

Marmara Üniversitesi Dördüncü Sınıf Tıp Öğrencilerinin Tıbbi Öykü Alma Becerisinin Değerlendirilmesinde Klinik ve Klinik Öncesi Gözlemciler Arasındaki Tutarlılığın Ölçülmesi

Evaluation of the Consistency Between Clinical
and Preclinical Observers in the Formation of the
History Taking Skills of Fourth Year Medical
Students of Marmara University

Dr. Mehmet AKMAN,^a
Dr. Serap ÇİFÇİLİ,^a
Dr. Pemra C. ÜNALAN,^a
Dr. Arzu UZUNER,^a
Dr. Çiğdem APAYDIN KAYA^a

^aAile Hekimliği AD,
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İstanbul,

Geliş Tarihi/Received: 17.08.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 21.02.2010

*Bu çalışmanın özeti ve ön bulguları
V.UTEK/Ulusal Tıp Eğitimi Kongresi
(6-9 Mayıs 2008, İzmir)'nde
bildiri olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Pemra C. ÜNALAN
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
pcunalan@gmail.com

ÖZET Amaç: Öğrencilerin tıbbi öykü alma becerilerini değerlendirirken klinik ve klinik öncesi gözlemciler arasındaki tutarlılık düzeyini araştırmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmamız nedensel karşılaştırmalı tarama modeli niteliğinde bir çalışmadır. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak dördüncü sınıf öğrencileri arasından 40 öğrenci seçilmiştir. Değerlendirme için, araştırmacılar tarafından geliştirilen ve dil ve içerik açısından uzlaşılabilir Öykü Alma Değerlendirme Rehberi (ÖADR) kullanılmıştır. Hasta-öğrenci görüşmeleri, toplam dört ekip tarafından genel dahiliye, aile hekimliği ve genel cerrahi polikliniklerinde değerlendirilmiştir. Her bir ekipte bir klinik öncesi ve rastgele seçilen bir klinik gözlemci yer almıştır. İlk kez başvuru yapan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler, başvuru sırasına göre, görüşme amaçlı poliklinik odasına alınmıştır. Öğrencilere görüşme süresi olarak 10 dakika verilmiştir. **Bulgular:** Öğrencilerin 17'si (%42.5) erkektir. Global değerlendirme puanı açısından gözlemciler arasında zayıf; ancak anlamlı bir tutarlılık saptanmıştır (κ : 0.27, $p=0.001$). ÖADR'nin altı alt maddesinde (tanışma, ilaç öyküsü, sigara ve alkol öyküsü, aile öyküsü, sistem sorgusu, görüştürmenin akıcılığı) gözlemciler arasında zayıf-iyi düzeyde tutarlılık saptanmıştır (sırasıyla κ : 0.24, 0.28, 0.53, 0.18, 0.38, 0.35; $p<0.05$). **Sonuç:** Klinik ve klinik öncesi gözlemciler arasında tıbbi öykü alma becerisinin değerlendirilmesi açısından güçlü bir tutarlılık saptanamamıştır. Bu durum klinik ve klinik öncesi gözlemcilerin önem verdikleri bileşenlerin farklı olduğunu düşündürmektedir. İki grup gözlemcinin eğitim programlarının planlanması aşamasından itibaren beklentilerini paylaşmaları, öykü alma becerisinin kazandırılması sürecinde standardizasyonu sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Eğitimsel ölçüm; klinik yeterlilik; tıbbi hikâye alımı;
tıp, eğitim, mezuniyet öncesi

ABSTRACT Objective: The aim of the present study was to investigate the level of consistency between clinical and preclinical medical observers while evaluating the medical history taking skill of medical students. **Material and Methods:** Causal comparative survey model is used in this study. A total of 40 students were randomly selected from the fourth year medical students by using the random numbers chart. The Oral History Taking Evaluation Guideline (OHTEG) developed by the researchers and reconciled on in terms of language and context, was used for the evaluation process. The student and patient interviews were evaluated in the internal medicine, family practice and general surgery outpatient clinics by four different observer teams each consisting of one randomly selected preclinical and one clinical observers. Patients presenting for the first time and accepting to take part in the study were admitted to the interview room in the order of presentation. The duration of the interview between students and patients was previously set as 10 minutes. **Results:** Among the medical students taking part in the study, 17 (42.5%) were males. A weak but significant consistency was observed between the global evaluation points assigned by the individual observers (κ : 0.27, $p=0.001$). A weak to good level of consistency was observed in the six subcontents of the Oral History Taking Evaluation Guideline (OHTEG), including the introduction, history of drug use, smoking habits and alcohol intake, family history, system query and the fluency of the interview (κ : 0.24, 0.28, 0.53, 0.18, 0.38, 0.35, respectively; $p<0.05$). **Conclusion:** A strong consistency was not observed between clinical and preclinical medical observers while evaluating the medical history taking skill of medical students. This suggests that the priorities of the clinical and preclinical medical observers are different from each other. The sharing of the expectations between clinical and preclinical medical observers starting from the planning stage of the training programs can provide standardization in the process of development of the oral history taking skill of the students.

Key Words: Educational measurement; clinical competence; medical history taking;
medical, education, undergraduate

doi:10.5336/medsci.2009-14923

Copyright © 2011 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011;31(4):845-52

1990'ların başlarından itibaren klinik beceri eğitiminin tıp fakültesinin ilk yıllarında başlaması yönünde makaleler yazılmıştır.¹⁻³ İngiliz Genel Tıp Konseyi'nin (General Medical Council) en son 2003'de yayınladığı ve Avrupa'da temel başvuru metni olarak kabul edilen dokümanda da (www.gmc-uk.org/education/undergraduate/GMC_tomorrows_doctors.pdf) bu konu geniş olarak vurgulanmıştır. Bu yayınların ışığında tüm dünyada, tıp eğitiminin ilk yıllarından itibaren klinik beceri eğitiminin müfredatta yer alması yönünde giderek artan bir eğilim ortaya çıkmıştır.³⁻⁶ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2000-2001 eğitim-öğretim yılından itibaren, temel hekimlik becerilerinin klinik öncesi yıllarda edinilmesini sağlamak amacıyla "Klinik Uygulamaya Giriş (KUG)" adlı program ilk üç sınıfta uygulamaya konulmuştur.⁷ Takip eden yıllarda KUG programı geliştirilmiş ve benzeri programlar diğer tıp fakültelerinde de uygulanmaya başlanmıştır.⁸ Ülkemizde internler üzerinde yapılan bir araştırmada öğrencilerin %92'sinin kendini iletişim ve klinik beceriler açısından yetersiz hissettiği bildirildiğinden,⁹ KUG ve benzeri programlar öğrencilerin beklenti ve ihtiyaçlarını da karşılama anlamında bir araç olabilir.

KUG programında yürütülen "Öykü Alma ve Fizik Muayeneye Giriş" modülü ikinci sınıf öğrencilerine altı hafta boyunca dörder saatlik oturumlar halinde verilmektedir. Bu modülde işlenen konular; temel görüşme becerileri, öğrenci-doktor rolünün benimsenmesi, hasta merkezli yaklaşım, tıbbi bağlamda iletişim becerileri uygulamaları, tıbbi görüşme/tıbbi öykü alma becerileri, birinci basamakta sık görülebilecek bazı yakınmalara yönelik temel bilgiler ve genel fizik muayenedir. Modülde kullanılan eğitim yöntemleri arasında eğitici sunumları, olgu-problem merkezli oturumlar, eğiticinin kolaylaştırıcı rol oynadığı küçük grup tartışmaları, oyunlaştırma, simüle/standart hasta alıştırma ve video film gösterimleri yer almaktadır.

Fakültemizde KUG programı kapsamında ilk üç yılda verilen temel tıbbi beceri eğitimleri, ağırlıklı olarak Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim görevlilerince planlanmıştır ve yine bu anabilim dalı tarafından yürütülmektedir. Öğrenciler dör-

düncü sınıfta klinik eğitime başladıktan sonra, hem yeni mesleki beceriler öğrenirken hem de KUG programı bünyesinde öğrendikleri klinik becerileri kullanıp geliştirirken ilgili kliniklerde çalışan dal ve yan dal uzmanlarının rehberliği altında çalışmaktadır. Bir başka deyişle, ilk üç yılda temel klinik beceri eğitimi genel tıp/birinci basamak odaklı eğiticilerden alan öğrenciler, klinik stajlara başladıklarında kendi uzmanlık alanlarına odaklı klinik yaklaşıma sahip uzman hekimlerin denetiminde klinik becerilerini geliştirmektedir.

Klinik beceri eğitiminin klinik öncesi yıllarda başladığı fakültelerde, klinik ve klinik öncesi eğiticiler arasında farklı önceliklerin olduğu tartışılmaktadır.¹⁰ Özellikle tıbbi öykü alma gibi iletişim becerilerinin ağırlıklı olduğu beceriler söz konusu olduğunda, öğrencilerin klinik öncesi yıllarda eğitim veren eğiticilerden ve klinik eğiticilerden farklı mesajlar alabildikleri, bu nedenle klinik eğiticilerin de iletişim becerileri ile ilgili temel mesajları benimsemeleri ve benzer mesajları vurgulamaları gerektiği belirtilmiştir.¹⁰ Klinik öncesi dönem ve klinik stajlarda aynı beceriye yönelik farklı mesajların verilmesi hem mezuniyet öncesi tıp eğitimi sürecinde standardizasyonu olumsuz etkileyecek, hem de öğrencilerin bu beceriye yönelik tutarlı bir tutum geliştirebilmelerini güçleştirecektir.

Bu araştırmanın amacı, klinik eğitime yeni geçen öğrencilerin tıbbi öykü alma becerilerini değerlendiren, klinik gözlemciler ve klinik öncesi gözlemciler arasında bir uyum olup olmadığını araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmamız nedensel karşılaştırmalı tarama modeli niteliğinde planlanmıştır. Klinik öncesi yıllarda yer alan KUG programı eğiticilerinden tıbbi öykü alma modülünde görev yapan Aile Hekimliği Anabilim Dalının dört öğretim üyesi çalışmaya dahil edilmiş ve çalışmamızın KUG gözlemcisi grubunu oluşturmuşlardır. Ayrıca genel tıbbi öykü alma uygulamasının daha sık kullanıldığı disiplinlerden, yardımcı doçent veya doçent olarak görev yapan klinik eğiticiler arasından rastgele sayılar tablosu ile seçilen sekizi çalışmaya alınmış ve bu eğiticiler klinik gözlemci grubunu oluşturmuşlar-

dır. Meslekte geçirilen sürenin öğrencilerin performansına yönelik beklentiyi etkileyebileceği ve dolayısıyla KUG programı eğitimcileri ile benzer meslek yılında/kıdemde klinik eğitici seçebilmek için belirtilen ünvanlarda gözlemciler aranmıştır. Seçilen klinik gözlemcilerden ilk dört kişi asil ve ikinci dört kişi yedek olarak belirlenmiştir. Buna göre bu çalışmada klinik gözlemciler olarak pediatri, dahiliye ve kardiyoloji anabilim dallarının öğretim üyeleri yer almıştır.

Klinik ve KUG programı gözlemcilerinin tıbbi öykü alma becerisini değerlendirmedeki uyumunu belirlemek için Öykü Alma Değerlendirme Rehberi (ÖADR) geliştirilmiştir. ÖADR hazırlanırken, fakültemizin KUG programının öykü alma modülünde kullanılan rehber esas alınmıştır. Dört KUG programı gözlemcisinin üzerinde uzlaştığı vazgeçilemez noktalar saptanarak rehber sadeleştirilmiş ve ÖADR'ye ilk şekli verilmiştir. Bu haliyle klinik gözlemcilerin görüşlerine sunulmuştur. Klinik gözlemcilerin katkıları sonrasında araştırmamıza katılan tüm gözlemcilerin onayladığı ÖADR'nün son şekli araştırmamızda kullanılmıştır. Araştırmaya katılacak tüm gözlemciler ile araştırma öncesinde rehberin kullanımına ilişkin bir ortaklaşma toplantısı yapılmış ve rehberin kullanımı ile ilgili standardizasyon sağlanmıştır. Rehberde yer alan giriş, görüşme, iletişim ve kapanış alt başlıkları altında belirtilen maddeler için dörtlü bir skala oluşturulmuştur: "0: gözlemlenmedi; 1: yetersiz; 2: bu sınıftaki öğrenciden beklediğim düzeyde iyi ve 3: bu sınıftaki öğrenciden beklemediğim, şaşırtacak kadar iyi". Rehberin sonunda ayrıca, global değerlendirme amacıyla öğrencinin genel performansının 0-5 arasında bir skala ile değerlendirilmesi istenmiştir (0: bu öğrenci kendi başına öykü alamaz; 5: bu öğrenci tamamen kendi başına öykü alabilir). ÖADR'nün tüm içeriği Tablo 1'de sunulmuştur.

Çalışmamız sekiz öğretim üyesi uzman doktoru ve klinik stajlarına yeni başlayan dördüncü sınıf öğrencilerini gerçek klinik ortamında gerçek hastalarla buluşturacak şekilde planlanmıştır. Öğretim üyesi ve öğrencilerin kısıtlı zamana sahip olmaları ve poliklinik hizmetinin aksatılmaması gözetilerek çalışmanın bir yarım günde bitmesi hedeflenmiştir. Buna göre kolaylık örnekleme (sample of conve-

nience) prensibiyle çalışmada yer alan her bir gözlemci grubuna (bir KUG gözlemcisi + bir klinik gözlemci) 10 öğrenci verilmesi planlanmış ve toplam 40 öğrencinin çalışmaya alınması uygun görülmüştür.

Öğrencilerin hepsi dördüncü sınıfın ilk stajına devam etmekte olanlar arasından rastgele sayılar tablosu kullanılarak seçilmiş; onamları alındıktan sonra çalışma, öğretim yılının başlamasını izleyen ilk hafta içinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilere çalışmadan bir gün önce çalışmanın amacı açıklanmış ve değerlendirmeye yönelik bir hazırlık yapmalarını istenmiştir. Çalışmanın yapılacağı gün öğrencilere tıbbi öykü almak için en fazla 10 dakikalığı olduğu anlatılmış, hangi öğrencinin hangi poliklinikte, hangi saatte öykü alacağı bildirilmiştir. on dakikalık süre hastanın poliklinik kapısından içeri girmesinden itibaren muayene masasına alınmasına kadar geçen süre olarak düşünülmüştür ve bu süre, KUG programı tıbbi öykü alma değerlendirme sınavlarında da uygulanan maksimum süre olan 10 dakika ile uyumludur.

Çalışma, her biri bir klinik öncesi ve bir klinik eğitimciden oluşan, dört gözlemci ekip tarafından genel dahiliye (iki adet), aile hekimliği ve genel cerrahi polikliniklerinde yürütülmüştür. Polikliniklere muayene olmak üzere, yakınması nedeni ile ilk kez başvuran hastalara çalışma anlatılmış ve çalışmaya katılmayı kabul edenler başvuru sırasıyla poliklinik odasına alınmıştır. Klinik gözlemcinin uzmanlaştığı alanda yakınması olan hastalar, başka uzmanlık alanından bir gözlemcinin grubuna verilmiştir (örneğin, göğüs ağrısı olan hasta kardiyologun olduğu odaya verilmedi).

Öğrencilere, görüşmeyi tamamlanıncaya kadar kesmemeleri söylenmiş ve son üç dakika kaldığında uyarı yapılmıştır. Zaman aşımı durumunda öğrenciden görüşmeyi uygun biçimde bitirmesi istenmiştir. Çalışmaya katılan hastalar öğrenci ile yapılan görüşmenin hemen ardından yan poliklinikte esas görüşmeye alınmış ve fizik muayene sonrasında gereken sağlık hizmeti planlanmıştır.

Verilerin önce sıklık dağılımları alınmış, tutarlılık ile ilgili değerlendirmeler Kappa istatistiği kullanılarak yapılmıştır.¹¹ Kappa için dörtlü Likert

TABLO 1: Gözlemciler arası tutarlılık.

	KUG gözlemcisi Ort.*	Klinik gözlemci Ort.*	%**	Kappa***	p
Giriş					
1. Hastayı onun rahat edebileceği şekilde karşıladı	2.122.12	32.5	-0.066	0.473	
2. Hasta ile ismen tanıştı	2.37	2.17	52.5	0.243	0.020
3. Hastaya oturması için yer gösterdi	1.82	1.97	35.5	0.053	0.58
Görüşme					
1. Hastanın geliş nedenini öğrendi****	2.62	2.57	97.5	-----	-----
2. Hastanın yakınma(larının) ayrıntılı ve kronolojik öyküsünü aldı	1.95	1.92	37.5	0.081	0.426
3. Hastanın yakınmalarına eşlik eden/ilişkili olabilecek semptomları sorguladı	1.77	1.77	25	-0.022	0.801
4. Hastanın şikayeti ile ilgili duygu, düşünce ve beklentilerini ortaya koymasını sağladı	0.77	1.70	30	0.105	0.159
5. Geçmiş hastalıklarını ve sağlık öyküsünü ayrıntılı şekilde öğrendi	1.95	1.87	32.5	0.046	0.628
6. Halen kullandığı ve daha önceden kullanıp da önemli olabilecek ilaçlarını öğrendi	1.80	1.80	47.5	0.286	0.002
7. Alkol, sigara vb. kullanımını sorguladı	2.30	2.10	70	0.531	0.000
8. Hastanın yakınma(ları) ile ilişkili ya da genel olarak iş, okul ve ev yaşamı ile ilgili bilgileri öğrendi	0.95	1.10	30	0.034	0.701
9. Diğer aile üyelerinde bu problemle ilgili ya da diğer sağlık sorunlarını öğrendi	1.80	1.57	40	0.182	0.043
10. Sistem sorgusu yaptı	1.37	1.20	55	0.381	0.000
İletişim					
1. Açık uçlu sorularla başlayarak hastanın öyküsünü anlatmasını sağladı	2.00	2.07	30	-0.051	0.632
2. Hastanın öyküsünü özetleyerek doğru anladığından emin oldu	0.72	0.57	50	0.170	0.147
3. Hastanın problemlerinin ayrıntılarını öğrenirken kapalı uçlu soruları uygun şekilde kullandı	1.80	1.77	37.5	0.096	0.254
4. Etkin dinleme becerilerini (küçük onaylama jest ve sözleri, göz teması, açık postür) kullanarak hastanın konuşmasını kolaylaştırdı	2.45	1.87	65	0.041	0.648
5. Görüşmenin akıcı tarzda gelişmesini sağladı	0.357	0.017	1.80	1.82	70
Kapanış					
1. Hastanın söylemek, eklemek istediklerini sordu	0.60	0.47	55	0.119	0.235
2. Hasta ile ortak kararlara vardı ve birlikte bir sonraki adımı planladı	0.87	0.67	72.5	0.257	0.084
Global değerlendirme	3.20	2.67	42.5	0.270	0.001

* 5'li Likert ölçeği ortalama puanı **gözlemciler arası toplam tutarlılık yüzdesi ***0.21-40 zayıf 0.41-0.75 iyi 0.75 üstü mükemmel tutarlılık düzeyi **** bir değişken sabit olduğundan kappa hesaplanamamıştır.

tipi ölçek iki grup olarak sınıflandırılmıştır (0-1 ve 2-3 olarak). Sürekli değişkenlerin analizlerinde parametrik test varsayımlarını karşılıyorsa t-testi (karşılıymıyorsa nonparametrik eşdeğeri), sınıflandırılmış verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 40 öğrencinin 17'si (%42.5) erkektir. Öğrencilerin %25'i dahiliye, %35'i genel cerrahi ve %40'ı pediatri stajına devam etmekteydi. Klinik öncesi gözlemcilerle klinik gözlemcilerle

rin verdikleri ortalama toplam skor ve global değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 2).

Global değerlendirme puanlarına bakıldığında klinik öncesi gözlemciler öğrencilerin %50'sine 4 veya 5 verirken, klinik gözlemcilerde aynı oran %30'dur. İki yüzde arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($\chi^2= 3.33$, $p= 0.68$). Şekil 1'de her iki gözlemci grubunun global değerlendirme puanlarının dağılımı verilmiştir (Şekil 1).

ÖADR'de yer alan her bir madde ve global değerlendirme puanının gözlemciler arası tutarlılık yüzdesi, Kappa ve p değerleri Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre global değerlendirme puanı açısından gözlemciler arasında anlamlı; ancak zayıf düzeyde bir tutarlılık varken, değerlendirme rehberinde yer alan toplam 20 maddeden beşinde gözlemciler arasında anlamlı; ancak zayıf, bir maddede ise anlamlı; ancak iyi düzeyde tutarlılık olduğu saptanmıştır. İyi düzeyde tutarlılık saptanan madde sigara, alkol ve benzeri alışkanlıklar sorgulanmıştır (Tablo 1).

Gözlemciler arası tutarlılık yüzdesi 40'ın altında olan maddeler, giriş alt grubunda karşılama ve yer göstermeye ilişkin olanlar; görüşme alt grubunda şikayet ile ilgili ayrıntılar, eşlik eden semptomlar, hastanın beklentileri ve psikososyal öykü ile ilişkili olanlar; iletişim alt grubunda ise açık ve kapalı tipte soru kullanımına ilişkin maddelerdir.

Her iki gözlemci grubunun rehber maddelerine verdiği puan ortalamaları karşılaştırıldığında iki maddede anlamlı fark saptanmıştır. Görüşme alt ölçeği dördüncü maddede (hastanın beklentilerini ortaya koyması) KUG gözlemcileri 0.77 ortalama

puan verirken, klinik gözlemciler 1.70 ortalama puan vermişlerdir ($t= 4.45$ ve $p= 0.000$). İletişim ölçeği dördüncü maddede ise (etkin dinleme) klinik gözlemcilerin ortalama puanı 1.87 iken KUG gözlemcilerinin ortalama puanı 2.45'dir ($t=-3.41$ ve $p= 0.001$).

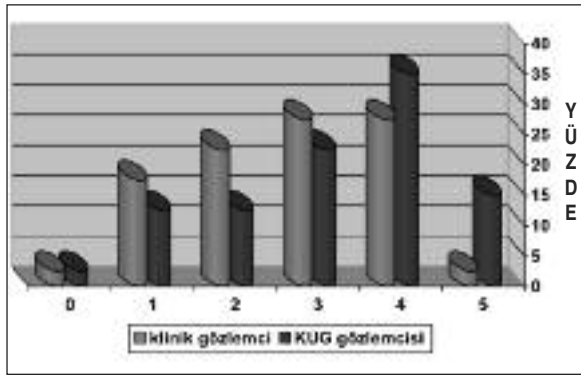
TARTIŞMA

Klinik gözlemciler ile KUG programı gözlemcileri arasında global değerlendirme puanı açısından gözlemciler arası tutarlılık istatistiksel olarak anlamlı ($\kappa = 0.27$, $p= 0.001$); ancak zayıf düzeydedir. Yirmi madde içeren ÖADR'nin tek tek maddeleri açısından bakıldığında, sadece altı maddede (%30) zayıf-iyi düzeyde anlamlı tutarlılık saptanmıştır. Bu bulgular göz önüne alındığında tıbbi öykü alma becerisinin değerlendirilmesi anlamında KUG gözlemcileri ve klinik gözlemciler arasında tutarlılık saptanamamıştır. Ayrıca ÖADR ortalama skoru veya ortalama global değerlendirme puanı açısından iki gözlemci grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bu bulgu, belirleyici (summative) değerlendirme yapıldığında, iki gözlemci grubunun benzer oranlarda öğrenciyi yeterli/yetersiz bulacağını düşündürse de, iki grup arasındaki tutarsızlık yetersiz bulunan öğrencilerin gruplar arasında farklılık göstereceğini ortaya koymaktadır. Gözlemciler arası tutarlılığın anlamlı olduğu maddelerin "alkol sigara kullanımı" veya "sistem sorgusu" ya da "hastayla ismen tanışılması" gibi net ve açık ifadeler olduğu dikkat çekmektedir. Buna karşılık "hastanın duygu düşünce ve beklentilerinin ortaya konması", "hastanın şikayeti ile ilişkili olabilecek sosyal ve psikolojik öyküsü", "yakınmalara eşlik edebilecek semptomlar" gibi cevabı çok daha açık

TABLO 2: Gözlemcilerin toplam skor, global değerlendirme ve alt grup puanları açısından karşılaştırılmaları.

		Klinik gözlemci ortalama \pm SD	KUG gözlemcisi ortalama \pm SD	t*	p
Toplam skor		32.82 \pm 11.65	32.87 \pm 8.03	-0.22	0.982
Global değerlendirme		2.67 \pm 1.20	3.20 \pm 1.34	-1.83	0.070
Alt grup	Giriş	6.28 \pm 2.52	6.28 \pm 1.79	-0.10	0.919
	Görüşme	17.28 \pm 6.79	17.30 \pm 8.10	-0.15	0.988
	İletişim	8.13 \pm 2.90	8.78 \pm 2.56	-1.06	0.291
		1.15 \pm 1.54	1.47 \pm 1.33	-1.00	0.318

*t-Testi.



ŞEKİL 1: Global değerlendirme puanlarının klinik ve KUG gözlemci gruplarına göre dağılımı.

uçlu ve gözlemcinin beklentisine göre öznellik içeren maddelerde iki grup gözlemci arasında tutarlık bulunamamıştır.

Yayınlanmış araştırmalarda, gözlemciler arası tutarlılığın, değerlendirme rehberine ve istasyonların yapılandırılmasına ait özelliklerden çok, gözlemciye ait özelliklerden kaynaklandığı bildirilmiştir.¹²⁻¹³ Gözlemciye ait, tutarlılıkta etkili olabilecek özelliklerden birisi, gözlemcinin değerlendirdiği istasyonun yapılandırılmasında aldığı roldür.¹²⁻¹³ Bizim çalışmamızda klinik gözlemciler, KUG programı gözlemcilerinin hazırladığı değerlendirme rehberine geri bildirimde bulunmuşlar ve her bir madde üzerinde uzlaşma sağlanmıştır; ancak klinik gözlemciler değerlendirme rehberinin ve dolayısıyla türetildiği öğrenim rehberinin ilk oluşturulma aşamasında bulunmamışlardır. Bu durum klinik ve KUG gözlemcileri arasında gerçekleştirilen değerlendirmeyi “sahiplenme”¹² düzeyinde farklılık oluşmasına ve iki grup arasında güçlü bir tutarlılığın oluşamamasına katkıda bulunmuş olabilir. Tıbbi öykü alma gibi kompleks becerileri değerlendiren rehberlerde klinik ve klinik öncesi gözlemcilerin beklentilerini birlikte karşılanması hedeflenirse, gözlemcilerin öğrencilerden ortak beklentilerini yansıtan bir değerlendirme rehberini en baştan itibaren birlikte yapılandırmaları düşünülebilir. Bu birlikte yapılandırma süreci, beceri eğitiminin amaç ve hedeflerinde de uzlaşılmasına imkan sağlayacaktır.

ÖADR’de yer alan maddelere verilen ortalama skorlar göz önüne alındığında, görüşme alt grubu-

nun dört ve sekizinci maddeleri (hastanın beklentileri ve sosyal öykü) klinik eğiticiler, aynı alt grubun dokuzuncu maddesi (diğer sağlık sorunları) ile iletişim alt grubunun dördüncü maddesi (etkin dinleme) KUG eğiticileri tarafından daha yüksek puanlanmıştır. Bu maddelerden görüşme alt grubu dördüncü madde ile iletişim alt grubu dördüncü madde ortalama puanı açısından, her iki eğitici grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (sırasıyla $t= 4.45$ ve $p= 0.000$; $t= -3.41$ ve $p= 0.001$).

KUG programı eğiticisi olan gözlemcilerin dördü de hasta merkezli bütüncül yaklaşımla sağlık hizmeti sunması beklenen bir tıp disiplinine mensupturlar. Dolayısıyla bu yaklaşıma yönelik seçici bir algıya sahip olmaları, değerlendirmede görülen farklılığa katkıda bulunmuş olabilir.

Gözlemciler arası tutarsızlığa yol açan faktörlerden birisi olarak gözlemcinin genel olarak “müsamahakar” (leniency) bir değerlendirme yapması gösterilmektedir.¹³ Bu durumda genel olarak daha katı bir tutum takınan gözlemciye göre müsamahakar tutum takınan gözlemciler, daha yüksek not verme eğiliminde olmaktadır. İki grup arasındaki tutarsızlık eğiliminin olası bir nedeni de kimi eğiticilerin daha müsamahakar değerlendirmeleri olabilir. Ancak çalışmamızın bulguları iki grup gözlemciden herhangi birinin daha müsamahakar davranıp davranmadığına ilişkin bir yorum yapma imkanı sunmamaktadır.

Gözlemciler arası tutarlılığı etkileyen öğelerden birisi de kullanılan değerlendirme rehberine ait özelliklerdir. İki seçenekli değerlendirme rehberlerinde (örneğin: yaptı-yapmadı gibi) gözlemciler arası tutarlılığın üç seçenekli rehberlere göre (örneğin: tamamen yaptı-kısmen yaptı-yapmadı gibi) daha yüksek düzeyde olduğu bildirilmiştir.¹⁴⁻¹⁵ Bizim değerlendirme rehberimizde her bir madde için ikiden fazla seçenek olması, 20 maddenin 14’ünde klinik ve KUG gözlemcileri arasında tutarlılık bulunmamasının bir nedeni olabilir.

Beceriye ilişkin her bir adımı ayrı ayrı değerlendiren rehberlerde gözlemciler arası tutarlılığın çok daha yüksek düzeylere ulaştığı görülmektedir.¹⁴ Genel olarak, teknik becerilerde beceriye özgün değerlendirme rehberlerinin kullanımının

daha güvenilir olduğu;¹⁶ ancak kompleks becerileri değerlendirirken global rehberlerin etkinlik ve tekrarlanabilirlik açısından daha avantajlı olduğu düşünülmektedir.¹⁶⁻¹⁸ ÖADR, global değerlendirme rehberlerine göre beceriyi daha detaylı basamaklandırarak ölçerken, spesifik bir teknik beceriye yönelik hazırlanmış ve yaptı/yapmadı şeklinde değerlendirilen rehberlere göre daha genel ifadeler içermektedir. Bu nedenle kimi maddelerde birden fazla bileşen yer almaktadır (Örneğin, aynı maddede hastanın hem duygu, hem düşünce hem de beklentilerinin ortaya konmasının değerlendirilmesi ya da hem iş hem de ev yaşamının aynı maddede sorgulanması gibi). Bu bilgiler ışığında, çalışmanın amacına uygun bir rehber geliştirirken, hem ölçülen becerinin kompleksliğine uygun olarak yeterliliği tüm boyutlarıyla (giriş, görüşme, kapanış ve iletişim) ölçmeyi hedefleyen hem de her bir gözlemci için maddelerinin her biri kendini yeterli açıklıkta ifade eden bir rehber oluşturulması hedeflenmiştir. Bu bağlamda rehberin tüm maddeleri daha açık ifade edilip (örneğin: hasta ile ismen tanıştı maddesindeki gibi) ayrıntılandırıldığı takdirde gözlemciler arası tutarlılık bir miktar artabilecektir; ancak bu durumda yapılan eylemin kendisinin değersizleşmesi (trivialization) riski söz konusu olabilecektir.¹⁹ Bu nedenlerle, rehberde yer alan genel ifadelerin,

Klinik ve KUG programı gözlemcilerinin farklı beklentilerini ortaya koyabilmesine daha çok hizmet ettiğini düşünüyoruz.

Örneklem sayısı çalışmamızın kısıtlılıklarından birisidir. Çalışmanın planlanması sırasında gözlemin simüle/standart hastalarla simüle ortamda gerçekleştirilmesi yerine gerçek ortam ve hastalarla yapılmasının daha geçerli bilgi sağlayabileceği düşünülmüştür; ancak bu durum katılımcı sayısının kısıtlı kalmasını da beraberinde getirmiştir. Bunun dışında gözlemciler arası tutarlılık gösterilemeyen maddelerde, gözlemcilere bağlı hataların ne oranda etkili olduğu tespit edilememiştir.

SONUÇ

Çalışmamızda klinik ve KUG gözlemcileri arasında tıbbi öykü alma becerisinin değerlendirilmesi açısından güçlü bir tutarlılık saptanmamıştır. Çalışma öncesinde değerlendirme rehberleri konusunda iki grup gözlemci tartışıp uzlaşmış olmasına karşın zayıf bir tutarlılığın gösterilmiş olması dikkat çekicidir. Bu durum, klinik ve KUG gözlemcilerinin önem verdikleri bileşenlerin ve beklentilerinin farklı olduğunu düşündürmektedir. İki grup gözlemcinin eğitim programlarının planlanması aşamasından itibaren beklentilerini paylaşmaları, tıbbi öykü alma gibi kompleks becerilerin kazandırılması sürecinde standardizasyonu sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- Marcus E, White R, Rubin RH. Early clinical skills training. *Acad Med* 1994;69(5):415.
- Johnston BT, Boohan M. Basic clinical skills: don't leave teaching to the teaching hospitals. *Med Educ* 2000;34(9):692-9.
- Başak O, Yaphe J, Spiegel W, Wilm S, Carelli F, Metsemakers JF. Early clinical exposure in medical curricula across Europe: an overview. *Eur J Gen Pract* 2009;15(1):4-10.
- Matson CC, Ullian JA, Boisubain EV. Integrating early clinical experience curricula at two medical schools: lessons learned from the Robert Wood Johnson Foundation's Generalist Physician Initiative. *Acad Med* 1999;74(1 Suppl):S53-8.
- Carney PA, Bar-on ME, Grayson M, Klein M, Cochran N, Eliassen MS, et al. Assessing the impact of early clinical training in medical education: a multi-institutional perspective. *Acad Med* 1999;74(Suppl 1):S59-S66.
- Steele D, Susman J, McCurdy F, O'Dell D, Paulman P, Stott J. The Interdisciplinary Generalist Project at the University of Nebraska Medical Center. *Acad Med* 2001;76(4 Suppl):S121-6.
- Ünalın P, Kalaça S, Çiçili S, Uzuner A, Akman M, Sarıkaya Ö, et al. [An education program model to teach basic practice of medicine: Introduction to clinical practices]. *Tıp Eğitimi Dünyası* 2006;22(1):10-6.
- Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z, Özer C. [The students' feedback on practice hours of 'introduction to clinical practices']. *Medical Journal of Trakya University* 2002;19(1):39-43.
- Özçakır A. [Should communication and clinical skills training be given in medical education? Opinions of the intern students]. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2002;22(2):185-9.
- Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Netherlands Institute of Primary Health Care. Patient Educ Couns* 1999;37(2):191-5.
- Donner A, Klar N. The statistical analysis of kappa statistics in multiple samples. *J Clin Epidemiol* 1996;49(9):1053-8.
- Wilkinson TJ, Frampton CM, Thompson-Fawcett M, Egan T. Objectivity in objective structured clinical examinations: checklists are no substitute for examiner commitment. *Acad Med* 2003;78(2):219-23.
- Iramaneerat C, Yudkowsky R. Rater errors in a clinical skills assessment of medical students. *Eval Health Prof* 2007;30(3):266-83.

14. Huber P, Baroffio A, Chamot E, Herrmann F, Nendaz MR, Vu NV. Effects of item and rater characteristics on checklist recording: what should we look for? *Med Educ* 2005;39 (8):852-8.
15. Panzarella KJ, Manyon AT. A model for integrated assessment of clinical competence *J Allied Health* 2007;36(3):157-64.
16. Morgan PJ, Cleave-Hogg D, Guest CB. A comparison of global ratings and checklist scores from an undergraduate assessment using an anesthesia simulator. *Acad Med* 2001;76 (10): 1053-5.
17. Hodges B, Regehr G, McNaughton N, Tiberius R, Hanson M. OSCE checklists do not capture increasing levels of expertise. *Acad Med* 1999;74(10):1129-34.
18. Ringsted C, Østergaard D, Scherpbier A. Embracing the new paradigm of assessment in residency training: an assessment programme for first-year residency training in anaesthesiology. *Med Teach* 2003;25(1):54-62.
19. Van der Vleuten CP, Norman GR, De Graaff E. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Med Educ* 1991;25(2):110-8.