Bölüm
17

AİLE HEKİMLİĞİNDE ARAŞTIRMA VE SÜREKLİ ÖĞRENME NASIL TAMAMLANIR?

Özgür ÖNAL[1]

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri yürütülmesinin merkezinde bulunan aile hekimleri, hastayla veya takip ettikleri kendilerine kayıtlı kişilerle genel olarak ilk karşılaşan sağlık hizmet sunucusu konumundadırlar. Hastaların ayrışmamış hasta olması, hastalarının şikayetlerinin çeşitliliğinin fazla ve non-spesifik olması gibi nedenler aile hekimlerinin farklı tıbbi alanlarda bilgi sahibi olmasını ve güncel literatürü takip etmelerini zorunlu kılar. Günümüzde diğer teknoloji alanlarında veri artışına paralel olarak tıbbi araştırmalar da her gün logaritmik olarak çoğalmakta ve bilgiler hızla eskimektedir. Bu yüzden hekimlerin yayınlanmış her araştırmayı okuyup değerlendirmeleri mümkün görünmemektedir. Aile hekimleri kişilerin takibi, hastanın tanısı, tedavisi ve diğer bütün müdahale uygulamalarında kanıta dayalı tıp yaklaşımını benimsemesi, süreci yürütmesine katkı sağlayacaktır. Bu bölümde ilk olarak aile hekimlerinin araştırma incelemelerine yön veren, kanıta dayalı tıp bakış açısı ve ikinci olarak da kendilerini ve hastalarını eğitme ve sürekli öğrenme sürecinde kullanabilecekleri yöntemlerden bahsedilecektir.

1. ARAŞTIRMA (KANITA DAYALI TIP YAKLAŞIMI)

Kanıta dayalı tıp yaklaşımı (KDT) aile hekiminin karar verme aşamasında mevcut en iyi kanıtın ışığında, hastanın özellikleri ve seçimlerini kendi deneyimleriyle birleştirerek vermesi için uygulanması gereken sistematize edilmiş yaklaşım türüdür (1). En geçerli, doğru ve güncel kanıtların hastaların tedavisi sürecinde mantıklı ve net şekilde kullanılması olarak da ifade edilebilir (2).

Kanıta dayalı karar verme uygulaması; hekimin sadece klinik deneyime dayalı olarak karar verme yaklaşımının klinik uygulamalar arasında değişkenliklere ve tutarsızlıklara neden olması, gün geçtikçe logaritmik şekilde artan sağlık alanında yapılan çalışmaların sonucu hızlı bir şekilde tıp literatürünün devasa bir hal alması, bütün kaynakları takip etmenin zorlaşması ve tıbbi araştırmalar ile klinik uygulamalar arasında bağın zayıflamasına yol açması nedeniyle özellikle 1990'lı yıllardan beri gelişme sürecindedir (3).

KDT yaklaşımının temelinde elektronik ortamda literatür taranması ve yapılan taramanın saptanan probleme odaklı olması ve ek olarak çıkan sonuçların eleştirel değerlendirmesinin yapılması söz konusudur. KDT yaklaşımının doğru bir şekilde uygulanması için aile hekimi mesleki birikimini, deneyimini, olaya spesifik yapmış olduğu sistematik literatür taramasından çıkan kanıtlarla birleştirmesi ve hastanın tercihleri ve değerleri ile bütünleştirmesini gerektirmektedir (4).

Klinik deneyim ve klinik kanıtları bir bütünün iki parçası olarak ve tek başına herhangi birisinin yeterli olamayacağının bilinmesi gerekmektedir. Bireysel klinik deneyim, çalışılan süre içerisinde hasta görülmesiyle kazanılan karar verebilme yeteneği ve çeşitli konulardaki oluşan yetkinliğin

[1] Dr.Öğr.Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, ozguronal@sdu.edu.tr

deontoloji konuları da büyük önem kazanmıştır. Yukarıda değinilen bu kapsamlı çerçeveyi içermek üzere STE yerine Sürekli mesleki gelişim (SMG) kavramı önerilmekteyse de, özü itibarıyla bu iki kavram oldukça benzerdir. Bu şartlar altında STE ya da SMG tüm hekimlerde olduğu gibi aile hekimleri için de hayati önem taşımaktadır. Bilgi ve becerilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesi her hekim için mesleki bir zorunluluk ve sorumluluk olarak düşünülmelidir.

Her hekim yeni bilgileri öğrenmek, bu bilgiler ışığında geçerliliği kalmamış uygulamaları terk etmek ve çok hızlı değişen ve gelişen tıbbi literatürü etkin bir şekilde değerlendirmek zorundadır. STE, kurumlar tarafından sağlanan dersler, konuya özel kurslar, çalışma alanlarına özel sempozyum, ve kongrelerdeki konferanslar vb. etkinlikler aracılığıyla sağlanabilir. Bunların dışında, bilimsel dergi ve kitap takip etmek ya da internet ortamındaki tartışma ve bilimsel forumlara katılmak gibi çok çeşitli informel şekillerde STE etkinliğinde bulunmak olanaklıdır.

2.1. Aile hekimlerinin topluma uygulayabilecekleri öğrenme modeli

Uzun yıllar boyunca dünyada ve ülkemizde uygulanan sağlık eğitimi programları; çok şeyi hedefleyen fakat hedeflerine ulaşmayan, etkisiz, dağınık programlar olmuştur. Bu başarısız programlar yerine "hedefe yönelik" ve "odaklanmış" sağlık eğitimi oluşturmalıdır. Bu yönde geliştirilen "Precede ve Proceed" modeli çağdaş bir sağlık eğitimi kurgulanması için yol göstericidir. PRECEDE (Predisposing, Reinforcing and Enabling, Causes in Educational Diagnosis and Evaluation) modeli çeşitli aşamalar içerir. Yapılan eğitim etkinliğinin davranış değişikliğine yol açması için başlangıç durumunu göz önüne alarak bir şeyi yapmaya eğilim yaratmak (predisposing), desteklemek ve hastalardan geri bildirim sağlamak (reinforcing), bir şeyi yapmak için gereken araçları sağlamak (enabling) şeklinde; eşit ölçüde önemli olan bu üç faktörü içermelidir. PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) modeli de PRECEDE modelinin geliştirilmiş hali olarak düşünülebilir. PROCEED modeli planlamaya odaklanmak yerine uygulamaya odaklanır. Daha sonra bu iki model birleştirilerek "Precede-Proceed modeli" olarak kullanılmaya başlanmıştır(16). Herhangi bir sağlık davranışı değişikliği oluşturmak ve sonucunda toplumda sağlığı geliştirmek amacıyla izlenecek adımlar için bir modeldir. İkisi birlikte ihtiyaç saptama ve uygulama adımlarından oluşurlar. Özet olarak bu modelde; sağlığı geliştirme programı planlanırken ve uygulanırken ilk adım durum saptamaya yönelik planlamadır. Toplumun ve bireylerin hastalık yükleriyle ilişkili öncelikli bilgi sahibi olmak gereklidir. Sonraki aşamada geriye doğru saptanan sorunların nedenleri ve sağlığı etkileyen yönleri tespit edilir. Sağlık sorunları saptandıktan sonra her bir sağlık sorunu için davranışsal belirleyicilerin analizi yapılır. Bir sonraki adım; bu faktörlerin ileri analizi ile, eğitimle değişebilme potansiyeli olan sağlık davranışlarının seçilmesidir. Daha sonra bu davranışları etkileyen çevresel faktörler tanımlanır. Planlamada son adım yönetsel tanıdır. Bu tanı ile yapılacak eğitim müdahalesinin çerçevesi belirlenir. Uygulama adımında da planlama çerçevesinde yasal ve yönetsel düzenlemeler hayata geçirilir. Sonucunda değerlendirme aşamasına geçilir ve programda olan aksaklıklar düzeltilir, program güncellenir. Tüm bu süreçlere dinamik bir şekilde döngü halinde devam edilir. Son adımda değerlendirme çıktısı olarak, müdahalelerin uzun dönemde sağlıkta ve yaşam kalitesinde yarattığı etki ortaya konur. Plansız ve dağınık bir şekilde uygulanan eğitim programlarının başarılı olma şansı yoktur.

SONUÇ

Aile hekimleri; eğitimlerini ve kendini gerçekleştirme sürecini yukarıda bahsedilen algoritmalar çerçevesinde kurgulamalıdır. İhtiyacı olan bilgileri güncellemeleri, kanıta dayalı tıp yaklaşımını klinik deneyimlerle harmanlamaları, kendileri ve hastaları açısından sağlığı geliştirmeye olumlu yönde etki edecektir.

Anahtar Kelimeler: Kanıta dayalı tıp, araştırma, sürekli öğrenme, mesleki beceri, tıp eğitimi.

KAYNAKÇA

1. Rini BI, Wilding G, Hudes G, et al. Phase II study of axitinib in sorafenib refractory metastatic renal cell carcinoma. J Clin Oncol. 2009;27:444-448.
1. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't?. BMJ 1996;312(7023):71-72.

2. Martis R, Ho JJ, Crowther CA. Survey of knowledge and perception on the Access to evidence-based practice and clinical practice change among maternal and infant health practitioners in South East Asia. BMC Pregnancy Childbirth 2008;8:34. doi: 10.1186/1471-2393-8-34.
3. Kumar S. Evidence-based medicine: The new paradigm of clinical decision making. Indian J Urol 2000;17(1):73-78.
4. Chambers LW. Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions. CMAJ. 1997 Dec 1;157(11):1598–1599.
5. Huic M. Evidence-based medicine and clinical practice. Acta Medica Academica 2008;37(1):29-37.
6. Akobeng A.K. Principles of evidence based medicine. Arch Dis child 2005;90(8):837-840.
7. Babaoğlu M.Ö, Yaşar Ü, Dost T ve ark. Kanıta dayalı tıp: kavramlar, örnekler ve görüşler. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(5):1298-305.
8. Virgilio RF, Chiapa AL, Palmarozzi EA. Evidence-based medicine, part one. an ıntroduction to creating an answerable question and searching the evidence. J Am Osteoath Assoc 2007;107(8):295-297.
9. Straus SE, Sackett D. Getting research findings into practice: using research findings in clinical practice. BMJ 1998;317(7154):339-342.
10. Haynes RB. Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based health care decisions. Evid Based Med. 2006 Dec;11(6):162-164.
11. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R et al. Grade working group. what is "quality of evidence" and why is it important to clinicians?. BMJ 2008;336(7651):995-998.
12. Yılmaz E, Çöl M. Kanıta dayalı tıp. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014;5(6):537-542.
13. Masic CI, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence based medicine – new approaches and challenges. Professıonal Paper 2008;16(4):219-225.
14. Tezcan S. (2017). Temel Epidemiyoloji içinde (s.35-176). Ankara: Hipokrat Kitabevi.
15. Türk Cerrahi Derneği. Sürekli tıp eğitimi etkinlikleri, tanımlar ve özellikler. Çalışma Raporu 2011,1:1-44.
16. Lİ Y, Cao J, Lin H et al. Community health needs assessment with precede-proceed model: a mixed methods study, BMC Health Services Research 2009, 9:181.