

DEĞİŞİME AÇIKLIK: SÜREKLİ MESLEK İÇİ EĞİTİMİN HEKİM DAVRANIŞLARININ DEĞİŞİMİNDEKİ ROLÜNÜN İNCELENMESİ

Sağlık Mesleklerinde Sürekli Meslek İçi Eğitim Dergisi (The Journal of Continuing Education in the Health Professions), Volume 24, ss. 197-204.

Jacqueline G. Wakefield, MD

Özet

Değişime Açıklık beyanları hem hekimlerin değişimini desteklemek hem de değişimi desteklemek üzere geliştirilen müdahalelerin değerlendirilmesini sağlamaya yöneliktir. Her ne kadar Değişime Açıklık, kompleks değişim sürecinin sadece bir parçasıysa da son zamanlarda yapılan çalışmalar, bu yaklaşımı destekleyen sağlam teorik ve araştırma zeminleri ortaya koydular. Bu alandaki çalışmalar, farklı birçok eğitim programlarında etkili bir şekilde kullanılabilir olduğunu ve “değişim planları” yapmanın gerçek değişimleri önceden tahmin edilebilir kılacağını gösteriyor. Değişime Açıklık modelinin bir parçası olarak, izleme sürecinin önemi, gittikçe daha açık hale geliyor; her ne kadar bunun başarılması için en etkili sürecin nasıl olması ve optimal zamanlamanın nasıl ayarlanması gerektiğine ilişkin sorular varlığını korumaya devam etse de.

Değişime Açıklık yaklaşımının ne kadar etkili olduğuna ilişkin ve Değişime Açıklık modelinin farklı bileşelerinin fonksiyonlarını daha iyi anlamak için ise, daha fazla çalışma yapılması gerekiyor.

Anahtar Kelimeler: Değişime Açıklık, Sürekli Tıbbi Eğitim (STE), Sürekli Mesleki Gelişim, Değişme Niyeti, Program Değerlendirmesi, Düşünüm (kendi üzerine düşünme).

Giriş

Değişime Açıklık beyanları [DA, Değişime Açıklık] hekim davranışlarında değişimi özendirmek ve farklı eğitsel müdahalelerin etkililiğini değerlendirmeye yöneliktir.

DA modelinin, Purkis tarafından ilk olarak tanımlandığı üzere, iki aşaması vardır. Birinci aşamada (DA beyanı), hekimlere şöyle bir soru sorulur: “Bu eğitim faaliyetinden sonra uygulamalarınızda herhangi bir değişiklik yapmayı planlıyor musunuz? Eğer planlıyorsanız, lütfen bu değişiklikleri betimleyiniz”. Değişim sürecinde, değişmeye yönelik niyetin açıkça belirtilmesi önemli bir adımdır. İkinci aşamada ise (izleme aşaması), katılımcılar, birkaç hafta ya da ay boyunca izlenirler ve niyetlendikleri değişimi gerçekleştirip gerçekleştiremedikleri kendilerine sorulur. Gerçekleştiremedikleri takdirde, niyetlenen değişimi neyin engellediği sorulur.

Bu modelde birinci aşamanın, sürekli tıbbi eğitim (STE) içinde yaygın bir şekilde kullanılıyor olmasına rağmen, hâlâ DA’ya başvurulduğu durumlarda, sürecin ve bağlamın ne kadar etkili olduğu yeterince açık değildir. Ayrıca, katılımcıların bu soruya her STE etkinliğinde rutin bir şekilde maruz kalmasının bıkırtıcı olabileceğine dair de anlaşılır endişeler dillendirilmektedir.

Ek olarak, ikinci aşama, çoğu durumlarda planlayıcılar tarafından devreye sokulmuyor; bu durum DA’nın tam anlamıyla etkili olmasını engelleyebilir.

Geçtiğimiz on yılda DA üzerine çalışmalar bu konuda bilgimizi artırdı ama bu stratejinin etkili bir şekilde uygulanması için konuyu daha iyi anlamamız ve aşağıdaki soruları cevaplayabilmemiz önem arz etmektedir.

Ne biliyoruz?

DA birçok şekilde uygulanabilir

DA şimdiye dek birçok farklı konuda uygulanmış ve makale okumalarından, derslere; küçük grup seanslarından, kısa kurslara, sempozyumlara kadar birçok farklı eğitim etkinliğinde kullanılmıştır. DA kendi üzerine düşünmeyi ve değişmeyi cesaretlendirmek üzere, STE planlamalarında ve program değerlendirmelerinde kullanılmıştır.

DA gerçek değişimi öncelenebilir

Tutarlı bir şekilde çalışmalar, Değişime Açıklık beyanında bulunan hekimlerin, bulunmayanlara kıyasla mesleki pratiklerinde değişiklik yapmalarının daha olası olduğunu göstermiştir. Bu DA'nın mesleki uygulamada gerçek değişimin bir göstergesi olduğu anlamına gelebilir. Birçok çalışma, DA beyanında bulunulan durumlarda, yüzde 47'den, yüzde 87'ye kadar bir uyum olduğunu ortaya koyuyor. Fakat bu çalışmalar, sonuçları raporlamada sadece kişinin anlatımına başvurduğu için, kişinin kendi anlatımının, gerçek performansını olduğundan daha fazla gösterebileceği gerekçesiyle, sonuçların geçersiz olabileceği endişeleri de dile getiriliyor. DA'yı reçete yazımı gibi daha nesnel sonuç verileri üzerinden değerlendiren çalışmalar, bu endişeleri kısmen gideriyor. Gerçek mesleki değişimlerin boyutu, kişilerin kendi anlatımlarına dayanarak hazırlanan raporlarda ileri sürüldüğünden çok daha küçük olabilir. Örneğin, daha iyi reçete hazırlama projesinde, reçete hazırlamada gerçekleşen görece değişim, yüzde 25 ilâ 57 arasında ölçülürken, mutlak değişim çok daha mütevazı bir rakamı, yüzde 14.7'yi gösteriyordu.

DA karmaşık bir değişim sürecinin sadece bir parçasıdır

Klinik uygulamada değişiklik yapmak, karmaşık bir iştir ve birçok iç içe geçmiş bileşkesi vardır. Hekim değişimi modelleri, büyük oranda hekimlerle yapılan görüşmeler sonucu oluşturulmuştur ve değişim sürecindeki aşamaları tanımlamışlardır. Her ne kadar bu modeller bu tanımlarda ve sürecin kaç aşamalı olduğu konusunda farklılık gösteriyor olsalar da hepsi, değişim potansiyelinin değerinin farkındalığını, alternatif bir mesleki uygulama imajı geliştirmeyi, değişim için neyin gerekli olduğunu öğrenmeyi, değişmek için karar vermeyi ve sonrasında da yeni mesleki pratik biçimini uygulamayı içerir. Tek bir eğitsel müdahalenin tüm bu aşamaları içermesi ve katılımcıların çoğunluğunda spesifik bir değişimi etkili kılabilmesi çok olası değildir. Değişimi nasıl gerçekleştireceğini öğrenmek ve değişime karar vermek ya da değişmeyi planlamak (DA stratejisinin odak noktası) zorunlu olsa da, DA stratejisinin başka boyutlarının sonraki uygulama sürecine önemli etkileri vardır.

Neyi daha iyi bilmemiz gerekiyor?

DA nasıl ve neden işe yarar?

DA'yı, değişimi özendirecek bir müdahale olarak düşündüğümüzde, bu stratejiyi etkili kılacak teorik temeller ve kavramsal modellere sahibiz. Bunlar, amaç belirlemek, verdiği sözü tutmak, kendi üstüne

düşünerek öğrenmek, transteorik değişim modeli ve ÖNCELE-İLERLE modelleridir. Fakat bunların her birinin, DA modelinin bileşkeleri üzerindeki etkisi ve rolü net değildir.

DA süreci ne kadar etkilidir?

DA yaklaşımının etkisini katılımcıların bazılarında kursların sonucu olarak değişim planlarını sorarak, bazılarında ise sormayarak araştıran çok az çalışma yapıldı. Curry ve Purkis, 2 gün süren teröpatik kursunda, 61 katılımcıyı rastgele 4 gruba ayırdı: 2 gruba (DA) değişim planları soruldu, diğer 2 gruba ise sorulmadı. Çift kopyalı otomatik reçete bloknotlarını ve kişilerin kendi anlatımlarını kullanarak, DA grubundaki hekimlerin reçete yazımını “açıklık beyanlarında ifade ettikleri doğrultuda” değiştirdiklerini ($p=.04$ ve $p <.001$) fakat DA ve DA olmayan grup arasında gerçek reçete yazımında çok az bir farklılık olduğunu gördüler. Buradan çıkardıkları sonuç şu oldu: “Katılımcılardan belirli değişiklikleri yapmak için açıklık / bağlılık sözü almak, STE kurslarının davranışsal değişim yaratmada etkili olmasına çok az bir katkı sunuyor”.

Pereles ve çalışma arkadaşlarının araştırmaları ise farklı sonuçlar ortaya koydu. Onlar da kısa dönem geriyatri kursundaki 17 katılımcıyı rastgele DA ve DA olmayan iki gruba ayırdılar. Bir ay içinde DA grubunda bulunanların kendi anlatımlarıyla rapor edilen değişiklik, DA olmayan gruptakilerin 3 katıydı; fakat aradaki fark istatistiksel olarak önemli bir farklılık değildi. Bunun sebebi, örneklemin küçük ölçekli olması olabilir. 3 aylık bir izleme süresi sonunda, DA grubundaki değişiklikler aynı kalırken, DA olmayan gruptakilerin rapor ettikleri değişiklik sayısı ikiye katlandı (bu, bir ay sonra kendilerine, mesleki pratiklerinde bir değişiklik olup olmadığının sorulmuş olmasından kaynaklanabilir). Pereles ve arkadaşlarının çıkardığı sonuç, davranışsal değişim “hekimler değişme isteği gösterdiklerinde kolaylaşıyor” oldu.

Yeteri kadar açık bulgu olmadığı için DA yaklaşımının ne kadar etkili olduğu bilinmiyor. Bu ve benzeri daha fazla çalışmaya ihtiyacımız var.

Çalışma	DA beyanı talebi	Katılımcılar	DA	İzleme: Yöntemler ve Sonuçlar
Purkis (1982) 2-günlük "ağrı" sempozyumu	"Bu kursta öğrendiklerinizin bir sonucu olarak, mesleki pratiğinizde neyi değiştirmeyi öneriyorsunuz?"	Davetli Sayısı= 39 Tüm 39 katılımcılardan DA kartı doldurmaları istendi Farklı disiplinlerden hekimler Tüm katılımcılar için DA stratejisi kullanıldı	TD-DA s= 28 (%72) DA sayısı: 67 Ortalama 2.4	2 aylık süre Posta araştırması (kişisel DA kartı): knedi raporları; dönüş oranı= %100 TB-DA %93' ü en az bir değişiklik rapor etti; DA'ların %63'ü uygulandı; %27'si uygun koşullar olmadığı için başarısız oldu
Curry ve Purkis (1986) 2 günlük teröpatik genel gözden geçirme kursu	Katılımcıların, kurs boyunca düşünceleri ve sonuç olarak reçete yazımı pratiğinde DA'da bulunmaları istendi.	Davetli s= 103 Katılımcı s= 61 (%59) Temel bakım hekimleri Rastgele seçilmiş DA ve DA olmayan gruplara ayrılma	TD-DA s= bilinmiyor DA sayısı, bilinmiyor Ortalama=2 "bunların hepsi" temel konularla ilgili değil veya "kurs içeriği" ile ilgili değil	DA grupları için 2 aylık süre, tüm gruplar için 4 aylık süre Pota taraması (kendi raporları) ve koplayalanmış reçeteler DA ile önemli ölçüde uyuşan gerçek değişimler, fakat DA sürecinin davranışsal değişikliğe etkisine ilişkin bir kanıt yok
Jobes (1990) 2 günlük ulusal nefroloji konferansı	Katılımcılardan, konferans süresince edindikleri bilgiler sonucunda, klinik pratiğinde başlatmak istedikleri davranışları listelemeleri istendi.	S= bilinmiyor Katılımcı s=84 (DA formu doldurdular) Nefrolojistler Tüm katılımcılar için DA stratejisi kullanıldı	TD-DA s= 53 (%63) DA sayısı= 132 Ortalama=3.2 Yanıt verenlerin içinde DA sayısı= 91	3 aylık sürede Posta taraması (kişisel DA): kendi raporları; yanıt oranı: %73 (61/84) %51'i (46/91) DA uygulandı
Pereles ve diğerleri (1997) 1 günlük yaşlı bakımı üzerine kısa kurs, didaktik ve küçük grup atölye çalışması bir arada	1 sayfalık kontrat şeklinde, kursun bir sonucu olarak, gelecekte yapmaya hazır oldukları değişikliklerin listesini içeren yazılı DA beyanında bulunmaları istendi.	S=26 Katılımcı s=17 Aile hekimleri Rastgele seçilmiş DA ve DA olmayan gruplara ayrılma ve rastgele faktörel dizayn	TD-DA s=7 TB DA olmayan s= 9 DA sayısı= 15 Ortalama= 2.14	1 aylık ve 3 aylık süreler 2 mülakat: kendi raporları; yanıt oranı: % 94 (16/17) Değişimlerin tip betimlendi; her iki grupta da değişim fakat DA grubunda ilk izlemede 3 kat fazla; DA grubunda değişime yönelik güçlü eğilin istatistiksel bir öneme erişmedi (küçük örneklem) İzleme her iki gruptaki değişiklikleri de artırdı

<p>Mazmanian ve diğeri (1998)</p> <p>1 saatlik kardiyovasküler risk üzerine ders</p>	<p>"Bu STE etkinliğine katılmaya karar verirken kardiyovasküler hastalığın çoklu risk faktörüyle başa çıkabilmeye ilişkin klinik pratiğinizi değiştirme niyetiniz var mıydı? Mesleki pratiğinizde bu etkinliğin bir sonucu olarak herhangi bir değişiklik yapma niyetiniz var mı?"</p>	<p>S=738</p> <p>Katılımcı s= 299 (DA formu dolduranların %40.5'i)</p> <p>Temek bakım hekimleri (aile hekimleri, internler, jineolojistler)</p> <p>26 okul: 13 çift</p> <p>Katılımcıların pratik değişiminde karşılaştıkları engeller üzerine bilgilendirildikleri veya bilgilendirilmedikleri programlara çiftler halinde yerleştirilmesi</p> <p>Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı</p>	<p>TB-DA s=173</p> <p>(katılımcıların yüzde 58'i, tüm devam edenlerin yüzde 23.4'ü)</p> <p>Toplam DA sayısı ve ortalama= bilinmiyor</p>	<p>30-45 dakika</p> <p>Poasta taraması: kendi raporları; yanıt oranı: % 41.8 (125/299 katılımcı)</p> <p>Yanıt verenlerin % 72'si (90/125) değişiklik yaptığını rapor etti; bu 299 katılımcının % 30'unu temsil ediyordu.</p> <p>Da beyanında bulunan hekimler bulunmayanlara oranla değişiklik rapor etmeye daha yatkınlar:%47 (81/173) vs. %7 (91/126); Engelle hakkında bilgilendirme uygulamada başarılı değişiklikler yapmayı artırmadı</p>
<p>Dolcourt (2000)</p> <p>Yıllık 3 günlük derse dayalı kurs</p>	<p>Konferansın başında katılımcılara form dağıtıldı ve yapmaya ya da başkalarını yapmaya ikna etmeye niyetlendikleri değişiklikleri tanımlamaları istendi.</p>	<p>S: 61</p> <p>Katılımcı s: 43 (DA formu dolduranların %70.5'i)</p> <p>Hekimler (Çocuk ve aile hekimleri, hemşireler, ileri uygulama hemşireleri, hekim asistanları)</p> <p>Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı</p>	<p>TD-DA s= 43</p> <p>(çalışmaya katılan tüm tıp doktorlarının % 70.5'i)</p> <p>DA ortalama sayısı: 3.6-3.9 arasında seyrediyor</p>	<p>1 aylık süre</p> <p>Kişisel DA ile posta yoluyla anket: kendi anlatımları; yanıt verenlerin oranı: %76.7 (33/43)</p> <p>% 54'ü niyetlenen değişikliği gerçekleştirdi; başarısızlıkların çoğu izleme süresi içinde uygun koşulların olmamasıyla bağlantılıydı</p>
<p>Mazmanian ve diğeri (2001)</p> <p>STE konferansı - 3 farklı klinik konu üzerine dersler ve soru - cevap seansları</p>	<p>Seansın hemen bitiminde, tüm katılımcılardan, mesleki uygulamalarında yapmayı planladıkları değişiklikleri tanımlamaları ve değişime açıklık düzeylerini belirtmeleri istendi.</p>	<p>Toplam S: 110</p> <p>Katılımcı s: 88 (başlangıçta DA formu dolduranların % 80'i)</p> <p>Rastgele imzalı ve imzasız gruplara ayrılan hekimler</p>	<p>TB-DA s=75</p> <p>(katılımcıların % 85'i)</p> <p>İmza atan ve atmayan gruplar arasında önemli bir farklılık yoktu</p> <p>DA sayısı, bilinmiyor</p>	<p>2 ve 3 aylık süreler</p> <p>Posta taraması: kendi raporları; yanıt oranı: %73 (64/88)</p> <p>% 55'i (47/75) değişimde başarı rapor etti</p> <p>Değişiklik niyetini ifade edenler hekimler izleme süresi içinde değişiklik yapmaya daha yatkınlar (p=.035).</p> <p>İmza atan ve atmayan gruplar arasında</p>

				önemli bir farklılık yoktu
Lockyer ve diğerleri (2001) Cinsel disfonksiyonlar üzerine tam günlük kısa kurs	"Bu atölyenin bir sonucu olarak, mesleki pratiğinizde uygulayacağınız beş somut, ölçülebilir değişiklik belirtiniz."	S=352 Katılımcı s: 344 (%97.7) 21 merkez Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı	TB-DA s=344 (çalışmaya katılan tıp doktorlarının % 97.7'si) DA sayısı= 1,635 Ortalama= 4.8 Kurs içeriği ile önemli derece uyum	6 aylık süre Posta taraması: kendi raporları; yanıt oranı: %57.3 (197/344) % 65'i (602/935) tarafından DA tamamiyle uygulandı
Green ve diğerleri (2003) 1 akşam, genetik alanında STE ve öğretim becerileri	Katılımcılardan atölye sonucu olarak, mesleki pratiklerinde uygulayacakları üç değişiklik tanımlamaları istendi.	S: 26 Katılımcı s: 24 43 (DA formu dolduranların %92'si) Pratisyen hekimler Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı	TB-DA s=24 (çalışmaya katılan tıp doktorlarının % 92.3'ü) Ortalama DA= 2.4 (eğitim); 2.0 (klinik)	3 aylık süre Posta taraması: kendi raporları; yanıt oranı: %92 (22/24) Uygulanan DA'lar Tamamen %38 Kısmen %41 Başarısız %21 (%32 becerilere sahip değil; %60 uygun hastaya sahip değil)
Wakefield ve diğerleri (2003) 1-2 saatlik küçük grup seansları, her bir seans seçilen klinik bir konu üzerine tartışma içeriyor	Her seans için şu şıklardan birini seçmeleri ve tanımlamaları istendi: . Değişim planı . Değişmeyi düşünmek . Mevcut pratiğin onaylanması. . İkna olmadım	S: 413 Katılımcı s: 207 (%50.19) Aile hekimleri Rastgele faktörel dizayn, farklı klinik koşullarda modülleri kullanan kontrollü gruplar Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı	TB-DA s=51 her bir koşul için (çalışmaya katılan tıp doktorlarının % 52.6'si) DA sayısı= 64 her bir koşul için ortalama= 1.24; aralık= 0-3	6 aylık süre, bölgesel kayıtlardan elde edilen gerçek reçete kayıtları Katılımcılara bir hatırlatma gönderilmedi DA'nın ifade edildiği durumlarda hekimler gerçekte reçete yazma pratiklerini değiştirmeye daha yatkındılar. (mutlak değişim: %14.7- %95 Güven aralığı % 9.8- %19-5)
White ve diğerleri	Değiştirmeye niyetlendikleri	S: 602	TB-DA s=291	3 hafta içinde "Kendime hatırlatma" posta

20 birbirini izleyen farklı STE programları	3 şeyi listelemeleri istendi	Katılımcı s: 291 (DA formu dolduranların %48'i) Aile Hekimleri Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı	(çalışmaya katılan tıp doktorlarının % 48'i) DA sayısı= 803 Ortalama= 2.8	yoluyla gönderildi. 6 ay içinde değerlendirmeyi yapanlar tarafından rapor edilen DA özeti gönderildi izleme sürecinin parçası olarak veri toplanmadı
Cole and Glas (2004) STE kredisi için dergi okuma	"Bu üç makaleden herhangi birini okumanız sonucunda mesleki parati,ğinizde hangi değişiklikleri yapmak istiyorsunuz?"	S: 170 Katılımcı s: 138 (%81) Farklı uzmanlık alanlarından rastgele hekimler davet edildi Tüm katılımcılar için DA stratejisi uygulandı	TB-DA s=37/138 (tüm katılımcıların % 26.8'i) DA sayısı= 45 Ortalama=1.2 Öğrenimde ilerleme: uygulamaya hazır= 134 Ortalama=3.6	2 haftalık süre Öğrenimde ilerlemeye yönelik araştırması; DA beyanında bulunan durumlarda hekimler öğrenimde ilerlediklerini rapor etmeye daha yatkındılar (Gr 1.14, % 95; GA 1.06-1.22)

Bu tabloda yer verilen çalışmalar, çalışma dizaynlarını, yöntemlerini ve bazı DA değerlendirme ölçütlerini betimleyen ve izleme süreci içeren çalışmalardır.

GA: Güven Aralığı; STE: Sürekli Tıbbi Eğitim; DA Değişime Açıklık; TB: Tıbbi Doktor; TB-DA: değişime açıklık beyanında bulunan hekimler: GR: göreceli risk.

Süreç ve DA'yı uygulamak için sorulan soru, sonuçları nasıl etkiliyor?

Eğitim etkinliğinin doğası ve yoğunluğunun DA üzerinde bir etkisi olabilir. Yapılandırılmış dergi okuma veya kısa STE dersleri üzerinden yapılan bazı çalışmalarda katılımcıların yarısından daha azı DA formlarını doldururken, küçük grup seanslarında veya 1-2 gün süren kısa kurslarda katılımcıların yüzde 70'inden fazlası, sorulduğunda, değişim isteklerini tanımladılar.

Aynı şekilde, DA'ya başvuru süreci ve bağlamın da sonuçlar üzerinde bir etkisi olabilir. Cole ve Glass, STE için doldurulması gereken standart kredi formuna dahil edilen DA sorusuna (Bu makaleleri okuyarak, mesleki pratiğinizde ne gibi değişiklikler yapmayı planlıyorsunuz?) verilen yanıt oranlarıyla; öğrenimde ilerlemeyi takip etmek üzere doldurulan anketlerde (Bu konuda edindiğim yeni bilgileri, kendi hastalarımın bakımında uygulamaya hazırım.) verilen yanıt oranları arasında büyük bir farklılık olduğunu buldular.

Katılımcılarla yapılan 414 okumanın sadece 45'i (%11), STE formunda DA olarak sonuçlandı. Fakat anket sorularıyla kısıktıldıklarında, katılımcılar 134 okumanın (%32) kendilerini, "mesleki pratiklerinde uygulamaya hazır" kıldığını belirttiler. Yanıtlardaki bu üçlü farklılık, sorulan sorudan ("uygulamaya hazır olmak", "değiştirme planı yapmak"la aynı anlama gelmeyebilir) kaynaklanıyor olabilir. Fakat değişimin önemini ve sürecin katılımcılar tarafından nasıl algılandığına ilişkin bir farklılığı da yansıtıyor olabilir. Çünkü izlemesi yapılan katılımcılar, bir araştırma çalışmasına gönüllü katılanlar olarak, aktif bir şekilde kendileri hakkında düşünmek zorunda kalırlar.

Hekimler değişmemeye karar verebilirler ve bunun birçok olası nedeni olabilir: Değişimin kendisi önemli görülmez, değişime hazırlanmak zor geliyor olabilir veya değişimin önünde büyük engeller olabilir. Ne yazık ki, STE etkinliğinin bir parçası olarak bu engeller hakkında bilgilendirme yapılması, arkasından uygulamada bir değişiklik gerçekleşmesi olasılığını artırmaz.

Diğer bazı durumlarda ise, hekimler değişimin gerekli olmadığını düşünebilirler. İlginçtir ki, sürece katılan bazı hekimler "mevcut mesleki pratiklerinin onaylanması" nı, "değişim" olarak tanımlıyor; diğer bazıları bu durumu değişim isteğinin olmamasının mantıklı nedeni olarak görüyor (duruma bağlı olarak %9'dan, %38'e kadar). Pratikte ise, onaylanma, daha büyük "değişim"ler için katalizör olabilir. Daha iyi reçete hazırlama projesinde, diyüretik yazılımında gerçekleşen en büyük değişiklik, bu tip ilaçları komplike olmayan hipertansiyon durumlarında ilk seçenek olarak öneren hekimlerin ortalamasının zaten üstünde olanlar arasında gerçekleşti. Bu durum DA sorusu hakkında şu soruyu sormamıza yol açıyor: "Yapmayı planlama" sorusu "değişmeyi planlama" sorusuna göre gerçek uygulama değişiklikleri üzerinde daha fazla tahmin yürütebileceğimiz sonuçlar mı ortaya koyar?

Hekimlerin DA beyanında bulunmaları sonrasında, izlenmelerinin rolü nedir?

Hekimler açısından "değişimde başarısız olmak" gerçekleşen değişimden yeterince tatmin olmamayı, değişimi zor bulmayı ya da zaman kaybı olarak görmeyi veya fırsatı olmamayı (birçok çalışmada %30 civarında) içerir. Beyanda bulunulduktan sonra kısa bir süre içinde uygun fırsatla karşılaşılmadığı durumda istek yok olabilir ya da unutulabilir. Bu durumda izleme süreci artan bir önem kazanır. Fakat bir kılavuz olarak değişime açık olmanın sürekliliği hakkında bilgi olmaksızın, izlemenin zamanlaması empirik olarak 1 ilâ 2 aydır. En uygun zamanlama nedir ve bunu ne belirler? İzlemenin kendisi nereye kadar bir müdahaledir? İkinci bir izleme değişiklikleri sadece korur mu yoksa artırır mı?

Uygulama için dersler

- *Değişime Açıklık, birçok şekilde kullanılabilir: Değişimi özendirerek, kendi üzerine düşünmeyi cesaretlendirmede, eğitim programları planlamada ve etkilerini ölçmede.*
- *Etkili olabilmesi için, Değişime Açıklık gibi bir müdahale yönteminin seçimi ve uygulanması sırasında, hekim davranışlarındaki değişikliğin komplike yapısını anlamak önemlidir.*
- *Değişime Açıklık beyanına başvuru süreci sonuçlar üzerinde etkili olabilir.*
- *Değişime Açıklık beyanı stratejisinin “aşırı kullanımı” ve etkinliğini düşürme olasılığı söz konusu olsa da, aynı zamanda öğrenilen şeyin pratikte uygulanması üzerine düşünmeyi cesaretlendirebilir.*
- *Etkili bir Değişime Açıklık stratejisi yaklaşımı için gerekli olan faktörleri daha iyi anlayabilmek için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.*

İzleme sürecini tatbik edilebilir bir şekilde sürece dahil etmek için White ve arkadaşları, sonrasında izlenen kişiler tarafından önerilen değişikliklerin özeti ile 6 ay takip edilmelerini içeren bir “Kendime Hatırlatma” (STE seansından 3 hafta sonra hatırlatma olarak e-mail gönderilen) yöntemi oluşturdu. Bu yeni strateji, geleneksel posta yoluyla izleme anketi göndermek kadar etkili olacak mı?

Bitirirken

Yayımlanmış DA çalışmaları sınırlı bilgi sunuyor. Katılımcı hekim örneklemi küçük -genellikle 100'den az ve bazen 20'den az-. İzleme süreleri, nadiren eğitsel müdahaleden sonra 3 aya kadar uzanıyor, bu da yapılan değişiklikleri gösterebilmeyi sınırlandırıyor. Çünkü hekimlerin beyanda buldukları değişiklikleri gerçekleştirme fırsatları, bu süre içinde olmayabilir. Bu sınırlamaların ötesinde, son zamanlardaki DA çalışmaları etkili kullanım için bazı yol gösterici yöntemler sağlıyor ve ilerdeki çalışmaların hangi doğrultuda yapılması gerektiğine ilişkin yön belirtiyor.

Referanslar

1. Purkis IE. Değişime Açıklık: Sürekli tıbbi eğitimi değerlendirmek için bir araç.. J Med Educ 1982; 57: 61-63.
2. Jones DL. Sürekli Tıbbi Eğitimde Değişime Açıklık'ın değerlendirilmesi stratejisinin geçerliliği. Acad Med 1990; 65 (9 Suppl): 37-38.
3. Pereles L, Lockyer J, Hogan D, Gondocz T, Parboosingh J. Sürekli tıbbi eğitim müdahalelerini kolaylaştırmada açıklık beyanlarının etkililiği. J Contin Educ Health Prof. 1997; 17 (1): 27-31.
4. Mazmanian PE, Mazmanian PM, Waugh JL. Değişime Açıklık: Düşünsel kökenleri, empirik bulgular ve etik gereksinimler J Contin Educ Health Prof. 1997; 17(3): 133-140.
5. Mazmanian PE, Mazmanian PM. Değişime Açıklık: Teorik temeller, yöntemler ve sonuçlar J Contin Educ Health Prof. 1999; 19 (4): 200-207.
6. Lockyer JM, Fidler H, Ward R, Basson RJ, Elliott S, Toews J. Değişime Açıklık beyanları: Katılımcıların eğitim seanslarında edindikleri ve bilgi ve becerileri nasıl kullandıklarını anlamamanın bir yolu. J Contin Educ Health Prof. 2001; 21 (2): 82-89.
7. Dolcourt JL. Değişime Açıklık: Etkili eğitimi özendirmek için bir strateji J Contin Educ Health Prof. 2000; 20 (3): 156-163.
8. Cole TB, Glass RM. Dergilere dayalı sürekli tıbbi eğitime katılım yoluyla öğrenme. J Contin Educ Health Prof. 2004; 24:141-148.
9. Neill RA, Bowman MA, Wilson JP. Sürekli tıbbi eğitime dahil olanlar arasında değişime açıklığı öngören dergi makalesi içeriği. J Contin Educ Health Prof. 2001; 21: 40-45.
10. Mazmanian PE, Daffron SR, Johnson RE, Davis DA, Kantrovitz MP. Planlanan bir değişimin önündeki engeller hakkında bilgilendirme: Acad Med 1998; 73 (8): 882-886.
11. Wakefield J, Herbert CP, Maclure M, Dormuth C, Wright JM, Legare J, Brett-MacLean P,
12. Premi J. Değişime Açıklık beyanları gerçek pratiklerdeki değişimi önceleyebilir. J Contin Educ Health Prof. 2003; 23: 81-93.
13. Curry L, Purkis IE. STE kurslarından sonra katılımcıların davranış değişikliklerine ilişkin kendi anlatımlarının geçerliliği. J Med Educ 1986; 61: 579-584.
14. White MI, Grzybowski S, Broudo M. Değişime Açıklık enstrümanı program planlamasını, uygulamasını ve değerlendirmesini genişletir. J Contin Educ Health Prof. 2004; 24:153-162.
15. Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D. Kılavuzların kullanımının değerlendirilmesinde kendi anlatımının yanlılığına ilişkin bulgular. Int J Qual Health Care 1999; 11 (3): 187-192.
16. Geertsma RH, Parker RC, Whitbourne SK. Uygulama pratiklerinde, hekimler değişim süreçlerini nasıl görüyorlar?. J Med Educ 1982; 57: 752-761.
17. Fox RD, Mazmanian PE, Putnam RW, eds. Hekimlerin hayatında değişim ve öğrenme. New York: Praeger, 1989.
18. Fox RD, Bennett NL. Öğrenme ve değişim: Learning and change: Implications for continuing medical education. BMJ 1998; 316: 466-468.
19. Slotnick HB. Doktorlar nasıl öğreniyorlar: Hekimlerin kendilerine dönük öğrenme episodları. Acad Med 1999; 74: 1106-1117.
20. Thomson-O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Sürekli eğitim toplantıları ve çalışma grupları: Mesleki pratik ve sağlık bakımı sonuçları üzerinde etkileri.
21. Cochrane Database Syst Rev 2001; (2): CD003030.
22. Grol R, Grimshaw J. En iyi bulgudan en iyi uygulamaya: Hastaların bakımında etkili bir değişim uygulaması. Lancet 2003; 362: 1125-1130.
23. Fidler H, Lockyer JM, Toews J, Violato C. Hekimlerin pratiğini değiştirmek: Bireysel geri bildirim etkisi. Acad Med 1999; 74:702-714.
24. Moon J. Using reflective learning to improve the impact of short courses and workshops. J Contin Educ Health Prof. 2004; 24: 4-11.
25. Martin KO, Mazmanian PE. Tahmin edilen ve karşılaşılan engeller: Planlama ve değerlendirme için araçlar. J Contin Educ Health Prof. 1991; 11(4): 301-318.
26. Herbert CP, Wright JM, Maclure M, Wakefield J, Dormuth C, Brett-MacLean P, Legare J, et al. Daha iyi reçete yazımı Projesi - HTF02: Son rapor. Vancouver (BC), Canada: Health Transitions Fund, Canada; February 2001.
27. Green ML, Gross CP, Kernan WN, Wong JG, Holmboe ES. Fakülte geliştirme çalışma grubunda öğretim becerilerini ve klinik içeriği birleştirmek. J Gen Intern Med 2003; 18: 468-474.
28. Mazmanian PE, Johnson RE, Zhang A, Boothby J, Yates EJ. Değişim oranlarında imzanın etkisi: Sürekli eğitim ve Değişime Açıklık modeli kullanılarak gerçekleştirilmiş rastgele seçim kontrollü bir deneme Acad Med 2001; 76: 642-646.