç repete ederken önce tansiyon ölçmenin önemini gösteriyorum. Fizik muayeneden çok gözlem yaptırıyorum. Reçete yazarken hasta çıktıktan sonra neleri tercih etmemiz gerektiğini konuşuyoruz. Sigara bırakma konusunda hasta bilgilendirme anlatıyorum. Yaptığımız işin koruyucu hekimlik olduğunu öğrensinler istiyorum.”

“Her şey hakkında çok şey biliyorlar bilimsel konular havada uçuyor, ben onları toplayıp indirmeye çalışıyorum. ÜSYE’de ne yazarsın dediğimde korkuyorlar, sen ne kullanırsın diyince rahatlıyorlar. Cesaret veriyorum. Çağrıştırıp öğrenme metodu sunuyorum. Reçeteyi kafalarında oluşturmalarını sağlıyorum. Hastalarla hastalık dışında bir aile gibi muhabbet ediyorum, birinci basamak hasta-hekim ilişkisini görüyorlar. Aileyi bütün olarak değerlendirdiğimizi gösteriyorum. Bence katkımız çok.”

4.2.2. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Eğitime Gelen Öğrencilerin Sayısı Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla ikinci tartışılan konu öğrencilerin sayısı hakkındaki görüşleri oldu. Saha eğiticileri birebir eğitimden yana olduklarını ve tek öğrenciyle çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Genel olarak gerekçeleri de aynı; dikkat dağılmasını engellemek ve daha iyi eğitim verebilmek. Bir katılımcı üç kişinin daha ideal olduğunu ifade etmiştir.

“Birebir eğitim için öğrenci sayısı bir olmalı...”

“Kesinlikle bir kişi olmalı! İki kişi olunca dağılıyorum...”

“Hem hasta için hem benim için ideal olan bir öğrenci.”

“İki kişiye yetemiyorum.”

“Fiziki mekanım uygun değil, iki kişiye yetemiyorum.”

“Sayı bir en ideali ama şartsa iki olabilir. Erkek saha eğiticisinin yanında bence biri kız biri erkek öğrenci olmalı hastalar açısından daha iyi olur.”

“İki kişi olunca ikinci kişiye haksızlık ettiğimi düşünüyorum.”

“Öğrencilerin sayısı 1- 2 olmalı, ideal bence daha fazlasını bizim ASM kaldırmıyor.”

“İdeali bir kişi ama zorunlu durumda iki kişi olabilir.”

“Sayı artınca aralarında muhabbet oluyor baş edemiyorum.”

“Benim için ideal sayı üç. Benim grupta çok kaynatamıyorlar, kendi aralarında konuştuklarını görünce soru yöneltiyorum, onları oyalamak açısından sayı üç olunca iyi oluyor, sıkılma oranları da azalıyor.”

“İki öğrenci iyi olmuyor. Hem hasta için hem benim için ideal olan bir öğrenci.”

4.2.3 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Süresi Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla tartışılan üçüncü konu saha eğitiminin süresi oldu. Çoğunlukla bir haftalık sürenin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Ama sürenin kısa olduğunu da söyleyenler olmuştur. Kışın hasta yoğunluğunun arttığı dönemde öğrenciyle yeterince ilgilenemedikleri için huzursuz olduklarını ifade etmişlerdir. Her hafta eğitici değişmesi konusunda kimi katılımcı olumlu olduğunu belirtti, çoğunluğu iki hafta aynı öğrenci gelirse iletişim ve katkının artacağını ifade etmişlerdir.

“Aslında bir haftalık eğitim doya doya yeter, ama hasta yoğunluğu çok olduğu günlerde dengeyi sağlayamıyoruz. Keşke zamanımız yeterli olsa da birinci basamak hekimliğini gebe takibi, aşılama, aile sağlığı merkezinin düzeni gibi her yönüyle sunabilsek.”

“Bence süre yeterli oluyor.”

“Süre yeterli bence uygun, herkesin çalışma sitalini görmesi açısından öğrencinin farklı eğiticilerle çalışması da faydalı.”

“Haftada bir kere gelmeleri, her hafta farklı bir öğrenci gelmesi ideal.”

“Süre yetiyor, ancak kışın hasta sayısı artınca sıkıntı oluyor, öğrencilerle yeterince ilgilenemiyorum. Süre artarsa ben de zora düşerim.”

“Eğitim süresi kısa oluyor, aynı öğrenci iki hafta gelse iletişim daha çok artar gibi geliyor.”

“Bir öğrenci iki hafta olabilir. Perşembe günleri pazar olduğu için az hasta geliyor bu yüzden faydalı geçmiyor.”

“Eğitim süresi kısa, iki hafta üst üste gelseler daha iyi olur. Benim orayı zor buluyorlar zaten, geç geliyorlar.”

“Aynı öğrenci daha uzun süre gelmeli.”

“Süre kısa, haftada üç gün olabilir. Değişik öğrenci gelmesi bir açıdan avantaj, bir açıdan dezavantaj. İlgisiz öğrenciyle bir ay geçirmek zor olur.”

“Öğrencilerin ard arda gelmeleri iyi olur. Bana aynı öğrenci bir ay geliyor bu iyi oluyor.”

4.2.4. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Öğrencilerle Çalışma Yöntemleri

Katılımcılarla tartışılan dördüncü konu çalışma yöntemleri oldu. Eğiticiler öğrencilere öncelikle reçete yazımı hakkında bilgi verdiklerini söylemişlerdir. Hasta üzerinden soru-cevap tarzında çeşitli konularda konuştuklarını belirtmişlerdir.

“Hastayla baş başa bırakıyorum çok hoşlarına gidiyor.”

“Fizik muayeneden çok gözlem yaptırıyorum, hastanede ve laboratuarlarda çok fizik muayene yaptıklarını öğrendim, onu biliyorlar.”

“Çağrıştırıp öğrenme metodu sunuyorum. Kafalarında reçete oluşturmalarını sağlıyorum.”

“Pratik konularda konuşuyoruz, yeşil reçete yazımı, hasta izlemi gibi.”

“Reçete kitabı alın ve inceleyin, korkmayın diyorum. Yaşadığım ilk tecrübeleri onlarla paylaşıyorum.”

“Öğrencilik yıllarımda bizimle böyle ilgilenmezlerdi. Onlara bebek izlemeni, gebe izlemeni, aşı kartı yapmayı anlatıyorum. Koruyucu hizmeti nasıl uyguladığımızı gösteriyorum.”

“Birebir öğrencilerle kalamıyoruz daha çok izleme –gözleme oluyor. Ben hastaları muayene edip tedavilerini verirken izleyip gözleme şeklinde bir yöntemle çalışıyoruz.”

“Ekstra hasta dışı hipertansiyon, diyabet bildiğim kadarıyla anlatıyorum, gelen hastalar üzerinden konuşuyoruz.”

“Verebileceğimi veriyorum hastanın muayenesini yaptırıyorum ne düşünürsün ne ilaç yazalım diyorum, konuşuyoruz. Alacak olan bir şeyler alıyor. Bazı hevesli öğrencilere sistemde nasıl reçete yazılıp kayıtların nasıl olduğunu da gösteriyorum.”

“Daha çok onlara cesaret vermeye çalışıyorum. Diyabet ve hipertansiyonu iyi biliyorlar, ama bir hasta geldiğinde ilaç başlamaya korkuyorlar.”

“Reçete yazma, hasta muayenesi yapıyoruz. Soruları varsa cevaplıyorum, ebe hanımlarla aşlamaya bakıyorlar.”

“İlaç ezberletmektense nasıl ilaç seçimi yapıldığını anlatıyorum.”

“Her gelen öğrenci ile gebe bebek izlemi öncelikli, her konudan konuşmaya çalışıyorum. Reçete yazıyoruz.”

“Gebe, çocuk, yaşlı, erişkin hastaya yaklaşımları öğretmeye çalışıyorum. Merak ettikleri konuları konuşuyoruz.”

“Aile sağlığı merkezinin doktorluğun asıl yapıldığı yer olduğunu anlatıyorum. Koltuğumu verip kenara çekiliyorum, reçeteyi birlikte yazıyoruz. Ayrışmamış hastaya yaklaşımı görüyorlar.”

“Birinci basamak değerlendirme açısından ilk heyecanı atabilmede katkısı var.”

4.3. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Günlük İş Akışına Olumlu ve Olumsuz Etkileri Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla tartışılan ikinci ana başlık saha eğiticiliğinin günlük iş akışına olumlu ve olumsuz etkileridir. Kendileri, hastaları, sağlık personeli açısından düşünceleri tartışılmıştır.

4.3.1 Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Günlük İş Akışına Kendileri Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri Hakkında Görüşleri

Genel olarak katılımcılar saha eğitiminde görev almaktan çok mutlu olduklarını söylemişlerdir.

“Öğretince mutlu oluyorum, eğiticilik hevesimi alıyorum.”

“Beni yeniden okumaya teşvik ediyorlar ve kendimi yeniliyorum.”

“Bizi zorluyorlar ve daha fazla çalışmaya sevk ediyorlar.”

“O yoğunlukta benim kaçırdığım şeyi görüyorlar. Olumlu bir uyarı oluyorlar.”

“O gün monotonluk gidiyor, daha mutlu oluyorum, renk katıyorlar.”

“Enerji veriyorlar bize. Güncel konulardan haberdar oluyoruz.”

“İşler yavaşlıyor. Hastaların dışarıda bekleme süresi biraz uzuyor.”

“Kış aylarında hastaların yoğun olduğu günlerde öğrenciler bizi yavaşlatıyor.”

“Hastanın yanında hazırlıksız soru yönelttiklerinde ve hatırlayamadığımızda olumsuz oluyor. Bilgim eksik kalınca bozuluyorum.”

“Kendime zaman ayıramıyorum, hasta arası boşluklarda onlarla ilgilenmek zorunda kalıyorum.”

“Yoğunluk ve süre bakımından olumsuz.”

“Bana artısı yok, iş yükümü artırıyorlar.”

“Beni yoruyorlar.”

“Beni daha fazla çalışmaya bilgilerimi güncellemeye teşvik ediyorlar.”

“Öğrencilerin geleceği günün öncesi akşam kitap karıştırıyorum bana da olumlu katkıları çok oluyor.”

4.3.2. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Günlük İş Akışına Hastalar Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri Hakkında Görüşleri

Genel olarak katılımcılar hastalarının olumlu karşıladığını söylemişlerdir.

“Hastalarım beni hoca zannediyor, hastalara karizma yapıyorum. Bunun titizliği hocalıktan diyorlar.”

“Hastaların bazıları ilk başta tedirgin oldu, şimdi ise bazı hastalarım “Bugün öğrencileriniz neredeler?” diye soruyor.”

“Hastaya göre tepki değişiyor, olumlu karşılayanlar çok oldu.”

“Hastalar bazen özel konuşmak istediklerinde çekimser bakıyorlar rahatsız oluyorlar. Ama yine de çok sıkıntı olmadı.”

“Hastalar ilk başta şaşırıyorlardı. Oğlunuz mu kızınız mı? diyen oldu.”

“Hastalar bazıları memnun daha fazla irdelenmekten mutlu, onlar da bunu kullanıyorlar.”

“Hastalar öğrenci önlük giydikleri sürece memnun.”

“Önlük giymeliler, giymediklerinde hastalar çekiniyor.”

“Hastalara kim olduklarını anlatınca sorun yok.”

“Hastalarım eğitici olmamdan çok memnun.”

“Hastalara ayırdığım süre arttığı için rahatsız olan olmadı.”

“Kışın hasta yoğunluğunun çok olduğu günlerde bazı hastalar daha fazla bekliyor olmaktan memnuniyetsiz oluyor, ben de biraz geriliyorum.”

“Bilmediğim bir şeyde hasta yanında beni uyar tartışalım sonuca varalım diyorum. Bu hastaları da tatmin ediyor.”

4.3.3. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Günlük İş Akışına Personel Açısından Olumlu ve Olumsuz Etkileri Hakkında Görüşleri

Genel olarak katılımcılar personelin olumlu karşıladığını ve öğrencilere yardımcı olduğunu söylemişlerdir.

“Personel başta ne oluyor diyordu şimdi onlar da alıştı. Bugün öğrenciler yok mu? ’ diye soruyorlar.”

“Hemşirem öğrencilere çay ikram ediyor ve onlara bir şeyler anlatıp bilgilendiriyor olmaktan mutlu.”

“Personel memnun, aşı dolabı saklama koşullarını anlatıyorlar.”

“Hemşiremle tanıştırıyorum, ondan öğrenecekleri de oluyor. Böylece hemşirem de motive oluyor ve ondan da iyi geri bildirim alıyorum.”

“Personelle öğrenciye göre değişiyor iletişim, bazı arkadaşlar bana oradan bir çay getirir misin diye emir cümlesi kurunca hoş olmuyor.”

“Hemşirem de onlara çocuk izlemi ve kayıtları gösteriyor, gebe geldiğinde onunla beraber gebe izlemini görüyorlar.”

“Hemşiremden enjeksiyon öğrenmek isteyen de oldu.”

4.4. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimlerinin Öğrencilerin Meslek Yaşantısına Etkileri Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla tartışılan üçüncü ana başlık saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkisi hakkındaki görüşleri olmuştur. Çoğu katılımcı öğrencilerin birinci basamağı ve aile hekimliğini tanımadığını ve yaptıkları işle onlara aile hekimliğini tanıttıklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin koruyucu hizmetin nasıl uygulandığını ve birinci basamak bakış açısıyla hastaya yaklaşımın nasıl olduğunu gördüklerini belirtmişlerdir.

“Gerçek birinci basamak hastası görmüş oluyorlar.”

“Bana; birinci basamağın bu kadar işlevsel olduğunu bilmiyorduk, diyorlar.”

“Ben birinci basamak hekimi olmak istiyorum, diyenler çok oldu.”

“Basite inmeyi öğretiyoruz. Hasta çıktıktan sonra; sen neler düşündün, neler olabilirdi diye soruyorum.”

“Hastanede hep uç vakalarla karşılaştıklarını, toplumda aslında bunların çok az olduğunu ve gelen hastaların çoğunun basit tanılar aldığını görüyorlar.”

“Hastayla iletişimi sevenlere faydası oluyor, cerrah olacağım diyene çok faydamız olmuyor.”

“Farklı farklı hekimlere gitmeleri de iyi oluyor, farklı yaklaşımlar görererek kendilerine bir yön çiziyorlar.”

“Aile hekimliği uygulamasıyla ilgili fikirleri yok ve o fikir burada oluşuyor.”

“Birinci basamağı tanıyorlar, böyle tahliller de burada istenebiliyor mu diye şaşırıyorlar.”

“Aile hekimlerinin sahada ne yaptığını görüyorlar, nelerin yapılıp neyin yapılamayacağını görüyorlar.”

“Meslek yaşantısına katkısı çok fazla. Hasta bakımı- tedavi iletişimi öğreniyorlar. Mesleğin incelikleri hakkında bilgileri oluyor, kendilerine güvenleri artıyor.”

“Vaka yaklaşımından etkileniyorlar, ucu açık soru sormayı öğreniyorlar. Koruyucu sağlığı görüyorlar. Birinci basamak bakış açısıyla hastaya yaklaşımı öğreniyorlar.”

“Staja katılımın önemli olduğunu sadece teorik bilginin yeterli olmadığını görüyorlar. Beni de yeniliyor uyarılara açık tutuyorlar. Öğrenciler çok soru yöneltmiyor, belki özgüvenleri olmadığından.”

4.5. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerine Öğrencilerin Verdiği Geri Bildirimler

Katılımcılarla tartışılan dördüncü ana başlık öğrencilerin geri bildirimleri oldu. Genel olarak katılımcılar öğrencilerin memnun olduğunu ve uygulamanın verimli olduğunu belirtmişlerdir.

“Memnun olduklarını söylüyorlar.”

“Öğrenciler bize ‘birinci basamak sadece RPT yapılan yer sanıyorduk ama öyle değilmiş’ diyorlar.”

“İsteyerek gelen memnun oluyor, ayrılmak istemiyor, istemeyeni tutamıyoruz.”

“Teşekkür edip ayrılan da oluyor, bir şey demeden giden de oluyor.”

“Genellikle olumlu oluyor, teşekkür ediyorlar. Katkım olduğunu söylüyorlar.”

“Hevesli gelen memnun oluyor ayrılmak istemiyor ve tekrar gelmek istiyor.”

“Sabah ilk geldiklerinde çekingence girsem mi girmesem mi oluyorlar, çıkarken kafanızda bir şekil oluştu mu diyorum ciddi şekilde aile hekimliğini düşünüyorum diyenler oluyor. Birinci basamağı daha önce tanımadıklarını ve verimli olduğunu söylüyorlar. Hukukun mesleğimizdeki önemini öğreniyorlar.”

“Geri bildirimleri çok olmadı. Haftada bir geldikleri için çok samimi iletişim kuramadım.”

“Olumlu oluyor.”

“Genellikle olumlu oluyor, teşekkür ediyorlar. Katkım olduğunu söylüyorlar.”

“Memnun olduklarını, stajın verimli geçtiğini söylüyorlar.”

“İlgili öğrenci memnun oluyor ve bunu dile getiriyor, ilgisiz öğrenci konuşmuyor ve katılmıyor.”

4.6. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitimi İçin Eğitim Almanın Gerekip Gerekmediği Hakkında Düşünceleri

Katılımcılarla beşinci ana başlık olarak saha eğitimi için eğitim almanın gerekip gerekmediği tartışılmıştır. Çoğunluk eğitim almak gerektiğini belirtti ve böylece öğrenciye daha iyi yaklaşabileceklerini söylemişlerdir. Sadece bir katılımcı eğitime gerek olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Genel olarak da geri bildirim paylaşım toplantılarının daha sık yapılmasını istediklerini ifade etmişlerdir.

“Bence eğitimlik eğitimi gerekli, öğretmen değiliz sonuçta.”

“Bence de eğitim gerekli, ipuçlarımız olursa daha iyi olur.”

“Eğitim şart, eğitici olarak görünmek istiyoruz. Bir form olsa sonrasında biz de öğrenciyi değerlendirsek iyi olur.”

“Eğitim şart, bu işin formasyonunu bilmemiz gerekiyor, ayrıca müfredat olmalı.”

“Gerekli, seçilmiş konularda ihtiyaca bağlı birebir paylaşım olabilir. Eğiticilik eğitimi konusunda yılda bir tekrar olmalı.”

“İpuçları ve esnek eğiticilik eğitimi verilmeli, önemli.”

“Gerekli, ama çok değişen şey olmaz, biz orada günlük yaşantımızı sürüyoruz öğrenci de gözlemliyor. ”

“Eğitim alma taraftarı değilim, ama toplantılar sıklaşmalı ve fikir paylaşımları olmalı.”

“Eğitim almak derken; neyin nasıl anlatılması ve ne şekilde hitap edilmesi gerektiği konusunda eğitim alınmasını kastediyorum.”

“Gelen öğrenciler hekim yaklaşımlarındaki farklılıkları kıyaslıyorlar, bu nedenle standardize edilmemeli. Bence spontan birinci basamak hekimliği görmek için geliyorlar, bu yüzden eğitim verilmesi gereksiz.”

“Eğitim gerekli bence. Belli noktalar varsa onları öğrenmeliyiz, o bir ayda aynı şeyleri görsün öğrenci.”

“Eğitim şart. Seçilmiş konularda ihtiyaca bağlı birebir paylaşımlar da olabilir. Eğiticilik eğitimi de yılda bir tekrarlanmalı.”

“Eğitim verilmeli, çünkü öğrencilerde yanlış bir izlenim oluşturmak istemiyorum.”

4.7. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğiticiliğın En Eğlenceli ve En Can Sıkıcı Tarafları Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla altıncı ana başlık olarak saha eğiticiliğının en eğlenceli ve en can sıkıcı tarafları tartışılmıştır. Genel olarak katılımcılar; istekli öğrencinin eğlenceli, isteksiz öğrencinin çok can sıkıcı olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir kısmı da; isteksiz öğrenciye bir şeyler vermenin çok zor olduğunu ve onların hevesini kırdığını ifade etmişlerdir.

“İstekli öğrenci iyi, isteksiz öğrenci çok can sıkıcı. ”

“Her hafta farklı eğitmen olmasının daha iyi olduğunu düşünüyorum. Bu sayede farklı hekim yaklaşımlarını görüyorlar.”

“Öğrencilik yıllarıma dönüyorum, bana gençlik aşıyorlar. ”

“Genç insanlarla aynı atmosferi paylaşmak güzel oluyor. Sıkıcı olan tarafı olmadı, ilgisiz öğrencim olmadı.”

“Can sıkıcı taraf yok.”

“Son gruplar çok sıkıcı oluyor, isteksiz öğrenciye katkımız olmuyor.”

“Bazı öğrencilerin stajı ciddiye almaması çok can sıkıcı oluyor.”

“En eğlenceli istekli öğrenciler.”

“Haftada bir değişmelerini sıkıcı buluyorum, bir ay boyunca aynı eğitmenle daha çok katkı sağlanabileceğini düşünüyorum.”

“İsteksiz öğrenci çok can sıkıcı, beni de bunaltıyorlar.”

“En eğlenceli durum gençliğimize dönüyoruz, öğrenci ilgisizse çok can sıkıcı oluyor.”

“İlgisiz öğrenci sıkıcı oluyor, çoğu zaman eğlenceli oluyor.”

“İlgisiz ve ukala olan öğrencilerle karşılaşıyoruz, bazen bu çok sıkıcı oluyor.”

“Önlük ve steteseksuz gelen öğrenci canımı sıkıyor, kendi kişisel steskopumu kullanırmak istemiyorum.”

“Benim ASM’nin yeri biraz karışık öğrenciler geç geliyor, hasta muayenesinin ortasında odaya dalıyorlar sıkıcı oluyor.”

4.8. Çalışmaya Katılan Saha Eğiticilerinin Saha Eğitiminin Geliştirilmesi Gereken Tarafları Hakkında Görüşleri

Katılımcılarla son olarak saha eğitiminin geliştirilmesi gerektiğini düşündükleri tarafları tartışılmıştır. Eğiticiler çoğunlukla işleyişten memnun olduklarını ve genel olarak ta saha eğitici eğitimi olarak kendilerini geliştirmek istediklerini belirtmişlerdir. Bazı eğiticiler daha çok şey paylaşmak istediklerini, ama yeterli boş vakitlerinin olmamasından şikayetçi olduklarını ifade etmişlerdir. Bazı eğiticiler de öğrencilerin bu stajı daha ciddi almaları için çözüm önerileri gerektiğini belirtmiştir.

“Eğiticiler öğrenciyle boş kalıp aile sağlığı merkezini gezmeli, birinci basamak deneyimlerini paylaşabilmeli, bunlar eksik kalıyor.”

“Geliştirilmesi gereken derken, zaten beni yeniden okumaya teşvik ediyorlar ve kendimi yeniliyorum.”

“Eğitim açısından; hastalarla öğrencilerin odada baş başa kalmalarının iyi olduğunu düşünüyorum.”

“Keşke öğrencilerin geldiği gün için hastalara randevu versek ve otitli, sinüzitli, hipertansiyonlu, diyabetli hastalar o gün gelse de, öğrenciler de bütün hastalıklara yaklaşımımızın nasıl olduğunu görmüş olsalar.”

“Geri bildirimleri öğrenmem faydalı olabilir, ayrıca düzenli eğitim verilmeli.”

“Sadece gidip tıpta uzmanlık sınavına çalışmak isteyen öğrenci çok, onların bu stajı ciddiye almalarını sağlamak lazım.”

“İlk eğitim günü bir saha eğiticisi derse gelmeli.”

“Eğitimin içeriğinin ne olması gerektiğini bilmemiz gerekiyor. Müfredatın belirtilmesi gerekli. Bu eğitimin amaç hedefi olmalı.”

“Eğitim teması verilmeli ve aşağı yukarı o temaya uyulmalı ”

“Hem poliklinik yapıp hem de eğitim çok başarılı olmuyor. Bizim birebir boş vaktimiz olmalı birinci basamak deneyimlerimizi paylaşabilmeliyiz. Hasta bakarken bunlar pek mümkün olmuyor.”

“Olumsuz geri bildirimleri duymak istiyorum ki kendimi geliştireyim.”

“Eğitim almalıyız. Her öğrenciyle iletişimin farklı olması gerekebiliyor. Kimi öğrencinin tek amacı TUS oluyor mecburiyetten o ortamda duruyor, kimisi birinci basamağı merak ettiği için geliyor.”

“Zamanı iyi kullanma eğitimi, eğitim şablonu oluşturulabilir.”

“Sahada neler olduğunu anlatmadan gelmeleri iyi oluyor, eleştirel gözle gelmelerini istiyorum.”

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Stajı'nda saha eğitiminde görevli saha eğiticilerinin geri bildirimlerini ortaya çıkararak stajı daha efektif ve verimli hale getirmek amaçlanmıştır.

Çalışmamıza katılan 16 saha eğiticinin 10'u (%62,5) kadın, 6'sı (%37,5) erkek olup çalışmaya katılan saha eğiticilerinin yaşları 36 – 47 yıl arasında değişmektedir. Yaş ortalamaları $41\pm 4,38$ 'dir. Hashim ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 23 saha eğiticisi katılmış olup, 13'ü (%57) kadın, 10'u (%43) erkekti (31). Aquwa ve ark. saha eğiticileri ile yaptığı bir çalışmaya 89 eğitici katılmış olup yaşları 40-59 yıl arasında değişmektedir (32).

Çalışmamıza katılan saha eğiticilerinden 11 (%68,8) kişi saha eğitimi başladığından beri; üç yıldır, beş (%31,2) kişi iki yıldır saha eğiticiliği yapmaktadır. 2006 Avusturalya'da 144 saha eğiticisinde yapılan bir çalışmada %29'u 20 yıldan fazla, %3,5'u bir yıldan kısa, %41'i 1-10 yıldır, %26,5'u 10-20 yıldır saha eğitiminde görevli olduğu gösterilmiştir (33). Bizim çalışmamız saha eğitiminin ülkemizde tıp eğitiminde henüz çok yeni bir kavram olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılan saha eğiticileri en az 10 yıl, en fazla 24 yıllık hekimlerdir. Hashim ve ark yaptığı çalışmada da en az 5 yıl, en fazla 36 yıllık hekimler yer almaktadır (31).

Çalışmamıza katılan saha eğiticilerinin 14'ünün eğiticilik yaptığı faaliyetler birinci aşama uyum eğitimleridir. 2006 Avustralya'da yapılan bir çalışmada da eğiticilerinin katıldığı eğiticilik faaliyetinin olduğunu belirtmişlerdir (33).

Çalışmamızdaki saha eğiticilerine gelen öğrenci sayısını sordüğümüzda çoğunlukla bir-iki kişi geldiğini, bir kişi üç kişi geldiğini belirtmişlerdir. 2006 Avustralya'da yapılan bir çalışmada beş öğrenci ile çalıştıklarını belirtmişlerdir (33).

Çalışmamız kalitatif bir çalışmadır ve niceliksel çalışmaların yansıtamadığı çeşitlilikte ve zenginlikte bilgi sağlamak yönünde yapılmaya çalışılmıştır. Saha eğiticilerinin rolleri ve sorumluluklarının belirlenmesini kolaylaştırmak amaçlanmıştır. Çalışmamızda saha eğitiminin öğrencilere katkısı tartışılmıştır; katılımcılar aile hekimliğini ve birinci basamağı tanıtır onlarda bir fikir oluşturduklarını, çoğu saha eğiticisi sık görülen hastalıklara yaklaşımın nasıl olduğunu göstererek katkı

sağladıklarını ifade etmişlerdir. Özgüven vererek katkı sağladıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı yeterince katkısının olmadığını düşündüğünü dile getirmiştir.

Sınırlı sayıda çalışmada toplum yönelimli eğitimde saha eğiticisi programına odaklanılmıştır, birkaç çalışmada toplum yönelimli tıp eğitiminde saha eğitimi rotasyonunda saha eğiticilerinin sorumlulukları ve tıp öğrencilerinin gelişimindeki katkıları incelenmiştir (32). Bruce ve arkadaşlarının tıp öğrencilerinde yaptığı bir çalışmada da saha eğiticilerinden o ortamda hasta görerek fayda sağladıklarını ve öğrenmelerini kolaylaştırdığını belirtmişlerdir (34). Epstein ve arkadaşları tarafından bu konuda yapılan bir çalışma “aktif gözlemin” saha eğitimi süresince söz konusu olan en yaygın öğrenim şekli olduğunu göstermiştir. Birçok hekim, tıp öğrencisinin onları izlemesi ya da bağımsız olarak hastaları görmesinin öğrenmeyi geliştireceğini varsayar. Bu genellikle doğru olmakla birlikte deneyim net amaç ve hedefler koyarak artırılabilir. Hedef, öğrenci üzerine etkileri bağlamında bir etkinliğin arzu edilen sonucunu betimleyen global bir ifadedir. Amaçlar hedefi başarmak için edinilmesi gereken bilgi, beceri ve tutumları ayrıntılandıran özgün ifadelerdir. Hedefler ve amaçlar beklenen şey konusunda enerjinin üretkenliğe ve bilgilenmeye odaklanmasına yardım eder ve süreci değerlendirmeyi kolaylaştırır (1). Grayson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada saha eğiticilerinin %82’sinin öğrencilerle kendi tecrübelerini paylaştığını belirtmiş ve %41’i öğrencilerin memnuniyetini arttırdığını, %8’i memnuniyette azalmaya neden olduklarını belirtmişlerdir (35). Simon ve arkadaşları saha eğiticileriyle yaptığı bir çalışmada öğrenciye potansiyel faydalarının hasta-hekim ilişkisini görmelerini sağlama yolu ile olduğunu belirtmişlerdir (36). Topluma dayalı eğitime geçen fakültelerin öğretim kadrosu ve öğrencilerinin bir kısmı mezuniyet sonrası başarı konusunda tereddütler yaşamışlardır. Özellikle öğrenciler, diğer fakülte öğrencilerine göre bilgilerinin daha az olabileceğinden, dolayısıyla tüm yaşamları boyunca kırsal alanlarda çalışmaya mecbur kalacaklarından endişe duymuşlardır. Ancak gözlemler ve bilgi değerlendirmeleri bu endişelerin yersiz olduğunu göstermektedir. Mezuniyet sonrası; bilgi ulusal sınavlar, klinik beceriler gözlemlerle değerlendirildiğinde Topluma Dayalı Eğitim yapan 10 okulun mezunları, değerlendirilen tüm alanlarda diğer okulların mezunlarıyla eş ya da daha üstün bulunmuşlardır. Özellikle problem çözmede, klinik becerilerde, hastalarla iletişim ve hasta haklarını savunmada bu üstünlük daha belirgindir (37). Katılımcıların paylaşımlarından diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere saha eğitiminin öğrencilere

katkısının gerek tecrübe aktarımı, gerek rol modellik açısından iyi bir eğitim metodu olduğu görülmektedir.

Saha eğiticileri ile öğrenci sayısı konusu tartışıldığında; birebir eğitimden yana olduklarını ve tek öğrenciyle çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Genel olarak gerekçeleri de aynı; dikkat dağılmasını engellemek ve daha iyi eğitim verebilmektir. Bir katılımcı da üç kişinin daha ideal olduğunu ifade etmiştir. Marincic ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çoğunlukla saha eğiticilerinin (%72) tek öğrenciyle çalışmak istediklerini belirtmişler ve en fazla dört öğrenci ile çalışabilecekleri rapor edilmiştir (38). Teherani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamızla benzer olarak teke tek eğitimin daha verimli olduğu belirtilmiştir (39).

Çalışmamızda tartışılan diğer bir konu saha eğitiminin süresi olmuştur. Çoğunlukla bir aylık sürenin ve aynı öğrenci ile bir hafta çalışmanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Ama sürenin kısa olduğunu da söyleyenler olmuştur. Kışın hasta yoğunluğunun arttığı dönemde öğrenciyle yeterince ilgilenemedikleri için huzursuz olduklarını ifade etmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1997-2002 arasındaki müfredat yenileme çalışmaları ile her tıp fakültesi öğrencisinin mümkün olan her yılda ve azami sürede birinci basamakta eğitim alması sağlanmaktadır. Meksika, Brezilya ve Küba'da mezuniyet öncesi ve sonrasında saha eğitimi yer almaktadır. Hindistan'da ilk yıl üç hafta, üçüncü ve dördüncü yıl iki hafta, intörlükte üç ay saha eğitimi yer almaktadır (18). Avrupa'da birçok ülkede mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimde saha eğitimi yer almaktadır. Örnek olarak mezuniyet öncesi İngiltere'de 1,5 ay, Hollanda'da 2,5 ay, İspanya ve Avusturya'da 6 ay saha eğitimi yer almaktadır (19). Bu da saha eğitimi kavramının tıp eğitiminde yeri ve gelecek meslek yaşantısına katkısının önemsendiğini göstermektedir.

1993 yılında Edinburg'da Dünya Tıp Eğitimi Zirvesi'nde tıp eğitimi için 22 eylem önerisi içerisinde; "Tıp eğitiminin toplumun yaygın hastalık örüntüsünü temsil etmeyen ve üçüncü basamak sağlık hizmeti işlevinin ön planda olduğu hastanelere bağımlı olmaktan çıkarılması, öğrencilerin toplumun sağlık sorunlarını ve yaşayan sağlık sistemini daha yakından inceleyip değerlendirebilecekleri ortamlarda, yani gerçek koşullarda eğitim görmeleri" gerekliliği vurgulanmaktadır (2). Türkiye'de Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Kurulu (UTEAK) da tıp eğitiminde birinci basamağın da eğitim programı içinde yer alması gerekliliğini vurgulamıştır (4).

Türkiye’de de anabilim dallarının zamanla, aile hekimliğinin özgün konularıyla müfredatta yer almaya başladıkları gözlenmektedir. Özellikle bu stajlar altıncı sınıfta seçmeli olarak alınan rotasyonlar şeklindedir. Aile Hekimliği saha stajı, henüz yalnızca dört fakültede bulunmaktadır. Tıp eğitiminde aile hekimliği stajında saha eğitimi yapılan ilk fakülte Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’dir. Erzurum Atatürk, Düzce, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde de başlamış, birçok ana bilim dalı uygulama için danışmanlık almış ve girişimde bulunmaktadır (18). Özellikle bölümlerin uygulama olanaklarının sınırlı oluşu, sağlık sisteminin birinci basamağında alan eğitimi koşullarının henüz hazır olmayışı ve alan eğiticilerinin sınırlı olması bu stajın diğer fakültelerde de oluşmasını geciktirmektedir.

Çalışmamızda saha eğiticileriyle her hafta eğitici değişmesi konusu tartışıldığında; kimi katılımcı olumlu olduğunu belirtmiş, çoğunluğu iki hafta aynı öğrenci gelirse iletişim ve katkının artacağını ifade etmişlerdir. Teherani ve arkadaşları tek bir saha eğiticisiyle çalışmanın öğrenciyi kısıtlayacağını belirtmişlerdir. Ayrıca; farklı saha eğiticileri ile çalışmanın öğrencinin eğitimine katkısının daha fazla olacağını belirtmişlerdir (39).

Çalışmamızda saha eğiticileriyle çalışma yöntemlerini konuştuk. Eğiticiler öğrencilere öncelikle reçete yazımı hakkında bilgi verdiklerini söylemişlerdir. Hasta üzerinden soru-cevap tarzında çeşitli konularda konuştuklarını belirtmişlerdir. Bolen ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada öğrenciliklerinde hasta merkezli yaklaşım şansı olanların ileriki mesleki uygulamalarında aileler ile daha etkili çalıştıkları gösterilmiştir (26). 2002 Kanada’da yapılan bir çalışmada saha eğiticilerinden öğrencinin alması gereken dört prensip belirtilmiştir. Bunlar; becerili klinik sunum, topluma dayalı eğitim, pratik yapma fırsatı, hasta-hekim ilişkisini merkezinde yaşama olarak sıralanmıştır (40). Bizim çalışmamızda da benzer konuların saha eğiticilerimiz tarafından öğrencilerle işlendiği görülmüştür.

Çalışmamızda saha eğiticiliğinin günlük iş akışına olumlu ve olumsuz etkileri; eğitici, hastalar, sağlık personeli açısından düşünceleri tartışılmıştır. Genel olarak katılımcılar saha eğitiminde görev almaktan çok mutlu olduklarını, hastalarının ve personelin olumlu karşıladığını söylemişlerdir. Ayaktan bakım kurumunda, tıp öğrencisinin eğitiminde toplum sağlığı rotasyonu için alan eğitici çok önemli, ama zor bir rol oynamaktadır. Ofiste tıp öğrencisinin olmasının hekimin hastalarına harcadığı

zamandan ya da boş vakit etkinliklerine ayırdığı zamandan kısmak zorunda kaldığını öne süren çok sayıda çalışma mevcuttur (16).

Tıp öğrencisinin eğitimi verimliliği olumsuz olarak etkilemekle birlikte alan eğitimine pek çok yararı vardır. Profesyonel gelişim, bilgi birikimi ve hasta memnuniyeti üzerine olumlu etki, bunların sonucunda hastanın hekimden memnuniyeti, alan eğiticiliğinin ödülllerinden bazılarıdır (41). Garg ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada eğitim veren hekimlerle vermeyenleri verimlilik açısından karşılaştırmıştır. Verimlilik değerlendirmesi, ayaktan bakım hizmetinde çalışma saatine göre yapılmıştır. Buna göre eğitim veren hekimlerin verimliliklerinin %30-40 daha az olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte eğitim veren hekimlerin eğitim verdikleri günler ve vermedikleri günler kendi içinde kıyaslandığında zaman açısından verimliliklerinde bir farklılık saptanmamıştır (16). Daniel ve arkadaşları birinci basamak hekimlerinin koruyucu sağlık hizmetlerine eğitici olma sorumluluğu eklenmesiyle her bir yarım günde 44 dakika zaman artırmaları gerektiğini belirtmişlerdir (15). Kearl ve Marirous akademik programdaki aile hekimliklerinin tıp öğrencilerine eğitim verirkenki verimliliklerinde değişiklik bulamamışlardır (17). Dobbie ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada hasta muayenesinde öğrencilerle olmanın hastaları daha çok irdeledikleri için hastaları memnun ettiğini belirtmişlerdir (42). Usatine çalışmasında saha eğiticilerinin öğrenciyle çalışırken hastaya en fazla 16,2 dakika, öğrenci yokken 15,3 dakika harcadığını belirtmişlerdir (43). Grayson ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan bir çalışma, alan eğiticilerinin % 82'sinin tıbbi uygulamalarından haz almalarının arttığını göstermiştir. Alan eğiticileri klinik tıp konularını gözden geçirmek, hastaların durumları konusundaki algılarının artması sonucunda literatürü güncel olarak takip etme için daha fazla zaman harcadıklarını bildirmişlerdir. Otörler, külfetli olmasına rağmen, (görülen hasta sayısında azalma olduğu bildirilmiştir) tıp öğrencilerine birincil bakım alan eğiticiliği verilmesinden net yarar elde ettikleri sonucuna ulaşmışlardır (35). Cooke ve arkadaşları yaptığı bir çalışmada "Hastalar öğrencilerin birinci basamakta olması konusunda ne hissediyor?" sorusuna; hastaların sadece %3'ü negatif, %56'sı pozitif cevap vermiş, %17 geliştirilmeye ihtiyaç olduğunu belirtmiş. Hastaların büyük çoğunluğu öğrenci cinsiyetinin bir fark yaratmadığını söylemiş, fark ettiğini söyleyen grupta kadın cinsiyet daha fazla (%17'ye karşılık %5) olarak bulunmuştur (44). Walters ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimlerinin öğrenciye eğitim verirken, yalnız

olduklarındaki klinik davranışlarından belirgin farklılık gösterdiği, öğrencinin kafasındaki klinik soruya cevap olsun diye öyküye daha çok zaman ayırdığı, öyküyü tekrar etmekte olduğu ve bilgiyi yeniden sentezlediği görülmüştür (45). Teherani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizimkine benzer şekilde hastaların memnuniyetinin arttığını belirtmiştir (39).

Özet olarak bizim çalışmamızda da, alan eğitimi sırasında öğrenme, ağırlıklı olarak, alan eğiticisinin sürece etkin olarak katılmasına, öğrenenlerin otonomilerini yüreklendirmesine, öğrenenlerle dostane ilişki kurmasına ve uygun zamanda yapıcı geri bildirimler sağlamasına bağlı olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda saha eğitimcileriyle saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkisi sorulmuştur. Çoğu katılımcı öğrencilerin birinci basamağı ve aile hekimliğini tanımadığını ve yaptıkları işle onlara aile hekimliğini tanıttıklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin koruyucu hizmetin nasıl uygulandığını ve birinci basamak bakış açısıyla hastaya yaklaşımın nasıl olduğunu gördüklerini belirtmişlerdir. Dickey ve arkadaşları öğrencilerin topluma dayanan saha eğitimi dışında, uygulama yapan klinisyenlerle uzun kişisel temas kurabilme ve etkili bir yönderlik ilişkisi içinde olabilme fırsatlarının çok az olduğunu belirtmiştir (1). Dedeoğlu'nun hekimlere yaptığı bir çalışmada da tıp fakültesinde toplumun sağlık gereksinmelerine ve birinci basamak sağlık hizmetlerine uygun tıp eğitimi almadıklarını düşündüklerini belirtmişlerdir (46). Bizim çalışmamızda da saha eğitimcileri saha eğitimiyle öğrencilere birinci basamağı tanıttıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda saha eğitimcileri öğrencilerin saha eğitimi sayesinde kariyer tercihlerinde aile hekimliğini düşünenlerin sayısının arttığını ifade etmişlerdir. Saha eğitimcilerden biri “Ben birinci basamak hekimi olmak istiyorum, diyenler çok oldu.” demiştir. Gerçekten de öğrencilerin kariyer seçimlerinde tıp eğitiminin rolü büyüktür. Birinci basamak ve toplum yönelimli eğitim programlarının, birinci basamakta ve kırsal alanda gerçekleşen eğitim etkinliklerinin ve öğrencilerin olumlu rol model aile hekimleri ile karşılaşmalarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışmayı tercih etme olasılıklarını arttırdığı bildirilmiştir (47). Yine öğrencilerin birinci basamakla eğitimlerinin erken dönemlerinde karşılaşmalarının birinci basamağa olan ilgilerini arttırdığı bilinmektedir. Bu noktada, tıp öğrencileri aile hekimliğinin temel tıp eğitimi içinde anılmaya başlanması ile birinci basamak sağlık hizmetleri kavramı ile saha

eğiticileri sayesinde daha erkenden tanışabilecek ve toplum yönelimli hekimlik kavramına yakınlaşmaları sağlanabilecektir. Yapılan çalışmalar aile hekimliği stajı kapsamında saha eğitimi alan öğrencilerin genel tıp disiplinine daha çok ilgi duyduğunu göstermektedir (48). Ancak saha eğitimi birinci basamağı tercih etme oranını artırabildiği gibi (47), başlangıçta birinci basamağı tercih eden pek çok öğrenci saha eğitimi sırasında bu kararından vazgeçebilmektedir (47, 49).

Bu tercih birinci basamağın sunduğu hizmet yoğunluğundan, kapsam genişliğinden ve hizmetin sürekliliğinden kaynaklanan iş yükünün öğrencinin gözünü korkutması nedeniyle ortaya çıkabilir.

Öncelikle saha eğitimin öğrencinin ileriki meslek yaşantısına faydasının artması için öğrenciler saha eğiticileri ile erken dönemde ve sürekli karşılaşmalıdır. Birinci basamak saha eğitiminin tüm müfredat boyunca yayılması ve tüm sınıflarda yer alması çok önemlidir (50, 51).

Çalışmamızda saha eğiticileriyle öğrencilerin geri bildirimleri konuşuldu. Genel olarak katılımcılar öğrencilerin memnun olduğunu ve uygulamanın verimli olduğunu belirtmişlerdir. Avustralya’da yapılan bir çalışmada da saha eğiticilerine sorulmuş ve olumlu geri bildirimler alınmış (33). Literatürde öğrencilerin alan eğiticilerinden yeterince geribildirim almadıklarından yakındığı gözlenmektedir. Kaprielian yaptığı çalışmada öğrencilerden gelen en sık iki eleştirinin yönlendirme ve geribildirim eksikliği olduğunu bildirmektedir. Öğrenciler geribildirim talep etmeleri için yönlendirilmelidir ve onlar geribildirim istemeseler de saha eğiticileri geribildirim vermekle yükümlüdür (52).

Çalışmamızda saha eğiticileriyle saha eğitimi için eğitim almanın gerekip gerekmediği tartışılmıştır. Çoğunluk eğitim almak gerektiğini belirtmiş ve böylece öğrenciye daha iyi yaklaşabileceklerini söylemişlerdir. Sadece bir katılımcı eğitime gerek olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Genel olarak da geri bildirim paylaşım toplantılarının daha sık yapılmasını istediklerini ifade etmişlerdir. 2006 Avusturya’da yapılan bir çalışmada da saha eğiticilerine verilen eğitim stratejisinin öğrenim kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (53). Hashim ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmaya benzer olarak saha eğiticileri öğretme tekniklerinin onlara anlatılması gerektiğini belirtmişlerdir (31).

Çalışmamızda saha eğitimcileriyle saha eğitimciliğinin en eğlenceli ve en can sıkıcı tarafları tartışılmıştır. Genel olarak katılımcılar; istekli öğrencinin eğlenceli, isteksiz öğrencinin çok can sıkıcı olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir kısmı da; isteksiz öğrenciye bir şeyler vermenin çok zor olduğunu ve onların hevesini kırdığını ifade etmişlerdir. Walters'ın literatür taramasında saha eğitimcilerinin öğrenciyle çalışmaktan zevk aldıkları gösterilmiştir (54). Hashim'in çalışmasında da saha eğitimcilerinin büyük çoğunluğu (%91) öğrencilere eğitim vermekten zevk aldıklarını belirtmişlerdir (31). Amerika'da birinci basamakta çalışan saha eğitimcileri de öğrencilere bir şeyler anlatmaktan zevk aldıklarını, öğrencilerle daha erken sınıftan itibaren karşılaşarak katkısının artmasını istediklerini belirtmişlerdir (55). Öğrencilerin birincil bakıma karşı tutumlarında kişiye göre büyük oranda değişiklik izlenmekte olup, bilgi ve becerileri de farklı düzeydedir. Çoğu ofis ortamına hazırlıksız gelir; hastanede sadece uzun, ayrıntılı hasta raporları yazmışlardır. Bizim çalışmamızda da gerçekten saha eğitimcileri çok farklı öğrencilerle karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda ayrıca saha eğitimcilerine saha eğitiminin geliştirilmesi gerektiğini düşündükleri tarafları soruldu. Eğitimci çoğunlukla işleştikten memnun olduklarını ve genel olarak da saha eğitimcisi eğitimi alarak kendilerini geliştirmek istediklerini belirtmişlerdir. Bazı eğitimciler daha çok şey paylaşmak istediklerini, ama yeterli boş vakitlerinin olmamasından şikayetçi olduklarını ifade etmişlerdir. Kimi eğitimci de öğrencilerin bu stajı daha ciddi almaları için çözüm önerileri gerektiğini belirtmiştir. Ayaktan tedavi hizmeti sunumundaki öğretme ve öğrenme konusundaki geniş literatür incelemesinde Irby yaptığı bir çalışmada öğrenci-öğretmen-hasta üçlemesinde sürekliliğin artmasına, katılımcı ve bireysel öğrenme fırsatlarının fazlaşmasına, değerlendirme ve geribildirim güçlenmesine ve fakültenin gelişimine değinmiştir. Alan eğitimcilerinin; net ve gerçekçi beklentiler belirleyip, öğrenenlerin gereksinimlerine göre öğretimi biçimlendirip, öğrenenlerin performanslarını gözlemleyip ve özgül geribildirim vererek, bağımsız öğrenme ve düşünmeyi cesaretlendirerek, klinik bilgileri okuma, konferans ve gözlemlerle destekleyip, olumlu öğrenme ortamı yaratıp, derinlemesine düşünmeyi sağlayarak öğretmenin gelişeceğini ileri sürmüştür (56). Literatüre bakıldığında çoğu saha eğitimi programında belli bir eğitim programına uyma eğilimi olduğu görülmüştür, ancak Washington Üniversitesi'nin saha eğitimi programı öğrenci seçimine bırakılmıştır (57, 58, 59, 60). Bizim çalışmamızda da kimi saha

eğitici si saha eğitiminin bir mufredatının olması gerektiğini belirtmiştir ve bu yönde geliştirme yapmak yönünde bize ışık tutmuştur.

Sonuç olarak mezuniyet öncesi tıp eğitiminde saha eğiticilerinin rolü çok önemlidir ve tüm tıp fakülteleri birinci basamak kuruluşlarında eğitim ortamı yaratmalıdır. Saha eğiticilerine gerekli eğitimler verilerek tıp fakültesi aile hekimliği stajı daha etkin hale gelmelidir.

Başarılı bir saha eğitimi mezuniyet öncesi eğitim programı; iyi yapılandırılmış bir mufredat, yeterli sayıda hastaya, yeterli sayıda gönüllü saha eğiticisine, yeterli sayıda eğitim alanına, bu işe gönül vermiş fakülte yönetimi ve öğretim üyelerine ihtiyaç duymaktadır.

6. SONUÇLAR

Çalışmaya; dâhil olma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 2009 yılı Temmuz ayından beri saha eğitiminde görevli olan, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi altıncı sınıf bir aylık aile hekimliği stajında haftanın iki günü (Salı-Perşembe) saha eğitici olarak öğrenci alan, her öğrenci ile bir hafta çalışan 16 saha eğitici dahil edilmiştir.

6.1. Çalışmaya 10'u (%62,5) kadın , 6'sı (%37,5) erkek 16 kişi katılmış olup, yaş ortalaması $41\pm 4,38$ (36-47) yıldır.

6.2. Çalışmaya katılan 11 (%68,8) kişi saha eğitimi başladığından beri; üç yıldır, 5 (%31,2) kişi iki yıldır saha eğitimi yapmaktadır.

6.3. Çalışmaya katılan saha eğitimcilerinin saha eğitiminin öğrencilere katkısı hakkında görüşleri; aile hekimliğini ve birinci basamağı tanıtır onlarda bir fikir oluşturduklarını, çoğu saha eğitici sık görülen hastalıklara yaklaşımın nasıl olduğunu göstererek katkı sağladıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar da özgüven vererek katkı sağladıklarını belirtmişlerdir. Bir katılımcı yeterince katkısının olmadığını düşündüğünü dile getirmiştir.

6.4. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri öğrencilerin sayısı hakkında birbir eğitimden yana olduklarını ve tek öğrenciyle çalışmak istediklerini belirtmişlerdir. Genel olarak gerekçeleri de aynı olup, dikkat dağılmasını engellemek ve daha iyi eğitim verebilmek idi. Bir katılımcı da üç kişinin daha ideal olduğunu ifade etmiştir.

6.5. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitiminin süresi hakkında; çoğunlukla bir aylık sürenin ve aynı öğrenci ile bir hafta çalışmanın yeterli olduğunu belirtmişlerdir, ama sürenin kısa olduğunu da söyleyenler olmuştur. Kışın hasta yoğunluğunun arttığı dönemde öğrenciyle yeterince ilgilenemedikleri için huzursuz olduklarını ifade etmişlerdir. Süre konusunda ortak görüş saptanmamıştır.

6.6. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri çalışma yöntemleri hakkında; öğrencilere öncelikle reçete yazımı hakkında bilgi verdiklerini söylemişlerdir, hasta üzerinden soru-cevap tarzında çeşitli konularda konuştuklarını belirtmişlerdir.

6.7. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitiminin günlük iş akışlarına olumlu ve olumsuz etkileri sorulduğunda, saha eğitiminde görev almaktan çok mutlu olduklarını, hastalarının ve personelin olumlu karşıladığını söylemişlerdir.

6.8. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkisi sorulduğunda, öğrencilerin birinci basamağı ve aile hekimliğini tanımadığını ve yaptıkları işle onlara aile hekimliğini tanıttıklarını söylemişlerdir. Öğrencilerin koruyucu hizmetin nasıl uygulandığını ve birinci basamak bakış açısıyla hastaya yaklaşımın nasıl olduğunu gördüklerini belirtmişlerdir.

6.9. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri öğrencilerin geri bildirimleri hakkında; öğrencilerin memnun olduğunu ve uygulamanın verimli olduğunu belirtmişlerdir.

6.10. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitimi için eğitim almak gerektiğini belirterek öğrenciye daha iyi yaklaşabileceklerini söylemişlerdir. Sadece bir katılımcı eğitime gerek olmadığını düşündüğünü belirtmiştir. Genel olarak da geri bildirim paylaşım toplantılarının daha sık yapılmasını istediklerini ifade etmişlerdir.

6.11. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitimciliğinin en eğlenceli ve en can sıkıcı tarafları hakkında; istekli öğrencinin eğlenceli, isteksiz öğrencinin çok can sıkıcı olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir kısmı da; isteksiz öğrenciye bir şeyler vermenin çok zor olduğunu ve onların hevesini kırdığını ifade etmişlerdir.

6.12. Çalışmaya katılan saha eğitimcileri saha eğitiminin geliştirilmesi gerektiğini düşündükleri tarafları sorulduğunda; çoğunlukla işleyişten memnun olduklarını ve genel olarak da saha eğitimcisi eğitimi alarak kendilerini geliştirmek istediklerini belirtmişlerdir. Bazı eğitimciler daha çok şey paylaşmak istemelerine rağmen yeterli boş vakitlerinin olmamasından yakınmışlardır. Bazı eğitimciler de öğrencilerin bu stajı daha ciddiye almaları için çözüm önerileri gerektiğini belirtmiştir.

7. ÖNERİLER

7.1. Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde saha eğitimcilerinin rolü çok önemlidir ve tüm tıp fakülteleri birinci basamak kuruluşlarında eğitim ortamı yaratmalıdır.

7.2. Saha eğitimcilerine gerekli eğitimler verilerek tıp fakültesi aile hekimliği stajı daha etkin hale getirilmelidir.

7.3. Saha eğitimi programı geliştirilerek tüm tıp fakültelerinde saha eğitimi yaygınlaştırılmalıdır.

7.4. Saha eğitimcilerine gerekli eğitimler verilerek sayıları artırılmalıdır.

7.5 Saha eğitimi programı gerekli düzenlemeler yapılarak, öğrencilerin sağlık hizmeti sunulan ortam ve koşulları tanınması ve hasta teması kurması açısından ilk yıllardan itibaren başlatılmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. Deborah SC, MD. Value of Office-Based Teaching. In Precepting Medical Students In The Office. Paulman PM, Susman JL, Abboud CA.(ed.) Radcliffe Publishing Ltd., Oxon, United Kingdom, 2000. p. 3-25.
2. Edinburg Decleration, World Federation for Medical Education, Lancet. 1988 Oct 15; 2(8616): 908.
3. Rakel Robert E. The Family Physician. In Textbook of Family Medicine. Rakel Robert E.(ed.) 8th edition. Elsevier Saunders, Philadelphia, 2011. p. 3- 14.
4. Sayek İ. Ulusal Tıp Eğitimi Akreditasyon Komitesi (UTEAK) http://uteak.org.tr/uploads/belge/MOTE_STANDARTLAR_2011.pdf Erişim tarihi: 11.12.12.
5. Estein RM, Cole DR, Gawinsky BA, Pietrowski-Lee S, Ruddy NB. How students learn from community-based preceptors. Archives of Family Medicine. 1998; 7: 149- 54.
6. Sayek İ. Dünyada Tıp Eğitiminde Değişim: Güncel Eğilimler ppt. ÜHBD Toplantısı Erzurum 24.6.2011 <http://ebookbrowse.com/panel-2-iskender-sayek-ppt-d246659697> Erişim tarihi: 17.12.2012.
7. The Accreditation Council on Graduate Medical Education Outcomes Project. [www.acgme.org/ outcome/](http://www.acgme.org/outcome/) Erişim tarihi: 25.11.2012.
8. Core Committee, Institute for International Medical Education. Global minimum essential requirements in medical education. Medical Teacher. 2002; 24 (2): 130-135.
9. Özvarış Ş.B. Toplum Dayalı Tıp Eğitimi. Toplum Hekimliği Bülteni. 2007; 26 (3) : 1-6.
10. Saçaklıoğlu F. Toplum ve Hekim, Dünyada Tıp Eğitimi.1997; 12 (79): 35- 9.
11. Magzoub ME, Schmidt HG. A Taxonomy of Community based Medical Education. Academic Medicine. 2000; 75(7): 699-707.
12. McWhinney I R. Temel İlkeler Aile Hekimliğinin Kökeni. Aile Hekimliği içinde. Editör: McWhinnney I R. Çeviri Editörü: Güldal D. Üçüncü basım. Medikal Akademi Yayın Evi, İstanbul, 2012. s. 7- 9.

13. Mygdal WK, Kinard MJ. Contributions of the office-based teacher to the development of Family Medicine. *Fam Med.* 1997; 29(8): 540-1.
14. Biddle WB, Riesenberq LA, Darcy PA. Medical students' perceptions of desirable characteristics of primary care teaching sites. *Fam Med.* 1996; 28: 629-33.
15. Daniel C, Vinson MD. The effect of teaching medical students on private practitioners' workloads. *Academic medicine.* 1994; 69(3): 237-38.
16. Garg ML, Boero JF. Primary Care Teaching Physicians' Losses of Productivity and Revenue at Three Ambulatory-care Centers. *Acad. Med.* 1991; 66(6): 348-53.
17. Kearl GW, Mainous AG. Physicians' Productivity and Teaching Responsibilities. *Acad. Med.* 1993; 68: 166-7.
18. Yarış F. Saha Eğitimi Dünya. Saha Eğiticiliği Paneli, 17 Kasım 2012, Tıp Fakültesi Pembe Salon, Samsun.
19. European Academy of Teachers in General Practice/ Family Medicine <http://www.euract.eu/resources/specialist-training> Erişim tarihi:14.01.13.
20. Bahar Özvarış Ş, Sönmez R, Sayek İ. Assessment of knowledge and skills in primary health care services: senior medical students' self-evaluation., *Teaching and Learning in Medicine.* 2004;16: 34-8.
21. Türk Tabipleri Birliği Genel Pratisyenlik Enstitüsü, Genel Pratisyenlik Mesleki Sağlık Eğitimi Temel Modüller Sağlık Eğitimi Programı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2003.
22. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2004.
23. Öztekin Z. Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve sağlık ocağı yönetimi. Palme Yayıncılık, Ankara, 2004.
24. Terzi C. Toplum sağlığına uzanan bir köprü: Tıp eğitimi. *Toplum ve Hekim.* 16(3): 213-6.
25. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2010.
26. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: Contribution of Family Medicine. A Guidebook Collaborative Project of WONCA and WHO. WONCA Publications, Singapur, 2002.

27. Carney PA, Dietrich AJ, Eliassen S, Pipas C, Donahue D. Differences in ambulatory teaching and learning by gender match of preceptors and students. *Fam Med.* 2000; 32(9): 618-23.
28. Qualitative research Originally prepared by Professor Peter Woods. Component now run by Dr. Nick Pratt. © P Woods, Faculty of Education, University of Plymouth, 2006
www.edu.plymouth.ac.uk/resined/qualitative%20methods%202/qualrshm.htm
Erişim tarihi: 30.11.12.
29. Taylor SJ, Bogdan R. How to conduct qualitative research. In *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. Taylor SJ, Bogdan R. (ed.) 3rd. Edition. John Wiley and Sons, New York, 1998. p. 1- 44.
30. Ersoy F, Çaylan A, Gürel S. Tahud geçiş dönemi birinci aşama uyum eğitimleri kalitatif değerlendirmeleri odak grup çalışması ilk sonuçları. *Aile Hekimliği Dergisi.* 2008; 2(1): 27-32.
31. Hashim MJ, Prinsloo A, Leduc C, Raasch BA, Mirza DM What Community-based Preceptors Want in Teaching Medical Students: Findings from a Mixed Methods Study. *Education for Health.* 2010; 23(2): 1-6 Available from: <http://www.educationforhealth.net>.
32. Aguwa MI, Monson CL, Liechty DK, Fowler LV, Kost MM. Supporting and promoting osteopathic medicine through community-based family practice preceptorships: a survey-based study. *J Am Osteopath Assoc.* 2008; 108(10): 606-14
33. Shannon SJ, Walker-Jeffreys M, Newbury JW, Cayetano T, Brown K, Petkov J. Rural clinician opinion on being a preceptor. *Rural and Remote Health.* 2006; 490. Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>
34. Young BL, Graham RP, Shipengrover J, James PA. Components of learning in ambulatory settings: a qualitative analysis. *Acad Med.* 1998; 73: 60-3.
35. Grayson MS, Klein M, Lugo J, Visintainer P. Benefits and costs of teaching primary care, *J Gen Intern Med.* 1998; 13: 485-8.

36. Simon SR, Davis D, Peters AS, Skeff KM, Fletcher RH. How do precepting physicians select patients for teaching medical students in the ambulatory primary care setting? *J Gen Intern Med.* 2003; 18(9): 730- 5.
37. Rooks L, Watson RT, Harris JO. A primary care preceptorship for first-year medical students coordinated by an Area Health Education Center program: a six-year review. *Acad Med.* 2001; 76(5): 489-92.
38. Marincic PZ, Francfort EE Supervised practice preceptors' perceptions of rewards, benefits, support, and commitment to the preceptor role. *J Am Diet Assoc.* 2002 Apr; 102(4): 543-5.
39. Teherani A, O'Brien BC, Masters DE, Poncelet AN, Robertson PA, Hauer KE Burden, responsibility, and reward: preceptor experiences with the continuity of teaching in a longitudinal integrated clerkship. *Acad Med.* 2009; 84(10): 50-3.
40. Rowen MS, Lawson B, MacLean C, Burge F. Upholding the principles of primary care in preceptors' practices. *Fam Med.* 2002; 34(10): 744-9.
41. Usatine RP, Hogson, CS, Marshall ET, Whitman DW, Slavin SJ, and Wilkes MS. Reactions of family medicine community preceptors to teaching medical students. *Family Medicine.* 1995; 27: 566-70.
42. Dobbie AE, Tysinger JW, Freeman J. Strategies for efficient office precepting. *Fam. Med.* 2005; 37 (4): 239- 41.
43. Usatine RP, Tremoulet TP, Irby D. Time-efficient Preceptors in Ambulatory Care Settings. *Acad. Med.* 2000; 6: 639- 42.
44. Cooke F, Galasko G, Ramrakha V, Richards D, Rose A, Watkins J. Medical students in general practice: How do patients feel? *British Journal of General Practice.* 1996;46(407): 361-2.
45. Walters L, Prideaux D, Worley P, Greenhill J, Rolfe H. What do general practitioners do differently when consulting with a medical student? *Med Educ.* 2009; 43(3): 268-73.
46. Dedeoğlu N. Fakültemiz öğrencileri ve öğretim üyeleri tıp eğitimi konusunda ne düşünüyorlar? 21. Yüzyılda Tıp Eğitimi Sempozyumu. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 30 Eylül- 01 Ekim 1993.

47. Senf JH, Campos Outcalt D, Kutob R. Factors erelated to choise of family medicine: a reassessment and literature review. J Am. Board of Fam. Pract. 2000; 16: 502-12.
48. Yener Ö.F. Tıp Fakültesi 6. Sınıf Öğrencilerinin Aile Hekimliği ile İlgili Düşünceleri ve Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitiminde Aile Hekimliği Stajının Yerinin Değerlendirilmesi 2011. Samsun. <http://tez2.yok.gov.tr/> Tez no: 272350. Erişim Tarihi: 15.12.12.
49. Lynch DC, Newton DA, Grayson MS, Whitley TW. Influence of medical school on medical students' opinions about primary care practice. Acad Med.1998; 73(4): 433-5.
50. Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medikal Teacher. 2004; 26 (3): 265-72.
51. Veitch C, Underhill A, Hays RB. The carreer aspirations and location intentions of James Cook University's first cohort of medical students: a longitudinal study at course entry and gradutation. Rural and remolte health. 2006; 6: 537. Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>
52. Kaprielian, V, Gradeson, M. Effective use of feedback. Family Medicine. 1998; 30(6):406-7.
53. Molodysky E. Clinical teacher training. Reprinted from Australian Family Physician. 2007; 36(12): 1044-6.
54. Walter L, Worley P, Prideaux D, Rolfe H, Keaney C. The Impact of Medical Students on Rural General Practitioner Preceptors Education for Health. 2005; 18(3): 338 – 55.
55. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in clinical and community settings contribute to early medical education? ABEME systematic review. Med Teach. 2006; 28(1): 3-18.
56. Irby DM. Teaching and learning in ambulatory care settings: A thematic review of the literature. Academic Medicine. 1995; 70(10): 898-931.
57. Cronau H, Haines DJ. Medical student summer externship program: increasing the number matching in family practice. Med Educ Online. 2004; 9: 1–5.

58. Lang F, Ferguson KP, Bennard B, Zahorik P, Sliger C. The Appalachian Preceptorship: over two decades of an integrated clinical-classroom experience of rural medicine and Appalachian culture. *Acad Med.* 2005; 80: 715–6.
59. Levy BT, Hartz A, Merchant ML, Schroeder BT. Quality of a family medicine preceptorship is significantly associated with matching into family practice. *Fam Med.* 2001; 33: 683–90.
60. Ramsey PG, Coombs JB, Hunt DD, Marshall SG, Wenrich MD. From concept to culture: the WWAMI program at the University of Washington School of Medicine. *Acad Med.* 2001; 76: 765–75.

EK-1

Demografik bilgi anketi:

1. Ad- soyad :
2. Yaş :
3. Cinsiyet:
4. Mezun olduğu fakülte ve yılı:
5. İş tecrübesi:
6. Katıldığı eğitici faaliyetler:
7. Ne kadar zamandır saha eğitimi yapıyor?
8. Her dönemde saha eğitimine kaç öğrenci geliyor?

Odak grup görüşmesi soruları:

1.Saha eğitimi ile ilgili genel görüşünüz nedir?

-Öğrencilere katkınız?

-Öğrencilerin sayısı?

-Eğitim süresi?

-Öğrencilerle çalışma yönteminiz?

2. Saha eğiticiliğinin günlük iş akışınıza olumlu ve olumsuz etkileri?

-Sizin açınızdan

-Hastalarınız açısından

-Sağlık personeliniz açısından

3. Saha eğitimlerinin öğrencilerin meslek yaşantısına etkisi hakkındaki görüşünüz nedir?

4. Öğrencilerin size geri bildirimleri nasıldı?

5.Saha eğiticiliği konusunda eğitim almak gerekli midir/gerekli değil midir? Neden?

6. Saha eğiticiliğinin sizin için en eğlenceli ve en can sıkıcı tarafı nedir?

7. Saha eğiticiliğinin geliştirilmesi gerektiğini düşündüğünüz tarafları nelerdir?

-Sizin açınızdan

-Öğrencilerin katılımları açısından

-Aile sağlığı Merkezinin koşulları açısından

EK-2

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU


Sayı: 627

12.08.2011

Sayın Doç. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **Ondokuzmayıs üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği stajında görev alan saha eğitici hekimlerin saha eğitimi konusundaki geri bildirimlerinin kalitatif araştırması** başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2011/349 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 11.08.2011 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof. Dr. Abdulkadir BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

EK-3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Ben, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmekte olan “**Ondokuzmayıs üniversitesi tıp fakültesi aile hekimliği stajında görev alan saha eğiticisi hekimlerin saha eğitimi konusundaki geri bildirimlerinin kalitatif araştırması.**” adlı araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bana bu çalışmada; ‘demografik bilgi’ anket formu doldurulacak ve odak grup görüşmesinde ses kayıt cihazı kullanılarak saha eğitimi konusunda geri bildirim alınacak.

Yapılacak bu anket ve odak grup görüşmesi sonrasında ilerleyen dönemlerde verdiğim bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmayacağı ve alınan bilgilerin gizli tutulacağı bana anlatıldı. Bana bu çalışma nedeniyle herhangi bir ilaç uygulaması yapılmayacağı veya benim üzerimde deney yapılmasının ya da verdiğim bilgilerin bilimsel olmayan bir şekilde kullanımının söz konusu olmadığı söylendi. Katıldığım anketin Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD’ da değerlendirileceği ifade edildi..

Araştırma ile ilgili olarak beni endişelendiren bir durum veya merak ettiğim herhangi bir soru olduğu takdirde araştırmacı doktoru arayabileceğim söylendi. Başvuracağım doktorun adı ve soyadı Esin Genç, telefon numarası 05058410183’dür.

Gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren yukarıdaki metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu konuda söz konusu araştırmaya kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bu formun bir nüshası bana da verilmiştir.

Tanık:

Gönüllü katılımcı

Adı Soyadı:

Adı Soyadı:

İmza

İmza:

Anketi Uygulayan kişi:

Adı Soyadı:

İmza: